

# EVALUATIE VAN HET ZORGCONCEPT VANTHUISUIT

## EFFECTEN EN KOSTEN VAN ZORG TUSSEN THUIS EN HET VERPLEEGHUIS



**KLANT**  
**AUTEURS**  
**DATUM**  
**VERSIE**

tanteLouise en CZ zorgkantoor  
Wouter Jongebreur en Ellen Westhoff  
4 maart 2025  
2.1 (definitief)



---

# Inhoudsopgave

<b>Managementsamenvatting</b>	<b>5</b>
<b>Woord vooraf</b>	<b>9</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 Achtergrond: zorgconcept VanThuisUit van veelbelovend naar bewezen effectief?	11
1.2 Maatschappelijke doelen VanThuisUit sluiten aan bij de ambities van passende zorg	11
1.3 Aanleiding van dit onderzoek: zicht op effect op uitstel verpleeghuisopname en kosten	12
1.4 Doelstelling van het onderzoek: toets of aan twee specifieke doelstellingen is voldaan	12
1.5 Leeswijzer	12
<b>2 Uitgangspunten en onderzoeksaanpak</b>	<b>13</b>
2.1 Uitgangspunten voor het onderzoek	13
2.2 Aanpak deel 1: effecten VanThuisUit op uitstel van opname in een verpleeghuis	14
2.3 Aanpak deel 2: kosten VanThuisUit vergeleken met een Wlz zorgprofiel VV5	18
<b>3 Beschrijving zorgconcept en werkzame elementen VanThuisUit</b>	<b>25</b>
3.1 De kern van VanThuisUit	25
3.2 Wat maakt VanThuisUit anders en bijzonder?	26
3.3 Hoe betrokken professionals VanThuisUit zien	27
3.4 Aansluiting bij het gedachtegoed van Reablement	28
<b>4 Ervaringen van deelnemers en medewerkers</b>	<b>29</b>
4.1 Deelnemers zijn overwegend positief over VanThuisUit	29
4.2 Medewerkers ervaren hun werk als zinvol en plezierig	29
4.3 Vertrouwen, gelijkwaardigheid en aandacht zijn belangrijke kernwaarden die een rol spelen in de positieve ervaring van deelnemers en medewerkers	30
<b>5 Deelnemers aan VanThuisUit: een gevarieerde en kwetsbare groep</b>	<b>31</b>
5.1 Inclusie deelnemers in het onderzoek en dynamiek in de populatie	31
5.2 Beschrijving onderzoeksgroep VanThuisUit	32
5.3 Gezondheidssituatie van deelnemers kort na de start bij VanThuisUit	35
5.4 Netwerk en mantelzorg: essentieel om veilig en betekenisvol thuis te blijven wonen	37
5.5 Zorg en ondersteuning thuis, naast VanThuisUit, is voor veel deelnemers noodzakelijk om thuis te kunnen blijven wonen	38
<b>6 Uitstel verpleeghuisopname</b>	<b>41</b>
6.1 Situatie van deelnemers bij de start van deelname aan VanThuisUit	41
6.2 Situatie van deelnemers 6-12 maanden later (T1) en het verschil met de start (T0)	43
6.3 Uitstel van verpleeghuisopname is voor het merendeel van de deelnemers aannemelijk	44
6.4 Inschatting van de mate waarin verpleeghuisopname is uitgesteld	45
6.5 Inzicht in de toegevoegde waarde van VanThuisUit voor individuele deelnemers	46
6.6 VanThuisUit levert potentieel positieve maatschappelijke effecten	47

---

<b>7</b>	<b>De vergelijking op kosten</b>	<b>55</b>
7.1	Kosten VanThuisUit per dagdeel en per deelnemer	55
7.2	Kwalitatieve analyse van de zorgsoorten die onderdeel zijn van de kostenvergelijking	56
7.3	Kosten zorg en ondersteuning thuis	57
7.4	Vergelijking op totaalniveau	58
7.5	Vergelijking voor de meest intensieve gebruiker van VanThuisUit	59
7.6	Conclusie: de kosten zijn 30% tot 65% lager dan een Wlz-indicatie met zorgprofiel VV5	60
<b>8</b>	<b>Conclusies</b>	<b>61</b>
8.1	Deelnemers aan VanThuisUit zijn kwetsbaar	61
8.2	De kwetsbaarheid vertaalt zich ook in risicofactoren voor opname in het verpleeghuis	61
8.3	VanThuisUit draagt bij aan stabilisering of vertraging van de achteruitgang op risicofactoren	62
8.4	Het is aannemelijk dat VanThuisUit leidt tot uitstel van verpleeghuisopname van minimaal 9 maanden	62
8.5	De kosten VanThuisUit in combinatie met kosten van zorg en ondersteuning thuis zijn lager dan van een Wlz-indicatie met zorgprofiel VV5	62
8.6	Inzichten voor een (positieve) maatschappelijke businesscase	63
<b>9</b>	<b>Beschouwing</b>	<b>65</b>
9.1	Reflectie op de onderzoeksmethodologie en gebruikte data voor de onderbouwing van uitstel van verpleeghuisopname	65
9.2	Reflectie op de onderzoeksmethodologie en gebruikte data voor de onderbouwing van de kosten van VanThuisUit	66
9.3	Inzichten en leerpunten ten aanzien van gegevensuitwisseling	67
9.4	Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	67
<b>A.</b>	<b>Vertaling screeningsinstrument naar risicofactoren</b>	<b>69</b>

---

# Managementsamenvatting

## Onderzoek naar VanThuisUit na de eerder uitgevoerde praktijkevaluatie

VanThuisUit is een innovatief zorgconcept dat is ontwikkeld door tanteLouise en CZ zorgkantoor. VanThuisUit is 1 juni 2022 gestart in Steenberg en nog steeds in ontwikkeling. VanThuisUit is een zorgconcept dat is gepositioneerd tussen thuis en het verpleeghuis in een zorgveld en maatschappelijke context die in beweging is.<sup>1</sup> De vooral kwalitatieve praktijkevaluatie die is uitgevoerd door tanteLouise en CZ zorgkantoor<sup>2</sup> leverde naast positieve ervaringen ook de behoefte op om het VanThuisUit objectief en onafhankelijk te laten onderzoeken. De wens was om de effecten waar mogelijk kwantitatief te onderbouwen. Dit onderzoek heeft Significant Public uitgevoerd van maart 2024 tot en met januari 2025.

Het onderzoek richt zich op twee vragen: (1) *Is er sprake van uitstel van verpleeghuisopname door de inzet van (interventies vanuit) VanThuisUit?* (2) *Is de inzet van VanThuisUit in combinatie met kosten van zorg en ondersteuning thuis niet duurder dan het kostenniveau dat past bij een Wlz-indicatie VV5?*

Beantwoording van deze vragen leidt niet tot een volledige maatschappelijke businesscase, maar wel tot ingrediënten hiervoor.

## Heldere antwoorden op basis van dit onderzoek en de praktijkevaluatie

Dit onderzoek geeft heldere antwoorden op de onderzoeksvragen. Deze zijn als volgt samen te vatten:

1. **Met VanThuisUit worden positieve effecten bereikt**, zoals een verbeterde kwaliteit van leven voor de deelnemers en naasten en een lagere druk op de mantelzorgers. Ook andere maatschappelijke baten worden bereikt door minder druk op de zorginfrastructuur, besparingen op zorgkosten en andere maatschappelijke kosten, de versterking van sociale netwerken en het stimuleren van de inzet van zorgtechnologie.
2. Het is **aannemelijk dat verpleeghuisopname met minimaal 9 maanden is uitgesteld**. Deelnemers hebben langer thuis kunnen wonen, zonder dat er noemenswaardige incidenten zijn geweest.
3. VanThuisUit in combinatie met zorg en ondersteuning thuis is **30% tot ruim 65% goedkoper** dan opname in een verpleeghuis (met een zorgprofiel ZZP 5VV).

In het vervolg van deze samenvatting onderbouwen we deze uitkomsten.

## VanThuisUit: de kern, de bouwstenen en de werkzame elementen

De kern van VanThuisUit wordt als volgt omschreven: *“VanThuisUit biedt ondersteuning aan thuiswonende ouderen met dementie of lichamelijke hulpvraag, zodat zij een zo vitaal en fijn mogelijk leven kunnen leiden, ondanks de gebreken die ouder worden met zich meebrengt. Eigen regie staat hierbij centraal. Deelnemers van VanThuisUit ervaren kwaliteit van leven door de op maat geboden hulp en activiteiten die bijdragen aan het behouden of vergroten van zelfregie en zelfredzaamheid.”*

Het Dag- & Doecentrum kan worden aangevuld met interventies in de thuissituatie, tijdelijk verblijf in het logeerappartement en informatie vanuit de Kenniskiosk. Het ThuisActiefZelfstandig-team (TAZ-team) helpt bij het realiseren van persoonlijke doelen door de inzet van methodische interventies en innovaties.

Werkzame elementen in VanThuisUit zijn: het werken vanuit behoeften, wensen en waarden van deelnemers; dagelijkse openstelling met ruime openingstijden (7 dagen per week open van 10.00-20.00 uur); flexibiliteit in het beroep dat deelnemers op VanThuisUit kunnen doen; interventies die gericht zijn op deelnemer én partner/mantelzorger; integraliteit in de werkwijze; en het actief monitoren van de

---

<sup>1</sup> Zo zijn er ook andere vormen van zorg tussen thuis en het verpleeghuis, zoals geclusterd wonen.

<sup>2</sup> [Praktijkevaluatie VanThuisUit - juli 2023](#).

---

gezondheidssituatie van deelnemers. De visie op VanThuisUit sluit naadloos aan op het gedachtegoed van Reablement.

### **Deelnemers en medewerkers zijn positief over VanThuisUit**

Uit de eerdere praktijkevaluatie is gebleken dat deelnemers overwegend positief zijn over VanThuisUit met een gemiddeld rapportcijfer van 7,8. Deelnemers ervaren meer zelfvertrouwen, zelfstandigheid, structuur en sociale verbinding. Ook medewerkers geven VanThuisUit gemiddeld een 7,8. Zij ervaren hun werk als zinvol en plezierig.

### **Beschrijving van de doelgroep voor het onderzoek**

Van de 68 actieve deelnemers tijdens de periode van de dataverzameling gaven 52 deelnemers toestemming voor gebruik van hun gegevens. Voor 51 deelnemers kunnen we gebruikmaken van informatie uit de screeningsformulieren en voor 45 van hen hebben we zowel een ingevuld screeningsformulier op T0 (start deelname) als T1 (na 6-12 maanden). Voor 36 deelnemers beschikken we daarnaast over informatie over zorg en ondersteuning thuis. Deelnemers komen uit de gemeenten Steenbergen en Bergen op Zoom en zijn voornamelijk ouder dan 80 jaar. Van hen heeft 30% een Wlz-indicatie en 70% een Wmo-indicatie.

### **Deelnemers zijn kwetsbaar**

Deelnemers zijn over het algemeen kwetsbaar en kunnen beperkt deelnemen aan de maatschappij. Ze hebben vaak cognitieve problemen en ook in meer of mindere mate lichamelijke problemen. Ze hebben veelal een beperkt netwerk, hebben veel sturing nodig en doen daarmee een stevig beroep op hun mantelzorger(s). Zorg en ondersteuning thuis, naast VanThuisUit, is voor veel deelnemers noodzakelijk om thuis te kunnen blijven wonen. De druk op mantelzorg door een partner of andere naaste(n) is vaak hoog en het wegvallen of tijdelijk niet beschikbaar zijn van de mantelzorger(s) leidt snel tot een crisissituatie. Bovendien is het goed te realiseren dat op basis van het ouder worden en progressieve ziektebeelden, de kwetsbaarheid en bijkomende beperkingen normaal gesproken toenemen.

### **Risicofactoren laten zien: deelnemers staan net vóór of op de drempel van het verpleeghuis**

Veel deelnemers scoren hoog op meerdere risicofactoren<sup>3</sup> voor opname in het verpleeghuis, zoals eenzaamheid, overbelasting van de mantelzorger, cognitieve problemen en beperkingen in de Algemeen Dagelijkse Verrichtingen (ADL). Uit de analyse van individuele casuïstiek blijkt dat de overbelasting van de mantelzorger en cognitieve problemen kunnen leiden tot een kantelpunt van thuis kunnen wonen naar opname in het verpleeghuis. Deelnemers aan VanThuisUit staan daarom vaak net vóór of op de drempel van het verpleeghuis. Zolang VanThuisUit kan bijdragen aan het langer thuis kunnen wonen door de multidisciplinaire benadering en het proactief inspelen op problematiek, inclusief de mate waarin de mantelzorger het volhoudt, is het aannemelijk dat er sprake is van uitstel van (of soms zelfs het voorkomen van) een verpleeghuisopname.

### **VanThuisUit draagt bij aan stabilisering of vertraging van risicofactoren**

VanThuisUit biedt juist ondersteuning op de risicofactoren die eruit springen, zoals het aanleren en herwinnen van vaardigheden die helpend zijn in het omgaan met cognitieve problemen, juist ook in de thuissituatie. Daarnaast wordt de mantelzorger actief betrokken bij deze processen. Dit stelt hen in staat om de informele zorg en ondersteuning langer vol te houden, terwijl zij tegelijkertijd worden ontlast. We zien in de ontwikkeling van de scores op de risicofactoren dat er bij 57% tot 98% van de deelnemers sprake is van stabilisering en in een enkel geval van vooruitgang. Ook is er na zes tot twaalf maanden bij ongeveer een kwart van de deelnemers sprake van een achteruitgang. Gezien de kwetsbaarheid van de

---

<sup>3</sup> Beperkingen in de ADL, loop- en balansstoornissen, cognitieve problemen, stemmingsproblemen, gedragsproblemen, overbelasting partner/mantelzorger, wegvallen partner/mantelzorger, eenzaamheid.

---

deelnemers maakt het hoge percentage waarin sprake is van geen of een beperkte achteruitgang, het verband aannemelijk met de ondersteuning die met VanThuisUit geboden wordt.

### **Het is aannemelijk dat VanThuisUit leidt tot uitstel van verpleeghuisopname**

Daarom onze conclusie: VanThuisUit draagt bij aan stabilisering op de risicofactoren en daarmee aan beperking van de kans dat opname in het verpleeghuis noodzakelijk is. De deelnemers staan vóór of op de drempel van het verpleeghuis, maar met de interventies die VanThuisUit biedt is opname (nog) niet nodig. Opname kan wel op aan de orde zijn, maar dan op een later moment. Uit dit onderzoek blijkt dat voor 52% tot 67% van de deelnemers uitstel van verpleeghuisopname aannemelijk is. Voor deelnemers voor wie uitstel van verpleeghuisopname nog niet is vast te stellen (41%), is het aannemelijk dat dit indirect en/of in de toekomst wel het geval zal zijn. Er is geen sprake van uitstel doordat deelnemers moeten wachten op een plek in het verpleeghuis, aangezien er in de regio geen wachtlijsten zijn.

### **De duur van het uitstel wordt geschat op minimaal 9 maanden**

Op basis van de individuele effectkaarten in combinatie met de multidisciplinaire beoordeling van het uitstel, is de inschatting dat het uitstel van verpleeghuisopname minimaal 12 maanden bedraagt bij een gemiddelde deelnameduur van 16 maanden. Deze vergelijking gaat uit van de situatie dat er geen alternatieve interventie ingezet zou zijn. Een alternatieve interventie zou reguliere dagverzorging zijn. De gemiddelde duur van dagverzorging tot het moment van uitstroom, is 7 maanden. Als de alternatieve interventie op hetzelfde moment gestart zou zijn als deelname aan VanThuisUit, en dat vinden we aannemelijk, dan resulteert dit in een uitstel van minimaal (16 - 7 =) 9 maanden.

### **De kostenvergelijking met een Wlz-indicatie met zorgprofiel VV5 is gunstig**

De kosten van VanThuisUit (per deelnemer per maand) aangevuld met de kosten van zorg en ondersteuning thuis, liggen lager dan de kosten van een Wlz-indicatie met zorgprofiel VV5. Gemiddeld genomen zijn de kosten € 3.200; dat is € 6.400 (ruim 65%) lager dan de kosten die horen bij een Wlz-prestatie ZZP 5VV inclusief behandeling (€ 9.600 per maand). Bij maximale deelname aan VanThuisUit in combinatie met de hoogste waargenomen kosten voor wijkverpleging, zijn de kosten € 6.750. Deze zijn € 2.850 (30%) lager dan de kosten die horen bij een ZZP 5VV met behandeling (€ 9.600 per maand). Ook de vergelijkingen met tarieven zonder behandelcomponent zijn gunstig.

### **Onderzoeksaanpak inclusief reflectie**

We verwijzen voor onze uitgangspunten en onderzoeksaanpak naar hoofdstuk 2 van dit rapport. De volgende punten vinden we belangrijk in onze reflectie op de bevindingen en de conclusies:

- a. Het onderzoek combineert kwalitatieve en kwantitatieve methoden om de effecten inzichtelijk en aannemelijk te maken. Dit hebben we gedaan in afstemming met een divers samengesteld expertteam. We hebben zoveel als mogelijk gebruikgemaakt van beschikbare data op groepsniveau ('tellen') en hebben inzichten die hieruit voortkwamen onderbouwd en geduid door middel van individuele casuïstiek ('vertellen'). Omdat het voor dit onderzoek noodzakelijk was om buiten de gebaande paden te zoeken naar mogelijkheden om de onderzoeksvragen te beantwoorden (zie hoofdstuk 2 voor verdere toelichting), zijn de gebruikte methodieken wel vaker in de praktijk beproefd, maar niet gevalideerd.
- b. De context waarin VanThuisUit zich in de gemeente Steenberg bevindt, is er een van geen of beperkte wachtlijsten voor het verpleeghuis. Het is dus niet zo dat de duur van het uitstel wordt beïnvloed door het feit dat deelnemers niet terecht zouden kunnen in een verpleeghuis.
- c. In de huidige registratie van data binnen VanThuisUit zijn diverse mogelijkheden tot verbetering om de data voor onderzoeksdoeleinden optimaal geschikt te maken. Het proces om te komen tot een meer uniforme werkwijze en eenduidiger te interpreteren meetinstrument is in volle gang. Voor dit onderzoek konden we daar nog niet volledig gebruik van maken.

- 
- d. De groep deelnemers voor wie we beschikten over twee meetmomenten (n=45) en voor wie na toestemming informatie opgevraagd mocht worden bij externe partijen (n=36) is klein. De informatie over deze groep geeft, aangevuld met de andere in dit onderzoek gebruikte bronnen, waardevolle eerste inzichten, maar een grotere onderzoekspopulatie is nodig om de huidige bevindingen te valideren en aan te scherpen.
  - e. Voor de verwerking van bepaalde kostencomponenten, zoals huisartsenzorg en paramedische zorg, hebben we aannames moeten maken over de mate waarin ze voorkomen en hoe hoog de bijbehorende kosten zijn. Ook hebben we in dit onderzoek alleen gebruik kunnen maken van openbare Vektis cijfers over de kosten die in de Zvw worden gemaakt. Dit is van belang bij de interpretatie van de resultaten, zonder dat ze de conclusie beïnvloeden.



---

# Woord vooraf

Eind 2023 kregen we de vraag om het zorgconcept VanThuisUit te evalueren. De evaluatie is een aanvulling op een praktijkevaluatie door tanteLouise zelf met positieve resultaten. Aan ons de vraag om de effecten (en vooral uitstel van verpleeghuisopname) hard te maken, waar mogelijk kwantitatief. En daarnaast om antwoord te geven of de zorg en ondersteuning die deelnemers aan VanThuisUit in totaliteit ontvangen niet duurder waren dan de kosten die horen bij een Wlz zorgprofiel VV5.

Vol ideeën en goede moed zijn we aan de slag gegaan. Ruim een jaar later presenteren we met gepaste trots onze eindrapportage waarin we antwoorden formuleren op deze twee vragen. We kunnen niet zeggen dat het eenvoudig was om de 'hardheid' in het bewijs te bewerkstelligen. Wel zijn we daar naar onze mening ruim voldoende in geslaagd met het materiaal dat we in deze rapportage kunnen laten zien. We zien de effecten en waarde van VanThuisUit vanuit het onderzoeksmateriaal, maar ook door rond te lopen en de verhalen die we hebben meegekregen. Met een mix van kwalitatief en kwantitatief onderzoek en van 'vertellen en tellen' hebben we inzicht gegeven in de aannemelijkheid van de effecten.

We kijken met alle hobbels die we onderweg zijn tegengekomen terug op een leerzaam traject. We hadden veel eerder concrete afspraken willen maken over de gegevensuitwisseling met alle betrokken partijen, met instemming van de deelnemers. Maar naast de zoektocht naar hard bewijs hadden we in onze aanpak ook het spoor van de verhalen en effectkaarten achteraf gezien eerder willen inzetten.

De beantwoording van de twee onderzoeksvragen heeft nog niet geleid tot een volledige maatschappelijke businesscase. Dat was ook niet de vraag en konden we ook niet verwachten. Het is ook nog geen afdoende uitwerking als basis voor een nieuwe prestatie en bijbehorende vorm van bekostiging. Wel biedt ons onderzoek diverse ingrediënten en bouwstenen om beide vervolgcities vorm te geven. Onze verwachting is dat het verwachte uitstel van verpleeghuisopname en het gunstige inzicht in de kosten zal leiden tot een positieve maatschappelijke businesscase. De maatschappelijke effecten (zoals het effect op de mantelzorger en op de kosten van zorg in de Zvw) zou je aanvullend willen onderzoeken.

Gemeente Steenberg, gemeente Bergen op Zoom, Thuiszorg West-Brabant en Stichting Groenhuysen hebben gegevens aangeleverd die dit onderzoek versterken. We willen hen hartelijk danken voor hun meedenken en hun medewerking. De wisselwerking met het team van experts dat kritisch en tegelijkertijd realistisch met ons heeft meegedacht over de onderzoeksopzet en de duiding van de bevindingen, heeft ons zeker geholpen. Daarvoor willen we hen hartelijk bedanken. Ook de samenwerking met onze directe aanspreekpunten bij tanteLouise en CZ zorgkantoor en de leden van de stuurgroep waarderen we zeer. Ook op lastige momenten stonden we schouder aan schouder om het onderzoek met succes af te ronden. We willen ten slotte ook de direct betrokkenen bij VanThuisUit, in het bijzonder diegenen die ons van veel informatie hebben voorzien, heel hartelijk bedanken. Ga door met het goede werk!

Namens Significant Public,

Wouter Jongebreur  
Ellen Westhoff



---

# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond: zorgconcept VanThuisUit van veelbelovend naar bewezen effectief?

In het licht van de toenemende en dubbele vergrijzing en de daardoor benodigde transformatie van de zorg zijn tanteLouise en CZ zorgkantoor een langdurige samenwerking aangegaan. In de zogenoemde Duurzame Coalitie gaan zij op zoek naar nieuwe oplossingen die bijdragen aan: behoud van de toegankelijkheid tot zorg; het slimmer inzetten van zorgverleners en naasten; het behouden of verhogen van de kwaliteit van leven en vitaliteit van cliënten; en passende kostenontwikkeling bij demografische groei. Hierbij is het essentieel om ouderen te ondersteunen om zo lang mogelijk, zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen. Vanuit deze visie hebben tanteLouise en CZ zorgkantoor het zorgconcept VanThuisUit ontwikkeld, waarin ouderen ondersteuning op maat krijgen om langer actief en zelfstandig thuis te wonen. Eigen regie staat hierbij centraal. VanThuisUit is een innovatief zorgconcept dat is gepositioneerd tussen thuis en het verpleeghuis in een zorgveld en maatschappelijke context die in beweging is.<sup>4</sup>

VanThuisUit is gestart op 1 juni 2022. Over de periode van 1 juni 2022 tot 3 maart 2023 hebben tanteLouise en CZ zorgkantoor een praktijkevaluatie uitgevoerd van het Dag- & Doecentrum, op dit moment het belangrijkste onderdeel van VanThuisUit (zie voor een verdere beschrijving paragrafen 2.3.1 en 3.1). De praktijkevaluatie was overwegend kwalitatief van aard en is uitgevoerd met behulp van (geanonimiseerde) gegevens van deelnemers, tevredenheidsmetingen en (kwalitatieve) casestudies van deelnemers. Ook zijn gesprekken gevoerd met onder meer deelnemers, mantelzorgers, medewerkers van VanThuisUit en collega's zoals geriatrisch consulenten, casemanagers dementie, medewerkers van thuiszorgorganisatie TWB en huisartsenpraktijken.

Hoewel uit een praktijkevaluatie geen harde conclusies getrokken kunnen worden, zijn de inzichten veelbelovend. Zo zijn zowel ouderen als medewerkers en samenwerkingspartners positief over het initiatief. De zorgzwaarte van de deelnemers lijkt te zijn gedaald en bij veel deelnemers is een stabilisatie of zelfs een verbetering van de autonomie, cognitie en mobiliteit te zien. Ook lijkt het erop dat mensen vanuit de reguliere dagverzorging eerder intramuraal worden opgenomen dan de deelnemers aan VanThuisUit. Daarnaast lijkt VanThuisUit de potentie te hebben om binnen het budgettaire kader van Wlz zorgprofiel VV5 te passen.

## 1.2 Maatschappelijke doelen VanThuisUit sluiten aan bij de ambities van passende zorg

De maatschappelijke doelen<sup>5</sup> van VanThuisUit zijn als volgt:

- a. Deelname aan VanThuisUit zorgt ervoor dat ouderen de regie over het ouder worden behouden en daardoor kwaliteit van leven ervaren. Naar verwachting leidt dit tot minder verpleeghuisplaatsingen en lagere zorgkosten.
- b. Met minder medewerkers, met een unieke functiemix en met evenveel of meer werkplezier, bedient VanThuisUit meer hulpvragers.
- c. VanThuisUit sluit (hiermee) naadloos aan bij de landelijke ambities om passende zorg te bieden die waardegedreven is en samen met de hulpvrager wordt ontwikkeld.
- d. Investeren in VanThuisUit betekent bijdragen aan een innovatieve en duurzame oplossing die de levenskwaliteit van ouderen verbetert en tegelijkertijd economische voordelen biedt.

---

<sup>4</sup> Zo zijn er ook andere vormen van zorg tussen thuis en het verpleeghuis, zoals geclusterd wonen.

<sup>5</sup> Bron: machinebeschrijving VanThuisUit, concept d.d. 29 november 2024.

---

### 1.3 Aanleiding van dit onderzoek: zicht op effect op uitstel verpleeghuisopname en kosten

Deze en andere veelbelovende bevindingen stemmen positief en vragen om verdere onderbouwing en onderzoek. CZ zorgkantoor en tanteLouise hebben ervoor gekozen onafhankelijk onderzoeksbureau Significant Public hiervoor te vragen. In twee verkennende gesprekken hebben we met de opdrachtgevers (tanteLouise en CZ zorgkantoor) uitgebreid gesproken over het zorgconcept en mogelijke benaderingen verkend voor het beoogde onderzoek. We hebben elkaar gevonden in een gezamenlijk idee over hoe de vragen over effectiviteit van VanThuisUit zo goed en realistisch mogelijk beantwoord konden worden. De uitgangspunten voor het onderzoek en de gemaakte keuzes in de onderzoeksaanpak staan beschreven in hoofdstuk 2.

Twee belangrijke vragen staan centraal in dit onderzoek:

1. Wat is het effect van deelname aan VanThuisUit op het uitstellen van opname in een verpleeghuis?
2. Is het zorgconcept in combinatie met andere kosten (zoals zorg en ondersteuning thuis) niet duurder dan de vergoeding op basis van een Wlz zorgprofiel VV5?

De beantwoording van deze twee vragen moet worden gezien als aanvulling op de onderzoeksvragen die reeds in de praktijkevaluatie zijn beantwoord: hoe deelnemers VanThuisUit ervaren (inclusief tevredenheid) en of medewerkers met evenveel of meer plezier en voldoening werken binnen VanThuisUit. Ook in deze rapportage gaan we in op deze onderwerpen. We grijpen hiervoor grotendeels terug op de (uitgebreide) rapportage van de praktijkevaluatie, aangevuld met een aantal kwalitatieve bevindingen vanuit dit onderzoek.

