

DOMEINOVERSTIJGEND SAMENWERKEN

TUSSENRAPPORTAGE SPUK-DOS

SAMENVATTING

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport faciliteert, via de tijdelijke subsidieregeling 'Specifieke Uitkering voor Domeinoverstijgende Samenwerking', experimenten met domeinoverstijgende samenwerking. Door versterkte afstemming en coördinatie tussen betrokken partijen over verschillende domeinen heen, wordt beoogd een efficiënter gebruik van middelen te realiseren en de zorg en ondersteuning beter te laten aansluiten op de specifieke behoeften van de bevolking. Het uiteindelijke doel is het uitstellen dan wel voorkomen van instroom in de Wet langdurige zorg.

In 2024 hebben 38 netwerken – bestaande uit een coördinerende gemeente, een zorgkantoor, een zorgaanbieder of welzijnsorganisatie en andere betrokken partijen – gebruikgemaakt van de SPUK DOS-regeling. Het ministerie heeft als voorwaarde gesteld dat deze netwerken gegevens aanleveren aan een monitor, ontwikkeld door de Vrije Universiteit, ten behoeve van de evaluatie van de experimenten. In deze monitor worden gegevens verzameld over het formele en informele zorggebruik van de deelnemers aan de DOS-experimenten, over hun kwaliteit van leven en over de belasting van hun mantelzorgers. De gegevens worden halfjaarlijks uitgevraagd, zodat deelnemers op meerdere momenten tijdens het experiment gemeten kunnen worden. In 2026 zal een eindevaluatie plaatsvinden waarbij in kaart zal worden gebracht hoe de zorgtrajecten van de deelnemers van de DOS-experimenten zich hebben ontwikkeld ten opzichte van de zorgtrajecten van een zorgvuldig samengestelde controlegroep.

Deze tussenrapportage presenteert de eerste resultaten van de analyses van de experimenten die hebben deelgenomen aan de SPUK DOS-regeling en waarvan 786 unieke deelnemers identificeerbaar zijn. Hierbij willen we benadrukken dat het in deze fase van het onderzoek nog niet mogelijk om een gedegen vergelijking te maken tussen de gegevens van de deelnemers en die van een controlegroep, vanwege beperkingen in de beschikbare data. Wel kunnen we op dit moment beschrijvende statistieken presenteren die een eerste inzicht geven in de kenmerken en uitkomsten binnen de onderzoeksgroep. De tussenresultaten laten zien dat in deze fase 24 deelnemers zijn uitgestroomd naar de Wlz. Bij de start van de experimenten maakte 40,5% van deelnemers gebruik van Zvw zorg, 61,3% van één of meer Wmo maatwerkarrangementen en 57,8% van informele zorg. Door de deelnemers werd bij aanvang van het experiment een relatief hoge kwaliteit van leven gerapporteerd. De mantelzorgers van de deelnemers – veelal de inwonende partner, zoon of dochter – rapporteerden echter een relatief hoge mate van ervaren druk.

Voor deelnemers van wie in deze fase van het onderzoek twee metingen beschikbaar waren, zagen we daling in het gemiddeld zorggebruik van 3,8 naar 2,7 uur per week. Ook het gebruik van wijkverpleging daalde van 7,7 naar 3,2 uur per week. Deze resultaten zijn echter niet significant. Het aantal uren Wmo-ondersteuning steeg wel significant van 3,7 naar 5,0 uur per week. Daarnaast nam het gebruik van informele zorg significant toe van gemiddeld 11,4 naar 16,3 uur per week. Vooralsnog is er geen verandering in de kwaliteit van leven waargenomen. De ervaren druk bij mantelzorgers daalde licht (van 6,0 naar 5,6), maar dit verschil is niet significant.

Hoewel de eerste resultaten bemoedigend zijn, dienen zij met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Het aantal vervolgmetingen en de duur van de follow-up zijn in deze fase nog beperkt, waardoor robuuste conclusies niet mogelijk zijn. Voor goed onderbouwde uitspraken is een langere onderzoeksperiode noodzakelijk, waarin deelnemers over een langere termijn worden gevolgd. Dit is van belang omdat zichtbare effecten doorgaans pas na verloop van tijd optreden.

