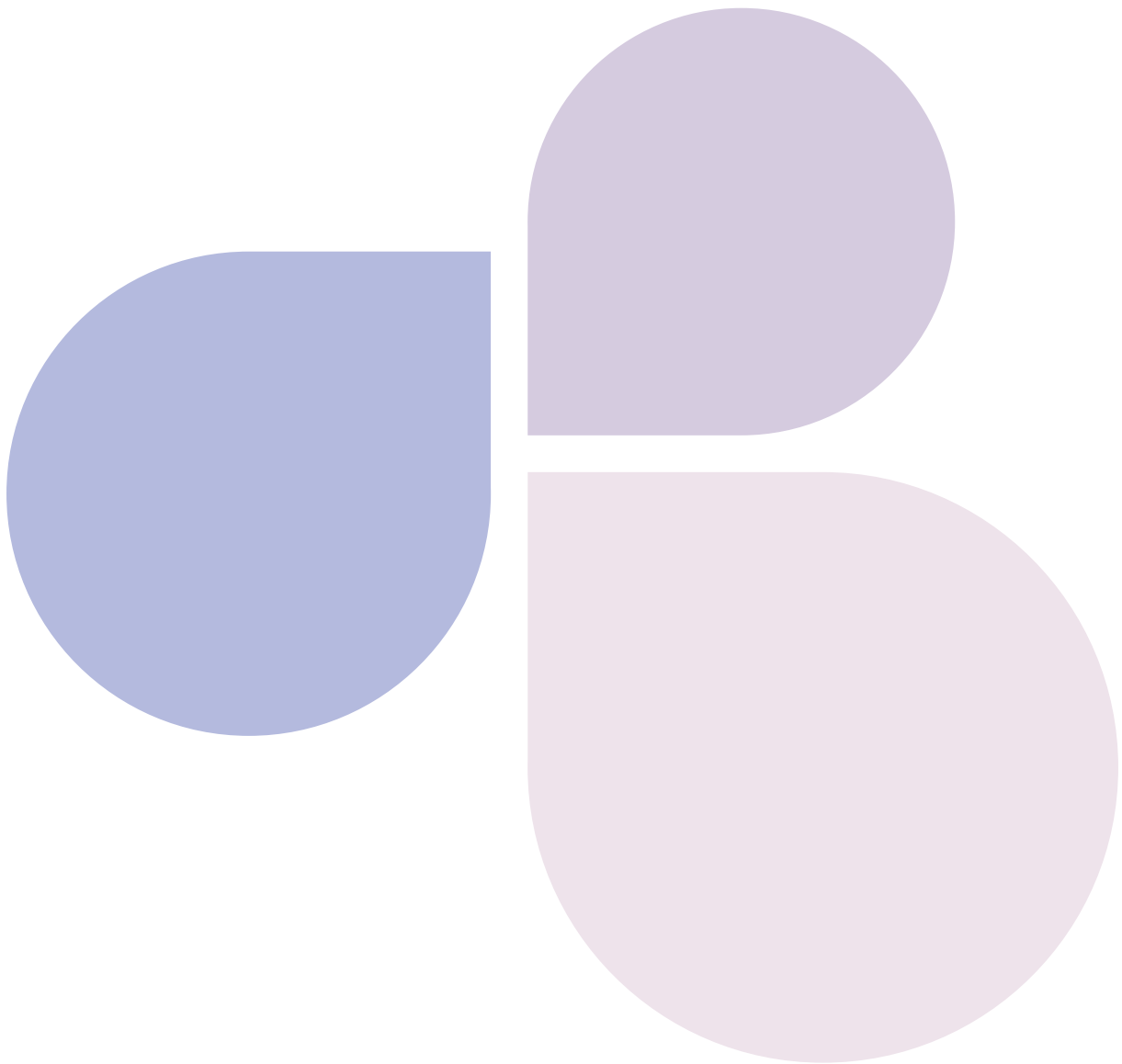


Eindrapport Community Care



Opgesteld door

Lars Nicolaes, Directiesecretaris Heuvelland
Tim van de Geijn, programmanager Innovatie
Martijn Steijns, Projectleider Innovatie
Nelleke Tinbergen, programmamanager Community Care
Michalina Skowron, Community Care Coördinator
Bianca Betram, Community Care Coördinator
Thom Steinbusch, Community Care Coördinator
Onderzoekers Zuyd Hogeschool / Universiteit Maastricht

Managementsamenvatting

Achtergrond

Oktober 2021 – De ouderenzorg in Nederland staat voor een reeks grote uitdagingen, voortkomend uit een combinatie van demografische, sociale en economische veranderingen. De vergrijzing neemt in rap tempo toe, waardoor een groeiend aantal ouderen met complexe zorgbehoeften vraagt om innovatieve zorgoplossingen. Tegelijkertijd wordt de zorgsector geconfronteerd met een aanzienlijk tekort aan arbeidskrachten, wat de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg onder druk zet.

Sevagram, een ouderenzorgorganisatie in Zuid-Limburg, wil een voortrekkersrol vervullen bij het aanpakken van deze uitdagingen. Samen met regionale partners zet de organisatie zich in om de benodigde stakeholders te verbinden en de samenwerking tussen formele en informele zorg te bevorderen. Dit draagt bij aan het versterken van de sociale cohesie en het verbeteren van de woonzorgomgeving. Het doel is dat ouderen langer in hun vertrouwde omgeving kunnen blijven wonen, terwijl de zorg aansluit bij hun veranderende behoeften.

Deze visie komt tot uiting in het initiatief ‘Community Care Zuid-Limburg.’ In dit project werkt Sevagram samen met partners aan het creëren van een veerkrachtige en betrokken gemeenschap waarin ouderen de zorg en ondersteuning krijgen die nodig is om zo zelfstandig mogelijk te blijven wonen. Hierbij staat het behoud van levenskwaliteit centraal, wat bijdraagt aan een toekomstbestendig zorglandschap dat aansluit bij de behoeften van zowel ouderen als de samenleving. Het concept van Community Care wordt getest in drie proeftuinen: in Heerlen (Douvenrade), Valkenburg Oost en Maastricht West

Hoofdvraag

Hoe kunnen wij in samenwerking met ketenpartners, stakeholders en mantelzorgers/familie de beweging van Community Care in gang zetten en daarmee een eventuele intramurale opname van kwetsbare ouderen vertragen door de zelfredzaamheid, samenredzaamheid en sociale participatie te verbeteren en de eenzaamheid te verminderen en daarmee de algehele ervaren kwaliteit van leven voor (kwetsbare) thuiswonende ouderen (65+) te optimaliseren?

Het project Community Care

De beweging van Community Care gaat over het organiseren van inclusieve toegang tot formele en informele zorg en welzijn in de voor de (kwetsbare) ouderen gewenste omgeving. In de praktijk is dat voor onze doelgroep de wijk. Sevagram en haar ketenpartners willen de wijk ondersteunen bij het herontwerpen en organiseren van zorg- en welzijnsinitiatieven door de sociale cohesie. Binnen de beweging staan verschillende indicatoren centraal die aantoonbaar bijdragen aan langer zelfstandig wonen met een goede kwaliteit van leven.

Om antwoord te geven op de hoofdvraag is de voortgang in de drie proeftuinen gevolgd en vond een separaat onderzoek plaats naar de beweging Community Care in de proeftuin Valkenburg aan de Geul, uitgevoerd door het lectoraat Wijkgerichte Zorg van Zuyd Hogeschool en Universiteit Maastricht.

De beweging

Community Care volgt een pragmatische ‘doen en leren’-aanpak om flexibel in te spelen op de complexiteit van het zorgsysteem. Een framework met indicatoren biedt richting bij het ontwikkelen van samenwerkingen en initiatieven in proeftuinen. Deze worden geleid door coördinatoren die lokale netwerken en stakeholders, zoals cliëntenraden en gemeenten, actief betrekken. Samenwerking met externe partijen, zoals de Seniorenraad in Valkenburg, benadrukt het belang van maatwerk en burgerparticipatie. Een visuele weergave van de doelen van Community Care ondersteunt heldere communicatie en enthousiasmeert stakeholders. In twee jaar tijd zijn 39 initiatieven ontwikkeld en gestart in samenwerking met 60 partners.

Onderzoek

Vanuit het onderzoek, uitgevoerd door het lectoraat Wijkgerichte Zorg van Zuyd Hogeschool en Universiteit Maastricht, zijn drie deelstudies opgesteld:

1. Deelstudie 1: Domeinoverstijgend samenwerken in Community Care
 - a. Wat zijn binnen bestaande samenwerkingsverbanden bevorderende en belemmerende factoren in de samenwerking?
 - b. Welke factoren beïnvloeden ten positieve of negatieve het aanjagen en initiëren van de Community Care beweging in de wijk?
2. Deelstudie 2: Collectieve initiatieven gericht op samenredzaamheid, zelfredzaamheid, participatie en eenzaamheid
 - c. Wat zijn kenmerken van de initiatieven, wie is de doelgroep en wie is bereikt?
 - d. Wat zijn – wanneer meetbaar – de effecten en haalbaarheid van collectieve initiatieven?
 - e. Hoe ervaren betrokkenen (de uitvoerbaarheid van) de collectieve initiatieven en de meerwaarde op samenredzaamheid, zelfredzaamheid, participatie en eenzaamheid?
3. Deelstudie 3: Meten van de indicatoren op populatieniveau
 - f. Hoe kunnen indicatoren voor samenredzaamheid, zelfredzaamheid, sociale participatie, en eenzaamheid gemeten worden op populatieniveau ten bate van monitoring van Community Care?

Deelstudie 1 onderzocht de samenwerking tussen Sevagram en haar partnerorganisaties in de beginfase van Community Care. Uit de resultaten blijkt een brede positieve waardering voor zowel het gedachtegoed als het initiatief. Alle betrokken partijen onderschrijven op directie- en bestuursniveau het streven om ouderen langer thuis te laten wonen en daarbij stabiele ondersteuningssystemen op wijkniveau te ontwikkelen.

Deelstudie 2 evalueerde zeven pilotinitiatieven in Valkenburg aan de Geul en omgeving. Hoewel de langetermijneffecten nog niet volledig meetbaar zijn, tonen de resultaten veelbelovende mogelijkheden voor verdere implementatie, opschaling en doorontwikkeling. Voorbeelden van deze initiatieven zijn reablement, mantelzorgondersteuning, wijkzorg en valpreventie.

Deelstudie 3 richtte zich op het meten van indicatoren op populatieniveau. In dit kader zijn twee bestaande monitors geïdentificeerd die relevante informatie op wijkniveau bieden: de Gezondheidsatlas Zuid-Limburg van GGD Zuid-Limburg en de Buurtatlas van RIVM. Het eindresultaat is een dashboard dat inzicht biedt in de populatie-indicatoren, waarmee de voortgang op wijkniveau kan worden gevolgd en geanalyseerd.

Discussie

Het hoofddoel van het project was ambitieus: samen met ketenpartners een beweging richting Community Care realiseren. De samenwerking met ketenpartners is versterkt, en enkele initiatieven hebben merkbare verbeteringen laten zien op specifieke indicatoren. Hierbij is de invulling en ruimte van de rol Community Care Coördinator zeer cruciaal. Het vertragen van intramurale opnames en het behalen van alle subdoelen binnen de gestelde projecttijd bleken echter niet haalbaar en aantoonbaar. Ondanks dat het hoofddoel niet volledig is bereikt en nauwelijks met onderzoek is aan te tonen, laten de ervaringen en inzichten zien dat er wel degelijk een beweging op gang is gekomen.

Conclusie

Sevagram heeft met meer dan 60 partners via Community Care een beweging gecreëerd die veerkrachtige gemeenschappen versterkt, zodat ouderen langer zelfstandig en met kwaliteit van leven kunnen blijven wonen. Met 39 initiatieven, een sterke bottom-up aanpak en een gebruiksvriendelijk dashboard voor populatie-inzichten is een stevig fundament gelegd. Community Care sluit aan bij de waarden van 'naoberschap' en wordt breed gewaardeerd in de regio. Door samenwerking, leren en bijstellen blijft de beweging toekomstbestendig.

Inhoud

Managementsamenvatting	2
1. Inleiding	6
2. Het project: Community Care	7
Organisatie per proeftuin	10
Het framework	12
De opdrachtformulering en doelen	12
Het onderzoeksplan	13
Onderzoeksopzet deelstudie 1:	15
Onderzoeksopzet deelstudie 2:	17
Onderzoeksopzet deelstudie 3:	21
3. De beweging: Community Care	23
Wat hebben we gedaan?	24
Proeftuin Valkenburg	33
Proeftuin Heerlen (Douvenrade)	33
4. Onderzoek	35
Samenvatting	39
1. Introductie	42
1.1 Aanleiding	42
1.2 Community Care	42
1.3 Onderzoek naar Community Care	44
2. Methoden	47
2.1 Deelstudie 1: Samenwerken tijdens de initiatiefase van Community Care	47
2.2 Deelstudie 2: initiatieven gericht op zelfredzaamheid, samenredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid	49
2.3 Deelstudie 3: meten van relevante indicatoren op populatieniveau	51
2.4 Tijdsplanning en samenhang tussen de deelstudies	54
3. Resultaten	55
3.1 Deelstudie 1: samenwerken tijdens de initiatiefase van Community Care	55
3.2 Deelstudie 2: initiatieven gericht op zelfredzaamheid, samenredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid	65
3.3 Deelstudie 3: meten van de indicatoren op populatieniveau	98
4. Discussie	112
4.1 Belangrijkste bevindingen	112
4.2 Reflectie op gehanteerde methoden en bevindingen	113
4.3 Aanbevelingen	117
5. Referentielijst	119
6. Bijlagen	123
Bijlage 1: interviewgide deelstudie 1	123
Bijlage 2: momentopname Valkenburg project Community Care	124
5. Reflectie	125
6. Aanbevelingen	135
7. Conclusie	137

1. Inleiding

Oktober 2021 De ouderenzorg in Nederland staat voor een reeks grote uitdagingen, veroorzaakt door een combinatie van demografische, sociale en economische veranderingen. De vergrijzing neemt snel toe: een groeiend aantal ouderen met complexe zorgbehoeften vraagt om vernieuwende zorgconcepten. Tegelijkertijd ervaren we een tekort aan passende woonvormen die aansluiten bij de specifieke behoeften van ouderen, wat de doorstroom in zorg en welzijn bemoeilijkt. Daarnaast kampt de zorgmarkt met een groot tekort aan arbeidskrachten, wat druk legt op zowel de kwaliteit als de toegankelijkheid van zorg.

In reactie op deze uitdagingen zet de overheid in op een transitie naar langer zelfstandig wonen en wederzijdse ondersteuning in de gemeenschap, zoals vastgelegd in het WOZO-programma (Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen) en het Gezamenlijk Actieprogramma Langer Actief en zelfstandig (GALA). Deze programma's stimuleren een samenleving waarin mensen weer omkijken naar elkaar, ondersteund door hun gemeenschap en lokale zorginitiatieven. Het vraagt om een beweging waarin informele en formele zorg samengaan en gemeenschappen veerkrachtig worden gemaakt om ouderen zelfstandig en waardig oud te laten worden.

Sevagram, een ouderenzorgorganisatie in Zuid-Limburg, wil een regierol vervullen in het aanpakken van de uitdagingen binnen de ouderenzorg. Deze organisatie zet zich in om, samen met regionale partners, de benodigde stakeholders te verbinden en de integratie van formele en informele zorg in de gemeenschap te stimuleren. Dit versterkt de sociale cohesie en de woonzorgomgeving, wat ouderen helpt om langer in hun vertrouwde omgeving te blijven wonen en bijdraagt aan een toekomstbestendig zorglandschap dat aansluit bij de veranderende behoeften van ouderen en de samenleving. Deze visie krijgt vorm in het initiatief Community Care Zuid-Limburg, waarin Sevagram en haar partners streven naar een veerkrachtige en betrokken gemeenschap. Hierin ontvangen ouderen de zorg en ondersteuning die zij nodig hebben om zo zelfstandig mogelijk en met behoud van levenskwaliteit thuis te blijven wonen.

Het concept van Community Care wordt getest in drie proeftuinen: in Heerlen (Douvenrade), Valkenburg Oost en Maastricht West. Binnen deze proeftuinen richten Sevagram en haar ketenpartners zich op het verbeteren van de ervaren kwaliteit van leven voor kwetsbare ouderen door wijkgerichte zorg- en welzijnsinitiatieven. Dit vraagt om een gezamenlijke inspanning waarin formele en informele zorgpartners, mantelzorgers en familie samenwerken. Door in te zetten op innovatieve oplossingen wil Sevagram haar zorgaanbod verder differentiëren en de benodigde diensten zo dicht mogelijk bij de vertrouwde leefomgeving van ouderen aanbieden, met als doel intramurale opname met een goede kwaliteit van leven met 8 tot 12 maanden uit te stellen.

2. Het project: Community Care

In dit hoofdstuk worden de kaders en uitgangspunten van het project Community Care beschreven. Dit project, mede gefinancierd met differentiatiegelden en door ZonMw, loopt tot eind 2024. Het richt zich op een iteratief proces van leren door te doen, inzichten opdoen van anderen, bijsturen, en het uitvoeren van literatuur- en veldonderzoek. Deze cyclus van leren en aanpassen vormt de basis voor een duurzame beweging, waarbij de opgedane kennis en ervaring leidend zijn voor verdere ontwikkeling.

De beweging van Community Care gaat over het organiseren van inclusieve toegang tot formele en informele zorg en welzijn in de voor (kwetsbare) ouderen gewenste omgeving. In de praktijk is dat voor onze doelgroep de wijk. Sevagram en haar ketenpartners willen de wijk ondersteunen bij het herontwerpen en organiseren van zorg- en welzijnsinitiatieven door de sociale cohesie (de binding met de buurt¹) in de wijk te verbeteren en een nieuwe (woon-)zorgomgeving met voldoende en juiste voorzieningen te realiseren. Uit onderzoek komt naar voren dat de kansen en randvoorwaarden voor kwetsbare ouderen om in een bepaalde leefomgeving te blijven wonen samenhangen met de volgende aspecten²:

- Beschikbaarheid van toegankelijke locaties voor sociale activiteiten.
- Voorzieningen in de leefomgeving die sociale participatie stimuleren (interactieplekken), waaronder de nabijheid van winkels.
- Prettige interactie met buurtbewoners in een buurt waar men zich thuis voelt.
- Bevordering van de zelfredzaamheid en samenredzaamheid van kwetsbare ouderen.
- Ondersteuning van mantelzorgers.

Het accent verschuift van het verlenen van zorg en welzijn aan het individu naar het in samenwerking met ketenpartners, mantelzorgers en familie verlenen van formele en informele zorg en welzijn in en met de wijk. Het verbeteren van de sociale cohesie en de woonzorgomgeving is nodig om de gap tussen ‘de intentie om het beste te doen’ en daadwerkelijk ‘het verschil maken’ te overbruggen.

¹ CBS, Tevredener met het leven bij sterkere binding met buurt, sociale cohesie, 2015

² Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg fase II, TNO, 2020

Binnen de beweging staan verschillende indicatoren centraal die aantoonbaar bijdragen aan langer zelfstandig wonen met een goede kwaliteit van leven. Voor de beweging wordt de focus gelegd op de volgende vier indicatoren:

1. **Zelfredzaamheid**

Wij benaderen zelfredzaamheid vanuit twee mogelijke perspectieven. De eerste is vanuit de positieve gezondheid gedachte; het behouden of verkrijgen van veerkracht om te kunnen omgaan met uitdagingen in het leven³. Bij deze benadering ligt de focus bijvoorbeeld op zelfmanagement en empowerment. De tweede richt zich op de mate waarin ouderen activiteiten van verzorgende en huishoudelijke aard kunnen uitvoeren die van belang zijn voor zelfstandig wonen. Denk daarbij aan boodschappen doen, mobiliteit binnens- en buitenshuis en persoonlijke verzorging⁴. Bij deze benadering ligt de focus bijvoorbeeld op het aanpassen van de omgeving om activiteiten mogelijk te maken of het anders leren uitvoeren van activiteiten c.q. ondersteuning van de mantelzorger.

2. **Samenredzaamheid**

Samenredzaamheid is de zelfredzaamheid van mensen met behulp van hun sociale netwerk. Het collectieve vermogen om handelingen te kunnen doen, die mensen in het gewone leven zonder professionele inmenging verrichten⁵. Denk aan zorg en ondersteuning vanuit bijvoorbeeld mantelzorg, vrijwilligerswerk (burenhulp), georganiseerd vrijwilligerswerk (buurthulp) en beleidsparticipatie. Daarnaast kan er gedacht worden aan het realiseren van publieke belangen zoals deelname aan bewonersinitiatieven⁵.

3. **(Sociale) Participatie**

Sociale participatie kent twee invalshoeken; de mate waarin je deelneemt aan sociale activiteiten en de mate van de burgerlijke betrokkenheid. Er zijn veel studies gedaan naar het verband tussen sociale participatie en hoe mensen hun gezondheid en welbevinden ervaren. Het patroon dat daarin naar voren komt, is dat er een positieve relatie is: oftewel, het deelnemen aan sociale activiteiten hangt samen met het ervaren van goede gezondheid en welbevinden⁶. Uit een omvangrijke Canadese studie⁷ komt naar voren dat naarmate het aantal sociale activiteiten toenam, er een sterkere relatie was met de ervaren gezondheid en tevredenheid over het leven.

4. **Eenzaamheid**

Meer dan helft van de mensen ouder dan 75 jaar zegt zich eenzaam te voelen. Eenzaamheid kan allerlei oorzaken hebben en kan iedereen overkomen⁸. In de beweging Community Care gaan wij uit van de definitie van eenzaamheid zoals deze standaard in Nederland wordt gehanteerd: het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties. Het kan zijn dat het aantal contacten dat men heeft met andere mensen geringer is dan men wenst. Het kan ook zijn dat de kwaliteit van de gerealiseerde relaties achterblijft bij de wensen^{9/10}. Eenzaamheid heeft grote invloed op iemands welbevinden¹¹.

3 Institute for positive health, 2023

4 Groningen Activiteiten Restrictie Schaal (GARS), 1990

5 Handreiking zelfredzaamheid, Vilans, 2013

6 Participation and social participation: are they distinct concepts, Piskur, Daniëls e.a., 2013

7 Social participation and the health and well-being of Canadian seniors, Heather Gilmour, 2012

8 Rijksoverheid, Aanpak eenzaamheid onder ouderen, 2020

9 Van Tilburg, & De Jong-Gierveld, 2007

10 Wat werkt bij de aanpak van eenzaamheid, Movisie, 2020

11 Zorgvoorbeter, Oorzaken en gevolgen van eenzaamheid

Sevagram is zich ervan bewust dat er in Nederland meerdere soortgelijke initiatieven gestart of lopende zijn. Op basis van de ervaringen van (lopende) initiatieven, bestaand onderzoek en beschikbare data gaan wij onze eigen beweging verrijken en tegelijkertijd een proeftuin voor nieuwe initiatieven realiseren.

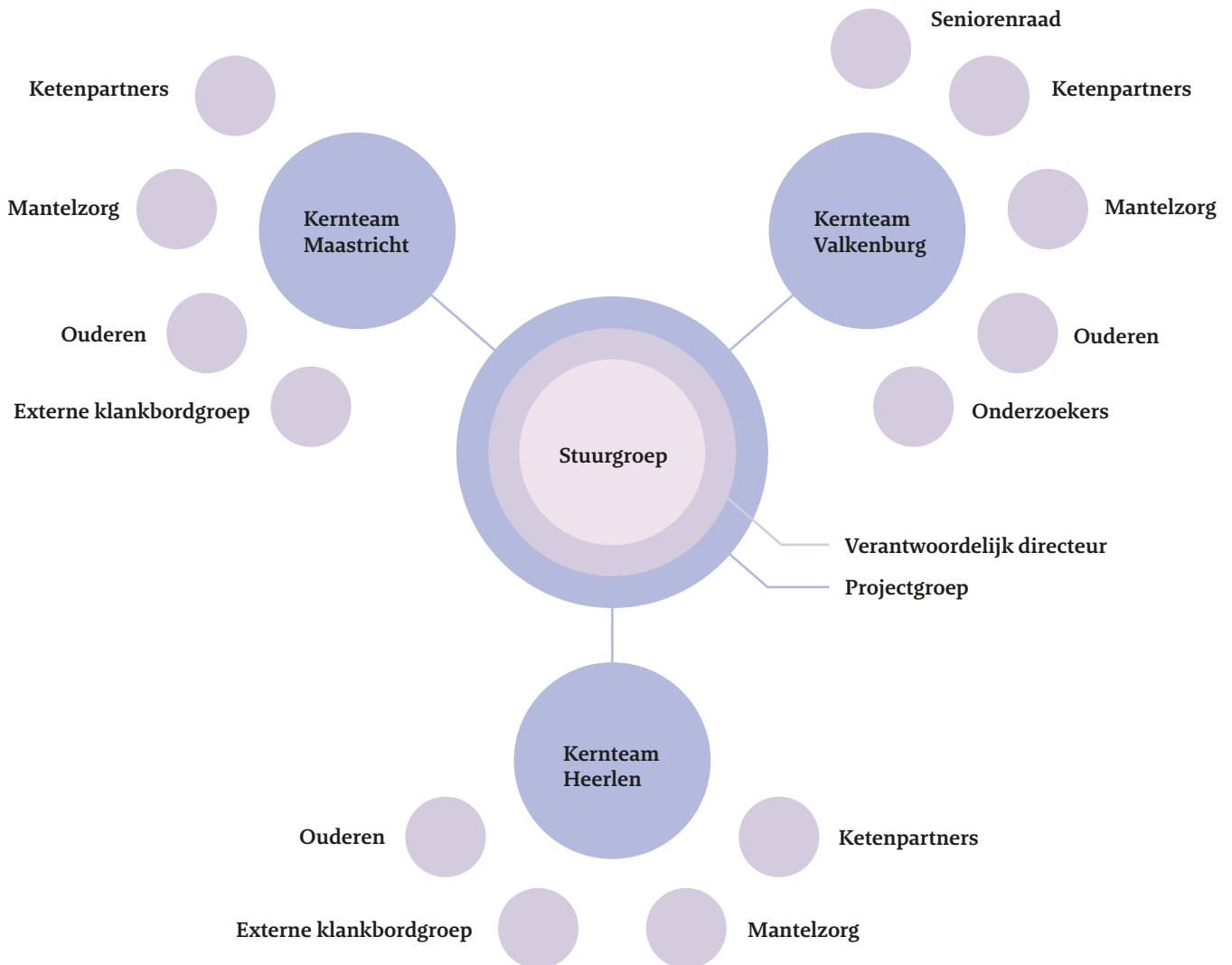
De doelgroep

In de Community Care beweging staan twee doelgroepen centraal:

1. Kwetsbare thuiswonende ouderen (65+)
2. Zelfredzame thuiswonende ouderen (65+) die kunnen bijdragen aan samenredzaamheid in de wijk, en daarmee de eigen sociale participatie vergroten.

Organisatie per proeftuin

Om het project in goede banen te leiden is er een overkoepelende stuurgroep en projectgroep aangesteld. Per proeftuin is daaropvolgend een kernteam opgetuigd. De structuur ziet er als volgt uit:



Afbeelding 1. Structuur Community Care

Onderdeel	Rol	Betrokkenen
Stuurgroep	Voorzitter Raad van Bestuur	Pim Steerneman
	Verantwoordelijk directeur	Ramon Frissen
	Directeur Kwaliteit en Strategie	Martien van Bussel
	Directeur HR	Roel Paulus
	Coördinator Community Care	Wisselend
	Directiesecretaris	Lars Nicolaes
	Manager Communicatie	Mehlika Schopen
	Programmamanager Innovatie	Tim van de Geijn
Opdrachtnemer	Verantwoordelijk directeur	Ramon Frissen
Projectgroep	Coördinator Community Care	Thom Steinbusch
	Coördinator Community Care	Bianca Bertram
	Coördinator Community Care	Michalina Skowron
	Directiesecretaris	Lars Nicolaes
	Programmamanager Innovatie	Tim van de Geijn
	Projectleider Innovatie	Martijn Steijns
	Onderzoekers Zuyd/UM	Divers
Kernteam	Directeur cluster	Afhankelijk van cluster
	Directiesecretaris cluster	Afhankelijk van cluster
	Teammanager zorg	Afhankelijk van cluster en locatie
	Facilitair leidinggevende	Afhankelijk van cluster en locatie
	Coördinator Community Care	Afhankelijk van cluster en locatie

Om een goed beeld van onze doelgroep (per proeftuin) te realiseren maken wij gebruik van actuele demografische data. Bijvoorbeeld, tussen de 17% en 25% van alle thuiswonende ouderen is kwetsbaar¹². Voor onze proeftuinen hebben wij het dan over de volgende cijfers:

Gemeenten	Aantal inwoners	% 65+	Aantal	Potentieel kwetsbaar (max 25%)	% tussen 65-80 jaar	Aantal	% 80 jaar en ouder	Aantal
Valkenburg	16.167	30%	4.850	1.212	22%	3557	8%	1.293
Maastricht	121.151	22,3%	27.016	6.754	16,5%	19.990	5,8%	7.027
Heerlen	86.845	23,8%	20.669	5.167	17,6%	15.285	6,2%	5.384

¹² Factsheet kwetsbare ouderen, Vektis 2020

Het framework



Afbeelding 2. Framework Community Care

Het framework visualiseert de potentiële impact van de Community Care beweging door sociale cohesie en nieuwe (woon-)zorgconcepten in de wijk te initiëren met als gewenst resultaat de zelfredzaamheid, samenredzaamheid en sociale participatie van (kwetsbare) ouderen te vergroten en de eenzaamheid te verminderen.

De opdrachtformulering en doelen

Hoofdvraag

Hoe kunnen wij in samenwerking met ketenpartners, stakeholders en mantelzorgers/familie de beweging van Community Care in gang zetten en daarmee een eventuele intramurale opname van kwetsbare ouderen vertragen door de zelfredzaamheid, samenredzaamheid en sociale participatie te verbeteren en de eenzaamheid te verminderen, en daarmee de algehele ervaren kwaliteit van leven voor (kwetsbare) thuiswonende ouderen (65+) te optimaliseren?

Hoofddoel

- In samenwerking met ketenpartners een Community Care beweging realiseren die er naar streeft langer gezond thuiswonen mogelijk te maken door een positieve impact op de (collectieve) zelfredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid te bewerkstelligen en daarmee een mogelijke intramurale opname met 8 tot 12 maanden te vertragen.

Subdoelen

- Ontwerpen van sociale cohesie en (woon-)zorgomgeving in de wijk.
- Verbeteren van de zelfredzaamheid bij de doelgroep in de wijk.
- Verbeteren van de samenredzaamheid in de wijk.
- Verbeteren van de sociale participatie in de wijk.
- Verminderen van eenzaamheid in de wijk.
- Een afname van formele zorg.
- Een toename van samenredzaamheid.

Om antwoord te geven op de hoofdvraag is de voortgang in de drie proeftuinen gevolgd en vond een separaat onderzoek plaats naar de beweging Community Care in de proeftuin Valkenburg aan de Geul uitgevoerd door het lectoraat Wijkgerichte Zorg van Zuyd Hogeschool

Het onderzoeksplan

De maatschappelijke en financiële uitdagingen zijn evident. De beoogde Community Care aanpak stelt de volgende vraag centraal: hoe kan de Community Care beweging in gang worden gezet en daarmee intramurale opnamen van kwetsbare ouderen vertragen? De aanname daarbij is dat het verbeteren van de zelfredzaamheid, samenredzaamheid en sociale participatie en het verminderen van eenzaamheid leidt tot het optimaliseren van de algehele ervaren kwaliteit van leven van (kwetsbare) thuiswonende ouderen (65+) (en daarmee de vertraging van intramurale opnamen).

Gegeven de looptijd van dit project is het niet mogelijk om de impact van de Community Care aanpak op langdurige opnamen van ouderen vast te stellen. Daarom is er als eerste stap voor gekozen om meer zicht te krijgen op het realiseren van de aanpak en eerste indicaties van de ervaringen en impact van initiatieven gericht op de vier centrale indicatoren. Hieruit voortvloeiend zijn aan de centrale vraag drie deelprojecten gekoppeld met bijbehorende onderzoeksvragen:

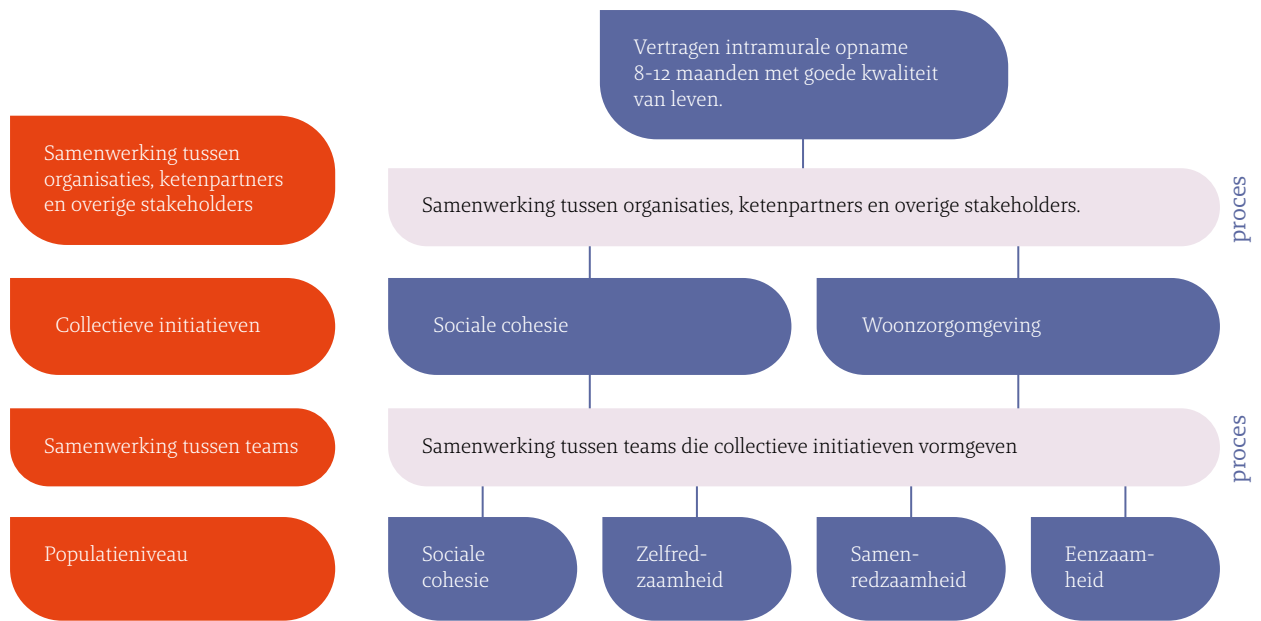
Onderzoeksvragen

- Deelproject 1: Domeinoverstijgend samenwerken in Community Care
 - > Wat zijn binnen bestaande samenwerkingsverbanden bevorderende en belemmerende factoren in de samenwerking?
 - > Welke factoren beïnvloeden ten positieve of negatieve het aanjagen en initiëren van de Community Care beweging in de wijk?
- Deelproject 2: Collectieve initiatieven gericht op samenredzaamheid, zelfredzaamheid, participatie en eenzaamheid
 - > Wat zijn kenmerken van de initiatieven, wie is de doelgroep en wie is bereikt?
 - > Wat zijn – wanneer meetbaar – de effecten en haalbaarheid van collectieve initiatieven?
 - > Hoe ervaren betrokkenen (de uitvoerbaarheid van) de collectieve initiatieven en de meerwaarde op samenredzaamheid, zelfredzaamheid, participatie en eenzaamheid?
- Deelproject 3: Meten van de indicatoren op populatieniveau
 - > Hoe kunnen indicatoren voor samenredzaamheid, zelfredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid gemeten worden op populatieniveau ten bate van monitoring van Community Care?

Hierna volgt per deelproject een uitwerking van de onderzoeksmethoden.

Onderzoek

Community Care



Afbeelding 3. Framework Onderzoek Community Care

Onderzoeksopzet deelstudie 1:

Domeinoverstijgend samenwerken in Community Care

Onderzoeksvragen en onderzoeksdoel

Om draagvlak te creëren en samenwerking te realiseren is het van groot belang voor Sevagram om zich te verhouden tot reeds bestaande (in)formele structuren, projecten en initiatieven. Om daarnaast een zo goed mogelijke samenwerking met betrekking tot de Community Care beweging te realiseren, is het van belang om nader te onderzoeken welke factoren de samenwerking binnen bestaande verbanden bevorderen en/of belemmeren. Het onderzoeksdoel van deze deelstudie is tweeledig, namelijk:

1. Het ophalen van de bevorderende en belemmerende factoren in de bestaande samenwerkingsverbanden.
2. Het ophalen van factoren, ten positieve of negatieve, die het aanjagen en initiëren van de Community Care beweging in de wijk beïnvloeden.

Dit heeft geleid tot de volgende onderzoeksvragen:

- Wat zijn binnen de bestaande samenwerkingsverbanden bevorderende en belemmerende factoren in de samenwerking?
- Welke factoren beïnvloeden ten positieve of negatieve het aanjagen en initiëren van de Community Care beweging in de wijk?

Onderzoeksdesign

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden wordt deelstudie 1 vormgegeven volgens een Exploratory-Descriptive Qualitative design (EQD)¹³. Dit type design is met name geschikt als het doel is om de aard van een fenomeen te begrijpen waarover nog weinig bekend is. Tevens laat dit design ruimte voor participanten om bij te dragen aan de ontwikkeling van nieuwe kennis. Aangezien er nog weinig bekend is over het samenwerken binnen de Community Care beweging is dit design het meest geschikt om de onderzoeksvraag te beantwoorden.

Participanten

De participanten voor dit onderzoek worden geselecteerd via een ‘purposeful sampling’ methode. Dit betekent dat de deelnemers doelgericht en bewust worden gekozen omdat zij over de meest relevante informatie beschikken. De selectie en werving van participanten wordt samen met de projectgroep van Sevagram vormgegeven, omdat zij al een netwerk hebben en voor hen duidelijk is met wie zij samenwerken of met wie samenwerking wenselijk zou zijn in het kader van de Community Care beweging. De onderzoekers geven de projectleiding twee selectiecriteria mee:

1. Er moet sprake zijn van een bestaande of gewenste samenwerking met betrekking tot Community Care.
2. De potentiële participant moet een strategische, adviserende of bestuurlijke functie hebben (zoals managers, directeuren of bestuurders).

¹³ Hunter, D., McCallum, J., & Howes, D. (2019). Defining exploratory-descriptive qualitative (EDQ) research and considering its application to healthcare. *Journal of Nursing and Health Care*, 4(1).

Dit laatste criterium is belangrijk omdat de participanten vanuit een strategische positie inzichten, ervaringen en opvattingen moeten kunnen delen over wat voor hun organisaties mogelijk of belangrijk is met betrekking tot het al dan niet aangaan of realiseren van een samenwerking in een bredere wijkaanpak (zoals Community Care).

Tot slot zal er nog een separate groep participanten geïnccludeerd worden om de onderzoeksvraag te beantwoorden. De drie projectcoördinatoren van Sevagram blijken namelijk in de wijk veel ervaring te hebben opgedaan in relatie tot het aanjagen van samenwerking ten behoeve van de Community Care beweging en daaraan gerelateerde belemmerende en bevorderende factoren.

Dataverzameling

Tussen mei 2023 en januari 2024 worden semigestructureerde interviews afgenomen bij geselecteerde participanten (i.e. samenwerkingspartners).

In de interviews worden de volgende thema's besproken:

- a. *Achtergrond van het samenwerkingsverband* (bijv. ontwikkeling en vorming van het initiatief, doel en beoogd resultaat);
- b. *Samenwerkende partners* (wie zijn betrokken, hoe zijn de rollen en taken verdeeld, hoe is de 'governance' georganiseerd?);
- c. *Faciliterende factoren* (welke factoren bevorderen en faciliteren de samenwerking, op welke wijze dragen die factoren bij aan het behalen van het doel?);
- d. *Belemmerende factoren* (welke factoren belemmeren of stagneren de samenwerking, op welke wijze benadelen die factoren het behalen van het doel?).

Bij de projectcoördinatoren wordt een afzonderlijk focusgroepinterview afgenomen dat in het teken staat van het initiëren en aanjagen van samenwerking in Community Care. Het beantwoorden van de volgende vragen staat centraal:

- a. Wat doet de projectcoördinator binnen Community Care en waarvoor is hij/zij verantwoordelijk?
- b. Welke factoren werden als bevorderend ervaren m.b.t. het aanjagen van de Community Care beweging?
- c. Welke factoren werden als belemmerend ervaren m.b.t. het aanjagen van de Community Care beweging?

Data-analyse

De verzamelde data werd non-verbatim getranscribeerd en geanalyseerd volgens de principes van een 'directed content analysis'¹⁴ met behulp van ATLAS.ti software.

Planning

Tijd	Wat?
Juni 2023 – april 2024	Dataverzameling
April 2024 – september 2024	Data-analyse
September 2024	Concept rapport 'Deelstudie 1'
9 december 2024	Definitief rapport 'Deelstudie 1'

¹⁴ Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107-115.

Onderzoeksopzet deelstudie 2:

Collectieve initiatieven gericht op sociale cohesie en woonzorgomgeving

Onderzoeksvragen en onderzoeksdoel

Het doel van het onderzoek is om zicht te krijgen op de initiatieven die ontplooid worden en enkele veelbelovende initiatieven te volgen, uitspraken te kunnen doen over meerwaarde, impact, haalbaarheid en ervaringen, en daarmee het (dis)continueren van deze initiatieven. Dit met het uiteindelijke doel om kwetsbaren ouderen langer thuis laten wonen met een goede kwaliteit van leven.

Binnen deelstudie 2 staan drie onderzoeksvragen centraal:

1. Wat zijn kenmerken van de initiatieven, wie is de doelgroep en wie is bereikt?
2. Wat zijn – wanneer meetbaar – de effecten en haalbaarheid van collectieve initiatieven?
3. Hoe ervaren betrokkenen (de uitvoerbaarheid van) de collectieve initiatieven en de meerwaarde op samenredzaamheid, zelfredzaamheid, participatie en eenzaamheid?

Om antwoord te geven op bovenstaande vragen wordt onderscheid gemaakt tussen het monitoren en evalueren van initiatieven. Sommige initiatieven zullen gedurende het project gevolgd worden. Allereerst is Sevagram geïnteresseerd in het **monitoren**/in kaart brengen van de initiatieven die reeds worden ontplooid binnen Valkenburg-Oost, waar zij in enige zin betrokkenheid bij hebben of initiator van zijn. Concreet zijn daarbij de volgende subvragen geformuleerd:

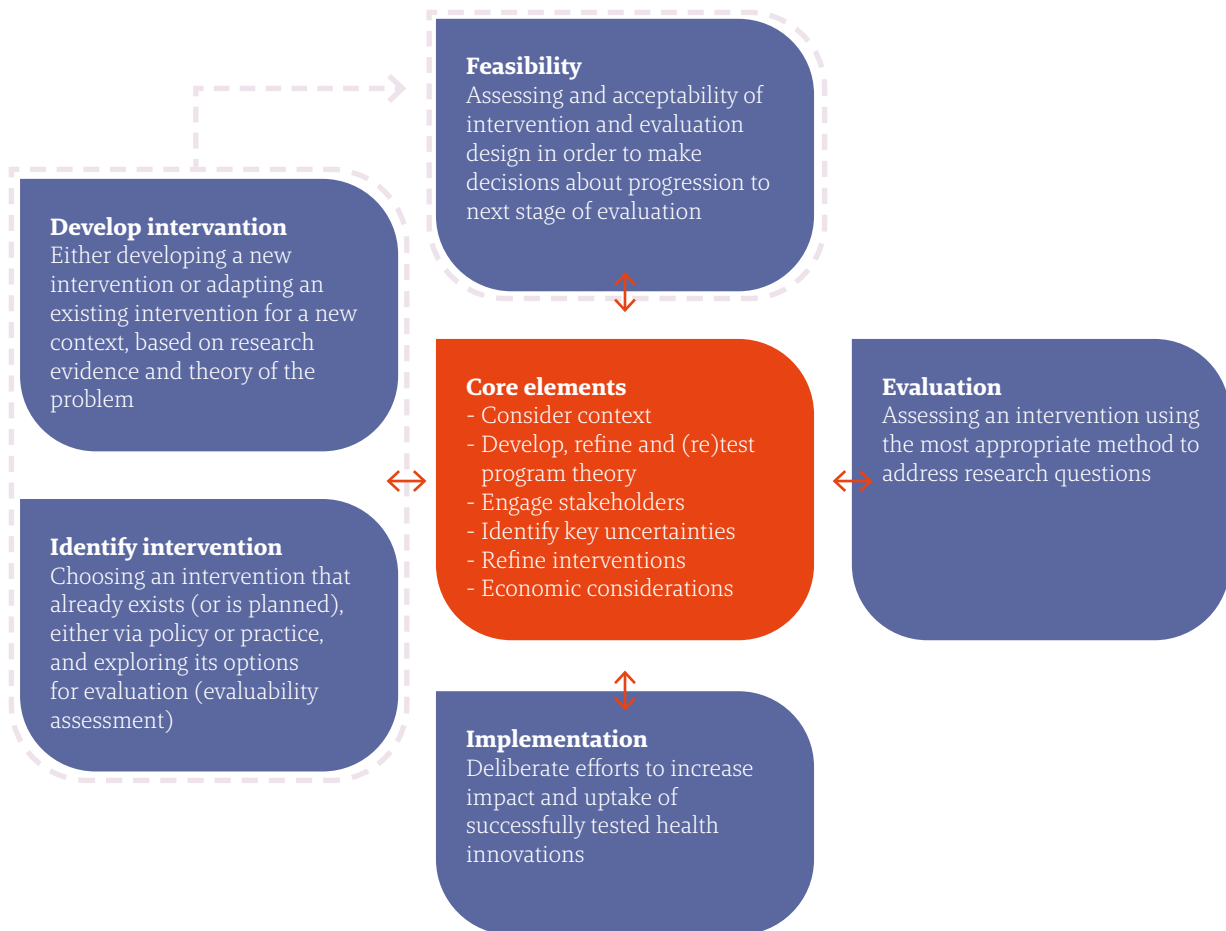
- Wat is de titel van het initiatief en in welke proeftuin loopt het initiatief?
- Wat zijn het doel en de doelgroep van het initiatief?
- Wat is de looptijd van het initiatief?
- Framework: op welke indicatoren op wijkniveau (sociale cohesie/woonzorgomgeving) en cliëntniveau (zelfredzaamheid, samenredzaamheid, eenzaamheid, sociale participatie) heeft het initiatief invloed?
- Wat zijn de inhoud, kenmerken en activiteiten van het initiatief?
- Welke ketenpartners en stakeholders zijn betrokken bij het initiatief en hoe ziet de samenwerking/rolverdeling eruit? Wie is de initiator?
- Hoe wordt het initiatief gefinancierd?
- Wat zijn de (verwachte) resultaten?

Daarnaast heeft Sevagram interesse in het nader **evalueren** en volgen van een selectie van deze initiatieven. Concreet zijn daarbij de volgende subvragen geformuleerd:

- Wat is het bereik van het initiatief (wie komt erop af)?
- Wat zijn de ervaringen van bereikte mensen/stakeholders?
- Wat is de impact/het effect van het initiatief?
- Hoe verliep de implementatie van het initiatief? Is initiatief geïmplementeerd zoals gepland (haalbaarheid)?
- Wat faciliteert of belemmert implementatie van het initiatief?

Onderzoeksopzet

De onderzoeksopzet die gekozen is voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen is een haalbaarheidsstudie (feasibility study). Binnen dit onderzoekstype worden de initiatieven gemonitord en vervolgens geëvalueerd om inhoudelijke kenmerken en procesmatige data te verzamelen. Aan de hand van het *Medical Research Council Framework*, specifiek de feasibility fase (zie afbeelding 4), zal data worden verzameld over de inhoud, acceptatie, implementatie, impact, context en ervaringen van en met het initiatief.