### 1.4 Doelstelling van het onderzoek: toets of aan twee specifieke doelstellingen is voldaan

Voor dit onderzoek gaan we in op twee doelen van het concept VanThuisUit:

1. VanThuisUit stelt een opname in het verpleeghuis uit.
2. VanThuisUit is niet duurder dan een opname in het verpleeghuis.

Het onderzoek heeft als doelstelling te toetsen of deze doelen zijn gerealiseerd. Daarnaast is het van meerwaarde als het onderzoek ondersteunt bij de discussie over structurele financiering, de praktijk en opschaling van VanThuisUit. Dit is onder andere input voor het lerend netwerk van VanThuisUit.

Wat levert het onderzoek niet op? De beantwoording van de twee onderzoeksvragen leidt **niet (in dit onderzoek) tot een maatschappelijke businesscase**. Dat is niet de vraag en kunnen we niet verwachten gezien de onderzoeksmogelijkheden en de beperkingen aan de gegevensuitwisseling. Wel bieden de antwoorden op de vragen input om invulling te geven aan de maatschappelijke businesscase.

### 1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijven we de uitgangspunten voor ons onderzoek en de onderzoeksaanpak. Dit is belangrijk voor een juiste interpretatie en duiding van de resultaten en conclusies. In hoofdstuk 3 beschrijven we in het kort het zorgconcept VanThuisUit en de werkzame elementen. In hoofdstuk 4 beschrijven we de ervaringen van deelnemers en medewerkers. In hoofdstuk 5 beschrijven we de kenmerken van de groep deelnemers aan VanThuisUit. We gaan in op algemene kenmerken, de gezondheidssituatie en risicofactoren die kunnen leiden tot opname in een verpleeghuis. In hoofdstuk 6 benoemen we de aspecten die iets zeggen over de effecten op (mogelijk) uitstel van verpleeghuisopname. We maken ook een inschatting in welke mate van uitstel aannemelijk is. In hoofdstuk 7 beschrijven we de kosten van VanThuisUit en de zorg en ondersteuning die deelnemers thuis ontvangen. Ook maken we de vergelijking met de kosten die horen bij Wlz-indicaties met zorgprofiel VV5. In hoofdstuk 8 beschrijven we onze conclusies. Ten slotte geven we in hoofdstuk 9 onze reflectie op de onderzoeksresultaten.

---

## 2 Uitgangspunten en onderzoeksaanpak

In dit hoofdstuk beschrijven we de uitgangspunten voor ons onderzoek en de onderzoeksaanpak. Hierin nemen we informatie mee die belangrijk is voor een juiste interpretatie en duiding van de resultaten en conclusies.

### 2.1 Uitgangspunten voor het onderzoek

Onze visie op de onderzoeksvragen en het realiseren van impact door het doen van onderzoek brengt ons bij een aantal uitgangspunten die wij hanteren bij de uitvoering. We zien deze uitgangspunten als leidraad waaraan we onderzoeksactiviteiten en vervolgstappen toetsen. Dat maakt dat we steeds verkennen hoe we binnen de mogelijkheden en uitdagingen die er zijn (van mensen, middelen en data) de meeste waarde kunnen toevoegen.

We beschrijven de uitgangspunten hier beknopt:

- a. Er is in VanThuisUit sprake van **een iteratief proces in een lopende innovatie** en een **kleine onderzoekspopulatie**. In onze werkwijze en onderzoeksmethoden sluiten we hierop aan zonder terug te vallen op alleen kwalitatieve bevindingen. We maken zoveel als mogelijk gebruik van reeds beschikbare data op groepsniveau ('tellen') en laten zien welke effecten zichtbaar zijn op (afgeleide tussen)doelen (zoals de risicofactoren) en welke effecten in het verlengde hiervan verondersteld kunnen worden. We onderbouwen en duiden deze inzichten door middel van individuele casuïstiek ('vertellen'). We doen zo 'maximaal' mogelijke uitspraken over de effecten op basis van de combinatie van beschikbare informatie. Daar waar we aannames gebruiken, geven we deze transparant weer.
- b. We **bouwen voort op wat er is**, zowel om onnodige administratieve belasting van professionals te voorkomen als om optimaal gebruik te maken van ervaringen die we in eerdere, vergelijkbare onderzoeken hebben opgedaan. We maken gebruik van:
  - i. Het door VanThuisUit ontwikkelde screeningsinstrument dat voor alle deelnemers meerdere keren wordt ingevuld;
  - ii. Risicofactoren voor verpleeghuisopname<sup>6</sup>;
  - iii. Een multidisciplinaire inschatting van uitstel van verpleeghuisopname<sup>2,7</sup>;
  - iv. Effectkaarten gebaseerd op het opstellen van mini-businesscases<sup>3</sup>.
- c. **Stap voor stap naar diepgang**. Je kunt in een eerste gesprek niet dezelfde diepgang bereiken als in vervolgesprekken en -bijeenkomsten. Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zoeken we in elk gesprek steeds meer diepgang en detail. We leggen de meningen en inzichten uit eerdere stappen voor in volgende bijeenkomsten die we organiseren. Op die manier nemen betrokkenen kennis van de eerder verzamelde input. Door daar weer over met elkaar in gesprek te gaan, ontstaat verdieping en werken we toe naar breed gedragen antwoord op de onderzoeksvraag.
- d. We bewaken de **objectiviteit** onder andere door middel van de combinatie (en triangulatie) van bronnen en methoden, de toepassing van het vierogenprincipe.
- e. Bij het onderzoek is een **expertteam betrokken als onafhankelijke klankbordgroep** om mee te denken over hoe het onderzoek binnen een complexe context van zo groot mogelijke waarde kan

---

<sup>6</sup> Uit herhaalbaarheidsonderzoek naar Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde (MESO).

<sup>7</sup> Uit de evaluatie van experimenten Domeinoverstijgende Samenwerking in de ouderenzorg (DOS).

---

zijn. Het team bestaat uit experts vanuit verschillende perspectieven: ministerie van VWS, Nederlandse Zorgautoriteit, Zorginstituut Nederland, een hoogleraar ouderengeneeskunde, een hoogleraar gezondheidseconomie en dementie en een huisarts en senior onderzoeker eerstelijns ouderenzorg. De experts zijn op een viertal momenten als groep en daarnaast individueel betrokken. In de eerste en tweede bijeenkomst hebben we de onderzoeksopzet en gebruikte methodieken besproken en zijn suggesties gedaan voor aanscherping. In individuele gesprekken hebben we deze suggesties verder uitgedacht en de haalbaarheid ervan voor dit onderzoek onderzocht. In de derde en vierde bijeenkomst hebben we de opgedane inzichten besproken, aangescherpt en in de context van huidige (maatschappelijke) ontwikkelingen geplaatst. De samenstelling en expertise van het expertteam maakt dat de meest recente (wetenschappelijke) inzichten vanuit verschillende domeinen werden betrokken in het onderzoek.

- f. We houden in onze analyse **rekening met het meetmoment**. Het maakt uit of je eerder of later meet ten opzichte van het moment waarop deelnemers zijn gestart. Ook maakt het uit in welke 'fase' in hun leven je deelnemers includeert: hoe eerder, hoe groter de potentiële meerwaarde van VanThuisUit (geïndiceerde preventie).
- g. Dit onderzoek omvat enerzijds het beantwoorden van de twee hoofdvragen met betrekking tot de effectiviteit van VanThuisUit. Anderzijds doen we met dit onderzoek ervaring op die belangrijke input is voor de **wijze waarop de (maatschappelijke) impact van vergelijkbare concepten op andere locaties met andere stakeholders het beste gemonitord kan worden**.

## 2.2 Aanpak deel 1: effecten VanThuisUit op uitstel van opname in een verpleeghuis

Voor de beantwoording van onderzoeksvraag 1 baseren we ons primair op het door VanThuisUit ontwikkelde screeningsinstrument in combinatie met een onderbouwde, multidisciplinaire inschatting van twee direct betrokken professionals of verpleeghuisopname al dan niet is uitgesteld. Dit sluit aan bij de wens om de waardevolle inzichten uit de eerder uitgevoerde praktijkevaluatie verder te onderbouwen met zoveel mogelijk objectieve en cijfermatige informatie. In de praktijk zijn we tegen uitdagingen en beperkingen aangelopen die we in deze paragraaf beschrijven. Deze hebben ervoor gezorgd dat we (ook) andere onderzoeksmethodieken hebben toegepast dan in onze voorgenomen onderzoeksaanpak. Deze methodieken hebben deels ter aanvulling en deels ter vervanging gediend. We nemen de lezer in de hierna volgende paragrafen mee in het onderzoeksproces.

### 2.2.1 Ontwikkeling screeningsinstrument door VanThuisUit

Voor VanThuisUit is een **nieuw screeningsinstrument** ontwikkeld, gebaseerd op het concept van positieve gezondheid. Dit concept gaat uit van een bredere kijk op gezondheid, waarbij de focus ligt op wat het leven voor mensen zelf betekenisvol maakt, gezien vanuit verschillende domeinen. Het screeningsinstrument neemt de domeinen van positieve gezondheid als uitgangspunt en stelt daarbinnen diverse vragen om tot een totaalbeeld van de deelnemer te komen.

Kort na de start van deelnemers bij VanThuisUit vult een zorgmedewerker die is toebedeeld aan de deelnemer ('buddy' genoemd) de screeningslijst samen met de deelnemer in. Vervolgens bespreekt een professional in een uitgebreid gesprek de vragen in het screeningsinstrument met de deelnemer. In de praktijk is de professional de geriatrisch consulent en de social worker. Het screeningsinstrument helpt om de **uitgangssituatie van de deelnemer in kaart te brengen** en om het gesprek aan te gaan over doelen. Door middel van het screeningsinstrument wordt inzichtelijk op welk domein een deelnemer minder scoort en waar de intrinsieke motivatie om aan verbetering te werken het grootst is. Door het screeningsinstrument halfjaarlijks te updaten (of vaker op het moment dat zich een verandering in de situatie van de deelnemer voordoet) helpt het ook om de situatie en voortgang in doelen te monitoren.

---

Het screeningsinstrument is kort na ingebruikname geëvalueerd. Kleine aanpassingen in de vraagstelling en antwoordopties zijn doorgevoerd. Nu meer ervaring met het screeningsinstrument is opgedaan is er zowel vanuit de praktijk als vanuit de wens om meer onderzoek te doen behoefte aan grotere wijzigingen. Deze hebben onder andere als doel een meer eenduidige interpretatie en daarmee meer uniforme beantwoording van de vragen. Vanaf 1 januari 2025 is het vernieuwde screeningsinstrument in gebruik genomen.

### 2.2.2 *Risicofactoren voor verpleeghuisopname*

Om te onderzoeken of VanThuisUit opname in het verpleeghuis uitstelt en zo ja, in welke mate, brengen we de verandering in de situatie van de deelnemers in kaart. Dat doen we onder andere door **acht risicofactoren voor verpleeghuisopname<sup>8</sup> op twee momenten te meten**. Het gaat om de volgende risicofactoren:

- a. Beperkingen in de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL);
- b. Loop- en balansstoornissen;
- c. Cognitieve problemen/dementie;
- d. Stemmingsproblemen/depressie;
- e. Gedragsproblemen;
- f. Overbelasting partner/mantelzorger;
- g. Wegvallen partner/mantelzorger;
- h. Eenzaamheid.

Deze risicofactoren zijn ontwikkeld door een specialist ouderengeneeskunde op basis van (wetenschappelijk) literatuuronderzoek om de effectiviteit van het concept MESO te meten. Het gebruik van de risicofactoren voor onderzoek heeft zich in de praktijk bewezen, de methodiek is echter niet gevalideerd. We hebben de risicofactoren met professionals en andere betrokkenen besproken. Zij gaven aan hierin ook de belangrijkste risicofactoren die ze in de praktijk terugzien te herkennen. Het gebruik van scores op risicofactoren om verpleeghuisopname uit te stellen geeft naar verwachting een goed inzicht in het effect van VanThuisUit.

### 2.2.3 *Vertaling screeningsinstrument naar risicofactoren voor verpleeghuisopname*

Om de belasting van professionals door registratie, die alleen voor onderzoek bedoeld is, te beperken hebben we met hen en andere betrokkenen verkend of het mogelijk was gebruik te maken van het screeningsinstrument om te komen tot de risicofactoren voor verpleeghuisopname. Het instrument bevat veel relevante items die het mogelijk maken de risicofactoren te meten. In bijlage A beschrijven we per risicofactor welke items uit het screeningsinstrument gebruikt zijn. We hebben de scores van afzonderlijke items opgeteld om tot een **somscore per risicofactor** te komen.

Per risicofactor is het mogelijk om de **effectgrootte en de richting van het effect (verbetering, verslechtering, stabilisatie)** weer te geven. We maken gebruik van het screeningsinstrument dat kort na de start van deelname bij VanThuisUit is ingevuld (T0) en het screeningsinstrument dat 6-12 maanden daarna is ingevuld (T1). Dat zorgt voor voldoende tijd om effecten te zien van de ondersteuning van VanThuisUit. Andere vragenlijsten die bij VanThuisUit worden gebruikt zijn voor een (klein) deel van de deelnemers ingevuld. Dat maakte ze voor dit onderzoek niet bruikbaar.

---

<sup>8</sup> Herma Barnhoorn en Ester Bertholet (2015). Kernelementen en resultaten van Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde in Velp. *Bijblijven*, DOI: 10.1007/s12414-015-0102-5.

---

De door ons toegepaste methodiek maakt gebruik van instrumenten en onderzoeksbenaderingen die zich in de praktijk hebben bewezen. Ze zijn echter los en als geheel niet wetenschappelijk gevalideerd.

#### 2.2.4 *Multidisciplinaire inschatting van uitstel van verpleeghuisopname*

Met de professionals die over het algemeen de screeningsinstrumenten invullen, de geriatrisch consulent en social worker, hebben we **per deelnemer besproken of verpleeghuisopname is uitgesteld**. Deze inschatting hebben we zoveel mogelijk onderbouwd met feitelijke gebeurtenissen (bijvoorbeeld crisisopname voorkomen door tijdelijke opschaling dagdelen deelname bij het Dag- en Doecentrum) en ontwikkeling in de eerder beschreven risicofactoren. Ook hebben we doorgevraagd op de interventies die zijn ingezet op het Dag- en Doecentrum en in de thuissituatie om de genoemde effecten te bereiken.

De inschattingen van de professionals hebben wij **aangevuld met informatie uit het screeningsinstrument en de analyses en inzichten vanuit de effectkaarten** (zoals ingrijpende levensgebeurtenissen) om per deelnemer tot een eigen inschatting te komen van de mate waarin het aannemelijk is dat verpleeghuisopname is uitgesteld. Dit presenteren we in deze rapportage als bovengrens in de getoonde resultaten. De inschatting van de professionals beschouwen we als ondergrens.

Vervolgens hebben wij als onderzoekers voor de gevallen waarin uitstel aannemelijk wordt geacht een **inschatting gemaakt van de duur van het uitstel (in maanden)**. Hiervoor hebben wij gekeken naar de duur van de deelname aan VanThuisUit en het moment waarop een eventuele Wlz-indicatie is ingegaan. We hebben eerst in het onderzoek vastgesteld of we het op basis van de score op de risicofactoren aannemelijk achten dat de **deelnemer bij de start van deelname aan VanThuisUit ‘vóór of op de drempel van het verpleeghuis stond’**. Vervolgens hebben we de inschatting van de **duur van het uitstel gerelateerd aan de gemiddelde deelnameduur** van deelnemers aan VanThuisUit. Omdat het een inschatting betreft zijn we ervan uitgegaan dat het uitstel niet de gehele (gemiddelde) deelnameduur betreft, maar wel een substantieel deel. Dit is gebaseerd op de constatering dat de deelnemers zich ‘op de drempel van het verpleeghuis’ bevinden.

De duur van deelname aan VanThuisUit hebben we zuiver kunnen berekenen voor de deelnemers die zijn uitgestroomd. Voor mensen die op het meetmoment nog deelnamen, is de werkelijke duur van deelname langer dan we nu hebben kunnen vaststellen. Dit geldt voor het grootste deel van de deelnemers. Daarom is de weergave van de gemiddelde duur van deelname een onderschatting. Hier houden we rekening mee in de vertaling naar de verwachte duur van uitstel van verpleeghuisopname en de uitspraken die we hierover doen. Ook dit onderdeel van de toegepaste methodiek is niet gevalideerd. De inschatting van de duur van het uitstel kunnen we vanwege bovenstaande alleen als voorzichtige indicatie en als ondergrens weergeven.

#### 2.2.5 *Vergelijking met gemiddelde deelname aan reguliere dagverzorging*

Om de inschatting van uitstel van verpleeghuisopname verder te onderbouwen, hebben we de **gemiddelde deelnameduur** aan VanThuisUit **vergeleken met het aantal maanden** dat mensen gemiddeld aan **reguliere dagverzorging van tanteLouise** deelnemen. Hiervoor hebben we gebruikgemaakt van gegevens over de periode juni 2022 tot en met november 2024; dezelfde periode als waarover bij VanThuisUit informatie is verzameld. Ook zijn er, vergelijkbaar met VanThuisUit, zowel cliënten die met een Wmo-indicatie deelnemen als cliënten met een Wlz-indicatie meegenomen in de berekening van een gewogen gemiddelde. Deze gemiddelde deelnameduur aan reguliere dagverzorging hebben we berekend voor de cliënten die zijn uitgestroomd (n=153; 65%). Voor mensen die in november 2024 nog deelnamen aan de reguliere dagverzorging (n=82; 35%), is de werkelijke duur van deelname



---

langer dan we nu hebben kunnen vaststellen. Daarom is de weergave van de gemiddelde duur van deelname aan reguliere dagverzorging een onderschatting.

### 2.2.6 *Huidige registratie ondersteunt de dagelijkse praktijk, maar mist uniformiteit om voor onderzoeksdoeleinden optimaal geschikt te zijn*

Uit de gesprekken met professionals over het uitstellen van verpleeghuisopname en observaties tijdens het Interdisciplinaire Overleg (IDO) bleek dat de **registraties** zoals deze nu plaatsvinden **de dagelijkse praktijk ondersteunen**. Alle betrokken professionals hebben goed zicht op voor de uitvoering van hun werk belangrijke informatie: feitelijke informatie over (de gezondheid van) deelnemers, hun functioneren, welzijn en levensverhaal. Daarnaast is recent gestart met het op een andere en meer gestructureerde manier bijhouden van de voortgang van deelnemers op hun doelen, op welke manier daaraan gewerkt wordt (welke interventie) en onder begeleiding van welke professional(s). Ook deze registratie ervaren de professionals als zeer helpend.

In de analyse en interpretatie daarvan liepen we echter tegen een aantal **uitdagingen aan die de registraties** zoals deze nu zijn met zich meebrengen:

- a. *Bij wijzigingen in het elektronisch patiëntendossier wordt eerdere informatie overschreven.* Daardoor is niet met zekerheid te achterhalen wanneer een deelnemer is gestart bij VanThuisUit. We zijn daarom uitgegaan van de invuldatum van het eerste screeningsinstrument als startdatum. Deze ligt weken en soms maanden na de werkelijke startdatum. Dit zorgt voor een onderschatting van de deelnameduur en bemoeilijkt de interpretatie van de resultaten. Het meetmoment ten opzichte van het moment waarop iemand start bij VanThuisUit kan, zoals in paragraaf 2.1 beschreven is, van invloed zijn op de effecten.
- b. *In de praktijk lukt het niet altijd om het screeningsinstrument de eerste keer kort na de start van deelname bij VanThuisUit in te vullen.* Daardoor is het mogelijk dat de score op sommige aspecten hoger is dan hoe de situatie daadwerkelijk was bij de start bij VanThuisUit, omdat de persoon al deelneemt en ondersteuning ontvangt. Het gevolg is mogelijk een onderschatting van de problematiek van de onderzoeksgroep en van de behaalde effecten.
- c. *De mate waarin de screeningsinstrumenten volledig zijn ingevuld, wisselt.* Als vragen niet zijn ingevuld kunnen de scores op risicofactoren (die zijn samengesteld uit meerdere items) lager uitvallen dan in werkelijkheid het geval is. Hoewel niet exact te zeggen is hoe vaak dit voorkomt, gaan we er op basis van gesprekken over casuïstiek vanuit dat dit slechts voor enkele deelnemers geldt. In deze enkele gevallen leidt dit mogelijk tot onderschatting van de ernst van de problematiek van deelnemers, zowel kort na de start van deelname als 6-12 maanden daarna. Bij vier deelnemers is de volledigheid van het screeningsinstrument groter op het tweede moment (6-12 maanden na de start van deelname) dan kort na de start. Daardoor zijn de scores op risicofactoren toegenomen in de tweede meting ten opzichte van de eerste meting. Dat wekt de suggestie dat de deelnemer achteruit is gegaan, terwijl dat niet zo hoeft te zijn; er is alleen meer bekend over diens situatie.
- d. *De categorieën van een deel van de vragen uit het screeningsinstrument zijn niet eenduidig.* Professionals geven dan ook aan dat er interpretatieverschillen kunnen zijn bij het invullen. Als dit een structureel verschil in dezelfde richting is (bijvoorbeeld één professional categoriseert bepaald gedrag altijd als 'soms problematisch', terwijl een ander dit categoriseert als 'vaak problematisch') veroorzaakt het ook verschillen in scores op risicofactoren. Onze indruk is dat dit incidenteel voorkomt.

Om de data voor onderzoeksdoeleinden optimaal geschikt te maken is een meer uniforme werkwijze en eenduidiger te interpreteren meetinstrument van belang.

---

### 2.2.7 *Herwaardering van ‘vertellen’: de effecten van VanThuisUit blijken uit de combinatie van cijfers op groepsniveau met onderbouwing vanuit individuele verhalen*

Deelnemers aan VanThuisUit bevinden zich in een fase van hun leven waarin ouderdom, over het algemeen in combinatie met één of meer chronische aandoeningen, beperkingen met zich meebrengt. Het is **niet of slechts gedeeltelijk realistisch om te verwachten dat er verbetering mogelijk is op ‘harde’ uitkomstmaten**. Het is niet mogelijk en niet het doel om bijvoorbeeld cognitieve problemen veroorzaakt door dementie te verminderen door ondersteuning van VanThuisUit. De gevolgen hiervan en hoe een deelnemer en diens naasten hiermee omgaan zijn wél te beïnvloeden factoren. Als hulpverlener kun je helpen om de urgentie van het probleem te verlagen. Daarom en door de beperkingen in de registratie is voor een goede interpretatie van de ‘harde’ uitkomstmaten (risicofactoren) **het verhaal daarachter nodig**. De gezondheidssituatie van een deelnemer kan feitelijk achteruit zijn gegaan, maar als hij en/of zijn naasten en/of mantelzorger handvatten hebben gekregen om met zijn beperkingen om te gaan, deze te accepteren of op andere manieren betekenis te geven aan de dag, kunnen beperkingen die eerder de situatie onder druk zetten beheersbaar zijn geworden. Deze duiding is essentieel voor het vaststellen van de effecten van VanThuisUit en hebben wij dan ook meegenomen in de interpretatie.

### 2.2.8 *Uit de praktijk blijkt dat sommige risicofactoren voor verpleeghuisopname een grotere invloed of urgentie hebben*

Uit gesprekken met de betrokken professionals blijkt dat er vaak sprake is van een kantelpunt in de situatie, waardoor een deelnemer toch opgenomen moet of wenst te worden. Met name **overbelasting van de mantelzorger(s), eenzaamheid van de deelnemer, cognitieve problemen en beperkingen in de ADL** (afzonderlijk en in combinatie met elkaar) lijken hierop van invloed. Als we kijken naar de relatie tussen de risicofactoren en de inschatting van het uitstel van verpleeghuisopname, dan constateren we dat de hiervoor genoemde risicofactoren sterker gerelateerd zijn dan sommige andere risicofactoren.

## 2.3 **Aanpak deel 2: kosten VanThuisUit vergeleken met een Wlz zorgprofiel VV5**

De vraag is of de kosten die door VanThuisUit voor deelnemers worden gemaakt niet leiden tot een situatie dat de totale zorgkosten (inclusief de kosten voor zorg en ondersteuning thuis) voor de deelnemers hoger uitkomen dan de kosten die horen bij een tarief ZZP 5VV. Om antwoord te geven op deze vraag is het nodig om te definiëren welke kosten worden meegenomen in de vergelijking. Dit is deels afhankelijk van welke kosten in werkelijkheid aan de orde zijn en welke gegevens daarover wel en niet verkregen kunnen worden. In dit hoofdstuk beschrijven we hoe we de vergelijking invullen. Daarnaast beschrijven we welke bronnen en gegevens we gebruiken om de vergelijking te maken tussen deelnemers aan VanThuisUit en de referentiekosten behorend bij Wlz-indicatie met zorgprofiel VV5. Deze vergelijking maken we voor alle deelnemers (als groep) en voor een aantal specifieke situaties met een onderscheid naar Wlz/Wmo, wel (of relatief veel) of geen (of weinig) wijkverpleging, et cetera.

### 2.3.1 *Componenten in de kostprijs VanThuisUit*

VanThuisUit bestaat uit verschillende bouwstenen (onderdelen), die deels functioneren en deels nog in (door)ontwikkeling zijn. Zie hiervoor figuur 1.

## VanThuisUit bestaat uit vier bouwstenen die gecombineerd ingezet kunnen worden



Figuur 1. Overzicht zorgconcept VanThuisUit

Op dit moment zijn het **Dag- en Doecentrum** en het **Thuis Actief Zelfstandig (TAZ) team operationeel** (zie hoofdstuk 3). De kosten die hiervoor worden gemaakt, nemen we mee in de vergelijking. Het logeerappartement is gerealiseerd en de mogelijkheid is er voor deelnemers en/of hun partner om er gebruik van te maken. Het gebruik van het logeerappartement is echter tot nu toe nog beperkt. Bovendien worden voor het gebruik separate tarieven in rekening gebracht. Daarom nemen we deze kosten op dit moment niet mee in de vergelijking. Ten slotte is de Kenniskiosk in fysieke vorm nog niet operationeel. Wel is er sprake van een digitale invulling van de Kenniskiosk. De kosten van de Kenniskiosk schrijven we op dit moment niet toe aan VanThuisUit.

### 2.3.2 Exploitatiekosten VanThuisUit

Voor de exploitatie van VanThuisUit heeft tanteLouise een begroting opgesteld voor de periode 2023-2025 (per jaar). Deze is beschikbaar voor dit onderzoek. Dit geldt ook voor de realisatie van de kosten in 2024 tot en met de maand augustus 2024. In eerste instantie hebben we in het onderzoek gebruik gemaakt van de realisatie in de eerste acht maanden van 2024 en een prognose voor de realisatie van de kosten in heel 2024, waarin rekening is gehouden met kostenverhogende aspecten (zoals de cao-verhoging en een hogere bezetting). In de laatste fase van het onderzoek hebben we gebruik kunnen maken van de laatste inzichten in de prognose voor de jaarcijfers 2024 voor de exploitatie van VanThuisUit.

### 2.3.3 Kosten per dagdeel VanThuisUit

We berekenen de exploitatiekosten van VanThuisUit per dagdeel, gebaseerd op het aantal dagdelen dat deelnemers aanwezig zijn geweest. We gebruiken hiervoor de managementinformatie VTU (tot en met augustus 2024) als bron en extrapoleren deze gegevens naar heel 2024. De periode waarover de evaluatie in het kader van onderzoeksvraag 1 heeft plaatsgevonden beslaat ook een deel van 2023, maar voor de kosten en de gerealiseerde dagdelen baseren we ons voor de consistentie op een heel kalenderjaar (2024).