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	2
1. Inleiding	4
1.1. Doelen, onderzoeksvraag en hypothesen	5
2. De DOS experimenten	7
3. Databronnen en onderzoeksmethoden	11
3.1. Databronnen.....	11
3.2. Analysemethode.....	11
3.2.1. Kwaliteit van Leven	12
3.2.2. Ervaren druk mantelzorg.....	12
4. Resultaten Experimenten 2024	13
4.1. Metingen over de tijd	13
4.2. Kenmerken van de DOS populatie.....	14
4.3. Uitstroom naar Wlz	14
4.4. ZVW zorggebruik	14
4.4.1. Zvw zorg bij eerste meting	14
4.4.2. Ontwikkeling in Zvw zorg over twee metingen.....	15
4.5. Wmo ondersteuning.....	15
4.5.1. Wmo zorg bij eerste meting.....	15
4.5.2. Gebruik Wmo zorg voor deelname experiment	16
4.5.3. Ontwikkeling in Wmo ondersteuning over twee metingen.....	16
4.6. Informele zorg	17
4.6.1. Informele zorg bij eerste meting.....	17
4.6.2. Ontwikkeling in informele zorg over twee metingen	18
4.7. Kwaliteit van leven	19
4.7.1. Kwaliteit van leven bij eerste meting.....	19
4.7.2. Ontwikkeling in Kwaliteit van leven over twee metingen	20
4.8. Ervaren druk informele zorg.....	20
4.8.1. Ervaren druk informele zorg bij eerste meting.....	20
4.8.2. Ontwikkeling in druk op informele zorg over twee metingen	21
5. Conclusie en vervolg.....	22
6. Referenties	24
Bijlage 1: Overzicht deelnemende experimenten.....	26
Bijlage 2: Ontwikkeling monitoring	31
Bijlage 3 monitor - zorggebruik	33
Vervolg bijlage 3 monitor - zorggebruik.....	34
Vervolg bijlage 3 monitor - zorggebruik.....	35
Bijlage 4 Ascot vragenlijst.....	36
Vervolg bijlage 4 ascot vragenlijst	37
Bijlage 5 Ediz vragenlijst	38
Vervolg bijlage 5 Ediz vragenlijst	39

1. INLEIDING

Sinds 2015 is de Nederlandse langdurige zorgsector verdeeld in drie domeinen. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor sociale ondersteuning, zoals vastgelegd in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), zorgverzekeraars houden toezicht op de verzekerde zorg zoals de wijkverpleging, geregeld door de Zorgverzekeringswet (Zvw) en zorgkantoren beheren de intensieve langdurige zorg, geregeld door de Wet langdurige zorg (Wlz) (Maarse et al, 2016; Alders & Schut, 2019).

Hoewel de rollen en verantwoordelijkheden van gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren duidelijk zijn gedefinieerd, sluit deze afbakening niet altijd aan bij de zorgbehoeften van kwetsbare groepen, zoals ouderen met complexe problematiek. Hun zorgbehoeften zijn doorgaans complex, variërend van somatische zorg tot psychogeriatrische ondersteuning, en nemen in de loop der tijd doorgaans toe. Hierdoor vallen kwetsbare groepen regelmatig onder meerdere wettelijke kaders (Krabbe-Alkemade et al., 2020).

Om het mogelijk te maken dat kwetsbare groepen mensen langer thuis kunnen blijven, is zorg en ondersteuning uit meerdere domeinen noodzakelijk. Dit vereist nauwere samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren.

In 2018 financierde de overheid drie experimentele projecten met een tijdelijke regeling. Het overkoepelende doel van deze initiatieven was in alle drie de experimenten consistent: het organiseren van zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen, met een primaire focus op zorgbehoeften in plaats van financieringsmechanismen. Met de subsidie werd een centrale coördinator aangesteld. De primaire verantwoordelijkheid van deze coördinator was om op een efficiënte manier informele en formele zorgondersteuning in de verschillende zorgdomeinen te identificeren en te faciliteren voor kwetsbare ouderen die deelnamen aan het experiment (Significant, 2021).

De uitkomsten uit de pilotevaluatie hebben geleid tot het voorstel voor een wetswijziging. Door deze wetswijziging krijgen zorgkantoren de mogelijkheid om samen met andere inkoopende partijen te investeren in preventieve en domeinoverstijgende initiatieven die gericht zijn op het voorkomen van intensieve langdurige zorg binnen de Wlz. Zorgkantoren hebben hiervoor wettelijke ruimte nodig om afspraken te maken met gemeenten en zorgverzekeraars in alle zorgdomeinen (Overheid.nl, zd). Dit vereist aanpassingen in de Wlz, de Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv), de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Algemene wet bestuursrecht (Overheid.nl, zd). Het wetsvoorstel is op 11 februari 2025 aangenomen in de Tweede Kamer en op 23 april in de Eerste Kamer. De wetswijziging zal op 1 januari 2026 in werking treden. Het maakt structurele domeinoverstijgende samenwerking mogelijk en geeft zorgkantoren de wettelijke ruimte om vanuit de Wlz te investeren in het voorliggend domein.

Voorafgaand aan de wetswijziging heeft de overheid het mogelijk gemaakt om via een tijdelijke subsidieregeling: de 'Specifieke Uitkering voor Domeinoverstijgende Samenwerking' (SPUK DOS) de initiatieven in domeinoverstijgende samenwerking te stimuleren en mogelijk te maken. Deze subsidie moet door de gemeente worden aangevraagd. Voor deelname gelden enkele voorwaarden. Gemeenten en zorgkantoren moeten bij de uitvoering ten minste één zorgaanbieder of welzijnsorganisatie betrekken. Daarnaast is het vanaf 2024 verplicht dat de coördinerende gemeente meewerkt aan monitoring van de resultaten ten behoeve van een evaluatie. Het monitoren van de primaire en secundaire doelstellingen vindt plaats door middel van objectief en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek. Hiervoor is gebruikgemaakt van een monitor die in 2024 door de Vrije Universiteit Amsterdam is ontwikkeld.