Afbeelding 4: Medical Research Council Framework

Participanten

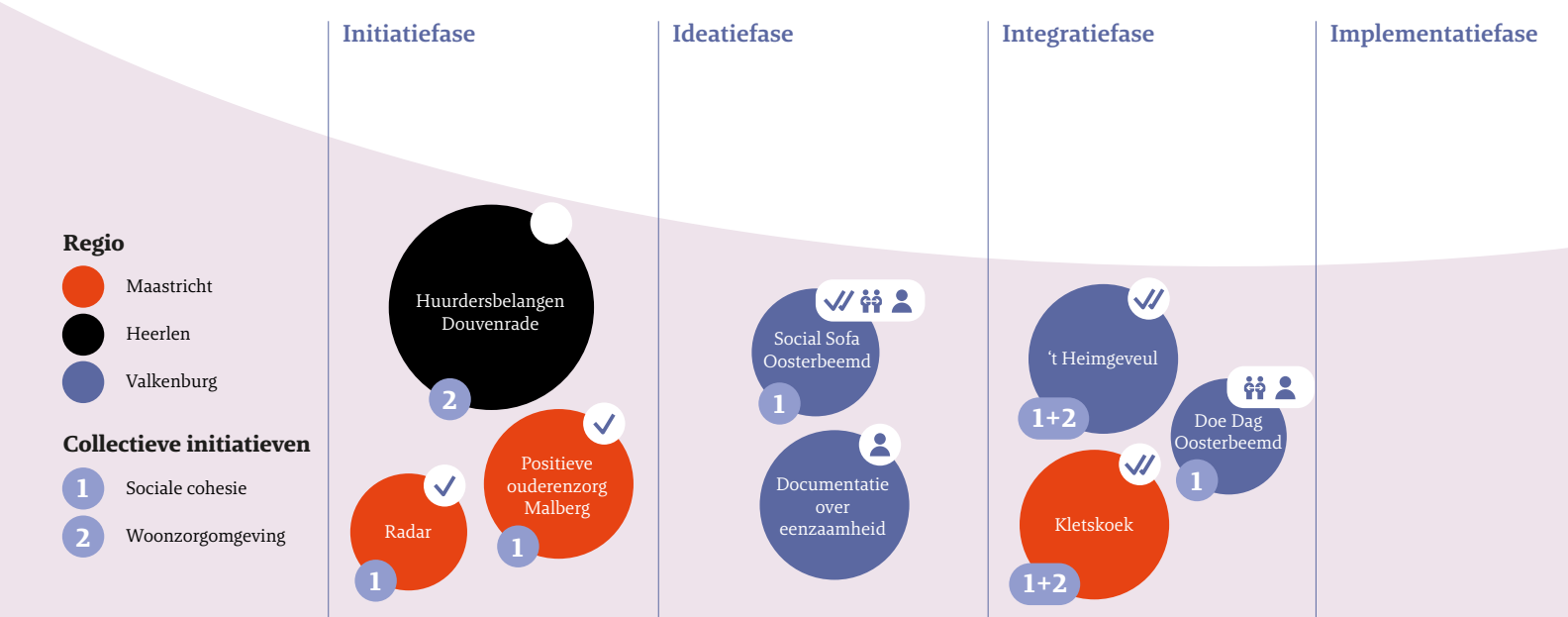
Per initiatief wordt gekeken welke participanten betrokken worden bij de dataverzameling. Dit is afhankelijk van het initiatief.

Dataverzameling

Het framework veronderstelt dat voorafgaand aan de evaluatie en implementatie een interventie of initiatief op haalbaarheid getoetst dient te worden. Dit in navolging van diens ontwikkeling of identificatie. Binnen de onderzoeksopzet van deze studie zijn twee fasen te onderscheiden voor data-verzameling:

1. Monitorfase

Binnen deze fase worden initiatieven geïdentificeerd en aan de hand van concrete criteria (titel, proeftuin, doel, doelgroep, looptijd, indicatoren (wijk- en cliëntniveau), inhoud, keten- en samenwerkingspartner, financiering en (verwachte) resultaten) gemonitord. Aan de hand van een Format Initiatief Formulier worden details van het initiatief in kaart gebracht. Verder worden de initiatieven visueel weergegeven in een Online Funnel (zie afbeelding 5) waarbij 1) de regio waar het initiatief ontplooid wordt, 2) de innovatiefase en 3) de indicatoren waar het initiatief op inspeelt worden weergegeven. Bij 'klik' op het initiatief worden verdere criteria weergegeven.



Afbeelding 5: Online Funnel, overzicht initiatieven per regio

De monitoringsfase zal een continu proces omvatten waarbij gedurende één jaar de initiatieven verzameld worden. Hierbij beperkt het monitoren van de initiatieven ten behoeve van dit deelonderzoek zich tot Valkenburg-Oost. Naast het monitoren van initiatieven welke ontplooid worden in de regio Valkenburg-Oost, brengt deze fase ook bestaande initiatieven in kaart die elders – in een vergelijkbare context – reeds ontplooid zijn en effectief/betekenisvol zijn gebleken ten aanzien van de geformuleerde indicatoren. Op deze manier kan Sevagram geïnformeerd en geadviseerd worden bruikbare initiatieven op te pakken binnen het wijkspelveld en deze zo nodig aan te passen aan de context van Valkenburg-Oost.

2. Evaluatiefase

Binnen deze fase zal een selectie van initiatieven worden gemaakt welke in de diepte gevolgd en geëvalueerd gaan worden. De selectie is een continu proces en zal in samenspraak met Sevagram vorm krijgen. Gezien de beschikbare tijd zal een maximum van ca. 6 initiatieven in de diepte gevolgd en geëvalueerd worden. Binnen het volgen en evalueren van de initiatieven vormen de onderdelen van de feasibility fase van het MRC-framework het uitgangspunt. Dat komt neer op het evalueren van de 1) implementatie (implementatie volgens plan, bereik, ervaringen, impact/meerwaarde) en 2) context (belemmeringen en facilitators van implementatie). Per geselecteerd initiatief zal een specifiek 'evaluatieplan' vormgegeven worden. Ter illustratie; een eenmalige bijeenkomst gericht op een bepaalde indicator zal een ander plan behoeven dan bijvoorbeeld een scholing van meerdere bijeenkomsten over de tijd, gericht op meerdere indicatoren. Binnen de evaluatiefase zullen wanneer mogelijk en wanneer toepasbaar, kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden worden ingezet ten behoeve van evaluatie implementatie en context.

Data-analyse

Aan het eind van de onderzoeksperiode zal de verkregen data uit de monitor- en evaluatiefasen geanalyseerd en gerapporteerd worden. Hiertoe zal een onderzoeks/adviesrapport worden opgeleverd waarbinnen de gemonitorde initiatieven worden weergegeven, de in de diepte gevolgde en geëvalueerde selectie van initiatieven, en een advies ten aanzien van het vervolgtraject. Dit laatste omvat aanbevelingen voor Sevagram over het (dis)continueren van initiatieven. In overleg met Sevagram kan concreter worden geformuleerd wat er gewenst wordt ten aanzien van dit advies.

Planning

Tijd	Wat?
Juni 2023 – april 2024	Monitoringsfase
April 2024 – oktober 2024	Evaluatiefase
Mei 2024 – november 2024	Data-analyse
November 2024	Concept rapport 'Deelstudie 2'
9 december 2024	Definitief rapport 'Deelstudie 2'

Onderzoeksoopzet deelstudie 3:

Metten van relevante indicatoren op populatieniveau

Onderzoeksvragen en onderzoeksdoel

Middels onderzoeksoopzet wordt gepoogd om een dashboard op te zetten om de indicatoren op wijkniveau te monitoren. Om dit doel te bereiken is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: Hoe kunnen de indicatoren samenredzaamheid, zelfredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid gemeten worden op populatieniveau ten bate van monitoring van Community Care?

Onderzoeksdesign

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag wordt een combinatie van deskresearch¹⁵ en kwalitatief onderzoek uitgevoerd met als doel een overzicht te maken van de mogelijkheden om de genoemde indicatoren te meten op populatieniveau in de regio Valkenburg-Oost. We inventariseren bestaande databronnen, instrumenten en methodieken om gegevens over de genoemde indicatoren te verzamelen (uit routinedata van e.g. CBS of GGD) dan wel steekproefsgewijs te meten in de wijk. Daarnaast houden we een aantal interviews met initiatiefnemers van Community Care om in kaart te brengen welke monitoringsbehoeften zij hebben. Door de bevindingen uit deskresearch en interviews te combineren, kunnen we aanbevelingen doen voor passende (i.e. zinvolle en haalbare) monitoring van de impact van Community Care op samenredzaamheid, zelfredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid op populatieniveau.

Participanten

De interne projectgroep van Community Care Sevagram wordt bevroegd in stap 1 van de data-verzameling. In de overige stappen wordt via deskresearch informatie achterhaald, waar nodig worden (nog niet bekend) betrokkenen benaderd.

Data verzameling en analyse

Het onderzoek wordt uitgevoerd in drie stappen:

3. Een beperkt aantal (3 tot 5) korte interviews wordt afgenomen met Sevagram staf betrokken bij het Community Care initiatief om de monitoringsbehoeften en -mogelijkheden inzichtelijk te maken. Hiermee maken we helder wat de behoeften zijn om de impact van Community Care te meten en welke methodieken reeds worden gebruikt of bekend zijn om (aspecten van) de indicatoren te meten.
4. Via deskresearch wordt achterhaald in hoeverre en op welke manier beschikbare kwantitatieve data (zoals van het CBS, de GGD-monitor en wijkscans) benut kan worden om de vier indicatoren structureel te monitoren. Hiervoor sluiten we aan bij een lopend LIME onderzoek naar Pluswijken (oktober 2023-oktober 2025), waarvoor een grootschalige inventarisatie wordt gemaakt van beschikbare kwantitatieve data om onder andere

¹⁵ Voorbeelden van (methodieken voor) deskresearch: https://www.exit-practices.eu/uploads/1/3/0/4/130474014/baruch_b._gorp_a._van._2018._contribution_analysis_in_j._hofman_a._sutherland_eds._evaluating_interventions_that_prevent_or_counter_vio.pdf#page=71 en <https://www.mdpi.com/1996-1073/15/15/5402>

gezondheid en vraag naar zorg op wijkniveau inzichtelijk te maken. Deze inventarisatie gebruiken we als basis om relevante data te selecteren waarmee de indicatoren zelfredzaamheid, samenredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid kunnen worden geoperationaliseerd en gemonitord.

5. Via deskresearch wordt onderzocht welke aanvullende data nodig is om de impact op deze indicatoren te monitoren, en op welke wijze Sevagram deze gegevens in de toekomst steekproefsgewijs kan ophalen in de wijken. Het kan hierbij zowel om kwantitatieve als kwalitatieve data (verzameling) gaan. Relevante meetinstrumenten zoeken we o.a. in de database Meetinstrumenten in de zorg¹⁶ van Zuyd Hogeschool, die meer dan 450 meetinstrumenten omvat en daarmee een uitgebreide basis vormt voor het doorzoeken van bestaande methodieken. Mogelijk passende methodieken worden per indicator geselecteerd. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van de expertise van de onderzoekers op het gebied van bestaande meetinstrumenten: voor eerdere studies¹⁷ zijn al overzichten gemaakt van meetinstrumenten voor verscheidene cliëntkenmerken, zoals dagelijks functioneren en sociaal netwerk, die opnieuw kunnen worden geraadpleegd.

Planning

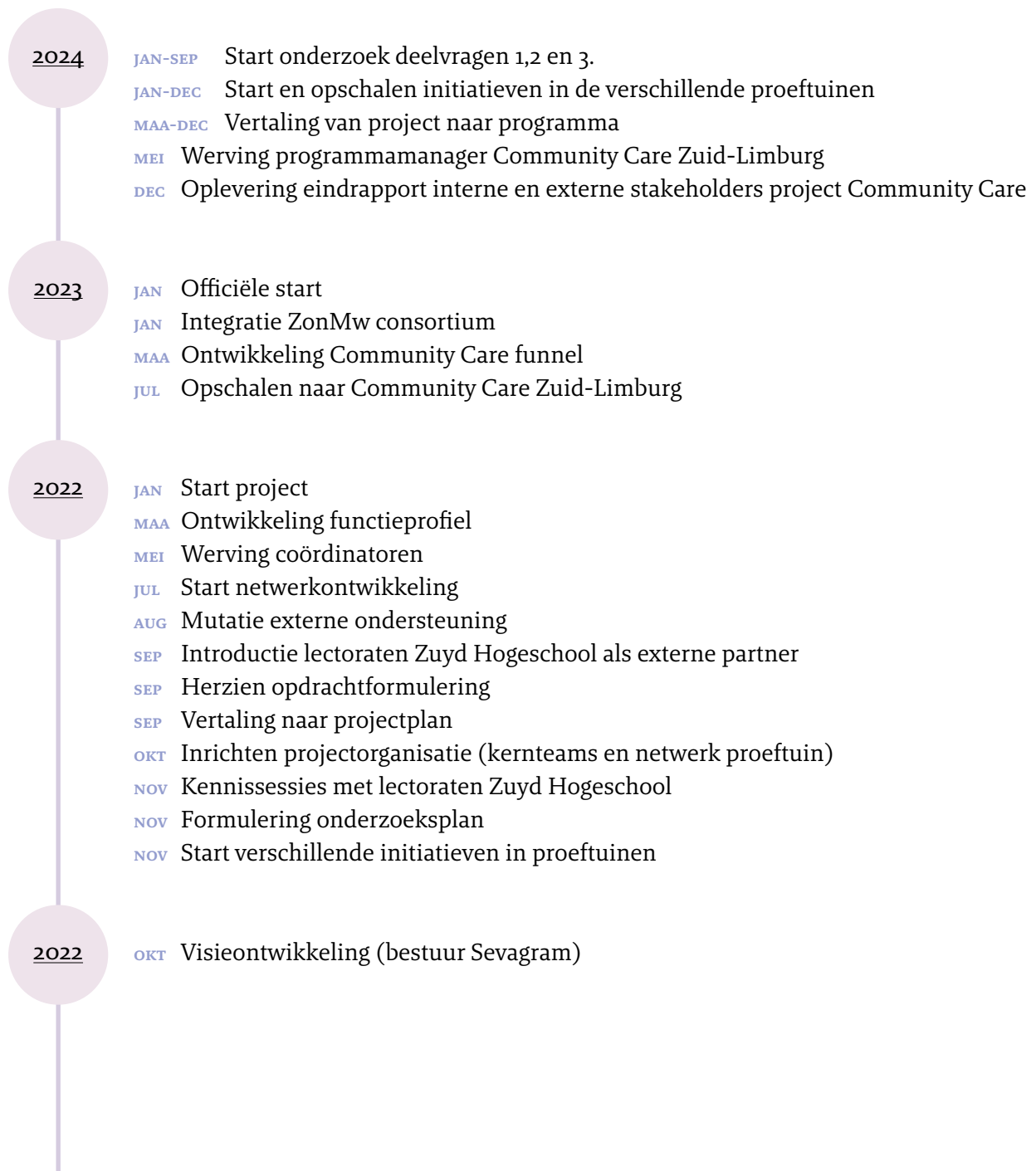
Tijd	Wat?
Januari 2024 – februari 2024	Dataverzameling stap 1
Maart 2024 – juli 2024	Dataverzameling stap 2
Juni 2024 – oktober 2024	Dataverzameling stap 3
November 2024	Concept rapport ‘Deelstudie 2’
9 december 2024	Definitief rapport ‘Deelstudie 2’

¹⁶ <https://meetinstrumentenzorg.nl/>

¹⁷ NZa-rapport cliëntprofielen pilot 1 en 2: <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-e1525462-cdfo-4f15-8b18-149f5a309579/pdf> en https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_726644_22/1/

3. De beweging: Community Care

Tijdslijn



Wat hebben we gedaan?

Actieve bijdrage aan maatschappelijke opgave

Sevagram zet zich in voor de urgente maatschappelijke uitdaging om kwetsbare ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen met behoud van kwaliteit van leven. Dit draagt bij aan het vertragen van intramurale opnames en het verminderen van de druk op intramurale capaciteit, een cruciaal doel gezien de demografische veranderingen en de groeiende vraag naar zorg. Om dit te realiseren heeft Sevagram de Community Care beweging gelanceerd: een (strategische) aanpak om innovatieve oplossingen te ontwikkelen en te testen. Dit is geen vrijblijvende proef, maar een gerichte inspanning om te ontdekken welke factoren succes bevorderen en welke uitdagingen aangepakt moeten worden. Door te leren van de praktijk en kennis direct toe te passen, wil Sevagram effectieve interventies ontwerpen die schaalbaar zijn binnen en buiten de organisatie.

Proeftuinselectie

Om diverse contexten te verkennen, zijn drie uiteenlopende proeftuinen geselecteerd: Maastricht-West, Valkenburg-Oost en Heerlen (Douvenrade). Deze proeftuinen bieden een divers spectrum aan uitdagingen en kansen, waardoor het concept onder verschillende omstandigheden getest kan worden.

- Maastricht-West: Een stedelijke omgeving met een lage sociaaleconomische status en een multiculturele populatie. Met zorgcentrum Scharwyerveld als centrale locatie biedt deze proeftuin uitgebreide mogelijkheden om zorginitiatieven te ontwikkelen en verbindingen te leggen.
- Valkenburg-Oost: Een landelijke omgeving met een dorps karakter, ondersteund door zorgcentra Valkenheim en Oosterbeemd en het hospice Geerlings. Hier ligt de nadruk op het faciliteren van initiatieven binnen een kleinschalige gemeenschap.
- Heerlen (Douvenrade): Een wijk zonder bestaand zorgcentrum, waar het nieuwe zorgcentrum pas eind 2024 wordt opgeleverd. Deze proeftuin biedt een unieke kans om te onderzoeken hoe Community Care kan worden vormgegeven zonder fysieke (zorg) infrastructuur.

Criteria voor Proeftuinselectie

De keuze voor deze proeftuinen is gebaseerd op zorgvuldig gedefinieerde criteria, waaronder:

- De stedelijke of landelijke context van de wijk.
- De aan- of afwezigheid van zorgcentra.
- Mogelijkheden voor Community Care binnen bestaande infrastructuur.
- Culturele diversiteit in Maastricht, Valkenburg en Heerlen.
- Goed beeld van de sociale cohesie en woon-zorgomgeving.

Sevagram ziet de Community Care beweging als een strategische investering in toekomstbestendige zorg. Door te leren van de variatie tussen proeftuinen, kan het concept breed worden toegepast en bijdragen aan een betere kwaliteit van leven voor ouderen in diverse gemeenschappen.

Domeinoverstijgende financiering als randvoorwaarde

Domeinoverstijgende financiering is essentieel om samenwerking tussen verschillende stakeholders effectief te faciliteren. Het stelt betrokken partijen in staat om zonder overmatige bureaucratie toegang te krijgen tot middelen, mits zij voldoen aan een set heldere en werkbare voorwaarden in deze, gekoppeld aan de indicatoren. Deze aanpak bevordert innovatie en maakt het eenvoudiger om integraal in te spelen op de complexe formele en informele zorg- en ondersteuningsbehoeften van kwetsbare doelgroepen.

Voorbeeld: Reablement ZELF-scholing

Bij de realisatie van het initiatief *ZELF-scholing voor mantelzorgers* (reablement) heeft domeinoverstijgende financiering een cruciale rol gespeeld. Hiermee werd de inzet van de trainer, afkomstig van een externe organisatie, en de ergotherapeut, vanuit een zorginstelling, mogelijk gemaakt. Ook de betrokkenheid van het steunpunt mantelzorgers, een onafhankelijke organisatie, en het huren van een strategisch gelegen locatie vanuit een derde partij werden hierdoor gefaciliteerd. Dankzij de samenwerking tussen deze verschillende organisaties en belanghebbenden, gecombineerd met eenvoudige financiële afspraken, kon de voortgang van het initiatief soepel en efficiënt verlopen.

Sevagram beschouwt een flexibele en toegankelijke financieringsstructuur als een cruciale randvoorwaarde voor het succes van Community Care. Aan de voorkant is besloten dat financiering geen belemmering mag vormen voor de beweging die we willen realiseren. Hoewel we uiteraard een solide en verantwoord financieel beleid nastreven, ligt onze nadruk op een praktijkgerichte aanpak. Zo zorgen we ervoor dat financiële middelen een katalysator zijn voor verandering, in plaats van een rem op noodzakelijke stappen.

De rol van de Community Care Coördinator(en)

Om de beweging Community Care in de wijk te realiseren, is een verbindende en aanjagende spilfunctie essentieel. In mei 2022 zijn voor de drie proeftuinen – Valkenburg, Heerlen en Maastricht – coördinatoren aangesteld. Deze professionals spelen een cruciale rol in het vormgeven en uitvoeren van het concept Community Care binnen hun regio. De coördinator brengt allereerst de stakeholders in kaart die bijdragen aan het concept, zowel extern als intern. Dit varieert per wijk en omvat zorgaanbieders, gemeenten, woningcorporaties, burgers en andere betrokken partijen. Tegelijkertijd onderzoekt de coördinator de (zorg)behoeften van ouderen in de wijk en inventariseert het bestaande aanbod van zorg, sociale activiteiten en diensten. Deze ‘foto van de wijk’ vormt de basis voor gerichte acties en samenwerkingen, waarbij kennis van de sociale kaart essentieel is. Naast het analyseren en verbinden heeft de coördinator een regisserende rol. Hij of zij zet Community Care op de agenda binnen diverse gremia, bewaakt de voortgang en stimuleert samenwerking tussen stakeholders. Bovendien dragen de coördinatoren bij aan het wetenschappelijk onderbouwen van initiatieven, waarbij primair onderzoek plaatsvindt in proeftuin Valkenburg.

De coördinator is een echte ‘doener met denkkraft’: een pionier die initiatief neemt, stimuleert en buiten de gebaande paden durft te treden. Belangrijke competenties zijn ondernemerschap, creativiteit, sociale innovatie en vasthoudendheid. Sterke communicatieve vaardigheden zijn

noodzakelijk om te sparren met uiteenlopende stakeholders en bruggen te bouwen tussen partijen. Met een hbo-werk- en -denkniveau weet de coördinator het concept Community Care te vertalen naar concrete acties, waarbij enthousiasme en resultaatgerichtheid centraal staan. Dit maakt de coördinator een onmisbare schakel in het succes van Community Care.

Aanpak

Gezien de complexiteit van Community Care, met zijn vele aspecten, stakeholders en variabelen, hebben we bewust gekozen voor een pragmatische 'doen en leren'-aanpak. Deze methode is gebaseerd op principes uit de systeemtheorie en adaptief management, die benadrukken dat in complexe systemen planvorming alleen niet volstaat. Door direct te handelen, continu te leren en bij te sturen konden we kort-cyclisch verbeteringen doorvoeren en inspelen op de dynamiek van het project. Als fundament van het project dienen het framework en de indicatoren. Deze boden houvast en richting voor de inrichting van de proeftuinen, onder regie van de stuurgroep Community Care.

Per proeftuin is een kernteam samengesteld onder leiding van de Coördinator Community Care. Daarnaast zijn klankbord- en werkgroepen opgezet om (mede)zeggenschap en inhoudelijke expertise te borgen. Lokale cliëntenraden en vakgroepen, zoals paramedici, maatschappelijk werk en verpleegkundigen, dragen actief bij. Tegelijkertijd zijn verbindingen gelegd met externe stakeholders, zoals gemeenten, het sociaal domein, seniorenraden en woningcorporaties. De coördinatoren creëerden een overzicht van stakeholders, zoals huisartsen, welzijnsorganisaties, en gemeenten, en breidden dit uit met betrokken burgers en burgerinitiatieven. In Valkenburg werd succesvol samengewerkt met de Seniorenraad en lokale 'buurtantennes', wat illustreert dat burgerparticipatie maatwerk vereist. Door interne en externe groepen samen te brengen, wordt een breed netwerk met gemeenschappelijke doelen gecreëerd. Deze aanpak, die gericht is op samenwerking en continue aanpassing, stelt het project in staat om resultaten te behalen binnen een complex systeem.

Medio 2022 startten de Coördinatoren Community Care gezamenlijk in de proeftuin Maastricht. Vervolgens richtten zij zich op hun eigen proeftuin in Maastricht-West, Valkenburg-Oost of Heerlen (Douvenrade). Hun doel was om de stakeholders en behoeften in de wijken in kaart te brengen en hier actief op in te spelen met gerichte initiatieven. Het framework bood coördinatoren richting bij het bepalen van prioriteiten en de relevantie van initiatieven. Hoewel de aanpak overal gelijk was, verliep het proces verschillend door variaties in netwerken. Bij aanvang bleek dat Sevagram in de proeftuin Valkenburg al redelijk vertegenwoordigd was, wat onder andere heeft geleid tot de keuze om deze proeftuin als focuslocatie voor het onderzoek te selecteren.

In de opstartfase van het project zijn twee kennissessies georganiseerd geleid door lectoren van Zuyd Hogeschool om de meest actuele wetenschappelijke inzichten te verkrijgen over indicatoren als zelfredzaamheid, samenredzaamheid, sociale participatie, en eenzaamheid. Het is belangrijk dat de coördinatoren beschikken over de juiste kennis om gericht en effectiever initiatieven te ontplooien. Bijvoorbeeld, de aanpak van emotionele eenzaamheid vraagt om andere interventies dan die van sociale eenzaamheid. Dit heeft tevens bijgedragen aan een uniform referentiekader voor het beoordelen van de indicatoren. De inzet van een duidelijk kader vormden de basis voor een gerichte en impactvolle aanpak in de proeftuinen.

Tot slot, is er een visuele weergave ontwikkeld die eenvoudig en eenduidig communiceert over de essentie van de Community Care beweging. Deze visual – die zowel geschikt is voor de werkvloer als voor bestuurskamers – maakt het mogelijk om het einddoel, de belangrijke KPI's en het proces helder weer te geven, en draagt zo bij aan een effectieve en transparante communicatie naar alle betrokkenen. Het is van belang dat coördinatoren beschikken over dit soort hulpmiddelen om binnen de proeftuinen de stakeholders te enthousiasmeren over de Community Care aanpak.



Afbeelding 6: Visual Community Care

Integratie van het consortium ZonMw in Valkenburg-Oost

De Community Care beweging is mede mogelijk gemaakt door de financiële ondersteuning van ZonMw. Hoewel ZonMw niet actief heeft deelgenomen aan de uitvoering, heeft de subsidie vanuit het programma *Regio Impuls Juiste Zorg op de Juiste Plek* een cruciale bijdrage geleverd aan de ontwikkeling en implementatie van het Community Care concept. Dankzij deze financiële impuls kon het consortium in de proeftuin Valkenburg-Oost effectief samenwerken en nieuwe initiatieven ontplooiën, zonder dat beperkingen zoals financiering of capaciteit de voortgang belemmerden. Daarnaast is er een substantieel deel van de financiën aangewend voor het objectiveren van de resultaten. ZonMw's focus op de proeftuin Valkenburg-Oost bood ruimte om het concept in de praktijk te testen, inzicht te krijgen in succesfactoren en leerpunten én een solide basis te leggen voor verdere ontwikkeling van Community Care. Deze subsidie stelde alle betrokken organisaties in staat om hun medewerkers en vrijwilligers een bijdrage te laten leveren aan de doelstellingen van de Community Care beweging.

Gezamenlijk eigenaarschap en aanpak

Het consortium in de proeftuin Valkenburg-Oost kenmerkte zich door intensieve samenwerking. Alle partners werden vanaf het begin meegenomen in het gedachtegoed en het framework van Community Care. De gezamenlijke visie en doelen werden bekrachtigd tijdens tweemaandelijks bijeenkomsten in zorgcentrum Oosterbeemd, waar een breed samengestelde projectgroep de voortgang en initiatieven coördineerde. Deze groep richtte zich op het ontwikkelen en verbinden van initiatieven, het versterken van samenwerking en het vergroten van de impact van Community Care. ZonMw's betrokkenheid gaf de groep de ruimte om initiatieven te testen en te implementeren die direct gericht waren op de behoeften van de gemeenschap.

De projectgroep bestond uit:

- Coördinator Community Care Valkenburg (Sevagram)
- Directiesecretaris (Sevagram)
- Beleidsmedewerker Sociaal Domein (Gemeente Valkenburg)
- Voorzitter Seniorenraad (Burgerinitiatief)
- Regiomanager (Radar)
- Persoonlijk Begeleider (Radar)

ZonMw als katalysator voor innovatie en samenwerking in Community Care

Dankzij de financiële ondersteuning van ZonMw konden cruciale stappen worden gezet in de ontwikkeling van Community Care. Zo werd de inzet van een coördinator mogelijk gemaakt, die netwerken opbouwde, verbindingen creëerde en draagvlak ontwikkelde. Daarnaast faciliteerde ZonMw actiegericht onderzoek naar de samenwerking binnen de beweging, de opschaalbaarheid van diverse regionale initiatieven in Valkenburg, en de ontwikkeling van een monitor voor essentiële indicatoren van Community Care. De bijdrage van ZonMw fungeerde als katalysator, waardoor innovatie en samenwerking in de praktijk tot stand kwamen.

Transitie van project naar programma

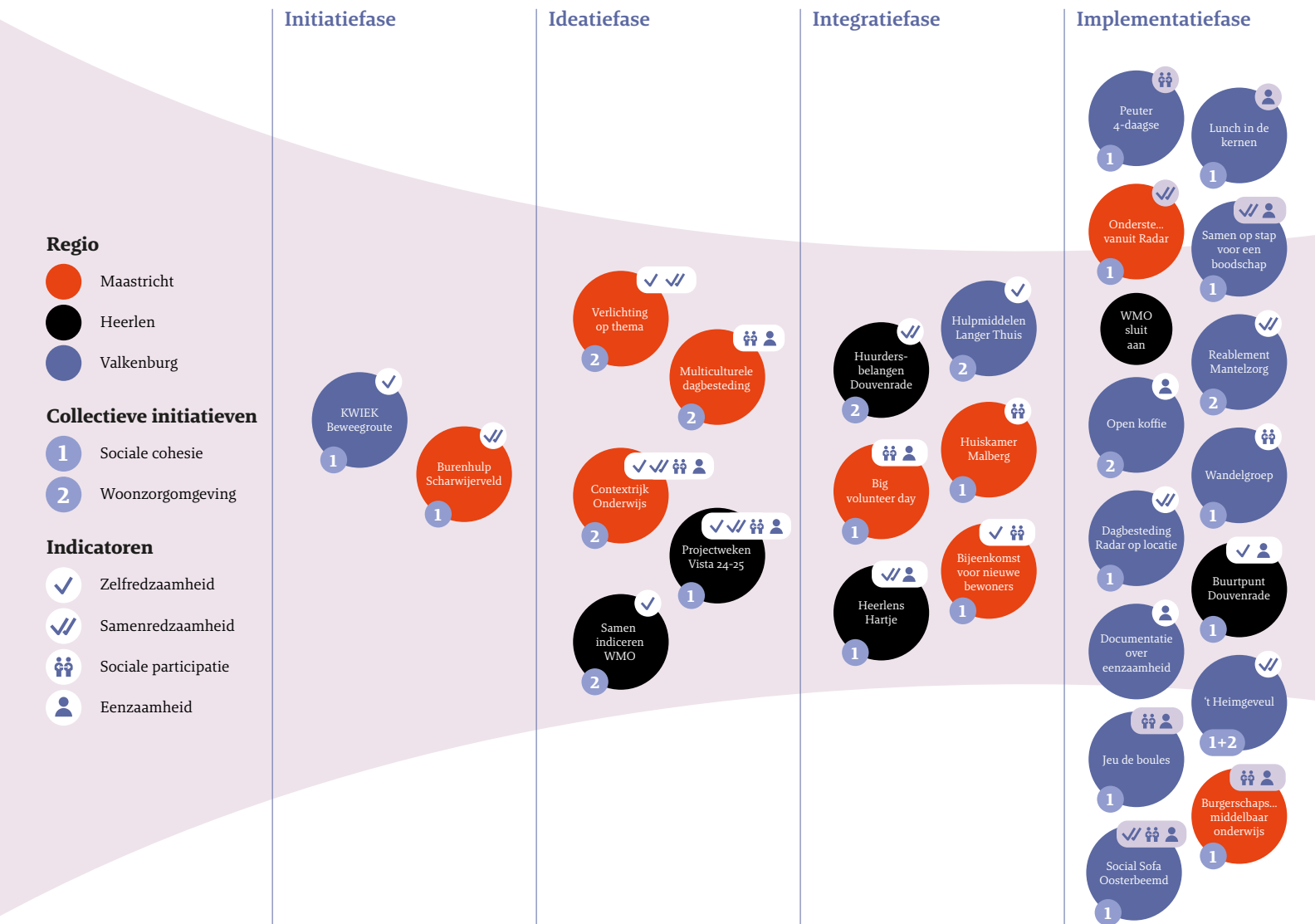
Gedurende de looptijd van het project is de Community Care beweging aanzienlijk uitgebreid. Steeds meer stakeholders in de regio hebben zich aangesloten of raakten op de hoogte van het initiatief, wat tevens resulteerde in een toegenomen communicatiebehoefte. Naast de uitvoering van het project werd het projectteam door organisaties en financiers regelmatig gevraagd om te communiceren over de voortgang. Ook binnen de interne organisatie nam de vraag naar betrokkenheid toe, aangezien deze steeds belangrijker werd bij het ontwikkelen van Community Care-initiatieven. Verschillende interne diensten, zoals Kwaliteit en Veiligheid, Facilitair, Finance & Control en Vastgoed, werden frequent ingeschakeld om de nieuwe manier van werken en het faciliteren van wijkinitiatieven te ondersteunen. Deze werkwijze vereist niet alleen extra capaciteit, maar ook sturing van de interne organisatie. De omvang en complexiteit van het project is gaandeweg meer toegenomen waardoor het steeds moeilijker wordt om de coördinatie binnen de reguliere projectorganisatie te behouden. Hierdoor is besloten om intern de stap van project naar een programma te maken, onder leiding van nieuw te werven programmamanager. Het project wordt volgens de eerdere kaders opgeleverd en om de continuïteit en verdere ontwikkeling van de beweging effectief te waarborgen wordt vanaf medio 2024 begin 2025 gestart met het programma.

Regionale opschaling platform Community Care Zuid-Limburg

Door de groeiende omvang van het Community Care project ontstond de behoefte om een platform te ontwikkelen dat zowel interne als externe stakeholders in staat stelt zich aan te sluiten en op de hoogte te blijven van de laatste ontwikkelingen. Het platform is opgezet om te voldoen aan de toenemende behoeften die voortkwamen uit de groei van het project en de belangstelling vanuit diverse regio's, met name binnen Zuid-Limburg, maar ook daarbuiten. Sevagram heeft besloten om een regionaal platform te creëren als een centraal punt voor stakeholders om informatie te delen, verbindingen te leggen en gezamenlijk te werken aan de doelstellingen van Community Care Zuid-Limburg. Het platform biedt stakeholders niet alleen toegang tot lopende initiatieven, maar stelt hen ook in staat om zelf te communiceren over hun eigen activiteiten, wat de samenwerking vergemakkelijkt en de efficiëntie bevordert. In eerste instantie werd de ontwikkeling van dit platform met enige scepsis ontvangen, aangezien het niet gebruikelijk is voor een zorgorganisatie om een dergelijk platform te initiëren, vooral omdat Sevagram traditioneel gericht is op intramurale zorg en geen directe rol speelt in de wijk. Desondanks werd het belang van communicatie in een project van deze omvang steeds duidelijker. Aangezien het Community Care concept breed erkend wordt als een relevante benadering voor veel stakeholders, zowel lokaal als landelijk, was het noodzakelijk om een platform te bieden dat voldoet aan de behoefte aan transparantie en verbinding.

Initiatieven in de proeftuinen

Tijdens het project zijn er veel initiatieven ontwikkeld of hebben er activiteiten plaatsgevonden om er voor te zorgen dat ouderen langer met kwaliteit van leven thuis kunnen blijven wonen. Activiteiten en initiatieven zijn gericht op het verbeteren van de zelfredzaamheid, samenredzaamheid, sociale participatie en/of eenzaamheid (zoals beschreven in hoofdstuk 2). Alle initiatieven die tijdens het project geïmplementeerd zijn of geïmplementeerd worden zijn weergegeven in de funnel (zie afbeelding 7)¹⁸. In deze paragraaf belichten we twee initiatieven vanuit de respectievelijke proeftuinen Maastricht-West, Valkenburg-Oost en Heerlen (Douvenrade) die kenmerkend zijn voor de Community Care beweging. Voor een compleet beeld verwijzen we naar de funnel op de Community Care website.



Afbeelding 7: Funnelweergave Community Care

18 <https://www.communitycarezuidlimburg.nl/initiatieven>

Proeftuin Maastricht-West

Een belangrijk aspect van de proeftuin Maastricht is de aanwezigheid van zorgcentrum Scharwyerveld. Zorgcentrum Scharwyerveld heeft een groot Atrium waar activiteiten georganiseerd kunnen worden. Daarnaast zijn er diverse organisaties (sociaal domein, zorg domein, etc.) actief binnen het zorgcentrum waarmee initiatieven ontwikkeld kunnen worden.



Initiatief: Huiskamer Malberg

Het Buurtnetwerk organiseert binnen Scharwyerveld een gezellige huiskamer waar (oudere) wijkbewoners drie keer in de week terecht kunnen om gezellig een kopje koffie te drinken. Het organiseren van de huiskamer was een behoefte van het Buurtnetwerk en is in samenspraak met de coördinator georganiseerd. Het is ook mogelijk om (naar behoefte) een spelletje te doen of aan te sluiten bij de activiteiten die Scharwyerveld te bieden heeft. De huiskamer is drie dagdelen in de week open zijn, en heeft een vrij toegankelijk karakter. De huiskamer Malberg draagt bij aan de sociale cohesie in de wijk en bevordert de sociale participatie. Er wordt voldaan aan de behoefte van (met name de oudere) wijkbewoners van Malberg om een huiselijke en prettige plek te creëren waar zij elkaar kunnen ontmoeten.

Burgerschapsdagen middelbaar onderwijs

Leerlingen van het Bernard Lievegoed College (voorjaar) en Bonnefanten College (najaar) komen naar Scharwyerveld in het kader van burgerschap of een ander gerelateerd vak/thema. Per dagdeel komt een (deel van de) klas, die wordt verdeeld over intramuraal, dagbesteding en extramuraal (zowel groepsactiviteiten als 1-op-1 contact). Het contact tussen leerlingen en ouderen staat centraal, en de leerlingen geven waar mogelijk zelf invulling aan de activiteiten die zij op voorhand hebben voorbereid. Zo worden bewoners van Scharwyerveld en middelbare schoolleerlingen met elkaar in contact gebracht, waarbij ouderen meer en nieuwe sociale contacten aangaan en daarbij een plezierige daginvulling ervaren. De middelbare schoolleerlingen krijgen een eerste kennismaking met de doelgroep ouderen. Het initiatief bevordert de sociale cohesie binnen verschillende generaties (jong en oud), verbetert de sociale participatie en vermindert eenzaamheid.



Proeftuin Valkenburg

Initiatief: Open koffie

Het is een bijeenkomst die vier keer per jaar wordt georganiseerd waarbij de netwerkpartners uit de wijk bestaande of nieuwe initiatieven bespreken die ertoe bijdragen dat thuiswonende ouderen langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. De Open koffie is een moment waarop elke netwerkpartner de initiatieven waar zijn/haar organisatie mee bezig is (vaak wijkgericht) onder de aandacht kan brengen en waar andere partners dan op kunnen aanhaken of gebruik van kunnen maken. De Open koffie verbindt stakeholders met elkaar in de proeftuin. Het doel is om de netwerkpartners uit een bepaald gebied bij elkaar te brengen waardoor ze elkaar én hun werkzaamheden beter leren kennen, zodat zij elkaar weten te bereiken op de momenten dat dit nodig is. De Open koffie is gericht op het verbeteren van de woonzorgomgeving.

Initiatief: Dagbesteding Radar op locatie

Cliënten van Radar ondersteunen bij taken in de gasterie van zorgcentrum Oosterbeemd, zoals het rondbrengen van koffie/thee en helpen bij de afwas. In zorgcentrum Valkenheim ondersteunen ze bij facilitaire zaken op de afdeling zoals het rondbrengen van de etenskarren en het opruimen van de boodschappen. Dit initiatief is een goed voorbeeld van domein-overstijgende samenwerking. Cliënten van Radar zijn zeer betrokken medewerkers en ondersteunen Sevagram bij taken zodat zorgverleners ontlast worden. Hierdoor kunnen zorgmedewerkers zich beter richten op zorggerichte taken. Cliënten van Radar hebben op deze manier een zinvolle dagbesteding en voelen zich gewaardeerd. Het initiatief richt zich op samenredzaamheid en sociale cohesie.

Proeftuin Heerlen (Douvenrade)

Initiatief: Buurtpunt Douvenrade

In de Corridorflat van Douvenrade (wijk Caumerveld-Douvenweien) is een gasterie in beheer van Sevagram. In deze gasterie vinden activiteiten plaats voor de thuiswonende senioren in het gebied Douvenrade. De activiteiten zijn veelal bedacht en georganiseerd door twee enthousiaste gastvrouwen en hebben vooral vermaak en ontmoeten als centraal thema. Vragen van senioren op het vlak van wonen, zorg en levensfaseproblematiek blijven vaak onderbelicht tijdens ontmoetingen in de gasterie. Vanuit de Community Care beweging creëerden ketenpartners Sevagram, Meander en Standby een wekelijks inlooppunt op deze locatie. Het inlooppunt vindt iedere donderdagmiddag plaats en wordt bemand door twee buurtcoördinatoren van Meander. Senioren kunnen bij hen terecht met de meest uiteenlopende vragen. Hierdoor krijgen de betrokken buurtcoördinatoren goed zicht op welke vragen en onderwerpen er leven onder de bezoekers van het inlooppunt. In periodieke overleggen tussen de Coördinator Community Care, de buurtcoördinator Meander en de opbouwwerker van Standby wordt aan de hand van de behoeftes van senioren verder aanbod afgestemd. Vanuit deze beweging worden er inmiddels beweeggroepen gestart, maar vinden ook informatieve bijeenkomsten plaats. Ook bewoners uit de wijken Heerlen-Centrum en Welten zijn welkom in dit buurtpunt. De buurtbus van Standby brengt wijkbewoners van en naar buurtpunten zoals die van Douvenrade. Er wordt gestreefd naar een zoveel mogelijk afwisselend aanbod in de

verschillende Heerlense buurtcentra om zodoende ontmoeting buiten de grenzen van een wijk te stimuleren. Het domeinoverstijgend samenwerken en het creëren van een dynamisch aanbod voor senioren maakt dit buurtpunt uniek. Vanuit het opgebouwde netwerk van de betrokken ketenpartners worden snel en effectief korte en structurele samenwerkingen gerealiseerd met andere ketenpartners. De thuiswonende senior wordt zodoende optimaal gehoord in de vragen en behoeftes die op zijn of haar pad komen. Het initiatief is erop gericht om de sociale cohesie binnen de proeftuin te verbeteren en de zelfredzaamheid en eenzaamheid positief te beïnvloeden.

Initiatief: Wmo sluit aan

Het Buurtpunt Douvenrade is in mei 2023 officieel geopend door de deelnemende partijen Sevagram, Meander en Standby. Veel voorkomende vragen van wijkbewoners hebben betrekking op zorg en voorzieningen. Men vraagt zich af welke zorg, producten en diensten beschikbaar zijn zodra hun levenspad dit vereist en hoe hierop aanspraak te maken is. Vanuit deze opgehaalde behoefte is overlegd met gemeente Heerlen (Wmo) en besloten om bij wijze van proef wekelijks een Wmo-consulent (verbonden aan het gebied) aan te laten sluiten bij de inloop. Deze consulent krijgt zodoende zicht op de burgers vóóordat zij een actieve hulpvraag hebben. De burgers krijgen informatie en advies over de Wmo en het voorliggend veld. Met name de kennis van de Wmo-consulent over dit voorliggend veld is van groot belang om mensen proactief te begeleiden naar een passend – vaak gemeenschappelijk voordeliger – aanbod. Het initiatief draagt bij aan het optimaliseren van de woonzorgomgeving en verbeteren van de zelfredzaamheid.

4. Onderzoek

De gehele onderzoeksrapportage, uitgevoerd door Zuyd Hogeschool en Universiteit Maastricht, is in zijn geheel gepositioneerd binnen dit document.

**Een onderzoek naar
samenwerking,
lokale initiatieven en
populatiemonitoring
in een wijkgerichte
aanpak**

Zuyd
Hogeschool **ZU
YD**

 Maastricht University

 Sevagram

Colofon

De beschreven deelstudies in dit rapport zijn opgezet en uitgevoerd door onderzoekers van Zuyd Hogeschool en Universiteit Maastricht, in opdracht van Sevagram. Het rapport is gezamenlijk opgesteld door onderstaande onderzoekers. Daarbij zijn deelstudies 1 en 2 door onderzoekers van Zuyd Hogeschool uitgevoerd en gerapporteerd en deelstudie 3 door onderzoekers van Universiteit Maastricht.

Stan Vluggen | Zuyd Hogeschool, lectoraat Wijkgerichte Zorg
Sarah Willard | Zuyd Hogeschool, lectoraat Wijkgerichte Zorg
Stephanie Cornips | Zuyd Hogeschool, lectoraat Wijkgerichte Zorg
Anne van den Bulck | Universiteit Maastricht, Academische Werkplaats Duurzame Zorg (AWDZ)
Arianne Elissen | Universiteit Maastricht, Academische Werkplaats Duurzame Zorg (AWDZ)
Joana Schraft | Zuyd Hogeschool, lectoraat Wijkgerichte Zorg en Universiteit Maastricht,
Academische Werkplaats Duurzame Zorg (AWDZ)
Erik van Rossum | Zuyd Hogeschool, lectoraat Wijkgerichte Zorg

1. Inhoud

Samenvatting	39
1. Introductie	42
1.1 Aanleiding	42
1.2 Community Care	42
1.3 Onderzoek naar Community Care	44
2. Methoden	47
2.1 Deelstudie 1: Samenwerken tijdens de initiatiefase van Community Care	47
2.2 Deelstudie 2: initiatieven gericht op zelfredzaamheid, samenredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid	49
2.3 Deelstudie 3: meten van relevante indicatoren op populatieniveau	51
2.4 Tijdsplanning en samenhang tussen de deelstudies	54
3. Resultaten	55
3.1 Deelstudie 1: samenwerken tijdens de initiatiefase van Community Care	55
3.2 Deelstudie 2: initiatieven gericht op zelfredzaamheid, samenredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid	65
3.3 Deelstudie 3: meten van de indicatoren op populatieniveau	98
4. Discussie	112
4.1 Belangrijkste bevindingen	112
4.2 Reflectie op gehanteerde methoden en bevindingen	113
4.3 Aanbevelingen	117
5. Referentielijst	119
6. Bijlagen	123
Bijlage 1: interviewgide deelstudie 1	123
Bijlage 2: momentopname Valkenburg project Community Care	124

Samenvatting

Achtergrond en vraagstelling

De ouderenzorg staat onder druk, onder meer doordat het aantal ouderen met complexere zorgvragen stijgt terwijl er krapte op de arbeidsmarkt is. In dit licht wordt gestreefd om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen en hun beroep op professionele ondersteuning te reduceren. Dit vereist nieuwe en meer integrale vormen van zorg en ondersteuning op lokaal niveau, en versterking van het informele en formele netwerk rond ouderen. Dit wordt ook wel omschreven als gemeenschapszorg, oftewel Community Care.

Sevagram, een organisatie voor ouderenzorg in Zuid-Limburg, heeft in 2022 het initiatief genomen om in haar werkgebied deze Community Care samen met ketenpartners te versterken. De Community Care beweging beoogt om opnamen van ouderen in intramurale voorzieningen te vertragen én een positieve impact op de levenskwaliteit van kwetsbare ouderen te realiseren. Om dit doel te bereiken worden in netwerkverband wijkinitiatieven ontwikkeld op vier onderling samenhangende indicatoren: zelfredzaamheid, samenredzaamheid, sociale cohesie en eenzaamheid.

Er is gekozen voor een gefaseerde aanpak met een start in drie proeftuinen in Heerlen, Valkenburg en Maastricht. In elke proeftuin is vanuit Sevagram een Coördinator Community Care aangesteld die als verbinder mensen en organisaties samenbrengt, zoals buurtbewoners en zorg- en welzijnsorganisaties, om gezamenlijk in te spelen op de behoeften van de wijk.

De opstart en eerste ervaringen met dit Community Care initiatief zijn in 2023 en 2024 in een begeleidend onderzoek gevolgd. Er zijn drie gelieerde deelstudies uitgevoerd naar de volgende vragen:

1. Hoe verloopt de samenwerking tussen de ketenpartners in de startfase?
2. Welke concrete initiatieven worden er samen opgepakt en wat zijn daarin de eerste ervaringen (en waar mogelijk effecten)?
3. Hoe kunnen op de langere termijn de centrale indicatoren op wijkniveau goed gemonitord worden?

Om praktische redenen lag de focus in deze deelstudies op Valkenburg als één van de proeftuinen.

Onderzoeksmethoden

Voor de deelstudie naar de samenwerking tussen ketenpartners zijn semi-gestructureerde interviews met directeuren en bestuurders van acht partnerorganisatie uitgevoerd. Deze keuze is gemaakt om zicht te krijgen op hoe men vanuit strategisch oogpunt in de opstartfase naar de onderlinge samenwerking keek in een bredere wijkaanpak als Community Care. Dit betrof twee welzijnsorganisaties, twee zorgorganisaties, een gemeente, de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD), een woningcorporatie en de seniorenraad.

Daarnaast is in deze deelstudie bij de drie Community Care Coördinatoren een focusgroep-

interview afgenomen dat in het teken stond van hun ervaringen met het initiëren van concrete activiteiten met ketenpartners.

In de tweede deelstudie heeft eerst een identificatie en beschrijving plaatsgevonden van alle reeds lopende en nieuw ontwikkelde Community Care initiatieven. Vervolgens is in overleg met Sevagram een selectie van deze initiatieven gemaakt, die diepgaander gemonitord en geëvalueerd werden. Daarvoor is gebruik gemaakt van het Medical Research Council (MRC) Framework, waarbij de focus gelegd werd op het verzamelen van gegevens over de inhoud van het initiatief, de acceptatie en implementatie ervan, de ervaringen van ouderen en betrokken professionals, en waar mogelijk de ervaren meerwaarde. Er zijn in totaal zeven initiatieven opgevolgd. Op maat werden steeds passende vormen van gegevensverzameling gekozen (individuele of groepsinterviews, schriftelijke evaluatie, et cetera).