De openingstijden van VanThuisUit zijn van 10.00 uur (in de ochtend) tot 20.00 uur (in de avond). VanThuisUit is dus 10 uur per dag open. Een dagdeel overdag is 4 uur (van 10-14 en van 14-18 uur) en in de avond 2 uur (van 18-20 uur). De ruime openingstijden zijn een belangrijk onderdeel van VanThuisUit. Het biedt namelijk de mogelijkheid voor deelnemers om ook te blijven in de avond en/of te komen in het

---

weekend wanneer dat nodig is of als zij daar behoefte aan hebben. In de praktijk is het aantal deelnemers dat in de avond gebruik maakt van VanThuisUit beperkt.

In de berekening van de kosten gaan we hier als volgt mee om. We vertalen de verhouding van de dagdelen naar 'zuivere' dagdelen van 4 uur. We passen dus een correctie toe op het aantal dagdelen zoals weergegeven in de managementinformatie over VanThuisUit. Dat geeft het meest accurate beeld van de gemiddelde kosten per dagdeel. Op basis van het (gemiddeld) aantal dagdelen dat een deelnemer aanwezig is (per maand), kunnen we de (gemiddelde) kosten per dagdeel per maand berekenen.

#### 2.3.4 Componenten zorg en ondersteuning thuis

##### Zorg en ondersteuning thuis voor deelnemers met een Wmo-indicatie

De (formele) **zorg en ondersteuning** die deelnemers aan VanThuisUit met een Wmo-indicatie **thuis** ontvangen, dus in aanvulling op de zorg en ondersteuning die ze bij of vanuit VanThuisUit ontvangen, bestaat uit verstrekkingen vanuit de Wmo en vanuit de Zvw.

Voor de **Wmo** betreft dit de volgende verstrekkingen:

- a. Huishoudelijke ondersteuning;
- b. Individuele begeleiding (als dit naast deelname aan VanThuisUit aan de orde is);
- c. Vervoer;
- d. Hulpmiddelen (zoals een rolstoel).

Voor de **Zvw** betreft dit:

- a. Wijkverpleging;
- b. Casemanagement dementie;
- c. Paramedische zorg (als deze buiten VanThuisUit wordt geleverd);
- d. Huisartsenzorg (inclusief inzet van de praktijkondersteuner ouderenzorg);
- e. Geestelijke gezondheidszorg;
- f. Kortdurende zorg.

Ook kan er naast de genoemde zorgcomponenten in de totale zorg(kosten) voor een deelnemer aan VanThuisUit ook sprake zijn van medisch-specialistische zorg. Deze wordt (voornamelijk) in/vanuit het ziekenhuis geleverd. Deze kosten vallen ook buiten de kosten voor het tarief ZZP 5VV (in het geval van verblijf in een verpleeghuis). Voor de volledigheid geven we wel inzicht in deze kosten (zonder deze mee te rekenen).

##### Zorg en ondersteuning thuis voor deelnemers met een Wlz-indicatie

Voor **deelnemers aan VanThuisUit met een Wlz-indicatie** die thuis wordt verzilverd in een Modulair Pakket Thuis (MPT) of Volledig Pakket Thuis (VPT) zijn naast de begeleiding die bij VanThuisUit wordt geboden vooral de volgende componenten in de zorg en ondersteuning aan de orde:

- a. Verpleging en/of verzorging (Wlz);
- b. Huishoudelijke ondersteuning (Wlz);
- c. Vervoer (Wlz);
- d. Huisartsenzorg (Zvw, in het geval van een MPT en soms in het geval van een VPT).

Als er sprake is van medisch-specialistische zorg, dan wordt deze vanuit de Zvw geleverd. Deze kosten vallen dus buiten het tarief voor een Wlz-indicatie (MPT, VPT en ZZP met zorgprofiel VV5).

### 2.3.5 Beschikbaarheid gegevens over zorg en ondersteuning voor deelnemers en daarbuiten

#### Gegevens en bronnen

In paragraaf 2.3.4 noemen we de meest voorkomende kosten voor zorg en ondersteuning die deelnemers naast VanThuisUit ontvangen. De mate waarin we de betreffende gegevens hebben kunnen verkrijgen in dit onderzoek verschilt per component. Dit is voornamelijk het gevolg van (juridische) beperkingen in de mogelijkheden om (persoons)gegevens te delen tussen betrokken partijen. De volgende gegevens hebben we mee kunnen nemen in het onderzoek in welke vorm en vanuit welke bron.

Type zorg en ondersteuning	Wettelijk kader	Beschikbaar voor?	Bron(nen)	
Huishoudelijke ondersteuning	Wmo	Deelnemers van VanThuisUit	Bergen op Zoom, Steenbergen en TWB	
(Individuele) begeleiding	Wmo		Bergen op Zoom en Steenbergen	
Vervoer	Wmo		Steenbergen	
Hulpmiddelen	Wmo		Bergen op Zoom en Steenbergen	
Wijkverpleging	Zvw		TWB	
Casemanagement dementie	Zvw		TWB	
Huisartsenzorg (met praktijkondersteuner ouderen)	Zvw		Inwoners gemeente Bergen op Zoom	Gemeentezorgspiegel Bergen op Zoom
Medisch-specialistische zorg	Zvw			
Kortdurende zorg (geriatrische revalidatiezorg / eerstelijnsverblijf)	Zvw			
Geestelijke gezondheidszorg	Zvw			
Overige kosten zoals paramedische zorg, farmacie, mondzorg, et cetera.	Zvw			
Huishoudelijke ondersteuning	Wlz	Cliënten van Groenhuysen	Groenhuysen	
Verpleging en/of verzorging	Wlz		Groenhuysen	

Het is in dit onderzoek gelukt om gegevens te verkrijgen over de deelnemers aan VanThuisUit van de gemeenten Steenbergen en Bergen op Zoom en van zorgaanbieder Thuiszorg West-Brabant (TWB). Dit betreft in het geval van de gemeenten de zorg en ondersteuning die deelnemers thuis hebben ontvangen in het kader van de Wmo. Voor TWB betreft dit de zorg en ondersteuning in het kader van Zvw (wijkverpleging en casemanagement dementie) en de Wmo (huishoudelijke ondersteuning).

#### Nadere toelichting op de gegevensverzameling voor de gemeenten en TWB

Om gegevens van tanteLouise te gebruiken voor dit onderzoek, is in het kader van de gegevensuitwisselingsovereenkomst tussen Significant en tanteLouise een **instemmingsverklaring** voorgelegd aan de 'huidige' deelnemers aan VanThuisUit. Op basis van deze verklaring hebben 52 van de 68 deelnemers toestemming gegeven om de (persoons)gegevens van tanteLouise te gebruiken in het onderzoek. Voor het delen van persoonsgegevens met andere organisaties (zoals de gemeenten en TWB) was de eerdergenoemde instemmingsverklaring niet specifiek genoeg. De deelnemers zijn later in het onderzoek nader geïnformeerd over de beoogde gegevensuitwisseling met externe partijen met de vraag om ook hier specifiek mee in te stemmen. Dit was het geval voor **36 deelnemers**.

Voor deze 36 deelnemers heeft tanteLouise op basis van een **gegevensuitwisselingsovereenkomst** met de betreffende organisaties op een veilige manier een beperkt aantal identificerende gegevens (naam, geslacht en geboortedatum) gedeeld. De gemeenten hebben deze gegevens alleen ontvangen voor hun eigen inwoners binnen deze groep van deelnemers. Zo was het voor hen mogelijk om gegevens over zorg

---

en ondersteuning die deze deelnemers thuis hebben ontvangen te verzamelen en te delen ten behoeve van gebruik in het onderzoek.

Idealiter zouden we vanuit onderzoeksperspectief gebruikmaken van een gegevenskoppeling op individueel niveau, zodat we per deelnemer inzicht zouden krijgen in de combinatie van problematiek en specifiek aanbod en de zorg en ondersteuning thuis. De grondslag voor het delen van persoonsgegevens op persoonsniveau ontbrak echter. Daarom is ervoor gekozen dat de gemeenten en TWB de gegevens op geaggregeerd niveau (en dus anoniem) terug leveren aan tanteLouise ten behoeve van het onderzoek. In het onderzoek hebben we deze gegevens kunnen gebruiken voor de kostenvergelijking op groepsniveau. Omdat we geen inzicht hebben gekregen in de specifieke combinaties van zorg en ondersteuning per deelnemer, hebben we op een aantal punten (onderbouwde) aannames moeten doen.

Het format met de dataspecificatie hebben we aangepast om **bruikbare gegevens op groepsniveau** te ontvangen. Voor de periode van april 2023 tot en met augustus 2024<sup>9</sup> hebben we per soort zorg en ondersteuning gevraagd naar:

- a. het gemiddelde aantal uren (indien geregistreerd) voor de betreffende maand;
- b. de gemiddelde kosten in de betreffende maand; en
- c. op hoeveel deelnemers deze gemiddelde kosten betrekking hadden.

Aanvullend hebben we gevraagd naar het aantal unieke deelnemers in de periode van 17 maanden.

Op basis van deze gegevens hebben we per zorgsoort een **inschatting kunnen maken van:**

- a. de gemiddelde kosten per maand per deelnemer; en
- b. de mate waarin de betreffende zorgsoort voor de deelnemers is geleverd.

#### Nadere toelichting op het gebruik van de gegevens uit de Gemeentezorgspiegel

Voor gegevens voor de groep deelnemers voor zorggebruik in de Zvw en de Wlz is met en door CZ Zorgverzekeraar en Zorgkantoor onderzocht welke mogelijkheden er waren. De aanwezigheid van een identificerend kenmerk voor deelnemers van VanThuisUit had het mogelijk gemaakt om bij CZ Zorgverzekeraar en Zorgkantoor de deelnemers van VanThuisUit in de data te herkennen. Door het ontbreken hiervan zou het nodig geweest zijn om persoonsgegevens van tanteLouise met CZ Zorgverzekeraar en Zorgkantoor te delen. Hier was zowel vanuit de Zvw- als vanuit de Wlz-regelgeving geen grondslag voor. Daarom is uiteindelijk gekozen voor het gebruik van gegevens uit de Gemeentezorgspiegel. Toegang tot deze gegevens was mogelijk voor de gemeente Bergen op Zoom; de gemeente Steenbergen is (nog) geen deelnemer aan de Gemeentezorgspiegel. **In de Gemeentezorgspiegel worden door Vektis gegevens van gemeenten over zorg en ondersteuning in de Wmo en gegevens van zorgverzekeraars en zorgkantoren samengebracht.** De meest recente gegevens zijn beschikbaar per gemeente die deelneemt aan de Gemeentezorgspiegel. De gegevens in de Gemeentezorgspiegel zijn ook (primair) bedoeld voor gebruik door de gemeente(n). Om deze reden heeft Bergen op Zoom toestemming verleend deze te gebruiken in het onderzoek.

De gegevens geven inzicht in de totale kosten per zorgsoort op gemeente-, regio- en landelijk niveau. De zorgsoorten (in het kader van de Zvw) zijn: huisartsenzorg, wijkverpleging, medisch-specialistische zorg, ggz, kortdurende zorg, en overige kosten Zvw. We gebruiken de gegevens voor de gemeente Bergen op Zoom over het jaar 2023 voor de volledige populatie deelnemers van VanThuisUit. Ook wordt inzicht gegeven in het aantal inwoners en het aantal zorggebruikers per leeftijdscategorie. In de analyse van de

---

<sup>9</sup> Het gebruik van de langere periode (17 maanden) kwam voort uit de eerdere wens om ook het verloop in de zorg en ondersteuning per individuele deelnemer te kunnen zien in de gegevens.

---

kosten passen we een weging toe op leeftijdscategorie, zodat deze aansluit bij de leeftijdsverdeling in de populatie van deelnemers aan VanThuisUit.

#### Nadere toelichting op het gebruik van de gegevens van Stichting Groenhuysen

Ten slotte hebben we anonieme gegevens ontvangen van Stichting Groenhuysen, over cliënten (ouderen) die op onderdelen kunnen dienen als controlegroep. De reden dat voor deze zorgaanbieder is gekozen, is omdat zij in de regio, maar niet in Steenbergen en Bergen op Zoom, zowel dagverzorging/dagbesteding in het kader van de Wmo (en Wlz-MPT) als wijkverpleging bieden. Ook is de wijze van indiceren in Wmo-categorieën licht, midden en zwaar bij Groenhuysen vergelijkbaar met tanteLouise.

De geleverde gegevens betreffen de kosten en minuten/uren/dagdelen voor verschillende vormen van zorg en ondersteuning uit de Wmo en de Zvw. Met deze gegevens krijgen we **zicht op de mate waarin een vorm van dagverzorging/dagbesteding voorkomt in combinatie met onder andere wijkverpleging**. Ook krijgen we inzicht in de gemiddelde, het minimum en maximum van de uren dagverzorging en wijkverpleging. Deze gegevens gebruiken we in de presentatie van de resultaten (hoofdstuk 7) als vergelijkingsmateriaal en/of ter onderbouwing van bepaalde aannames.

#### 2.3.6 *Vergelijking met Wlz-indicatie met zorgprofiel VV5*

We gaan in de vergelijking van de kosten uit van een **Wlz-indicatie met zorgprofiel VV5**. In de vraagstelling is primair uitgegaan van de vergelijking met een verpleeghuis setting (Wlz-indicatie ZZZP 5VV). Dit is een volledig pakket van intramurale zorg dat aansluit op de kenmerken van de cliënt en de soort zorg die de cliënt nodig heeft. Een **zorgzwaartepakket (zpz) is als volgt opgebouwd**<sup>10</sup>:

- a. Componenten woonzorg, dagbesteding, behandelaars en verblijf;
- b. De zorgvormen persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling en verblijf;
- c. Gemiddelde tijdsduur per week, uitgedrukt in direct en indirect cliëntgebonden uren voor de zorgvormen onder b met uitzondering van verblijf;
- d. Een bedrag per uur voor de zorgvormen onder b met uitzondering van verblijf;
- e. Een vast bedrag per dag voor verblijf en indien van toepassing de zorggebonden materiële kosten.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt ieder jaar de tarieven vast in de zorg, zo ook voor de Wlz. Tarieven kunnen worden uitgedrukt inclusief of exclusief bepaalde componenten. Dit geldt voor behandeling, dagbesteding en de normatieve huisvestingscomponent (NHC) en normatieve investeringscomponent (NIC). We hebben samen met tanteLouise vastgesteld dat de kosten het beste vergeleken kunnen worden met het ZZZP 5VV tarief inclusief behandeling en dagbesteding en exclusief NHC en NIC. Het bijbehorende tarief was in 2024 € 316,00 per dag. Dit komt neer op € 9.618 per maand.

Aangezien VanThuisUit een zorgconcept is dat is gepositioneerd tussen thuis en het verpleeghuis, maken we aanvullend ook een tweetal andere vergelijkingen:

- a. Met een VPT 5VV exclusief behandeling (en exclusief NHC en NIC); Het bijbehorende NZa-tarief in 2024 was € 279,29 per dag (€ 8.501 per maand);
- b. ZZZP 5VV exclusief behandeling (en exclusief NHC en NIC). Het bijbehorende NZa-tarief in 2024 was € 289,25 per dag (€ 8.812 per maand).

---

<sup>10</sup> Bron: [Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten - BR/REG-17137f – Nederlandse Zorgautoriteit](#).





---

## 3 Beschrijving zorgconcept en werkzame elementen VanThuisUit

In dit hoofdstuk beschrijven we wat het zorgconcept VanThuisUit inhoudt en wat tanteLouise en CZ zorgkantoor hiermee beogen. Er zijn diverse documenten waarin het zorgconcept beschreven staat, zoals de visie, de praktijkevaluatie, de machinebeschrijving, en diverse andere stukken bijvoorbeeld voor het lerend netwerk VanThuisUit. De beschrijving die we in dit hoofdstuk geven is primair bedoeld om de effecten die we later in dit rapport bespreken, te kunnen duiden. Het geeft ook een zo actueel mogelijk beeld van hoe het zorgconcept in de praktijk is vormgegeven.

De tekst in dit hoofdstuk is gebaseerd op teksten die door direct betrokkenen bij VanThuisUit zijn gemaakt, ervaringen van direct betrokkenen die we als onderzoekers hebben opgetekend en onze eigen waarnemingen en beschouwing als onderzoekers op het zorgconcept en het functioneren ervan.

### 3.1 De kern van VanThuisUit<sup>11</sup>

**De kern:** *“VanThuisUit biedt ondersteuning aan thuiswonende ouderen met dementie of lichamelijke hulpvraag, zodat zij een zo vitaal en fijn mogelijk leven kunnen leiden, ondanks de gebreken die ouder worden met zich meebrengt. Eigen regie staat hierbij centraal. Deelnemers van VanThuisUit ervaren kwaliteit van leven door de op maat geboden hulp en activiteiten die bijdragen aan het behouden of vergroten van zelfregie en zelfredzaamheid.”*

VanThuisUit speelt in op de oudere van nu: we zien dat mensen, meer dan vroeger, graag zo lang mogelijk zelf bepalen hoe zij hun leven leiden en zichzelf zo lang mogelijk willen redden in lichamelijk, sociaal en emotioneel opzicht. VanThuisUit helpt hen daarbij.

In principe heeft iemand een indicatie nodig om geholpen te worden bij VanThuisUit. Ook mantelzorgers worden in hun rol ondersteund door VanThuisUit. Hierdoor kunnen zij hun naasten beter helpen en wordt het makkelijker om de mantelzorg vol te houden.

**Hoe werkt VanThuisUit?** Samen met medewerkers en vrijwilligers van VanThuisUit werken deelnemers aan hun persoonlijke plan van aanpak dat aansluit bij hun behoeften en doelen. Het doel is dat zij hier actief aan werken, zodat ze deze ook thuis kunnen voortzetten. Ze maken gebruik van de verschillende ‘bouwstenen’ van VanThuisUit. Medewerkers luisteren allereerst goed wat de individuele deelnemer wil of weer wil kunnen, maar ook wat hij of zij niet wenst. VanThuisUit zet in op de intrinsieke motivatie van de deelnemer zonder iets op te leggen: niet moeten, maar willen. Door vroegtijdige methodische-interventies en ondersteuning kunnen deelnemers zo lang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen.

**Bouwstenen.** Het **Dag- & Doecentrum** kan worden aangevuld met interventies in de thuissituatie, tijdelijk verblijf in het logeerappartement en informatie vanuit de Kenniskiosk. In het Dag- & Doecentrum kunnen mensen, op indicatie, 7 dagen per week van 10:00 uur tot 20:00 uur terecht om te werken aan een zinvolle daginvulling. Er zijn verschillende ruimtes (de Wellness kamer, de Botanische kamer, de Game kamer, de Kunst en Cultuur kamer en het Proeflokaal) met ieder hun eigen doelstelling, waarin deelnemers worden gestimuleerd om vaardigheden aan te leren, activiteiten te ondernemen en een prettige dag met elkaar te hebben. Deelnemers bepalen zelf welke activiteiten zij ondernemen tijdens hun aanwezigheid.

---

<sup>11</sup> Bron: Machinebeschrijving VanThuisUit, concept d.d. 29 november 2024.

---

Medewerkers vanuit verschillende disciplines stimuleren de aanwezigen om aan de persoonlijke doelen te werken.

Het **ThuisActiefZelfstandig-team (TAZ-team)** zet methodische interventies, technologische en sociale innovaties in om, ook thuis, te helpen om de doelen uit het persoonlijke plan van aanpak te realiseren. De **Kenniskiosk** biedt deelnemers, hun (in-)formele netwerk, buurtbewoners en lokale ondernemers de mogelijkheid om advies in te winnen, informatie op te vragen over bijvoorbeeld technologie en educatie te ontvangen over relevante onderwerpen. Mede op advies van medewerkers van VanThuisUit kunnen deelnemers gebruik maken van een **logeerappartement**. Dit kan wanneer thuis wonen tijdelijk even niet mogelijk is. Het doel is om met gerichte adviezen weer naar huis te gaan.

### 3.2 Wat maakt VanThuisUit anders en bijzonder?

De bouwstenen van VanThuisUit en de samenhang daarin met bijbehorende (multi-)interventies maken het tot een bijzonder zorgconcept dat anders is dan reguliere vormen van zorg en ondersteuning (zoals dagbesteding, dagverzorging, et cetera). De combinatie van een fysieke plek waar deelnemers (en buurtbewoners) binnen kunnen lopen, elkaar ontmoeten, een zinvolle invulling van hun dag vinden, waar ze terecht kunnen met allerhande hulpvragen, waar hun gezondheidssituatie wordt gemonitord én de verbinding wordt gelegd met het leven in de thuissituatie, is uniek te noemen.

De volgende elementen in het zorgconcept en de daarin gehanteerde werkwijze maken het anders:

- a. **VanThuisUit werkt vanuit de behoeften, wensen en waarden van de deelnemer**; dit in tegenstelling tot reguliere dagverzorging en dagbesteding die over het algemeen aanbodgedreven zijn. Dit betekent dat binnen VanThuisUit per hulpvraag samen met de deelnemer wordt bekeken hoe deze zo goed mogelijk en met behoud van eigen regie van de deelnemer, kan worden beantwoord. Het eigen initiatief van de deelnemer wordt gestimuleerd. Waar mogelijk krijgt de deelnemer een actieve rol in de activiteiten bij VanThuisUit, zoals het geven van tekenles en/of het helpen koken. Zo worden ze van deelnemer ook een soort vrijwilliger.
- b. De **openingstijden** van het Dag- en Doecentrum zijn zeer ruim: 7 dagen per week van 10.00-20.00 uur. Dit zorgt ervoor dat deelnemers er op alle dagen van de week terechtkunnen, geeft hen flexibiliteit en ook een vaste plek waar ze 'altijd' terechtkunnen met allerlei (hulp)vragen. Het aantal en welke dagen deelnemers bij het Dag- en Doecentrum komen, is flexibel.
- c. VanThuisUit kent een grote mate van **flexibiliteit**. Dit komt naast de openingstijden tot uitdrukking dat deelnemers de mogelijkheid hebben om tijdelijk (zeer) intensief gebruik te maken van de faciliteiten van VanThuisUit. Dit geldt bijvoorbeeld voor het gebruik van het logeerappartement door de deelnemer als de (gezondheids)situatie van de deelnemer en/of de mantelzorger daar tijdelijk om vraagt. Maar bijvoorbeeld ook dat een partner van een deelnemer die tijdelijk in het ziekenhuis ligt, iedere dag (of zoveel en zo lang als nodig is) kan mee-eten bij VanThuisUit.
- d. De **interventies** binnen VanThuisUit zijn **zowel gericht op de deelnemer als op de partner** en/of mantelzorger, bijvoorbeeld met de inzet van het programma Partner in Balans. Zo wordt het directe netwerk van de deelnemer ondersteund bij het beter omgaan met de situatie waarin de deelnemer zich bevindt en kunnen ze het samen langer volhouden.
- e. Ook de **integraliteit in de werkwijze** die zowel op de momenten dat de deelnemer bij VanThuisUit is als in de thuissituatie is bijzonder. In de reguliere zorg is er vaak geen of beperkte afstemming tussen dagbesteding/dagverzorging en de situatie thuis. Bij VanThuisUit wordt deze integraliteit vanuit een multidisciplinair team (met een geriatrisch consultant, social worker, wijkverpleegkundige, ergotherapeut, fysiotherapeut, active ageing professional, gz-psycholoog) ingevuld.
- f. De aanwezigheid van deelnemers op locatie van VanThuisUit én de beschikbaarheid van professionals met verschillende disciplines zoals in vorig punt genoemd, geven de **mogelijkheid de gezondheidssituatie actief te monitoren**. Een voorbeeld is dat dagelijks bij de start van het

---

programma het gezichtsvermogen en het gehoor van de deelnemers wordt gecontroleerd. Dit is randvoorwaardelijk voor het onderlinge sociale contact, het kunnen meedoen en het (opnieuw) aanleren van vaardigheden. Ook geeft de aanwezigheid van diverse zorgprofessionals de mogelijkheid tot informeel contact en het beantwoorden van hulpvragen zonder dat daar apart in de thuissituatie iemand voor langs hoeft te komen. Een voorbeeld hiervan is dat een psycholoog op een laagdrempelige manier stemmingsproblematiek bespreekbaar kan maken bij de deelnemer.

### 3.3 Hoe betrokken professionals VanThuisUit zien

Professionals die direct betrokken zijn bij VanThuisUit hebben in een bijeenkomst aan het begin van dit onderzoek (begin maart 2024) de volgende **succesfactoren** met ons en elkaar gedeeld:

- a. **Eigen regie van de deelnemer staat centraal.** VanThuisUit kenmerkt zich door het werken vanuit de visie van positieve gezondheid. Hierbij staat de mens en zijn behoeften, wensen en doelen centraal en niet de aandoening of beperkingen waar hij mee te maken heeft. De mensen die deelnemen aan VanThuisUit worden daarom ook niet cliënt of patiënt genoemd, maar 'deelnemers'. VanThuisUit zet zich ook in voor het normaliseren van zorg en ondersteuning. Het doel is dat deelnemers geen schaamte ervaren als zij hulpvragen hebben en stellen aan medewerkers bij VanThuisUit.
- b. **Zelfredzaamheid, eigen initiatief en eigen regie.** Dit zijn belangrijke waarden die VanThuisUit naleeft en stimuleert bij de deelnemers. Professionals gaan uit van intrinsieke motivatie van de deelnemers en spelen daarop in om hen te (re)activeren. Ook het Dag & Doecentrum is zo ingericht dat het uitnodigt tot initiatief van de deelnemers. In tegenstelling tot klassieke vormen van dagverzorging en dagbesteding lijken deelnemers bij VanThuisUit optimaal tot hun recht te komen.
- c. **Een gelijkwaardig samenspel tussen deelnemer en professional.** Het werken vanuit de visie van positieve gezondheid vertaalt zich in een andere bejegening waarbij gelijkwaardigheid tussen deelnemers en professionals van belang is. Veiligheid en vertrouwen staan aan de basis van de professionele relatie tussen deelnemers en professionals. Professionals werkzaam bij VanThuisUit tonen oprechte interesse in de deelnemers en luisteren naar hun verhaal en wensen. Professionals gaan in op de persoonlijke doelen van de cliënt en durven daarbij out of the box te denken.
- d. **Professionals werken 'met de handen op de rug'.** Starten met VanThuisUit op een bestaande afdeling vraagt een andere houding en vaardigheden en een cultuurverandering. Het lijkt belangrijk om er in de werving van professionals rekening mee te houden dat zij zich kunnen vinden in de visie van VanThuisUit en dat zij volgens deze visie kunnen (of leren) werken.
- e. **Interdisciplinaire samenwerking.** Dit is belangrijk om deelnemers optimaal en snel te kunnen ondersteunen. Binnen VanThuisUit zijn veel lijntjes met andere disciplines; er wordt niet los van elkaar gewerkt.

De professionals hebben de volgende **uitdagingen** met ons en elkaar gedeeld:

- a. **Bekendheid in de regio.** VanThuisUit was (in maart dit jaar) nog niet voldoende bekend en ingebed in het zorgsysteem in de regio. Hierdoor worden deelnemers soms later aangemeld dan wenselijk. Ook is de rolduidelijkheid nog in ontwikkeling als er bijvoorbeeld sprake is van een casemanager dementie buiten tanteLouise. Dan zijn er meer professionals betrokken rondom de deelnemer dan nodig is.
- b. **Integraliteit over de grenzen van VanThuisUit heen.** De werkwijze van VanThuisUit reikt nog niet bij alle deelnemers verder dan het eigen concept. Het kost veel tijd om professionals van andere organisaties (huishoudelijke hulp, wijkverpleging) mee te nemen in het gedachtegoed van VanThuisUit zodat de deelnemers ook thuis vanuit eenzelfde visie ondersteund worden. De integraliteit in het beantwoorden van hulpvragen is er dan minder.
- c. **Maatschappelijke bewustwording.** Er is maatschappelijke bewustwording nodig dat het essentieel is om zorg en ondersteuning anders in te richten om deze toegankelijk te houden voor de mensen

die het nodig hebben. Hulpverlener en hulpvrager kijken samen naar wat nodig is, in plaats van de situatie dat zorg wordt afgedwongen of opgelegd. Het team van VanThuisUit draagt dit uit, maar het is (ook) een taak van de overheid om dit bewustzijn in de maatschappij te vergroten.