1.1. DOELEN, ONDERZOEKSVRAAG EN HYPOTHESEN

De primaire doelstellingen van het DOS-experiment zijn tweeledig:

1. Kostenbesparing binnen de Wlz
Ten eerste beoogt het experiment een verlaging van de zorgkosten binnen de Wlz door eerder en op een andere wijze passende ondersteuning in te zetten.
2. Beheersing van de totale maatschappelijke kosten
Ten tweede heeft het experiment als doel dat de totale uitgaven aan zorg en ondersteuning – inclusief kosten binnen de Zvw, de Wmo en informele zorg – niet hoger uitvallen dan de oorspronkelijke kosten binnen de Wlz.

De secundaire doelstellingen zijn eveneens tweeledig:

3. Behoud van kwaliteit van leven van de cliënt
Deelname aan het experiment moet bijdragen aan het behoud van de kwaliteit van leven en het voorkomen van achteruitgang.
4. Ontlasting van de mantelzorgers
Door een betere verdeling van de zorglast wordt beoogd dat de belasting van mantelzorgers niet verder toeneemt.

Om te toetsen of deze doelstellingen worden gerealiseerd, is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

Leidt het experiment tot het voorkomen of uitstellen van Wlz zorg, zonder disproportionele toename van de totale maatschappelijke kosten (Zvw, Wmo en informele zorg), en hoe beïnvloedt dit de kwaliteit van leven en de druk op mantelzorgers?

Ter beantwoording van de onderzoeksvraag zijn de volgende hypothesen geformuleerd:

1. De invoering van DOS leidt tot minder instroom en/of uitstel van instroom in de Wlz.
2. De invoering van DOS draagt bij aan een daling van de totale (formeel) maatschappelijke kosten.
3. De invoering van DOS leidt in elk geval tot behoud van kwaliteit van leven.
4. De invoering van DOS verlaagt de druk op de informele zorg.

Deze tussenrapportage beschrijft de voorlopige resultaten van de SPUK DOS-experimenten die in 2024 hebben plaatsgevonden. Hoofdstuk 2 biedt een overzicht van de deelnemende experimenten. In hoofdstuk 3 worden de onderzoeksmethode en wijze van dataverzameling toegelicht. Hoofdstuk 4 beschrijft de voorlopige resultaten. Hoofdstuk 5 geeft een eerste duiding van de bevindingen. Omdat de experimenten nog lopen, de dataverzameling nog loopt en er nog onvoldoende tijd is verstreken om uitstel van Wlz zorg goed te kunnen beoordelen, kunnen op dit moment geen definitieve conclusies worden getrokken. De eindrapportage staat gepland voor april 2026. Tot slot worden in hoofdstuk 5 ook de vervolgstappen binnen het project besproken.

Theoretisch kader 1. Negatieve prikkels door financieringswijze

In dit rapport sluiten we voor het analyseren van de uitkomsten van het DOS-experiment voor een belangrijk deel aan bij Alders & Schut (2019). Dit artikel bespreekt de gevolgen van de herziening van de organisatie van de langdurige zorg in Nederland, met name de veranderingen in de financieringsstructuur. De doelen van de hervorming waren om de afstemming tussen langdurige zorg, medische zorg en maatschappelijke zorg te bevorderen, en de prikkels te versterken voor een efficiënte zorgverlening door risico's meer bij zorgverzekeraars te beleggen en gemeenten verantwoordelijk te maken voor zorginkoop. Alders & Schut (2019) geven aan dat de nieuwe financieringswijze ongewenste prikkels kan geven die mogelijk resulteren in a) het doorschuiven van kosten, b) een gebrek aan afstemming tussen zorgverleners, c) een inefficiënt gebruik van de langdurige zorg en d) een negatieve kwaliteitsprikkel. In een vervolgonderzoek, vinden Alders & Schut (2022) inderdaad aanwijzingen voor het doorschuiven van kosten; gemeenten met een lage solvabiliteit kennen meer aanmeldingen voor Wlz gefinancierde zorg. Portrait et al. (2023) vinden consistent bevindingen als ze in plaats van solvabiliteit kijken naar de verwachte kosten per inwoner voor Wmo zorg voor ouderen en het verschil tussen de inkomsten en uitgaven per inwoner voor deze zorg. Ook constateren zij dat het CIZ naar verhouding meer aanvragen afwijst in die gemeenten met meer aanvragen, hetgeen wijst op compenserende mechanismen.