Voor de derde deelstudie, gericht op een format voor het meten van relevante indicatoren van Community Care op populatieniveau, werd een combinatie van deskresearch en kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Openbaar beschikbare databronnen, instrumenten en methodieken om gegevens over de centrale indicatoren (zoals zelfredzaamheid) te verzamelen zijn in kaart gebracht. Daarnaast werden drie groepsinterviews uitgevoerd met projectleiders en Community Care Coördinatoren van Sevagram om goed zicht te krijgen op hun monitoringsbehoeften. Ook zijn externe experts gevraagd om te reflecteren op de kwaliteit van de data-opties (epidemiologen van GGD Zuid-Limburg) en de mogelijkheden om beschikbare data te integreren in een Community Care dashboard (software engineer).

Resultaten

De interviews naar de samenwerking tussen Sevagram en haar ketenpartners in de beginfase van Community Care laten een positieve waardering voor het gedachtegoed en Sevagrams initiatief daarin zien. Alle partijen kunnen zich goed vinden in de hoofddoelen en het hiervoor creëren van versterkte ondersteuningssystemen op wijkniveau. De samenwerking op wijkniveau wordt soms bemoeilijkt door bestaande regelgeving en financiering van zorg en ondersteuning. Ook wordt nog een kloof ervaren tussen beleid en ambities aan de ene kant en de praktische uitvoerbaarheid aan de andere kant. Professionals in de wijk moeten volgens de geïnterviewde directeuren en bestuurders voldoende handelingsruimte en vertrouwen krijgen om nieuwe en meer integrale vormen van wijkondersteuning te realiseren. Continuïteit in bemensing is daarbij ook van belang, zodat opgebouwde kennis en netwerken in de wijk niet verloren gaan. De drie coördinatoren in de pilotgebieden vinden hun rol essentieel bij het initiëren van Community Care activiteiten in de wijk. Zij geven aan de benodigde samenwerking te kunnen stimuleren. In de loop van de tijd aangescherpte opdrachtvaarders blijken behulpzaam te zijn bij het ontwikkelen van initiatieven.

De geïdentificeerde wijkinitiatieven zijn door de projectleiding van Sevagram volgens een vast format beschreven en in een vrij toegankelijke online Innovatie Funnel ondergebracht (<https://strategie.sevagram.nl/community-care>). Deze funnel omvat inmiddels bijna 30 wijkinitiatieven, verspreid over de drie proeftuinen. De zeven initiatieven in Valkenburg die nader gevolgd zijn betreffen: Reablement scholingsprogramma's (speciaal voor thuiszorgmedewerkers en mantelzorgers), een valpreventieprogramma, een publiekscampagne over beschikbare hulpmiddelen (Campagne Hulpmiddelen Langer Thuis), themabijeenkomsten voor mantelzorgers ('t Heimgeveul), een boodschappenservice en een film over eenzaamheid (Omkijken naar elkaar). Deze initiatieven zijn veelal met Sevagram als partner of initiator

ontplooid. Ze kennen een sterke variatie in opzet, onderbouwing en betrokkenheid van partners. Ook zijn ze overwegend aanbodgericht en vaak gestart zonder scherpe succescriteria en een borgingsplan. De gemonitorde initiatieven zijn gedegen geïmplementeerd en worden over het algemeen goed ontvangen door de ouderen die er gebruik van maken (en waar van toepassing hun naasten). Gedurende de onderzoeksperiode waren de initiatieven nog te kleinschalig om goed onderbouwde uitspraken te kunnen doen over hun impact op de doelgroep en de Community Care doelen. Voor enkele initiatieven konden wel eerste indicaties van impact opgeleverd worden en die waren positief voor bijvoorbeeld het reablement scholingsprogramma voor professionals en de valpreventie aanpak.

Voor het meten van de vier kernindicatoren zijn twee beschikbare monitors geïdentificeerd die informatie bevatten over deze indicatoren op wijkniveau: de Gezondheidsatlas Zuid-Limburg van GGD Zuid-Limburg en de Buurtatlas van RIVM. Beide monitors baseren hun informatie op gegevens die verzameld zijn met de vragenlijst Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen, die eens in de vier jaar wordt afgenomen. De Gezondheidsatlas is, mede vanwege hogere nauwkeurigheid, als startpunt genomen voor de verdere operationalisering van de indicatoren. Als vervolgstap is een op de gemeente Valkenburg toegespitste momentopname gemaakt om de huidige situatie op de vier indicatoren aan te geven. Dit vormt een goede basis voor een te ontwikkelen Community Care dashboard dat de komende jaren ingezet kan gaan worden.

Conclusies en aanbevelingen

Dit onderzoek laat zien dat Sevagram op een goed moment het initiatief heeft genomen voor een Community Care beweging in Zuid-Limburg. De ambities en het gedachtegoed worden gedragen door de partnerorganisaties in de regio, en ze passen goed in het landelijke beleid en de wensen van de meeste ouderen om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen. Het laat ook zien dat het complex en tijdrovend is om een dergelijke beweging goed van de grond te krijgen. Dat impliceert dat er een langere tijd (en meer data) nodig is om goed zicht te krijgen op de impact van deze beweging.

De in dit rapport geschetste ervaringen in de eerste twee jaar kunnen gebruikt worden voor de doorontwikkeling van Community Care. Daarnaast kunnen partners in het netwerk baat hebben bij:

- Het gezamenlijk doorontwikkelen van een gedeelde visie op optimale gemeenschapszorg, en een routekaart voor de implementatie van die visie.
- Het actief betrekken van burgers bij het opstellen van deze visie en het ontwikkelen en uitvoeren van wijkinitiatieven.
- Het stringenter beoordelen van huidige en nieuwe initiatieven op passendheid binnen bredere strategische doelen, en deze bij geschiktheid voorzien van een duidelijk opschalings- en verduurzamingsplan.
- Het zoeken naar synergie met aanverwante regionale programma's of plannen rond integrale wijkondersteuning (onder meer enkele IZA-transformatieplannen).
- Het creëren van meer handelingsvrijheid en experimenteeruimte (met bijbehorende flexibele financiering) voor professionals in de wijk.
- Het kiezen voor zo betrouwbaar mogelijke data voor de monitoring van de impact van relevante Community Care indicatoren.

1. Introductie

1.1 Aanleiding

Demografische verschuivingen, krapte op de arbeidsmarkt en de groeiende complexiteit en zwaarte van zorgvragen brengen grote sociaal-maatschappelijke en financiële uitdagingen mee voor de ouderenzorg. De beschikbare intramurale zorgcapaciteit in Zuid-Limburg zal onvoldoende zijn om de complexe zorgvragen van de groeiende groep ouderen op te vangen. Daarnaast uiten ouderen steeds duidelijker hun wensen en behoeften. Kernwaarden zoals eigen regie, zingeving en zo lang mogelijk thuis blijven wonen in de vertrouwde buurt staan hierbij centraal. Dit sluit onder meer aan bij het overheidsprogramma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) uit 2022, waarin ‘zoveel mogelijk zelf, thuis en met digitale ondersteuning’ gestimuleerd wordt. Mantelzorg en familieparticipatie worden steeds vaker genoemd als basis van (informele) zorg, waarbij professionele zorg en mantelzorg elkaar versterken. Dit zet aan tot anders denken en doen en vraagt om innovatieve oplossingen.

De ambitie om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen vraagt om nieuwe vormen van samenwerking en zorgverlening op lokaal niveau: oftewel gemeenschapszorg. Deze benadering versterkt onderlinge zorg binnen de gemeenschap en bevordert een netwerk van formele en informele zorgverleners die samen een ondersteunende rol kunnen spelen. Een nauwe afstemming tussen organisaties, (in)formele zorg- en welzijnsprofessionals en ouderen is hierbij van cruciaal belang om een effectief en duurzaam zorgnetwerk te realiseren. De vraag hoe organisaties deze vorm van gemeenschapszorg kunnen faciliteren, is daarom urgent geworden. Om hieraan bij te dragen, investeert zorgorganisatie Sevagram sinds 2022 in de ontwikkeling en implementatie van Community Care. Dit met als doel om opnamen in intramurale voorzieningen te vertragen én een positieve impact op de levenskwaliteit van kwetsbare ouderen in Zuid-Limburg te realiseren door de samenwerking binnen de zorg- en welzijnssector te versterken en de sociale structuren in buurten te verstevigen.

1.2 Community Care

Een andere fysieke en sociale inrichting van woningen en wijken om langer zelfstandig te wonen en betere participatie mogelijk te maken is in de visie van Sevagram nodig om tegemoet te komen aan de genoemde maatschappelijk en financiële uitdagingen. Hierbij is het uiteindelijke doel om samen met ketenpartners, mantelzorgers en familie – over de domeinen heen – een beweging in te zetten die ernaar streeft om kwetsbare ouderen langer thuis te laten wonen met een goede kwaliteit van leven, en daarmee intramurale opnamen met gemiddeld 8 tot 12 maanden vertraagt: de Community Care aanpak. Sevagram en haar ketenpartners willen de wijk ondersteunen bij het herontwerpen en organiseren van zorg- en welzijnsinitiatieven door de sociale cohesie in de wijk te verbeteren en een nieuwe (woon)zorgomgeving met voldoende en juiste voorzieningen te realiseren. Dit vraagt om een accentverschuiving van het verlenen van zorg en welzijn aan het individu naar gezamenlijke (netwerk)zorg en ondersteuning in en

met de wijk. Kortom, Sevagram wil er samen met andere organisaties in de wijk voor zorgen dat ouderen de juiste ondersteuning krijgen, op de plek waar zij zich het meest op hun gemak voelen en waar de zorg het beste past.

Om het primaire doel van deze Community Care aanpak te behalen (het vertragen van intramurale opnamen, met behoud van een goede kwaliteit van leven) wordt – gevoed door eerder onderzoek op dit terrein – vooral ingezet op het beïnvloeden van de sociale cohesie en een goede woonzorgomgeving. In afstemming met alle actoren worden concrete al bestaande en nieuwe initiatieven gekoppeld aan de volgende vier indicatoren: zelfredzaamheid, samenredzaamheid, sociale cohesie en eenzaamheid. De definities van deze indicatoren zijn door Sevagram als volgt geformuleerd (zie tekstbox 1.1):

Zelfredzaamheid

Zelfredzaamheid kan vanuit twee invalshoeken worden bekeken. De eerste benadering sluit aan bij het concept van positieve gezondheid. Hier draait het om het behouden of ontwikkelen van veerkracht om met levensuitdagingen om te gaan. In deze context ligt de nadruk op zelfmanagement en het versterken van eigen regie en empowerment. De tweede benadering richt zich specifiek op de praktische kant van zelfstandig wonen, vooral bij ouderen. Het gaat om het vermogen om belangrijke dagelijkse activiteiten zelfstandig uit te voeren, zoals boodschappen doen, zich binnen- en buitenshuis verplaatsen, en persoonlijke verzorging.

Samenredzaamheid

Samenredzaamheid verwijst naar de mate waarin mensen zichzelf kunnen redden met hulp van hun sociale netwerk. Het gaat om het gezamenlijke vermogen om activiteiten en taken uit te voeren die normaal gesproken zonder professionele hulp worden gedaan. Denk hierbij aan zorg en ondersteuning vanuit mantelzorg, informele hulp zoals burenhulp, en georganiseerd vrijwilligerswerk, zoals buurthulp.

Sociale participatie

Sociale participatie omvat twee belangrijke aspecten: de mate waarin mensen deelnemen aan sociale activiteiten en de mate van betrokkenheid bij de samenleving als burger. Veel onderzoek toont aan dat sociale participatie een positief effect heeft op hoe mensen hun gezondheid en welzijn ervaren. Met andere woorden: actief deelnemen aan sociale activiteiten draagt bij aan een betere gezondheid en een groter gevoel van welbevinden.

Eenzaamheid

Eenzaamheid is een veelvoorkomend probleem onder ouderen in Nederland. Volgens recente gegevens voelde in 2022 ongeveer 9% van de mensen van 75 jaar en ouder zich ernstig eenzaam, terwijl 34% zich matig eenzaam voelde. Onder bewoners van verpleeghuizen was het percentage nog hoger: in 2018 voelde 54% van hen zich eenzaam. Eenzaamheid kan iedereen treffen en kent uiteenlopende oorzaken. Binnen de Community Care aanpak wordt gebruikgemaakt van de meest gangbare definitie van eenzaamheid in Nederland: het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (de kwaliteit van) bepaalde sociale relaties.

Tekstbox 1.1 Definities van de indicatoren voor Community Care zoals geformuleerd door Sevagram

Bovenstaande indicatoren kunnen worden samengevat in onderstaand framework voor Community Care, zie afbeelding 1.2.



Afbeelding 1.2 Framework Community Care van Sevagram

Binnen de Community Care aanpak heeft Sevagram ervoor gekozen om eerst, in afstemming met betrokken partijen, bestaande initiatieven te identificeren die gericht zijn op de vier centrale indicatoren. Daarnaast zijn, waar nodig, nieuwe initiatieven gestart, soms door Sevagram zelf en soms in samenwerking met andere organisaties. Om te bepalen of de Community Care beweging in de praktijk te realiseren is, heeft Sevagram ervoor gekozen om de aanpak eerst te starten in drie pilotwijken (proeftuinen) in Zuid-Limburg: Heerlen, Valkenburg aan de Geul en Maastricht.

In elke proeftuin heeft Sevagram een Coördinator Community Care aangesteld. Deze coördinatoren werken in de wijk als verbinder en brengen mensen en organisaties samen, zoals buurtbewoners, zorginstellingen en andere partners, om gezamenlijk in te spelen op de behoeften van de wijk. Ze gaan in gesprek met betrokkenen en organiseren activiteiten. De coördinatoren nemen het voortouw in het opzetten van concrete initiatieven die bijdragen aan de vier genoemde indicatoren.

1.3 Onderzoek naar Community Care

Omdat er nog weinig (lokale) kennis beschikbaar is over hoe een aanpak zoals Community Care in de praktijk te brengen, wilde Sevagram dit vanaf de start monitoren en evalueren. Op die manier kunnen ervaringen en geleerde lessen gebruikt worden in andere wijken waar Community Care wordt opgestart. De hoofdvraag van Sevagram luidde: "Hoe kunnen we de Community Care beweging op gang brengen, zodat uiteindelijk kwetsbare ouderen langer

zelfstandig thuis kunnen blijven wonen?” De gedachte hierbij is dat het versterken van de zelfredzaamheid en sociale betrokkenheid van ouderen, het bevorderen van onderlinge hulp en het verminderen van eenzaamheid bijdragen aan een betere levenskwaliteit en uitstel van intramurale opnamen. Sevagram heeft daarom het lectoraat Wijkgerichte zorg van Zuyd Hogeschool de opdracht gegeven hier onderzoek naar te doen. Voor dit onderzoek werd gekozen om de focus te leggen op het volgen van de initiatiefase van Community Care om zicht te krijgen op de eerste ervaringen en mogelijkheden tot het (op populatieniveau) monitoren van de initiatieven gericht op de vier belangrijkste indicatoren. Hiervoor zijn de volgende drie deelstudies uitgevoerd:

1.3.1

Deelstudie 1: samenwerken tijdens de initiatiefase van Community Care

De eerste deelstudie richtte zich op het onderzoeken van de samenwerking tussen ketenpartners binnen de Community Care aanpak tijdens de opstartfase. Goed inzicht in de factoren die de lokale samenwerking beïnvloeden, kan gebruikt worden om de Community Care beweging verder te versterken. Wanneer belemmerende factoren, zoals communicatieproblemen of verschillende verwachtingen tussen ketenpartners bekend zijn, kunnen deze worden aangepakt. Tegelijkertijd kunnen bevorderende factoren, zoals een gedeelde visie of goed onderling vertrouwen, worden versterkt. Dit leidde tot de volgende onderzoeksvragen voor deelstudie 1:

- > **Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren in samenwerking tussen Sevagram en ketenpartners in Community Care?**
- > **Welke factoren beïnvloeden het initiëren van concrete activiteiten in de Community Care beweging?**

1.3.2

Deelstudie 2: initiatieven gericht op zelfredzaamheid, samenredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid

Deze deelstudie richt zich op de bestaande of door Sevagram geïnitieerde initiatieven binnen de wijk, gerelateerd aan de indicatoren zelfredzaamheid, samenredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid. Om redenen van haalbaarheid werd deze deelstudie afgebakend tot een van de drie proeftuinen, namelijk Valkenburg aan de Geul (“Valkenburg” in de verdere rapportage). Om een goed beeld te krijgen van het aanbod, de implementatie, effecten en ervaringen van betrokkenen stonden de volgende drie vragen centraal:

1. Wat zijn kenmerken van de initiatieven, wie is de doelgroep en wie is bereikt?
2. Wat zijn – wanneer meetbaar – de effecten en haalbaarheid van collectieve initiatieven?
3. Hoe ervaren betrokkenen (de uitvoerbaarheid van) de collectieve initiatieven en de meerwaarde op samenredzaamheid, zelfredzaamheid, participatie en eenzaamheid?

1.3.3

Deelstudie 3: meten van de indicatoren op populatieniveau

Omdat Community Care zicht richt op het wijkniveau, is het van belang om ook de impact van initiatieven op dat niveau (i.e. het populatieniveau) te monitoren. Daarvoor zijn domeinoverstijgende data nodig, over langere periode en op verschillende niveaus, om goed inzicht te verkrijgen in relevante indicatoren, zoals samenredzaamheid en sociale cohesie, en de trends daarin. Steeds meer zorgaanbieders werken datagedreven: zij gebruiken routinematig verzamelde cliëntgegevens, bijvoorbeeld om zorg beter af te stemmen op

behoefden van cliënten en efficiënter te werken. In sommige regio's in Nederland, waaronder de regio Den Haag, worden dergelijke data door zorgverleners ook al bij elkaar gebracht in een domein-overstijgende data-infrastructuur (Ardesch et al., 2023). Sociale en publieke data op het niveau van de individuele inwoner worden daar gekoppeld binnen de Remote Access omgeving van het CBS. Dit maakt het mogelijk om veranderingen in de socio-economische- en gezondheidskenmerken van wijken in Den Haag over de tijd in kaart te brengen, de effecten van (Community Care-achtige) interventies op wijkniveau te monitoren en op basis daarvan bij te sturen. Ook in de regio Zuid-Limburg zijn er initiatieven om een domeinoverstijgende data-infrastructuur voor zorg en welzijn op te starten (Geurten, 2024).

Met de Community Care beweging hoopt Sevagram veranderingen teweeg te brengen op de vier centrale indicatoren. Om inzicht te krijgen in deze veranderingen door de implementatie van Community Care (in eerste instantie toegespitst op de gemeente Valkenburg), dient er monitoring plaats te vinden. Het is op dit moment niet bekend hoe deze vier indicatoren gemeten kunnen worden. Daarom is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

- > **Hoe kunnen indicatoren voor samenredzaamheid, zelfredzaamheid, sociale participatie, en eenzaamheid gemeten worden op populatieniveau ten bate van monitoring van Community Care?**

Voor deze deelstudie heeft Zuyd Hogeschool onderzoekers van de Academische Werkplaats Duurzame Zorg (AWDZ) van Universiteit Maastricht benaderd. Zij hebben expertise op het gebied van populatiemanagement en verscheidene onderzoeken uitgevoerd in relatie tot het meetbaar maken van indicatoren.

1.4 Leeswijzer

Deze rapportage is opgebouwd rond de drie deelstudies in het onderzoek. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de specifieke methoden die per deelstudie zijn toegepast, met aandacht voor de onderzoeksopzet, dataverzameling en analyse. In hoofdstuk 3 worden vervolgens de resultaten per deelstudie in chronologische volgorde gepresenteerd. Achtereenvolgens betreft dit deelstudie 1: *Samenwerken tijdens de initiatiefase aan Community Care (paragraaf 3.1)*, deelstudie 2: *Initiatieven gericht op zelfredzaamheid, samenredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid (paragraaf 3.2)*, en deelstudie 3: *Metten van relevante indicatoren op populatieniveau (paragraaf 3.3)*. In hoofdstuk 4 worden de belangrijkste resultaten uit de deelstudies samengevat en bediscussieerd, en worden aanbevelingen gedaan voor de verdere doorontwikkeling en implementatie van de Community Care beweging.

2. Methoden

In dit hoofdstuk worden de gehanteerde onderzoeksmethoden binnen de drie deelstudies beschreven. Achtereenvolgens betreft dit: 1) samenwerken tijdens de initiatiefase van Community Care, 2) evaluatie van initiatieven in Valkenburg en 3) het meten van indicatoren op populatieniveau.

2.1

Deelstudie 1: Samenwerken tijdens de initiatiefase van Community Care

Onderzoeksvragen

- Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren in samenwerking tussen Sevagram en ketenpartners in Community Care?
- Welke factoren beïnvloeden het initiëren van concrete activiteiten in de Community Care beweging?

2.1.1. Onderzoeksdesign

Deelstudie 1 werd vormgegeven volgens een Exploratory Descriptive Qualitative design (EDQ) [1]. Het EDQ-ontwerp wordt vooral gebruikt wanneer er nog niet veel bekend is over een bepaald onderwerp. De methode helpt om meer inzicht te krijgen in een situatie door te luisteren naar mensen, hun ervaringen te begrijpen en patronen te ontdekken. Derhalve is dit type onderzoek geschikt om een onderwerp te verkennen en te beschrijven vanuit de ervaringen van mensen zelf, zonder van tevoren veel te voorspellen of vast te leggen. Tevens laat dit ontwerp ruimte voor participanten om bij te dragen aan de ontwikkeling van nieuwe kennis. Aangezien er nog weinig bekend was over het initiëren van en het samenwerken binnen de Community Care beweging bleek dit ontwerp het meest geschikt om de onderzoeksvraag te beantwoorden.

2.1.2. Participanten

De participanten voor de eerste onderzoeksvraag werden geselecteerd via een 'purposeful sampling' methode [1]. Dit betekent dat ze doelgericht en bewust werden gekozen omdat zij over de meest relevante informatie beschikken om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Het projectteam van Sevagram stelde de lijst van gewenste onderzoeksparticipanten samen, omdat zij een goed overzicht hadden van hun netwerk en inzicht in welke ketenpartners al betrokken waren of waardevol konden zijn binnen het kader van Community Care. Daarnaast streefden we, samen met Sevagram, naar deelname van ongeveer acht ketenpartners. De onderzoekers gaven de projectleiding twee selectiecriteria mee:

- > **Er moest sprake zijn van een bestaande of gewenste samenwerking met betrekking tot Community Care.**
- > **De deelnemer moest een strategische, adviserende of bestuurlijke functie hebben (zoals manager, directeur of bestuurder).**

Dit laatste criterium was belangrijk omdat de participanten vanuit een strategische positie inzichten, ervaringen en opvattingen moesten kunnen delen over wat voor hun organisaties mogelijk of belangrijk was in de samenwerking in een bredere wijkaanpak als Community Care.

Voor de beantwoording van de tweede onderzoeksvraag zijn de drie coördinatoren van Sevagram geïnccludeerd. Zij zijn verantwoordelijk voor de implementatie van de Community Care beweging in de drie proeftuinen. De keuze voor deze coördinatoren is gebaseerd op hun uitgebreide ervaring in het stimuleren van samenwerking én het opstarten van initiatieven binnen de proeftuinen in het kader van de Community Care beweging, evenals hun zicht op bevorderende en belemmerende factoren hierin.

2.1.3 Dataverzameling

Tussen mei 2023 en januari 2024 werden semigestructureerde interviews afgenomen bij geselecteerde participanten¹⁹ (i.e. ketenpartners). In de interviews werd de betekenis van Community Care voor de participanten besproken, waarbij zij hun visie op de Community Care beweging deelden. Tevens werd de samenwerking met Sevagram in de beginfase van Community Care besproken.

Meer concreet kwamen de volgende thema's aan de orde (zie bijlage 1 voor de interview guide):

- a. Achtergrond van het samenwerkingsverband (bijv. ontwikkeling en vorming van het initiatief, doel en beoogd resultaat);
- b. Samenwerkende partners (wie zijn betrokken, hoe zijn de rollen en taken verdeeld en hoe is de 'governance' georganiseerd?);
- c. Faciliterende factoren (welke factoren bevorderen en faciliteren de samenwerking en op welke wijze dragen die factoren bij aan het behalen van het gezamenlijke doel?);
- d. Belemmerende factoren (welke factoren belemmeren of stagneren de samenwerking, op welke wijze benadelen die factoren het behalen van het doel?).

Bij de drie coördinatoren werd in juni 2024 een afzonderlijk focusgroepinterview afgenomen dat in het teken stond van hun ervaringen met het opstarten van de Community Care beweging in de proeftuinen. Daarbij werd verder ingezoomd op de bevorderende en belemmerend factoren bij het van de grond krijgen van concrete initiatieven in 'hun wijken'

2.1.4. Dataverwerking- en analyse

De verzamelde data is non-verbatim getranscribeerd en geanalyseerd volgens de principes van een directed content analysis [2,3]. Dit gebeurde met behulp van het softwareprogramma ATLAS.ti. In dit onderzoek is gebruikgemaakt van onderzoekerstriangulatie om de geloofwaardigheid van de kwalitatieve data-analyse te versterken. Dit houdt in dat meerdere onderzoekers onafhankelijk dezelfde data analyseren en interpreteren om vooroordelen en subjectiviteit te

¹⁹ In dit onderzoek was in eerste instantie het streven om in het bijzonder de *bestaande* samenwerkingsverbanden in proeftuin Valkenburg te onderzoeken. Daadwerkelijke samenwerking binnen Community Care was hier echter in de beginfase slechts ten dele gerealiseerd, en daarbij vooral in concrete buurtactiviteiten en niet of nauwelijks op bestuurlijk niveau. Daarom werd in de interviews voor het overgrote deel gesproken over samenwerken in Community Care in het algemeen en slechts beperkt over de specifieke situatie in Valkenburg.

minimaliseren [4]. Bij de presentatie van de bevindingen zijn enkele ondersteunende citaten van participanten minimaal aangepast om de leesbaarheid te verbeteren. Hierbij zijn spreektaal, herhalingen en kleine grammaticale fouten verwijderd zonder de inhoudelijke kern van de uitspraken aan te tasten.

2.2

Deelstudie 2: initiatieven gericht op zelfredzaamheid, samenredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid

Binnen deze deelstudie stonden de volgende onderzoeksvragen centraal:

Onderzoeksvragen

- Welke initiatieven bestaan er die inspelen op de centrale indicatoren in het Community Care framework (samenredzaamheid, zelfredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid) in Valkenburg aan de Geul?
- Wat zijn – voor zover meetbaar – de effecten van een selectie van deze initiatieven?
- Hoe ervaren betrokkenen de uitvoerbaarheid van een selectie van deze initiatieven en de meerwaarde op de centrale indicatoren?

Om antwoord te verkrijgen op deze onderzoeksvragen werd onderscheid gemaakt tussen enerzijds identificeren en beschrijven en anderzijds monitoren en evalueren van initiatieven. Allereerst was Sevagram geïnteresseerd in het sec beschrijven van de initiatieven die reeds werden ontplooid binnen Valkenburg aan de Geul, waar zij in enige zin betrokkenheid bij hebben of initiator van zijn. Concreet zijn daarbij de volgende kenmerken beschreven:

1. Wat is de titel van het initiatief en in welke proeftuin loopt het initiatief?
2. Wat zijn het doel en de doelgroep van het initiatief?
3. Wat is de looptijd van het initiatief?
4. Framework: op welke indicatoren op wijkniveau (sociale cohesie/woon-zorgomgeving) en cliëntniveau (zelfredzaamheid, samenredzaamheid, eenzaamheid, sociale participatie) heeft het initiatief invloed?
5. Wie is de initiator van het initiatief?
6. Wat zijn de inhoud, kenmerken en activiteiten van het initiatief?
7. Welke ketenpartners en stakeholders zijn betrokken bij het initiatief en hoe ziet de samenwerking/rolverdeling eruit? Wie is de initiator?

Daarnaast heeft Sevagram interesse in het nader monitoren en evalueren van een selectie van deze initiatieven. Concreet was belangrijk om zicht te krijgen op de volgende aspecten:

- Wat is het bereik van het initiatief (wie komt erop af)?
- Wat zijn de ervaringen van bereikte mensen/stakeholders?
- Wat is de impact/het effect van het initiatief?
- Hoe verliep de implementatie van het initiatief? Is het initiatief geïmplementeerd zoals gepland (haalbaarheid)?
- Wat faciliteert of belemmert implementatie van het initiatief?

2.2.1 Onderzoeksopzet

De onderzoeksopzet die werd gekozen voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen was een haalbaarheidsstudie (feasibility study). Binnen dit type onderzoek werden de initiatieven allereerst geïdentificeerd en beschreven (onderzoeksvraag 1), waarna een selectie hiervan gemonitord en geëvalueerd werd (onderzoeksvragen 2 en 3). Met betrekking tot onderzoeksvragen 2 en 3 werd op basis van het Medical Research Council (MRC) Framework, specifiek de feasibility-fase (zie afbeelding 2.1), data verzameld over de inhoud, acceptatie, implementatie, impact (effectiviteit), context en ervaringen met het initiatief [1].



Afbeelding 2.1: Medical Research Council Framework

Het framework veronderstelt dat een interventie of initiatief voorafgaand aan de evaluatie- en implementatie op haalbaarheid en effect-indicatie getoetst dient te worden. Dit in navolging van diens ontwikkeling of identificatie. Binnen de onderzoeksopzet van deze studie zijn daarom twee fasen te onderscheiden:

2.2.2 Identificatie en beschrijving

Binnen deze fase werden initiatieven geïdentificeerd en aan de hand van concrete criteria (titel, proeftuin, doel, doelgroep, looptijd, indicator, initiator, inhoud, keten- en samenwerkingspartner) beschreven. Deze fase is op een gedegen manier door de projectleiding en coördinatoren van Sevagram zelf opgepakt, waarbij lopende of geïnitieerde initiatieven gedurende één jaar geïdentificeerd en op gestructureerde wijze beschreven werden in de online innovatie Funnel, zie [Initiatieven: Community Care Zuid-Limburg](#). Binnen deze funnel

worden de initiatieven die in een wijk ontplooid worden, overzichtelijk weergegeven waarbij op proeftuin- en indicatorniveau gefilterd kan worden. Verder kan er een onderscheid worden gemaakt tussen de fasen (initiatiefase, ideatie-fase en integratiefase en implementatiefase) waarbinnen een initiatief zich bevindt.

2.2.3 Monitor en evaluatiefase

Binnen deze fase werd een selectie van initiatieven gemaakt die in de diepte gemonitord en geëvalueerd werden. De selectie omvatte een continu proces en werd in nauwe afstemming met Sevagram gemaakt. Gezien de beschikbare tijd werd een maximum van zeven initiatieven gemonitord en geëvalueerd. Binnen het volgen en evalueren van deze initiatieven werden de onderdelen van de feasibility fase van het MRC-framework als uitgangspunt genomen. Dat kwam neer op het monitoren en evalueren van het 1) implementatieproces (implementatie volgens plan, bereik, ervaringen en acceptatie, 2) de effectiviteit (impact/meerwaarde van het initiatief) en 3) de context (eventuele belemmeringen en facilitators van implementatie). Per geselecteerd initiatief werd een specifieke onderzoeksmethode vormgegeven. Ter illustratie; een eenmalige bijeenkomst gericht op een bepaalde indicator zal een ander evaluatieplan behoeven dan bijvoorbeeld een scholing van meerdere bijeenkomsten over de tijd, gericht op meerdere indicatoren. Binnen de monitorings- en evaluatiefase werden – wanneer mogelijk en toepasbaar – kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden ingezet ten behoeve van evaluatie implementatie en context.

2.2.4 Analyse en rapportage

Aan het eind van de onderzoeksperiode zal de verkregen data uit de monitor- en evaluatiefasen geanalyseerd en gerapporteerd worden. Gezien elk initiatief een eigen onderzoeksmethode kent om ervaringen, effecten en implementatie-indicatoren in kaart te brengen, zal in het resultatenhoofdstuk per deelstudie een beknopte methode-paragraaf worden opgenomen.

2.3 Deelstudie 3: meten van relevante indicatoren op populatieniveau

Onderzoeksvraag

- Hoe kunnen de indicatoren samenredzaamheid, zelfredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid gemeten worden op populatieniveau ten bate van monitoring van Community Care?

2.3.1 Onderzoeksdesign

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag werd een combinatie van deskresearch en kwalitatief onderzoek uitgevoerd met als doel een overzicht te maken van de mogelijkheden om de genoemde indicatoren te meten op populatieniveau in de regio Valkenburg-Oost, specifiek de gemeente Valkenburg aan de Geul. Deskresearch is een onderzoeksmethode

waarbij bestaande informatie wordt gebruikt om een onderzoeksvraag te beantwoorden [1]. Voor deze studie zijn openbaar beschikbare databronnen, instrumenten en methodieken om gegevens over de genoemde indicatoren te verzamelen dan wel steekproefsgewijs te meten in de wijk geïnventariseerd. Daarnaast werden groepsinterviews uitgevoerd met betrokkenen van Community Care bij Sevagram om in kaart te brengen welke monitoringsbehoeften er leven. Door de bevindingen uit deskresearch en interviews te combineren, zijn aanbevelingen geformuleerd voor passende (i.e. zinvolle en haalbare) monitoring van de impact van Community Care op samenredzaamheid, zelfredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid op populatieniveau.

2.3.2 Dataverzameling en analyse

Deskresearch

Via deskresearch is achterhaald in hoeverre, en op welke manier, beschikbare kwantitatieve data (zoals van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en de GGD) benut kan worden om de vier indicatoren structureel te monitoren. In een lopend LIME onderzoek naar Pluswijken (oktober 2023-oktober 2025) is een grootschalige inventarisatie gedaan van beschikbare kwantitatieve data op wijkniveau. Deze inventarisatie gebruikten we als basis om relevante data te selecteren waarmee de indicatoren zelfredzaamheid, samenredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid kunnen worden geoperationaliseerd en gemonitord. Specifiek voor Community Care hanteerden we de volgende criteria bij het selecteren van relevante bestaande monitors: a) de data moet openbaar beschikbaar zijn, b) de data moet beschikbaar zijn voor minstens de gemeente Valkenburg aan de Geul, en bij voorkeur ook op landelijk en regionaal (Zuid-Limburg) niveau en wijkniveau en c) de data moet relevant zijn op het gebied van (een of meerdere van) de vier indicatoren samenredzaamheid, zelfredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid. Bij het laatste criterium worden de definities van de indicatoren, zoals opgesteld door Sevagram en weergegeven in de introductie van dat rapport, als uitgangspunt genomen.

Voor het beoordelen van de kwaliteit van de data, werden de geïncludeerde monitors naast drie dimensies van de DAMA data-kwaliteitsdimensies gelegd [2]. Het betreft de volgende drie dimensies:

1. Compleetheid (Completeness): In hoeverre alle benodigde gegevens aanwezig zijn en wat de dekkingsgraad is.
2. Nauwkeurigheid (Accuracy): De mate waarin de gegevens in de monitor correct en representatief zijn voor de werkelijkheid.
3. Tijdigheid (Timeliness): Hoe recent en actueel de gegevens zijn.

Tot slot werd deskresearch ingezet bij de operationalisering van de indicatoren. De onderzoekers maakten een eerste inventarisatie welke data uit de monitors relevant zijn om de indicatoren van Community Care te operationaliseren. Zij hebben hiervoor de sub-indicatoren van de geïncludeerde monitors geanalyseerd aan de hand van de definities van de vier indicatoren samenredzaamheid, zelfredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid.

Focusgroepen met medewerkers Sevagram

Daarnaast vonden drie focusgroepinterviews plaats met Sevagrammedewerkers betrokken bij het Community Care initiatief. Hiermee maakten we inzichtelijk wat de behoeften zijn om de impact van Community Care te meten en welke methodieken reeds worden gebruikt of bekend zijn om (aspecten van) de indicatoren te meten. De onderzoekers sloten hiervoor aan bij de

Community Care overleggen of planden aparte overleggen bijvoorbeeld omtrent een specifieke vraag op basis van de deskresearch. De focusgroepen hadden opeenvolgend de volgende thema's: 1) afstemmen van de monitoringsbehoeften van Sevagram (januari 2024), 2) bestaande databronnen op wijkniveau, waarbij de onderzoekers de beschikbare data presenteerden en een eerste concept van de operationalisering per indicator (april 2024) en 3) verdere verkenning van beschikbare data in bestaande monitors (mei 2024), waarbij werd besproken welke sub-indicatoren volgens de Sevagrammedewerkers relevant zijn op ieder van de vier indicatoren. De eerste inventarisatie op basis van de deskresearch door de onderzoekers vormde de input voor deze gesprekken met Sevagram (leden van het projectteam Community Care en Coördinatoren Community Care).

Consultatie van experts

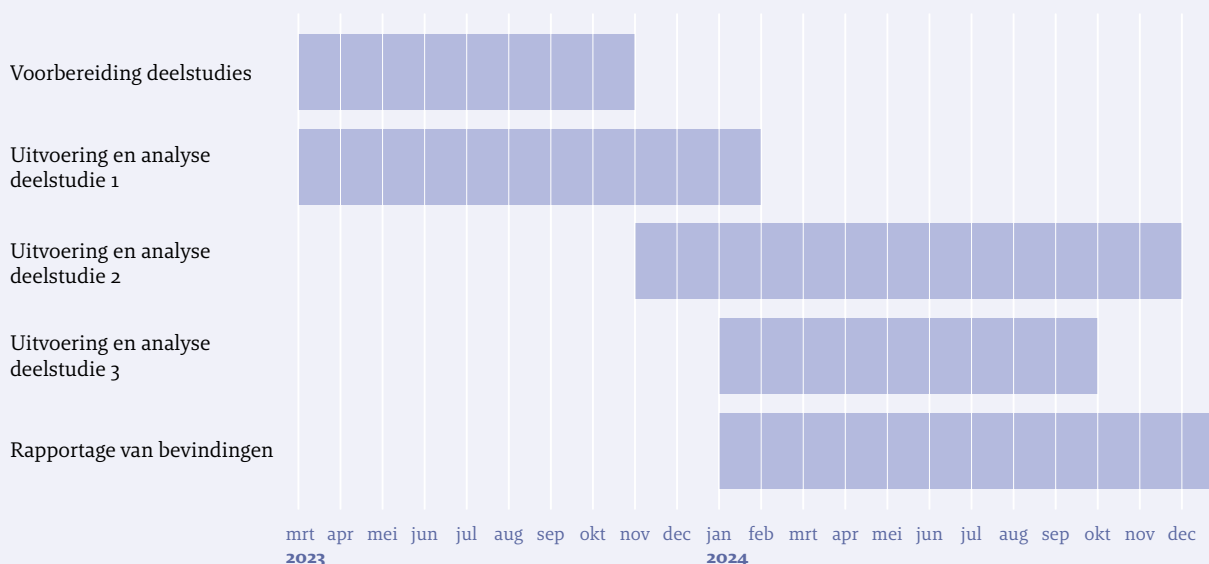
Twee externe experts werden benaderd voor het reflecteren op de kwaliteit van de data. Ten eerste gaven epidemiologen van GGD Zuid-Limburg toelichting en advies over de verschillen tussen bestaande monitors en het verschil in kwaliteit van deze monitors. Daarnaast zijn een software engineer en product designer betrokken die al eerder met Sevagram samenwerkten, om de mogelijkheden te bespreken met betrekking tot de bruikbaarheid van beschikbare data voor het bouwen van een Community Care dashboard.

Iteratief proces

De deskresearch en interviews volgden een iteratieve aanpak [3]. Dat wil zeggen dat dataverzameling en -analyse voor de deskresearch en interviews met Sevagrammedewerkers zich afwisselden om de resultaten verder te verrijken. Zo bleek het uit de focusgroepen niet noodzakelijk om middels deskresearch verder te verkennen welke aanvullende data verzameld zou moeten worden op de vier indicatoren dan datgene wat al beschikbaar is. De dataverzameling en -analyse vonden plaats tussen januari en juli 2024, waarna de laatste analyses doorliepen tot september 2024.

2.4 Tijdsplanning en samenhang tussen de deelstudies

Het onderzoek is in de periode maart 2023 tot en met december 2024 uitgevoerd. De uitvoering en data-analyse van de drie deelstudies vond opvolgend, maar ook overlappend plaats. Aan de rapportage van de bevindingen is vooral in 2024 gewerkt.



Schema 2.1: Tijdsplanning van het onderzoek

Deze fasering van de deelstudies is om inhoudelijke redenen gekozen en gekoppeld aan het door Sevagram ontwikkelde framework voor Community Care. De focus van de eerste deelstudie lag op de opstartfase van de beweging: Hoe komt de samenwerking tussen belangrijke ketenpartners in die fase van de grond? Vervolgens is wat later in de tijd gekeken naar concrete gezamenlijke initiatieven tussen deze en andere partners, gericht op de vier inhoudelijke kernpijlers van het framework. Doel daarvan was om de eerste ervaringen en indicaties van de meerwaarde in kaart te brengen. Vrijwel alle initiatieven waren immers nieuw en werden overwegend op kleine schaal voor de eerste keer uitgevoerd.

Binnen de beschikbare onderzoeksperiode was het niet mogelijk om al zicht te krijgen op de impact van de gezamenlijke initiatieven op de kernpijlers en het hoofddoel van de beweging: het vertragen van intramurale opnamen van ouderen met zo'n 8 tot 12 maanden, met behoud van een goede kwaliteit van leven. Daarvoor zijn meer data over een langere tijdsperiode nodig, waarbij de impact ook op populatieniveau (wijkniveau) vastgesteld zou moeten worden. Ter voorbereiding daarop is daarom in deelstudie 3 een format ontwikkeld om deze impact in de komende jaren te gaan monitoren.

3. Resultaten

3.1

Deelstudie 1: samenwerken tijdens de initiatiefase van Community Care

In dit deel van de resultaten worden de bevindingen gepresenteerd van de eerste deelstudie, die zich richtte op de samenwerking binnen de Community Care beweging. In de eerste fase van het Community Care project, opgezet door Sevagram, heeft deze deelstudie verschillende factoren in kaart gebracht die de samenwerking tussen verschillende partijen in de wijk beïnvloeden. Paragraaf 3.1.1. presenteert ten eerste de resultaten met betrekking tot de vraag: Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren in samenwerking tussen Sevagram en ketenpartners in Community Care?. Paragraaf 3.1.2 presenteert de resultaten met betrekking tot de vraag: Welke factoren beïnvloeden het initiëren van concrete activiteiten in de Community Care beweging?

3.1.1 Samenwerken in de Community Care aanpak

Participanten

In totaal namen acht verschillende organisaties deel aan dit onderzoek, namelijk twee welzijnsorganisaties, twee zorgorganisaties, een gemeente, de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD), een woningcorporatie en een seniorenraad. Vanuit deze organisaties werden 10 participanten geïncludeerd, waarmee acht interviews werden gehouden in de initiatiefase van de Community Care beweging. De participanten hadden allen een strategische adviserende, leidinggevende of bestuurlijke functie.

Factoren die samenwerking beïnvloedden

Uit de interviews blijkt dat er verschillende factoren zijn die de samenwerking volgens de deelnemers beïnvloedden. De resultaten hieronder illustreren deze beïnvloedende factoren.

Van beleidsplan naar uitvoering: the proof of the pudding is in the eating

Beleidsplannen en regioplannen worden vaak gepresenteerd met ambitieuze doelstellingen. Deze plannen zijn bedoeld om complexe maatschappelijke problemen aan te pakken en onder andere de toekomst van het zorg- en welzijnsdomein vorm te geven. Echter, de vertaling van deze plannen naar concrete acties en tastbare resultaten, zoals in het vormgeven van Community Care, blijkt vaak een lastige opgave. Een participant beschrijft deze uitdaging als volgt:

“Er is nu een regiobeeld gemaakt. Een heel dik document met vooral data over hoe slecht het in Zuid-Limburg gesteld is. Nou dat wisten we al, maar dat staat nu nóg een keer in 200 slides op een rijtje. En daar zijn een vijftal grote aanpakken of doelen uit geformuleerd. (...) En daaronder hangen dan een heleboel subdoelen en een aantal regionale aanpakken. Dus laat ik zo zeggen; op papier ziet het er heel mooi uit (...) Maar ik denk juist in het proces daarna, die samenwerking. In dat gesprek wat je dan met elkaar moet voeren, van hoe gaan we het dan doen? Daarna gaat het eigenlijk pas gebeuren (...) Die mooie visie die moet je dan als het ware in je organisatie een plek geven. (...) The proof of the pudding is in the eating hè. De pudding kan er wel lekker uitzien, maar dat weet je pas als je hem eet. Dus als je [het samenwerken vanuit dat beleidsplan] met elkaar ook echt doormaakt.” [17]

Bij het ontwikkelen van regionale beleidsplannen bestaat er vaak een kloof tussen theorie en praktijk. **Beleidsmakers formuleren hun plannen vaak op basis van ideale omstandigheden**, zonder voldoende rekening te houden met de realiteit van de implementatiefase [1]. Dit resulteert in cryptische en soms **moeilijk te interpreteren richtlijnen die lastig te vertalen zijn naar de dagelijkse praktijk van uitvoering**. Hierdoor kunnen plannen op papier veelbelovend lijken maar in de praktijk minder effectief of zelfs onuitvoerbaar. Daarnaast blijken wijkinterventies niet altijd goed te worden ontvangen of aan te sluiten bij wat verschillende doelgroepen daadwerkelijk nodig hebben [2,3]. Overeenkomend beschrijft een andere participant in relatie tot deze regionale beleidsplannen dat **ondanks goede bedoelingen de plannen te ‘groots’ zijn** geformuleerd waardoor weinig écht uitvoerbaar zal blijken. Tevens wordt aangegeven dat het met name een bestuurlijke aangelegenheid lijkt te zijn:

“Wat wij nu gezien hebben, is dat in het licht van IZA, de verzekeraar en het zorgkantoor alles op Zuid-Limburgse schaal focussen. En dat leidt tot heel veel goede en grootschalige bedoelingen, waardoor wij ook wel bang zijn: weet je er komt gewoon niks uit die vingers.” [16]

Financiering: vertrouwen en verantwoording

Participanten beschrijven op verschillende manieren hoe financieringsconstructies zowel belemmerend als bevorderend kunnen werken in domeinoverstijgend samenwerken op wijkniveau. De ambitieuze regioplannen suggereren (of: vereisen idealiter) een **gezamenlijke financiering op gemeenschapsniveau** in plaats van gefragmenteerde geldstromen. Het integreren van verschillende financieringsstromen en verantwoordingsvereisten creëert echter aanzienlijke barrières omdat veel gelden reeds ‘gelabeld’ zijn. Daarentegen kan dus ‘ongelabeld’ werken een positieve uitwerking hebben. Dit wordt toegelicht door een participant die illustreert dat als er ruimte is om een opdracht uit te voeren, dit een positieve uitwerking heeft:

“En een gemeente die heel veel vertrouwen geeft aan een organisatie; dit is nou eenmaal jullie expertise: ‘welzijn’ (...) Hier is dit [geld] en doe waar jullie het beste in zijn. En dat werkt dus. Als er echter een focus ligt op risicomangement en een strenge cultuur heerst – dan is er teveel sturing. En dan wordt eigenlijk het werk niet gedaan zoals het zou moeten gebeuren.” [I8]

Er kan dus alleen écht samengewerkt worden in een vernieuwende wijkaanpak als er meer ruimte ontstaat in de **verantwoording van gelden**. Het is vaak het geval dat organisaties alleen grote investeringen doen als zij voldoende zekerheid hebben over wat die investering op zal leveren. Haaks daarop staat echter dat het moeilijk (en soms zelfs onmogelijk) is om de **impact en effectiviteit van een nieuwe aanpak** aan te tonen. Oftewel; het flexibeler omgaan met financiering kan alleen als er vertrouwen bestaat en er ruimte is te experimenteren, ook al kunnen bepaalde uitkomsten niet voorspeld of gemeten worden.

In essentie is lumpsumfinanciering een stap richting minder bureaucratie en meer vertrouwen in de zorg, maar niet alle organisaties en verzekeraars zijn even ver in deze transitie. Dit leidt tot variatie in hoe de financiering wordt toegepast. Het volgende citaat illustreert de wijze waarop lumpsumfinanciering bevorderend kan werken voor **bewegingsruimte voor professionals in de wijk**:

“Wij [organisatie] hebben bijvoorbeeld een lumpsumfinanciering. Dat betekent dat je per klant per maand een zak geld krijgt, en niet dus uurtje factuurtje en alles op de vijf minuten hoeft te registreren. Ja, dat vraagt heel veel bestuurlijke moed. Volhouden om uiteindelijk dat voor elkaar te krijgen (...) En zorg dat je het voor de medewerkers in ieder geval zo simpel mogelijk maakt.” [I6]

Bestaande financieringsstromen en verantwoordingsvereisten kunnen dus als barrières fungeren voor domeinoverstijgende samenwerking. Dit wordt ook wel **‘institutionele druk’** genoemd wat onder andere verwijst naar reglementaire krachten die organisaties dwingen om hun structuren aan te passen aan bepaalde standaarden die als legitiem of bewezen worden beschouwd binnen hun sector. Een nadelig gevolg van institutionele druk is conformiteit ten koste van innovatie: door **de druk om te conformeren aan gevestigde en bewezen praktijken** kunnen organisaties terughoudend zijn om innovatieve ideeën te verkennen. Ze geven dan de voorkeur aan het volgen van geldende regels en voorwaarden [4]. Deze **druk beperkt de flexibiliteit en innovatiemogelijkheden** in wijkgerichte samenwerkingsverbanden.