### 3.4 Aansluiting bij het gedachtegoed van Reablement

Hoe wordt gewerkt in het zorgconcept VanThuisUit, sluit naadloos aan op het gedachtegoed van Reablement. De vereniging Reable Nederland heeft dit vastgelegd in een bedoeling, uitgangspunten en principes. Deze geven we hieronder weer in een tweetal platen.

#### Ik ben meester van mijn eigen leven

1. Neem niet over wat ik zelf kan
2. Help mij te herwinnen wat ik niet meer kan
3. Laten we samen voor een oplossing zorgen voor dat wat overblijft



Hulpvrager

#### De burger is meester van zijn eigen leven

1. Neem niet over wat mensen zelf kunnen
2. Help mensen te herwinnen wat ze niet meer kunnen
3. Zorg samen voor een oplossing zorgen voor wat overblijft

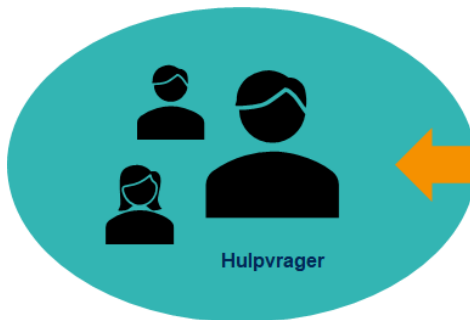


Hulpverlener

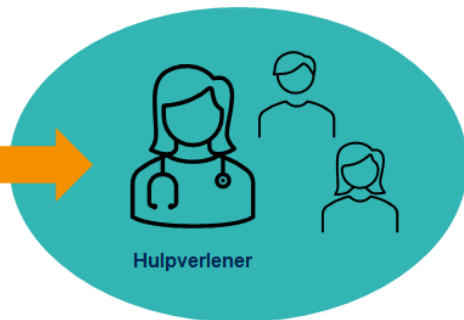


1. Ga uit van mijn persoonlijke situatie
2. Kijk door mijn ogen
3. Je kunt zorg niet aan mij opleggen
4. Ik kan geen zorg afdwingen
5. Ik heb de regie!

1. Ga uit van de persoonlijke situatie van de hulpvrager
2. Kijk door de ogen van de hulpvrager
3. Zorg kan niet aan de hulpvrager worden opgelegd
4. De hulpvrager kan geen zorg afdwingen
5. De hulpvrager heeft de regie



Hulpvrager



Hulpverlener



#### Context hulpvrager:

1. Naasten (familie en vrienden)
2. Buurt (samenredzaamheid)
3. Wijk (formele en informele hulp)

#### Context hulpverlener:

1. Naaste collega's (multidisciplinair)
2. Organisatie (management)
3. Toezichthouder (richtlijnen)

---

## 4 Ervaringen van deelnemers en medewerkers

In dit hoofdstuk beschrijven we de ervaringen van deelnemers aan en medewerkers van VanThuisUit. In dit onderzoek hebben we ons primair gericht op het effect van deelname aan VanThuisUit op uitstel van opname in een verpleeghuis en de kosteneffectiviteit. Door veelvuldig in gesprek te zijn met professionals over casuïstiek hebben we daarnaast een goed beeld gekregen hoe diverse deelnemers de ondersteuning thuis en op het Dag- en Doecentrum ervaren. Wij zijn hiervoor niet zelf met hen in gesprek gegaan. De tekst in dit hoofdstuk is daarnaast gebaseerd op de eerder uitgevoerde praktijkevaluatie (juli 2023) en informatie uit de screeningslijsten.

### 4.1 Deelnemers zijn overwegend positief over VanThuisUit

De ervaringen van deelnemers aan VanThuisUit zijn overwegend positief. Hun **wensen en behoeften** staan centraal en geven richting aan de invulling van de ondersteuning. Veel deelnemers geven aan dat zij dankzij VanThuisUit **weer een gevoel van regie over hun leven** ervaren. Anders dan bij traditionele dagbesteding, waar vaak generieke groepsactiviteiten worden aangeboden, kunnen deelnemers bij VanThuisUit zelf kiezen welke activiteiten zij ondernemen. Eigen initiatief wordt gestimuleerd, zowel wat betreft individuele activiteiten alsook wanneer een deelnemer iets voor een groep mede-deelnemers wil organiseren. Dit versterkt het **zelfvertrouwen en de zelfstandigheid** van deelnemers én draagt bij aan de **tevredenheid van deelnemers**. Ze kunnen de dag bij het Dag- en Doecentrum op hun eigen manier invullen, op een tempo dat bij hen past. Door de regie op deze manier bij de deelnemers te leggen en hen vanuit positieve gezondheid te benaderen, zien zowel medewerkers als partners en mantelzorgers dat deelnemers **actiever en alerter** worden.

Daarnaast spelen **structuur en veiligheid** een belangrijke rol in de ervaringen van de deelnemers. Voor veel deelnemers die moeite hebben om thuis een stabiel ritme vast te houden, biedt VanThuisUit een voorspelbare en ondersteunende omgeving. Dit geeft hen **houvast en vertrouwen**. Deelnemers krijgen ondersteuning bij dagelijkse activiteiten, zoals het verbeteren van mobiliteit, het aanleren van veilige looproutes en het oefenen van praktische vaardigheden. Dit vertaalt zich vaak ook door naar **meer zelfstandigheid in de thuissituatie**.

**Sociale verbinding** is een ander belangrijk aspect van VanThuisUit. Veel deelnemers zien hun sociale netwerk verkleinen, zijn hun partner verloren of nemen door cognitieve of fysieke problemen minder deel aan de maatschappij. Bij VanThuisUit vinden zij de mogelijkheid om nieuwe **mensen te ontmoeten** en **sociale vaardigheden te versterken**. Dit gebeurt op een laagdrempelige manier tijdens de aanwezigheid bij het Dag- en Doecentrum en deelname aan activiteiten.

De positieve ervaring van deelnemers is terug te zien in een **gemiddelde tevredenheidsscore (rapportcijfer) van 7,8**. Vooral de eigen regie, de behulpzaamheid van medewerkers en de sociale sfeer benoemen zij als waardevol. Voor de deelnemers betekent VanThuisUit niet alleen praktische ondersteuning, maar ook een verbetering van hun kwaliteit van leven.

### 4.2 Medewerkers ervaren hun werk als zinvol en plezierig

Ook de ervaringen van medewerkers zijn positief. Zij voelen zich sterk betrokken bij hun werk en de deelnemers en ervaren wat zij doen als zinvol. Ze beschrijven dat het **creëren van 'geluuksmomentjes'**

---

**voor deelnemers**, zoals het ondersteunen bij sociale activiteiten of het stimuleren van zelfstandigheid, bijdraagt aan hun eigen werkplezier. Het idee dat zij **écht een verschil kunnen maken** voor kwetsbare deelnemers is een belangrijke motivatiebron.

Het werkgeluk binnen VanThuisUit ligt dan ook hoog. Medewerkers beoordeelden hun **werkgeluk** eind 2022 met een **score (rapportcijfer) van 7,8**, ruim boven het landelijke gemiddelde van 7,2 binnen de VVT-sector. Medewerkers geven aan dat de korte lijnen binnen het team en de interdisciplinaire samenwerking bijdragen aan een prettige werkomgeving. Hoewel de opstartfase uitdagend was, is er gaandeweg veel duidelijkheid gekomen over processen en taakverdelingen. Dit heeft geleid tot een betere interne samenwerking en meer rolduidelijkheid binnen het team. Ten opzichte van de praktijkevaluatie is de afstemming tussen de verschillende disciplines zowel wat betreft proces als inhoud verder verbeterd.

Medewerkers **waarden het innovatieve karakter** van VanThuisUit. Ze geven aan dat het concept anders is door de benaderingswijze: deelnemers staan centraal en er wordt maatwerk geleverd, met **veel aandacht voor wat iemand nog wél kan**. Dit vraagt om flexibiliteit, creativiteit en samenwerking tussen disciplines. De medewerkers vinden het waardevol dat zij de ruimte krijgen om op een persoonsgerichte en creatieve manier te werken en dat zij actief kunnen bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van leven van deelnemers.

Ook de **interdisciplinaire samenwerking** waarderen medewerkers. Zij geven aan dat de verschillende disciplines aan hetzelfde doel werken en hier regelmatig over afstemmen, scherp gehouden door het wekelijkse interdisciplinaire overleg (IDO). Dat levert volgens hen ook **deskundigheidsbevordering** op. Verschillende professionals weten van elkaar waar ze, samen met een deelnemer, mee bezig zijn. De ondersteuning is goed op elkaar afgestemd en in staat flexibel in te spelen op de behoeften en mogelijkheden van de deelnemers.

#### **4.3 Vertrouwen, gelijkwaardigheid en aandacht zijn belangrijke kernwaarden die een rol spelen in de positieve ervaring van deelnemers en medewerkers**

Wat meteen opvalt bij een bezoek aan het Dag- en Doecentrum is **de sfeer**. Deelnemers en medewerkers voelen zich duidelijk op hun gemak met elkaar en in de huiselijke omgeving. De interacties tussen deelnemers onderling en tussen deelnemers en medewerkers zijn gemoedelijk en stralen plezier uit. Er is geen duidelijke hiërarchie tussen deelnemers en medewerkers. **Oprechte aandacht voor en vertrouwen in elkaar** zijn belangrijke werkzame elementen in de professionele relatie tussen deelnemers en medewerkers.

Daar zit een **duidelijke visie** achter (zie hoofdstuk 3) die door alle lagen in de organisatie wordt (uit)gedragen, en veel **kennis en expertise van de medewerkers**. Niet alleen over het zorginhoudelijke aspect, maar ook over het **opbouwen van een vertrouwensband**. Deze relationele aspecten hebben vervolgens een positieve uitwerking op bijvoorbeeld het signaleren van achteruitgang of het creëren van een ingang om de benodigde hulp thuis te mogen organiseren.

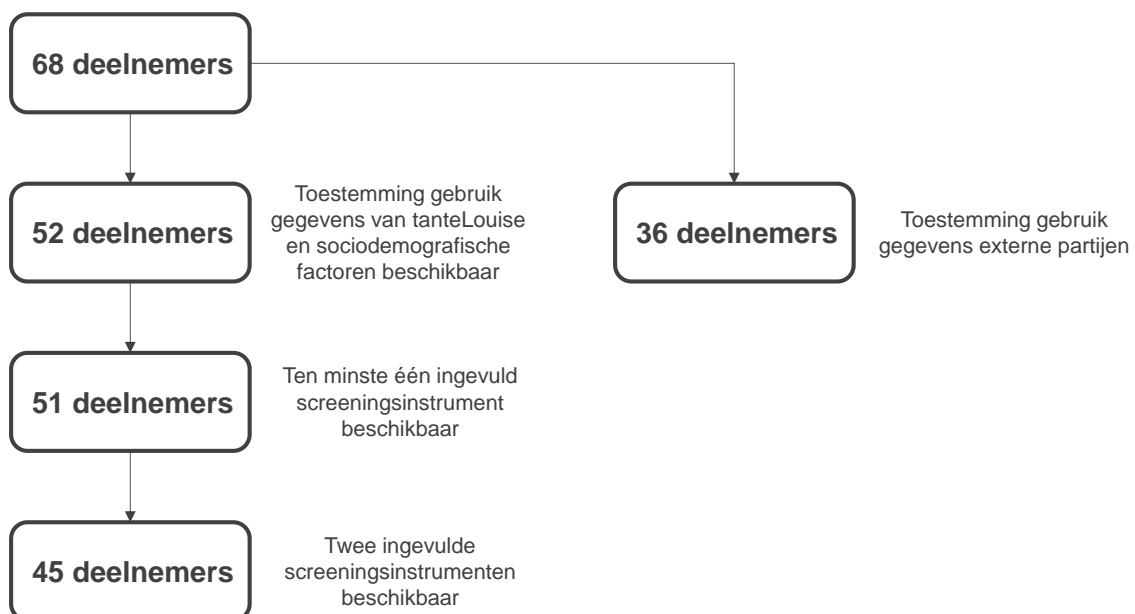
Ook de deelnemers kijken naar elkaar om. Medewerkers geven aan dat deelnemers oog hebben voor elkaar, elkaar helpen en stimuleren, doordat het een **gemengde doelgroep** is die gebruikmaakt van VanThuisUit. Als een deelnemer een idee heeft, dan zijn er altijd andere deelnemers die enthousiast reageren en aanhaken. Op het moment dat een groep meer homogeen is en bijvoorbeeld alleen bestaat uit mensen met cognitieve problemen, dan is dat veel minder het geval. Door het aanmoedigen van initiatieven vanuit de deelnemers (zie paragraaf 4.1) wordt dit verder versterkt.

# 5 Deelnemers aan VanThuisUit: een gevarieerde en kwetsbare groep

In dit hoofdstuk richten we ons op het beschrijven van de deelnemers aan VanThuisUit die toestemming hebben gegeven voor deelname aan dit onderzoek. We gaan achtereenvolgens in op demografische kenmerken, belangrijke elementen die de gezondheidssituatie van deelnemers beschrijven, kwaliteit van leven en sociale (context)factoren die van invloed zijn op thuis kunnen blijven wonen. Deze aspecten zijn gemeten kort na start van hun deelname aan VanThuisUit en geregistreerd in het door tanteLouise ontwikkelde screeningsinstrument.

## 5.1 Inclusie deelnemers in het onderzoek en dynamiek in de populatie

Van de in totaal 68 actieve deelnemers gedurende de periode van dataverzameling (begin augustus 2024) hebben er 52 toestemming gegeven voor het gebruik van hun gegevens ten behoeve van het onderzoek naar VanThuisUit Steenberg (VTUS). Van hen beschikken we over sociaaldemografische informatie zoals leeftijd en geslacht. Voor 51 deelnemers kunnen we gebruik maken van een ingevulde screening kort na de start van de deelname en voor 45 van hen beschikken we zowel over een ingevulde eerste screening als een tweede screening na (over het algemeen) 6 tot 12 maanden. In de hierna volgende paragrafen beschrijven we onder andere inzichten uit de screeningsinstrumenten. Deze inzichten zijn niet altijd op dezelfde aantallen deelnemers gebaseerd, omdat niet alle items voor alle deelnemers ingevuld zijn. Op een later moment is nogmaals toestemming gevraagd voor het gebruik van data van externe partijen<sup>12</sup>, daar hebben 36 deelnemers toestemming voor gegeven. Zie figuur 2 voor het **verloop van de inclusie**.



Figuur 2. Flowchart inclusie deelnemers

De **populatie van deelnemers aan VanThuisUit is niet statisch**. Er stromen deelnemers in en er stromen deelnemers uit. Van de deelnemers voor wie geen tweede screening is ingevuld, is er één vóór het tweede screeningsmoment opgenomen, is één deelnemer verhuisd en is één deelnemer gestopt bij

<sup>12</sup> Gemeente Steenberg, gemeente Bergen op Zoom en Thuiszorg West-Brabant (TWB).

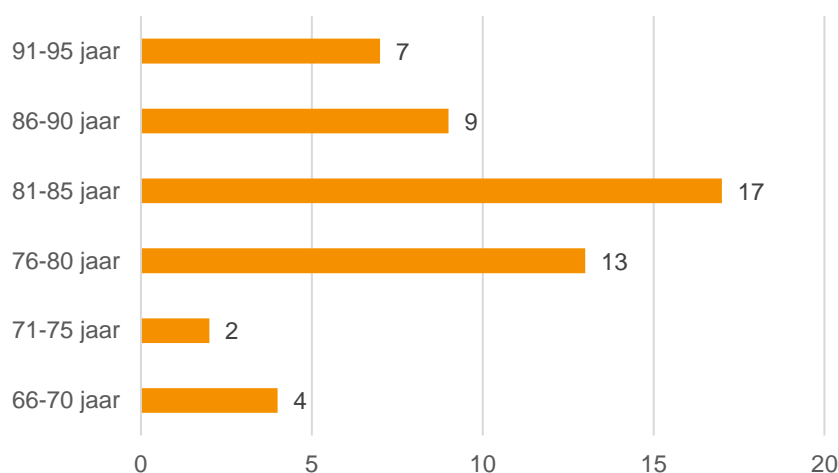
---

VanThuisUit. Voor drie deelnemers kwam het moment van de tweede screening na de onderzoeksperiode. Vijf deelnemers voor wie wel een tweede screening aanwezig is zijn tijdens de onderzoeksperiode opgenomen in het verpleeghuis en één deelnemer is gestopt bij VanThuisUit.

## 5.2 Beschrijving onderzoeksgroep VanThuisUit

### 5.2.1 Demografische kenmerken

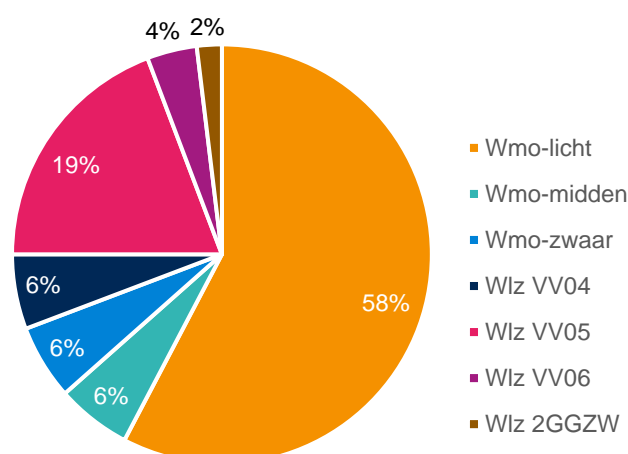
De groep van 52 deelnemers die toestemming hebben gegeven, bestaat uit 30 vrouwen (58%) en 22 mannen (41%). De gemiddelde leeftijd van deelnemers is 82 jaar. De jongste deelnemer is 66 en de oudste deelnemer is 93 jaar oud. De meeste deelnemers (n=46; 87%) zijn 76 jaar of ouder (figuur 3). Bijna driekwart van de deelnemers is afkomstig uit de gemeente Steenbergen (n=38, 73%), de rest komt uit de gemeente Bergen op Zoom (n=14, 27%).



Figuur 3. Leeftijdsopbouw van deelnemers aan VanThuisUit op peilmoment 1-11-2024 (n=52)

Ruim twee derde van de deelnemers (n=36; 69%) ontvangt zorg en ondersteuning vanuit de Wmo. Verreweg de meesten van hen hebben een indicatie 'Wmo licht' (n=28; 78%) (figuur 4). Er zijn 3 deelnemers met een indicatie 'Wmo midden' en 3 met een indicatie 'Wmo-zwaar'. De Wmo-indicaties in gemeente Steenbergen en gemeente Bergen op Zoom corresponderen (anders dan in veel andere gemeenten) niet noodzakelijkerwijs met de zorgzwaarte, maar met het geïndiceerde aantal uren of dagdelen zorg vanuit een stepped care model (starten met de lichtste vorm van zorg die mogelijk is gezien aard en ernst van de situatie). Professionals onderschrijven dit en geven aan dat een deel van de deelnemers met een Wmo (licht) indicatie voldoet aan de criteria voor een Wlz-indicatie. Naast het beleid van beide gemeenten kan de in veel gevallen hogere inkomensafhankelijke eigen bijdrage bij de Wlz een rol spelen voor deelnemers om nog geen Wlz-indicatie aan te vragen.





Figuur 4. Indicatie van deelnemers aan VanThuisUit op peilmoment 1-11-2024 (n=52)

Ongeveer een derde van de deelnemers heeft een Wlz-indicatie (n=16, 31%). De meesten van hen hebben een VV05 indicatie (n=10), wat correspondeert met intensieve zorg vanwege lichamelijke problematiek in combinatie met een vorm van dementie. Het moment waarop deelnemers een Wlz-indicatie krijgen ten opzichte van de start van hun deelname bij VanThuisUit verschilt. Twee deelnemers hadden al een indicatie voordat zij startten bij VanThuisUit, zeven deelnemers ontvingen de indicatie bij of kort na de start, vier deelnemers ontvingen deze recent (minder dan twee maanden voor peilmoment 1-11-2024) en twee deelnemers kregen een indicatie toen zij werden opgenomen. Van één deelnemer kan het moment waarop zij een Wlz-indicatie kreeg niet meer achterhaald worden.

### 5.2.2 Deelname aan VanThuisUit: flexibel en passend bij (tijdelijke) behoefte van de deelnemers

Deelnemers gaan **minimaal 8 (2 dagdelen) en maximaal 36 uur (9 dagdelen) per week** naar het Dag- en Doecentrum, waarbij het **gemiddelde 20 dagdelen per maand** is. Professionals benoemen dat deelname **flexibel op te schalen** is, bijvoorbeeld op het moment dat de mantelzorgers tijdelijk uitvalt en er meer behoefte is aan zorg. Dit is terug te zien in de managementinformatie: iedere maand is er minimaal één unieke deelnemer die 'fulltime' gebruik maakt van VanThuisUit. Bij meerdere deelnemers wordt het aantal dagdelen gaandeweg uitgebreid naar een intensiteit die passend is bij de ondersteuningsbehoefte en/of om de mantelzorgers meer te ontlasten. Professionals geven aan actief te werken aan een vertrouwensband met de deelnemers, zodat er meer ruimte ontstaat om het aantal dagdelen uit te breiden en om passende interventies in de thuissituatie in te zetten. Naast de dagdelen waarop deelnemers naar het Dag- en Doecentrum komen kunnen zij altijd laagdrempelig terecht voor vragen. Professionals geven aan dat hier in de praktijk ook gebruik van wordt gemaakt.

Het **afbouwen van het aantal dagdelen** is in **veel gevallen niet passend** bij de ondersteuningsbehoefte in combinatie met de (natuurlijke) achteruitgang van de deelnemers. Dit is dan ook geen expliciet doel van ondersteuning door VanThuisUit. Wel blijven professionals in gesprek over nut en noodzaak van deelname in combinatie met de doelen en behoefte van de deelnemer. Elke deelnemer heeft doelen waaraan hij of zij werkt (zie paragraaf 5.2.3). In veel gevallen ontstaan er tijdens het werken aan de oorspronkelijke doelen al nieuwe doelen en/of vervult VanThuisUit daarnaast de behoefte aan zinvolle dagbesteding en sociale contacten. In die gevallen blijven deelnemers meestal naar het Dag- en Doecentrum komen, hoewel een enkeling overstapt naar een dagbesteding waar geen indicatie voor nodig is. Als deelnemers enkel aan een specifiek doel werken, er geen nieuwe doelen ontstaan en deelname niet nodig is voor het behouden van een zinvolle dagbesteding, dan bespreken professionals wel de

---

mogelijkheid om het aantal dagdelen deelname af te bouwen. Het komende jaar gaat het team van VanThuisUit het proces rondom het op- en afbouwen van het aantal dagdelen deelname verder uitkristalliseren.

Op peildatum 1 november 2024<sup>13</sup> zijn deelnemers gemiddeld 14,5 maand actief bij VanThuisUit (minimaal 3 en maximaal 32 maanden).<sup>14</sup> Dit is hoogstwaarschijnlijk een onderschatting van de werkelijke gemiddelde deelnameduur, omdat we uitgaan van de invuldatum van het eerste screeningsinstrument als startdatum. Deze kan tot een aantal maanden later liggen dan de werkelijke startdatum.

### 5.2.3 *Aan welke doelen werken deelnemers?*

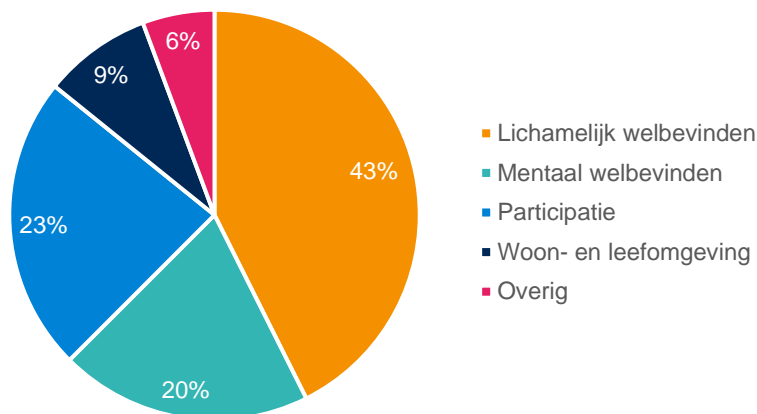
Aan de hand van het **screeningsinstrument in combinatie met de intrinsieke motivatie** van waar de cliënt aan wil werken, worden **doelen** opgesteld. In het wekelijkse **Interdisciplinaire Overleg (IDO)** bespreken de betrokken professionals onder andere de voortgang op deze doelen. Sinds halverwege 2023 wordt in een formulier bijgehouden wat de status is van de persoonlijke doelen (naast meer algemene monitoring gericht op zingeving en dagstructuur), welke professional(s) erbij betrokken is (zijn), de interventie die wordt ingezet, het moment waarop een tussentijdse evaluatie plaatsvindt en een korte beschrijving van de voortgang of wijzigingen per doel. In het formulier staat informatie over persoonlijke doelen van 37 deelnemers. Gemiddeld zijn er 5 doelen per deelnemer gesteld (minimaal 1 en maximaal 34). Aan een kwart van de doelen wordt gewerkt op het Dag- en Doecentrum. Dit zijn bijvoorbeeld doelen als het zoeken naar passende activiteiten, het bevorderen van een gezond voedingspatroon of het observeren van gedrag of cognitie om van daaruit een plan op te kunnen stellen. De active ageing verpleegkundige (n=27), fysiotherapeut (n=24), ergotherapeut (n=24) en geriatrisch consulent (n=21) zijn daarna het vaakst betrokken.

We hebben de gestelde doelen, in lijn met de praktijkevaluatie van VanThuisUit, ingedeeld in de categorieën lichamelijk welbevinden, mentaal welbevinden, participatie en woon- en leefomstandigheden. Hier hebben we een categorie 'overig' aan toegevoegd voor doelen die niet onder de noemer van één van de eerder gedefinieerde categorieën te plaatsen zijn. Hierbij gaat het met name om samen bepalen welk aantal dagdelen op het Dag- en Doecentrum passend is. De meeste doelen die worden gesteld zijn gericht op lichamelijk welbevinden (n=75; 43%) (figuur 5). Deelnemers werken bijvoorbeeld aan het verbeteren van hun conditie door training op de Silverfit, veilig verplaatsen met een rollator of scootmobiel, een regelmatig voedingspatroon of het in kaart brengen van pijnbeleving. Binnen het domein participatie zijn 41 doelen gesteld (23%). Deze focussen met name op het opbouwen van sociale contacten en het (opnieuw) aanleren van vaardigheden om het leven thuis te verbeteren of veraangenamen. In het kader van mentaal welbevinden (35 doelen; 20%) zijn de doelen met name gericht op het in kaart brengen van aard en oorzaken van gedrags- of stemmingsproblematiek en daarvoor passende oplossingen vinden. Ook inzicht in en oplossingen voor aspecten die voortvloeien uit cognitieve problemen vormen een belangrijk doel. Onder de noemer woon- en leefomstandigheden (n=15; 9%) ligt de focus van doelen op de inzet van technologie of het verkrijgen van inzicht in de (fysieke) thuissituatie, om daar verbeteringen in aan te kunnen brengen. Onder overige doelen verstaan we bijvoorbeeld doelen gericht op de mantelzorg, zoals vertrouwen creëren dat de deelnemer in goede handen is (n=10; 6%).

---

<sup>13</sup> Voor deelnemers die zijn opgenomen houden we de datum van opname aan als einddatum van deelname aan VanThuisUit.

<sup>14</sup> Let op: elders in de rapportage spreken we over een gemiddelde deelnameduur van 16 maanden, maar deze hoort bij de deelnemers waarvoor wordt ingeschat dat verpleeghuisopname is uitgesteld.