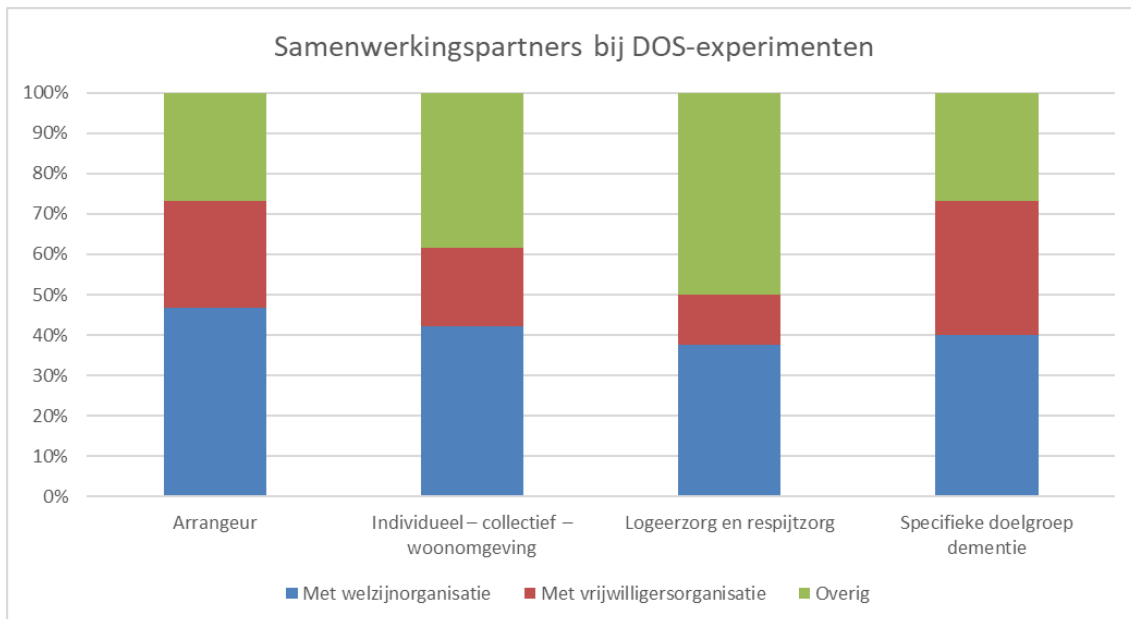
2. DE DOS EXPERIMENTEN

In 2024 zijn 38 experimenten van start gegaan binnen de SPUK-DOS. Deze experimenten richten zich op het ondersteunen van kwetsbare inwoners, met als hoofddoel om de instroom in de Wlz uit te stellen of te voorkomen. De projecten bestrijken uiteenlopende thema's en interventies, die grofweg in vijf categorieën te verdelen zijn:

- **Arrangeurs:** In veertien experimenten staat de inzet van een arrangeur centraal: een professional die domeinoverstijgend werkt en regie voert over de ondersteuning van inwoners. Dit kan ook gepaard zijn met burgerinitiatieven. In onder andere Oosterhout en Etten-Leur wordt gewerkt met een 'leefcoach' die vroegtijdig ondersteuningsbehoeften signaleert en het eigen netwerk van inwoners activeert. Door deze brede inzet wordt de zelfredzaamheid van ouderen versterkt en zwaardere zorgvraag mogelijk uitgesteld.
- **Individueel – collectief – woonomgeving:** Elf experimenten leggen de nadruk op de samenhang tussen individuele ondersteuning, collectieve interventies en de fysieke woonomgeving. Dit betreft initiatieven waarin gemeenschapsvorming en buurtgerichte ondersteuning bijdragen aan het langer zelfstandig wonen van ouderen. Voorbeelden zijn de Lang Leven Thuisflats in Amsterdam, waar collectieve voorzieningen in wooncomplexen worden gecombineerd met sociale netwerken. Een ander voorbeeld is *Samen Sterker Thuis Oude IJsselstreek* waarin Wmo-consulenten en wijkverpleegkundigen samen werken als één team, gericht op het vergroten van zelfredzaamheid van ouderen.
- **Logeerszorg en respijtzorg:** Vier experimenten richten zich op het ontlasten van mantelzorgers door het bieden van tijdelijke logeerplekken dichtbij huis. Logeerszorg biedt mantelzorgers een tijdelijke adempauze, waardoor zij hun zorgtaken beter kunnen volhouden. Voorbeelden hiervan zijn *Logeerszorg Noord-Kennemerland* en *Bed & Zorg Midden-Delfland*, waar mantelzorgers adempauze krijgen en crisisopnames worden voorkomen.
- **Specifieke doelgroep dementie:** Zes experimenten richten zich specifiek op mensen met (beginnende) dementie en hun mantelzorgers, zoals *Sociale Benadering Dementie*, *Sterk met je Netwerk Lelystad* en *Dementievriendelijke initiatieven in Horst aan de Maas*.
- **Specifieke doelgroepen Jeugd – GGZ – VG:** Een kleiner aantal experimenten (3) focust op jeugd, GGZ of mensen met een verstandelijke beperking, bijvoorbeeld *Hoorn GGZ NHN*.

Randvoorwaarde voor Domeinoverstijgend samenwerken (DOS) is samenwerking en coördinatie tussen de verschillende betrokken partijen langs verschillende schotten. Meer samenwerking binnen netwerken heeft als doel een efficiënter gebruik van beschikbare middelen en een betere afstemming van zorg en ondersteuning op de specifieke behoeften van de bevolking. Hoewel de DOS netwerken als zodanig niet het onderwerp van deze studie zijn, is de netwerkcontext wél relevant om de aard en werking van deze samenwerking goed te kunnen begrijpen. Uit de literatuur blijkt bovendien dat voor een succesvolle netwerkwerking aan specifieke voorwaarden moet worden voldaan, zoals overeenstemming over de doelstellingen van het netwerk, het onderling vertrouwen tussen partners, en het leren kennen van elkaars werkwijzen (Provan & Kenis, 2008). Meer achtergrond over netwerk governance is hieronder terug te vinden in Theoretisch kader 2.