Bemensing: vertrouwen, discretionaire ruimte en structurele inzet

De participanten geven aan dat professionals die in een wijk(aanpak) werken en die domeinoverstijgend willen samenwerken ruimte moeten krijgen om dat te doen. Een participant illustreert dit als volgt:

“Dus het is vertrouwen hebben in, maar ook ruimte en mogelijkheden creëren. Want op het moment dat wij zeggen van; ik heb een wijkverpleegkundige en die reken ik af op de wijkverpleegkundige taken. Dan geef ik die nul experimenteeruimte. (...) Dus het is ook financiële ruimte creëren samen met opdrachtgevers, samen met samenwerkingspartners (...) En een professional moet die ruimte ook voelen. Want als hij die ruimte niet voelt, dan blijft die doen wat hij deed.” [14]

De ruimte die professionals krijgen of nemen om binnen de grenzen van de wet zinvolle handelingen te verrichten heet ook wel discretionaire ruimte. **Discretionaire ruimte** verwijst naar de vrijheid en het vertrouwen dat professionals binnen een organisatie krijgen om beslissingen te nemen en hun werk uit te voeren op basis van hun eigen oordeel en expertise. Deze ruimte stelt hen in staat om **flexibel te reageren op unieke situaties en maatwerkoplossingen te bieden**, zonder strikt gebonden te zijn aan vastgelegde procedures of regels [5].

Daarnaast is **brede kennis van de wijk** belangrijk. Als een professional langdurig werkzaam is in een wijk(aanpak) mag die niet zomaar vervangen worden aangezien daarmee een netwerk en relevante kennis verloren gaan. Het structureel en langdurig inzetten van dezelfde mensen is dus van belang. Een term die deze notie goed samenvat is **institutioneel of organisationeel geheugen** [6]. Dit verwijst naar de kennis en ervaring die iemand opbouwt door langdurig op dezelfde plek te werken, wat hen in staat stelt effectiever en efficiënter te handelen binnen die context. Dit wordt door een participant als volgt beschreven:

“In een van de wijken hadden we een heel traject uitgezet. En op een gegeven moment werd diegene eraf gehaald die ze er al jaren op hadden zitten. (...) In een bepaalde wijk is juist zo'n vertrouwensopbouw van belang. Dus iemand die langdurig echt de structuur en essentie van zo'n wijk begrijpt, dan haal je echt iets weg als je zo iemand weghaalt.” [18]

Voorbij het organisatiebelang?

Zorg- en welzijnsorganisaties streven vaak naar dezelfde doelen en nemen regelmatig zelf het initiatief om een wijkgerichte aanpak op te zetten en/of gemeenschapszorg te stimuleren en faciliteren. Uit de interviews blijkt dat er een spanningsveld kan ontstaan tussen de belangen van de eigen organisatie en die van de gemeenschap (oftewel, de inwoners uit een bepaalde wijk). Het is daarom van cruciaal belang om duidelijkheid te verschaffen over hoe het opzetten van een wijkaanpak ook het eigen organisatiebelang dient, zonder de behoeften van de gemeenschap uit het oog te verliezen. Een participant benadrukt het belang van transparantie rondom deze belangenkwestie om te voorkomen dat dit spanningsveld leidt tot wantrouwen of misverstanden:

“Je hebt duidelijkheid over belangen nodig (...) wat is dan jouw belang en wat is mijn belang. En hoe richten we dat proces dan in hè. Doe jij dat nog steeds vanuit jouw organisatie of doe je dat toch vanuit een gezamenlijke organisatie. Dus daar zitten een aantal elementen aan, om dat goed te doen.” [17]

Participanten geven aan dat het gezamenlijk ontwikkelen van geïntegreerde diensten lastig is door de verschillende organisatieculturen. **Organisaties hebben de neiging zich te richten op hun eigen opdracht en belangen** in plaats van domeinoverstijgende samenwerking te bevorderen.

Community Care en de rol van Sevagram

Over **het algemeen wordt de Community Care beweging positief ontvangen** door geïnterviewden. Ze zien het gezamenlijk belang daarvan in, met name vanwege het inhoudelijke idee om cliënten langer thuis te laten wonen en een stabiel ondersteuningssysteem binnen wijken te creëren. Deze positieve opvattingen komen voort uit het feit dat **veel van deze organisaties naar dezelfde doelen streven en inhoudelijk hetzelfde willen bereiken voor hun cliënten**: een duurzame, wijkgerichte zorgstructuur die bijdraagt aan het welzijn en de zelfstandigheid van bewoners. Echter, er is ook kritiek op een wijkaanpak zoals Community Care; sommige participanten vragen zich af of het welzijn van mensen hiermee altijd het beste wordt gegarandeerd. Dit blijkt onder andere uit het volgende citaat:

“Ik denk dat het een herkenbare situatie is die we zelf ook wel zien, dat je probeert een cliënt langer thuis te laten wonen en dat het een hele uitdaging is op een manier waarop dat verantwoord kan (...) Ik heb daar vraagtekens bij. ‘Ouderen nog langer laten thuis wonen?’, ik heb genoeg voorbeelden waarvan ik denk ‘doe dat nou niet’ (...) Het ding is dan, krijgt iemand dan ook de zorg die echt nodig is?” [11]

Andere participanten waarderen daarentegen een aanpak waarbij niet alleen zorg- en welzijnsprofessionals, maar ook burgers betrokken zijn en er een beroep gedaan wordt op hun eigen verantwoordelijkheid om oplossingen te vinden die passen bij wat er in een wijk nodig is.

In de context van wijkgericht samenwerken is **de rol en positie van de initiatiefnemende organisatie een belangrijke factor in hoe andere betrokken partijen de samenwerking ervaren**. De ervaren positie van zo’n organisatie – bijvoorbeeld hun bekendheid of strategische keuzes die in het verleden werden gemaakt – kan van invloed zijn op de opvattingen over nieuwe initiatieven die deze organisatie wenst te ontwikkelen en op de bereidheid tot samenwerking. Uit de interviews kwam naar voren dat er bij de samenwerking met Sevagram op wijkniveau soms verwarring ontstond over de ‘terugkeer’ van Sevagram in de wijk. Enkele jaren geleden maakte Sevagram namelijk de strategische keuze om haar diensten vooral te richten op langdurig verblijf en revalidatie, en haar positie in de wijk terug te schroeven. Die keuze roept nu vragen op wat blijkt uit het volgende citaat:

“Dus zo van; huh, aan de ene kant trek je je terug uit de wijk, in [gebied in Limburg] was de wijkzorg al overgeheveld. Geen huishoudelijke zorg meer, maar ook de dagbesteding en de huiskamers en seniorenprojecten zijn door Sevagram in een aantal gemeentes overgedragen aan andere organisaties. Dus daar waar je als het ware je angels in de wijk hebt, maakte Sevagram eigenlijk een terugtrekkende beweging.” [I6]

3.1.2 Het initiëren van Community Care in de wijk

Naast de acht participerende ketenpartners die in het eerste deel van dit hoofdstuk aan het woord kwamen, werden ook de drie Community Care Coördinatoren van Sevagram geïnterviewd in een aparte focusgroepbijeenkomst. Deze bijeenkomst stond in het teken van het opstarten van samenwerking in Community Care en daaraan gerelateerde concrete activiteiten in de wijk. Hieronder volgt een samenvatting van de resultaten van deze focusgroep waarbij het beantwoorden van de volgende deelvragen centraal stond:

- a. Wat is de rol van de projectcoördinator binnen Community Care en waarvoor is hij/zij verantwoordelijk?
- b. Welke factoren beïnvloeden het initiëren van concrete activiteiten in de Community Care beweging?

Rol en opdracht van de coördinator

De coördinatoren zijn als kwartiermakers voor het Community Care project aangesteld en hebben ieder een eigen proeftuin als werkgebied. De coördinatoren beschrijven dat **zij de verbindende schakel vormen tussen het operationeel en strategisch niveau**. Dit doen zij door ideeën vanuit de praktijk te laten landen bij de eigen organisatie en ketenpartners op bestuurs- en directieniveau. Daarnaast, in de dagelijkse praktijk in de proeftuinwijken, staat **het verbinden en netwerken centraal**. Dit betekent dat coördinatoren in gesprek gaan met (potentiële) partners over activiteiten ten behoeve van de Community Care aanpak. Van daaruit zijn ze de aanjagers die partners bij elkaar brengen om gezamenlijk initiatieven te ontplooiën die passen bij de behoeftes van een wijk.

Deze initiatieven trachten de coördinatoren zoveel mogelijk te linken aan de indicatoren waarop de focus van de Community Care beweging is gericht, namelijk: samenredzaamheid, sociale participatie, zelfredzaamheid en eenzaamheid. In het kader van de Community Care beweging is **het primaire doel om op deze indicatoren gezamenlijk bestaande initiatieven uit te bouwen en nieuwe te ontwikkelen**.

De coördinatoren ervaren **een geslaagd kwartiermaken**: de partners in de wijk zoeken nu ook zelf contact met hen voor het ontwikkelen en realiseren van initiatieven. Daar waar ze zelf eerst zeer outreachend op partners af moesten stappen is inmiddels **een wisselwerking tot stand gekomen**. Een participant beschrijft dit als volgt:

“De partners weten ons inmiddels ook steeds meer te vinden met vragen zoals: jullie hebben veel ervaring in de wijk, jullie kennen de sociale kaart, kun je ons helpen en meedenken.”

Een beweging naar een meer domeinoverstijgende samenwerking is in gang gezet. De coördinatoren zijn gezamenlijk gestart in één wijk in Maastricht zonder duidelijke opdracht: *“het was pionieren zonder duidelijke kaders”*, zo verwoordt een van de participanten. Alleen het streven naar ouderen langer thuis was een gegeven doelstelling. De focus van het werk van de coördinatoren lag in eerste instantie op het opbouwen van een netwerk. Met de toewijzing van een eigen proeftuinwijk werd het ‘losse’ werken omgevormd naar duidelijke kaders voor hun opdracht. Het innovatieteam van Sevagram heeft geholpen met de formulering van die opdracht. Bijgevolg **werd het uitdragen van de Community Care gedachte duidelijker hetgeen zowel binnen de eigen organisatie als bij externe partners helderheid verschaftte.** Twee participanten beschrijven de wijze waarop hun opdracht inmiddels meer helder is:

“Sinds het innovatieteam geholpen heeft (...) wordt het beeld een stuk helderder. Zijn onze rol en de kaders daarvan veel helderder”. En: “Ik hoor dat ook van partners in mijn proeftuin: ‘Eerst was het een vaag verhaal, maar nu zie ik wat je aan het doen bent’.”

Succesfactoren bij het opstarten van Community Care initiatieven

Hieronder worden de factoren samengevat die vanuit het perspectief van de coördinatoren essentieel bleken voor het initiëren van de Community Care beweging. Ten eerste maakt de vergrijzing in de samenleving het (project)doel van Community Care relevant. Het is een **urgentie die door alle partners gedragen en gevoeld wordt.** Dit werkt bevorderend voor het samenwerken in deze beweging.

Een geografisch afgebakend werkgebied werkt bevorderend voor de opbouw van relaties en het ontplooiën van initiatieven. De inhoudelijke kaders van de opdracht zijn helder; **de vier indicatoren geven houvast en richting.** Veel (bestaande) initiatieven blijken binnen een van die vier indicatoren te passen. De coördinatoren werken voortdurend vanuit de kaders van Community Care; **vanuit die lens wordt ieder initiatief of ontwikkelpotentieel bekeken.** Een participant illustreert de werking van dit kader als volgt:

“gevoelsmatig en vanuit dit denkkader trek je ook de initiatieven aan die bij de indicatoren passen.”

Indien initiatieven niet goed aansluiten bij de indicatoren dan wordt door de coördinatoren bezien of het elders ondergebracht kon worden (intern of bij een andere organisatie maar dan buiten de kaders van Community Care). Ze zijn in die gevallen dan ook de verbinder. Momenteel is het voor de coördinatoren mogelijk innovatief en experimenteel in de proeftuinen te opereren omdat zij 'white label' mogen werken. **De coördinatoren kunnen vrij acteren in het werkveld en ervaren een grote mate van vrijheid** in de manier waarop zij hun werk mogen doen. Zoals een participant verwoordt:

“we krijgen veel inhoudelijke vrijheid en autonomie om te werken en ervaren geen financiële druk.”

De coördinatoren moeten zeer creatief werken en een oprechte betrokkenheid tonen in de relatie met ketenpartners. Deze vaardigheden stellen hen in staat een goed beeld te vormen van het werk en de organisatie van die partners. Door klein te beginnen en kleine successen te boeken is gestaag vertrouwen gewonnen en dat is een belangrijke basis om op verder te bouwen, zowel extern als ook in de interne organisatie. Door het intensieve contact met ketenpartners is er inmiddels een stevig fundament gelegd waardoor lijntjes nog korter worden en de handelingssnelheid omhoog gaat. **Een periode van kwartiermaken was dus essentieel om een fundament te leggen voor samenwerking.**

Het initiëren van de Community Care beweging wordt gemakkelijker indien er draagvlak is. Dit kan worden gecreëerd door via allerlei kanalen te laten zien wat er is opgeleverd en bereikt. Concrete voorbeelden van projecten **extern communiceren en successen vieren heeft een positief effect op het draagvlak om samen te werken.**

Tot slot werkt het bevorderend dat **de drie coördinatoren zelf nauw samenwerken** waardoor zij gezamenlijk kunnen leren binnen hun functie en opdracht. Ook de ondersteuning van interne inhoudelijke experts en het projectteam is helpend. Tot slot maakt de aanwezigheid van personeel die de coördinatoren **ondersteunt en/of assisteert in de uitvoering** het gemakkelijker initiatieven en lokale activiteiten te ontplooiën.

Belemmerende factoren bij het opstarten van Community Care initiatieven

Hieronder worden de factoren samengevat die vanuit het perspectief van de coördinatoren het initiëren van Community Care activiteiten bemoeilijken.

Het **opbouwen van vertrouwen blijkt een belangrijk onderdeel van het in gang zetten van een beweging zoals Community Care.** Aan ketenpartners was regelmatig uitleg en verantwoording nodig over waarom Sevagram eerder de keuze maakte om haar diensten uit de wijk weg te halen om daarna toch weer 'de wijk in te gaan'. Het volgende citaat illustreert dit:

“In het begin kreeg ik weinig vertrouwen [van ketenpartners] vanwege strategische keuzes van de organisatie. Partners vinden Sevagram niet een heel logische partij om Community care te trekken. Wij waren meer intern gericht en bieden geen producten in de wijk. Dat vonden partners onlogisch en dat maakte dat ze wat wantrouwig naar mij toe waren. Gaan jullie concurrentie voor ons vormen?”

De ‘white label’-manier van werken, **de ruimte die nodig is om de beweging aan te jagen, lijkt soms haaks te staan op de wens vanuit de eigen organisatie om producten en (zorg-) activiteiten in de wijk te ontplooiën.** Een participant beschrijft dat deze neiging om producten te vermarkten veel schade kan aanrichten voor het draagvlak ten behoeve van de Community Care beweging:

“Collega’s die zaken op een foutieve manier communiceren. Mensen proberen een product naar buiten te brengen maar lopen dan als een olifant in een porseleinkast door [de wijk]. Een voorbeeld is de huur opzeggen van een externe partner in de wijk, om er dan zelf een eigen fysiotherapiepraktijk in te vestigen.”

De **tijdsdruk die de coördinatoren voelen om iets voor elkaar te krijgen** binnen de projectperiode zet de relatie met partners soms ook onder druk. Bovendien staat een trage besluitvorming, bij zowel ketenpartners als de interne organisatie, het snel realiseren van initiatieven in de weg. Een participant illustreert dit als volgt:

“Hetgeen we willen uitdragen met Community Care resoneert dan soms niet met de snelheid waarmee we intern tot (baanbrekende) initiatieven willen komen. Dat ligt niet op bestuurlijk niveau, maar de lagen eronder zijn dan te bureaucratisch ingericht.”

Er is soms **een gebrek aan transparantie en informatie over veranderingen in de visie of het beleid van ketenpartners** op bestuurlijk niveau. Dit gebrek kan de samenwerking aanzienlijk bemoeilijken. Wanneer coördinatoren niet op de hoogte zijn van actuele beleidswijzigingen, bestaat het risico dat hij of zij communiceert of handelt op basis van verouderde informatie. Dit kan leiden tot misverstanden, verkeerde verwachtingen en inefficiënte besluitvorming. Bovendien kan het ertoe leiden dat de projectdoelen niet goed worden afgestemd op de huidige prioriteiten van de samenwerkingspartner, wat de effectiviteit van de samenwerking ondermijnt en mogelijk de voortgang van het project belemmert. Tevens verwoorden de participanten **een behoefte aan betere interne afstemming over het uniform uitdragen van de Community Care gedachte:**

“Ik vraag me soms af hoe ons bestuur de Community Care gedachte uitdraagt aan samenwerkingspartners. Ik heb wel behoefte aan betere interne afstemming van de gedachte over Community Care (...) Wij weten ook niet zo goed hoe onze collega's, de projectgroep of de stuurgroep Community Care uitdraagt naar hun netwerk.”

Voor coördinatoren is het moeilijk om Community Care activiteiten te initiëren **wanneer er geen lokaal team is om op terug te vallen voor de uitvoering**. Beperkte faciliteiten op de vaste werkplek in de proeftuinwijk om bijvoorbeeld bijeenkomsten te organiseren spelen daarbij ook een rol:

“Ik heb geen lokaal team voor de uitvoer om op terug te vallen. Ik moe(s)t vaak terugvallen op ketenpartners en functionarissen die die rol niet hebben om tot uitvoer te komen.” Tot slot blijft het een uitdaging om de doelgroep van Community Care te bereiken (zoals eenzame ouderen): die eenzame burger bereiken is lastig. Want wij komen niet achter die voordeur en zijn daarvoor afhankelijk van onze partners.”

3.2

Deelstudie 2: initiatieven gericht op zelfredzaamheid, samenredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid

In dit deel van de resultaten worden de bevindingen gepresenteerd van de tweede deelstudie, die zich richtte op het identificeren en beschrijven evenals monitoren en evalueren van initiatieven gerelateerd aan de indicatoren zelfredzaamheid, samenredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid. Achtereenvolgens zullen de volgende initiatieven worden gepresenteerd:

1. Reablement Wijkzorg
2. Valpreventie Douvenrade
3. Campagne Hulpmiddelen 'Langer Thuis'
4. Reablement Mantelzorg
5. 't Heimgeveul
6. Boodschappenservice
7. Film Eenzaamheid 'Omkijken naar elkaar'.

Daarbij worden steeds de aanleiding en belangrijkste kenmerken benoemd, de methoden waarop ervaringen en waar mogelijk effecten in kaart zijn gebracht, en de bevindingen daarvan. In afbeelding 3.0 zijn de initiatieven schematisch weergegeven per indicator.



Afbeelding 3.0 Schematisch overzicht van initiatieven per indicator

De initiatieven beperken zich tot de proeftuin in Valkenburg. Om de uitvoering van concrete activiteiten te kunnen monitoren, zijn om praktische redenen enkele initiatieven gevolgd op het moment dat ze in nabij gelegen gebieden zoals de gemeente Meerssen werden uitgevoerd. Het werkgebied van veel betrokken organisaties is immers ruimer dan de gemeente Valkenburg.

ReAblement Wijkzorg

Pilot van het 'ZELF'-programma voor zorgprofessionals

Proeftuin: Valkenburg, uitvoerlocatie gemeente Meerssen

Doel: Primair: stimulatiegedrag en daaraan gerelateerde determinanten van medewerkers verpleging en verzorging verhogen ten aanzien van ADL-zelfredzaamheid van cliënten. Secundair: ADL-zelfredzaamheid van cliënten verhogen.

Doelgroep: Primair: medewerkers verpleging en verzorging. Secundair: cliënten wijkteam.

Looptijd: Maart – juli 2024

Indicator: Zelfredzaamheid

Initiator: Zuyd Hogeschool, Buurtzorg Meerssen

Inhoud: Pilot 'ZELF'-programma voor verpleging en verzorging

Partner(s): Buurtzorg Meerssen, Zuyd Hogeschool, Wijkleercentrum Meerssen

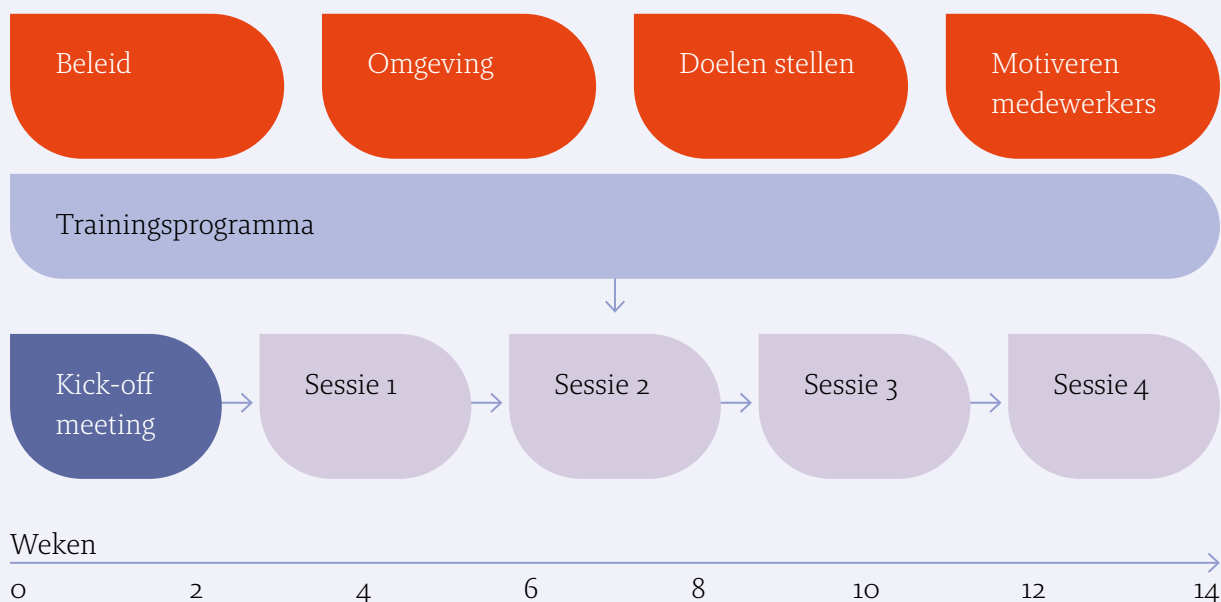
Aanleiding

Traditioneel is de zorg zo ingericht dat er voor de cliënt gezorgd wordt en dingen uit handen worden genomen. Zo wordt de zorg voor cliënten in de thuis- of verpleeghuiszorg goedbedoeld veelal overgenomen [5]. Door een toenemende leeftijd en fysieke of mentale klachten kan het zijn dat cliënten minder zelf kunnen en willen doen, met als gevolg dat ze een groot deel van de dag inactief zijn [6]. Daarmee neemt hun functioneren en zelfredzaamheid af. Het overnemen van taken die een cliënt mogelijk nog kan, kan ervoor zorgen dat het functioneren, fysieke activiteit en zelfredzaamheid verder afnemen. Dit kan er op den duur voor zorgen dat fysieke en mentale klachten verergeren en dat de gezondheid en kwaliteit van leven achteruitgaan. Voor kwetsbare groepen als thuiswonende ouderen en verpleeghuisbewoners zijn zelfredzaamheid en dagelijkse en fysieke activiteiten belangrijk. Soms hebben ze daar wel wat ondersteuning, uitleg en aanmoediging bij nodig. Onderzoek laat zien dat functionele en fysieke activiteit

samenhangt met vele lichamelijke en mentale gezondheidsvoordelen en een verhoogde autonomie en kwaliteit van leven. Dat geldt voor intensieve activiteiten, bijvoorbeeld sporten, maar ook voor activiteiten met een relatief lage intensiteit, bijvoorbeeld zittend oefeningen doen, haren kammen, wassen en aankleden, afwassen, de tafel dekken en brood smeren. Om het proces van functionele achteruitgang en afhankelijkheid te vertragen of te stabiliseren, is het zaak na te gaan wat cliënten nog zelf kunnen en willen en daarop gepersonaliseerde ondersteuning te bieden. Zorgmedewerkers willen zo goed mogelijk zorgen voor de cliënt, echter is men zich vaak niet bewust van de hoge mate van inactiviteit van cliënten en van het feit dat men veel (delen van) activiteiten onnodig overneemt. Het 'ZELF'-programma, zie figuur 3.1, is erop gericht om medewerkers in de zorg voor ouderen te motiveren en faciliteren om cliënten te activeren. Een faciliterend beleid en ondersteuning van management en organisatie zijn daarbij belangrijke randvoorwaarden. Daarnaast vraagt dit van zorgmedewerkers inzicht in hun huidige zorgwijze en een bewustwording en bereidheid om bewegingsgerichte zorg in de praktijk toe te passen. Daarnaast biedt ZELF handvatten en vaardigheden om cliënten bewust te maken en te motiveren actiever en zelfredzamer te worden en te blijven. ZELF richt zich op essentiële zorghandelingen in de breedste zin van het woord. Dat wil zeggen dat het gaat om de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en de huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL). Onderzoek laat zien dat cliënten in de langdurige zorg juist deze activiteiten zo lang mogelijk zelf willen blijven doen [7]. Verder richt ZELF zich op het verhogen van fysieke en welzijnsactiviteiten. ZELF is binnen de intramurale zorgsetting in een grootschalig experiment uitgevoerd in Nederland, effectief gebleken om het zelfredzaamheid stimulatiegedrag van zorgmedewerkers te verhogen. Het programma is ook toepasbaar binnen de wijkzorg, echter ontbreken gegevens over effectiviteit en haalbaarheid hiervan. Daarom richt dit initiatief zich op het vaststellen van de haalbaarheid en effectiviteit van het ZELF-programma binnen de wijkzorg. Dit wordt vastgesteld in een pilot.

ZELF-programma

ZELF staat voor Zelfredzaamheid, Eigen regie, Levenskwaliteit en Functionaliteit. Het ZELF-programma is een holistisch, interactief en gepersonaliseerd scholingsprogramma dat zorgprofessionals ondersteunt om de zelfredzaamheid van thuiswonende ouderen en verpleeghuisbewoners te stimuleren. ZELF integreert verschillende componenten als beleid, omgeving, goal setting en het motiveren van zorgmedewerkers. Het ZELF-programma bestaat uit 5 bijeenkomsten van 2 uur verspreid over een periode van 3 maanden, zie schematisch overzicht op de volgende pagina. Het programma heeft als direct doel om medewerkers verpleging en verzorging binnen zowel de thuiszorg als het verpleeghuis minder zorgtaken (onnodig) te laten overnemen, en cliënten meer te stimuleren in hun functionele en fysieke activiteit (zelfredzaamheid) naar kunnen en willen van de cliënt. Indirect is het doel om cliënten zelfredzamer te laten worden of in ieder geval een behoud van de huidige zelfredzaamheid.



Figuur 3.1 Schematische weergave ZELF-programma

Totstandkoming ZELF-programma

Eerdere programma's gebaseerd op het gedachtegoed van Reablement of soortgelijke zorgfilosofieën als 'Function Focused Care' (Nederlands: bewegingsgerichte zorg) bleken veelal niet effectief in het verhogen van stimulatiegedrag van medewerkers noch in verbeteringen in ADL zelfredzaamheid van cliënten. Dit betroffen programma's uit zowel Nederland als elders in de wereld, evenals vanuit verschillende settings (thuis, verpleeghuis en acute zorg). Na grondige analyse zijn er verschillende lessen blootgelegd welke aan de basis lagen van de ontwikkeling van ZELF [8].

Methode

De ZELF-scholing werd geïmplementeerd binnen één wijkteam Buurtzorg Meerssen. De scholing is begeleid door een trainer aangesteld vanuit het Lectoraat Wijkgerichte Zorg van Zuyd Hogeschool welke geschoold en voorbereid werd in het verzorgen van de ZELF-scholing. De trainer had daarbij de beschikking over een gedetailleerde handleiding en corresponderende materialen. Naast de interne trainer is ook een assistent-trainer aangesteld vanuit het wijkteam.

De evaluatie is kwalitatief en kwantitatief van aard. Zowel op effectniveau als procesniveau zal data verzameld worden over de effecten die de scholing teweegbrengt evenals hoe de scholing geïmplementeerd is (haalbaarheid). Het kwantitatieve deel ten behoeve van de effectmeting kent een pre-post onderzoeksdesign; hierbij worden metingen voorafgaand aan ZELF vergeleken met metingen na afloop. Tenslotte zal er data worden verzameld bij de primaire (directe) doelgroep van de ZELF-scholing (medewerkers verpleging en verzorging), en de secundaire (indirecte) doelgroep (cliënten behorende tot het genoemde wijkteam).

Om de implementatie, acceptatie, het bereik en de effecten van het programma in kaart te brengen werden verschillende onderzoeksmethoden toegepast. Om de implementatie in kaart te brengen werd gebruik gemaakt van een logboek waarin de trainer aan kon geven of de betreffende bijeenkomsten en onderdelen per bijeenkomst uitgevoerd waren en of er eventuele aanpassingen werden doorgevoerd wat betreft vorm, inhoud en duur. Om de acceptatie in kaart te brengen werd gebruik gemaakt van een evaluatieformulier dat na afloop van elke bijeenkomst aan de deelnemers werd verstrekt. De evaluatieformulieren hadden tot doel de tevredenheid van

deelnemers over de betreffende bijeenkomst in kaart te brengen. Hierbij werd de bijeenkomst gescoord met een rapportcijfer tussen de 1 en 10 waarbij 1 heel slecht representeerde en 10 heel goed. Daarnaast werden per bijeenkomst pluspunten en verbeterpunten in kaart gebracht middels open vragen en werden enkele achtergrondkenmerken van de deelnemers, zoals leeftijd, geslacht, functie en aantal jaren werkzaam in de zorg, in kaart gebracht. Tot slot vond er een focusgroepinterview plaats waarbinnen bovenstaande punten eveneens aan bod kwamen.

Om effecten op het niveau van de primaire doelgroep (medewerkers verpleging en verzorging) in kaart te brengen wordt gebruik gemaakt van het gevalideerde meetinstrument 'MAINtAIN-C' [3]. Deze vragenlijst, toegespitst op de wijkzorg, meet de mate waarin zorgverleners de ADL zelfredzaamheid van zorgvragers stimuleren. De totaalscore varieert tussen de 20 en 180 punten waarbij hogere scores een hogere mate van ADL zelfredzaamheid stimulatie representeren. Daarnaast worden determinanten van het stimulatiegedrag in kaart gebracht, afgeleid uit de theorie van gepland gedrag, te weten: 1) de houding van zorgverleners ten aanzien van zelfredzaamheid-stimulatiegedrag, 2) de subjectieve norm ten aanzien van zelfredzaamheid-stimulatiegedrag, 3) de eigen-effectiviteit (waargenomen gedragscontrole; het vertrouwen in eigen kunnen ten aanzien van zelfredzaamheid-stimulatiegedrag en 4) de bereidheid tot zelfredzaamheid-stimulatiegedrag. Deze determinanten zijn bekende factoren die het stimulatiegedrag voorspellen en komen daarom aan bod binnen het scholingsprogramma. Hogere scores duiden op een positievere houding, meer sociale steun, norm en modelgedrag ten aanzien van zelfredzaamheid stimulatie, meer vertrouwen in eigen kunnen en een hogere bereidheid tot uitvoeren zelfredzaamheid stimulatie gedrag.

Om effecten bij cliënten van het thuiszorgteam in kaart te brengen, werd gebruik gemaakt van het gevalideerde meetinstrument 'GARS-4' vragenlijst [4]. Deze 'Groningen Activity Restriction Scale' meet de mate waarin zorgvragers afhankelijkheid ondervinden binnen ADL zelfredzaamheid. De totaalscore varieert tussen de 11 en 44 punten waarbij hogere scores een hogere mate van ADL afhankelijkheid representeren, met andere woorden, op deze schaal zijn lagere scores gunstiger.

Kwaliteit van leven werd in kaart gebracht middels het gevalideerde EQ-5D instrument, welke mate van problematiek in kaart brengt binnen 5 gebieden, te weten mobiliteit, zelfzorg, activiteiten, pijn/discomfort en angst/somberheid. Een totaalscore varieert tussen de 5 en 25 punten. Lagere scores zijn gewenster en duiden op minder problematiek binnen deze gebieden. Tot slot wordt levenskwaliteit in kaart gebracht middels het EQ-VAS instrument, welke op een schaal van 1-100 een inschatting maakt van de levenskwaliteit van de betreffende persoon op de dag van afnemen instrument. Hoe hoger de score, hoe beter de ervaren levenskwaliteit. De analyse van kwantitatieve gegevens vond plaats middels paired-samples T-tests waarbij scores op voor- en nametingen met elkaar vergeleken worden en statistisch getoetst (significantieniveau van $p=0.05$). Kwalitatieve en procesmatige data werden summatief en thematisch geanalyseerd. Quotes van deelnemers werden opgenomen ter illustratie van de resultaten.

Resultaten

Procevaluatie

Het ZELF-programma is nagenoeg volledig geïmplementeerd zoals gepland; er zijn nauwelijks afwijkingen van de planning per bijeenkomst gerapporteerd. Per bijeenkomst namen gemiddeld 6 deelnemers deel wat neerkomt op 86% van het gehele team. De bijeenkomsten worden gemiddeld gescoord met een rapportcijfer tussen 7.7 en 8.6. Positieve punten die per bijeenkomst worden genoemd zijn: fijne trainer, openheid en veilige sfeer, duidelijke uitleg en interactie, samen sparren over casuïstiek, de praktische insteek en het rollenspel met de acteur. Deelnemers geven aan weinig tot geen verbeterpunten te zien ten aanzien van de bijeenkomsten. Een enkele deelnemer geeft aan dat er nog wat meer aandacht kan zijn voor de omgang met weerstand bij cliënten.

Aan het focusgroep interview namen een deelnemer, trainer, assistent-trainer en onderzoeker deel. Het gesprek duurde 38 minuten. De eerste indruk van de scholing is dat deze goed aansluit bij de visie die de organisatie wil uitstralen rondom het leveren van zorg volgens Reablement. De scholing zorgde voor bewustwording en inzicht in waar nog verbeteringsmogelijkheden lagen. De ruimte die de organisatie geeft aan medewerkers, maakt dat bewustwording omgezet kan worden in actie ten aanzien van het stimuleren van zelfredzaamheid van cliënten. Een deelnemer bestempelt het team als 'oude garde' waarbij men zelfredzaamheid stimulatie niet direct binnen de opleiding heeft meegekregen, maar men staat er door toedoen van de scholing en vanuit hun eigen waarden wel positief tegenover. De trainer ervaarde het team als een hecht team, wat een positieve voorwaarde is om dit tot een succes te maken. De opdrachten vanuit de scholing nodigden volgens de trainer uit tot discussie en droegen bij aan bewustwording dat men al goed bezig was maar dat er ook nog ruimte lag tot verbetering ten aanzien van het thema. De organisatie kent geen managementlaag, meestal een belangrijke succesfactor binnen het implementeren van een Reablementprogramma. De structuur van de organisatie en manier van werken zorgden er echter voor dat het toch goed van de grond kwam en er draagvlak was voor het thema. Praktische voorbeelden van wat door toedoen van de scholing anders gaat zijn: veel meer bespreken met cliënten wat ze nog zelf kunnen, gebruikmaken van humor in toepassen van Reablement, de cliënt laten zien wat de voordelen zijn van zelf doen, andere houding aannemen en intake anders insteken.

“Mijn houding is anders. Ik denk ook... ik heb nog geen intakes gedaan sinds de cursus... Maar ik denk ook dat ik daar in mijn intake al anders in ga staan om te bekijken van goh hè? Hoe belangrijk is nou die zelfredzaamheid voor de patiënt en hoe belangrijk is het voor de patiënt dat die zelf de regie heeft [...] dus dat zijn al hele belangrijke dingen.”
[Quote participant]

Daarnaast is men zich meer bewust, onder andere door met elkaar mee te lopen, dat niet iedereen op dezelfde manier zelfredzaamheid stimuleert, en kan men daarover discussiëren. Tijdsdruk evenals tegendraadse cliënten vormen nog belemmeringen voor het stimuleren van zelfredzaamheid. Het aantal bijeenkomsten (vijf) wordt als goed ervaren. De acteursessie zou langer kunnen worden ingepland, bijvoorbeeld 3 uur of een hele middag.

Effect-evaluatie

Effecten op medewerkerniveau (primaire doelgroep)

Aan het onderzoek gekoppeld aan de ZELF-scholing namen 7 zorgmedewerkers deel. De gemiddelde leeftijd was 51 jaar, medewerkers werkten gemiddeld 29 jaar in de zorg waarvan gemiddeld 19 jaar binnen de verpleeghuiszorg. Gemiddeld werken de deelnemende zorgmedewerkers 17 uur per week. Alle deelnemers hebben het vrouwelijke geslacht. Onder de deelnemers is het grootste deel werkzaam als verzorgende IG. Voorafgaand aan de scholing scoren de zeven participerende zorgmedewerkers gemiddeld 129 punten op de MAINtAIN-C schaal, wat erop neerkomt dat ze vinden dat ze de ADL zelfredzaamheid soms tot geregeld stimuleren bij hun cliënten. Na de scholing scoren de deelnemers gemiddeld 145 punten op deze schaal, oftewel geven ze aan iets vaker dan geregeld de zelfredzaamheid te stimuleren bij hun cliënten (zie grafiek 3.2). Dit blijkt een statistisch significante toename in het ADL zelfredzaamheid stimulatiegedrag.

Voorafgaand aan de scholing lijken de deelnemers overtuigd van de voordelen van het toepassen van zelfredzaamheid stimulatie bij hun cliënten. Na de scholing is deze overtuiging nagenoeg gelijk gebleven. Voorafgaand aan de scholing lijken de deelnemers vertrouwen te hebben in hun eigen kunnen, en in bepaalde situaties, om zelfredzaamheid stimulatie toe te passen bij hun cliënten. Na de scholing is dit vertrouwen gestegen en is dit een statistisch significante toename in hun vertrouwen. Voorafgaand aan de scholing lijken de deelnemers neutraal in hun ervaren onderlinge steun, management ondersteuning, modelgedrag van anderen en de ervaren norm op de afdelingen om zelfredzaamheid stimulatie toe te passen. Na de scholing is dit gestegen en ervaren medewerkers meer onderlinge steun, meer management steun, meer modelgedrag en meer de norm tot het toepassen van zelfredzaamheid stimulatie. Dit verschil is een statistisch significante verbetering. Wat betreft de bereidheid tot het toepassen van zelfredzaamheid stimulatie was deze voorafgaand aan de scholing volgens de deelnemers hoog. Na de scholing is de bereidheid identiek (hoog) gebleven.

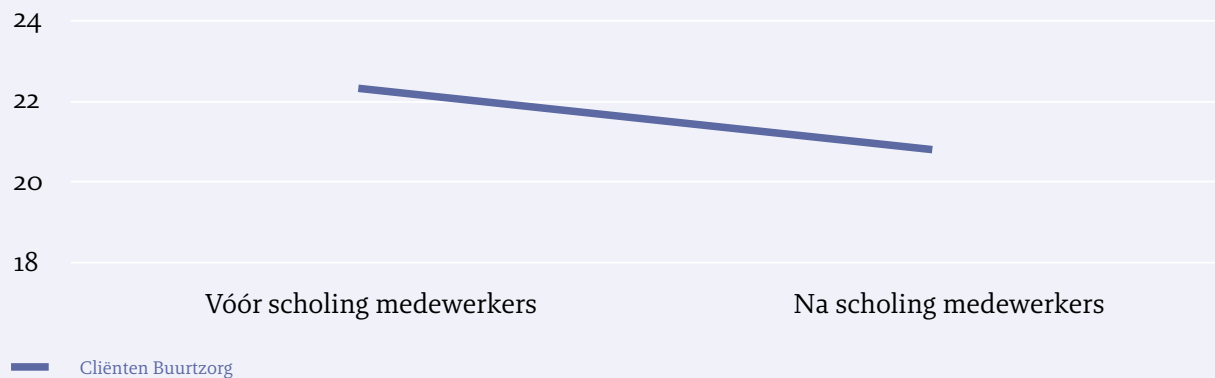


Grafiek 3.2: MAINtAIN score: mate van zelfredzaamheid stimulatie vóór en na scholing

Effecten op cliëntniveau (secundaire doelgroep)

Aan het onderzoek gekoppeld aan de ZELF-scholing hebben 21 cliënten deelgenomen, behorende tot het geschoolde team van medewerkers. Van 15 cliënten is een vóór- en nameting beschikbaar. De vragenlijsten werden ingevuld door de eerste verzorgende/verpleegkundige van de cliënt. De gemiddelde leeftijd van de cliënten was 81 jaar (range 57-95 jaar). De gemiddelde zorgduur varieerde tussen de 0 en 10 jaar met een gemiddelde van ca. 4,8 jaar. Het grootste

gedeelte van de deelnemers was van het vrouwelijk geslacht en laag opgeleid. De meeste cliënten waren gehuwd. Voorafgaand aan de scholing voor zorgmedewerkers, scoren de cliënten met een gemiddelde van 22.2 punten op de GARS schaal, zie grafiek 3.3, wat erop neerkomt dat de cliënten hun ADL activiteiten gemiddeld zelfstandig met enige moeite kunnen uitvoeren. Na de scholing van de zorgmedewerkers is deze score gedaald tot 20.7 punten. Dat wil zeggen dat de cliënten volgens enigszins vooruit zijn gegaan in het zelfstandig uitvoeren van ADL activiteiten. Dit verschil is echter niet statistisch significant.



Grafiek 3.3: GARS score: mate van ADL afhankelijkheid cliënten vóór en na scholing medewerkers

Voorafgaand aan de scholing scoren de cliënten gemiddeld 12.5 punten op de EQ-5D kwaliteit van leven schaal, wat erop neerkomt dat cliënten aangeven gemiddeld enige tot redelijke problemen te ervaren in mobiliteit, zelfzorg en het uitvoeren van activiteiten, en enige tot redelijke pijn/oncomfortabelheid en angst/somberheid ervaren. Na de scholing voor zorgmedewerkers scoren de cliënten 11.9 punten, wat erop neerkomt dat cliënten aangeven gemiddeld enige tot redelijke problemen te ervaren in bovengenoemde gebieden, waarbij het niet statistisch significant opschuift richting 'enige' moeite in plaats van 'veel' moeite. Voorafgaand aan de scholing voor zorgmedewerkers, scoren de cliënten (hun eerste zorgkundige) hun levenskwaliteit met een gemiddelde score van 62.5 op een schaal van 1-100. Dit stijgt na de scholing voor zorgmedewerkers naar 66.9, een niet statistisch significante stijging.

Valpreventie Douvenrade

Proeftuin: Valkenburg, uitvoerlocatie zorgcentrum Douvenrade (Sevagram)

Doel: Valrisico/valangst verlagen

Doelgroep: Primaire doelgroep: 65-plussers

Looptijd: September – november 2024

Indicator: Zelfredzaamheid

Initiator: Sevagram

Inhoud: Pilot van valpreventie beweegprogramma

Partner(s): Sevagram, Stichting Jah-Jireh Woonzorg

Aanleiding

Jaarlijks maken ongeveer 1 miljoen 65-plussers een val door [9]. Een valincident kan uiteenlopende gevolgen hebben, variërend van blauwe plekken, ernstige fysieke gevolgen of mentale klachten tot overlijden. Jaarlijks overlijden er ongeveer zesduizend 65-plussers ten gevolge van een val. Personen die dit doormaken, struikelen of glijden per ongeluk uit en overlijden binnen 30 dagen aan de gevolgen. Dit cijfer stijgt jaarlijks met zo'n 10 tot 15 procent [10]. Vooral onder 90-plussers en mensen die vanwege een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie) toegang hebben tot zorg vanuit de Wet Langdurige Zorg, is het aantal sterfgevallen door een accidentele val toegenomen. Het is evident dat het risico op een valaccident verlaagd dient te worden onder ouderen.

Er bestaan diverse mogelijkheden om een valrisico te reduceren, bijvoorbeeld het trainen van evenwicht, het laten controleren van de ogen en medicatiegebruik, gezonde voeding en goed passende schoenen. Recent onderzoek onder thuiswonende 65-plussers laat zien dat interventies die enerzijds inzetten op het uitvoeren van oefeningen of anderzijds inzetten op meerdere elementen tegelijk – multifactoriële interventies – bijdragen aan de reductie van valpartijen. Hierbij geeft het uitvoeren van oefeningen de meest consistente statistisch significant positieve effecten op valaccidentgerelateerde uitkomsten en daarmee de zelfredzaamheid van burgers [11]. Sevagram wil bijdragen aan de zelfredzaamheid van burgers door in te zetten op valpreventie. Dit initiatief is vanuit de Community Care Coördinator in

Heerlen opgezet, deels uit preventief oogpunt, deels voortkomend uit behoefte van burgers. Daartoe voerde Sevagram eind 2024 een valpreventie pilotprogramma uit bij woongemeenschap Jah-Jireh in Douvenrade (zelfstandig wonende ouderen die Jehova's getuigen zijn). Het valpreventieprogramma duurt 8 weken en wordt begeleid door een beweegagoog en fysiotherapeut van Sevagram. Elke bijeenkomst duurde één tot anderhalf uur waarbinnen oefeningen, gebaseerd op het Otago-programma, worden volbracht die in zwaarte en intensiteit toenemen. Sevagram is geïnteresseerd in de acceptatie en effecten van het valpreventie programma.

Methodes

Om de acceptatie, het bereik en effecten van het valpreventieprogramma in kaart te brengen werden de bewoners van woongemeenschap Jah-Jireh onderworpen aan een pilot. Bewoners zijn middels een uitnodiging op de hoogte gesteld van het valpreventieprogramma en onderzoek. Vooraf, tijdens en na afloop van het programma zijn data verzameld.

Om de implementatie, acceptatie en het bereik van het valpreventieprogramma in kaart te brengen is gebruik gemaakt van een logboek, evaluatievragenlijsten en een presentielijst. Binnen het logboek gaven trainers aan of en welke oefeningen uitgevoerd werden. Per bijeenkomst werd middels een evaluatieformulier de acceptatie en tevredenheid van de betreffende bijeenkomst in kaart gebracht. Naast enkele algemene vragen over geslacht, beweegredenen om deel te nemen en ervaring met valaccidenten, werd elke bijeenkomst gescoord met een rapportcijfer tussen de 1 en 10 punten waarbij 1 'heel slecht' representeerde en 10 'heel goed'. Daarnaast betrof het evaluatieformulier vragen over positieve en te verbeteren aspecten van de betreffende bijeenkomst. Tot slot werd per bijeenkomst de aanwezigheid bijgehouden middels een presentielijst.

De effecten van het programma op het valrisico van de deelnemers werd voorafgaand aan en na afloop van het valpreventieprogramma op twee manieren in kaart gebracht, op subjectieve wijze via de Falls Efficacy Scale International (FES-I) en op objectieve wijze via de Smartfloor. De FES-I is een veelgebruikte en gevalideerde 16 items tellende vragenlijst die valangst bij het uitvoeren van ADL-activiteiten en sociale activiteiten meet. De deelnemer wordt gevraagd om zijn bezorgdheid om te vallen tijdens een bepaalde activiteit aan te geven op een schaal van 1) helemaal niet bezorgd tot 4) erg bezorgd. Een totaalscore wordt berekend op basis van de 16 items, variërend tussen 16-64, waarbij hogere scores duiden op ergere bezorgdheid om te vallen tijdens ADL of sociale activiteiten. Een totaalscore tussen de 16-19 wordt geduid als 'weinig bezorgdheid om te vallen', een score van 20-27 als 'gemiddeld bezorgd om te vallen' en een score van 28-64 als 'zeer bezorgd om te vallen'.

De Smartfloor brengt op een objectieve manier het valrisico in kaart. Na uitrollen van de vloer wordt een stoel op twee meter van de vloer geplaatst waarop de te meten persoon begint en eindigt met lopen. Net boven de rechterenkel wordt een loopsensor bevestigd. Hierna worden de loopinstructies medegedeeld, bestaande uit: 1) loop twee keer heen en weer over de vloer, 2) blijf bij het omkeren op de vloer, 3) loop op een comfortabele snelheid over de vloer, 4) benadruk dat het geen wedstrijd is!, 5) gebruik dezelfde hulpmiddelen als in het dagelijks leven, en 6) ga na de meting weer op de stoel zitten. De meting resulteert in een valrisicoprofiel met een score tussen de 1 en 10 corresponderend met een kleurscore, ofwel rood (hoog valrisico, score < 6.79), oranje (verhoogd valrisico, score tussen 6.79 en 8.57) of groen (laag valrisico, score > 8.57).