Figuur 5. Aan welke persoonlijke doelen werken deelnemers bij VanThuisUit? (n=37)

### 5.3 Gezondheidssituatie van deelnemers kort na de start bij VanThuisUit

#### 5.3.1 Kwaliteit van leven, meedoen en zingeving: een gelaagd beeld

Op basis van vragen uit het screeningsinstrument over gevoel van veiligheid, zich veilig voelen in de woonomgeving, zorgen over de toekomst, stress ervaren en zich gelukkig voelen is een **score berekend voor kwaliteit van leven**.<sup>15</sup> Deze is minimaal 0 en maximaal 15, waarbij een lagere score betekent dat iemand minder factoren in zijn of haar leven heeft of ervaart die kwaliteit van leven negatief beïnvloeden. De deelnemers scoren gemiddeld een 2; geen enkele deelnemer scoort hoger dan 5 (n=50). De meeste deelnemers voelen zich dan ook (meestal) gelukkig (n=34; 65%). Slechts 3 deelnemers voelen zich (meestal) ongelukkig (6%) en voor 15 deelnemers is deze vraag nog niet ingevuld (29%). Wel maakt een substantieel deel van de deelnemers zich in enige mate zorgen over de toekomst. Zeven deelnemers maken zich (vaak) zorgen (14%) en 22 deelnemers maken zich soms zorgen over de toekomst (42%). Een klein deel maakt zich geen zorgen (n=6; 12%) en voor een derde is dit niet bekend (n=17; 33%). Dit genuanceerde beeld komt overeen met hoe professionals over de deelnemers spreken; veel van hen hebben op het eerste gezicht een positieve levenshouding, ondanks soms complexe gezondheids- of persoonlijke situaties. Bij doorvragen, vaak nadat een vertrouwensband is opgebouwd, blijkt dat er wel degelijk veel in iemands leven kan spelen.

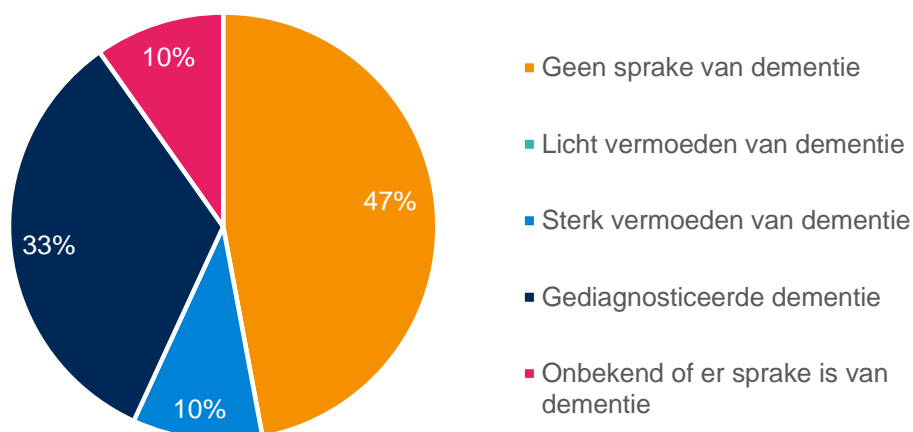
**Ruim de helft van de deelnemers neemt niet of nauwelijks deel aan de maatschappij** (n=30; 59%) en 40% is soms (n=14) of vaak (n=6; 12%) eenzaam. Voor veel deelnemers is zingeving en een zinvolle daginvulling dan ook een belangrijk onderdeel van de overweging om zich aan te melden bij VanThuisUit. Kort na hun start bij VanThuisUit geeft 82% aan (meestal) een zinvol leven te leiden (n=41) en 72% geeft aan (meestal) een gevoel van toegevoegde waarde te hebben (n=36). Uit gesprekken met professionals en toelichtingen in de screeningsinstrumenten blijkt ook dit genuanceerder dan uit de antwoorden op deze vragen is op te maken. Deelnemers hebben vaak veel in moeten leveren op het gebied van lichamelijk of cognitief functioneren. Ook zien veel deelnemers hun sociale netwerk kleiner worden, doordat mensen wegvallen en doordat zij zelf niet meer actief kunnen zijn in bijvoorbeeld het verenigingsleven. Zij worden regelmatig geconfronteerd met hun achteruitgang op verschillende levensdomeinen. Waar iemand recent nog volop in het leven stond, lukt het nu bijvoorbeeld niet meer om gesprekken goed te volgen, de route

<sup>15</sup> De score komt voort uit het door tanteLouise ontwikkelde screeningsinstrument en is voor zover bij de onderzoekers bekend niet direct te vergelijken met resultaten uit wetenschappelijk onderzoek.

van de supermarkt naar huis te vinden of om huishoudelijke taken zelfstandig te initiëren en uit te voeren. Lang niet alle deelnemers (en vaak ook hun partners) vinden het makkelijk om deze achteruitgang te accepteren. VanThuisUit ondersteunt bij de acceptatie en 'rouwverwerking' die hiermee gepaard gaat.

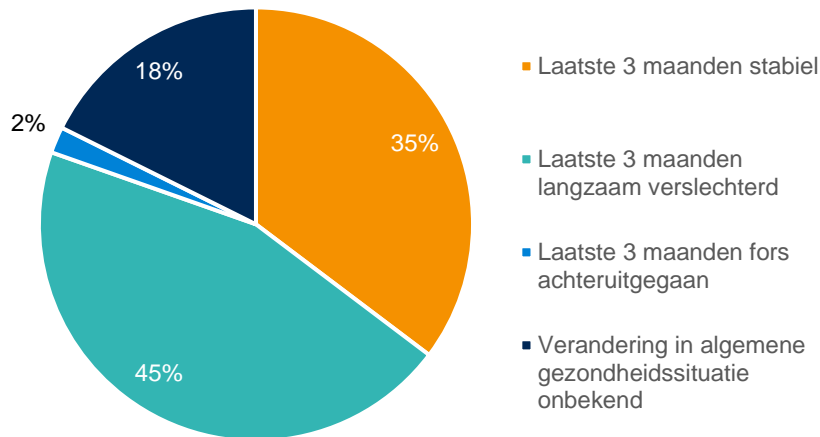
### 5.3.2 *Fysieke en cognitieve gezondheid: op het eerste gezicht lijken deelnemers behoorlijk zelfredzaam, maar zij hebben vaak veel sturing nodig*

Driekwart van de deelnemers heeft een **chronische aandoening** (n=35). In de meeste gevallen gaat het om een vorm van **cognitieve problemen, zoals dementie of niet-aangeboren hersenletsel als gevolg van een herseninfarct**. Ook hart-vaataandoeningen en diabetes mellitus type 2 zijn regelmatig aan de orde, al dan niet in combinatie met elkaar of met cognitieve problemen. Twee deelnemers hebben geen chronische aandoening en voor 15 mensen is dit veld kort na de start van hun deelname nog niet ingevuld. Als we inzoomen op dementie is er bij bijna de helft van de deelnemers sprake van een sterk vermoeden van dementie (n=5; 10%) of gediagnosticeerde dementie (n=17; 33%) (figuur 6). Dit is ook terug te zien in het aantal deelnemers dat (lichte) beperkingen heeft in bijvoorbeeld informatieverwerking of dingen organiseren en plannen. Deelnemers hebben vaak veel of zelfs doorlopend sturing nodig om activiteiten te initiëren en uit te voeren, blijkt uit gesprekken met professionals en de toelichtingen in de screeningsinstrumenten.



Figuur 6. Aanwezigheid van (een vermoeden van) dementie bij deelnemers kort na de start bij VanThuisUit (n=51)

**Qua fitheid** is bijna de helft van de deelnemers **in de laatste 3 maanden vóór deelname aan het Dag- en Doecentrum langzaam achteruitgegaan** (n=23; 45%) (figuur 7). Een derde van de deelnemers (n=18; 35%) is de laatste 3 maanden voor deelname stabiel gebleven. Als het gaat over hun algemene gezondheid voelt een kwart van de deelnemers zich goed (n=14; 27%), bijna de helft redelijk (n=24; 47%), 4 deelnemers voelen zich vaak ziek (8%) en voor 9 deelnemers is dit niet bekend.

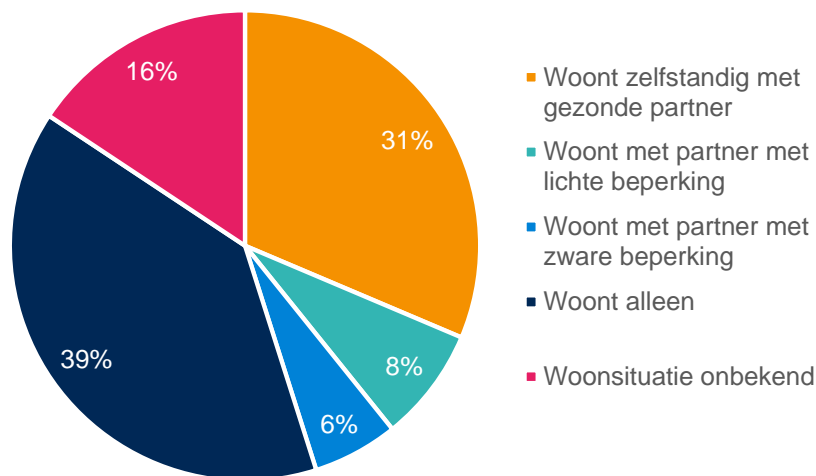


Figuur 7. Verandering in algemene gezondheidssituatie van deelnemers gedurende de laatste 3 maanden, gemeten kort na start bij VanThuisUit (n=51)

**De meeste deelnemers laten een hoge mate van zelfstandigheid zien** op diverse activiteiten gericht op persoonlijke verzorging. Zo doet 84% van de deelnemers zelfstandig zijn of haar uiterlijke verzorging (n=42) en kan zo'n twee derde van de deelnemers zich zelfstandig wassen en aan- en uitkleden (respectievelijk n=31 en n=34). Met zaken als boodschappen doen en eten bereiden hebben meer deelnemers hulp nodig; respectievelijk 20% (n=10) en 29% (n=15) van de deelnemers kan dit zelfstandig. Hierin is niet terug te zien dat veel deelnemers sturing nodig hebben om activiteiten (goed) uit te kunnen voeren.

#### 5.4 Netwerk en mantelzorg: essentieel om veilig en betekenisvol thuis te blijven wonen

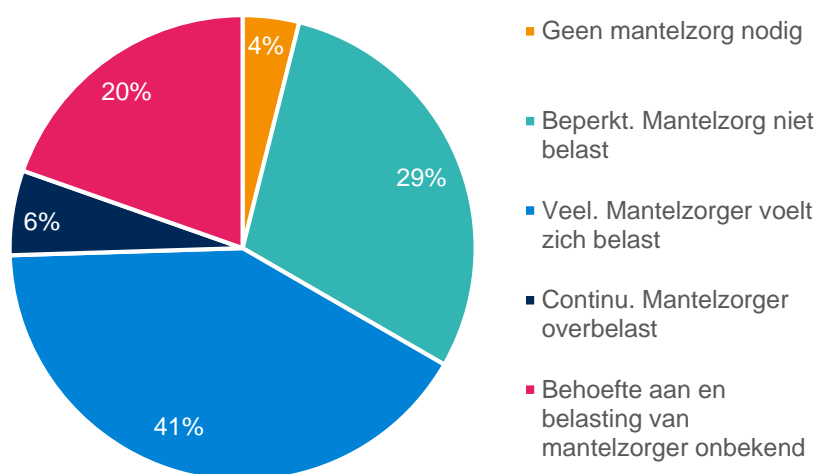
De aanwezigheid van een (gezonde) partner kan bepalend zijn voor het al dan niet op een veilige en betekenisvolle manier thuis blijven wonen. Bijna een derde van de deelnemers (n=16; 31%) woont zelfstandig met een gezonde partner (figuur 8). Een klein aantal deelnemers woont samen met een partner met een lichte (n=4; 8%) of zware (n=3; 6%) beperking en ruim een derde woont alleen (n=20; 39%). In een aantal gevallen zijn beide partners deelnemers bij VanThuisUit.



Figuur 8. Woonsituatie van deelnemers kort na start bij VanThuisUit (n=51)

Daarnaast zijn het sociale netwerk en de betrokkenheid en belasting van mantelzorgers van belang. Slechts 2 deelnemers hebben een groot sociaal netwerk (4%) en ruim de helft van de deelnemers heeft

een beperkt, maar stabiel sociaal netwerk (n=29; 57%). Tien deelnemers hebben een heel klein sociaal netwerk (20%) en van evenveel deelnemers is kort na start van de ondersteuning nog niks bekend over hun netwerk. **De meeste deelnemers hebben mantelzorg nodig. Veel van de betrokken mantelzorgers voelen zich belast** (figuur 9). In 41% van de situaties is er veel mantelzorg nodig en voelt de mantelzorger zich belast (n=21) en bij 6% is de mantelzorger overbelast (n=3). Slechts 4% van de deelnemers heeft geen mantelzorg nodig (n=2). Onze verwachting is, gebaseerd op gesprekken met professionals en de toelichtingen in de screeningsinstrumenten, dat de urgentie van (over)belasting van de mantelzorger groter is dan het op basis van deze percentages lijkt. VanThuisUit zet vanaf het begin van deelname expliciet in op het ondersteunen van de mantelzorger. Dat, in combinatie met de directe ontlasting die deelname aan VanThuisUit geeft, biedt voor mantelzorgers mogelijk voldoende perspectief om de zorg vol te houden ondanks het vaak (zeer) grote beroep dat op hen wordt gedaan.



Figuur 9. Behoefte aan mantelzorg van deelnemers in combinatie met belasting van de betrokken mantelzorger kort na start bij VanThuisUit (n=51)

Naast deze indicatie van betrokkenheid en belasting van de mantelzorger inventariseert de geriatrisch consulent hoe lang de mantelzorger de zorg voor diens naaste verwacht vol te kunnen houden. Dit is van groot belang voor het beoordelen van de duurzaamheid van mantelzorg en het identificeren van ondersteuningsbehoeften. Dit wordt de '**mantelzorgvolhoudtijd**' genoemd. De meeste mantelzorgers bij wie de mantelzorgvolhoudtijd kort na de start van hun naaste bij VanThuisUit is uitgevraagd (n=17), geven aan dat zij verwachten de zorg meer dan 2 jaar vol te houden (n=12). Dit betreft in alle gevallen deelnemers met een Wmo-indicatie. Vier mantelzorgers verwachten de zorg minder dan 2 jaar vol te houden en 1 mantelzorger minder dan 6 maanden. Bij de overige mantelzorgers is de verwachte volhoudtijd (nog) niet uitgevraagd op het moment van dataverzameling.

Uit de eerder uitgevoerde praktijkevaluatie bleek uit toelichtingen bij de mantelzorgvolhoudtijd dat mantelzorgers de dagen dat hun naaste bij VanThuisUit is, gebruiken om te herstellen van de belasting. Op die manier, dus met ondersteuning van VanThuisUit, verwachten zij de zorg nog lang vol te kunnen houden. Dit effect klinkt ook door in de casuïstiekbesprekingen die in het kader van dit onderzoek met de geriatrisch consulent en de social worker zijn gehouden.

### 5.5 Zorg en ondersteuning thuis, naast VanThuisUit, is voor veel deelnemers noodzakelijk om thuis te kunnen blijven wonen

In het screeningsinstrument is voor diverse vormen van zorg en ondersteuning aangegeven of en zo ja, met welke frequentie een deelnemer daar gebruik van maakt. **Bijna alle deelnemers ontvangen een**

---

**vorm van ondersteuning thuis**, blijkt uit het screeningsinstrument aangevuld met informatie van betrokken professionals. Het gaat meestal om huishoudelijke hulp, al dan niet in combinatie met één of meerdere keren per week of dagelijks wijkverpleging. De hierna volgende cijfers zijn enkel gebaseerd op het screeningsinstrument. Dit is een onderschatting van de daadwerkelijke hoeveelheid zorg en ondersteuning die deelnemers thuis ontvangen. Voor een aantal van de deelnemers die (nog) geen zorg of ondersteuning thuis ontvangen zou dit wel wenselijk zijn. Bijvoorbeeld voor deelnemers die alleen wonen en de neiging hebben zichzelf te verwaarlozen. VanThuisUit gaat met deze deelnemers in gesprek om te kijken wat er voor hen nodig is om externe hulp thuis toe te laten. Slechts een zeer klein deel van de deelnemers redt het thuis op een (vooralsnog) duurzame manier met enkel hulp van mantelzorgers.

**Bijna twee derde van de deelnemers heeft huishoudelijke hulp** (n=31; 61%). Bijna een derde van de deelnemers maakt gebruik van sociale alarmering (n=15) en ruim twee derde maakt gebruik van een hulpmiddel (n=33; 59%). Dit is meestal een rollator, maar ook de scootmobiel en steunbeugels in bijvoorbeeld toilet en douche worden regelmatig genoemd. Van 18 deelnemers is bekend dat zij door de wijkverpleging ondersteund worden bij bijvoorbeeld het douchen, aan- en uitkleden of het innemen van medicatie (35%). Evenveel deelnemers krijgen een vorm van paramedische zorg. Het staat niet altijd geregistreerd of dit om eerstelijns paramedische zorg buiten VanThuisUit gaat of dat het de ondersteuning van een fysiotherapeut van VanThuisUit betreft. Een derde heeft in het laatste halfjaar ziekenhuiszorg nodig gehad (33%; n=17). Een klein deel van de deelnemers wordt ondersteund door een psycholoog of POH ggz (16%). Deelnemers lijken zeer sporadisch nog gebruik te maken van begeleiding naast de begeleiding die zij krijgen van VanThuisUit.





## 6 Uitstel verpleeghuisopname

In dit hoofdstuk geven we in een aantal stappen antwoord op de vraag of het aannemelijk is dat er sprake is van uitstel of het voorkomen van verpleeghuisopname bij de deelnemers aan VanThuisUit. We beschrijven ook voor welk deel van de populatie uitstel van verpleeghuisopname aannemelijk is en geven ten slotte een indicatieve inschatting voor het uitstel.

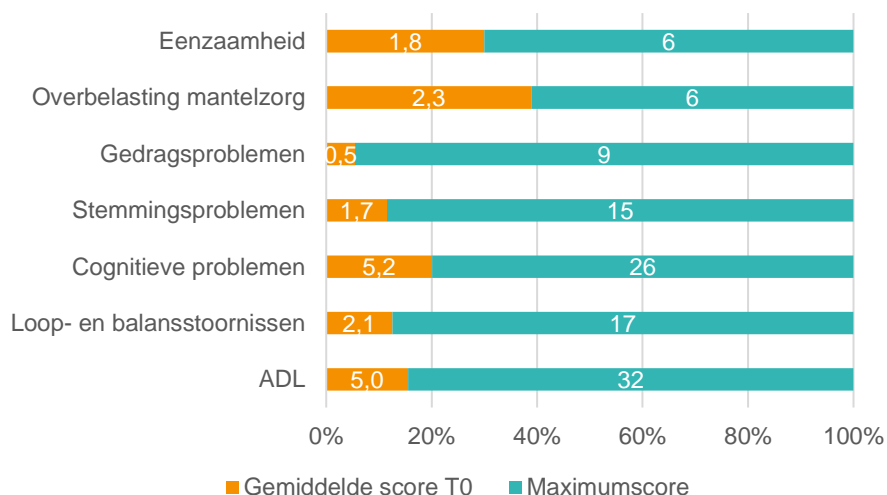
In onze analyses maken we gebruik van:

- De **vertaling van de screeningsinstrumenten op meerdere momenten, vertaald naar de ontwikkeling in de risicofactoren voor opname in een verpleeghuis**, zoals beschreven in hoofdstuk 2. We kijken hier zowel in absolute zin naar als ook naar de verschillen in de scores op T1 ten opzichte van T0 (dit was mogelijk voor n=45 deelnemers). Ook geven we weer welke inzichten (ter aanvulling) volgen uit de analyse van de individuele casussen (op basis van de effectkaarten).
- De **kwalitatieve, expertmatige beoordeling van de geriatrisch consulent en de social worker** of er volgens hen sprake is (geweest) van uitstel van verpleeghuisopname. Als onderzoekers hebben we ook per casus (met de individuele effectkaarten) een inschatting gemaakt.

In de weergave van de analyses tonen we de resultaten voor alle deelnemers (waarvoor de gegevens beschikbaar waren) en/of maken we onderscheid in deelnemers met een Wmo- of een Wlz-indicatie. Ook laten we het onderscheid in kenmerken zien tussen de deelnemers waarvoor het aannemelijk is dat verpleeghuisopname is gerealiseerd en deelnemers waarvoor dit effect nog niet vastgesteld kan worden.

### 6.1 Situatie van deelnemers bij de start van deelname aan VanThuisUit

In figuur 10 zijn de gemiddelde scores weergegeven op de risicofactoren bij de start van deelname aan VanThuisUit (T0) ten opzichte van de maximumscores die daarop behaald kunnen worden.<sup>16</sup>



Figuur 10. Gemiddelde score van risicofactoren voor verpleeghuisopname kort na de start bij VanThuisUit (n=45 met 2 metingen)

<sup>16</sup> De T0-meting is voor 51 deelnemers beschikbaar. Als we kijken naar de bijbehorende grafiek, dan volgen daaruit min of meer dezelfde scores. Voor de consistentie met andere figuren in dit hoofdstuk hebben we ervoor gekozen de grafiek op basis van n=45 te presenteren.

---

Voor de interpretatie van deze scores lichten we graag het volgende toe:

- a. Een **risicofactor is gekoppeld aan meerdere items uit de screeningslijst**. Voor de risicofactoren geldt dat de deelnemers niet op alle items tegelijkertijd hoog zullen scoren. Dat betekent dat een maximale score niet of zelden aan de orde is. Wat een relatief hoge score is, hebben we afgeleid uit de samenstelling van de items gekoppeld aan de kwalitatieve informatie vanuit de casusbeschrijvingen.
- b. In de gemiddelde scores voor de hele groep middelen de meer afwijkende scores (hoog en laag) uit. Daarom geven we in de toelichtende teksten ook aan hoe het beeld is vanuit de **individuele casuïstiek en een aantal subgroepen**.

Het valt op dat deelnemers vooral op de **risicofactoren 'eenzaamheid', 'overbelasting mantelzorg', 'cognitieve problemen' en 'beperkingen in de ADL' relatief hoger scoren**. Voor deelnemers met een Wlz-indicatie zijn op deze risicofactoren de gemiddelde scores hoger dan voor deelnemers met een Wmo-indicatie. Op eenzaamheid is de gemiddelde score 2,1 (Wlz) ten opzichte van 1,6 (Wmo). Voor de andere risicofactoren geldt hetzelfde: overbelasting mantelzorg (2,9 vs. 2,0); cognitieve problemen (6,9 vs. 4,4); en ADL (5,1 vs. 4,9).

De andere risicofactoren (gedragsproblemen, stemmingsproblemen en loop- en balansstoornissen) komen iets minder voor. Dit geeft ons inzicht in de mate waarin risicofactoren meer generiek of meer specifiek voorkomen. Dit is ook logisch te verklaren. Een aantal deelnemers heeft een (chronische) ziekte die leidt tot meer psychische, psychosociale en/of meer lichamelijke problemen. Dat gedragsproblemen minder vaak voorkomen lijkt logisch, omdat er dan eerder sprake zal zijn van een opname en/of gedwongen zorg. Dan is VanThuisUit minder geschikt.

Ter illustratie geven we de (relatief) hoge scores per risicofactor weer in tabel 1, aflopend gesorteerd op 'hoge score'.

Risicofactor	Hoge score (rood)	Relatief hoge score (oranje)	% met score (rood)	% met score (rood + oranje)
Overbelasting mantelzorg	3 of hoger	2	53%	91%
Cognitieve problemen	6 of hoger	4 of 5	44%	60%
Eenzaamheid	3 of hoger	2	38%	44%
ADL	8 of hoger	5 tot 7	22%	60%
Loop- en balansstoornissen	7 of hoger	5 of 6	11%	20%
Stemmingsproblemen	5 of hoger	3 of 4	9%	22%
Gedragsproblemen	4 of hoger	3	4%	8%

Tabel 1. Aantal en percentage hoge scores op de risicofactoren (n=45)

Er zijn slechts 4 deelnemers die op geen van de risicofactoren hoog (rood) scoren. Twintig deelnemers scoren hoog op één risicofactor en 21 deelnemers scoren hoog op twee of meer risicofactoren.

Op basis van deze analyse vanuit de individuele casuïstiek, vinden we de aanname gerechtvaardigd dat de deelnemers aan VanThuisUit bij de start 'net vóór of op de drempel staan van het verpleeghuis'. Voor de deelnemers met een Wlz-indicatie (16 van de 52 deelnemers) is het gezien de hogere scores op de risicofactoren zeker aannemelijk. Voor de deelnemers met een Wmo-indicatie geldt dat de beschrijving van de casuïstiek in combinatie met de scores op de risicofactoren in de meeste gevallen leidt tot dezelfde stelling.

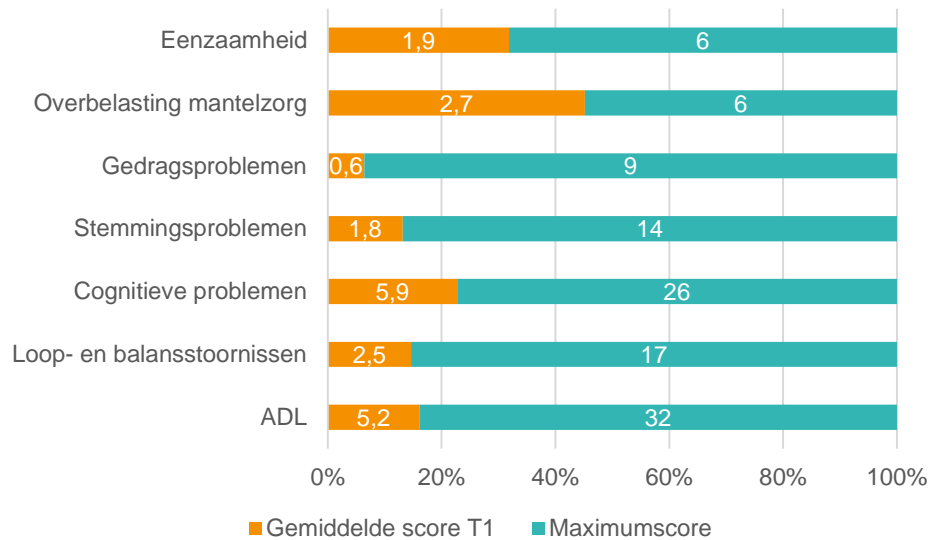
---

*Over het algemeen kunnen we stellen dat de populatie van deelnemers aan VanThuisUit bij de start van deelname vóór of op de drempel van het verpleeghuis staat.*

---

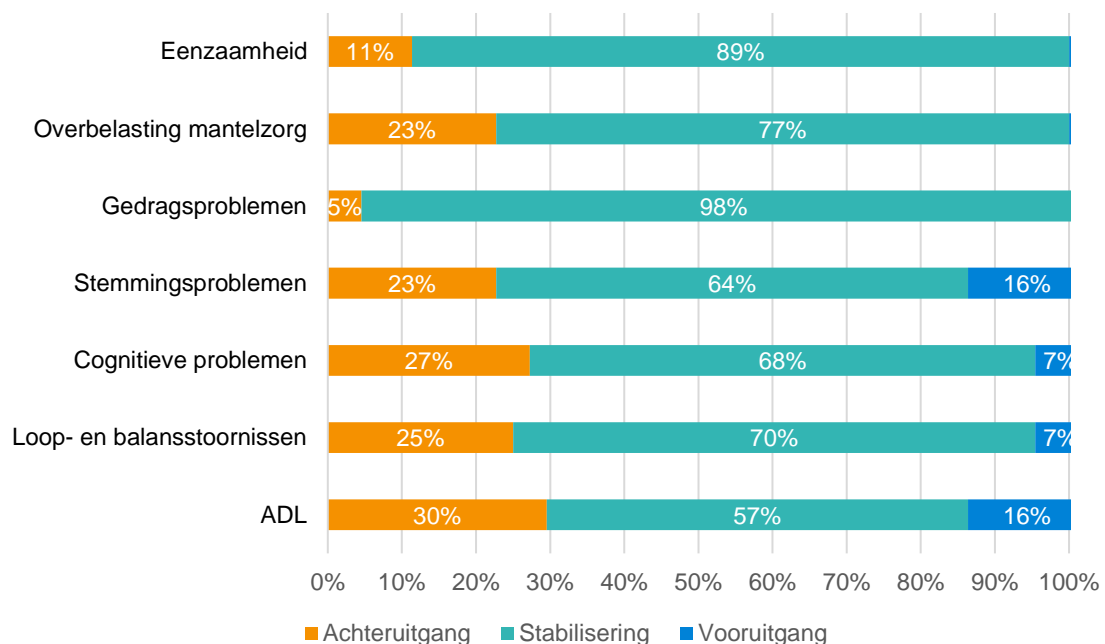
## 6.2 Situatie van deelnemers 6-12 maanden later (T1) en het verschil met de start (T0)

In figuur 11 zijn de gemiddelde scores op de risicofactoren weergegeven van de deelnemers op T1. Deze scores liggen gemiddeld iets hoger dan de scores op T0, wat gezien de kwetsbaarheid van de deelnemers ook de verwachting is. Ook op T1 zien we dat de gemiddelde scores voor deelnemers met een Wlz-indicatie hoger liggen dan voor deelnemers met een Wmo-indicatie: eenzaamheid (2,3 vs. 1,7); overbelasting mantelzorg (3,1 vs. 2,5); cognitieve problemen (7,2 vs. 5,3); en ADL (5,4 vs. 5,0).