Binnen elk DOS-experiment zijn minimaal de gemeente, het zorgkantoor en ten minste één uitvoerende partij betrokken, zoals een zorgaanbieder of een welzijnsorganisatie. Uit de analyse van de ingediende business cases van de deelnemende DOS-experimenten blijkt dat de samenwerkingen breed en divers zijn opgezet. Het aantal betrokken partijen per experiment varieert van drie tot elf. Figuur 1 laat zien in hoeverre welzijnsorganisaties, vrijwilligersinitiatieven en andere samenwerkingspartners zijn betrokken bij de verschillende typen DOS-experimenten. Voor een uitgebreide toelichting van de betrokken partijen per experiment zie bijlage 1.

Figuur 1. Samenwerkingspartners bij DOS-experimenten

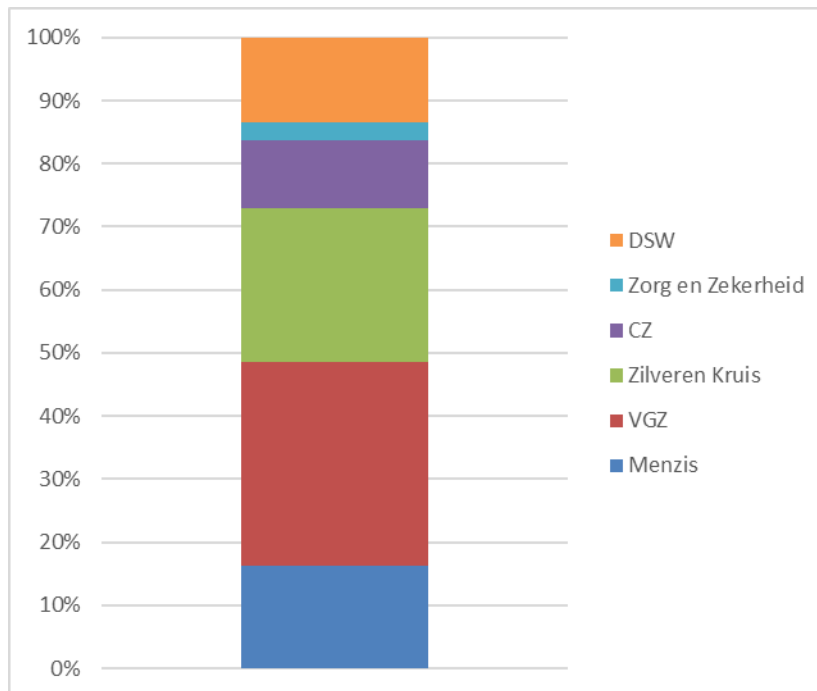
Bij experimenten waarin de arrangeur centraal staat, is in het merendeel sprake van samenwerking met een welzijnsorganisatie. Ook vrijwilligersorganisaties zijn in deze projecten relatief vaak betrokken. Binnen de categorie individueel – collectief – woonomgeving is sprake van een brede samenstelling van samenwerkingspartners. Niet alleen wordt hier regelmatig samengewerkt met welzijnsorganisaties, maar ook met andere typen organisaties, zoals woningcorporaties en maatschappelijke dienstverleners.

Bij de logeerzorg- en respijtzorgexperimenten vindt samenwerking met een welzijnsorganisatie plaats in circa 38% van deze experimenten. De betrokkenheid van vrijwilligersorganisaties ligt in deze categorie lager dan bij andere experimenten, terwijl het aandeel overige samenwerkingspartners juist relatief hoog is. Het gaat hierbij vaak om organisaties die zich specifiek richten op het ondersteunen van mantelzorgers.

In experimenten specifiek gericht op mensen met dementie, zoals Sociale Benadering Dementie, is eveneens sprake van een sterke betrokkenheid van welzijnsorganisaties. Vrijwilligersorganisaties spelen binnen deze experimenten een grotere rol dan bij andere typen interventies.

De mate van betrokkenheid van welzijnsorganisaties, burgerinitiatieven en vrijwilligers is mede afhankelijk van de lokale context. In kleinere gemeenten, ontstaan experimenten vaker vanuit burgerinitiatieven. In dergelijke gevallen spelen inwoners en vrijwilligers een relatief grote rol binnen de uitvoering. In experimenten die nadrukkelijk inzetten op het versterken van informele netwerken en gemeenschapsvorming lijkt de sociale basis tevens meer betrokken te zijn. Sommige gemeenten voeren experimenten zelfstandig uit in de eigen gemeente, terwijl andere gemeenten kiezen voor een regionale samenwerking. Regionale projecten, zoals in Drenthe en Groningen, vinden weliswaar nog steeds in de eigen gemeenschap plaats maar benutten schaalvoordelen en bredere kennisdeling.

Naast de kernpartijen (welzijnsorganisaties en vrijwilligersorganisaties) zijn in de meeste experimenten aanvullende organisaties betrokken. Deze overige partijen bestaan uit uiteenlopende organisaties, waaronder woningcorporaties, huisartsen(praktijken), instellingen voor maatschappelijke ondersteuning zoals Stichting MEE en Tandem, zorg- en welzijnsdiensten zoals Buurtzorg en Netwerk Dementie, en onderwijsinstellingen.