Resultaten

Implementatie, acceptatie en bereik

Het valpreventieprogramma heeft plaatsgevonden tussen 6 september en 25 oktober 2024. Aan het programma namen 11 bewoners van woongemeenschap Jah-Jireh deel waarvan zeven vrouwen en vier mannen. Deelnemers volgden gemiddeld 6 van de 8 bijeenkomsten, redenen voor afwezigheid zijn onbekend, los van het feit dat één bijeenkomst overlapte met een andere activiteit. Twee deelnemers waren elke bijeenkomst aanwezig. Nagenoeg alle deelnemers geven aan in het verleden een of meerdere valaccidenten door te hebben gemaakt. Redenen voor de deelnemers om deel te nemen aan het valpreventieprogramma zijn 'om er beter van te worden', 'bang om te vallen', 'om opnieuw vallen te voorkomen', 'op aanhalen van 'anderen'', en 'omdat ik krampen in mijn benen heb'. Het valpreventie programma is door de trainers nagenoeg geheel uitgevoerd zoals gepland; de oefeningen die gepland stonden zijn uitgevoerd. De eerste en laatste bijeenkomst van het programma zijn na afloop door de deelnemers geëvalueerd middels een evaluatieformulier. Binnen tussenliggende programmabijeenkomsten is dit formulier niet uitgedeeld door trainers en derhalve ook niet ingevuld. De eerste bijeenkomst wordt door de toen aanwezige deelnemers (n = 10) gescoord met een gemiddeld rapportcijfer van 8.1. Deelnemers geven aan de ontspannen sfeer en goede uitleg te waarderen. Als suggesties ter verbetering wordt door een enkeling aangedragen af en toe wat duidelijker te praten met betrekking tot instructies behorende tot de oefeningen. De laatste bijeenkomst wordt door de dan aanwezige deelnemers (n = 7) gescoord met een gemiddeld cijfer van 8.6. Deelnemers geven aan het samen zijn, de gezelligheid, de goede uitleg, de variatie in oefeningen en de ontspannen sfeer te waardeerden. Enkele deelnemers dragen aan om na afloop van het programma de bijeenkomsten voor te zetten om de opgedane ervaringen niet te laten verwateren.

Effecten op valrisico

De FES-I vragenlijst is voorafgaand aan het valrisicoprogramma door 10 deelnemers ingevuld. In totaal hebben 6 deelnemers zowel een voor- als nameting ingevuld. De gemiddelde totale valrisicoscore voorafgaand aan het programma ligt op 37.3 (n = 6). Dit duidt erop dat deelnemers gemiddeld 'zeer bezorgd' zijn om te vallen. Deze gemiddelde totale valrisicoscore is na afloop van het programma gedaald naar 34.8 (n = 6). Ondanks deze daling zijn de deelnemers gemiddeld nog altijd 'zeer bezorgd' om te vallen. Drie deelnemers verbeteren hun valrisico na afloop van het programma, één deelnemer blijft gelijk in score, terwijl van twee deelnemers de valrisicoscore verslechtert. Één deelnemer schuift op van een 'zeer bezorgd' om te vallen score naar een 'weinig bezorgd' om te vallen score, de overige deelnemers blijven ondanks verschuivingen in de 'zeer bezorgd' om te vallen categorie.

De Smartfloormeting is voorafgaand aan het valrisicoprogramma bij 10 deelnemers afgenomen. In totaal hebben 6 deelnemers zowel een voor- als nameting van de Smartfloor gecomplementeerd. De gemiddelde totale smartfloorscore voorafgaand aan het programma ligt op 6.7. Dit duidt erop dat deelnemers gemiddeld 'rood' scoren en daarmee een hoog valrisico hebben. Van deze 6 deelnemers scoren daadwerkelijk 4 deelnemers rood, één oranje en één groen. De gemiddelde totale smartfloorscore na afloop van het programma ligt op 7.9 (n = 6). Dit duidt erop dat deelnemers gemiddeld oranje scoren en daarmee een verhoogd valrisico hebben. Van de 6 deelnemers scoren na afloop drie deelnemers groen, twee oranje en één rood. Alle 6 de deelnemers verbeteren volgens de smartfloormeting hun valrisico. Één deelnemer blijft een hoog valrisico houden, één deelnemer blijft een laag valrisico houden, drie deelnemers schuiven afzonderlijk één risiconiveau op terwijl één deelnemer van rood naar groen opschuift wat betreft valrisico.

Campagne Hulpmiddelen

‘Langer Thuis in je eigen huis’

Proeftuin: Valkenburg

Doel: Thuiswonende ouderen en mantelzorgers in de gemeente Valkenburg bewust maken van de mogelijkheden en het gebruik van hulpmiddelen met als doel de zelfredzaamheid bevorderen en vergroten.

Doelgroep: Thuiswonende ouderen, naasten en mantelzorgers

Looptijd: Juni – september 2024

Indicator: Zelfredzaamheid

Initiator: Sevagram, Envida

Inhoud: Serie aan informatie- en demonstratiebijeenkomsten ten aanzien van zelfredzaamheidsondersteuning

Partner(s): Sevagram, Envida, Zuyd Hogeschool, Seniorenraad Valkenburg, Academische Werkplaats Hulpmiddelen - Zelfredzaamheid, Vegro, Steunpunt Mantelzorg, Kloosterkerk

Aanleiding

Er zijn legio hulpmiddelen beschikbaar voor ouderen om thuis hun leven zelfstandiger, veiliger en gemakkelijker te maken [12]. Ouderen geven echter vaak aan niet te weten dát en welke hulpmiddelen beschikbaar zijn. Daarnaast weten ze niet waar zij moeten zijn voor het aanvragen van zorg, een hulpmiddel of een dienst. Ook wijkverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten geven te kennen behoefte te hebben aan kennis over de beschikbare hulpmiddelen die cliënten kunnen ondersteunen in hun zelfredzaamheid. Met de campagne ‘Langer thuis in je eigen huis’ wordt gepoogd de bewustwording van het positieve effect op zelfredzaamheid door het gebruik van hulpmiddelen en de kennis van beschikbare middelen te vergroten. Het langetermijn streven daarbij is het reduceren van het beroep op thuiszorg en het uitstellen van intramurale opnamen.

Inhoud hulpmiddelencampagne

Vanuit het eerste voornemen om in Sevagram locatie Oosterbeemd een uitleenpunt voor hulpmiddelen en/of een vast Informatiepunt over Hulpmiddelen te realiseren is gaandeweg ervoor gekozen dit initiatief te starten met een Campagne Hulpmiddelen. Dit vanuit het gezichtspunt dat eerst bewustwording, bekendheid met en behoefte aan hulpmiddelen aandacht verdient. De campagne is vormgegeven middels het organiseren van een serie informatie- en demonstratiebijeenkomsten. Deze serie werd afgetrapt met een informatiemiddag voor inwoners (ouderen, naasten en mantelzorgers) op 10 juni 2024 in de Kloosterkerk in Valkenburg. De middag werd onder de aandacht gebracht middels huis-aan-huis verspreide folders en een artikel in de Mazjerang (maandblad regio Valkenburg). Na deze informatiemiddag werden in de overige kernen van Valkenburg een vijftal informatie-sprekuren georganiseerd, zie afbeelding 3.4. Deze spreken hadden hetzelfde doel als de initiële informatiemiddag maar waren kleiner van opzet. De spreken zijn onder de aandacht gebracht bij doorlooplocaties via spiegels en screens van Admirror. Ook in de Mazjerang wordt maandelijks aandacht besteed aan de spreken.

Community Care
Vitaal ouder worden in je eigen wijk

Langer thuis in je eigen huis...
Tips over handige hulpmiddelen

KOMT U OOK?

Er zijn legio hulpmiddelen beschikbaar om thuis zelfstandiger, veiliger en gemakkelijker te leven.

KOM NAAR ONZE INLOOPPUNTEN VOOR

Uitleg door ergotherapeut/ergocoach over het gebruik van kleine hulpmiddelen
Hulp bij online zoeken naar hulpmiddelen
Informatie over vergoedingen van hulpmiddelen

WAAR & WANNEER

4 juli	14.30 - 15.30 uur	Oosterbeemd	Wethouder Paulussenlaan 8 - Valkenburg
25 juli	14.30 - 15.30 uur	't Geboew	Warande 43 - Schin op Geul
15 aug.	14.30 - 15.30 uur	Fonterhof	Valkenburgerstraat 114 - Berg en Terblijt
5 sept.	14.30 - 15.30 uur	Sint Jozef	Kloosterweg 34 - Valkenburg
26 sept.	14.30 - 15.30 uur	Oosterbeemd	Wethouder Paulussenlaan 8 - Valkenburg

VOOR WIE Senioren, mantelzorgers en professionals

DOOR Ergotherapeuten van Sevagram en de ergocoaches van Envida

communitycarezuidlimburg.nl

Logo's: Provincie Zuid-Limburg, Zuud Limburg, ZU YD, Vegro, Envida, Sevagram

Figuur 3.4 Wervingsflyer Hulpmiddelencampagne

Methode

De initiële informatie- en demonstratiemiddag op 10 juni is geëvalueerd door enkele implementatieparameters in kaart te brengen. Bezoekers van de middag ontvingen na afloop een evaluatieformulier. Op dit formulier vulden zij enkele achtergrondkenmerken in, bijvoorbeeld leeftijd, geslacht en de wijze hoe zij hadden vernomen dat de middag zou plaatsvinden. Daarnaast vulden zij enkele evaluatievragen in over hoe zij de middag ervaren hadden en welke plus- en minpunten de middag had. Tot slot konden bezoekers aangeven of zij na afloop van de middag benaderd wilden worden door een ergotherapeute om door te praten over de inzet van hulpmiddelen. Na afloop van de informatiemiddag heeft een evaluatie focusgroepinterview plaatsgevonden. Hiervoor waren de initiatiefnemers, dat wil zeggen

de Community Care Coördinator, ergo coach en ergotherapeute, uitgenodigd. Van de vijf vervolgbijeenkomsten is enkel het aantal bezoekers gemonitord.

Resultaten

Evaluatie informatie- en demonstratiemiddag

De informatie- en demonstratiemiddag op 10 juni 2024 in de Kloosterkerk in Valkenburg trok 45 bezoekers, allen burgers. Hiervan vulden 28 na afloop het evaluatieformulier in, 17 vrouwen en 11 mannen. Hun gemiddelde leeftijd was 73,7 jaar. Drie bezoekers verleenden mantelzorg terwijl drie andere aangaven mantelzorg te ontvangen. De meeste bezoekers zijn bekend geworden met deze middag door de aankondiging te lezen in de Mazjerang.

Op een 5-punt schaal van heel slecht (1) tot heel goed (5) waarden de bezoekers de middag gemiddeld met een score van 4,3 (tussen goed en heel goed). Bezoekers geven aan dat de middag voldeed aan hun verwachtingen. Ze hebben de perceptie dat hulpmiddelen goed tot zeer goed kunnen helpen bij het vraagstuk zelfstandig thuis blijven wonen. Bezoekers waardeerden de laagdrempelige informatievoorziening, de persoonlijke benadering en goede organisatie, de goodiebags welke uitgereikt zijn bij vertrek en het delen van informatie en ervaringen met elkaar. Weinig bezoekers hebben verbeterpunten aangedragen. Een enkeling geeft aan een algemene inleiding – die er nu niet was – fijn te hebben gevonden. Enkele andere bezoekers zouden meer informatie over wetgeving, praktische thuishulp van organisaties en de aanwezigheid van de gemeente en Wmo en domotica op prijs te stellen in een dergelijke middag. Enkele bezoekers geven aan nu of in de toekomst hulpmiddelen te willen aanschaffen, variërend van kousenhulp en nagelknipper tot traplift. Sommige bezoekers dragen een vast informatiepunt of een vervolgmiddag aan als wenselijke vervolgstappen op deze middag. Een zestal bezoekers geeft aan te willen worden benaderd voor een vervolgspraak met de ergotherapeut. Op de oproep die hieruit volgde hebben drie personen niet gereageerd, één persoon is telefonisch geholpen, één persoon gaf aan geen behoefte meer te hebben aan een vervolg en één persoon is bezocht door de ergotherapeut. Van de vijf geplande informatiesprekken hebben er twee plaatsgevonden. Op het eerste spreekuur kwamen twee bezoekers uit algemene interesse en op het tweede spreekuur geen enkele bezoeker. Het is daarbij lastig te duiden welke redenen ten grondslag liggen aan de relatief geringe opkomst bij deze spreekuren. Daarom is toen in afstemming tussen de Community Care Coördinator, de ergotherapeute en ergocoach besloten om de overige drie informatiesprekken te laten vervallen.

Evaluatiegesprek

Tijdens het evaluatiegesprek waren een community Manager van Sevagram, een ergocoach, een ergotherapeute en een onderzoeker van Zuyd Hogeschool aanwezig. Ze bespraken de belangrijkste bevindingen van de informatiemiddag. Over het algemeen is deze heel positief ontvangen. De locatie bleek goed gekozen: ruim genoeg voor de bezoekers, maar niet te groot, wat zorgde voor een gezellige sfeer. De catering was goed verzorgd. Enkele aandachtspunten waren de beperkte toegankelijkheid voor scootmobielen en het gebrek aan parkeergelegenheid in de buurt. De opstelling van de informatietafels in een halve cirkel, met koffietafels in het midden, werd als prettig ervaren. De open inloop werkte goed, waardoor bezoekers tussen 13.15 uur en 14.45 uur geleidelijk binnenkwamen. Ze bleven gemiddeld 45 tot 60 minuten en konden op hun gemak rondkijken en gesprekken aanknopen, wat het sociale aspect van de middag versterkte. De aanwezigheid van meerdere aanspreekpunten zorgde voor persoonlijke aandacht, wat door de bezoekers werd gewaardeerd.

Wat betreft de inhoud, waren de reacties op de verstrekte informatie positief. Bezoekers waardeerden de ruimte en rust aan de informatietafels. Een enkeling had een plenaire presentatie verwacht, maar dit was bewust niet gedaan om flexibiliteit te behouden. Er werd ook gevraagd of hulpmiddelen ter plaatse te koop waren, iets wat wellicht voor een volgende keer te overwegen is.

De werving van bezoekers verliep vooral via de Mazjerang, wat goed werkte. Er waren 45 bezoekers, waarvan 28 een evaluatieformulier invulden. Opvallend was dat er slechts twee professionals aanwezig waren, wat aanleiding gaf om te overwegen het thema tijdens een bijeenkomst van het groot sociaal team te bespreken. Ook werd gesuggereerd om huishoudelijke hulpen meer te informeren over hulpmiddelen, met de kanttekening dat voorzichtigheid geboden is gezien hun bevoegdheden.

ReAblement Mantelzorg

Pilot van het ZELF-programma voor mantelzorgers

Proeftuin: Valkenburg ('t Geboew in kerkdorp Schin op Geul)

Doel: Primair: stimulatiegedrag en daaraan gerelateerde determinanten van mantelzorgers verhogen ten aanzien van ADL-zelfredzaamheid van naasten. Secundair: ADL-zelfredzaamheid van naasten verhogen.

Doelgroep: Primair: mantelzorgers, secundair: naasten mantelzorgers

Looptijd: Juni – september 2024

Indicator: Samenredzaamheid

Initiator: Zuyd Hogeschool, Sevagram

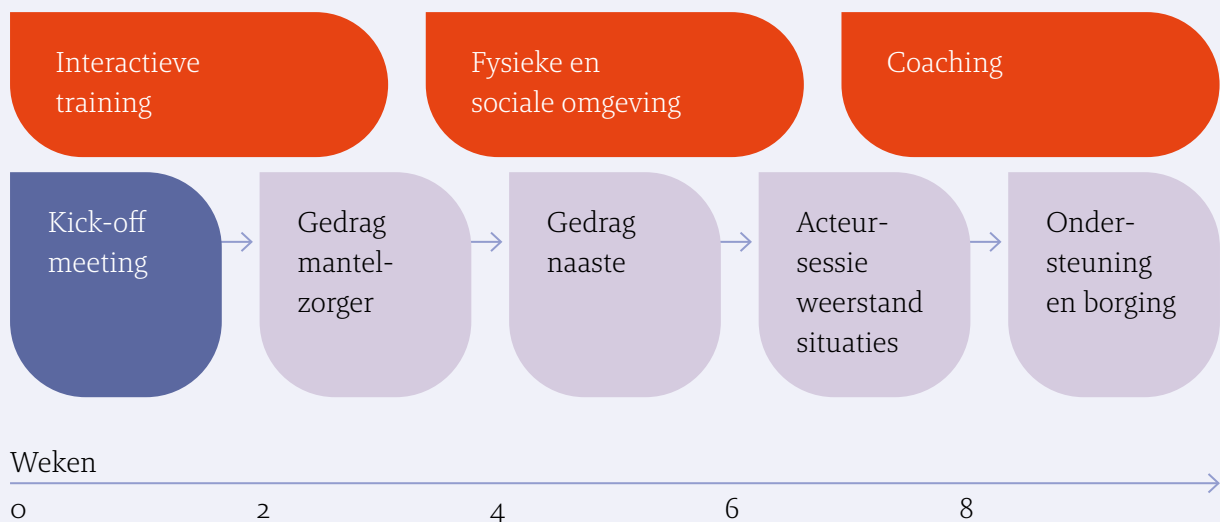
Inhoud: Pilot ZELF-programma voor mantelzorgers

Partner(s): Envida, Steunpunt Mantelzorg, Zuyd Hogeschool, Sevagram

Aanleiding

Mantelzorgers spelen een cruciale rol in de ondersteuning van zelfredzaamheid en eigen regie van naasten. Daarmee hebben mantelzorgers een belangrijke taak in het toekomstbestendig houden van de zorg en zijn zij vaak de eersten die afhankelijkheid bij hun naasten opmerken en daarop actie ondernemen. Het bieden van ondersteuning bij afhankelijkheid is een belangrijke rol die mantelzorgers op zich nemen, denk bijvoorbeeld aan het ondersteunen bij het aankleden, het doen van boodschappen of het regelen van financiële zaken. Goedbedoeld nemen mantelzorgers echter veel van deze taken over om hun naaste te ontlasten in hun afhankelijkheid. Dit zorgt er echter voor dat de afhankelijkheid van naasten versterkt wordt en dat de mantelzorger zwaarder belast wordt gezien zij taken overnemen. Voor naasten die (deels) afhankelijk worden, is het belangrijk dat mantelzorgers de zelfredzaamheid ondersteunen. Bovendien geven mantelzorgers zelf vaak aan handvatten nodig te hebben om hun naasten te informeren, motiveren en faciliteren om naar willen en kunnen taken (deels) zelf te volbrengen.

Tot slot is het belangrijk dat mantelzorgers hun naasten helpen om zoveel mogelijk zelfredzaam te blijven, omdat dit tegenwoordig ook de focus is van professionele zorgverleners en de visie van de overheid [1]. Het is daarbij belangrijk dat mantelzorgers a) deze verwachting vroeg duidelijk maken aan hun naasten en b) hun zorg afstemmen op de manier waarop formele zorg nu en in de toekomst wordt geboden. Deze manier van zorg verlenen waarbij het stimuleren van zelfredzaamheid en eigen regie de uitgangspunten zijn wordt ook wel Reablement genoemd [2]. Om (in)formele zorgverleners geïnformeerd en vaardig te maken met het gedachtegoed van Reablement, is het belangrijk dat zij hierin geschoold worden. Om mantelzorgers hierin te ondersteunen is het ZELF-programma voor mantelzorgers ontwikkeld door Zuyd Hogeschool in samenwerking met Sevagram. Daarnaast baseert het programma zich op resultaten van gesprekken met mantelzorgers met betrekking tot hun visie op dit thema. Het programma bestaat uit 5 fysieke scholingsbijeenkomsten van 2 uur binnen een bestek van 8 weken, waarbinnen mantelzorgers op een gedegen, holistische en theoretisch onderbouwde wijze geïnformeerd, gemotiveerd en gefaciliteerd worden hun naasten te ondersteunen in zelfredzaamheid binnen ADL-zorg, zie figuur 3.5. Het programma werd begeleid door een trainer vanuit Steunpunt Mantelzorg in samenwerking met een ergotherapeut van Sevagram. Mantelzorgers werden geworven via diverse kanalen, waaronder social media, huisartsenpraktijken, weekbladen en via een flyer, zie afbeelding 3.6.



Figuur 3.5 Schematisch overzicht ZELF-scholing voor mantelzorger

Een soortgelijk programma bestaat voor formele zorgverleners, welke is aangepast voor mantelzorgers. Het doel van dit onderzoek is om de implementatie, acceptatie, het bereik en de effecten van het ZELF-programma voor mantelzorgers in kaart te brengen.



Het 'ZELF-PROGRAMMA':
 een training ter ondersteuning van mantelzorgers ten behoeve van het stimuleren van zelfredzaamheid van naasten

Geef u dan op voor het 'ZELF-programma'
 Deelname is gratis | vol = vol (maximaal 15 deelnemers)

Planning scholingsbijeenkomsten

Dinsdag 4 juni	19:00 – 21:00
Dinsdag 18 juni	19:00 – 21:00
Dinsdag 2 juli	19:00 – 21:00
Dinsdag 16 juli	19:00 – 21:00
Dinsdag 30 juli	19:00 – 21:00

Locatie bijeenkomsten:
 Gemeenschapshuis 't Geboew (Let op: ingang aan de Mauritsusangel)
 Warande 43, 6305 AX, Schin op Geul

Wat wordt van u verwacht?

- U volgt de 5 trainingsbijeenkomsten
- U vult voorafgaand aan de training en na afloop een korte vragenlijst in
- Een Ergotherapeut van Sevagram bezoekt vóór en na afloop van de training uw naaste om de zelfredzaamheid in kaart te brengen

Aanmelden of vragen?
 e-mail: stan.vluggen@zuyd.nl
 of via telefoonnummer 06 - 480 80 879.

Afbeelding 3.6 Wervingsflyer ZELF-programma voor mantelzorgers

Methodie

Om de implementatie, acceptatie, het bereik en de effecten van het programma in kaart te brengen werden verschillende onderzoeksmethoden toegepast. Om de implementatie in kaart te brengen werd gebruik gemaakt van een logboek waarin de trainer aan kon geven of de betreffende bijeenkomsten en onderdelen per bijeenkomst uitgevoerd waren en of er eventuele aanpassingen werden doorgevoerd wat betreft vorm, inhoud en duur. Om de acceptatie in kaart te brengen werd gebruik gemaakt van een evaluatieformulier dat na afloop van elke bijeenkomst aan de deelnemers werd verstrekt. De evaluatieformulieren hadden tot doel de tevredenheid van deelnemers in kaart te brengen met de betreffende bijeenkomst. Hierbij werd de bijeenkomst gescoord met een rapportcijfer tussen de 1 en 10 waarbij 1 heel slecht representeerde en 10 heel goed. Daarnaast werden de goede punten evenals verbeterpunten per bijeenkomst in kaart gebracht middels open vragen en werden enkele achtergrondkenmerken van de deelnemers in kaart gebracht als leeftijd, geslacht, hoogst genoten opleiding, aantal jaren mantelzorger en de persoon/personen aan wie mantelzorg wordt verleend. Om het bereik van het programma in kaart te brengen werd een presentielijst bijgehouden door de trainer.

Om de effecten van het programma in kaart te brengen op het zelfredzaamheid stimulatiedrag van mantelzorgers, werd een aangepaste versie van de MAINtAIN [3] vragenlijst gebruikt. De MAINtAIN meet de mate waarin zorgverleners de ADL zelfredzaamheid van zorgvragers stimuleren en is voor deze studie toegespitst op mantelzorgers en de mate waarin zij hun naasten stimuleren in ADL zelfstandigheid. De vragenlijst bestaat uit 19 items en werd voorgaand en na afloop van de implementatie van het programma afgenomen. De totaalscore varieert tussen de 19 en 171 punten waarbij hogere scores een hogere mate van ADL zelfredzaamheid stimulatie representeren. Daarnaast worden determinanten van het stimulatiedrag in kaart gebracht, afgeleid uit de theorie van gepland gedrag (zie figuur 2), te weten: 1) de houding van mantelzorgers ten aanzien van zelfredzaamheid-stimulatiedrag, 2) de subjectieve norm ten aanzien van zelfredzaamheid-stimulatiedrag, 3) de eigen-

effectiviteit (waargenomen gedragscontrole; het vertrouwen in eigen kunnen ten aanzien van zelfredzaamheid-stimulatiegedrag, en 4) de bereidheid tot zelfredzaamheid-stimulatiegedrag. Deze determinanten zijn bekende factoren die het stimulatiegedrag voorspellen en komen daarom aan bod binnen het scholingsprogramma. Hogere scores duiden op een positievere houding, meer sociale steun, norm en modelgedrag ten aanzien van zelfredzaamheid stimulatie, meer vertrouwen in eigen kunnen en een hogere bereidheid tot uitvoeren zelfredzaamheid stimulatie gedrag.

Om indirecte effecten van het ZELF-programma in kaart te brengen op de ADL zelfstandigheid van naasten, zijn bij naasten van de betreffende mantelzorgers de GARS-4 [4] vragenlijst en de Canadian Occupational Performance Measure (COPM) voorafgaand en na afloop van het programma afgenomen door de ergotherapeut. Deze 'Groningen Activity Restriction Scale' meet de mate waarin zorgvragers afhankelijkheid ondervinden binnen ADL zelfredzaamheid. De totaalscore varieert tussen de 11 en 44 punten waarbij hogere scores een hogere mate van ADL afhankelijkheid representeren. Met andere woorden, op deze schaal zijn lagere scores gewenster. De COPM brengt de activiteiten in kaart waar een persoon aan wil werken. De eerste meting vindt plaats om een startsituatie in kaart te brengen waarbij maximaal vijf activiteiten worden geprioriteerd en gescoord op uitvoerbaarheid en tevredenheid. Uitvoerbaarheid en tevredenheid kunnen gescoord worden met een rapportcijfer tussen de 1 (totaal niet uitvoerbaar/tevreden) en 10 (perfect uitvoerbaar/tevreden). Hieraan gaat de deelnemer werken om bij de tweede meting wederom deze activiteiten te scoren op uitvoerbaarheid en tevredenheid. Tot slot werd er een focus-groep interview georganiseerd waarbij trainer en deelnemers werden uitgenodigd om dieper in te gaan om de implementatie, acceptatie en evaluatie van het programma.

Resultaten

Implementatie, acceptatie en bereik

De ZELF-scholing voor mantelzorgers is geïmplementeerd in de periode juni-juli 2024. Alle vijf de geplande bijeenkomsten vonden plaats en binnen de bijeenkomsten zijn de afzonderlijke onderdelen uitgevoerd zonder noemenswaardige afwijkingen van planning, blijkende uit het door de trainer ingevulde logboek. Binnen 3 van de 5 bijeenkomsten werd de trainer geassisteerd door een assistent-trainer (ergotherapeut(e)) in het begeleiden van de scholing. In totaal hadden 10 mantelzorgers zich aangemeld de scholing te volgen; gemiddeld namen 8 mantelzorgers deel aan de vijf bijeenkomsten (80%). In chronologische volgorde werden de bijeenkomsten gemiddeld gescoord met tussen de 8.0 en 9.2. De acteursessie werd met een 9.2 het best gescoord. De algehele scholing wordt gescoord met een 8.1. De inzet van de trainers wordt gescoord met een 8.4. Verder geven deelnemers aan het eens te zijn met de stellingen de scholing aan te raden aan andere mantelzorgers, de scholing deelnemers nieuwe kennis en inzichten heeft gegeven, en de scholing het handelen van mantelzorgers richting hun naasten heeft veranderd wat betreft zelfredzaamheid stimulatie. Deelnemers zijn neutraal over de stelling of de scholing hen heeft laten inzien wat hun naaste zelf nog kan. Uit de evaluatieformulieren afgenomen na elke bijeenkomst blijkt dat over het algemeen veel positieve aspecten worden aangedragen en weinig verbeterpunten. De positieve aspecten hebben betrekking op de interactieve werkvormen welke gewaardeerd worden, de open sfeer, het lotgenotencontact, de duidelijke uitleg, het oefenen met de acteur en prettige en eerlijk gesprekken. Onder de geringe verbeterpunten geven deelnemers aan meer zicht te willen op hulpmiddelen om zelfredzaamheid van naasten te stimuleren, meer aandacht voor cognitieve problematiek, en 'bijeenkomsten niet te vol maken'.

Effecten op stimulatiegedrag en determinanten mantelzorgers (primaire doelgroep)

Voorafgaand aan de scholing is de vragenlijst ingevuld door 10 mantelzorgers; 9 vrouwen en 1 man. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 62.4 jaar en gemiddeld verleenden de mantelzorgers 6.2 jaar mantelzorg, veelal aan partner of ouder(s). De meeste mantelzorgers waren hoog opgeleid. Voorafgaand aan de scholing vulden 9 deelnemers de voor mantelzorgers aangepaste MAINtAIN vragenlijst in en scoorden de participerende mantelzorgers gemiddeld 103 punten wat erop neerkomt dat ze vinden dat ze de ADL zelfredzaamheid 'soms' stimuleren bij hun naasten. Na de scholing scoorden de mantelzorgers gemiddeld 96 punten op deze schaal, wat erop neerkomt dat mantelzorgers de ADL zelfstandigheid van naasten 'soms' stimuleren. Dit is geen statistisch significante verschil, blijkende uit een p-waarde groter dan 0.05 ($p=.489$).

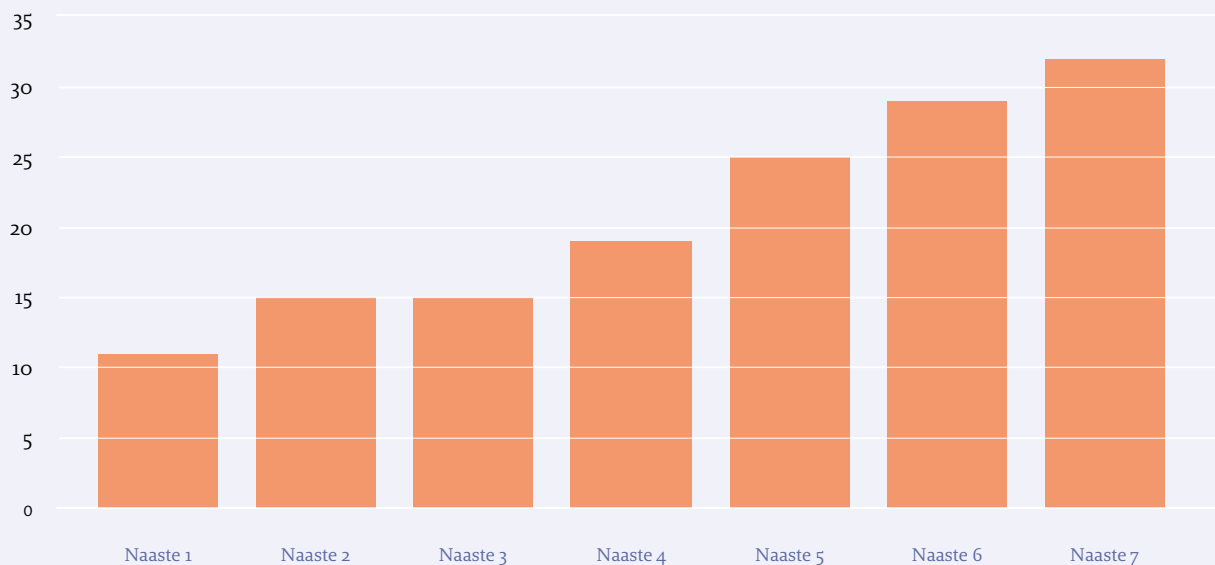
Voorafgaand aan de scholing lijken de deelnemers overtuigd van de voordelen van het toepassen van zelfredzaamheid stimulatie bij hun naasten. Na de scholing is deze overtuiging nagenoeg gelijk gebleven. Voorafgaand aan de scholing lijken de deelnemers vertrouwen te hebben in hun eigen kunnen, en in bepaalde situaties, om zelfredzaamheid stimulatie toe te passen bij hun naasten. Na de scholing is dit vertrouwen gestegen echter is dit geen statistisch significant verschil. Voorafgaand aan de scholing lijken de deelnemers neutraal in hun ervaren onderlinge steun en modelgedrag van andere familieleden om zelfredzaamheid stimulatie toe te passen. Na de scholing is dit nagenoeg gelijk gebleven. Tot slot, wat betreft de bereidheid tot het toepassen van zelfredzaamheid stimulatie was deze voorafgaand aan de scholing volgens de deelnemers hoog. Na de scholing is de bereidheid gestegen echter is dit geen statistisch significante toename.

Effecten op ADL zelfredzaamheid naasten (secundaire doelgroep)

In totaal vulden zeven naasten met ondersteuning van de ergotherapeut de GARS-4 vragenlijst in. Niet elke naaste van een deelnemende mantelzorger wilde deelnemen aan het onderzoek, of het lukte niet tijdig om een afspraak te maken om het onderzoek af te nemen. Van de 7 deelnemende naasten betrof dit zes mannen en één vrouw met een gemiddelde leeftijd van 79.6 jaar. Alle naasten waren gehuwd, woonden in een woonhuis en ontvingen mantelzorg van ofwel partner ($n = 5$), kinderen ($n = 2$) of beiden ($n = 1$). Ongeveer de helft van de naasten ontving formele zorghulp. De gemiddelde GARS-4 score voorafgaand aan de scholing was 20.9 wat erop duidt dat naasten van de mantelzorgers die de scholing volgden, hun ADL zelfstandig konden uitvoeren met enige moeite. De GARS-4 scores varieerden tussen de 11 en 32, wat duidt op een verschil tussen naasten wat betreft volledig ADL zelfstandig tot zelfstandig met veel moeite, zie grafiek 3.7.

Vijf naasten vulden met ondersteuning van de ergotherapeute de COPM in. Ook hier gold dat niet elke naaste wilde deelnemen aan het onderzoek, of het lukte niet tijdig om een afspraak te maken voor het onderzoek. De vijf naasten prioriteerden gemiddeld 4.6 doelen (range 3-5). Deze doelen hadden veelal betrekking op persoonlijke verzorging (douchen, aankleden, mobiliteit en eten en drinken). Daarnaast prioriteerden deelnemers activiteiten buitenshuis (wandelen, familiebezoek, klussen) of sociale activiteiten (kinderen of familie bezoeken, deelnemen aan zangkoor, of bezoeken van zorgverlener). Gemiddeld scoorden de deelnemers deze activiteiten met een 6.4 wat betreft uitvoerbaarheid en een 5.6 wat betreft tevredenheid. Dit kan geïmpliceerd worden dat de betreffende activiteiten voor deelnemers nog enigszins uitvoerbaar waren en zij hiermee matig tevreden waren.

Na afloop zijn door de ergotherapeut geen vervolgmetingen uitgevoerd met betrekking tot GARS-4 en COPM waardoor secundaire effecten van de scholing voor mantelzorgers op ADL zelfredzaamheid van naasten niet in kaart gebracht konden worden. Het is onbekend waarom deze metingen niet uitgevoerd zijn.



Grafiek 3.7 GARS-4 scores naasten voorafgaand aan scholing mantelzorgers

Focusgroepinterview

Aan het focusgroepinterview namen de trainer van de scholing deel evenals een deelnemer. De bijeenkomsten werden als waardevol ervaren, al was er wat variatie in de intensiteit en complexiteit van de sessies. Met name de derde bijeenkomst werd door de trainers als lastig ervaren, omdat er veel opdrachten waren die uitleg behoefden. De deelnemer gaf echter aan dat het contact met elkaar, het delen van ervaringen, en het herkennen en erkennen van elkaars gevoelens het meest waardevol was. Eén van de inzichten die uit de cursus voortkwam, was dat het voor mantelzorgers vaak moeilijk is om taken los te laten of te delegeren aan degene voor wie ze zorgen.

“Die mantelzorgers die echt tegen dat overbelasten aan zitten, zien die noodzaak misschien eerder om dingen meer terug te geven aan de naasten. Maar die kunnen dat vaak niet, omdat ze zo overbelast zijn. Het is goed om op tijd te starten, voordat die overbelasting begint, want door meer bij de ander te laten, voorkom je ook die overbelasting.”
[Quote trainer]

Een specifieke opdracht, waarbij activiteiten in kleine stukjes werden gehakt om te bepalen wat iemand nog zelf kan doen, werd als eyeopener ervaren. Dit besef hielp de mantelzorgers inzien dat ze soms taken uit gewoonte overnemen, terwijl hun naasten nog in staat zijn om bepaalde dingen zelf te doen. Dit bewustwordingsproces werd door de deelnemers als bijzonder nuttig gezien, hoewel het in de praktijk vaak lastig blijft om daadwerkelijk los te laten.

De deelnemer benadrukte dat mantelzorgers vaak te maken hebben met gevoelens van stress en tijdsdruk, waardoor het verleidelijk is om taken snel zelf te doen. Ze vertelde een voorbeeld van haar moeder, waarbij het geduld op de proef werd gesteld toen ze haar moeder wilde laten helpen met het omdoen van een veiligheidsgordel. Toch erkende ze dat het soms beter is om iemand de ruimte te geven om zelf dingen te doen, zelfs al kost dat in eerste instantie meer tijd.

“De tijd en stress die het soms oplevert, worden gecompenseerd door de voldoening die je ziet bij de ander als hij of zij iets zelf doet.” [quote participant]

“Je denkt dat het allemaal veel meer tijd kost, maar los van het gevoel van eigenwaarde of kunnen meedoen, levert het uiteindelijk wellicht ook tijd op. Want dan hoeft jij niet de schoenen te strikken of weer helemaal te koken en de tafel te dekken. Maar het blijft moeilijk voor een mantelzorger om daar toch de winst in te blijven zien.” [quote participant]

De discussie ging verder over hoe mantelzorgers meer bewust gemaakt kunnen worden van het belang van zelfredzaamheid, niet alleen voor hun eigen welzijn, maar ook voor dat van hun naasten. Het vroegtijdig betrekken van professionals, zoals casemanagers, werd gezien als een mogelijk effectieve manier om dit bewustzijn te vergroten. De hoofdtrainer gaf aan dat er binnen zorginstellingen steeds meer aandacht moet komen voor zelfmanagement, waarbij mantelzorgers niet alleen praktische zorg leren verlenen, maar ook leren hoe ze hun naasten kunnen stimuleren om actief te blijven. Een ander belangrijk punt dat naar voren kwam, was het belang van balans.

“Je moet kritisch kijken naar de dingen die iemand zelf kan doen of dingen die je samen kunt doen. Het hoeft niet alles of niets te zijn, het gaat om het vinden van de balans.” [Quote trainer]

Mantelzorgers dienen een middenweg zien te vinden tussen het stimuleren van zelfredzaamheid bij hun naasten en het zelf overnemen van taken. Dit bleek met name moeilijk bij ziektebeelden zoals dementie, waar de naaste vaak niet in staat is om initiatief te tonen of taken zelfstandig uit te voeren. Hier ligt een uitdaging voor de mantelzorger om overbelasting te voorkomen, bijvoorbeeld door een beroep te doen op het netwerk van burens of vrijwilligers. Wat de structuur van de cursus betreft, werd er besproken dat de vijf bijeenkomsten van elk twee uur een goede duur hadden, al werd er soms te veel inhoud in één bijeenkomst gepropt. Met name de bijeenkomst met een acteur, waarbij situaties werden nagespeeld, werd zeer positief

ontvangen omdat het de deelnemers in staat stelde om actief met de stof aan de slag te gaan. Dit zorgde voor een ontspannen sfeer, waarbij humor en beweging een rol speelden. Er werd voorgesteld om de acteur vaker in te schakelen tijdens toekomstige trainingen.

“Ik zag wel dat er een bepaalde energie ontstond, dat mensen zeiden: ‘Yes, dat gaan we doen.’ [...] Maar wat [deelnemer] zegt, daar kan ik me wel in vinden. Het kost energie, maar je begint nu te zien dat er minder zorg beschikbaar is. Dus het is goed om het thema op tijd aan te halen.” [Quote trainer]

Als mogelijke verbeterpunten werd genoemd dat sommige opdrachten vereenvoudigd konden worden. Bepaalde deelnemers vonden de taal van de opdrachten soms te ingewikkeld, waardoor het moeilijk was om de instructies goed te begrijpen. Ook werd er gesuggereerd om meer ruimte te bieden voor het delen van persoonlijke verhalen, omdat hier grote behoefte aan was. Hoewel de cursus een structuur had die deelnemers hielp om bepaalde leerdoelen te bereiken, werd er soms het gevoel gehad dat er niet genoeg tijd was om alles te bespreken wat deelnemers wilden delen. Al met al was de training een waardevolle ervaring voor zowel de trainers als de deelnemers. Het bood hen de kans om na te denken over hun rol als mantelzorgers, om nieuwe strategieën te leren en om steun te vinden bij elkaar. Tegelijkertijd blijft het een uitdaging om deze inzichten in de praktijk te brengen, zeker wanneer de zorg voor een naaste intensief is en gepaard gaat met complexe ziektebeelden. De balans tussen het zorgen voor een ander en het behouden van de eigen gezondheid blijft een centraal thema voor mantelzorgers.

't Heimgeveul

Proeftuin: Valkenburg

Doel: Informeren van mantelzorgers ten aanzien van diverse thema's

Doelgroep: Mantelzorgers

Looptijd: Januari – juni 2024

Indicator: Samenredzaamheid

Initiator: Steunpunt Mantelzorg, Sevagram

Inhoud: Maandelijkse themabijeenkomst

Partner(s): Sevagram, Steunpunt Mantelzorg

Aanleiding

Sinds begin 2023 worden in zorgcentrum Oosterbeemd maandelijkse themabijeenkomsten georganiseerd door Steunpunt Mantelzorg waar mensen elkaar kunnen ontmoeten. Het initiatief draagt de naam 't Heimgeveul' waar met name mantelzorgers terecht kunnen voor informatie en uitwisseling over diverse thema's. De bijeenkomsten worden geleid door een mantelzorgconsulent van Steunpunt Mantelzorg. Initiatief is ontstaan in samenwerking tussen Steunpunt Mantelzorg en Sevagram, waarbij Steunpunt aangaf dat er behoefte was om burgers/mantelzorgers te informeren omtrent diverse thematiek. Sevagram heeft Oosterbeemd beschikbaar gesteld als uitvalsbasis. Tot nu toe ontbreekt inzicht in welke doelgroep bereikt wordt met deze bijeenkomsten en hoe tevreden bezoekers zijn met deze bijeenkomsten. Daarom is in de periode januari tot en met juni 2024 een zestal bijeenkomsten gemonitord en geëvalueerd.

Methode

Tijdens de zes bijeenkomsten zijn presentielijsten bijgehouden en evaluatieformulieren uitgereikt om de tevredenheid van deelnemers in kaart te brengen. Hierbij werd de bijeenkomst gescoord met een rapportcijfer tussen de 1 en 10 punten waarbij 1 heel slecht representeerde en 10 heel goed. Daarnaast werden de positieve punten en verbeterpunten per bijeenkomst in kaart gebracht middels open vragen en werden enkele achtergrondkenmerken van de deelnemers, zoals leeftijd, geslacht, aantal jaren van verlenen mantelzorg en de persoon aan wie mantelzorg werd verleend (partner, familielid of anderszins), in kaart gebracht.

Resultaten

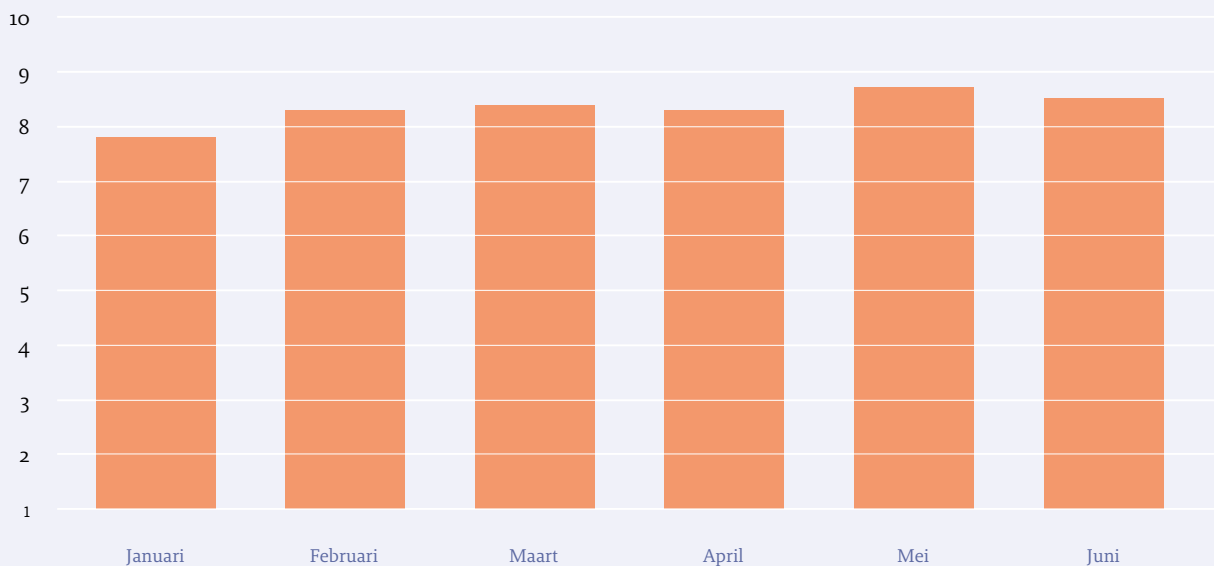
Bereik en thematiek

Het bereik per bijeenkomst verschilt en varieert tussen 9 en 61 deelnemer. Tijdens de bijeenkomsten zijn verschillende thema's aan bod gekomen, te weten in chronologische volgorde: valpreventie en bewegen, eenzaamheid, beschermingsmaatregelen, ontzorgd bij verpleeghuisopname, NVVE: Nederlandse Vereniging voor Vrijwillig Levensinde en oude foto's Valkenburg. Veelal bezoeken tussen de 10 en 15 deelnemers de bijeenkomsten. De bijeenkomst van de NVVE trok 61 deelnemers. Gemiddeld zijn de bezoekers rond de 70 jaar, binnen de bijeenkomst met als thema oude foto's Valkenburg ligt de gemiddelde leeftijd op 80 jaar. Gemiddeld genomen is meer dan tweederde van de bezoekers vrouw. De meeste bezoekers verlenen mantelzorg aan anderen, gemiddeld al ruim 10 jaar. De personen waaraan mantelzorg wordt verleend loopt uiteen. In de regel wordt voor de partner mantelzorg verleend of een ander familielid.

Tevredenheid

Gemiddeld worden de themabijeenkomsten beoordeeld met een rapportcijfer tussen de 7.8 en 8.7 punten. Enkel de bijeenkomst over valpreventie en bewegen scoorde onder de 8 (7.8). De bijeenkomst van de NVVE wordt het hoogst gescoord (8.7), zie grafiek 3.8.

Grafiek 3.8 Gemiddelde rapportcijfers per themabijeenkomst januari-juni 't Heimgeveul



Vanuit de open vragen van het evaluatieformulier blijkt dat deelnemers verscheidene aspecten waarderen van de themabijeenkomsten. Zo worden frequent de eenvoudige en begrijpelijke uitleg, het uitwisselen van ervaringen en het gezellig samenzijn geduid als positieve punten. Verbeterpunten worden in geringe mate aangedragen. Wanneer deze worden aangedragen hebben deze betrekking op het geringe aantal microfoons, het verzoek om de presentatieslides door te sturen en de constatering dat de verstrekte informatie soms iets uitgebreider, begrijpelijker en gedetailleerder kan. Voor toekomstige bijeenkomsten dragen bezoekers verscheidene thema's aan, bijvoorbeeld uitleg over de Wmo, euthanasie, mentorschap, hoe alleenstaanden een prettig leven kunnen organiseren, het voorkomen van isolement, schenkingsrecht, en overzicht van instanties waar mantelzorgers terecht kunnen voor hulp.

Boodschappenservice

Proeftuin: Valkenburg

Doel: Ontmoeten, verbinden en sociale participatie verhogen

Doelgroep: Bewoners en omwonenden Oosterbeemd Valkenburg, thuiswonende ouderen

Looptijd: Januari – juni 2024

Indicator: Sociale Participatie

Initiator: Opbouwwerker, beweegmakelaar, Gemeente Valkenburg, Seniorenraad, Wonen Zuid, Sevagram

Inhoud: Samen met andere burgers en studenten boodschappen doen, gecombineerd met sociale interactie.