Figuur 11. Gemiddelde score van risicofactoren voor verpleeghuisopname gemiddeld 6-12 maanden na start bij VanThuisUit (n=45)

In figuur 12 is weergegeven welk percentage van de deelnemers op de betreffende risicofactor hoger, gelijk of lager scoort op T1 ten opzichte van T0. Als er sprake is van een gelijke score, kwalificeren we dat als 'stabilisering'. Een hogere score betekent achteruitgang en een lagere score vooruitgang.



Figuur 12. Verandering in score op risicofactoren voor verpleeghuisopname 6-12 maanden na de start bij VanThuisUit ten opzichte van de situatie kort na de start (n=45)

---

Voor de interpretatie van de resultaten is het goed te weten dat er bij 12 deelnemers (27%) sprake was van stabilisering op alle risicofactoren en bij 2 deelnemers zelfs stabilisering of vooruitgang op alle risicofactoren. Bij 6 deelnemers (13%) was er sprake van een gemengd beeld: vooruitgang op bepaalde risicofactoren en achteruitgang op andere. Bij 25 deelnemers (56%) was er sprake van achteruitgang op één of meer risicofactoren in combinatie met stabilisering op de overige risicofactoren. Ter nuancering vermelden we dat bij 14 van de 25 deelnemers de achteruitgang beperkt was (1 punt op één of twee risicofactoren).<sup>17</sup>

Al met al is er sprake van een hoge mate van stabilisering, beperkte achteruitgang of zelfs vooruitgang voor een substantieel deel van de groep deelnemers aan VanThuisUit. Dat geldt zeker als we ons realiseren dat het gezien de kenmerken van de doelgroep (kwetsbare ouderen, zie hoofdstuk 5) logisch is dat er sprake zou zijn van achteruitgang<sup>18</sup>. Zoals vermeld in hoofdstuk 3 is VanThuisUit erop gericht *ondersteuning te bieden aan thuiswonende ouderen met dementie of lichamelijke hulpvraag, ondanks de gebreken die ouder worden met zich meebrengt*. Een achteruitgang is dus te verwachten, maar de mate waarin deelnemers met de situatie om kunnen gaan, mede door interventies vanuit VanThuisUit, is bepalend voor uitstel van verpleeghuisopname.

---

*De ontwikkeling in de scores op de risicofactoren geeft een positief beeld van het effect van VanThuisUit op de problematiek die deelnemers ervaren. Als we alle risicofactoren bij elkaar nemen, dan is er in een ruime meerderheid (75%) van de gevallen sprake van stabilisering, beperkte achteruitgang of zelfs vooruitgang.*

---

### 6.3 Uitstel van verpleeghuisopname is voor het merendeel van de deelnemers aannemelijk

In het onderzoek hebben we de casuïstiek van de deelnemers uitgebreid doorgenomen met twee professionals van VanThuisUit die (samen) intensief betrokken zijn bij alle deelnemers: de geriatrisch consulent en de social worker. Zij hebben goed zicht op de (ontwikkeling in de) situatie van de deelnemers. In de casusbeschrijvingen kwam de problematiek van de deelnemer aan de orde en welke rol VanThuisUit speelt voor de deelnemer en diens naaste(n) om hiermee om te gaan. Logischerwijs is niet volledig te voorspellen hoe de situatie van deelnemers zich ontwikkeld zou hebben zonder VanThuisUit.

De geriatrisch consulent en de social worker hebben ons beschrijvingen gegeven van de casuïstiek. Aanvullend hebben zij een inschatting gemaakt of uitstel van opname in het verpleeghuis voor de betreffende deelnemer aannemelijk is. **De inschatting is dat zij uitstel van verpleeghuisopname aannemelijk vinden voor ruim de helft (27) van de 52 deelnemers (52%).** Voor deelnemers met een Wlz-indicatie ligt dit percentage op 71% (12 van de 17) en voor deelnemers met een Wmo-indicatie op 43% (15 van de 35). Overigens geldt in de gevallen waarin uitstel van verpleeghuisopname nu nog niet aannemelijk wordt geacht, dat er op termijn (indirect) sprake is van uitstel van verpleeghuisopname. Bijvoorbeeld doordat de deelnemer in een vroeg stadium handvatten krijgt om met beginnende beperkingen om te gaan.

Als onderzoekers hebben we gevraagd waaruit dit (al dan niet) bleek. De combinatie van de casusbeschrijvingen (zoals weergegeven in de effectkaarten), de indicatiestelling en de informatie over de

---

<sup>17</sup> Daarnaast vermoeden we dat er bij 4 deelnemers de scores in de registratie op T0 niet of beperkt waren ingevuld, waardoor niet is vast te stellen of er daadwerkelijk sprake was van een achteruitgang.

<sup>18</sup> Indien mogelijk onderbouwen we dit in de volgende versie met wetenschappelijke literatuur.

risicofactoren heeft ons overtuigd van hun inschatting. Bij de bestudering van het materiaal zouden we, op basis van de ernst van de problematiek en de impact van de ondersteuning door VanThuisUit, als onderzoekers in nog enkele aanvullende gevallen uitstel aannemelijk vinden. Wij vermoeden dat deze direct betrokken professionals eerder voorzichtig dan optimistisch in hun inschattingen zijn geweest. De scores op de risicofactoren in combinatie met de kwalitatieve beschrijving van de problematiek en de gekozen interventies geven ons als onderzoekers aanleiding om in 8 casussen te concluderen dat er sprake is van uitstel van verpleeghuisopname. **Onze inschatting is dat uitstel van verpleeghuisopname in 35 van de 52 (67%) van de gevallen aannemelijk is** (100% voor de deelnemers met een Wlz-indicatie en 51% voor de deelnemers met een Wmo-indicatie).

In tabel 2 zien we ook dat de scores op de risicofactoren voor de hiervoor genoemde groepen verschillen. Voor de groep waarvoor zowel professionals als de onderzoekers vinden dat uitstel van verpleeghuisopname nog niet is vast te stellen zijn de scores op de belangrijkste risicofactoren ook substantieel lager. De urgentie van de risicofactoren is dus minder groot dan bij deelnemers voor wie uitstel van verpleeghuisopname wel aannemelijk is. Dit geldt in het bijzonder voor de score op cognitieve problemen. Alleen op de risicofactor eenzaamheid ligt de score voor deze laatste groep hoger.

Risicofactor (voor n=45)	Wlz – uitstel aannemelijk (n = 10 tot 15) <sup>19</sup>	Wmo – uitstel aannemelijk (n = 14 tot 17)	Uitstel nog niet vast te stellen (n = 13)
Overbelasting mantelzorg	3,1 – 3,2	2,7 – 2,8	2,1
Cognitieve problemen	7,7	7,4 – 8,2	1,8
Eenzaamheid	1,9 – 2,1	0,8 – 0,9	2,8
ADL	5,2 – 5,7	5,6 – 5,7	4,0

Tabel 2. Gemiddelde score op de risicofactoren afhankelijk van de inschatting van uitstel verpleeghuisopname (n=45)

## 6.4 Inschatting van de mate waarin verpleeghuisopname is uitgesteld

### 6.4.1 Factoren die doorslaggevend zijn voor verpleeghuisopname

Op basis van de gesprekken over casuïstiek stellen we vast dat de **overbelasting van de mantelzorg** en/of de **cognitieve problemen** vaak zorgen voor de noodzaak tot opname in een verpleeghuis. Zo lang deze risicofactoren met de interventies vanuit VanThuisUit beheersbaar kunnen blijven, is er daadwerkelijk sprake van **uitstel van verpleeghuisopname**.

### 6.4.2 Gemiddelde deelnameduur en inschatting uitstel verpleeghuisopname

Voor de inschatting van de duur van het uitstel van verpleeghuisopname kijken we naar de startdatum van deelname aan VanThuisUit in combinatie met de risicofactoren op T0. Daarnaast kijken we naar twee groepen: deelnemers met een Wlz-indicatie en deelnemers met een Wmo-indicatie.

De **gemiddelde duur van deelname** die we op dit moment kunnen vaststellen<sup>20</sup> voor de gevallen waarin de professionals uitstel van verpleeghuisopname aannemelijk achten, is **ruim 16 maanden**. Voor deelnemers met een Wlz-indicatie ligt dit nog iets hoger (ruim 17 maanden) dan voor deelnemers met een

<sup>19</sup> We geven twee waarden weer: de score op basis van de inschatting van de direct betrokken professionals en de score op basis van de inschatting van de onderzoekers (dit betreft iets grotere aantallen).

<sup>20</sup> Kanttekening hierbij is dat de deelname aan VanThuisUit voor de meeste deelnemers nog doorloopt na dit moment. Dus de duur van deelname is een onderschatting van de werkelijke duur.

---

Wmo-indicatie (iets minder dan 16 maanden). In 3 gevallen waarin sprake is geweest van opname in een verpleeghuis, was de deelnameduur respectievelijk 6, 12 en 20 maanden.

Gezien de hoge scores op de risicofactoren 'overbelasting mantelzorg' en 'cognitieve problemen' op screeningsmoment bij intake (T0) en de ernst van de problematiek die uit de gesprekken blijkt dat ze op het moment van de start bij VanThuisUit op de drempel van het verpleeghuis staan. Daarom is onze inschatting dat een substantieel deel van de deelnameduur ook daadwerkelijk meegerekend kan worden in de inschatting van de duur van uitstel van verpleeghuisopname. Onze inschatting is dat voor de gevallen waarin verpleeghuisopname aannemelijk wordt geacht, het uitstel **minimaal 12 maanden bedraagt**. Dit wordt ook bevestigd door de inschattingen die eerder door de direct betrokken professionals zijn gemaakt. Belangrijk is om hier te vermelden dat deze inschatting (impliciet) wordt **afgezet tegen** de situatie dat er **geen alternatieve interventie** zou zijn ingezet.

#### 6.4.3 *Vergelijking van de 'verblijfsduur' met mensen die deelnemen aan reguliere dagverzorging*

De eerdergenoemde inschatting gaat uit van een vergelijking met de situatie dat er geen andere interventie met betrekking tot zorg en ondersteuning zou zijn gedaan. Een alternatieve interventie is deelname aan een 'reguliere vorm' van dagverzorging. Daarom hebben we op basis van gegevens van tanteLouise ook gekeken naar de gemiddelde 'deelnameduur' aan reguliere dagverzorging.

Mensen nemen gemiddeld langer deel aan VanThuisUit (16 maanden) dan het aantal maanden dat cliënten een reguliere dagverzorging bezoeken. Gemiddeld genomen gaan cliënten 7 maanden naar een reguliere dagverzorging voordat zij uitstromen.<sup>21</sup> Het gemiddelde is berekend op basis van zowel cliënten met een Wmo- als een Wlz-indicatie. Voor cliënten met een Wlz-indicatie is de deelnameduur aan reguliere dagverzorging korter (4,7 maanden), voor cliënten die instromen met een Wmo-indicatie en uitstromen met een Wlz-indicatie is de deelnameduur langer (10,6 maanden). Als we ervan uitgaan dat reguliere dagverzorging als alternatieve interventie op hetzelfde moment zou starten als deelname aan VanThuisUit, dan kunnen we er door de gemiddelde deelnameduren te vergelijken vanuit gaan dat **VanThuisUit in staat is verpleeghuisopname met ongeveer 9 maanden (extra) uit te stellen ten opzichte van reguliere dagverzorging**.

#### 6.5 **Inzicht in de toegevoegde waarde van VanThuisUit voor individuele deelnemers**

Zoals we in hoofdstuk 2 hebben beschreven, is de meerwaarde van VanThuisUit niet alleen terug te zien in harde uitkomstmaten. Juist tijdens het bespreken van casuïstiek komen grotere en kleinere, vaak niet uit dossiers af te leiden elementen aan de orde die samen laten zien wat VanThuisUit voor een deelnemer en diens naasten heeft betekend. Om de lezer zo ver mogelijk mee te nemen in de praktijk en inzicht te geven in de verschillende manieren waarop VanThuisUit deelnemers ondersteunt, nemen we ter illustratie effectkaarten op waarin de situatie van zes individuele deelnemers is beschreven (zie figuren 14 tot en met 19 op de pagina's die volgen op paragraaf 6.6). In de beschrijving van specifieke elementen hebben we rekening gehouden met de mogelijke herleidbaarheid naar individuele deelnemers.

Wat blijkt uit de individuele effectkaarten, is dat de (sociale) context van deze deelnemers varieert, net als de problematiek waar zij hinder door ondervinden, de zorg en ondersteuning die zij krijgen en of

---

<sup>21</sup> Dit gemiddelde van 7 maanden is gebaseerd op de mensen die daadwerkelijk zijn uitgestroomd. Zowel in de reguliere dagverzorging als in de populatie deelnemers aan VanThuisUit zijn er mensen waarvoor we nog niet kunnen vaststellen wat de deelnameduur is, aangezien zij nog niet zijn uitgestroomd. Daarmee zijn we als onderzoekers van mening dat de vergelijking, met deze kanttekening, gerechtvaardigd is.

---

verpleeghuisopname al dan niet is uitgesteld. De hulpvragen waar deze deelnemers bij VanThuisUit bij ondersteund worden zijn illustratief voor het type vragen van de groep deelnemers die sinds de start van VanThuisUit in zorg is of is geweest. De effectkaarten zijn geanonimiseerd om herkenning te voorkomen. In figuur 13 (leeswijzer effectkaarten) is beschreven welke informatie in de effectkaarten te lezen is.

## 6.6 VanThuisUit levert potentieel positieve maatschappelijke effecten

Uit de analyse van de effectkaarten blijkt dat VanThuisUit positieve effecten oplevert die verder reiken dan de directe voordelen voor deelnemers en professionals. We zien de volgende maatschappelijke baten terugkomen door de inzet van het TAZ-team en deelname aan het Dag- en Doecentrum<sup>22</sup>:

- a. Een **betere kwaliteit van leven** voor deelnemers die langer zelfstandig en met regie over hun eigen leven thuis kunnen blijven wonen. Deelnemers ervaren meer zelfvertrouwen, zelfstandigheid, structuur en sociale verbinding, en voelen zich gelukkiger en minder eenzaam.
- b. **Lagere druk op mantelzorgers** door expliciete ondersteuning van mantelzorgers zelf, maar ook door directe ontlasting tijdens de aanwezigheid van deelnemers in het Dag- en Doecentrum en het (opnieuw) aanleren van huishoudelijke taken en herwonnen zelfstandigheid van deelnemers. Dit ontzorgt hen en draagt bij aan de duurzame inzetbaarheid van mantelzorgers en potentieel een hogere arbeidsproductiviteit.
- c. **Lagere druk op de zorginfrastructuur**, doordat zorg efficiënter wordt georganiseerd en inzet van zwaardere zorg langer wordt uitgesteld. Dit heeft mogelijk ook een gunstig effect op het beroep dat wordt gedaan op de arbeidsmarkt in de zorg, omdat er veelal een andere deskundigheidsmix wordt gevraagd dan in het verpleeghuis.
- d. **Besparingen in zorgkosten en andere maatschappelijke kosten**, doordat deelnemers minder snel in een verpleeghuis komen of acute zorg nodig hebben.
- e. **Versterking van sociale netwerken**, doordat VanThuisUit expliciet inzet op samenwerking met mantelzorgers, vrijwilligers en de wijk.
- f. **Innovatiekracht in de zorgsector**, doordat VanThuisUit bijdraagt aan nieuwe werkwijzen en technologische toepassingen die ook breder toepasbaar zijn.

Dit onderzoek had niet tot doel om een volledige maatschappelijke businesscase op te stellen. De hier genoemde maatschappelijke baten bieden aanknopingspunten voor aanvullend onderzoek.

---

<sup>22</sup> Een deel van de maatschappelijke baten zijn uitgebreider omschreven in de eerder uitgevoerde praktijkevaluatie. Zie [Praktijkevaluatie VanThuisUit - juli 2023](#).

# Leeswijzer effectkaarten



- Sociaal-demografische factoren: geslacht, leeftijd, woonsituatie, kinderen netwerk, betrokkenheid en belasting mantelzorg en indicatie

**Conclusie: is verpleeghuisopname uitgesteld of is dit nog niet vast te stellen?**



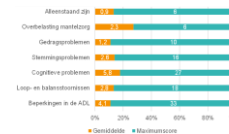
- Beschrijving van wat VanThuisUit voor de deelnemer betekent, bijvoorbeeld uitdagingen in het dagelijks leven waar de deelnemer tegenaan loopt en waar VanThuisUit bij ondersteunt
- Aanwijzingen voor het uitstellen van verpleeghuisopname
- Aanwijzingen voor andere positieve effecten van VanThuisUit



- Duur van de deelname aan Dag- en Doecentrum in maanden
- Aantal uur deelname aan Dag- en Doecentrum (structurele deelname, incidentele opschaling niet meegenomen)
- Type doelen waar deelnemer aan werkt.  
*Let op: deze informatie was niet altijd vanuit registraties inzichtelijk voor de onderzoekers. Waar mogelijk hebben we dit aangevuld vanuit kwalitatieve informatie.*



- Zorg en ondersteuning die de deelnemer thuis ontvangt buiten de ondersteuning van professionals van VanThuisUit, inclusief hulpmiddelen en zorgtechnologie
- Of een vorm van zorg en ondersteuning thuis genoemd wordt en de mate van concreetheid in de beschrijving is afhankelijk van de informatie waarover de onderzoekers konden beschikken.



- Deelnemers met op 2 momenten ingevulde screeningslijsten: weergave van de score op risicofactoren voor verpleeghuisopname op het moment 6-12 maanden na start bij VanThuisUit, waarbij met iconen is aangegeven of dit een verbetering, stabilisering of achteruitgang betekent ten opzichte van de situatie kort na de start van deelname bij VanThuisUit. De score is afgezet tegen het maximum.
- Deelnemers met een op één moment ingevulde screeningslijst: weergave van de score op risicofactoren voor verpleeghuisopname kort na de start van deelname bij VanThuisUit. De score is afgezet tegen het maximum.
- Meer informatie over de risicofactoren is te vinden in hoofdstuk 2 van de rapportage.

Figuur 13. Leeswijzer effectkaarten





- Vrouw
- 71 jaar
- Samenwonend met partner
- Geen kinderen
- Beperkt maar stabiel netwerk, mantelzorgvoelt zich belast
- Wmo licht

## VanThuisUit

- Deelname sinds 19 maanden
- 8 uur Dag- en Doecentrum
- Doelen met name gericht op lichamelijk welbevinden en participatie

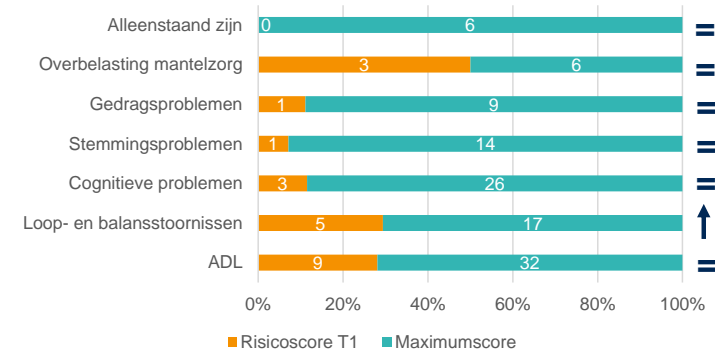


- Huishoudelijke hulp
- Casemanager NAH
- Wijkverpleging komt dagelijks voor ADL en aantrekken steunkousen, twee keer per week om te douchen
- Medicatie wordt uitgezet
- Eerstelijns fysiotherapie twee keer per week

### Verpleeghuisopname is uitgesteld door ontlasting van de mantelzorg en stabilisatie van beperkingen in de ADL



- Mevrouw is zich erg bewust geworden van de afhankelijkheid van haar partner toen deze tijdelijk wegviel.
- Vanuit het Dag- en Doecentrum zijn verschillende trajecten ingezet om mevrouw minder afhankelijk van haar partner te maken en om overbelasting bij hem te voorkomen.
- Zo helpt de ergotherapeut haar met het optrekken van kleding na toiletgang en het gebruik van de scootmobiel.
- Ook heeft mevrouw gebruikgemaakt van het logeerappartement zodat haar partner een weekendje weg kon.
- Mogelijk wordt het aantal uur Dag- en Doecentrum in de toekomst uitgebreid; nu is mevrouw hier nog niet aan toe.



Figuur 14. Individuele effectkaart A

**Uitstel van verpleeghuisopname is nog niet vast te stellen, wel is een Wiz VV04 indicatie voorkomen**



- Man
- 89 jaar
- Alleenstaand
- Kinderen
- Heel klein netwerk, mantelzorgervoelt zich belast
- Wmo midden



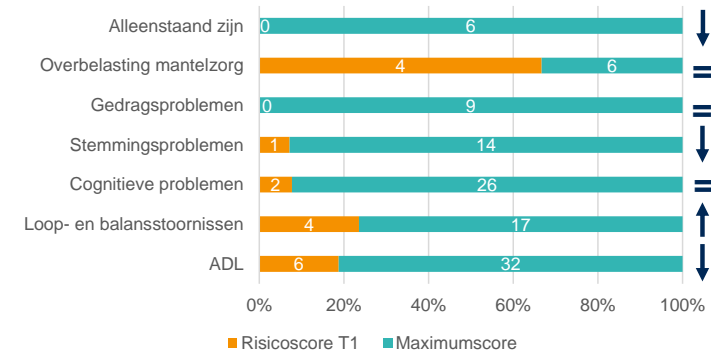
- Deelname sinds 19 maanden
- 28 uur Dag- en Doecentrum
- Doelen met name gericht op lichamelijk welbevinden



- Vaker dan maandelijks huisartsbezoek
- Ziekenhuisbezoek in laatste kwartaal
- Huishoudelijke hulp
- Wijkverpleging helpt met douchen en ADL
- Rollator



- Meneer heeft veel somatische klachten en de neiging om zichzelf te verwaarlozen.
- Bij het Dag- en Doecentrum vindt meneer een zinvolle daginvulling en doet hij sociale contacten op, zijn gevoel van eenzaamheid is verminderd.
- Ook helpt de diëtist hem met zijn gewicht op peil houden.
- Meneer maakt nu gebruik van een rollator, maar wil graag scootmobiel gaan rijden. De ergotherapeut helpt hem daarbij.
- Het is de verwachting dat meneer niet naar een reguliere dagbesteding zou zijn gegaan.
- Kinderen geven aan overbelast te zijn.



Figuur 15. Individuele effectkaart B

**Verpleeghuisopname is uitgesteld door het leren omgaan met cognitieve problemen en het verminderen van beperkingen in de ADL**



- Vrouw
- 83 jaar
- Alleenstaand
- Betrokken kind
- Beperkt maar stabiel netwerk, mantelzorg niet belast
- Wmo licht



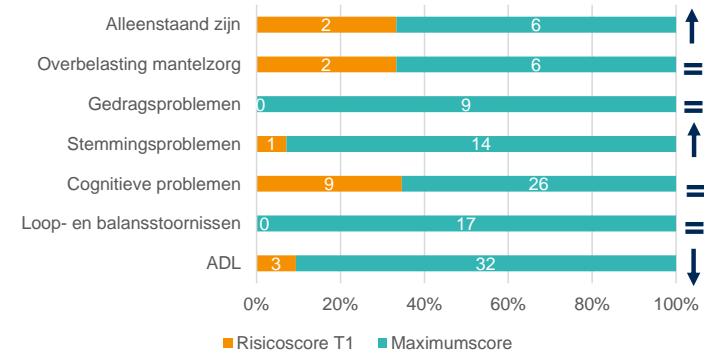
- Deelname sinds 19 maanden
- 16 uur Dag- en Doecentrum
- Doelen gericht op mentaal welbevinden, participatie en woon- en leefomstandigheden



- Ziekenhuiszorg in laatste kwartaal
- Tweemaal per week huishoudelijke hulp
- Geriatrisch consulent
- Sociale alarmering
- GPS-horloge en technologie gericht op dagstructuur



- Mevrouw haar partner is recent overleden, bij VanThuisUit houden ze goed in de gaten hoe het met haar gaat.
- Daarnaast verkennen ze samen de wensen en mogelijkheden om haar zelfredzaamheid te behouden, bijvoorbeeld het aanleren van het gebruik van een boodschappenlijstje of het halen van koelers maaltijden.
- Ook heeft mevrouw vanwege dementie een dagstructuurklok en zijn er sensoren in huis geplaatst zodat haar dochter op afstand kan monitoren.
- Zonder deze hulpmiddelen zou de mantelzorg overbelast zijn geraakt.



Figuur 16. Individuele effectkaart C

**Verpleeghuisopname is uitgesteld door het leren omgaan met cognitieve problemen en ontlasting van de mantelzorg**



- Man
- 75 jaar
- Samenwonend met partner
- Kinderen
- Nog niet bekend hoe netwerk eruit ziet, mantelzorg voelt zich belast
- Wlz VV05 (MPT) recent afgegeven



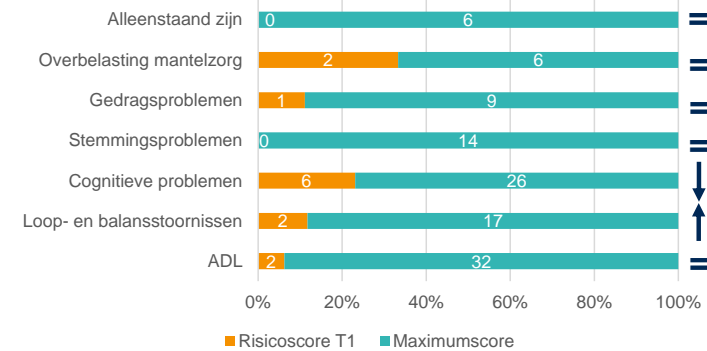
- Heeft 17 maanden deelgenomen
- 24 uur Dag- en Doecentrum
- Doelen gericht op lichamelijk welbevinden en participatie



- Casemanager dementie
- Huishoudelijke hulp
- Zorgtechnologie: GPS-horloge en BBrain klok



- Meneer heeft een vorm van dementie en vindt het moeilijk om te merken dat hij achteruit gaat. Samen met professionals kijkt hij graag naar het positieve: wat kan nog wel? Zo worden er binnen het Dag- en Doecentrum onder andere passende activiteiten gezocht waarmee meneer kan helpen en leert hij omgaan met een driewielerfiets om zijn zelfstandigheid zoveel mogelijk te behouden.
- Na de verhuizing ondersteunt VanThuisUit bij het aanbrengen van nieuwe structuur en routines.
- Meneer had een erg groot sociaal netwerk, het lukt niet goed meer contacten te onderhouden.
- Hij is recent opgenomen.