Figuur 2. Zorgkantoren betrokken bij DOS-experimenten

Figuur 2 toont de verdeling van betrokken zorgkantoren over de lopende DOS-experimenten. De meeste experimenten worden uitgevoerd in samenwerking met VGZ en Zilveren Kruis. Ook Menzis is in een substantieel aandeel van de experimenten vertegenwoordigd. Zorgkantoren van CZ, DSW en Zorg en Zekerheid zijn in kleinere aantallen betrokken. De aanwezigheid van meerdere zorgkantoren weerspiegelt de spreiding van de experimenten over verschillende regio's in Nederland.

Theoretisch kader 2. Netwerk governance

In het netwerk-governance perspectief wordt onderkend dat productie en dienstverlening, ook binnen de zorgsector, in toenemende mate plaatsvindt in samenwerkingsnetwerken. Het succes van een interventie of dienst is daarbij niet eenvoudig een afgeleide van de prestaties van de individuele organisaties binnen een netwerk, maar hangt in belangrijke mate af van de prestaties van het netwerk in zijn geheel (Kenis & Provan, 2008).

Provan & Kenis (2007) onderscheiden drie verschillende soorten netwerken: a) participant-governed networks waarbij het netwerk door de deelnemende partijen zelf beheerst wordt, vaak op basis van gelijkwaardigheid en met een relatief groot aantal betrokken partijen b) lead-organization-governed networks, waarbij er één van de aan het netwerk deelnemende partijen een leidende rol heeft en c) een netwerk met een Network Administrative Organization (NAO), waarbij er een specifieke administratieve eenheid wordt opgericht om het netwerk te beheersen en coördineren. Bij DOS lijkt er sprake van deze laatste vorm: een NAO-netwerk, waarin een specifieke organisatie of entiteit is belast met de coördinatiefunctie. Provan & Kenis (2007) veronderstellen dat de effectiviteit van een bepaalde netwerkvorm afhankelijk is van vier elementen: 1) het onderlinge vertrouwen binnen het netwerk, 2) het aantal deelnemers, 3) de mate van doelcongruentie (overeenstemming over doelen) en 4) de noodzaak dat netwerkpartners over specifieke competenties beschikken om het netwerk tot een succes te maken. Voor NAO-netwerken geldt volgens de auteurs dat deze vooral succesvol zijn wanneer er sprake is van (tenminste) een gemiddelde mate van onderling vertrouwen, een gemiddeld tot hoog aantal deelnemers, een vrij hoge mate van doelcongruentie en een hoge mate waarin netwerkpartners over de noodzakelijke competenties beschikken.

3. DATABRONNEN EN ONDERZOEKSMETHODEN

3.1. DATABRONNEN

Waar mogelijk is gebruikgemaakt van bestaande databronnen (CBS). Gegevens die niet of niet tijdig beschikbaar waren via deze bronnen, zijn aanvullend verzameld door de Vrije Universiteit middels een monitoringsinstrument.

Onderstaand wordt per type data toegelicht op welke wijze de gegevens zijn verzameld:

Informatie over het experiment

Gegevens met betrekking tot het adherentiegebied en het verwachte aantal deelnemers zijn verzameld via de monitor.

Wmo-maatwerkvoorzieningen

Voor maatwerkvoorzieningen binnen de Wmo is gebruikgemaakt van CBS microdata voor de jaren 2023 en 2024.

Zorgverzekeringswet (Zvw)

Binnen de Zvw is gekeken naar wijkverpleging. Voor 2023 zijn gegevens bij CBS beschikbaar, waarmee inzicht verkregen is in het gebruik van wijkverpleging in het jaar voorafgaand aan deelname. Voor 2024 zijn de gegevens uitsluitend via de monitor verzameld.

Zorggebruik van deelnemers

Er is via de monitor informatie verzameld over het aantal uren Zvw-zorg per week, het aantal uren Wmo-zorg per week en het aantal uren informele zorg per week.

Kwaliteit van leven

De kwaliteit van leven is gemeten met behulp van de Ascot-vragenlijst (zie bijlage 4) via de monitor. Van deze meting zijn gegevens beschikbaar van de eerste meetronde en, voor een deel van de respondenten, ook van een tweede meting.

Belasting van mantelzorgers

De belasting van mantelzorgers is gemeten aan de hand van de Ediz-vragenlijst (zie bijlage 5). Net als bij kwaliteit van leven zijn hiervan gegevens beschikbaar via de monitor van de eerste meting en, in beperkte mate, ook van een tweede meting.

3.2. ANALYSEMETHODE

In deze tussenrapportage worden uitsluitend gegevens gepresenteerd over de aanvangsfase van de experimenten waarvoor een eerste meting is uitgevoerd. Daarnaast zijn in beperkte mate ook gegevens beschikbaar uit een tweede meetmoment (3 of 6 maanden na de start van het experiment).

Concreet betekent dit dat beschrijvende statistieken worden weergegeven voor de eerste meting voor alle experimenten. Voor een subgroep wordt bovendien een vergelijking gemaakt tussen de eerste en de tweede meting, eveneens op basis van beschrijvende statistiek. Waar mogelijk wordt aanvullend getoetst of de verschillen tussen beide metingen statistisch significant zijn, met behulp van een gepaarde t-toets. Een gepaarde t-toets is een statistische methode waarmee wordt onderzocht of er een significant verschil is tussen twee metingen van dezelfde groep deelnemers waarbij voor dit onderzoek de eerste meting is gedaan bij de start van het experiment en de tweede meting.