Partner(s): Sevagram, Gemeente Valkenburg, Wonen Zuid, Zuyd Hogeschool, Seniorenraad Valkenburg, Radar, Opbouwwerker/Beweegmakelaar

Aanleiding

Begin 2024 is in Valkenburg aan de Geul gestart met het initiatief Boodschappenservice. Deze service is ontstaan vanuit samenwerking tussen opbouwwerker en community manager Valkenburg, waarbij indirect behoefte tot dit initiatief is opgepikt bij burgers. Thuiswonende ouderen, bewoners en omwonenden van zorgcentrum Oosterbeemd gaan samen met vrijwilligers en studenten ergotherapie van Zuyd Hogeschool een ochtend of middag boodschappen doen. Dit bezoek wordt gecombineerd met een kop koffie bij een plaatselijke horecagelegenheid. Mensen wordt via het initiatief de mogelijkheid geboden elkaar te ontmoeten en samen iets leuks te doen waarbij de verbinding met studenten een belangrijke pijler is. Samen boodschappen doen sluit daarom aan bij een van de doelstellingen van Community Care: het verhogen van sociale participatie en het tegengaan van eenzaamheid. Het initiatief Boodschappenservice vindt periodiek plaats, in de regel om de 2 tot 3 weken. Tot nu toe ontbreekt inzicht in het bereik van deze bijeenkomsten en de tevredenheid van bezoekers met de geboden service. Daarom is de service van januari tot en met juni 2024 gemonitord en geëvalueerd.

Methode

De evaluatie van de het initiatief Boodschappenservice bestond uit twee onderdelen. Na afloop van elke bijeenkomst werden deelnemers in de gelegenheid gesteld een evaluatieformulier in te vullen. Dit formulier bestond uit de vragen over positieve punten en verbeterpunten, of men vaker zou willen deelnemen en of men bereid was tot een aansluitend kort en open evaluatiegesprek. In dit gesprek – het tweede onderdeel van de evaluatie – werd diepgaander ingegaan op de ervaringen met het initiatief, hoe men bij het initiatief terecht was gekomen en welke ideeën en overwegingen men had ter verbetering van het initiatief.

Resultaten

Tussen januari en juni 2024 vond het initiatief Boodschappenservice elf keer plaats, in de regel elke twee weken. Het aantal bezoekers varieert tussen de drie en elf deelnemers per keer met een gemiddelde van nagenoeg acht deelnemers per editie; er is een trend te zien wat betreft toename in het aantal deelnemers in de tijd. Het overgrote deel van de deelnemers is vrouwelijk. Over het algemeen nemen veel dezelfde personen deel aan het initiatief, blijkende uit terugkerende namen op presentielijsten. Sommige deelnemers vallen af wegens ziekte of ziekte van de partner.

Om de bezoekers te begeleiden bij het doen van de boodschappen zijn in de regel een beweegmakelaar, een opbouwwerker, een professional van een welzijnsorganisatie en diverse vrijwilligers aanwezig. Bij eerste edities zijn ook studenten van de opleiding ergotherapie betrokken. Later bleek dat qua planning van onderwijsverplichtingen niet meer mogelijk voor de studenten.

In totaal zijn over de 11 bijeenkomsten 17 evaluatieformulieren ingevuld. Gezien geregeld dezelfde personen deelnamen gaven zij aan niet elke keer een formulier te willen invullen ter evaluatie. Deze 17 personen betreffen 15 vrouwen en 2 mannen met een gemiddelde leeftijd van 80 jaar. Uit de evaluatieformulieren blijkt dat de deelnemers de boodschappenservice scoren met een gemiddeld rapportcijfer van 9,2 op een schaal van 1 -10. Deelnemers dragen de gezelligheid, vriendelijkheid, begeleiding, het bij elkaar komen en samenzijn, het sociale aspect en samen erop uit gaan als positieve aspecten aan. Nagenoeg geen negatieve aspecten worden aangedragen. Over het algemeen vindt men het variëren in horecagelegenheid als bijkomstigheid van de boodschappenservice prettig, dit wordt onderschreven door personen die aangeven dit fijn te vinden als ze ‘ergens anders’ komen. De deelnemers zijn op verschillende manieren bekend geworden met het initiatief, bijv. via mond-tot-mondreclame, de flyer, de beweegmakelaar of de advertentie in het lokale maandblad de ‘Mazjerang’. Op een enkeling na geeft iedereen aan vaker dan één keer gebruik te willen maken van de boodschappenservice.

Resultaten evaluatiegesprek

Tien mensen waren bereid deel te nemen aan het evaluatiegesprek. Hiervan konden 6 deelnemers geïnterviewd worden. Vier personen waren niet te bereiken, en één van de zes geïnterviewden kon zich deelname aan de boodschappenservice niet herinneren. De overige 5 deelnemers, allen vrouw, gaven in het gesprek aan dat ze het initiatief als gezellig hebben ervaren en een mooie gelegenheid om met anderen in contact te komen er even uit te zijn. Alle geïnterviewden geven aan vaker deel te hebben genomen aan het initiatief. Eén deelnemer illustreert deelname door volgende quote:

“Ik vind het geweldig, je leert mensen kennen, je praat met elkaar, ik vind het gewoon leuk, leuk om mee te gaan altijd, het is gewoon gezellig. Het gaat niet om de kop koffie of de taart, ik wil zoveel mogelijk onder de mensen zijn.” [quote participant]

Deelnemers zijn bekend geraakt met het initiatief op verschillende manieren. Velen zijn benaderd door vrijwilliger(s), anderen zijn erop geattendeerd door de huisarts en weer anderen door flyers of posters rondom hun woning. Sommigen geven aan ook anderen erop te attenderen.

Een deelnemer geeft aan dat het nu fysiek niet meer gaat om mee te doen. Een andere deelnemer geeft ondanks positieve uitlatingen aan lastig anderen te kunnen verstaan, bijvoorbeeld bij het koffiemoment gekoppeld aan het initiatief. Een andere deelnemer geeft juist aan dat de fysieke beperkingen die zij had en welke ervoor zorgden dat zij niet veel meer buiten kwam, juist aanleiding waren om deel te nemen aan het initiatief waarbij ze ondersteunt werd om boodschappen te doen.

Eén deelnemer had een hogere opkomst verwacht en geeft aan dat het toch veelal steeds dezelfde personen zijn die deelnemen. Er wordt door een deelnemer ook aangedragen om een dergelijk initiatief als boodschappenservice ook zonder ondersteuning te organiseren in het kader van zelfhulp, waarbij bewoners elkaar ondersteunen in plaats van vrijwilligers. Tot slot geven veel deelnemers aan graag nog te willen deelnemen, maar dat er onduidelijkheid bestaat over of en wanneer het initiatief weer plaatsvindt. Daartoe zou de communicatie kunnen verbeteren.

Film Eenzaamheid ‘Omkijken naar elkaar’

Proeftuin: Valkenburg

Doel: Bewustheid ten aanzien van eenzaamheid in de samenleving verhogen evenals het taboe dat rust op eenzaamheid doorbreken

Doelgroep: Bewoners met en zonder eenzaamheid

Looptijd: September – oktober 2024

Indicator: Eenzaamheid

Initiator: Gemeente Valkenburg, Sevagram, Seniorenraad

Inhoud: Filmpresentatie ‘Omkijken naar elkaar’

Partner(s): Evision, Sevagram, Gemeente Valkenburg, Radar, Seniorenraad

Aanleiding

Eenzaamheid is een groot sociaal-maatschappelijk probleem met uiteenlopende oorzaken en emotionele, cognitieve, gedragsmatige en gezondheidsgerelateerde gevolgen (Hawkley & Cacioppo, 2010). Eenzaamheid is niet iets wat zich beperkt tot een bepaalde doelgroep of leeftijdscategorie. Het aantal mensen dat zich eenzaam voelt stijgt de afgelopen jaren flink. Daarnaast is eenzaamheid iets wat zich vaker manifesteert onder ouderen in de bevolking. Ook in de gemeente Valkenburg aan de Geul is eenzaamheid een veelvoorkomend probleem. In lijn met het landelijk beeld blijkt dat ruim 47 procent van de inwoners van Valkenburg zich eenzaam voelt. Hierbij is zo'n 15 procent sterk eenzaam (ervaren een diepe, aanhoudende eenzaamheid die hun welzijn ernstig beïnvloedt), 30 procent emotioneel eenzaam (missen een hechte, intieme band met anderen) en 36 procent sociaal eenzaam (voelen een gemis aan bredere sociale contacten en een netwerk om zich heen) (Volksgezondheid en Zorg Info, 2024). Eenzaamheid is een onderwerp waarover taboe heerst en waarover veel onbewustheid bestaat. Het is daarom essentieel initiatieven te ontplooien die deze onbewustheid en taboes te doorbreken. De Gemeente Valkenburg heeft opdracht gegeven om de film te ontwikkelen, om het thema eenzaamheid uit de taboesfeer te halen.

Film 'Om kijken naar elkaar'

De film 'Om kijken naar elkaar' is een productie van Evision van Rob Essers. De film is uitgebracht in het kader van het project Community Care van Sevagram. In dit project werkt Sevagram onder andere samen met de gemeente Valkenburg aan de Geul, de Seniorenraad en Radar. In de film vertellen inwoners uit de gemeente hun beleving over het thema eenzaamheid: hoe gaan zij hiermee om en welke levenslessen hebben zij voor anderen?

Methodes

De evaluatie van de film 'Om kijken naar elkaar' bestond uit twee onderdelen. De film is initieel op twee momenten in de week tegen eenzaamheid vertoond: op 30 september in de Polfermolen in Valkenburg en op 3 oktober in Gemeenschapshuis Cascade in Vilt. De vertoning was onderdeel van een middagprogramma over eenzaamheid. Na afloop van deze vertoningen werden bezoekers in de gelegenheid gesteld een evaluatieformulier in te vullen. Dit formulier bestond uit de vragen hoe de film werd beoordeeld, wat men goed en te verbeteren vond, wat de film heeft opgeleverd, of de film heeft geleid tot bewustwording, openheid, en ondersteuning van anderen ten aanzien van eenzaamheid, evenals of de film heeft geleid tot het deelnemen aan activiteiten en het onderhouden/opbouwen van een sociaal netwerk. Tot slot bevatte het formulier de vraag of deelnemers wilden deelnemen aan een evaluatiegesprek in de week na afloop van de vertoningen. Binnen dit open gesprek stonden enkele thema's centraal, te weten: 1) evaluatie van de film, doel, doelgroep en exposure 2) algemene initiatieven rondom eenzaamheidsproblematiek in de gemeente en 3) aanpak eenzaamheid in algemene zin.

Resultaten

De vertoningen van de film 'Om kijken naar elkaar' trokken respectievelijk 72 en 47 bezoekers waarvan het merendeel van het vrouwelijk geslacht. De middag werd geopend door de dagvoorzitter waarna een deelnemer een lied ten gehore bracht. Daarna volgden korte gesprekjes met de wethouder van Gemeente Valkenburg, de betrokken Community Care Coördinator, enkele cliënten van Radar en de filmmaker. Vervolgens werd de film getoond, waarna de dagvoorzitter het publiek vroeg om een eerste reactie op de film. Na afloop werd het evaluatieformulier uitgereikt.

Evaluatieformulier

Het evaluatieformulier werd door 58 personen (49 procent) ingevuld waarvan de meeste formulieren volledig ingevuld werden. Sommige formulieren zijn ingevuld door koppels waardoor per koppel één formulier werd ingeleverd. Ruim tweederde van de personen die invulden waren van het vrouwelijk geslacht. De gemiddelde leeftijd van de personen die het formulier invulden was 71 jaar. Op een schaal van 1-10 werd de vertoning van de film gescoord met een gemiddeld cijfer van 8.8. Deelnemers gaven in het formulier aan dat ze de film aangrijpend, indrukwekkend en duidelijk vonden. Volgens deelnemers geeft de film goed weer wat eenzaamheid betekent en hoe het opgelost kan worden, dit wordt verder niet gestaafd met uitleg. De verscheidenheid aan geïnterviewden binnen de film wordt daarbij benadrukt als pluspunt. Enkele verbeterpunten die werden benoemd hebben betrekking op het niet enkel presenteren van succesverhalen maar ook laten zien dat eenzaamheid niet altijd op te lossen is, evenals dat de film meer aandacht zou moeten hebben voor eenzaamheid onder personen van jongere of middelbare leeftijd.

Deelnemers geven aan het gemiddeld eens te zijn met de stellingen dat: 1) de film de bewustwording over het thema eenzaamheid verhoogd heeft, 2) de film ervoor heeft gezorgd dat

deelnemers opener durven te zijn over eenzaamheid, 3) de film de bereidheid tot het helpen/ondersteunen van anderen in hun eenzaamheid heeft verhoogd, en 4) de film deelnemers heeft aangespoord om op zoek te gaan naar activiteiten in de buurt om aan deel te nemen. Verder geven deelnemers aan het eens tot zeer mee eens te zijn dat de film hen bewust heeft gemaakt van het belang om sociale contacten te blijven onderhouden. Tot slot geven deelnemers aan dat de film hen heeft aangezet om meer om te kijken naar anderen, een sociaal netwerk op te bouwen en te onderhouden, hun eigen verhaal te delen en vrijwilligerswerk te doen. Negentien deelnemers geven in het evaluatieformulier aan informeel door te willen praten over hun ervaringen met de film en het thema eenzaamheid.

Evaluatiegesprek

Initieel hadden zich vanuit de evaluatieformulieren, negentien personen aangemeld voor een informeel evaluatiegesprek op 10 oktober in gemeenschapshuis Cascade in Vilt. Uiteindelijk hebben 4 deelnemers en één Community Care Coördinator deelgenomen aan het groepsinterview. Deze groep bestond uit 4 vrouwen en 1 man, met een gemiddelde leeftijd van 66 jaar. Enkele aanvankelijk geïnteresseerden waren niet bereikbaar, sommigen kwamen niet opdagen, en anderen meldden zich na hun initiele aanmelding af vóór het evaluatiegesprek. Deelnemers aan het gesprek geven aan dat ze de film als mooi en realistisch hebben ervaren. Er wordt gewaardeerd dat de mantelzorg en de belangrijkheid van een sociaal netwerk wordt aangehaald. Tevens wordt gewaardeerd dat ook jongeren met eenzaamheid aan bod komen en dat duidelijk werd dat aan eenzaamheid geen leeftijd hangt. Één puntje wat er volgens de deelnemers aan het evaluatiegesprek gemist wordt, is dat de film veelal succesverhalen toont. Een deelnemer verwoordde dit als volgt:

“Dat miste ik ook een beetje in de film ... het leek een beetje een succesverhaal, uiteindelijk, het lukt allemaal, het verbetert allemaal, maar wat als je niet die middelen of die connecties hebt, dat netwerk hebt, en je bent eenzaam, dat miste ik ook een beetje in de film van wat gebeurt dan met die mensen.” [quote participant]

Er wordt bediscussieerd waarom de niet succesvolle kant onderbelicht is in de film. Mogelijke reden is het niet hebben kunnen vinden van eenzame ouderen waarbij het niet lukt te voorzien in oplossingen voor de problematiek.

Wat betreft opkomst vinden de deelnemers het lastig in te schatten of de vertoningen een gewenst aantal bezoekers heeft opgeleverd. Deelnemers geven aan dat er veel acties zijn uitgezet om de film onder de aandacht te brengen (huisartsen, fysiotherapeuten, Mazjerang, flyers, social media, wijkverpleegkundigen, website seniorenraad), terwijl ook wordt aangegeven dat de exposure mogelijk te gering was en meer aandacht had kunnen krijgen. De vraag wordt bediscussieerd hoe potentiële bezoekers ‘echt’ bereikt kunnen worden. Één deelnemer aan het evaluatiegesprek had meer bezoekers verwacht en vond het aantal enigszins teleurstellend. Veelal worden bij soortgelijke initiatieven dezelfde mensen gezien, duidend op een terugkerende kern van mensen die animo toont voor gelijksoortige gebeurtenissen. Deelnemers aan het evaluatiegesprek denken verschillend over wie de doelgroep van de film zou moeten zijn. Zo denkt de helft van de deelnemers dat het de eenzame oudere is, terwijl de andere helft

denkt dat de film voor zowel eenzame ouderen als ook mensen die eenzame ouderen kunnen helpen bedoeld is.

Doel van de film was taboesfeer van het thema afhalen en inzicht geven in wat er in Valkenburg is om eenzaamheid aan te pakken. Volgens de deelnemers zijn deze doelen terug te zien in de film. Verder geven de deelnemers aan dat de film de mogelijkheid tot actie zou moeten bieden, bijvoorbeeld door af te sluiten met een telefoonnummer waar mensen (al dan niet eenzaam) terecht kunnen of door kaartjes met contactgegevens van de beweegmakelaar uit te delen.

Los van de film geven deelnemers aan dat er in Valkenburg veel initiatieven zijn die inspelen op de eenzaamheidsproblematiek; het breicafé, het soepcafé en het boodschappenproject worden als voorbeelden genoemd. Men geeft aan dat het goed is deze initiatieven goed te borgen en op elkaar af te stemmen zodat er geen overlap is. In de kernen van Valkenburg worden veel initiatieven ontplooid die vaak op elkaar lijken, en daarom is afstemming nodig. De initiatieven zijn nagenoeg altijd aanbodgericht. Het is wel belangrijk om in de kernen de initiatieven te blijven ontplooiën; dicht bij de mensen, zeker omdat vervoer veelvuldig een probleem is om ergens te komen.

Als grote drempel wordt aangegeven het naar buiten durven treden met eenzaamheidsproblematiek of het overkomen van de drempel om hulp te zoeken. De Seniorenraad benadert familie, naasten of de buurt om deze mensen op te sporen. Ook andere deelnemers geven aan initiatieven onder de aandacht te brengen, onder andere de initiatieven die in de film getoond worden, echter blijft het vaak lastig om onbekende eenzame ouderen via naasten of reclame voor initiatieven te bereiken. Er wordt aangegeven dat het wellicht ook met de afstand te maken heeft en dat initiatieven meer in de kernen georganiseerd dienen te worden dicht bij de mens zelf. Daarnaast worden veel initiatieven gericht op de naasten van de potentieel eenzame oudere, om daarmee de eenzame oudere in beeld te krijgen. Dit levert echter weinig op. Als een naaste de oudere aanmeldt voor een activiteit, dan geeft deze vaak aan geen interesse te hebben. Een deelnemer zei daarover:

“Ja ik heb er helemaal geen zin in, ik moest dat van mijn zoon of dochter... ik zeg dan haal ik u van de lijst af, de dochter en zoon die zeggen dan ‘Ga daarbij [bij een club/activiteit], die hebben daar dan geen behoefte aan, dan moet je daar vrede mee hebben.”
[quote participant]

Wat betreft bewustwording in de samenleving over de eenzaamheidsproblematiek denken deelnemers dat mensen zich weliswaar realiseren dat er een probleem is maar men vraagt zich af of mensen bewust zijn dat er veel mensen in eenzaamheid zitten en hoe ze daarmee om moeten gaan. Er wordt aangegeven dat de oplossing vaak in kleine en niet ingewikkelde dingen kan zitten. Mensen hoeven geen hulpverlener te zijn om van betekenis te kunnen zijn. Als voorbeeld wordt aangedragen: gewoon een praatje maken, luisterend oor bieden, wandelingetje maken, kop koffie drinken of de krant voorlezen. Mensen denken dat het ingewikkeld is en dat je dat verplicht of op vaste tijdstippen moet doen; het is veel mooier om spontaan iets te doen of te betekenen voor iemand. De winter wordt verder aangedragen als ‘probleemseizoen’ waar

eenzaamheid veelal de kop opsteekt. Of de film bezoekers daarvan heeft bewust gemaakt blijft in het ongewisse. Deelnemers geven aan dat het wel aan bod komt in de film, maar dat wanneer mensen in de auto naar huis zitten het weer wegebt.

*“Ze [bezoekers] horen het wel, ze snappen het, maar ze doen er verder niks mee.
Voor iedereen is het ‘zolang je het zelf niet meemaakt is het de ver van je bed show’.”
[quote participant]*

Tot slot wordt in het evaluatiegesprek benoemd dat de mensen die de film zijn komen bekijken, de personen zijn die er over het algemeen het minst baat bij hebben. Er is discussie of de film iets teweeggebracht zou hebben wanneer de film wel de personen had getrokken die er baat bij hebben. Hierover zijn de meningen verdeeld. Deelnemers geven daarom aan te willen evalueren wat de film heeft opgeleverd, echter de meningen zijn sterk verdeeld over de tijdsperiode en de methode ‘hoe’ dit gemeten dient te worden. Ook wordt er genuanceerd dat eventuele effecten lastig toe te schrijven zijn aan een eenmalige gebeurtenis als een film. De film lijkt daarom zeker geslaagd in het creëren van bewustwording rondom het thema, en zal bij verdere verspreiding via uitzending op tv wellicht ook andere belangstellenden en eenzame personen bereiken die middels de twee live vertoningen niet bereikt zijn. De bewustwording zou opgevolgd kunnen worden door concrete acties om mensen met en zonder eenzaamheid aan te zetten het thema te bespreken of elkaar te helpen hierin.

3.3 Deelstudie 3: meten van de indicatoren op populatieniveau

3.3.1 Inventarisatie beschikbare kwantitatieve data op wijkniveau

Acht monitors die zijn geïdentificeerd in het LIME onderzoek naar Pluswijken vormden het startpunt voor de deskresearch. Tabel 3.9 geeft een overzicht van deze monitors, getoetst aan de hand van de inclusiecriteria voor dit Community Care onderzoek. Van de acht monitors bleken er twee te voldoen aan de criteria: de Gezondheidsatlas Zuid-Limburg van GGD en de Buurtatlas van RIVM. Andere databronnen vielen af omdat zij bijvoorbeeld geen of zeer weinig data bevatten die betrekking hadden op de vier indicatoren.

Monitor (ontwikkelaar)	Criteria		
	Openbaar beschikbaar	Schaal waarop data beschikbaar is	Relevant op het gebied van de vier indicatoren
Gezondheidsatlas Zuid Limburg (GGD Zuid Limburg)	Ja	Landelijk, regionaal, gemeente, wijk	Data o.b.v. de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen
Buurtatlas (RIVM)	Ja	Landelijk, gemeente, wijk	Data o.b.v. de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen
StatLine Kerncijfers wijken en buurten (CBS)	Ja	Landelijk, gemeente, wijk	Demografische data van het CBS
Atlas Leefomgeving (RIVM)	Ja	Wijk	Data over de leefomgeving, verder geen link met de indicatoren
Leefbaarometer (BZK)	Ja	Gemeente, wijk	Data over sociale cohesie o.b.v. de Leefbaarometer 3.0, verder geen link met de indicatoren
Sociale kaart Nederland (gemeenten)	Ja	Gemeente (en plaats)	Overzicht van organisaties die ondersteuning bieden op het gebied van zorg en welzijn, wonen, jeugd en gezin of werk en inkomen
ZorgkaartNederland (Patiëntfederatie Nederland)	Ja	Informatie a.d.h.v. de plaats waar een zorgverlener of zorgaanbieder werkzaam is	Onafhankelijke keuze-informatie over zorgverleners en zorgaanbieders o.b.v. ervaringen van patiënten
KIS Wijkmonitor (KIS)	Tijdelijk niet beschikbaar	Onbekend	Onbekend

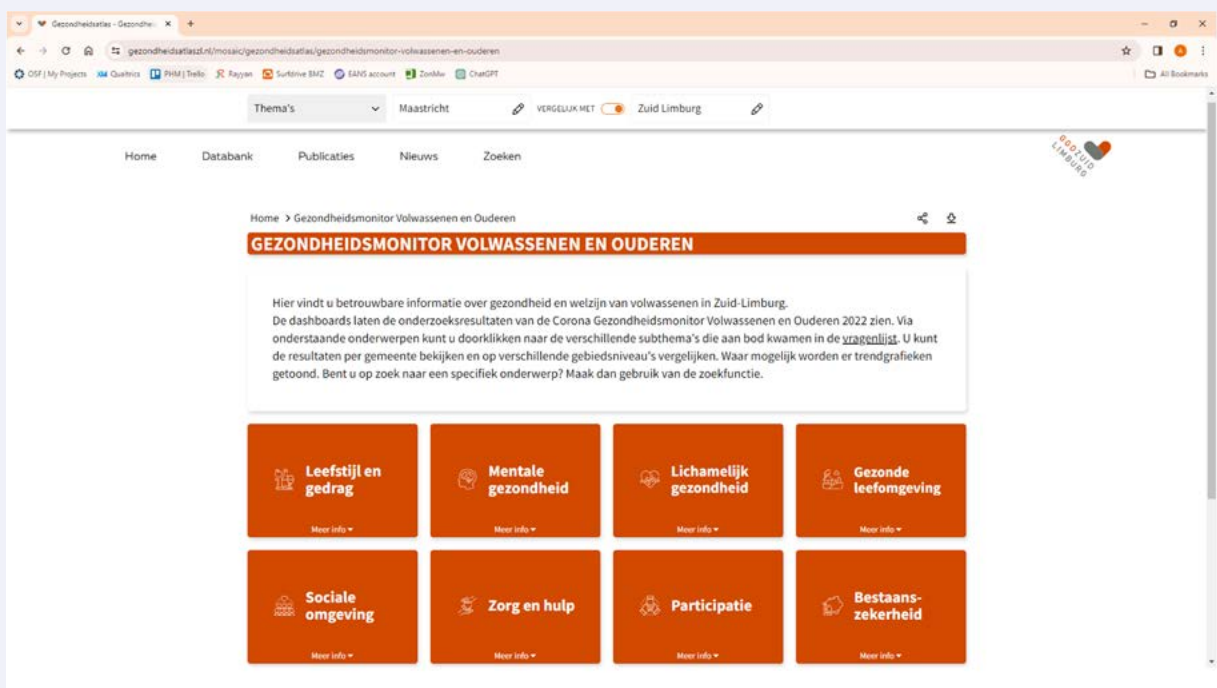
Tabel 3.9 Beschikbare monitors op wijkniveau, beoordeeld per inclusie criterium

Afkortingen: RIVM = Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; CBS = Centraal Bureau voor Statistiek; KIS = Kennisplatform Inclusief Samenleven; BZK = Ministerie van Binnenlandse Zaken.

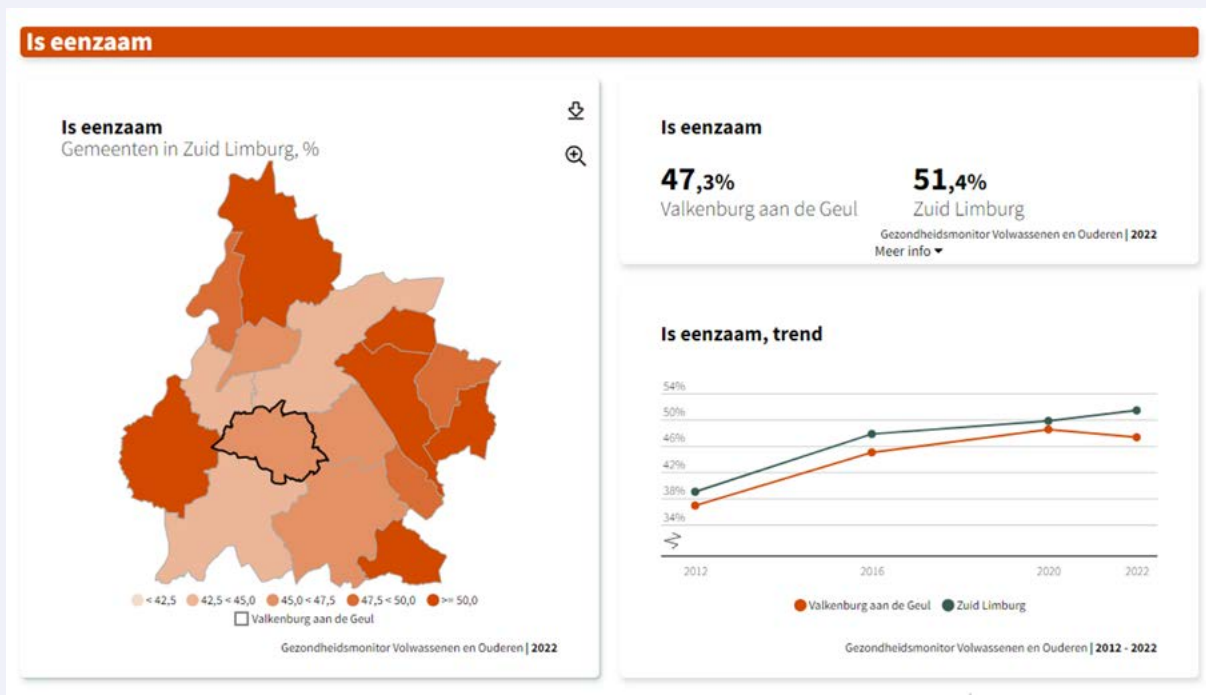
Legenda kleuren: groen = geheel aan criterium voldaan; geel = gedeeltelijk of indirect aan criterium voldaan; rood = niet aan criterium voldaan.

Gezondheidsatlas Zuid-Limburg (GGD)

De Gezondheidsatlas Zuid-Limburg is een dashboard met informatie over gezondheid en welzijn van volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65+ jaar) in Zuid-Limburg. De informatie in het dashboard is veelal gebaseerd op data uit de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen, een vragenlijst die iedere vier jaar wordt afgenomen onder een steekproef van inwoners. Daarnaast kunnen regio's zelf kiezen of er op aanvullende onderwerpen, relevant bevonden voor de specifieke regio, nog informatie wordt uitgevraagd. De meest recent afgenomen vragenlijsten betreffen de reguliere Gezondheidsmonitor uit 2020 en een extra onderzoek dat in 2022 heeft plaatsgevonden vanwege de coronacrisis in het kader van GOR (Gezondheidsonderzoek bij Rampen). De eerstvolgende vragenlijst wordt afgenomen in het najaar van 2024. De Gezondheidsatlas Zuid-Limburg kan gevonden worden via de website <https://gezondheidsatlaszl.nl/mosaic/gezondheidsatlas/gezondheidsmonitor-volwassenen-en-ouderen> (zie afbeeldingen 3.10 en 3.11 voor voorbeelden van het dashboard).



Afbeelding 3.10 Voorbeeld Gezondheidsatlas Zuid-Limburg: overzicht van alle categorieën van het dashboard



Afbeelding 3.11 Voorbeeld Gezondheidsatlas Zuid-Limburg: visualisatie van de sub-indicator 'is eenzaam'

De kwaliteit van de Gezondheidsatlas Zuid-Limburg is beoordeeld aan de hand van de dimensies compleetheit, nauwkeurigheid en tijdigheid (zie tabel 3.12). De informatie was te vinden op de website van de Gezondheidsatlas en werd bevestigd door de epidemiologen van GGD Zuid-Limburg.

Kwaliteitsdimensie

Gezondheidsatlas Zuid-Limburg (GGD)

Compleetheit

De gegevens zijn verzameld onder een steekproef van inwoners van Nederland, zijnde volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder). Bij de steekproef is rekening gehouden met de wens van gemeenten. Verschillende GGD'en hebben de steekproef voor de Gezondheidsmonitor opgehoogd om ook voldoende respondenten te hebben om cijfers op wijkniveau te presenteren. Van de meest recente meting uit 2020 en 2022 is er data beschikbaar op basis van respectievelijk 539.902 en 364.557 inwoners.

Nauwkeurigheid

De cijfers van de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen zijn gewogen met behulp van CBS-gegevens zodat de cijfers, onafhankelijk van het aantal respondenten, representatief zijn voor de bevolking. De cijfers van de Gezondheidsmonitor Volwassenen & Ouderen zijn gewogen naar geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, huishoudgrootte, etniciteit, inkomen en gemeente.

Cijfers gebaseerd op minder dan 50 respondenten worden niet getoond in de Gezondheidsatlas. Dit is bijvoorbeeld het geval voor verscheidene wijken in de gemeente Valkenburg aan de Geul. Er worden geen aanvullende (weeg)methodes toegepast om ook over wijken met te weinig respondenten uitspraken te kunnen doen.

Tijdigheid

Gegevens worden normaliter eens per vier jaar bijgewerkt. De Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen heeft plaatsgevonden in 2012, 2016 en 2020. In 2022 is een extra meting uitgevoerd vanwege de coronacrisis.

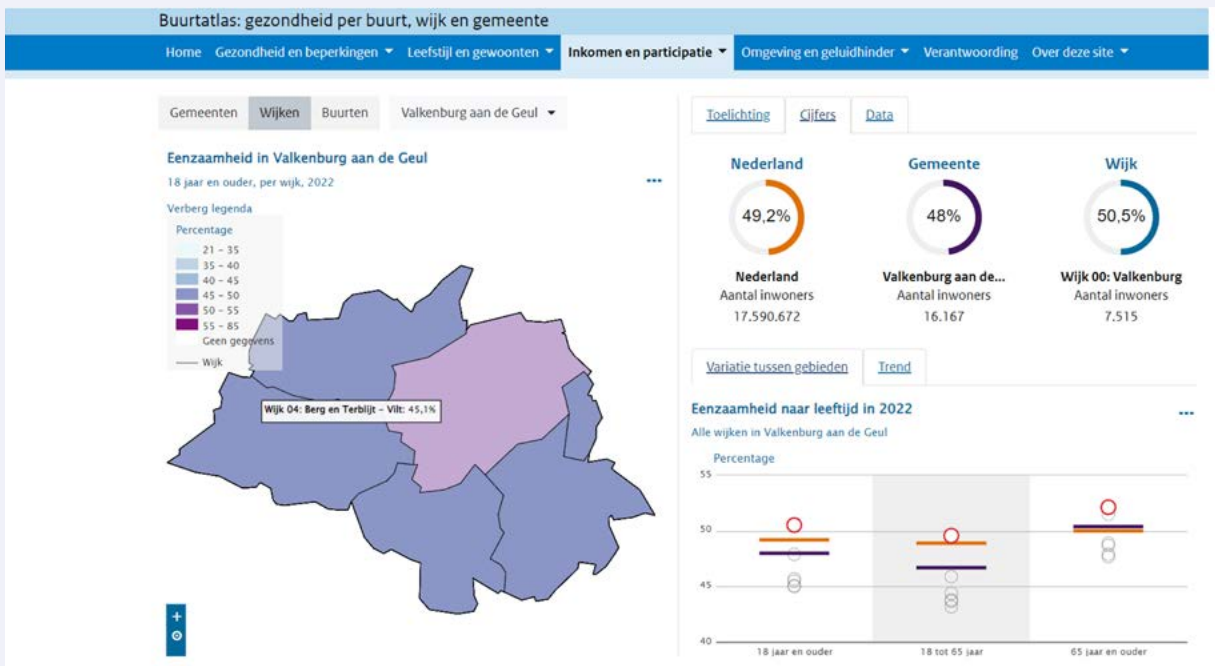
Tabel 3.12 Beoordeling van de kwaliteitsdimensies voor de Gezondheidsatlas Zuid-Limburg

Buurtatlas (RIVM)

De Buurtatlas van het RIVM is een dashboard met informatie over gezondheid en gezondheidsgerelateerde thema's. De informatie in het dashboard is, net als bij de Gezondheidsatlas Zuid-Limburg, gebaseerd op data uit de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen. De Buurtatlas kan gevonden worden via de website <https://buurtatlas.vzinfo.nl/#home> (zie afbeelding 3.13 en 3.14 voor voorbeelden van het dashboard).



Afbeelding 3.13 Voorbeeld Buurtatlas: overzichtspagina met de categorieën van het dashboard.



Afbeelding 3.14 Voorbeeld Buurtatlas: visualisatie van de sub-indicator 'eenzaamheid'.

Ook de kwaliteit van de Buurtatlas is beoordeeld aan de hand van de dimensies compleetheid, nauwkeurigheid en tijdigheid (zie tabel 3.15). De informatie was te vinden op de website van de Gezondheidsatlas en werd bevestigd door de epidemiologen van GGD Zuid-Limburg.

Kwaliteitsdimensie	Buurtatlas (RIVM)
Compleetheid	De gegevens zijn verzameld onder een steekproef van inwoners van Nederland, zijnde volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder). Bij de steekproef is rekening gehouden met de wens van gemeenten. Verschillende GGD'en hebben de steekproef voor de Gezondheidsmonitor opgehoogd om ook voldoende respondenten te hebben om cijfers op wijkniveau te presenteren. Van de meest recente meting uit 2020 en 2022 is er data beschikbaar op basis van respectievelijk 539.902 en 364.557 inwoners.
Nauwkeurigheid	Voor wijken waar te weinig respondenten hebben deelgenomen om een betrouwbare schatting te geven, heeft het RIVM een rekenmethode ontwikkeld – het Small Area estimates for Policymakers (SMAP) model – om cijfers te kunnen berekenen op wijkniveau. Dit betekent dat voor alle respondenten extra gegevens over hun achtergrondkenmerken zijn toegevoegd in de beveiligde omgeving van het CBS, waarmee de cijfers op wijkniveau berekend konden worden ondanks dat hier onvoldoende respondenten waren.
Tijdigheid	Gegevens worden normaliter eens per vier jaar bijgewerkt. De Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen heeft plaatsgevonden in 2012, 2016 en 2020. In 2022 is een extra meting uitgevoerd vanwege de coronacrisis.

Tabel 3.15 Beoordeling van de kwaliteitsdimensies voor de Buurtatlas

3.3.2 Operationalisering van indicatoren

Op basis van het eerste concept van de onderzoekers en de daarna uitgevoerde focusgroep met Sevagrammedewerkers, is een overzicht samengesteld van de operationalisering van de vier indicatoren op basis van beschikbare data in de geselecteerde monitors (i.e. de Gezondheidsatlas en Buurtatlas). Tabel 3.16 geeft hier een overzicht van. De Gezondheidsatlas is als basis genomen voor dit overzicht, omdat deze de meest uitgebreide data bevat – dat wil zeggen, het meest uitgebreide aantal sub-indicatoren van samenredzaamheid, zelfredzaamheid, sociale participatie of eenzaamheid – en deze monitor de voorkeur had van de medewerkers van Sevagram, zo bleek uit de focusgroep. Om een voorbeeld te geven: om een beeld te krijgen van de ‘samenredzaamheid’ in een bepaalde populatie, kan op basis van de Gezondheidsatlas worden gekeken naar het percentage bewoners dat vrijwilligerswerk doet, het soort vrijwilligerswerk, kenmerken van het sociale netwerk van inwoners, ervaren sociale steun, beschikbaarheid van mantelzorg, en het percentage inwoners dat mantelzorg geeft of juist ontvangt. In Bijlage 2 wordt voor elk van de vier Community Care indicatoren een overzicht gegeven van relevante sub-indicatoren in de Gezondheidsatlas, waarbij in detail wordt beschreven hoe die sub-indicatoren zijn gemeten. In onderstaande paragraaf wordt bovendien een aantal voorbeelden uitgelicht.

Samenredzaamheid	Zelfredzaamheid	Sociale participatie	Eenzaamheid
<ul style="list-style-type: none"> • Vrijwilligerswerk* • Sociaal netwerk • Sociale steun* • Mantelzorg beschikbaarheid • Mantelzorg geven* • Mantelzorg ontvangen 	<ul style="list-style-type: none"> • Veerkracht* • Chronische aandoeningen* • Kwetsbaarheid • Regie over eigen leven* • Lichamelijke beperking* • Slapen • Valrisico • Positieve psychische gezondheid • Beperkingen zelfstandigheid 	<ul style="list-style-type: none"> • Sociale uitsluiting • Lidmaatschap verenging • Beperkingen zelfstandigheid 	<ul style="list-style-type: none"> • Eenzaamheid* • Sociale contacten • Welzijnsvoorzieningen • Sociale uitsluiting • Geluk • Kwaliteit van leven • Psychische klachten* • Regie over eigen leven • Risico op angst en depressie • Stress*

Tabel 3.16 Operationalisering per indicator o.b.v. bestaande monitors

* Staat zowel in de Gezondheidsatlas als in de Buurtatlas.

3.3.3 Momentopname voor gemeente Valkenburg aan de Geul

In bijlage 2 is een momentopname opgenomen van de gemeente Valkenburg aan de Geul op het gebied van de indicatoren zoals uitgewerkt in tabel 3.16. De momentopname is ontwikkeld vanuit de behoefte van medewerkers van Sevagram om inzicht te krijgen in de huidige status van de gemeente Valkenburg aan de Geul op het gebied van de vier Community Care indicatoren. Daarnaast speelt de momentopname in op de behoefte van de medewerkers om een dashboard te ontwikkelen specifiek voor Community Care, door een eerste aanzet te geven welke informatie in een dergelijk dashboard kan worden opgenomen. In samenspraak met de medewerkers van Sevagram is vastgesteld wat er idealiter in een dashboard ten behoeve van de monitoring van Community Care zichtbaar zou moeten zijn, als men inzicht wil krijgen in de indicatoren samenredzaamheid, zelfredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid op populatieniveau. Daarbij kwamen de volgende aspecten naar voren als voorkeuren:

- De meest recente cijfers op het schaalniveau van: 1) Nederland, 2) de regio Zuid-Limburg, 3) de gemeente Valkenburg aan de Geul en 4) de wijken in deze gemeente.
- De trendgegevens op het schaalniveau van: 1) Nederland en 2) de gemeente Valkenburg aan de Geul.
- Waar mogelijk een vergelijking tussen de cijfers in de gemeente Valkenburg aan de Geul en de andere schaalniveaus.
- Een opsplitsing in verschillende leeftijdscategorieën, waarbij een opdeling in twee categorieën voldoende is (i.e. 18-64 jaar en 65 jaar en ouder).

Deze aspecten zijn meegenomen in de uitwerking van de momentopname, die te vinden is in bijlage 2. Ter illustratie volgt nu voor elk van de vier Community Care indicatoren een voorbeeld van een sub-indicator, zoals te vinden in de Gezondheidsatlas.

Samenredzaamheid (voorbeeld uit bijlage 2)

Mantelzorg geven

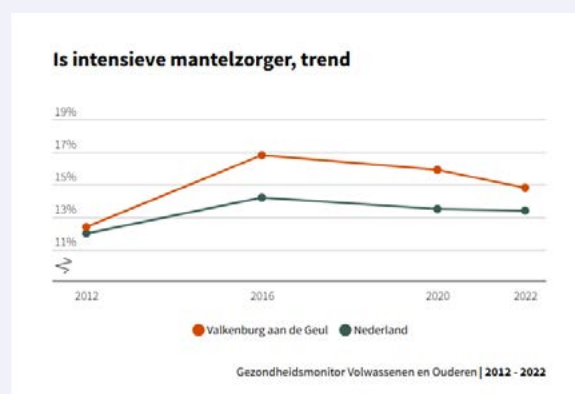
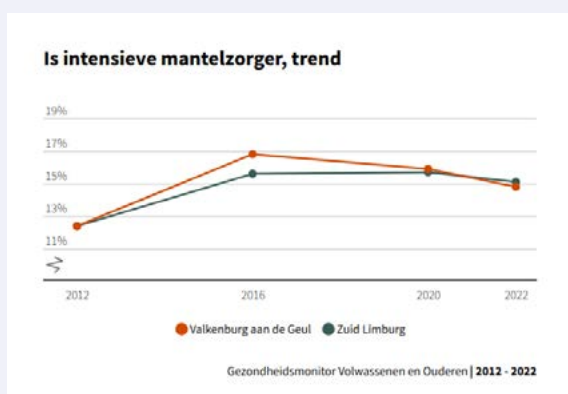
Samenvatting indicator 'Mantelzorg geven'

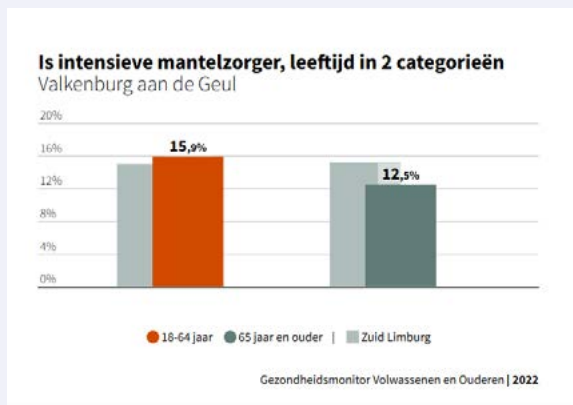
De data onder de indicator 'Mantelzorg geven' is gebaseerd op de volgende vragen uit de GGD Gezondheidsmonitor: "Heeft u in de afgelopen 12 maanden mantelzorg gegeven?"; "Hoeveel uur mantelzorg geeft u momenteel gemiddeld per week, reistijd meegerekend?"; en "Alles bij elkaar genomen, hoe belast voelt u zich momenteel?". Dit onderwerp is uitgevraagd bij volwassenen en ouderen (18+). Resultaten weergegeven onder deze indicator zijn afkomstig van de Gezondheidsatlas. Op landelijk niveau zijn geen gegevens bekend over aantal uren mantelzorg. Er zijn geen cijfers beschikbaar op wijkniveau.

In 2022 was 14,8% van de bewoners van de gemeente Valkenburg aan de Geul intensieve mantelzorger. De mantelzorgers geven gemiddeld 12,2 uur mantelzorg. In totaal voelt 18,4% zich zwaar belast tot overbelast als mantelzorger. Er is een lichte daling in het aantal intensieve mantelzorgers en een stijging in het gemiddelde aantal uren mantelzorg en zware (over)belasting in de gemeente Valkenburg aan de Geul in 2022 ten opzichte van voorgaande jaren.

Is intensieve mantelzorger

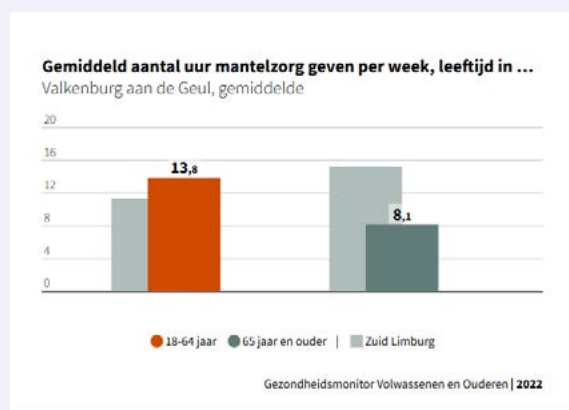
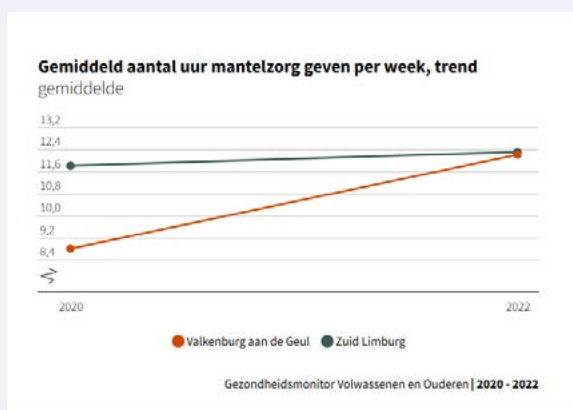
In de gemeente Valkenburg aan de Geul was in 2022 14,8% van de bewoners intensieve mantelzorger (t.o.v. 15,1% in Zuid-Limburg en 13,4% in Nederland). Dit was het hoogste voor de leeftijdscategorie 18-64 jaar met 15,9% (t.o.v. 12,5% bij mensen in de leeftijdscategorie 65 jaar en ouder).





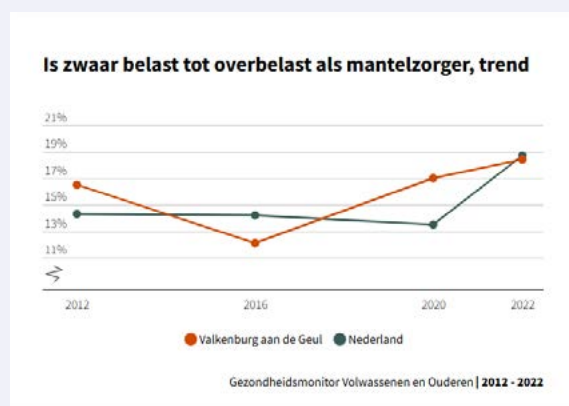
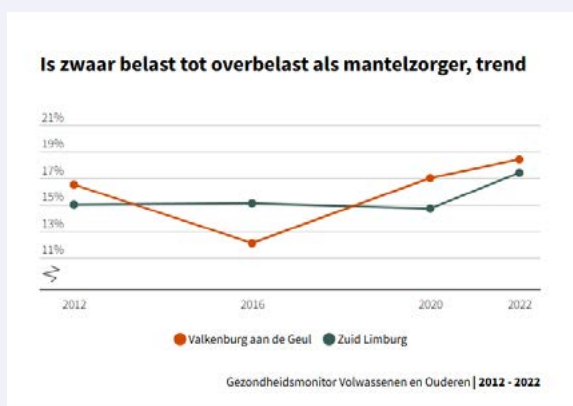
Gemiddeld aantal uur mantelzorg geven per week

Mantelzorgers in de gemeente Valkenburg aan de Geul gaven in 2022 gemiddeld 12,2 uur mantelzorg (t.o.v. 12,3 uur in Zuid-Limburg). Het aantal uren was gemiddeld gezien hoger voor bewoners van 18-64 jaar (13,8 uur) dan voor bewoners van 65 jaar en ouder (8,1 uur).



Is zwaar belast tot overbelast als mantelzorg

Van de mantelzorgers in de gemeente Valkenburg aan de Geul gaf in 2022 gemiddeld 18,4% aan zwaar belast tot overbelast te zijn (t.o.v. 17,4% in Zuid-Limburg en 18,7% in Nederland). Er zijn geen percentages bekend voor meer dan één verschillende leeftijdscategorie.