Figuur 17. Individuele effectkaart D

## Uitstel van verpleeghuisopname is nog niet vast te stellen



- Man
- 78 jaar
- Alleenstaand
- Beperkt maar stabiel netwerk, mantelzorg voelt zich niet belast
- Betrokken kinderen
- Wlz VV05 (MPT) recent afgegeven



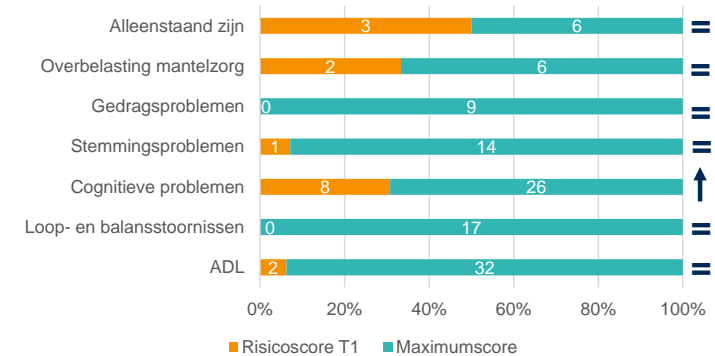
- Deelname sinds 17 maanden
- 16 uur Dag- en Doecentrum
- Doelen gericht op mentaal welbevinden



- Ziekenhuiszorg in het laatste kwartaal
- Geriatisch consulent
- Huis is recent seniorenproof gemaakt
- Zorgtechnologie: GPS-horloge, BBrain klok en sensoren



- Meneer heeft dementie en diverse lichamelijke klachten waar hij pijn van ondervindt.
- Meneer werkt graag in zijn moestuin iets verderop, maar kan niet meer zelfstandig de weg vinden. Samen met een professional van VanThuisUit onderzoekt hij of het mogelijk is om de route weer aan te leren.
- De route naar de supermarkt vindt meneer dankzij de ondersteuning weer zelfstandig.
- Recent is het aantal uur dat meneer naar het Dag- en Doecentrum gaat uitgebreid zodat hij langer thuis kan blijven wonen.



Figuur 18. Individuele effectkaart E

**Verpleeghuisopname is uitgesteld door stabiliseren beperkingen in de ADL en het leren omgaan met cognitieve problemen**



- Vrouw
- 72 jaar
- Alleenstaand
- Heel klein netwerk, mantelzorg voelt zich belast
- Wlz VV06 (VPT) kort na start VanThuisUit



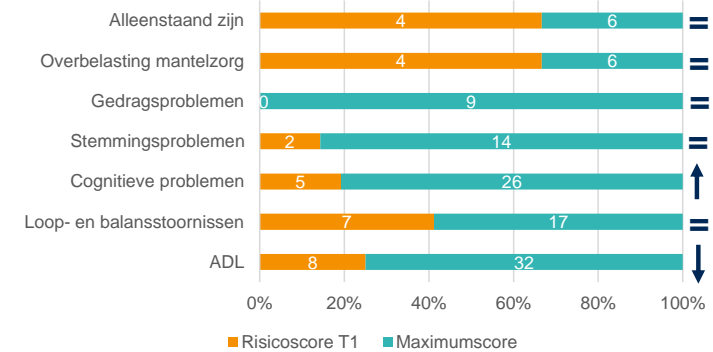
- Deelname sinds 7 maanden
- 24 uur Dag- en Doecentrum
- Doelen gericht op lichamelijk welbevinden en participatie



- Tweemaal binnen korte tijd ziekenhuisopname gevolgd door geriatrische revalidatiezorg na een fractuur
- Driemaal per week wijkverpleging
- Huishoudelijke hulp
- Geriatrisch consulent
- Rollator, Wolk heupairbag, structuurmonitor, personenalarmering en sleutelkastje



- Mevrouw heeft binnen korte tijd twee keer een botbreuk opgelopen, na haar revalidatie is ze bij VanThuisUit gestart.
- Daarnaast heeft ze diverse cognitieve en andere lichamelijke problemen.
- Door diverse interventies van VanThuisUit kon wijkverpleging worden afgebouwd van dagelijks (ADL) naar drie keer per week (alleen douchen), waarschijnlijk kan mevrouw dat binnenkort ook weer zelf.
- Mevrouw is erg opgeknapt door de sociale contacten en zinvolle daginvulling.



Figuur 19. Individuele effectkaart F

---

## 7 De vergelijking op kosten

In dit hoofdstuk geven we de resultaten weer van onze analyse op de kosten. We benoemen ook de kanttekeningen en overwegingen bij aannames die we op een aantal punten moeten maken. We gaan eerst in op de kosten per dagdeel. Vervolgens geven we een (kwalitatieve) analyse van de componenten van zorg en ondersteuning thuis die in de vergelijking meegenomen moeten worden en welke niet. Vervolgens laten we zien hoe de werkelijke kosten of kosteninschatting op basis van aannames uitpakken. Ten slotte vertalen we dit naar een vergelijking voor de hele groep en voor een aantal hypothetische situaties. Voor een nadere toelichting op de aanpak verwijzen we naar paragraaf 2.3.

### 7.1 Kosten VanThuisUit per dagdeel en per deelnemer

#### 7.1.1 Kosten voor het Dag- en Doecentrum en het TAZ-team van VanThuisUit in 2024

Voor de kosten voor de exploitatie van VanThuisUit hebben we de prognose voor de jaarcijfers van 2024 beschikbaar. Hieruit hebben we de kosten voor het Dag- en Doecentrum en het TAZ-team meegenomen.

In de exploitatiekosten zijn de personele kosten de grootste component (ruim 60%). In de personele kosten zijn de kosten voor zorg en welzijn, behandelaars, facilitaire functies, overige specifieke functies, direct management en overige personeelskosten opgenomen. De kosten voor de geriatrisch consultant, social worker en active ageing professional komen grotendeels terug in de exploitatiekosten van het Dag- en Doecentrum. De overige uren die zij maken voor VanThuisUit worden geregistreerd als onderdeel van het TAZ-team en als zodanig meegenomen. Andere behandelaars bieden zorg aan deelnemers aan VanThuisUit waar dat nodig is. Dit betreft onder andere agogen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten, sp'ers, specialisten ouderengeneeskunde en (gz-)psychologen. Ook deze kosten zijn meegenomen.

Naast de personele kosten bestaan de kosten van VanThuisUit uit: kapitaallasten<sup>23</sup>, voedingskosten; cliëntgebonden kosten (waaronder ook de kosten voor de inzet van thuiszorgtechnologie), hotelmatige kosten, vervoerskosten, energiekosten, onderhoudskosten en algemene kosten. Al deze kosten zijn meegenomen. Ook is er sprake van toerekening van concernkosten<sup>24</sup>.

#### 7.1.2 Aantal gerealiseerde dagdelen bij VanThuisUit en gemiddelde kosten per dagdeel

We drukken in deze analyse de kosten van VanThuisUit uit per dagdeel. De mate waarin deelnemers in de praktijk gebruikmaken van VanThuisUit varieert: van 8 uur (2 dagdelen) tot 36 uur (9 dagdelen) per week. Het meest voorkomende is 16 uur (4 dagdelen) per week en daarna 24 uur (6 dagdelen) per week. In de vergelijking laten we de uitkomsten zowel zien voor de groep (gemiddeld) als voor de meest intensieve gebruiker.

Gemiddeld genomen maken deelnemers **20 dagdelen per maand** gebruik van het Dag- en Doecentrum van VanThuisUit. Dit volgt uit de managementinformatie van VanThuisUit. Zoals eerder benoemd varieert dit per deelnemer van 2 tot en met 9 dagdelen per week. Het meest voorkomend is 4 dagdelen (16 uur)

---

<sup>23</sup> Kapitaallasten hebben betrekking op huisvestingskosten. Aangezien deelnemers kosten voor eigen huisvesting hebben, kiezen we in het onderzoek voor de vergelijking met de tarieven zonder normatieve huisvestingscomponent (NHC), zoals later in het hoofdstuk wordt toegelicht.

<sup>24</sup> Hierbij is gerekend met een normatief percentage.

per week en 6 dagdelen (24 uur) per week. In tabel 3 geven we voor verschillende intensiteiten het aantal dagdelen (per week en per maand) weer.

	Uren / week	Dagdelen / week	Dagdelen / maand
<b>Minimum</b>	8	2	8,7
<b>Veel voorkomend</b>	16	4	17,4
<b>Gemiddeld</b>			<b>20 dagdelen</b>
<b>Veel voorkomend</b>	24	6	26,1
<b>Maximum</b>	36	9	39,1

Tabel 3. Intensiteiten van deelname aan VanThuisUit

Voor het aantal gerealiseerde dagdelen gebruiken we de managementinformatie over VanThuisUit. Voor het aantal gerealiseerde dagdelen waren de cijfers over heel 2024 beschikbaar. Hiervan zijn er 72 dagdelen in de avond gerealiseerd. Het gecorrigeerde aantal 'zuivere' dagdelen gebruiken we voor de berekening van de gemiddelde kosten per dagdeel.

Uitgaande van gemiddelde deelname gedurende 20 dagdelen per maand, hebben we de gemiddelde kosten per deelnemer per maand berekend. Hierin zijn de kosten van het Dag- en Doecentrum en het TAZ-team opgenomen.

## 7.2 Kwalitatieve analyse van de zorgsoorten die onderdeel zijn van de kostenvergelijking

In hoofdstuk 2 gaan we in op de zorg en ondersteuning die thuis aan de orde kunnen zijn. Het is van belang voor het maken van een zuivere vergelijking dat er geen kostencomponenten worden vergeten of dubbel worden meegerekend. De volgende punten zijn hierin van belang:

- a. *Casemanagement dementie.* De coördinatierol die door een casemanager dementie wordt ingevuld, wordt in de praktijk gedaan door de geriatrisch consulent van VanThuisUit. Er is zelfs sprake van meer coördinatie op een integrale aanpak wanneer de geriatrisch consulent betrokken is. In enkele gevallen is er voor deelnemers aan VanThuisUit voor gekozen om de betrokkenheid van de casemanager dementie niet te stoppen bij deelname aan VanThuisUit. In dat geval wordt vaak een social worker ingezet en niet de geriatrisch consulent. Wij komen tot de conclusie dat de kosten voor de inzet van casemanagement bij deelname aan VanThuisUit niet meegenomen moeten worden, omdat dit zou leiden tot een dubbeltelling. De kosten voor de geriatrisch consulent zijn namelijk al opgenomen in de kosten per dagdeel (en per maand) voor VanThuisUit.
- b. *Huisartsenzorg.* Voor het gebruik van huisartsenzorg geldt dat de beschikbare gegevens het niet mogelijk maken om verschillen tussen de groep deelnemers en de 'niet-deelnemers' te laten zien. Vanuit deel 1 van het onderzoek weten we wel dat de openingstijden van VanThuisUit, de betrokkenheid van behandelaren vanuit het TAZ-team en de mogelijkheden voor informeel contact positieve effecten opleveren. Door de inzet van VanThuisUit op onder meer zelfredzaamheid van deelnemers en de mogelijkheid om achteruitgang vroegtijdig te signaleren, is het de verwachting dat dit kan leiden tot minder bezoeken aan de huisarts. De kosten voor huisartsenzorg zoals we die opnemen in de berekening zijn dus mogelijk een overschatting van de kosten als het genoemde effect op de huisartsenkosten optreedt.
- c. *Paramedische zorg.* Voor paramedische zorg geldt dat dit zowel in het kader van VanThuisUit kan worden geboden als ook daarbuiten. We zien in de exploitatiekosten een substantiële inzet van ergotherapeuten, fysiotherapeuten en logopedisten samen. Deze kosten zijn meegenomen in de exploitatie van VanThuisUit en worden dus in de kosten per dagdeel meegenomen.
- d. *Medisch-specialistische zorg.* Voor medisch-specialistische zorg geldt ook dat er in casuïstiek van deelnemers aan VanThuisUit mogelijk positieve effecten zijn, door het voorkomen van



---

crisissituaties. Dat kan lagere kosten in de medisch-specialistische zorg op leveren. Dit kunnen we echter op basis van beschikbare data niet vaststellen. Bovendien geldt dat de medisch-specialistische zorg ook niet wordt meegerekend in het tarief dat geldt voor ZZP 5VV. We stellen voor deze kostencomponent wel inzichtelijk te maken vanuit de (onderliggende data van de) Gemeentezorgspiegel, maar niet mee te nemen in de kostenvergelijking.

### **7.3 Kosten zorg en ondersteuning thuis**

#### *7.3.1 Ontvangen gegevens vanuit gemeenten en TWB*

Voor de kosten van zorg en ondersteuning thuis (huishoudelijke ondersteuning, begeleiding, vervoer, hulpmiddelen, casemanagement en wijkverpleging) hebben we gegevens ontvangen.<sup>25</sup> De kosten voor wijkverpleging, huishoudelijke ondersteuning en hulpmiddelen hebben we meegenomen in de kostenvergelijking, in aanvulling op de kosten van VanThuisUit.

#### *7.3.2 Gemiddelde kosten voor wijkverpleging en casemanagement dementie*

Gemiddeld wordt, op basis van de beschikbare gegevens per maand 8 uur wijkverpleging geboden aan deelnemers aan VanThuisUit. Het aantal uren wijkverpleging varieert overigens van 2 tot maximaal 30 uur per maand. Het maximum waargenomen aantal uren nemen we mee in de kostenvergelijking (zie paragrafen 7.4 en 7.5).

Voor casemanagement dementie geldt dat deze voor een beperkt aantal deelnemers wordt geleverd door TWB. Voor de meeste deelnemers wordt dit in feite geboden door de geriatrisch consultant binnen VanThuisUit. Zoals eerder vermeld in paragraaf 7.2, nemen we de kosten voor casemanagement dementie niet (extra) mee in de kostenvergelijking, omdat deze al in de kosten van VanThuisUit zijn opgenomen.

#### *7.3.3 Gemiddelde kosten voor huishoudelijke ondersteuning*

Voor de kosten van huishoudelijke ondersteuning hebben we gegevens ontvangen van de gemeenten Steenbergen en Bergen op Zoom, en van TWB. Dit betreft het grootste aantal deelnemers. Uit de casusbeschrijvingen en effectkaarten blijkt dat nagenoeg alle deelnemers met een Wmo-indicatie huishoudelijke ondersteuning ontvangen. We hebben de gemiddelde kosten voor huishoudelijke ondersteuning gewogen op basis van het aantal deelnemers per gegevensbron.

#### *7.3.4 Gemiddelde kosten voor begeleiding*

De gemeenten hebben ook de gemiddelde kosten voor begeleiding aangeleverd. We hebben nagevraagd en bevestigd gekregen dat dit de begeleiding betreft die wordt geleverd bij VanThuisUit. Dit betreft dus de (groeps)begeleiding die vanuit VanThuisUit wordt geboden en geen individuele begeleiding. Dit betreft in dit geval geen extra kosten voor de zorg en ondersteuning thuis.

#### *7.3.5 Gemiddelde kosten voor hulpmiddelen*

De gemiddelde kosten voor hulpmiddelen zijn gebaseerd op een gewogen gemiddelde van de ontvangen kosten.

---

<sup>25</sup> We rekenen in het onderzoek met de werkelijke kosten per dagdeel, maar geven de kosten hier in verband met vertrouwelijkheid weer met een indicatieve bandbreedte.

### 7.3.6 Gemiddelde kosten voor componenten die vanuit de Zvw worden geleverd

Op basis van de Gemeentezorgspiegel Bergen op Zoom hebben we inzicht gekregen in een aantal relevante kostencomponenten die we mee willen nemen in de vergelijking. De kosten hebben betrekking op 2023. Voor de vertaling van deze kosten naar 2024 hebben we de algemene stijging in de Zvw-kosten (7,4%) toegepast op de kosten. De kosten zijn gebaseerd op gedeclareerde kosten voor inwoners per leeftijdscategorie van 10 jaar. We hebben alleen de kosten meegenomen die betrekking hebben op ouderen en specifiek de leeftijdsklassen die overeenkomen met de leeftijden van deelnemers aan VanThuisUit. We hebben binnen deze geselecteerde categorieën een weging toegepast op basis van de leeftijdsverdeling zoals die bekend is vanuit de 52 deelnemers aan VanThuisUit die toestemming hebben gegeven voor het gebruik van hun gegevens. Het resultaat is weergegeven in tabel 4. In de tabel wordt gesproken over 'zorggebruiker'. Dat zijn inwoners (ouderen) die daadwerkelijk zorg hebben gebruikt.<sup>26</sup>

Kostencomponent 2024 (+ 7,4% t.o.v. 2023) per maand per zorggebruiker		
Huisarts	€ 40 - € 50	Volledig meegenomen
Overige kosten	€ 100 - € 200	
Ggz	€ 600 - € 700	Deels meegenomen
Kortdurende zorg	€ 800 - € 1.200	

Tabel 4. Componenten voor de kostenvergelijking

Deze tabel biedt inzicht in verschillende kostencomponenten. Ook hebben we aangegeven of we deze kostencomponenten wel of niet hebben meegenomen in de kostenvergelijking en waarom (niet).<sup>27</sup> Voor de kosten met betrekking tot ggz en kortdurende zorg is onze aanname (op basis het voorkomen van deze kosten zoals deze blijken uit de effectkaarten) dat deze in ruim minder dan de helft van de gevallen aan de orde zijn en relevant zijn voor de vergelijking.

In de vergelijking zijn we (primair) uitgegaan van de vergelijking met de kosten die horen bij het tarief voor een ZZP 5VV met behandeling (en zonder NHC en NIC). Als we de kostenvergelijking maken met een van de eerder benoemde tarieven (VPT 5VV en ZZP 5VV zonder behandeling), dan is dat van invloed op de keuze om bepaalde componenten wel of niet mee te nemen. De behandelcomponenten worden niet uit het Wlz-tarief betaald en daarom laten we deze in de vergelijking ook weg bij de kosten van zorg en ondersteuning voor deelnemers aan VanThuisUit.

### 7.4 Vergelijking op totaalniveau

Belangrijk is om vast te stellen dat bepaalde componenten niet voor alle deelnemers aan de orde zijn. We hebben geen informatie over de combinatie van deze componenten in de kosten voor zorg en ondersteuning thuis op individueel niveau. Daarom moeten we een aantal aannames maken voor de vergelijking op groepsniveau.

We hanteren de volgende aannames op basis van de beschikbare gegevens:

- We gaan ervan uit dat 60% van de deelnemers gemiddeld 8 uur per week wijkverpleging ontvangt, zoals blijkt uit de beschikbare cijfers. Het landelijk gemiddelde ligt iets hoger.

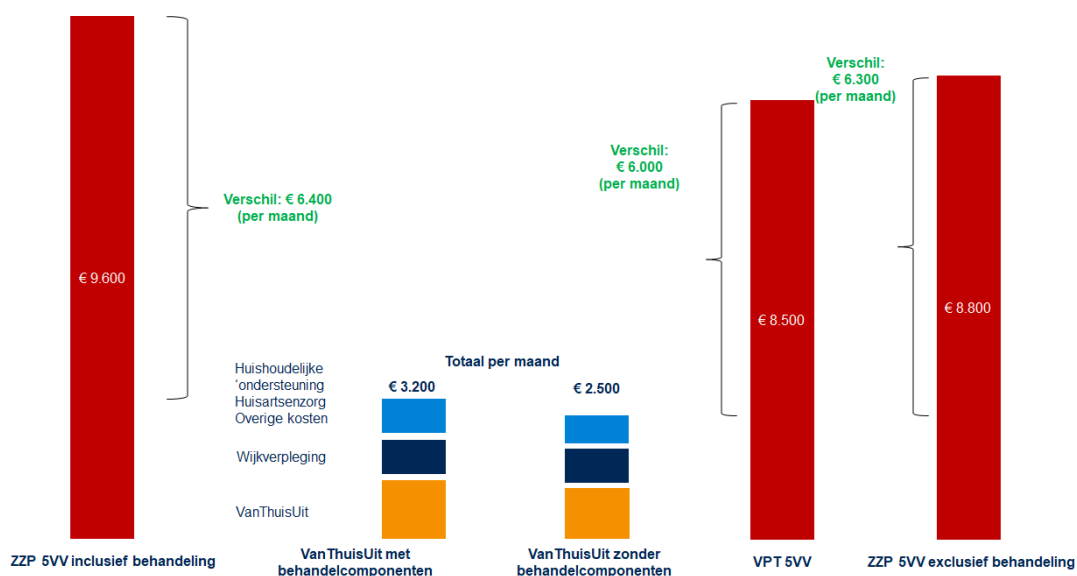
<sup>26</sup> Dit voorkomt het effect dat de kosten ook worden 'uitgesmeerd' over inwoners die in het betreffende jaar specifieke zorgkosten niet hebben gemaakt.

<sup>27</sup> We hebben hiervoor gebruikgemaakt van de volgende bronnen van het Zorginstituut: [Leveringsvormen \(instelling, vpt, mpt en pgb\) \(Wlz\) | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#) en [Stroomschema's behandeling voor cliënten met een Wlz-indicatie | Publicatie | Zorginstituut Nederland](#).

- b. We gaan ervan uit dat alle (dus 100% van de) deelnemers een vorm van huishoudelijke ondersteuning ontvangen. Dit wordt ondersteund door wat we zien in de effectkaarten en het grote aantal deelnemers waar de kostenopgave van de gemeenten en TWB betrekking op hebben.

Als we conform de aannames de vergelijking maken op groepsniveau, komen we tot de bevinding dat de kosten per maand voor 'de gemiddelde deelnemer' aan VanThuisUit substantieel lager liggen dan de kosten die passen bij het tarief voor ZP 5VV met behandeling (en zonder NIC en NHC). We komen in de berekening uit op **€ 3.200 per deelnemer per maand** ten opzichte van ruim € 9.600 per maand op basis van het NZa-tarief voor ZP 5VV.

In figuur 20 hebben we de vergelijking van de kosten van de 'gemiddelde deelnemer' aan VanThuisUit met en zonder behandelcomponent afgezet tegen de drie prestaties in het kader van de Wlz met zorgprofiel VV5. We maken de vergelijking met en zonder behandeling.



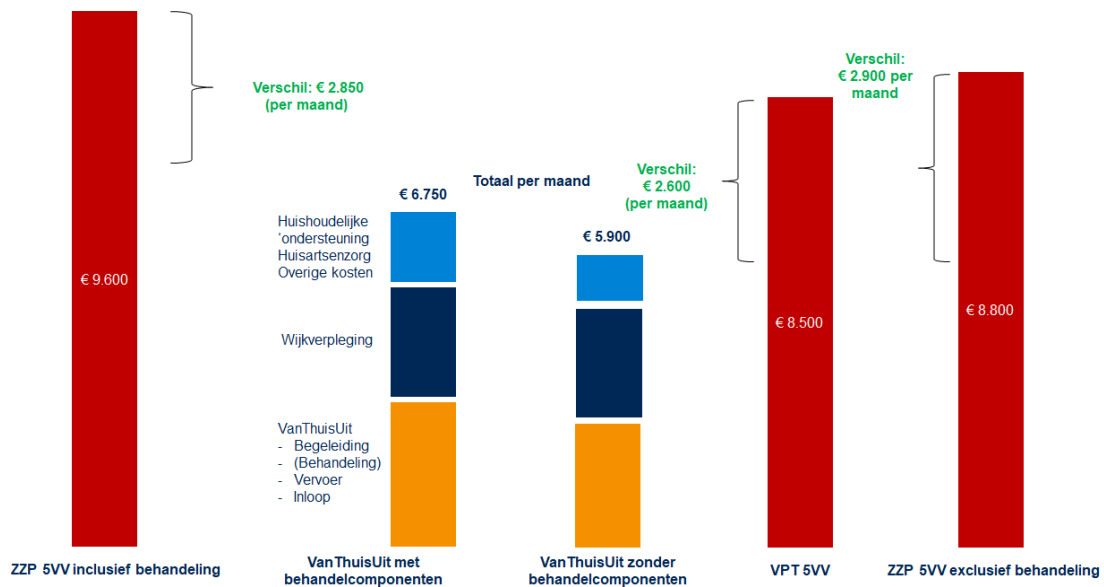
Figuur 20. Vergelijking kosten per 'gemiddelde deelnemer' aan VanThuisUit met drie typen prestaties binnen de Wlz met zorgprofiel VV5

## 7.5 Vergelijking voor de meest intensieve gebruiker van VanThuisUit

Voor de meest intensieve gebruiker (36 uur = 9 dagdelen per week) met de hoogste kosten voor wijkverpleging, ziet het kostenplaatje er als volgt uit. Dit is overigens een **hypothetische situatie**, waarvan we niet vanuit de data kunnen vaststellen of deze in de werkelijkheid voorkomt. Het geeft echter wel een indicatie voor de bovengrens voor de totale kosten voor één deelnemer.

Ook als we de kosten voor deze 'intensieve gebruiker' vergelijken met de kosten die horen bij het tarief van ZP 5VV (inclusief behandeling), dan komen we alsnog lager uit: **€ 6.750 per maand**.

Dit geldt ook als we de kosten van de 'intensieve gebruiker' vergelijken met de kosten die volgen uit de tarieven VPT 5VV (€ 8.500 per maand) en ZP 5VV zonder behandeling (€ 8.800 per maand). In figuur 21 hebben we deze vergelijkingen visueel weergegeven.



Figuur 21. Vergelijking kosten voor de 'meest intensieve gebruiker' van VanThuisUit met drie typen prestaties binnen de Wlz met zorgprofiel VV5

### 7.6 Conclusie: de kosten zijn 30% tot 65% lager dan een Wlz-indicatie met zorgprofiel VV5

De kosten van VanThuisUit (per deelnemer per maand) aangevuld met de kosten van zorg en ondersteuning thuis, liggen lager dan de kosten van een Wlz-indicatie met zorgprofiel VV5. Gemiddeld genomen zijn de kosten € 3.200; dat is € 6.400 (ruim 65%) lager dan de kosten die horen bij een Wlz-prestatie ZQP 5VV inclusief behandeling (ongeveer € 9.600 per maand). Het verschil met een VPT 5VV en een ZQP 5VV zonder behandeling is respectievelijk € 6.000 en € 6.300 per maand.

Bij maximale deelname aan VanThuisUit in combinatie met de hoogste waargenomen kosten voor wijkverpleging, zijn de kosten € 6.750 met behandeling en € 5.900 zonder behandeling. Ook dan komt de vergelijking gunstig uit: de kosten per maand liggen € 2.850 (30%) lager dan een ZQP 5VV met behandeling en respectievelijk € 2.600 en € 2.900 per maand lager dan een VPT 5VV en een ZQP 5VV zonder behandeling.

---

## 8 Conclusies

In dit hoofdstuk beantwoorden we de vragen of het aannemelijk is dat door VanThuisUit verpleeghuisopname wordt uitgesteld en of de toevoeging van VanThuisUit aan de kosten voor zorg en ondersteuning thuis niet leidt tot duurdere zorg dan bij een Wlz-indicatie ZZP 5VV. We trekken de conclusie of dit het geval is op basis van de bevindingen in voorgaande hoofdstukken.

### 8.1 Deelnemers aan VanThuisUit zijn kwetsbaar

Zoals blijkt uit de beschrijving van de deelnemers in hoofdstuk 5 zijn de deelnemers aan VanThuisUit kwetsbaar te noemen. Dit blijkt onder andere uit de beperkte mate waarin deelnemers aan VanThuisUit deelnemen aan de maatschappij met regelmatig eenzaamheid tot gevolg. Het directe netwerk rondom deze ouderen is door een hoge leeftijd en ingrijpende levensgebeurtenissen relatief klein geworden. Ook hebben deelnemers vaak cognitieve problemen (diagnose dementie of een sterk vermoeden daarvan) in combinatie met lichamelijke beperkingen en/of stemmingsproblemen. Door het kleine netwerk en de afhankelijkheid van anderen, is de druk op de mantelzorg door een partner of andere naaste(n) hoog en leidt het wegvallen of tijdelijk niet beschikbaar zijn van de mantelzorg zomaar tot een crisissituatie. Bovendien is het goed om te realiseren dat op basis van het ouder worden en de aanwezigheid van progressieve ziektebeelden, de kwetsbaarheid en bijkomende beperkingen normaal gesproken alleen maar zullen toenemen.