Het is belangrijk te benadrukken dat het in deze fase van de rapportage nog niet mogelijk is om de onderzoeks- of experimentele populatie te vergelijken met een controlegroep. Om tot betrouwbare en generaliseerbare conclusies te komen, is het van belang de populatie over een langere periode te blijven volgen.

3.2.1. KWALITEIT VAN LEVEN

Zoals is aangegeven in paragraaf 3.1 is Kwaliteit van Leven is via de monitor uitgevraagd door middel van de ASCOT-vragenlijst. ASCOT staat voor Adult Social Care Outcomes Toolkit en is een gewogen maatstaf voor kwaliteit van leven die speciaal ontworpen is voor ouderenzorg en maatschappelijke zorg. De vragenlijst is ontwikkeld door leden van de 'Personal Social Services Research Unit (PSSRU)' van de Universiteit van Kent van Canterbury (VK). Het instrument meet de kwaliteit van leven in de volgende acht domeinen:

Deelnemers krijgen per domein één vraag voorgelegd, waarbij gekozen kan worden uit vier antwoordcategorieën. De zogenoemde ruwe scores die hieruit voortkomen, geven echter niet de relatieve waarde weer van de gemeten uitkomsten in de maatschappelijke zorg, zoals beoordeeld met het ASCOT-instrument.

Wetenschappelijk onderzoek onder zorggebruikers en de algemene bevolking heeft aangetoond dat niet alle uitkomstniveaus als even waardevol worden ervaren. Daarom is ervoor gekozen om gebruik te maken van gewogen scores, waarbij de waardering van elk antwoord is gebaseerd op hoe belangrijk dat uitkomstniveau wordt gevonden. De totaalscore voor de huidige kwaliteit van leven wordt berekend met de volgende formule:

$$\text{Huidige kwaliteit van leven} = (0,056 \times \text{gewogen score}) - 0,402$$

Een score van ongeveer 1,00 geeft aan dat de respondent de ideale situatie in alle domeinen ervaart en dus een maximale kwaliteit van leven rapporteert. Een score van 0,00 wordt door de algemene bevolking gelijkgesteld aan de dood. Scores lager dan nul vertegenwoordigen toestanden die als erger dan de dood worden beschouwd.

3.2.2. ERVAREN DRUK MANTELZORG

Om de mate van ervaren druk bij mantelzorgers in kaart te brengen, is gebruikgemaakt van de EDIZ-vragenlijst (Ervaren Druk door Informele Zorg). Deze vragenlijst bestaat uit negen stellingen waarop de mantelzorger aangeeft in hoeverre deze van toepassing zijn op zijn of haar situatie in de afgelopen weken. Elke stelling kent vijf antwoordcategorieën:

1. Nee!
2. Nee
3. Min of meer
4. Ja
5. Ja!

Bij de scoring wordt voor elk antwoord 'ja' of 'ja!' één punt toegekend. Antwoorden als 'nee', 'nee!' of 'min of meer' krijgen geen punten (score 0). De totaalscore varieert van 0 tot maximaal 9 punten. De totaalscore wordt als volgt geïnterpreteerd:

- 0–2 punten: weinig ervaren druk
- 3–5 punten: matige ervaren druk
- 6–9 punten: hoge ervaren druk

4. RESULTATEN EXPERIMENTEN 2024

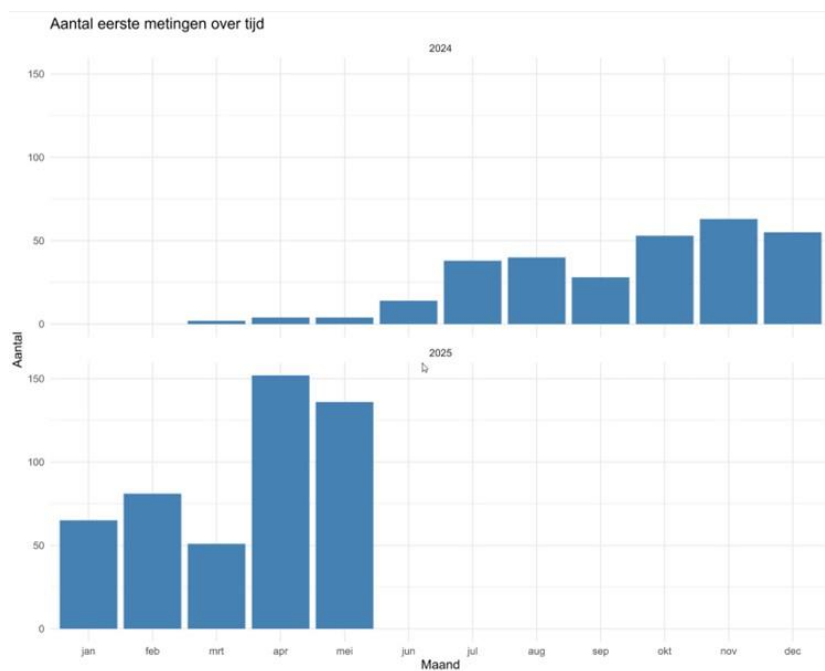
4.1. METINGEN OVER DE TIJD

Om de resultaten uit deze tussenrapportage goed te kunnen interpreteren, is het van belang inzicht te geven in het moment waarop de experimenten van start zijn gegaan. Hiervoor is gekeken naar het aantal deelnemers waarvoor een eerste meting is vastgelegd in de monitor in 2024 en 2025. Figuur 3 toont het aantal eerste metingen per maand.