Zelfredzaamheid (voorbeeld uit bijlage 2)

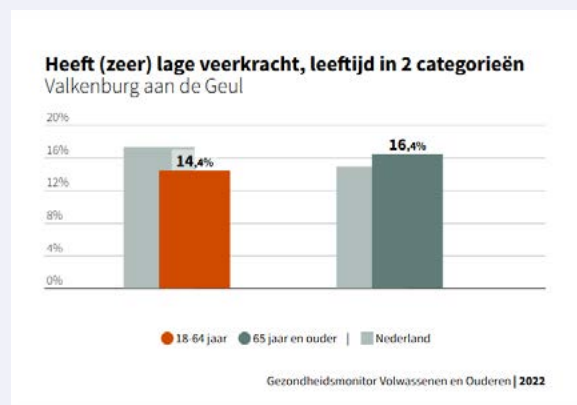
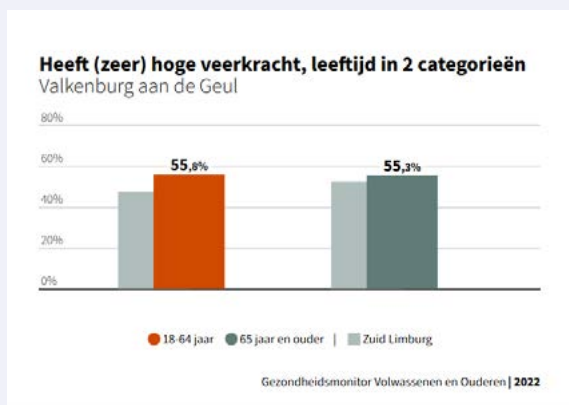
Veerkracht

Samenvatting indicator 'Veerkracht'

De data onder de indicator 'Veerkracht' is gebaseerd op de volgende stellingen uit de GGD Gezondheidsmonitor: "Ik kan heel goed omgaan met tegenslagen/Ik kan heel goed oplossingen vinden in moeilijke situaties/Na een moeilijke periode ben ik snel weer de oude/Door mijn ervaring voel ik mij sterker in moeilijke tijden/Elke ervaring in het leven maakt mij sterker". Dit onderwerp is uitgevraagd bij volwassenen en ouderen (18+). Resultaten weergegeven onder deze indicator zijn afkomstig van de Gezondheidsatlas. Er zijn geen trendgegevens en cijfers op wijkniveau beschikbaar.

Van de bewoners van de gemeente Valkenburg aan de Geul in 2022 gaf 55,6% aan een (zeer) hoge veerkracht te hebben, en 15,1% een (zeer) lage veerkracht.

In de gemeente Valkenburg aan de Geul heeft in 2022 55,6% van de bewoners (zeer) hoge veerkracht (t.o.v. 48,8% in Zuid-Limburg en 49,5% in Nederland). Dit was bijna even hoog over twee leeftijdscategorieën 18-64 jaar en 65 jaar en ouder (respectievelijk 55,8% en 55,3%). Een (zeer) lage veerkracht wordt ervaren door 15,1% van de bewoners in de gemeente (t.o.v. 17,7% in Zuid-Limburg en 16,7% landelijk).



Beperkingen zelfstandigheid

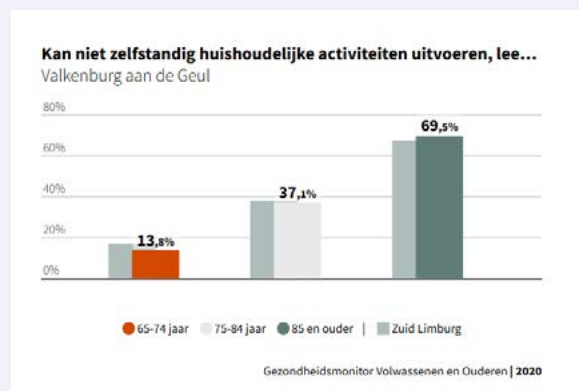
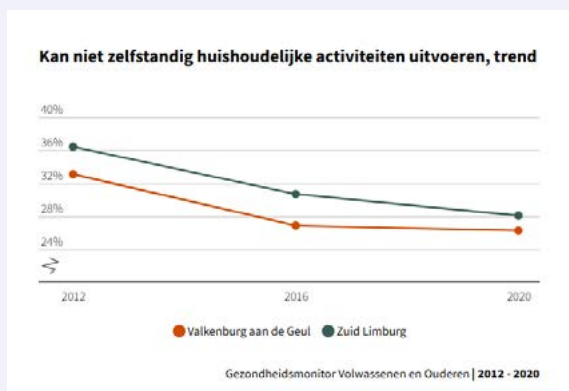
Samenvatting indicator 'Beperkingen zelfstandigheid'

De data onder de indicator 'Beperkingen zelfstandigheid' is gemeten met de Groningen Activiteiten Restrictie Schaal (GARS). Dit onderwerp is uitgevraagd bij volwassenen en ouderen (18+). Resultaten weergegeven onder deze indicator zijn afkomstig van de Gezondheidsatlas. Er zijn geen landelijke gegevens beschikbaar.

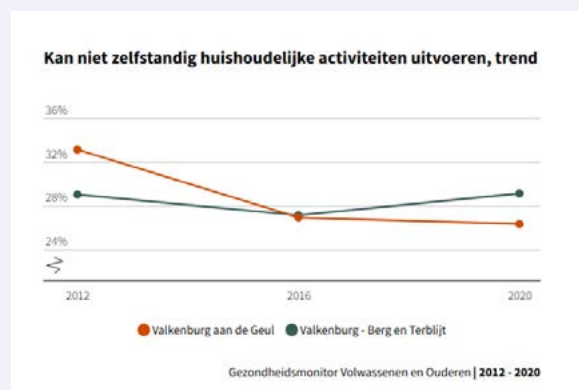
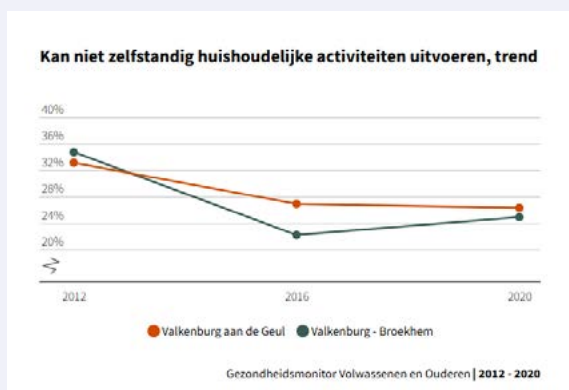
Van de bewoners van de gemeente Valkenburg aan de Geul in 2020 kon 26,3% niet zelfstandig huishoudelijke activiteiten uitvoeren en 9,6% niet zelfstandig gebruik maken van eigen of openbaar vervoer. Op beide vlakken is een dalende trend te zien in zowel de gemeente alsook in Zuid-Limburg.

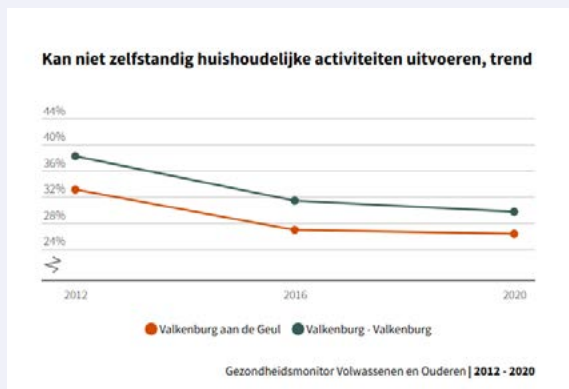
Kan niet zelfstandig huishoudelijke activiteiten uitvoeren

In de gemeente Valkenburg aan de Geul kon in 2020 26,3% van de bewoners niet zelfstandig huishoudelijke activiteiten uitvoeren (t.o.v. 28,1% in Zuid-Limburg). Dit percentage is het hoogste in de leeftijdscategorie 85 jaar en ouder (69,5%).



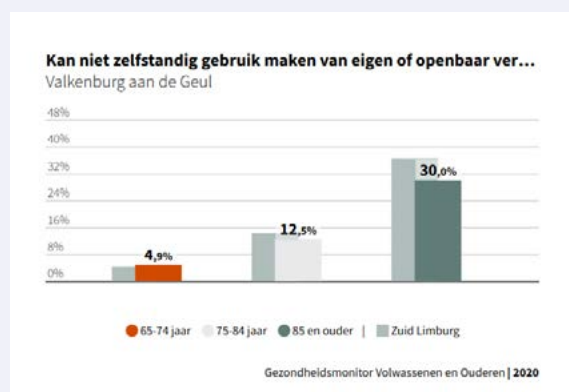
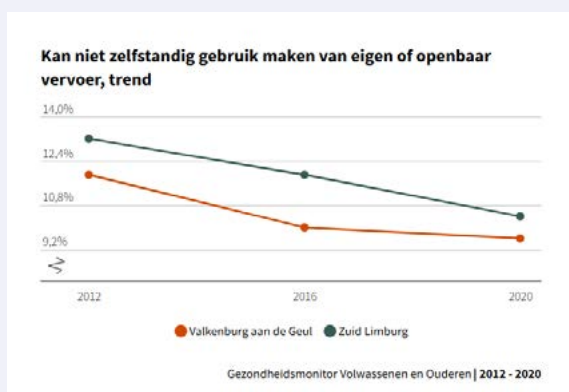
De percentages van bewoners die niet zelfstandig huishoudelijke activiteiten konden uitvoeren variëren in de wijken, zijnde 24,9% in Broekhem, 29,1% in Berg en Terblijt en 29,7% in Valkenburg in 2020 (t.o.v. de 26,3% in de gehele gemeente).



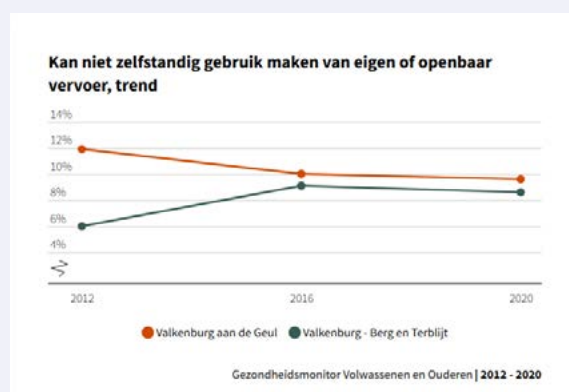
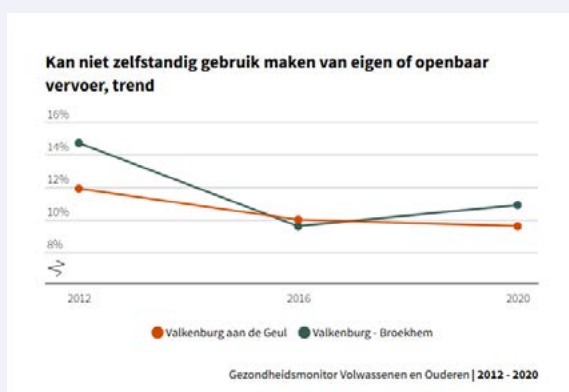


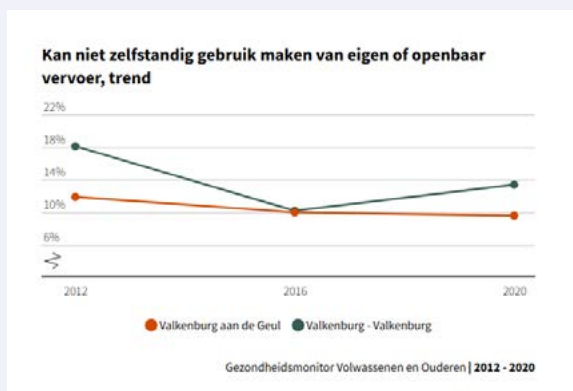
Kan niet zelfstandig gebruik maken van eigen of openbaar vervoer

In de gemeente Valkenburg aan de Geul kon in 2020 9,6% van de bewoners niet zelfstandig huishoudelijke activiteiten uitvoeren (t.o.v. 10,4% in Zuid-Limburg). Dit percentage is het hoogste in de leeftijdscategorie 85 jaar en ouder (30,0%).



De percentages van bewoners die niet zelfstandig gebruik konden maken van vervoer variëren in de wijken, zijnde 10,9% in Broekhem, 8,6% in Berg en Terblijt en 13,4% in Valkenburg in 2020 (t.o.v. de 9,6% in de gehele gemeente).





Sociale participatie (voorbeeld uit bijlage 2)

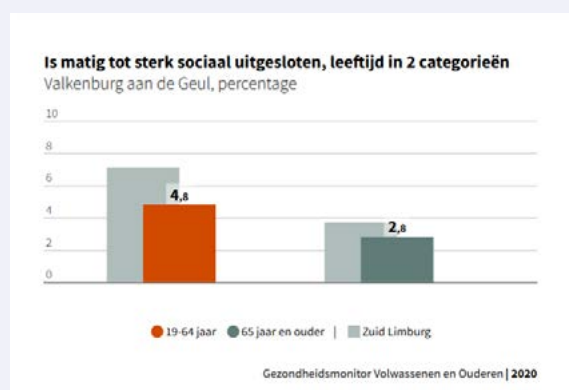
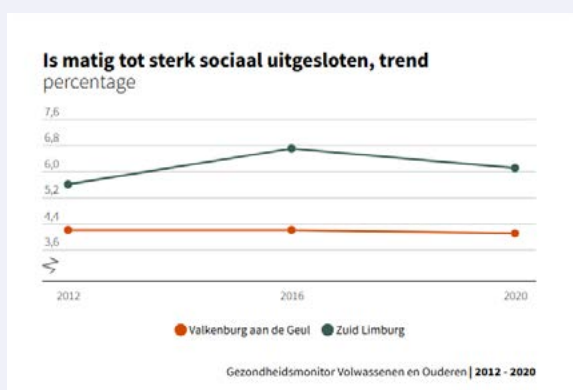
Sociale uitsluiting

Samenvatting indicator 'Sociale uitsluiting'

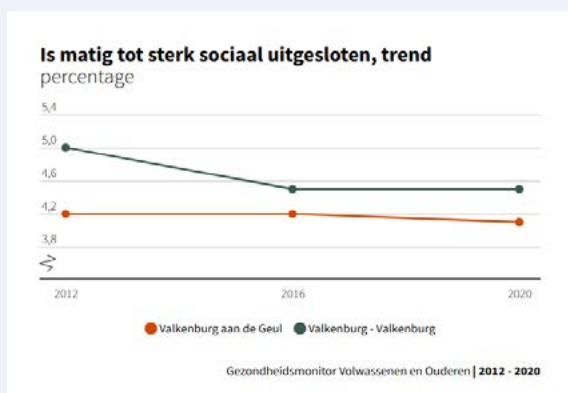
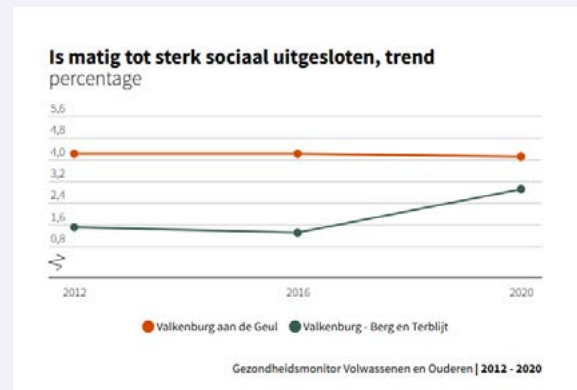
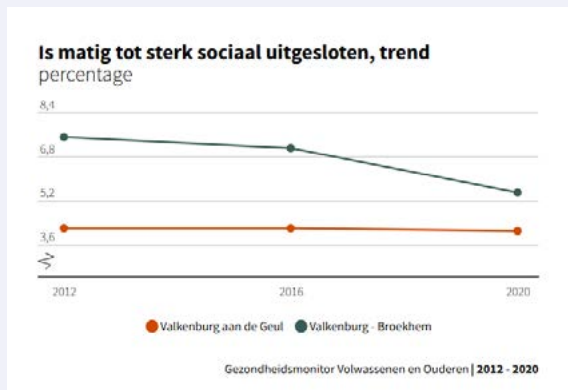
De data onder de indicator 'Sociale uitsluiting' is gebaseerd op vragen uit de GGD Gezondheidsmonitor over de sub-onderdelen materiele deprivatie (o.a. met betrekking tot rondkomen), normatieve integratie (o.a. met betrekking tot goed doen), sociale grondrechten (o.a. met betrekking tot met elkaar opschieten) en sociale participatie (o.a. met betrekking tot mensen hebben om op terug te vallen, gezelligheid ervaren, leegte voelen). Dit onderwerp is uitgevraagd bij volwassenen en ouderen (18+). Resultaten weergegeven onder deze indicator zijn afkomstig van de Gezondheidsatlas. Er zijn geen landelijke gegevens beschikbaar.

Van de bewoners van de gemeente Valkenburg aan de Geul in 2020 was 4,1% van de bewoners matig tot sterk sociaal uitgesloten. Dit was het meeste voor bewoners in de leeftijdscategorie 18-64 jaar, voor wie dit percentage 4,8% was.

In de gemeente Valkenburg aan de Geul was in 2020 4,1% van de bewoners matig tot sterk sociaal uitgesloten (t.o.v. 6,1% in Zuid-Limburg). Dit percentage is het hoogste in de leeftijdscategorie 18-64 jaar (4,8% t.o.v. de 2,8% onder bewoners van 65 jaar en ouder).



De percentages van bewoners die matig tot sterk sociaal uitgesloten waren variëren in de wijken, zijnde 5,5% in Broekhem, 2,9% in Berg en Terblijt en 4,5% in Valkenburg in 2020 (t.o.v. de 4,1% in de gehele gemeente).



Eenzaamheid (voorbeeld uit bijlage 2)

Sociale contacten

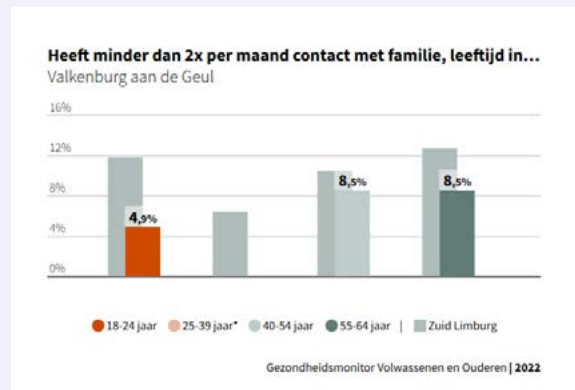
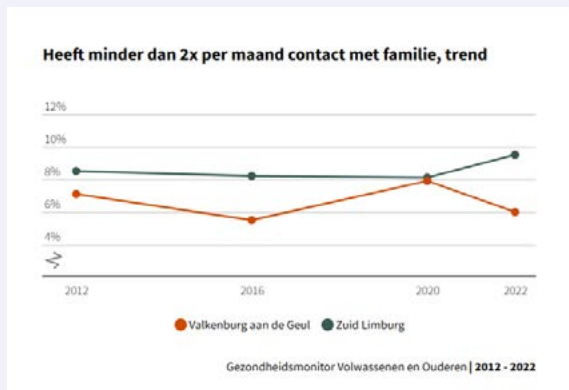
Samenvatting indicator 'Sociale contacten'

De data onder de indicator 'Sociale contacten' is gebaseerd op een vraag uit de GGD Gezondheidsmonitor: "Hoe vaak hebt u contact met één of meer familieleden/vrienden, vriendinnen of echte goede kennissen/buren of mensen die bij u in de straat wonen?". Dit onderwerp is uitgevraagd bij volwassenen (18-64 jaar). Resultaten weergegeven onder deze indicator zijn afkomstig van de Gezondheidsatlas. Er zijn geen gegevens op landelijk- en wijkniveau beschikbaar.

Van de bewoners van de gemeente Valkenburg aan de Geul in 2022 had 6,0% minder dan twee keer per maand contact met familie; 15,5% minder dan twee keer per maand contact met vrienden of kennissen; en 21,5% minder dan twee keer per maand contact met buren.

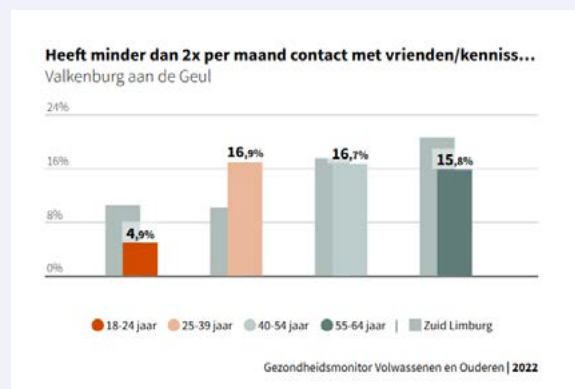
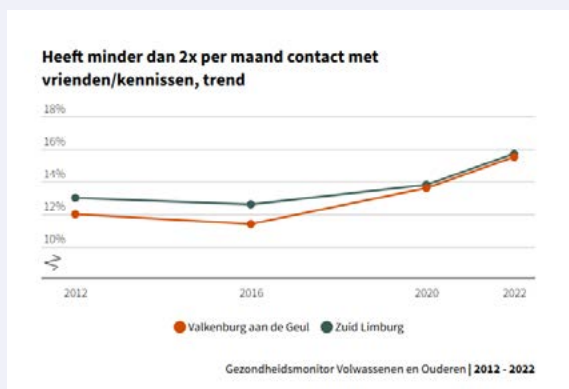
Heeft minder dan twee keer per maand contact met familie

In de gemeente Valkenburg aan de Geul had in 2022 6,0% van de bewoners minder dan twee keer per maand contact met familie (t.o.v. 9,5% in Zuid-Limburg). Dit was het hoogste in de leeftijdscategorieën 40-54 jaar en 55-64 jaar (beiden 8,5%).



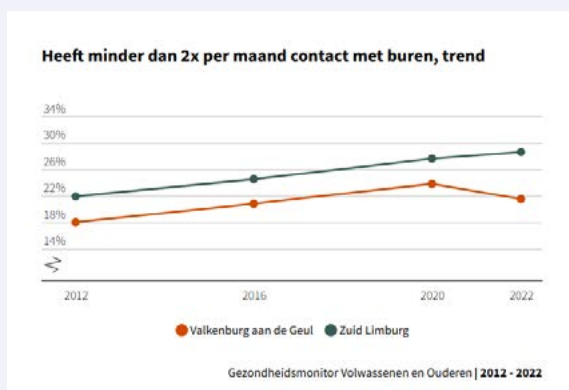
Heeft minder dan twee keer per maand contact met vrienden of kennissen

In de gemeente Valkenburg aan de Geul had in 2022 15,5% van de bewoners minder dan twee keer per maand contact met vrienden/kennissen (t.o.v. 15,7% in Zuid-Limburg). Dit was lager voor de leeftijdscategorie 18-24 jaar (zijnde 4,9%) ten opzichte van de andere leeftijdscategorieën van 25-64 jaar (15,8-16,9%).



Heeft minder dan twee keer per maand contact met burens

In de gemeente Valkenburg aan de Geul had in 2022 21,5% van de bewoners minder dan twee keer per maand contact met burens (t.o.v. 28,6% in Zuid-Limburg). Dit was het hoogste in de leeftijdscategorie 18-24 jaar (zijnde 41,2%).



4. Discussie

In dit onderzoek zijn drie deelstudies uitgevoerd rond de ontwikkeling en samenwerking, uitvoering en (populatie) monitoring van de Community Care beweging die in mei 2022 van start is gegaan. De belangrijkste bevindingen van het project worden in dit hoofdstuk samengevat en vervolgens nader besproken en bediscussieerd. Dit leidt tot aanbevelingen voor de in Community Care samenwerkende partijen.

4.1 Belangrijkste bevindingen

De **eerste deelstudie** naar de samenwerking tussen Sevagram en haar partner-organisaties in de beginfase van Community Care laat een positieve waardering voor het gedachtegoed en initiatief zien. Alle partijen waarmee op directie en bestuursniveau is gesproken kunnen zich goed vinden in het streven om ouderen langer thuis te laten wonen en daarvoor stabiele ondersteuningssystemen op wijkniveau te creëren. De samenwerking op wijkniveau wordt soms bemoeilijkt door bestaande regelgeving en financiering van zorg en ondersteuning. Er wordt door de respondenten nog een kloof ervaren tussen beleid en ambities aan de ene kant en de praktische uitvoerbaarheid aan de andere kant. In de beginfase van het project bleek deels verwarring bij partners te bestaan over de rol van Sevagram als initiator van Community Care. Eerder had zij zich met haar eerstelijnsdiensten grotendeels uit de wijk teruggetrokken. Dit kostte even tijd om aan te wennen. De rol van professionals in de wijk bleek cruciaal. Zij moeten beschikken over discretionaire ruimte en vertrouwen krijgen om effectieve ondersteuning te bieden. Ook bleek het belangrijk om continuïteit in bemensing te waarborgen, zodat opgebouwde kennis en netwerken in de wijk niet verloren gaan. De drie projectcoördinatoren van Sevagram vonden hun rol essentieel bij het initiëren van Community Care activiteiten in de wijk. Zij stimuleerden samenwerking en ontwikkelden initiatieven waarbij duidelijke opdrachtvaarders heel behulpzaam bleken. Het draagvlak voor de uitgangspunten van Community Care werd gestimuleerd door successen te delen met (potentiële) partnerpartijen, terwijl zij tijdsdruk en de huidige regelgeving als barrières ervaarden.

In **deelstudie 2** is onderzoek verricht naar de wijkinitiatieven in Community Care die inspelen op de centrale indicatoren samenredzaamheid, zelfredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid. De basis hiervoor is gelegd door de projectcoördinatoren van Sevagram. Zij hebben initiatieven geïdentificeerd en gestructureerd beschreven in een online Innovatie Funnel (<https://strategie.sevagram.nl/community-care>). Deze funnel biedt een overzicht van inmiddels bijna 30 wijkinitiatieven in de drie proeftuinen. Een filtering is mogelijk op proeftuin-, indicator- en faseringsniveau zodat de voortgang en impact zichtbaar zijn. Zeven initiatieven, toegespitst op proeftuin Valkenburg, zijn zorgvuldig en samen met Sevagram's projectcoördinatoren geselecteerd om nader te monitoren en te evalueren. Dit betrof de volgende initiatieven: Reablement Wijkzorg, Valpreventie Douvenrade, Campagne Hulpmiddelen 'Langer Thuis', Reablement Mantelzorg, 't Heimgeveul, Boodschappenservice, en een film over eenzaamheid ('Omkijken naar elkaar'). Deze initiatieven zijn veelal met Sevagram als partner of initiator ontplooid. Ze kennen een sterke variatie in opzet, onderbouwing, en

betrokkenheid van partners. Ook zijn ze veelal aanbodgericht en vaak gestart zonder scherpe succescriteria of plan voor toekomstige opschaling en borging. De gemonitorde initiatieven zijn gedegen geïmplementeerd en worden over het algemeen goed ontvangen door de doelgroep van ouderen (en waar van toepassing hun naasten). Gedurende de onderzoeksperiode waren de initiatieven nog te kleinschalig om goed onderbouwde uitspraken te kunnen doen over hun impact op de doelgroep en de Community Care doelen. Voor enkele initiatieven konden wel eerste indicaties van impact opgeleverd worden en die waren positief voor bijvoorbeeld het reablement programma voor professionals en de valpreventie aanpak.

Deelstudie 3 was gericht op het meten van de indicatoren samenredzaamheid, zelfredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid op populatieniveau. Binnen deze deelstudie zijn twee beschikbare monitors geïdentificeerd die informatie bevatten voor deze indicatoren op wijkniveau: de Gezondheidsatlas Zuid-Limburg van GGD Zuid-Limburg en de Buurtatlas van RIVM. Beide monitors baseren hun informatie op gegevens verzameld met de vragenlijst Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen, die eens in de vier jaar wordt afgenomen. De twee monitors zijn daarmee gelijkwaardig als het gaat om compleetheid en tijdigheid van de data. Ze verschillen in de aandachtsgebieden die ze laten zien en de toegepaste rekenmethoden (die de Buurtatlas minder nauwkeurig maakt). De Gezondheidsatlas is mede vanwege hogere nauwkeurigheid als startpunt genomen voor de verdere operationalisering van de indicatoren. Voor ieder van de vier indicatoren zijn relevante sub-indicatoren uit de Gezondheidsatlas geselecteerd (bijvoorbeeld vrijwilligerswerk en sociaal netwerk voor de indicator samenredzaamheid). Als vervolgstap is een momentopname ontwikkeld voor de gemeente Valkenburg aan de Geul om inzicht te krijgen in de huidige status van de gemeente op de vier indicatoren en om een dashboard te kunnen ontwikkelen voor Community Care. De momentopname bevat de meest recente cijfers op landelijk, regionaal, gemeentelijk en wijkniveau, trendgegevens, waar mogelijk een vergelijking tussen het gemeentelijk niveau en andere schaalniveaus, en een opsplitsing naar leeftijd van bewoners.

4.2 Reflectie op gehanteerde methoden en bevindingen

Onderzoeksmethoden

De deelstudie naar de samenwerking tussen partijen vond plaats in de opstartfase van de Community Care beweging. Dat impliceerde dat gesprekken plaatsvonden met een nog beperkt aantal organisaties, op een moment dat concrete samenwerkingsinitiatieven nog van de grond moesten komen. In die fase werd Sevagram waarschijnlijk vooral ook als initiator van de beweging beschouwd en minder in de rol die zij voor zichzelf bij de opstart zag: één van de organisaties die samen aan versterkte integrale wijkondersteuning werken. De verzamelde data over de opstartfase leverde relevante inzichten op, maar moeten ook in het licht van de opstartfase gezien worden. Het zou nuttig zijn om een vergelijkbare studie naar de samenwerking te herhalen na bijvoorbeeld drie jaar.

Het onderzoek naar de concrete wijkinitiatieven in Valkenburg was praktijkgericht en flexibel op maat van het initiatief ingericht. Dat was een passende vorm, waarbij het tempo en de

omvang van nieuwe initiatieven leidend waren. Uiteindelijk leidde dit tot het monitoren en evalueren van een gevarieerd palet aan initiatieven. Soms betrof het een eenmalige activiteit (film over eenzaamheid) en soms een cursus of scholingsactiviteit voor een bescheiden groep in de vorm van 'een pilot'. Ook dit leverde nuttige informatie op, maar op basis van deze evaluaties zijn nog geen goed onderbouwde uitspraken mogelijk over de meerwaarde van deze initiatieven en de bijdragen die ze leveren aan de beoogde Community Care doelen.

Bevindingen van het onderzoek

Dit onderzoek laat zien dat Sevagram op een goed moment het initiatief heeft genomen voor een Community Care beweging in Zuid-Limburg. De ambities en het gedachtegoed worden gedragen door de partnerorganisaties in de regio en passen goed in het landelijk beleid (o.a. het WOZO programma van VWS - ref) en consensus tussen sleutelorganisaties zoals vastgelegd in het Integraal ZorgAkkoord (IZA - ref).

De deelstudies laten ook zien dat het complex en tijdrovend is om een dergelijke beweging goed van de grond te krijgen. In dat licht is het ook nog niet mogelijk om uitspraken te doen over de vraag of en in welke mate de ondernomen activiteiten van invloed zijn op het primaire doel van Community Care: het vertragen van intramurale opnamen van ouderen, met behoud van hun kwaliteit van leven. Daarvoor ontbreken nog de benodigde data en het vergt een (veel) langere tijd om hier beter zicht op te krijgen. Inherent aan zeer complexe bewegingen als Community Care zal het overigens ook dan lastig blijven om de precieze impact vast te stellen.

Op basis van de deelstudies komen enkele aandachtspunten naar voren:

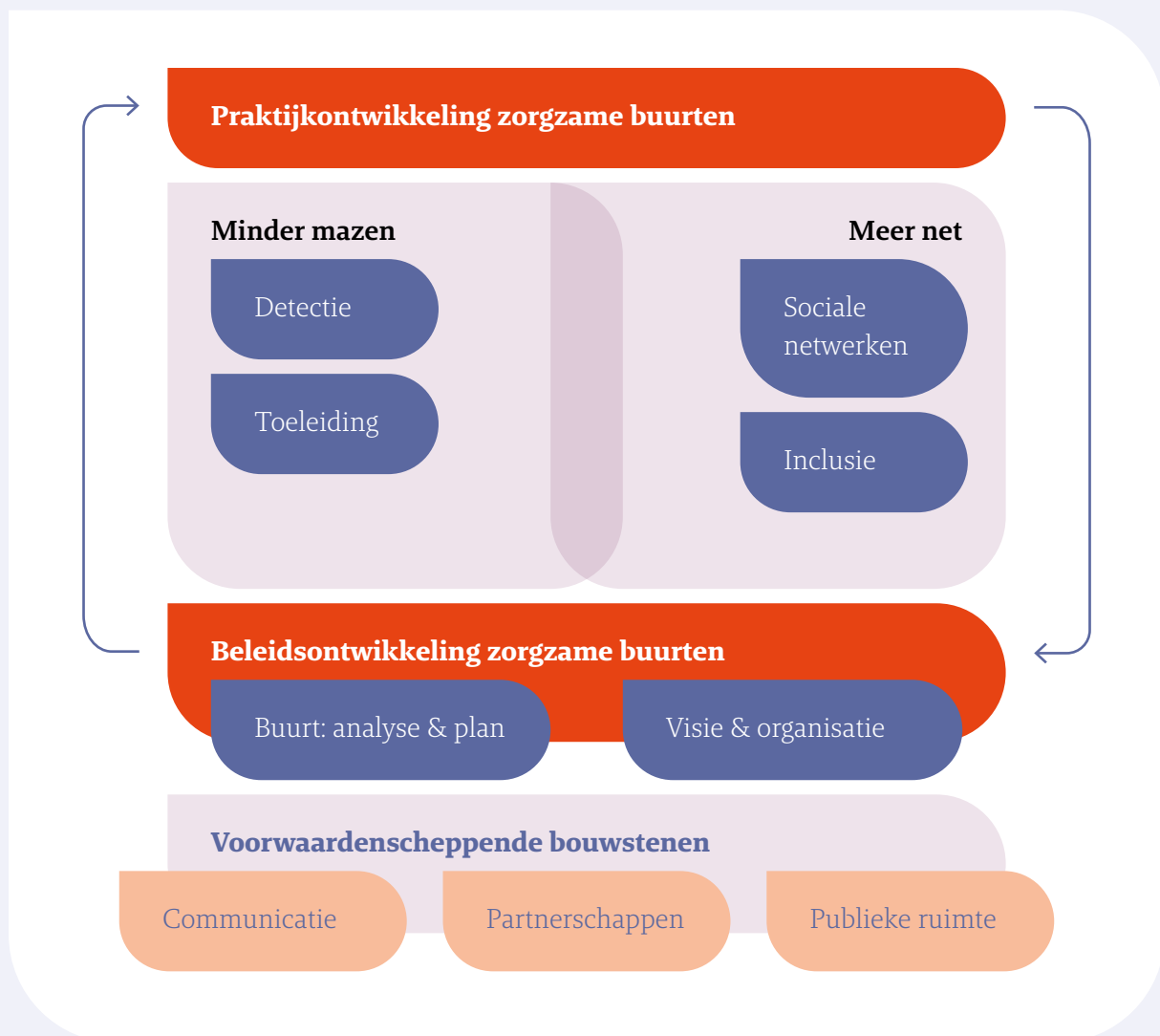
1. Een gezamenlijk gedragen visie en programmatische aanpak als fundament

Het initiatief van Community Care, het bijbehorende theoretische raamwerk en de eerste uitvoeringsstappen (installeren coördinatoren in drie geselecteerde proeftuinen) komen van Sevagram. Al lijken de samenwerkingspartners geïnformeerd te zijn in de ontwikkelfase, de visie op het versterken van wijkondersteuning is niet gezamenlijk ontwikkeld met relevante stakeholders (tenminste burgers, partnerorganisaties in domeinen wonen-zorg-welzijn en gemeenten). Ook ontbrak een gezamenlijk onderschreven stappenplan voor de implementatie van het gedachtegoed, inclusief een verdeling van rollen en verantwoordelijkheden tussen partijen.

Een gezamenlijk geëxpliciteerde visie is als belangrijke bevorderende factor naar voren gekomen in vergelijkbare initiatieven met betrekking tot integrale wijkondersteuning, zoals Proeftuin Ruwaard (wijk in Oss, Proeftuin Ruwaard, 2020), Vitale Gemeenschappen (initiatief in Zuid-Limburg, Pani-Harreman 2024), Voorstad Beweegt (een wijk in Deventer, De Jong 2022), Blauwe Zorg (Maastricht, Wijnands-Hoekstra, 2021) en Zorgzame Buurten (omvangrijk initiatief in Vlaanderen en Brussel, De Donder, Stegen & Hoens, 2024). In proeftuin Ruwaard, gestart in 2016 als een breed gedragen beweging met de ambitie om deze wijk naar een vitale wijk te transformeren waar bewoners tegen lagere kosten een betere (positieve) gezondheid ervaren, werd het belang van een gedragen visie als volgt verwoordt:

“Op deze manier organisatie-overstijgend werken vergt een gezamenlijke visie en heldere afspraken” (Proeftuin Ruwaard, 2020)

Een aan de visie gekoppelde programmatische aanpak is van belang bij de vertaalslag van de ambities naar de concrete implementatie van activiteiten. Dit belang komt goed naar voren in de aanpak bij Zorgzame Buurten in België, waaraan sinds 2014 stapsgewijs wordt gewerkt en dat inmiddels is opgeschaald naar 132 Zorgzame Buurten (De Donder, Stegen & Hoens, 2024). De aanpak is sinds de start doorlopend wetenschappelijk geëvalueerd en herhaaldelijk aangescherpt en verbeterd. Dat heeft een uitgebreide toolbox opgeleverd met praktische methodieken die lokale partners ondersteunen bij het werken aan een zorgzame buurt (Sels, Wouters & Heylen, 2024; op te vragen via Thomas More). In de meest recente versie van de aanpak worden 9 bouwstenen onderscheiden (gericht op praktijkontwikkeling, beleidsontwikkeling en voorwaarden scheppen, zie figuur 4.1 (Sels, Wouters & Heylen, 2024).



Figuur 4.1 Referentiekader Zorgzame Buurten (Sels, Wouters & Heylen, 2024)

Vanuit dit kader wordt op maat een passende aanpak per buurt uitgewerkt die past bij de ‘couleur locale’ en aansluit bij bestaande structuren en initiatieven. Het werken vanuit een stapsgewijze aanpak bevordert de praktijkvertaling en biedt houvast: *“Oriënterende perspectieven geven een houvast voor het werken aan zorgzame buurten. Ze vormen een richtinggevend kader voor de praktijk”* (Gryp et al., 2024) De eerder genoemde toolbox is ondersteunend in dit proces door het aanbieden van tools voor bijvoorbeeld het vormen

van een gedeelde visie, het uitvoeren van een gedegen buurtanalyse, en het opstellen en monitoren van een veranderpad.

2. Burgerparticipatie

Bij de initiatie van de beweging en concrete wijkinitiatieven stond de doelgroep van thuiswonende ouderen weliswaar centraal, maar hun betrokkenheid was in de praktijk tot op heden nog vrij beperkt. Vooral op bestuurlijk niveau was er afstemming met bijvoorbeeld de Seniorenraad in proeftuin Valkenburg. Bij de keuze, ontwikkeling en uitvoering van initiatieven was niet of nauwelijks actieve betrokkenheid van de doelgroep of hun naasten (of burgers in algemene zin). Het goed en vroegtijdig betrekken van ouderen als doelgroep blijkt een belangrijke voorwaarde voor het succesvol implementeren én verduurzamen van lokale integrale samenwerking. Dat bleek bijvoorbeeld het geval in het project Voorstad Beweegt (De Jong, 2022) en ook in Vitale Gemeenschappen is daar veel aandacht voor (Pani-Harreman, 2024).

Het belang van het goed betrekken van ouderen bij lokale initiatieven komt eveneens goed naar voren in een recente kennissynthese van de ervaringen in meer dan 100 lokale netwerken voor integrale ouderenzorg (Abma, Groot & Schuurman, 2024). In veel netwerken bleken ouderen nog niet betrokken als actieve partner; waar dat wel het geval was ontstonden er nieuwe inzichten die relevant waren voor de keuze, ontwikkeling en uitvoering van activiteiten.

3. Selectie en doorontwikkeling wijkinitiatieven

De door Sevagram aangestelde Community Care Coördinatoren hebben in de eerste jaren hard gewerkt om in de drie proeftuinen verbindingen te zoeken en concrete initiatieven van de grond te krijgen. Het kostte veel tijd en energie om partnerorganisaties beter te leren kennen en om het onderlinge vertrouwen te versterken. Tegelijkertijd was er tijdsdruk om als beweging van de kade te komen. Dit heeft in deze eerste periode mede geleid tot een divers palet aan wijkinitiatieven dat vooral vanuit het professionele veld is ontplooid. De implementatie, inbedding en borging van de initiatieven waren vooraf meestal niet afgesproken en scherpe doelen en uitkomsten (inclusief business case) ontbraken veelal. Daarnaast lijken de initiatieven nog wat gefragmenteerd en overwegend kleinschalig van aard, waardoor het geheel nog niet het karakter heeft van een brede integrale beweging (wonen-welzijn-zorg). Dit zorgt er mede voor dat uitspraken over de effectiviteit op indicatorniveau, laat staan op het hoofddoel (vertraging van intramurale opnamen), nog niet goed mogelijk zijn.

De keuze in de opstartfase om met diverse initiatieven in pilotvorm aan de slag te gaan is overigens begrijpelijk en deze hebben ook relevante informatie opgeleverd over factoren die de samenwerking en implementatie beïnvloeden, en de keuze om initiatieven al dan niet door te ontwikkelen. In de volgende fase van de beweging is het echter belangrijk om de keuze van het al dan niet starten van initiatieven scherper te toetsen aan criteria als betrokkenheid van burgers, inhoudelijke onderbouwing, doelen en succescriteria, borging en verduurzaming, en kosten.

4. Monitoring

Om de impact van Community Care te kunnen monitoren op populatieniveau kan Sevagram gebruik maken van verschillende bestaande bronnen, bleek uit deelstudie 3. Om hier de juiste keuzes in te maken, moeten er afwegingen worden gemaakt tussen de compleetheid, betrouwbaarheid en relevantie van de data. De Gezondheidsatlas en Buurtatlas bieden informatie die beide gebaseerd zijn op steekproeven, wat de compleetheid en nauwkeurigheid van de data beïnvloedt. Dit maakt het moeilijk om op buurtniveau betrouwbare data te verkrijgen, vooral wanneer de steekproef te klein is voor specifieke vragen met betrekking tot Community Care. Een kleine steekproef verlaagt de nauwkeurigheid, omdat een ander deel van de buurt steeds deel uitmaakt van de steekproef, wat grotere schommelingen in de resultaten kan veroorzaken. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld CBS-gegevens, die op grote schaal via verplichte overheidsregistraties verzameld worden en dus vaak completer en nauwkeuriger zijn. In de Buurtatlas heeft het RIVM hierin een middenweg gezocht door middels het SMAP model een schatting te maken voor wijken met een lage respons. Deze schatting gaat echter ten koste van de betrouwbaarheid. Er is daarom een duidelijke trade-off tussen de compleetheid, betrouwbaarheid en relevantie van data bij het maken van keuzes voor een dashboard ten behoeve van monitoring. Het lijkt zinvol om een drietraps model te hanteren bij het samenstellen van een dashboard voor Community Care monitoring. In dit model zou het eerste niveau gebaseerd zijn op CBS-gegevens, die voor alle wijken beschikbaar zijn en zowel nauwkeurig als tijdig zijn. Deze gegevens bieden echter vooral indirecte inzichten in Community Care indicatoren, zoals demografische gegevens (bijvoorbeeld leeftijd en huishoudsamenstelling) die relevant zijn voor het bredere maatschappelijke kader maar minder direct voor Community Care monitoring. Het tweede niveau bestaat uit de Gezondheidsatlas, die directere informatie biedt over de indicatoren, zoals gezondheid en zorgbehoeften. Deze gegevens zijn betrouwbaar en nauwkeurig, maar kunnen soms incompleet zijn of niet altijd tijdig zijn. Tenslotte kan het derde niveau gebaseerd zijn op eigen dataverzameling, specifiek gericht op indicatoren die essentieel zijn voor de monitoring van Community Care, maar die op de eerste twee niveaus onvoldoende (i.e. incompleet, onnauwkeurig en/of niet tijdig) beschikbaar zijn. Deze benadering stelt organisaties in staat om relevante en actuele informatie te verzamelen die niet gedekt wordt door bestaande monitors.

4.3 Aanbevelingen

Voor de verdere doorontwikkeling van de Community Care beweging worden de volgende aanbevelingen geformuleerd:

Gezamenlijke visie en aanpak ontwikkelen

Aanbevolen wordt dat de kernorganisaties die samen aan de Community Care beweging werken (burgers en organisaties in de domeinen wonen – welzijn – zorg) een gedeelde visie ontwikkelen over optimale gemeenschapszorg, inclusief concrete doelstellingen, resultaten en meetbare succesfactoren. Het is belangrijk om daar een stappenplan of routekaart aan te koppelen voor de doorontwikkeling en verdere implementatie van de visie.

Burgers actief betrekken bij initiatieven

Daarnaast is het belangrijk om burgers zo actief mogelijk te betrekken bij het ontwikkelen en uitvoeren van initiatieven. Door samen met hen behoeften in kaart te brengen en op basis daarvan nieuwe projecten te ontplooiën, kan meer draagvlak worden gecreëerd en beter worden ingespeeld op vragen vanuit de gemeenschap.

Initiatieven verduurzamen en opschalen

Ook wordt aanbevolen om bestaande initiatieven te (her)beoordelen op passendheid in bredere strategische doelen en waar nog nodig te voorzien van een duidelijk opschalings- en verduurzamingsplan. In nieuwe initiatieven zou dit stringenter in de ontwikkelfase kunnen worden opgenomen. Dit bevordert de kansrijkheid en continuïteit van beloftevolle wijkinitiatieven.

Synergie creëren met aanverwante bewegingen in de regio

Op dit moment lopen er veel initiatieven en plannen waarin integrale wijkondersteuning centraal staat dan wel een belangrijk aandachtspunt is. Dat geldt onder meer voor de nodige transitieplannen in het kader van IZA. In Zuid-Limburg betreft dit bijvoorbeeld het PlusWijken concept en het Deltaplan wonen, welzijn en (minder) zorg in de buurt (gericht op ouderenzorg). Het ligt voor de hand om bij de verdere doorontwikkeling van Community Care de krachten te bundelen met partijen die ook actief zijn in deze 'aanverwante bewegingen'. Met het Deltaplan vindt die afstemming overigens vanuit Sevagram al plaats.

Professionals meer handelingsvrijheid bieden

Voor integrale domeinoverstijgende wijkinitiatieven is het nodig dat professionals (alsook de organisaties waar ze werken) meer handelingsvrijheid en experimenteeruimte krijgen. Dit vraagt onder meer om flexibele financiering en een cultuur van vertrouwen, zodat zij innovatieve oplossingen kunnen ontwikkelen en uitproberen.

Gebruik zo betrouwbaar mogelijke data voor monitoring

Om de impact van relevante Community Care indicatoren systematisch op populatieniveau te monitoren moet een trade-off gemaakt worden tussen compleetheid, betrouwbaarheid en relevantie van beschikbare data. Het advies is daarom om met elkaar in gesprek te gaan over deze trade-off op basis van het voorgestelde drietrapsmodel, en op basis daarvan keuzes te maken voor de verdere ontwikkeling van de monitoring. Hierbij wordt sterk aanbevolen om de betrouwbaarheid van data het zwaarst te laten meewegen; onbetrouwbare data kan resulteren in onjuiste conclusies van evaluaties, met name als dit veranderingen over tijd op buurtniveau betreft. Als toch wordt gekozen voor het gebruik van minder betrouwbare data, dan dienen conclusies met grote voorzichtigheid te worden getrokken.

Vervolgonderzoek

Op basis van de bevindingen en aanbevelingen raden we aan om nieuw onderzoek te koppelen aan enkele vervolgstappen in de Community Care beweging. Daarbij kan onder meer gedacht worden aan de rol van burgers bij wijkinitiatieven, het longitudinaal volgen van de samenwerking tussen partijen (inclusief de afstemming / vervlechting met aanverwante bewegingen in de regio), het evalueren van een beperkt aantal doorontwikkelde en opgeschaalde wijkinitiatieven, en de verdere ontwikkeling en inzet van het monitoring op populatieniveau.