De kwetsbaarheid die we beschrijven heeft nog niet in alle gevallen geleid tot (het aanvragen van) een Wlz-indicatie. Voor een derde van de deelnemers aan VanThuisUit is dit wel het geval, maar voor de meerderheid nog niet. Dat wil echter niet zeggen dat de deelnemers met een Wmo-indicatie niet zouden voldoen aan de beoordelingscriteria van de Wlz. De Wmo-indicaties in gemeente Steenberg en gemeente Bergen op Zoom corresponderen namelijk niet noodzakelijkerwijs met de zorgzwaarte, maar met het geïndiceerde aantal uren of dagdelen zorg vanuit een stepped care model (starten met de lichtste vorm van zorg die mogelijk is gezien aard en ernst van de situatie).

### 8.2 De kwetsbaarheid vertaalt zich ook in risicofactoren voor opname in het verpleeghuis

Uit de bevindingen in dit onderzoek blijkt dat de kwetsbaarheid van deelnemers zich ook vertaalt in risicofactoren die kunnen leiden tot de noodzaak tot opname in het verpleeghuis. De kwetsbaarheid van deelnemers leidt vaak tot hogere scores op meerdere risicofactoren voor opname tegelijkertijd. De risicofactoren eenzaamheid, overbelasting van de mantelzorger, cognitieve problemen en beperkingen in de Algemeen Dagelijkse Verrichtingen (ADL) springen er in het bijzonder uit. Relatief veel deelnemers scoren hoog op deze risicofactoren. We hebben gezien in de analyse van de individuele casuïstiek dat met name de overbelasting van de mantelzorger en cognitieve problemen, zeker als deze in combinatie voorkomen, kunnen leiden tot een kantelpunt van thuis kunnen wonen naar opname in het verpleeghuis.

De scores van deelnemers aan VanThuisUit op de risicofactoren kort na de start van hun deelname leiden tot de conclusie dat de populatie die deelneemt aan VanThuisUit net vóór of op de drempel staat van het verpleeghuis. Zeker als er zich in de situatie van of rondom de deelnemer iets onverwachts voordoet is een crisissituatie en/of noodzaak tot opname in het verpleeghuis aan de orde. Zolang VanThuisUit kan bijdragen aan het langer thuis kunnen wonen door de multidisciplinaire benadering en het proactief inspelen op problematiek, inclusief de mate waarin de mantelzorger het volhoudt, is het aannemelijk dat er sprake is van uitstel van (of soms zelfs het voorkomen van) een verpleeghuisopname.

---

### 8.3 VanThuisUit draagt bij aan stabilisering of vertraging van de achteruitgang op risicofactoren

Zoals ook blijkt uit de beschrijving van het zorgconcept in hoofdstuk 3 en aan welke doelen wordt gewerkt in hoofdstuk 5, biedt VanThuisUit juist ondersteuning op de risicofactoren die eruit springen. Zo richt VanThuisUit zich op het aanleren en herwinnen van bepaalde vaardigheden die helpend zijn in het omgaan met cognitieve problemen, juist ook in de thuissituatie. Dit geldt ook voor de aandacht die er hierin is voor de mantelzorger. De mantelzorger wordt actief betrokken om hierbij te helpen en door middel van gesprekken en interventies helpt VanThuisUit hen om te gaan met veranderingen en de toename van zorg. Veel mantelzorgers kunnen daarmee de informele zorg en ondersteuning beter volhouden. Daarnaast zijn er ook (maatwerk) interventies gericht op lichamelijke problemen en stemmingsproblemen als deze aan de orde zijn. De fysieke plek die het Dag- en Doecentrum biedt met ruime openingstijden iedere dag, flexibiliteit in uren deelname, et cetera, biedt de mogelijkheid voor een zinvolle daginvulling en sociale contacten. Ook biedt de aanwezigheid van het multidisciplinaire team de mogelijkheid om de gezondheidssituatie van de deelnemers actief te monitoren, achteruitgang tijdig te signaleren en daarop in te spelen.

We zien in de ontwikkeling van de scores op de risicofactoren dat er bij veel deelnemers sprake is van stabilisering en in een enkel geval van vooruitgang. Ook is er na zes tot twaalf maanden bij een deel (ongeveer een kwart) van de deelnemers sprake van een achteruitgang. Dit is echter ook wat je zou verwachten gezien de hoge mate van kwetsbaarheid van de deelnemers. Juist het hoge percentage deelnemers waarin geen of maar een beperkte achteruitgang is waar te nemen, terwijl dit zonder interventie wel de verwachting is, maakt het verband met wat wordt geboden vanuit VanThuisUit aannemelijk.

### 8.4 Het is aannemelijk dat VanThuisUit leidt tot uitstel van verpleeghuisopname van minimaal 9 maanden

Daarom onze conclusie: VanThuisUit draagt bij aan stabilisering op de risicofactoren en daarmee aan beperking van de kans dat opname in het verpleeghuis noodzakelijk is. De deelnemers staan vóór of op de drempel van het verpleeghuis, maar met de interventies die VanThuisUit biedt is opname (nog) niet nodig. Opname kan natuurlijk wel op een later moment aan de orde zijn, maar dan wel in een belangrijk deel van de gevallen op een later moment. Uit dit onderzoek blijkt dat voor 52% tot 67% van de deelnemers uitstel van verpleeghuisopname aannemelijk is. Voor deelnemers waarvoor uitstel van verpleeghuisopname nog niet is vast te stellen, is het aannemelijk dat dit indirect en/of in de toekomst wel het geval zal zijn. Dit komt door een hoge mate van kwetsbaarheid en de door de leeftijd en problematiek verwachte fysieke en cognitieve achteruitgang. Daar waar uitstel aannemelijk is, wordt gezien de duur van deelname aan VanThuisUit, de mate van uitstel geschat op minimaal 12 maanden als er geen sprake zou zijn van een alternatieve interventie. Een alternatieve interventie zou reguliere dagverzorging zijn. De gemiddelde duur van dagverzorging tot het moment van uitstroom, is 7 maanden. Als de alternatieve interventie op hetzelfde moment gestart zou zijn als deelname aan VanThuisUit, en dat vinden we aannemelijk, dan resulteert dit in een uitstel van minimaal  $(16 - 7 =) 9$  maanden.

### 8.5 De kosten VanThuisUit in combinatie met kosten van zorg en ondersteuning thuis zijn lager dan van een Wlz-indicatie met zorgprofiel VV5

Op basis van de resultaten zoals beschreven in hoofdstuk 7 van deze rapportage, concluderen we dat de kosten van VanThuisUit (per deelnemer per maand) samen met de kosten van zorg en ondersteuning die deelnemers thuis ontvangen, lager liggen dan de kosten verbonden aan een Wlz-indicatie met zorgprofiel VV5. Gemiddeld genomen liggen de kosten zelfs substantieel lager, namelijk ruim 65% lager dan de kosten die horen bij een Wlz-prestatie ZP 5VV.

---

Dit geldt ook voor de meest intensieve gebruiker. In dit hypothetische geval dat zowel de deelname aan VanThuisUit maximaal is en de hoogste waargenomen kosten voor wijkverpleging worden meegerekend, komt de vergelijking gunstig uit. De kosten liggen dan naar schatting 30% lager dan de kosten die horen bij een Wlz-indicatie met ZZP 5VV.

## 8.6 Inzichten voor een (positieve) maatschappelijke businesscase

Als we de uitkomsten van beide delen van het onderzoek combineren, komen we tot de volgende inzichten:

- a. Voor een meerderheid van de deelnemers (52% tot 67%) geldt dat verpleeghuisopname is uitgesteld met minimaal 12 maanden. Dit geldt in de situatie dat er geen alternatieve interventie zou zijn ingezet. Als we rekening houden met een alternatieve interventie van 7 maanden deelname aan de reguliere dagverzorging vanaf de start van deelname aan VanThuisUit, dan is er sprake van extra uitstel van minimaal  $(16 - 7 =) 9$  maanden. Voor iedere maand uitstel geldt dat er sprake is van lagere totale kosten voor zorg en ondersteuning. De maatschappelijke businesscase is derhalve positief.
- b. Voor beperkte meerkosten bovenop de kosten voor reguliere dagverzorging of dagbesteding wordt meer geboden met gunstige effecten voor de deelnemers in termen van het langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen met de mogelijkheid flexibel gebruik te maken van VanThuisUit.
- c. Het aantal uur zorg en ondersteuning dat deelnemers thuis ontvangen (vooral de wijkverpleging) is voor ons als onderzoekers lager dan verwacht. Dit doet vermoeden dat de mantelzorger een belangrijke rol speelt. Het ondersteunen van (ook) de mantelzorger vanuit VanThuisUit draagt hier op een positieve manier aan bij.
- d. Ook de effecten voor de deelnemer zelf, zoals het vanuit VanThuisUit bewust werken aan de zelfredzaamheid van de deelnemer, met concrete interventies in de thuissituatie, dragen naar verwachting bij aan minder zorg en ondersteuning die thuis nodig is. Daarnaast is het aannemelijk dat er minder spoedzorg en crisisopnames nodig zijn, omdat deelnemers vroegtijdig in beeld zijn en proactief worden opgevolgd.
- e. Ook andere maatschappelijke baten worden bereikt door minder druk op de zorginfrastructuur, besparingen op zorgkosten en andere maatschappelijke kosten, de versterking van sociale netwerken en het stimuleren van de inzet van zorgtechnologie.





---

## 9 Beschouwing

In dit hoofdstuk geven we een beschouwing op een aantal onderwerpen: (1) kanttekeningen bij de conclusie en resultaten vanwege de beperkingen in de methodologie en gebruikte data; (2) welke inzichten en leerpunten dit onderzoek heeft opgeleverd ten aanzien van de randvoorwaarden voor monitoring en evaluatie (met name ten aanzien van gegevensuitwisseling). Tot slot doen we een aantal aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

### 9.1 Reflectie op de onderzoeksmethodologie en gebruikte data voor de onderbouwing van uitstel van verpleeghuisopname

We hebben een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden gehanteerd om het uitstel van verpleeghuisopname aannemelijk te maken. We hebben zoveel als mogelijk gebruikgemaakt van beschikbare data op groepsniveau ('tellen') en hebben inzichten die hieruit voortkwamen onderbouwd en geduid door middel van individuele casuïstiek ('vertellen'). Een benadering zoals gekozen, mede vanuit de casuïstiek is naar de mening van de onderzoekers nodig om deze onderzoeksvraag te beantwoorden. Daarbij willen we wel opmerken dat de focus in het onderzoek aanvankelijk lag op het verzamelen van kwantitatieve informatie, met kwalitatieve informatie ter ondersteuning. Naarmate de beperkingen van de dataregistratie en de implicaties daarvan voor de beantwoording van de onderzoeksvraag duidelijker werden, zijn we beide pijlers van het onderzoek als meer gelijkwaardig gaan beschouwen. Als we deze beperkingen eerder voldoende in beeld hadden gehad, was in het onderzoek meer ingezet op het uitgebreider in beeld brengen van casuïstiek en contextfactoren dan nu het geval was. Het is niet op alle fronten gelukt om met terugwerkende kracht alle gewenste details te verzamelen. Omdat het voor dit onderzoek noodzakelijk was om buiten de gebaande paden te zoeken naar mogelijkheden om de onderzoeksvragen te beantwoorden, zijn de gebruikte methodieken niet gevalideerd.

Dat het uitstel niet vanuit statistisch onderzoek kan worden bewezen, leidt mogelijk tot vragen over de 'hardheid' waarmee het effect kan worden onderbouwd. Daarbij willen we benoemen dat naar onze stellige mening de aannemelijkheid van uitstel van verpleeghuisopname objectief is vast te stellen op basis van het rijke onderzoeksmateriaal dat in dit onderzoek is gebruikt. Daar waar nodig zijn we voorzichtig in het maken van onze inschattingen en in het formuleren van onze conclusies. De mate van uitstel in het aantal maanden is zowaar nog lastiger te kwantificeren. Daarom hebben we gekozen voor de uitspraak van 'minimaal 9 maanden' in de gevallen waarin uitstel van verpleeghuisopname aannemelijk wordt geacht. De gemiddelde duur die cliënten deelnemen aan reguliere dagverzorging (7 maanden) in vergelijking met de gemiddelde duur die deelnemers bij VanThuisUit deelnemen (ruim 16 maanden) sterkt ons in de conclusie.<sup>28</sup> Ook de context waarin VanThuisUit zich in de gemeente Steenbergen bevindt, draagt hieraan bij. In de gemeente zijn geen of slechts beperkte wachtlijsten voor het verpleeghuis. Het is dus niet zo dat de duur van het uitstel wordt beïnvloed door het feit dat deelnemers niet terecht zouden kunnen in een verpleeghuis. Dit verschil in context (waarbij er in andere gemeenten mogelijk meer wachtlijsten zijn) is relevant voor het doen van onderzoek naar de effecten van het zorgconcept VanThuisUit in een ander deel van het land.

Hoewel we voor 45 deelnemers over twee meetmomenten beschikken om de onderzoeksvraag over uitstel van verpleeghuisopname te beantwoorden, is het onderzoek geen longitudinale cohortstudie

---

<sup>28</sup> Deelname aan VanThuisUit en reguliere dagverzorging liep voor veel deelnemers door na het afkappunt om de gemiddelde duur te berekenen. De duur van deelname is een onderschatting van de werkelijke duur.

---

waarbij deelnemers door de tijd heen, voor een langere periode gevolgd worden. Het betreft een cross-sectioneel en grotendeels retrospectief onderzoek waarvan de onderzoeksvragen zijn opgesteld nadat de dataregistratie is ingericht. Dat, in combinatie met beperkingen in de dataregistratie (zoals het overschrijven van datavelden op het moment dat er een wijziging optreedt) zorgt voor een aantal nadelen. Zo was retrospectief niet altijd het verloop van de situatie van een deelnemer te reconstrueren of de timing van gebeurtenissen te achterhalen (bijvoorbeeld de afgifte van een Wlz-indicatie, moment van opname of overlijden et cetera). De beschrijving van de onderzoekspopulatie is daarom niet op alle punten volledig.

Daarnaast zijn er met de voortgang van het onderzoek en de inzichten die dat opleverde aanvullende vragen en wensen opgekomen, bijvoorbeeld om de (sociale) context van deelnemers uitgebreider te beschrijven. Het grootste deel van de mensen met dementie woont thuis. Wat maakt, buiten de ernst van de aandoening, dat de één wel thuis kan blijven wonen en de ander, in een vergelijkbare gezondheidssituatie, niet? Contextfactoren hebben veel invloed op al dan niet verantwoord en betekenisvol thuis kunnen blijven wonen. Bijvoorbeeld woonsituatie (alleenstaand of met (gezonde) partner, appartement of gelijkvloers), de afstand tot een supermarkt of buurtwinkel, de aanwezigheid en betrokkenheid van een sociaal netwerk of een meer algemene mate van betrokkenheid van mensen uit de buurt. Een dergelijke gedetailleerde contextbeschrijving is niet meer voor de hele onderzoeksgroep te realiseren.

De Wmo-indicaties in gemeente Steenbergen en gemeente Bergen op Zoom corresponderen niet noodzakelijkerwijs met de zorgzwaarte, maar met het geïndiceerde aantal uren of dagdelen zorg vanuit een stepped care model (starten met de lichtste vorm van zorg die mogelijk is gezien aard en ernst van de situatie). Hoewel het de verwachting is dat de verhouding tussen Wmo- en Wlz-indicaties van deelnemers in een andere gemeente daardoor anders zouden zijn, is er geen reden om aan te nemen dat de groep deelnemers niet representatief is voor mensen die elders in het land aan een vergelijkbaar initiatief zouden deelnemen.

In de huidige registratie van data binnen VanThuisUit zijn diverse mogelijkheden tot verbetering om de data voor onderzoeksdoeleinden optimaal geschikt te maken (zie ook paragraaf 2.2.5). De kwalitatieve manier van dossiervoering en beperkte (en niet altijd eenduidige) registratie van kwantitatieve data brengen beperkingen met zich mee voor een zuivere beantwoording van de onderzoeksvraag. Het proces om te komen tot een meer uniforme werkwijze en eenduidiger te interpreteren meetinstrument is in volle gang. Voor dit onderzoek konden we daar nog niet volledig gebruik van maken.

## **9.2 Reflectie op de onderzoeksmethodologie en gebruikte data voor de onderbouwing van de kosten van VanThuisUit**

De groep deelnemers voor wie na toestemming informatie opgevraagd mocht worden bij externe partijen is klein ( $n=36$ ). De informatie over deze groep geeft, aangevuld met de andere in dit onderzoek gebruikte bronnen, waardevolle eerste inzichten, maar een grotere onderzoekspopulatie is nodig om de huidige bevindingen te valideren en aan te scherpen.

De relatie tussen zorg thuis en deelname aan VanThuisUit is op basis van de voor het onderzoek beschikbare data niet te leggen. We weten dus niet of een deelnemer die een klein aantal dagdelen naar het Dag- en Doecentrum komt ook weinig zorg en ondersteuning thuis ontvangt. We hebben deze beperking ondervangen door verschillende scenario's te schetsen. Voor een meer nauwkeurige berekening van de kostprijs en varianten daarin (bijvoorbeeld bij meer of minder intensief bezoek aan het Dag- en Doecentrum) is wel koppelbare informatie op persoonsniveau nodig.

---

Voor de deelnemers die toestemming hebben gegeven voor het opvragen van hun gegevens bij externe partijen, is informatie beschikbaar over zorg uit de Zvw van TWB. Er zijn daarnaast enkele deelnemers die wijkverpleging krijgen van andere organisatie dan TWB, namelijk van Surplus en Thuiszorg DAT. Dit aantal is klein, maar op het kleine aantal deelnemers mogelijk niet helemaal verwaarloosbaar. Aanvullende informatie van Surplus en Thuiszorg DAT zou mogelijk leiden tot een aanscherping van de gemiddelde kosten voor wijkverpleging.

Voor de verwerking van bepaalde kostencomponenten hebben we aannames moeten maken over de mate waarin ze voorkomen en de hoogte van de bijbehorende kosten. Ook hebben we in dit onderzoek alleen gebruik kunnen maken van verouderde openbare Vektis cijfers over de kosten die in de Zvw worden gemaakt. De kanttekeningen die we daarbij maken zijn van belang bij de interpretatie van de resultaten, zonder dat ze het antwoord op de tweede onderzoeksvraag beïnvloeden.

### 9.3 Inzichten en leerpunten ten aanzien van gegevensuitwisseling

Het verkrijgen van data van meerdere organisaties, al dan niet actief in verschillende domeinen, kent diverse uitdagingen. Met name als het gaat om koppelbare data op persoonsniveau. Door (landelijk) processen rondom gegevensuitwisseling, randvoorwaarden en rechten en plichten te verhelderen kan gerichter en beter onderzoek gedaan worden.

Het is van groot belang om vroegtijdig met alle betrokken organisaties (bilateraal en gezamenlijk) in gesprek te gaan om medewerking te krijgen en te bespreken of en hoe gegevensuitwisseling kan plaatsvinden. Bij deze gesprekken is het essentieel om alle benodigde afdelingen te betrekken, zoals management en beleid, privacy officers/FG's en bij voorkeur ook de data-analisten. Door de verschillende expertises bij elkaar te brengen worden de mogelijkheden, onmogelijkheden en benodigde randvoorwaarden direct inzichtelijk zodat hier snel op ingespeeld kan worden. Het kan behulpzaam zijn om hiervoor een apart deelproject in te richten, zodat er voldoende aandacht en middelen beschikbaar zijn om dit proces soepel te laten verlopen.

Daarnaast is het noodzakelijk om meerdere iteratieslagen te maken in het specificeren welke data nodig zijn. Dit is een wisselwerking tussen welke data nodig zijn om de onderzoeksvragen te beantwoorden, welke gegevens beschikbaar zijn, hoe deze gedeeld kunnen worden en onder welke randvoorwaarden dit mogelijk is. Ook hier is het belangrijk om met de eerdergenoemde expertises bij elkaar te komen, omdat elke wijziging in de oorspronkelijke opzet gevolgen heeft voor het verdere proces.

Tot slot komt de formulering van de instemmingsverklaring voor deelnemers heel precies en moet deze worden afgestemd met de eerdergenoemde betrokken organisaties en functionarissen. Het is cruciaal dat deze verklaring duidelijk en begrijpelijk is voor de beoogde deelnemers en andere betrokkenen, zodat er geen misverstanden ontstaan en iedereen op de hoogte is van de voorwaarden en afspraken rondom de gegevensuitwisseling.

### 9.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

In dit onderzoek hebben we binnen de mogelijkheden die er zijn zo veel als mogelijk inzicht gegeven in de invloed van VanThuisUit op uitstel van verpleeghuisopname en de kosten van het concept in combinatie met de kosten voor zorg en ondersteuning thuis. De inzichten en beperkingen die we in dit hoofdstuk hebben beschreven leiden tot een aantal suggesties voor vervolgonderzoek, die de onderbouwing van VanThuisUit en vergelijkbare zorgconcepten verder kunnen versterken:

1. Integreer praktijk en onderzoek met elkaar door tijdens de ontwikkeling van een nieuw zorgconcept na te denken over wat er nodig is om proces en impact op een laagdrempelige maar zorgvuldige

- 
- manier te kunnen monitoren. Denk hierbij onder andere aan vroegtijdig opstarten van samenwerking met externe partijen (bijvoorbeeld om een controlegroep te betrekken), inrichting van de noodzakelijke gestandaardiseerde dataregistratie en het opstellen van een instemmingsverklaring.
2. Betrek zorgprofessionals bij de opzet van het onderzoek. Zij hebben bij uitstek zicht op de potentiële meerwaarde van het concept, mogelijkheden van professionals, deelnemers en naasten om mee te doen aan het onderzoek en beperkingen die de praktijk met zich meebrengt. Deze elementen zijn belangrijk om mee te nemen in het bepalen van hoe de impact te meten.
  3. Overweeg om (één van de) professionals ook een rol te geven in de uitvoering. Bijvoorbeeld door diegene structureel voor een deel van diens tijd vrij te maken om deelnemers te informeren over het onderzoek of de voor het onderzoek extra benodigde dataregistratie te verzorgen. Dit vergroot vermoedelijk zowel de respons als compleetheid van de data en de rijkheid van de bevindingen. De interpretatie van de data ligt te allen tijde bij onafhankelijke onderzoekers.
  4. Betrek interne dataspecialisten in de ontwerpfase. Zowel om over inhoudelijke (on)mogelijkheden te spreken als om randvoorwaarden voor bijvoorbeeld koppeling van gegevens op individueel niveau scherp te krijgen. Betrek ook dataspecialisten van externe partijen die gegevens aanleveren voor het onderzoek in een vroeg stadium.
  5. Een longitudinaal opgezet onderzoek met een controlegroep, waarbij meer deelnemers voor een langere periode gevolgd worden helpt om de invloed van VanThuisUit en het verloop van de effecten beter inzichtelijk te maken.
  6. Geef nieuwe deelnemers bij hun intake uitleg over het belang van deelname aan het onderzoek en wat deelname voor hen betekent. Door hen vroegtijdig te informeren en om instemming voor deelname te vragen, vergroot je de kans op deelname en kan de dataverzameling zoveel mogelijk prospectief plaatsvinden.
  7. Het is belangrijk om de (sociale) context van deelnemers uitgebreider te onderzoeken en mee te laten wegen in de interpretatie van de uitkomsten. Factoren zoals woonsituatie, de aanwezigheid van een sociaal netwerk en de mate van betrokkenheid van mensen uit de buurt kunnen een grote invloed hebben op de mogelijkheid om verantwoord en betekenisvol thuis te blijven wonen.
  8. Het is belangrijk om de baten van VanThuisUit zoals die uit dit onderzoek naar voren komen verder te kwantificeren in termen van maatschappelijke kostenbesparingen in de domeinen Wmo, Zvw en Wlz, zoals verminderde zorgkosten, verminderde belasting van mantelzorgers en verbeterde gezondheid en welzijn van deelnemers.
  9. Gebruik ook in de toekomst een methode zoals in dit onderzoek is gedaan met de effectkaarten. Ook in vervolgonderzoek en andere onderzoeken zal het verkrijgen van een harde, cijfermatige onderbouwing beperkingen kennen. En bovendien geven de kwalitatieve inzichten vanuit de effectkaarten veel kleur aan de waargenomen effecten. Er is nog doorontwikkeling mogelijk in de dataverzameling ten behoeve van de effectkaarten.
  10. Onderbouw de kosten van VanThuisUit in combinatie met zorg en ondersteuning thuis verder, door voor alle relevante kostencomponenten informatie te verzamelen op individueel niveau.
  11. Vergelijk de kosten van VanThuisUit, in combinatie met de kosten van zorg en ondersteuning thuis, ook met andere innovatieve zorgconcepten met een vergelijkbaar doel en vergelijkbare doelgroep.
  12. Voor een duurzame implementatie en opschaling van VanThuisUit is het van belang om tot een passende financiering te komen met uniforme verantwoording. Verken de mogelijkheden hiertoe verder, in nauwe samenwerking met de betrokken financiers.

---

# A. Vertaling screeningsinstrument naar risicofactoren

Items uit het screeningsinstrument om 'beperkingen in de ADL' te meten:

- Fitheid
- Uit bed komen
- Uiterlijke verzorging
- Wassen
- Aan- en uitkleden
- Naar toilet gaan
- Eten en drinken
- Boodschappen doen
- Eten bereiden

Deze schaal kent een maximumscore van 32 punten.

Items uit het screeningsinstrument om 'loop- en balansstoornissen' te meten:

- Lopen
- Duizeligheid
- Spierkracht
- Vallen
- Evenwicht
- Traplopen

Deze schaal kent een maximumscore van 17 punten.

Items uit het screeningsinstrument om 'cognitieve problemen/dementie' te meten:

- Vergeetachtigheid
- Dementie
- Oriëntatie in tijd en plaats
- Informatieverwerking / concentratie
- Dingen organiseren / plannen
- Taalgebruik
- Taalbegrip
- Confabuleren
- Dag- en nachtritme

Deze schaal kent een maximumscore van 26 punten.

Items uit het screeningsinstrument om 'stemmingsproblemen/depressie' te meten:

- Eetlust
- Somberheid
- Zinnige daginvulling
- Angstig
- Onrust
- Psychologische / psychiatrische hulp

Deze schaal kent een maximumscore van 15 punten.

---

Items uit het screeningsinstrument om 'gedragsproblemen' te meten:

- Gedragsverandering
- Wanen / hallucinaties / achterdocht
- Verandering in persoonlijkheid

Deze schaal kent een maximumscore van 9 punten.

Items uit het screeningsinstrument om 'overbelasting partner/mantelzorger' te meten:

- Sociaal netwerk
- Mantelzorg

Deze schaal kent een maximumscore van 6 punten.

Item uit het screeningsinstrument om 'wegvallen partner/mantelzorger' te meten:

- Kwalitatieve informatie uit levensingrijpende gebeurtenissen

Deze risicofactor heeft betrekking op een eenmalige gebeurtenis, over het algemeen door het overlijden van de partner of mantelzorger. Door onvoldoende zicht op de volledigheid van informatie die hierop betrekking heeft, hebben we het wegvallen van de partner of mantelzorger niet meegenomen in de beschrijving van de resultaten.

Items uit het screeningsinstrument om 'eenzaamheid' te meten:

- Woonsituatie
- Eenzaamheid

Deze schaal kent een maximumscore van 6 punten.