5. Referentielijst

Abma, T., Groot, B. & Schuurman, M. (2024). *Dynamische kennissynthese lokale netwerken samenhangende ouderenzorg*. Leydenacademy. <https://www.leydenacademy.nl/dynamische-kennissynthese-lokale-netwerken-samenhangende-ouderenzorg/>

Ardesch, F.H., Meulendijk, M.C., Kist, J.M., et al. (2023). *The introduction of a data-driven population health management approach in the Netherlands since 2019: The Extramural LUMC Academic Network data infrastructure*. *Health Policy*, 132:104769

Black, A., van Nederpelt, P. (2020). *Dimensions of Data Quality (DDQ)*. DAMA NL Foundation. <https://www.dama-nl.org/wp-content/uploads/2020/09/DDQ-Dimensions-of-Data-Quality-Research-Paper-version-1.2-d.d.-3-Sept-2020.pdf>

Breed, M., Van Marle, F. (2022). *Bewoners aandachtswijken voelen zich klein gehouden door onderzoekers en beleidsmakers*. Sociale vraagstukken. <https://www.socialevraagstukken.nl/bewoners-aandachtswijken-voelen-zich-klein-gehouden-door-onderzoekers-en-beleidsmakers/>

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2023). *Opnieuw meer mensen overleden na een val*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2023/40/opnieuw-meer-mensen-overleden-na-een-val>

De Donder, L., Stegen, H. & Hoens, S. (2024). *Caring neighbourhoods in Belgium: lessons learned on the development, implementation and evaluation of 35 caring neighbourhood projects*. *Palliative Care and Social Practice*, <https://doi.org/10.1177/26323524241246533>

De Jong, M. (2022). *Voorstad on the move to Better health: Evaluation of a community health promotion programme in a socioeconomically deprived city district in the Netherlands* [PhD dissertation, Wageningen University]. <https://doi.org/10.18174/576914>

Den Ouden, M. D, Kuk, N. O., Zwakhalen, S. M. G, Bleijlevens, M. H. C., Meijers, J. M. M., & Hamers, J. P. H. (2017). *The role of nursing staff in the activities of daily living of nursing home residents*. *Geriatric nursing*, 38(3), 225–230. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.11.002>

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). *The qualitative content analysis process*. *Journal of Advanced Nursing* (Wiley-Blackwell), 62(1), 107–115 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>

Fotteler, M. L., Mühlbauer, V., Brefka, S., Mayer, S., Kohn, B., Holl, F., Swoboda, W., Gaugisch, P., Risch, B., Denking, M., & Dallmeier, D. (2022). *The Effectiveness of Assistive Technologies for Older Adults and the Influence of Frailty: Systematic Literature Review of Randomized Controlled Trials*. *JMIR aging*, 5(2), e31916. <https://doi.org/10.2196/31916>

Geurten, R.J. *Collective Health, Individual Lives: utilizing routine data in a population health management approach for type 2 diabetes*. Maastricht: Maastricht University, 2024

Gryp, D., Wouters, M., Sels, B., & Heylen, L. (2024). *Hoe werken aan zorgzame buurten? Pilotpraktijken onderzocht vanuit een CAIMER-bril*. Associatie KU Leuven. <https://soc.kuleuven.be/ceso/respond/sociaalwerkonderzoek-associatie-ku-leuven-1/papers/hoe-werken-aan-zorgzame-buurten>

Guirguis-Blake, J. M., Perdue, L. A., Coppola, E. L., & Bean, S. I. (2024). *Interventions to Prevent Falls in Older Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force*. *JAMA*, 332(1), 58–69. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.4166>

Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). *Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms*. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>

Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). *Three approaches to qualitative content analysis*. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>

Huber, G.P.(1991). *Organizational learning: The contributing processes and the literatures*. *Organization science*. 2(1), 88-115. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1287/orsc.2.1.88>

Hunter, D. J., McCallum, J., & Howes, D. (2019). *Defining Exploratory-Descriptive Qualitative (EDQ) research and considering its application to healthcare*. *Journal of Nursing and Health Care* 4 (1)

Kekeya, J. (2016). *Analysing qualitative data using an iterative process*. *Contemporary PNG Studies*, 24, 86–94. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.220284691031027>

Kempen, G.I.J.M., Doeglas, D.M., Suurmeijer, T.P.B.M. (1993). *Het meten van problemen met zelfredzaamheid op verzorgend en huishoudelijk gebied met de GARS: een handleiding*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen.

M. Lipsky (1980), *Street-Level Bureaucracy: The Dilemmas of the Individual in Public Service*. Russell Sage Foundation, 9, 133. <http://www.jstor.org/stable/10.7758/9781610447713>

Maciejewska, A., Kuzak, Ł., Sobieraj, J., Metelski, D. (2022). *The Impact of Opencast Lignite Mining on Rural Development: A Literature Review and Selected Case Studies Using Desk Research, Panel Data and GIS-Based Analysis*. *Energies*. 15 (15):5402. <https://doi.org/10.3390/en1515402>

Metzelthin, S. F., Rostgaard, T., Parsons, M., & Burton, E. (2022). *Development of an internationally accepted definition of reablement: a Delphi study*. *Ageing & Society*, 42 (3), 703-718. [doi:10.1017/S0144686X20000999](https://doi.org/10.1017/S0144686X20000999)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2022). *Integraal Zorg Akkoord. Samen werken aan gezonde zorg*. <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg/integraal-zorg-akkoord.pdf>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2022a). *WOZO: Wonen, ondersteuning en zorg voor ouderen*. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-63e851f8e45b8662a4do4b1d5832b98231d40670/pdf>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2024). *Hoe sterk sta ik*. <https://www.hoesterkstaik.nl/>

Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O’Cathain, A., Tinati, T., Wight, D., & Baird, J. (2015). *Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance*. *BMJ (Clinical research ed.)*, 350, h1258. <https://doi.org/10.1136/bmj.h1258>

Mouchaers, I., Verbeek, H., van Haaster, S., van Haastregt, J. C. M., Vlaeyen, E., Goderis, G., & Metzelthin, S. F. (2024). *What matters to you? A mixed-method evaluation of goal setting and attainment within reablement from a client perspective*. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 31(1), 2356548. <https://doi.org/10.1080/11038128.2024.2356548>

Patton M. Q. (1999). *Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis*. *Health services research*, 34(5 Pt 2), 1189–1208

Peters, D. H., Tran, N. T., & Adam, T. (2013). *Implementation Research in Health: A Practical guide*. In World Health Organization eBooks. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/91758/9789241506212_eng.pdf

Pani-Harreman, K. E. (2024). *The place to be: guiding the activation of a community to facilitate ageing in place*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/dis.20240222kh>

Proeftuin Ruwaard. (2020). *Leergeschiedenis 2019: Anders denken, doen, organiseren en financieren*. <https://www.proeftuinruwaard.nl/wp-content/uploads/sites/3/2020/09/Leergeschiedenis-2019-Proeftuin-Ruwaard-versie-definitief.pdf>

Sels B, Wouters W & Heylen L. (2024) *Ondersteuningspakket ‘Duurzaam werken aan zorgzame buurten’*. Thomas More. <https://thomasmore.be/nl/expertisecentrum-zorg-en-welzijn/mobilab-and-care/ondersteuningspakket-duurzaam-werken-aan-zorgzame>

Stam, A. M. C. E., Groenewegen, P., & Wakkee, I. A. M. (2011). *Inzicht in ondernemersnetwerken en innovatievermogen*. *Economisch Statistische Berichten*, 96(4609s), 47-53

Vluggen, S. Heinen, M., Metzelthin, S., Huisman-de Waal, G., Bleijlevens, M., de Lange W., et al. (2021) *Lessons Learned and Implications of Function Focused Care based Programs of Various Nursing Care Settings: A Thematic Synthesis*. *Annals of Nursing Research and Practice*, 6(2):1–9

Vogel, R. G. M., Bours, G. J. J. W., Metzelthin, S. F., Erkens, P. M. G., van Breukelen, G. J. P., Zwakhalen, S. M. G., & van Rossum, E. (2020). *The perceived behavior and barriers of Community Care professionals in encouraging functional activities of older adults: the development and validation of the MAINtAIN-C questionnaire*. *BMC Health Services Research*, 20(1), 907. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05762-w>

Volksgezondheid en Zorg Info. (2024). *Eenzaamheid Regionaal Volwassenen*. <https://www.vzinfo.nl/eenzaamheid/regionaal/volwassenen>

Wijnands-Hoekstra I. (2021). *Eindrapport Blauwe Zorg in de wijk, Resultaten projecten en interventies 2016-2020 'Regionale samenwerking in de zorg werkt'*. <https://www.blauwezorg.nl/s/Eindrapport-Totaal-Blauwe-Zorg-in-de-wijk-2016-2020.pdf>

Willard, S., Keinemans, S., Van Rossum, E. (2023) *Maken online wijkplatformen hun beloften aan ouderen waar?* *Geron.* 28 (2). <https://gerontijdschrift.nl/artikelen/maken-online-wijkplatformen-hun-beloften-aan-ouderen-waar/>

6. Bijlagen

Bijlage 1: interviewguide deelstudie 1

Onderzoeksvraag

Wat zijn binnen de bestaande samenwerkingsverbanden in Valkenburg-Oost de faciliterende en belemmerende factoren in de samenwerking?

Topiclijst/interviewguide

1. Kennismaking met functie en organisatie

- a. Kunt u iets vertellen over uzelf en uw functie?
- b. Kunt u iets vertellen over uw organisatie/afdeling en haar missie?
- c. Wat gaat momenteel goed in uw organisatie (waar bent u trots op)?
- d. Wat is momenteel de grootste uitdaging voor uw organisatie (waar liggen uitdagingen)?

2. Betekenisgeving concept Community Care

- a. Wat vindt u van de Community Care beweging?

3. Samenwerking m.b.t. Community Care en Sevagram

- a. Hoe is de samenwerking met Sevagram m.b.t. de Community Care beweging tot stand gekomen? (hoe is die begonnen)?
- b. Op welke wijze werkt uw organisatie momenteel samen met Sevagram m.b.t. de indicatoren zelfredzaamheid, samenredzaamheid, (sociale) participatie en/of eenzaamheid van kwetsbare ouderen (in Valkenburg)?
- c. Zijn hier nog andere organisaties bij betrokken, zo ja, welke?
- d. Hoe zijn de rollen/taken binnen de samenwerking verdeeld?
- e. Welke factoren bevorderen en faciliteren de samenwerking?
 1. Op welke wijze dragen die factoren bij aan het behalen van de doelen van Community Care?
 2. Wat is uniek aan de samenwerking met Sevagram?
- f. Welke factoren belemmeren of stagneren de samenwerking
 1. Op welke wijze benadelen die factoren het behalen van de doelen van Community Care?

4. Afsluiting

- a. Zijn er nog dingen die u kwijt wilt die tijdens het interview niet aan bod zijn gekomen?

Bijlage 2: momentopname Valkenburg project Community Care

[zie separate bijlage]

5. Reflectie

In dit hoofdstuk wordt gereflecteerd op het bereiken van de doelstelling, de deelstudies, de aanpak van het project en de beweging van Community Care. Sterke en zwakke punten worden hierin meegenomen en vertaald naar de paragraaf over de toekomst en de aanbevelingen die gedaan worden vanuit onze ervaring.

1. Aanleiding

In 2021 is op bestuurlijk niveau binnen Sevagram gestart met de visieontwikkeling rondom Community Care, met als doel de intramurale opname van bewoners met 8 tot 12 maanden te vertragen met een goede kwaliteit van leven. Om dit doel te realiseren, zijn drie gebieden waar Sevagram actief is aangeduid als proeftuin, waarbij een Community Care Coördinator de rol van regisseur op zich zou moeten nemen.

Terugkijkend op deze visieontwikkeling kan worden geconcludeerd dat het hoofddoel – de intramurale opname vertragen met 8 tot 12 maanden – ambitieus maar ook enigszins diffuus was. Er spelen talloze factoren mee die bepalen of iemand al dan niet intramuraal wordt opgenomen. In hoeverre heeft Community Care hier invloed op? En, belangrijker nog, is die invloed meetbaar? Hoewel het oorspronkelijke einddoel logisch is binnen de huidige tijdsgeest, is besloten om dit te herformuleren naar een concreter doel waarop wij direct invloed kunnen uitoefenen, en dat indirect bijdraagt aan het vertragen van intramurale opnames. Hiermee sluiten we beter aan bij de complexe realiteit en creëren we een basis voor meetbare resultaten.

Om diverse contexten te verkennen, zijn bewust drie uiteenlopende proeftuinen geselecteerd aan de hand van specifieke selectiecriteria. Dit gebeurde met het doel om te leren over het concept Community Care in verschillende omstandigheden. Elke proeftuin bracht een unieke context met zich mee, met eigen uitdagingen en kansen. Deze varieerden van demografische verschillen en sociaal-economische kenmerken tot variaties in samenwerking met lokale partners en organisaties.

Achteraf kan worden gesteld dat deze aanpak de juiste keuze was. De ervaringen uit de verschillende contexten hebben waardevolle inzichten opgeleverd, niet alleen over de toepasbaarheid van Community Care, maar ook over de aanpassingen die nodig zijn om deze aanpak effectief te maken in uiteenlopende situaties.

Het werken met drie verschillende proeftuinen heeft bovendien geleid tot een rijkere leerervaring voor alle betrokkenen. Dankzij de kruisbestuiving tussen de proeftuinen konden inzichten worden gedeeld, creatieve oplossingen worden ontwikkeld, en werd het adaptieve vermogen van de beweging versterkt.

In mei 2022 werden coördinatoren aangesteld in de drie proeftuinen Valkenburg, Heerlen en Maastricht. Hun opdracht was ambitieus: het vormgeven en uitvoeren van het concept Community Care binnen hun proeftuin. Bij aanvang werd duidelijk dat Sevagram zoekende was naar de concrete invulling van de functie Coördinator Community Care. Desondanks is het de juiste keuze geweest om een regisseur in de wijk te positioneren als spil.

2. Veranderde samenstelling

Tijdens de looptijd van het project Community Care is zowel de projectaanpak als de samenstelling van de onderzoekspartners gewijzigd. Aanvankelijk lag de projectleiding bij een externe partij, maar na één jaar is het project intern overgenomen. Voor het onderzoeksdeel is een samenwerking aangegaan met verschillende lectoraten van Zuyd Hogeschool en Universiteit Maastricht, onder leiding van het Lectoraat Wijkgerichte Zorg (Zuyd Hogeschool). De vernieuwde samenstelling had vervolgens twee jaar de tijd om de gestelde doelen te realiseren. Ondanks deze veranderingen is de tijd niet geheel verloren gegaan, aangezien het eerste jaar door de coördinatoren voornamelijk werd besteed aan het opbouwen van een netwerk en het versterken van samenwerkingsverbanden.

Wel hebben deze wijzigingen in de projectaanpak en samenstelling geleid tot vertraging bij het opzetten en monitoren van initiatieven. Voor ons is het belangrijk om in de toekomst een aantal criteria op te stellen voor het selecteren van partners om het project te definiëren passend bij de doelstellingen. Op basis van deze criteria is het wel gelukt om tot een positief partnership met bovenstaande partijen vorm te geven. Succesfactoren hiervoor waren 1) het vertrouwen in elkaars expertise, 2) een heldere verdeling van rollen en verantwoordelijkheden, 3) focus op wederzijdse meerwaarde en 4) kennisdeling en leren van elkaar. Het partnership met Zuyd Hogeschool zorgde voor een solide basis, waardoor het mogelijk was om de herstart efficiënt vorm te geven.

3. Keuze van het framework

Op basis van het gestelde hoofddoel is nagedacht over een opdrachtformulering en het definiëren van (sub)doelen voor de Community Care beweging. Het hoofddoel is verder uitgewerkt en gespecificeerd om de beoogde uitkomsten meetbaar te maken. Deze verdieping heeft geresulteerd in de ontwikkeling van een framework – een nieuw mentaal model, dat vervolgens is getoetst bij alle betrokkenen.

Het framework visualiseert de beoogde impact van de Community Care beweging door het bevorderen van sociale cohesie en het introduceren van innovatieve (woon)zorgconcepten binnen de wijk. Om dit mogelijk te maken is gekeken naar concrete indicatoren die op basis van wetenschappelijk bewijs een bijdrage leveren aan langer gezond en vitaal thuiswonen. Sevagram heeft gekozen voor de indicatoren zelfredzaamheid, samenredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid.

Het framework heeft een belangrijke rol gespeeld bij het inzichtelijk maken van de verbanden tussen het vertragen van een intramurale opname met een goede kwaliteit van leven en het verbeteren van de sociale cohesie en woonzorgomgeving door aan de indicatoren te werken. Hierdoor is een duidelijke structuur en richting bepaald voor het verdere verloop van het project. Daarnaast heeft het framework bijgedragen aan het creëren van een gezamenlijke taal, wat de samenwerking tussen betrokkenen heeft versterkt.

Er is echter ruimte voor discussie over de selectie van de indicatoren. Op dit moment zijn er vier indicatoren gekozen op basis van literatuuronderzoek, om de opdracht behapbaar te houden. Toch zijn er meer indicatoren die van invloed kunnen zijn op het langer thuis blijven wonen. Het is daarom belangrijk om in de toekomst te evalueren of de huidige indicatoren nog steeds passend zijn en om te overwegen of een uitbreiding nodig is.

4. De inrichting en werkwijze van de projectgroep

Bij de herstart van het project is de projectleiding overgedragen aan Team Innovatie, in samenwerking met de bestuurssecretaris van Heuvelland. Gezamenlijk met Zuyd Hogeschool en de Community Care Coördinatoren is een projectgroep gevormd. Door regelmatig bijeen te komen (eens per twee weken) werd kortcyclisch monitoren en bijsturen mogelijk. Een kennissessie aan het begin van het project droeg bij aan een gedeeld begrip over de gekozen indicatoren binnen het team.

“Het innovatieteam van Sevagram heeft geholpen met de formulering van die opdracht. Bijgevolg werd het uitdragen van de Community Care gedachte duidelijker, hetgeen zowel binnen de eigen organisatie als bij externe partners helderheid verschafte.”

Terugkijkend heeft de inrichting en werkwijze van de projectgroep een positieve bijdrage geleverd aan het sturen van het project en het ontwikkelen van initiatieven. De projectgroep bood ook ruimte voor verdieping in de strategie en ontwikkeling van initiatieven. De kritische en neutrale blik van de onderzoekers leverde hierbij waardevolle inzichten op. Voor de toekomst adviseren wij om de rol van de Community Care Coördinatoren te scheiden van projectmanagement zodat de rolverdeling helder is en de coördinatoren zich primair kunnen focussen op hun rol in de wijk.

5. Projectplan

Het opgestelde projectplan bood duidelijke handvatten, richting en kaders voor zowel de uitvoering van het project als het bijbehorende onderzoek. Daar zijn vervolgens concrete mijlpalen en deliverables aan gekoppeld. Deze structuur hielp de coördinatoren bij het maken van een succesvolle doorstart, vooral na de wijziging in de teamsamenstelling.

Het vertalen van het projectplan naar de praktijk bleek een uitdaging. Door de veranderende samenstelling van het team is er minder tijd genomen dan gebruikelijk om het projectplan op te stellen. Hierbij is gebruikgemaakt van alle op dat moment beschikbare informatie en zijn interne betrokkenen, waaronder de stuurgroep, bevraagd over de gewenste resultaten. Op basis van deze input is een projectplan opgesteld, inclusief een gekoppeld onderzoeksplan.

Doordat er in het eerste jaar weinig tot geen sturing werd ervaren, was het lastig om direct over te schakelen naar een andere structuur. Dit overgangsproces heeft tijd gekost – tijd die effectiever had kunnen worden benut als met name de coördinatoren actiever waren betrokken bij de totstandkoming van het projectplan. Hun vroegtijdige betrokkenheid zou de implementatie hebben vergemakkelijkt en de betrokkenheid van alle partijen hebben vergroot.

In samenwerking met Zuyd Hogeschool en Universiteit Maastricht is een onderzoeksplan geformuleerd dat gekoppeld is aan het projectplan. Het onderzoeksplan richtte zich bij aanvang op vier concrete pijlers: 1) samenwerking tussen organisaties in de wijk, 2) samenwerking tussen teams, 3) collectieve initiatieven gericht op specifieke indicatoren en 4) metingen op populatieniveau. Deze aanpak is geïntegreerd in het framework voor de Community Care beweging.

Het was essentieel om snel een helder en eenduidig verhaal over 'wat is Community Care' te kunnen vertellen, zowel intern als extern. Om dit te bereiken, is de inhoud van het projectplan vertaald naar een gezamenlijke visual in samenwerking met een externe expert in visuele communicatie. Deze visual diende als krachtig communicatiemiddel, vereenvoudigde complexe informatie, versterkte de betrokkenheid en bracht de samenhang binnen het project duidelijk in beeld.

Om de interne organisatie en externe partners realtime inzicht te geven in de initiatieven binnen Community Care, is besloten een funnel te creëren die gebaseerd is op de innovatiefunnel van Sevagram. Deze funnel maakte effectief initiatiefmanagement mogelijk en zorgde voor transparante communicatie over de voortgang richting interne betrokkenen en externe partners.

Het beheer van de funnel lag echter bij Team Innovatie, waardoor coördinatoren wijzigingen moesten aanleveren via dit team. Voor toekomstige initiatieven is het efficiënter om het beheer rechtstreeks bij de coördinatoren te beleggen. Dit stelt hen in staat om direct verantwoordelijkheid te nemen en flexibel in te spelen op veranderingen.

6. De rol en invulling van de Coördinatoren Community Care

De afgelopen periode heeft ons inzicht gegeven in de cruciale rol die de Coördinator Community Care speelt bij het realiseren van de beweging Community Care in de wijk. De constatering is dat deze spilfunctie een sleutelrol vervult in het verbinden van partijen, het stimuleren van samenwerking en het aanjagen van wijkgerichte initiatieven.

Deze rol is belangrijk bij het creëren van een overzicht van stakeholders, zorg- en welzijnsbehoeften en het bestaande aanbod in de wijk. De coördinatoren fungeerden als verbindende schakels die de sociale kaart in kaart brachten en deze informatie gebruikten om gerichte acties en samenwerkingen te initiëren.

Belangrijke aspecten van deze rol zijn niet alleen het analyseren en verbinden, maar ook het regisseren. De coördinator zet Community Care op de agenda binnen diverse gremia, bewaakt de voortgang en fungeert als katalysator voor samenwerking tussen zorgaanbieders, gemeenten, woningcorporaties, burgers en andere betrokkenen. Daarbij hebben ze ook bijgedragen aan de wetenschappelijke onderbouwing van initiatieven.

Bij aanvang werd duidelijk dat Sevagram zoekende was naar de concrete invulling van de functie Coördinator Community Care. Er waren geen duidelijke kaders. Eén centrale directeur, maar verschillende leidinggevende directeuren per proeftuin. Men was los van elkaar bezig met het opbouwen van een netwerk. Na de hernieuwde projectinrichting werd de rol een stuk duidelijker. De coördinatoren hebben een regisserende, aanjagende en faciliterende rol gehad in de proeftuinen om de Community Care beweging op poten te krijgen en door te ontwikkelen.

Ze hebben deze rol goed kunnen uitvoeren vanwege de discretionaire ruimte en financiering. Alle coördinatoren hadden beschikking over voldoende financiële middelen en konden binnen het gestelde kader zelf initiatieven aandragen en implementeren op basis van behoeften uit de wijk. Het was een goede keuze en belangrijk voor de toekomst om de Coördinatoren Community Care te ondersteunen met randvoorwaarden zoals discretionaire ruimte en voldoende financiële middelen.

“We krijgen veel inhoudelijke vrijheid en autonomie om te werken en ervaren geen financiële druk.”

Uit de praktijk blijkt dat enkele kerncompetenties essentieel zijn voor deze rol. De coördinator is een pionier die denk- en daadkracht combineert. Cruciale eigenschappen zijn ondernemerschap, creativiteit, sociale innovatie en vasthoudendheid. Daarnaast zijn sterke communicatieve vaardigheden onmisbaar om bruggen te slaan en samenwerking tussen diverse partijen te bevorderen. Een Coördinator Community Care moet, ondanks de complexiteit van een wijk, in staat zijn om effectief te opereren. Dit omvat het uitvoeren van wijkanalyses, het versterken van de eigen kracht van burgers, het samen initiëren van projecten en het waarborgen van sociale cohesie in de wijk.

Hoewel de kerntaken van coördinatoren overal hetzelfde zijn, verschilt de uitvoering per proeftuin door contextuele factoren, zoals aanwezige faciliteiten, behoeften en betrokken stakeholders. In Maastricht en Valkenburg ondersteunen de beschikbare faciliteiten het naar binnen halen van de wijk. In Heerlen daarentegen, waar dergelijke faciliteiten ontbreken, ligt de focus op het naar de wijk brengen van Sevagram. Deze dynamiek beïnvloedt de samenwerking met partners: in Heerlen wordt vaker een beroep gedaan op de geriatrische expertise van Sevagrams behandelen, terwijl dit in Maastricht en Valkenburg minder nodig is vanwege bestaande behandelcoalities.

De aansturing in de proeftuinen varieerde, wat heeft geleid tot diversiteit in aanpak en resultaten. De achtergrond en ervaring van de coördinatoren hebben hun focus duidelijk beïnvloed. Zo richtte de coördinator in Heerlen, met een achtergrond in behandelen, zich voornamelijk op initiatieven die preventie en gezondheid bevorderen. In de andere proeftuinen lag de nadruk meer op sociale initiatieven en ontmoetingen. Het gebruik van een uniforme methode kan deze diversiteit beperken, wat een risico vormt voor de maatwerkbenadering die nodig is in verschillende contexten.

De ervaring in de proeftuinen laat zien dat de rol van Coördinator Community Care niet alleen bijdraagt aan het succes van Community Care, maar ook essentieel lijkt voor verdere opschaling. De rol vraagt om professionals die niet alleen kunnen verbinden en regisseren, maar ook het voortouw durven nemen in complexe, innovatieve trajecten. Deze constatering benadrukt het belang van structurele borging van deze spilfunctie binnen het bredere netwerk van zorg en welzijn in Zuid-Limburg.

7. De inrichting van de proeftuinen

Sevagram heeft gekozen om het Community Care project te starten in drie verschillende proeftuinen om te kunnen leren van de verschillen contexten. Zoals beschreven in de proeftuinselectie kenmerken de proeftuinen Maastricht en Valkenburg zich door de aanwezigheid van een zorgcentrum en bijbehorende faciliteiten, waardoor er mogelijkheden zijn om de wijk naar binnen te halen en activiteiten te organiseren. De proeftuin Heerlen kenmerkt zich juist door de afwezigheid van deze faciliteiten en mogelijkheden waardoor de coördinator Sevagram naar de wijk moet brengen. Het was voor de coördinator in Heerlen een stuk lastiger om activiteiten te organiseren en initiatieven te ontwikkelen vanwege de afwezigheid aan faciliteiten en benodigde ondersteuning vanuit de eigen organisatie.

“Ik heb geen lokaal team voor de uitvoer om op terug te vallen. Ik moe(s)t vaak terugvallen op ketenpartners en functionarissen die die rol niet hebben om tot uitvoer te komen.”

De fysieke infrastructuur van een gebied is een relevant aspect in het vormgeven van Community Care. Aangezien het Community Care concept ook was bedoeld om te experimenteren is het slim geweest om proeftuinen te selecteren die van elkaar verschillen, om hiervan te leren. Het is aan te raden om vanuit een goede wijkanalyse te starten met het ontplooiën van initiatieven in nieuwe wijken.

De Coördinatoren Community Care konden allemaal gebruik maken van een kernteam (directeur, teammanager zorg, facilitair) dat hun faciliteert bij het ontwikkelen van Community Care activiteiten. De werkwijze en effectiviteit verschilde per proeftuin. De kernteamvergaderingen van de proeftuin Valkenburg vonden structureel plaats en de coördinator ervaaarde ondersteuning. De kernteamoverleggen in proeftuinen Maastricht en Heerlen vonden niet altijd plaats zoals deze beoogd waren. Dit kwam door wisselingen van personeel (directeur en locatiemanagers) en prioriteiten die eerder uitgingen naar interne zaken. Het is belangrijk om een stabiele uitvalsbasis te selecteren met aandacht voor ondersteuning vanuit de interne organisatie.

8. Samenwerking in de proeftuinen

De samenwerking binnen de Community Care beweging wordt overwegend positief ervaren. De beweging heeft geleid tot nieuwe domeinoverstijgende samenwerkingen en versterking van bestaande relaties, wat aanzienlijke kansen biedt om krachten te bundelen en innovatieve oplossingen te ontwikkelen. Tegelijkertijd vraagt het om zorgvuldige afstemming tussen organisaties met uiteenlopende culturen, prioriteiten en belangen. Vooral op bestuurlijk niveau.

“Meerdere organisaties in de wijk werken aan dezelfde doelstellingen. Goede afstemming is noodzakelijk, maar dat gaat ten koste van de snelheid.”

Het realiseren van deze samenwerking bleek soms een uitdaging, mede door vragen over het belang van Sevagram in het opstarten van deze beweging. Het aannemen van een white-label rol, waarbij Sevagram transparant communiceerde en het maatschappelijk belang centraal stelde, heeft hierbij geholpen. Deze aanpak versterkte het vertrouwen tussen partners en bevorderde gezamenlijke doelstellingen. Een open dialoog, gedeelde visie en duidelijke afspraken blijven essentieel om deze samenwerking duurzaam en effectief te maken.

Ook de samenwerking op initiatiefniveau is overwegend positief ervaren. Hoewel professionals niet altijd het mandaat hadden om zelfstandig besluiten te nemen, hebben veel initiatieven toch doorgang kunnen vinden. Er werd vaak naar een oplossing gezocht om het toch te realiseren. De interne afstemming en besluitvorming kan, afhankelijk van het type organisatie, soms lang duren. Ook interne belangen beïnvloeden de uiteindelijke besluiten. Het is meerdere keren voorgekomen dat initiatieven die veelbelovend leken voor het bereiken van ons doel, door de interne besluitvorming van andere partijen een andere wending kregen of zelfs niet doorgingen. Het is daarnaast cruciaal om bestaande samenwerkingen te respecteren en te bekijken hoe deze kunnen bijdragen aan het overkoepelende doel. Soms is het effectiever om een initiatief bij bestaande coalities te laten en alternatieve wegen te verkennen.

Een goed voorbeeld hiervan is het valpreventieprogramma in Valkenburg. De gemeente werkte al samen met paramedici in de regio, waardoor het toevoegen van de paramedici van Sevagram minder praktisch was. In zulke situaties is het belangrijk om de relaties met alle partners in de wijk goed te behouden.

Er is voortdurend aandacht besteed aan het betrekken van burgers. Projectleden van Community Care legden meerdere werkbezoeken af om te leren van andere projecten en organisaties, zoals Dongen Community Care en het ZonMw-project 'Ouderen langer thuis in Amby'. Hier is waardevolle kennis opgedaan over het vormgeven van burgerparticipatie, maar in de praktijk blijkt dit complexer. Veel burgers zijn zich (nog) niet volledig bewust van de complexiteit van de problematiek in Zuid-Limburg, of benaderen het vanuit hun eigen perspectief, waarbij ze denken dat bepaalde (mogelijk eenvoudige) oplossingen hen zouden helpen langer thuis te blijven wonen.

De betrokkenheid van burgers bij het ontwikkelen van initiatieven was wisselend, maar er zijn wel positieve samenwerkingsverbanden ontstaan. Zo bouwden we een duurzame relatie op met de Seniorenraad in Valkenburg, die onderdeel was van het ZonMw-consortium en actief betrokken was bij alle projectbijeenkomsten, met een stem in de besluitvorming. Op dit niveau was burgerparticipatie goed vormgegeven. Waar nog ruimte voor verbetering is, betreft de betrokkenheid van de zogenaamde 'buurtantennes' in de doelgebieden. Hoewel enkele buurtcontactpersonen werden gevonden en betrokken bij initiatieven, waren ze niet structureel aanwezig bij bijeenkomsten. Toekomstige betrokkenheid van deze groepen zou de stem van de burger verder versterken.

De intensieve samenwerking met de Seniorenraad vanuit het ZonMw-traject heeft waardevolle inzichten opgeleverd over burgerparticipatie. Het betrekken van een grote groep burgers in besluitvorming of als vertegenwoordigers is een uitdaging. Veel van de gepensioneerden die we willen bereiken, hebben beperkingen die hun deelname bemoeilijken, zoals zorg voor kleinkinderen, beperkte beschikbaarheid voor vergaderingen en fysieke of cognitieve beperkingen. In de toekomst zal het nodig zijn dat professionele organisaties zich flexibel opstellen, de communicatie afstemmen op het niveau van de burger en hen op passende manieren betrekken bij de besluitvorming.

9. De initiatieven

Binnen de beweging zijn in alle drie de proeftuinen initiatieven (N=39) opgezet die een positieve bijdrage leveren aan de vooraf gestelde indicatoren. Deze indicatoren boden de Coördinatoren Community Care belangrijke houvast en richting bij het samen met partners ontwikkelen en uitvoeren van initiatieven.

Toch verliep het proces van initiatiefontwikkeling vaak trager dan vooraf was ingeschat. Een reflectie hierop toont dat de rol van initiator en facilitator grotendeels bij de coördinatoren Community Care lag. Dit kwam deels voort uit de white-labelfunctie van hun rol, maar ook uit een sterk gevoel van eigenaarschap en de drive om binnen de gestelde projectperiode tastbare resultaten te behalen. Deze combinatie van factoren leidde soms tot een grotere afhankelijkheid van de coördinatoren dan wenselijk was. Het opbouwen van relaties en samenwerking met partnerorganisaties in de wijk vraagt bovendien tijd, wat een belangrijk aandachtspunt is voor toekomstige projecten.

Daarnaast hadden veranderingen op politiek en beleidsniveau binnen de (keten)organisatie eveneens invloed op de voortgang. Deze veranderingen zorgden voor wisselende prioriteiten en onzekerheden, wat de doorlooptijd en de dynamiek rond de ontwikkeling van initiatieven verder beïnvloedde, ondanks dat de urgentie door alle partners werd gevoeld.

Om de uitdagingen te overbruggen, zijn bewust kleinere, haalbare stappen gezet, waardoor concrete resultaten zichtbaar werden en het vertrouwen van alle betrokkenen groeide. Deze focus op geleidelijke vooruitgang heeft niet alleen bijgedragen aan het opbouwen van duurzame samenwerkingsverbanden, maar ook aan het creëren van een solide basis voor toekomstige initiatieven. Het heeft aangetoond dat geduld en een stapsgewijze aanpak essentieel zijn.

De ontwikkeling van initiatieven werd voornamelijk gestuurd door de betrokken partners en Coördinatoren Community Care, gebaseerd op hun expertise en werkveld. De betrokkenheid van burgers bij de opzet van initiatieven was minimaal, terwijl dit juist als een belangrijke succesfactor werd gezien. Een goed voorbeeld hiervan is de rol van een bewoner als aanjager bij het initiatief 'Boodschappenservice', waarbij deze bewoner actief participanten bijeenbracht. Dit onderstreept het belang van vroege betrokkenheid van burgers bij de ontwikkeling van initiatieven.

10. Regionale opschaling

Het ontwikkelen van Community Care Zuid-Limburg was een belangrijke stap om transparantie, samenwerking en verbinding te verbeteren. Sevagram nam het initiatief om dit platform op te zetten, ondanks dat het niet gebruikelijk was voor een zorgorganisatie met een traditionele focus op intramurale zorg. Dit toont een vooruitstrevende aanpak om beter aan te sluiten bij de veranderende behoeften in de regio.

In het begin was er weerstand en twijfel over het nut van het platform. Dit kwam vooral omdat een dergelijk initiatief niet vaak door zorgorganisaties wordt opgezet, zeker niet als zij geen directe rol in de wijk hebben. Toch werd gaandeweg duidelijk dat goede communicatie en het delen van informatie essentieel zijn voor een groot en groeiend project als Community Care.

Het platform bood een praktische oplossing om stakeholders in Zuid-Limburg samen te brengen, hen toegang te geven tot lopende initiatieven en de mogelijkheid te bieden om zelf informatie en ideeën te delen. Dit versterkte niet alleen de samenwerking tussen betrokkenen, maar zorgde er ook voor dat iedereen op de hoogte bleef van de ontwikkelingen. Het is essentieel om de rol- en taakverdeling van partners in Community Care Zuid-Limburg duidelijker te definiëren. Voor de toekomst adviseren wij een grotere en actievere betrokkenheid van deze partners te stimuleren.

Deze stap laat zien dat het soms nodig is om buiten de gebaande paden te treden. Het platform liet zien dat technologie en communicatie belangrijke hulpmiddelen zijn om samenwerking te verbeteren en doelen te bereiken. Ondanks de uitdagingen is het platform een goed voorbeeld van hoe innovatie en samenwerking hand in hand kunnen gaan om zorg en welzijn te verbeteren.

In 2024 ontstonden in Zuid-Limburg meerdere bewegingen met een soortgelijk doel, mede dankzij de IZA-gelden. Er werd actief gezocht naar samenwerking en onderzocht hoe Community Care binnen deze gezamenlijke bewegingen een bijdrage kan leveren.

11. Het onderzoek

Over het algemeen kan gesteld worden dat er een gedegen onderzoeksrapport is opgeleverd. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in de gestelde tijd en beantwoordt de eerder opgestelde onderzoeksvragen. Over het algemeen was er voldoende respons en animo van partners en burgers om mee te werken aan het onderzoek waar mogelijk.

Met onderzoeksdeel 1 is waardevolle informatie opgehaald om de samenwerking op wijkniveau te continueren en te verbeteren. Dit deel van het onderzoek vond plaats in de opstartfase van Community Care, waardoor nog een beperkt aantal concrete samenwerkingen gelegd waren. Het is interessant om over X periode wederom hetzelfde gesprek te voeren met de samenwerkingspartners om te kijken of in de loop der tijd iets veranderd is.

In onderzoeksdeel 2 zijn zeven initiatieven gevolgd en geëvalueerd als pilotstudies in de proeftuin Valkenburg aan de Geul en omgeving. Hoewel deze initiatieven waardevolle inzichten hebben opgeleverd, bood het project onvoldoende ruimte om de langdurige effecten ervan volledig te meten. Dit kwam vooral door de beperkte tijdsperiode van het project en wisselingen in de samenstelling van betrokken partijen. Veel initiatieven konden pas (gedeeltelijk) worden geïmplementeerd en geëvalueerd na het tweede kwartaal van 2024. Daarnaast werd het monitoren van meerdere initiatieven bemoeilijkt door complexiteit en externe factoren. Een voorbeeld hiervan is de beweegroute in Valkenburg, waarvoor gemeentelijke goedkeuringen zoals omgevingsvergunningen vereist waren.

Ondanks deze uitdagingen laten de resultaten zien dat er potentie is voor verdere implementatie, opschaling en doorontwikkeling van verschillende initiatieven. Het vernieuwende ReAblement-traject voor mantelzorgers is hier een sterk voorbeeld van, met veelbelovende mogelijkheden voor verdere uitrol. Het wordt aanbevolen om zowel de huidige als toekomstige initiatieven langdurig te blijven monitoren en aanvullend onderzoek te doen naar hun impact en effectiviteit. Hierdoor kunnen de inzichten uit deze pilotstudies optimaal worden benut voor duurzame verbeteringen.

Het verzamelen van onderzoeksgegevens in onderzoeksdeel 2 werd op verschillende manieren uitgevoerd. De onderzoeker stemde samen met de uitvoerder van het initiatief af hoe de benodigde informatie het beste kon worden verkregen, waarna hierover afspraken werden gemaakt en uitgevoerd. Bij initiatieven waar dergelijke afspraken minder duidelijk waren of niet volledig werden nagekomen, bleek de dataverzameling echter niet altijd volgens plan te verlopen. Een goede afstemming tussen de onderzoeker, projectleider en initiatiefnemer is wenselijk en bevordelijk om de data te verzamelen.

De deelname van burgers bij de (onderzoeks)initiatieven varieerde, ondanks de naar onze mening uitgebreide inspanningen op het gebied van communicatie en marketing. De communicatie vond voornamelijk plaats in maand- en weekbladen, de vraag is dan ook of dit het juiste medium is om de doelgroep te bereiken. Er zijn geen burgers bevraagd waarom ze niet deel aannemen aan bepaalde initiatieven. Het is interessant om te onderzoeken hoe burgers meer bereikt kunnen worden. Deze inzichten kunnen helpen om de burgerbetrokkenheid in toekomstige projecten verder te vergroten.

Binnen onderzoeksdeel 3 is gekeken naar bestaande databases om de indicatoren, zelfredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid te monitoren op populatieniveau. Er

is gekeken naar de compleetheid, nauwkeurigheid en tijdigheid van de data in de databases. Op basis van de gestelde criteria voldeden twee databases om dit te monitoren, uiteindelijk is gekozen voor de Gezondheidsatlas.

12. Terugblik op het doel

Het hoofddoel van het project was ambitieus en gericht op het samen met ketenpartners realiseren van een beweging richting Community Care. Het streven was om langer gezond thuis wonen mogelijk te maken door een positieve impact te hebben op zelfredzaamheid, sociale participatie en eenzaamheid, met als ultieme doel een intramurale opname met 8 tot 12 maanden te vertragen. Daarnaast werden er diverse subdoelen gesteld, zoals het versterken van sociale cohesie, het verbeteren van zelf- en samenredzaamheid, en het verminderen van formele zorg en eenzaamheid in de wijk.

Onze ervaringen en inzichten uit de afgelopen periode tonen aan dat hoewel het hoofddoel niet bereikt is – en ook nauwelijks aan te tonen is middels onderzoek – er wel degelijk een beweging is ontstaan. De samenwerking met ketenpartners is versterkt en enkele initiatieven hebben een merkbare verbetering laten zien op bepaalde indicatoren. Echter, het vertragen van intramurale opnames en het realiseren van alle subdoelen binnen de projecttijd bleek niet haalbaar en aantoonbaar. Dit toont aan dat de oorspronkelijke doelen te ambitieus waren voor de gestelde tijdlijn. Wij adviseren daarom om in toekomstige programma's realistischere doelen te stellen, voldoende tijd in te plannen en onderzoek voort te zetten.

6. Aanbevelingen

Op basis van de reflectie stelden we de volgende aanbevelingen op:

De rol van de Community Care Coördinator

- De rol van de Community Care Coördinator is onmisbaar.
- Splits de rol van Community Care Coördinatoren en projectmanagers. Dit zorgt voor duidelijkheid, zodat coördinatoren zich kunnen focussen op hun werk in de wijk.
- Het framework geeft kaders om zelfstandig een wijkanalyse uit te voeren, de eigen kracht van de burgers te versterken, initiatieven samen te initiëren en de sociale cohesie in de wijk te waarborgen. Uniforme ondersteuning van de Community Care Coördinatoren is noodzakelijk om ervoor te zorgen dat zij voorgaande stappen kunnen uitvoeren binnen de gestelde kaders.
- Geef coördinatoren de verantwoordelijkheid over het beheer van initiatieven. Dit maakt hen flexibeler en beter in staat om snel op veranderingen te reageren.
- Kies een stabiele basis voor het project en zorg voor ondersteuning vanuit de interne organisatie.

Doelen en indicatoren

- Stel haalbare doelen en neem voldoende tijd om deze te bereiken. Gebruik resultaten uit onderzoek om te leren wat werkt en wat niet.
- Controleer regelmatig of de huidige indicatoren nog steeds relevant zijn en kijk of er aanpassingen of uitbreidingen nodig zijn.

Samenwerking en selectie van ketenpartners

- Zorg voor duidelijke criteria bij het kiezen van samenwerkingspartners, zodat deze goed aansluiten bij de doelen van het project.
- Stimuleer een open communicatie, een gedeelde visie en duidelijke afspraken om de samenwerking met partners duurzaam en effectief te maken.

Betrekken van burgers

- Betrek 'buurtantennes' (zoals buurtcontactpersonen) structureel bij bijeenkomsten en activiteiten. Dit versterkt de stem van de bewoners.
- Zorg dat professionele organisaties flexibel zijn en hun communicatie aanpassen aan de bewoners. Betrek bewoners op een manier die bij hen past.
- Laat bewoners vanaf het begin meedenken en meedoen in het project. Dit zorgt voor meer draagvlak en betere resultaten.

Onderzoek

- Maak meer gebruik van reeds uitgevoerd en bestaand onderzoek.
- Blijf actie-gericht onderzoek koppelen aan de verdere ontwikkeling van Community Care.

Algemeen

- Naast de geleerde lessen uit het project wordt geadviseerd om gebruik te maken van bestaande, wetenschappelijk onderbouwde methodes om communities te vormen.

Voor de toekomst

Voor de toekomst is het belangrijk om door te gaan met Community Care. Daarbij is het cruciaal om duidelijk te maken wat Community Care precies inhoudt en wat niet. Het gebruik van de 'golden circle' kan helpen om de visie en het bestaansrecht helder te maken en dit breed te delen. Het is essentieel dat alle belangrijke partijen in de wijk vanaf het begin betrokken zijn. Dit commitment vormt de basis van het project. Daarnaast is het waardevol om aan te sluiten bij bestaande initiatieven in de regio en het land en gebruik te maken van reeds beschikbare kennis.

Om Community Care verder te professionaliseren, kan een specifieke Community Care-methode à la Sevagram ontwikkeld worden. Deze methode combineert alle geleerde lessen, samenwerkingen en wetenschappelijke inzichten. Een gedegen wijkanalyse is daarbij het startpunt. Vervolgens moeten bewoners direct in hun kracht worden gezet, samenwerking gestimuleerd worden en een duurzame aanpak in de wijk worden geborgd.

De rol van coördinatoren blijft hierbij van groot belang. Zij moeten voldoende ondersteuning en ruimte krijgen om hun cruciale rol te vervullen. Het is ook noodzakelijk om te meten wat er verandert in de wijk en om realistische doelen te stellen. Deze resultaten kunnen worden gebruikt om het project verder te verbeteren. Tot slot is het essentieel om te zoeken naar manieren om het project financieel duurzaam te maken, zodat de continuïteit van Community Care gewaarborgd blijft. Met deze aanpak kan Community Care verder groeien en bijdragen aan een toekomst waarin mensen langer gezond thuis kunnen blijven wonen in een sterke gemeenschap.

7. Conclusie

Op basis van de aanbevelingen uit het onderzoek en de bredere beweging kan worden geconcludeerd dat Sevagram erin is geslaagd een betekenisvolle verandering te realiseren. Samen met meer dan 60 partners zet Sevagram zich via Community Care in voor het versterken van veerkrachtige en betrokken gemeenschappen. Het doel is om ouderen de zorg en ondersteuning te bieden die zij nodig hebben om zo zelfstandig mogelijk te blijven wonen, met behoud van hun levenskwaliteit. Tot nu toe zijn er al 39 initiatieven ontwikkeld en in gang gezet die aan deze doelstelling bijdragen.

Binnen de ontwikkeling van initiatieven en samenwerkingen speelt de Community Care Coördinator een cruciale rol. Dankzij de gekozen projectmatige aanpak kan de coördinator effectief nieuwe initiatieven opzetten en samenwerkingsverbanden aangaan.

Het voortzetten en versterken van de Community Care beweging is van groot belang. Om deze positieve beweging duurzaam te verankeren, is het van groot belang om de huidige beweging voort te zetten en waar nodig bij te stellen. Dit vereist niet alleen financiële ondersteuning, maar ook voldoende ruimte voor flexibiliteit en maatwerk, zodat initiatieven kunnen blijven inspelen op de specifieke behoeften van de gemeenschap en ouderen.

Community Care sluit perfect aan bij de huidige tijd en het traditionele concept van 'naoberschap'. Dit gedachtegoed benadrukt de waarde van wederzijdse hulp binnen gemeenschappen, zonder directe tussenkomst van formele instanties. Door mensen samen te brengen en samenwerking tussen professionals en bewoners te stimuleren, draagt Community Care bij aan betrokken en veerkrachtige wijken waarin iedereen een rol kan spelen.

De beweging Community Care is stevig verankerd in de proeftuinen door een succesvolle bottom-up benadering. Deze aanpak heeft professionals in de wijk en bewoners samengebracht, zonder dat er sprake was van top-down invloeden. Dit heeft geleid tot duurzame samenwerkingsrelaties. Door de integrale lessen uit het uitgevoerde onderzoek is een stevig fundament gelegd in de huidige proeftuinen, zowel op het gebied van samenwerking en geleerde lessen uit de initiatieven, als met een gebruiksvriendelijk dashboard dat inzicht geeft in indicatoren op populatieniveau. Het platform Community Care Zuid-Limburg en het bijbehorende gedachtegoed worden breed geaccepteerd en gesteund in de regio. De beweging en de kartrekkersrol worden als positief en waardevol ervaren.

Community Care heeft een prominente rol verworven binnen regionale samenwerkingsinitiatieven, zoals het IZA-deltaplan en de Pluswijken. Dit succes is mede mogelijk gemaakt door de aanpak van Sevagram, gebaseerd op doen, leren en bijstellen. Deze werkwijze zorgt ervoor dat geleerde lessen effectief worden geïntegreerd in andere regionale samenwerkingen. Bovendien is er een gebruiksvriendelijk dashboard ontwikkeld op basis van beschikbare databases. Dit dashboard biedt waardevolle inzichten in de gezondheidsstatus van de populatie op Zuid-Limburgniveau en ondersteunt daarmee datagedreven besluitvorming.

Om de impact van Community Care ook op de lange termijn zichtbaar te maken, is het essentieel om de voortgang van de beweging te blijven volgen. Samen kunnen we blijven werken aan een toekomst waarin gemeenschappen sterker, zorgzamer en veerkrachtiger worden.

Doe je mee?