De experimenten zijn medio maart 2024 van start gegaan. Uit de figuur blijkt echter dat er in de eerste vier maanden nauwelijks metingen zijn geregistreerd. In juli kwam de registratie voorzichtig op gang. Gedurende het laatste kwartaal van 2024 werden gemiddeld 50 eerste metingen per maand vastgelegd in de monitor. Dit is relatief laag, zeker gezien het feit dat 38 experimenten subsidie hebben ontvangen.

Eind 2024 is om die reden besloten strengere eisen te stellen aan het registreren in de monitor door de beschikkingsvoorwaarden voor de SPUK DOS 2025 aan te scherpen. Uit de figuur blijkt dat deze aanscherping in 2025 daadwerkelijk effect heeft gehad. Vooral in april en mei 2025 is het aantal geregistreerde eerste metingen aanzienlijk toegenomen.

Figuur 3. Aantal eerste metingen in monitor voor 2024 en 2025



4.2. KENMERKEN VAN DE DOS POPULATIE

Tabel 1 toont de kenmerken van de personen die aan het onderzoek hebben deelgenomen. In totaal zijn gegevens beschikbaar van 786 unieke deelnemers. De gemiddelde leeftijd bedraagt 78,6 jaar, met een spreiding van 25 tot 99 jaar. De standaarddeviatie van 10,6 duidt erop dat het merendeel van de deelnemers relatief oud is.

Er namen meer vrouwen dan mannen deel aan het onderzoek (60,4%). Een klein, maar niet te verwaarlozen deel van de deelnemers kampt met dementie. Voor alle deelnemers is een startmeting uitgevoerd, en bij 29,8% (234 deelnemers) is daarnaast ook een tweede meting verricht.

Tabel 1. Kenmerken DOS-deelnemers

Kenmerk	Waarde
Leeftijd (gemiddelde)	78,6
Vrouwen (%)	60,4
Dementie (%)	18,8
1 meting (%)	100,0
> 1 meting (%)	29,8
N	786

4.3. UITSTROOM NAAR WLZ

Over de uitstroom naar de Wlz in 2024 of 2025 zijn momenteel alleen gegevens beschikbaar die via de monitor zijn gerapporteerd. Van de onderzochte populatie zijn in totaal 24 deelnemers uitgestroomd naar de Wlz. Van deze groep ontvingen 4 deelnemers een Volledig Pakket Thuis (VPT), 16 deelnemers een Modulair Pakket Thuis (MPT) en 2 deelnemers Zorg in Natura. Bij 2 deelnemers is de gekozen leveringsvorm niet bekend.

Wat betreft het zorgzwaartepakket: 8 deelnemers hadden een ZZP4, 12 deelnemers een ZZP5, 1 deelnemer een ZZP6 en van 1 deelnemer is het zorgzwaartepakket onbekend.

4.4. ZVW ZORGGEBRUIK

4.4.1. ZVW ZORG BIJ EERSTE METING

Tabel 2 geeft een overzicht van het Zvw zorggebruik. 40,5% (n=318) van de totale DOS-populatie gebruikte tijdens de eerste meting Zvw zorg. Ongeveer een derde van de gehele studiepopulatie ontving wijkverpleging. Dit wijst op een aanzienlijke behoefte aan persoonlijke verzorging en verpleging aan huis. Een relatief klein deel van de populatie (9,7%) maakte gebruik van fysiotherapie of ergotherapie. Meer dan 1 op de 10 personen had toegang tot een alarmsysteem (12,25). Slechts een klein deel maakte gebruik van technologische toepassingen in de thuiszorg (4,1%).

Tabel 2. Zvw zorggebruik bij eerste meting

Kenmerk	Waarde
Deelnemers met Zvw zorg (%)	40,5
Wijkverpleging (%)	31,8
Fysiotherapie/Ergotherapie (%)	9,7
Alarmering (%)	12,2

Thuiszorgtechnologie (%0	4,1
N	786

4.4.2. ONTWIKKELING IN ZVW ZORG OVER TWEE METINGEN

Tabel 3. presenteert het gemiddeld aantal uren Zvw zorg per week. Voor 164 deelnemers was het mogelijk om de verandering in het gemiddeld aantal uren te meten. Het gemiddeld aantal uren zorggebruik per week daalde van 3,8 (SD = 7.2) bij meting 1 naar 2.7 (SD = 2.8) bij meting 2. Echter, uit de resultaten van de gepaarde t-toets blijkt dat deze daling niet statistisch significant is: (p-waarde = 0,124). Het gemiddelde verschil bedroeg -0.18 uur.

Tabel 3. Gemiddeld aantal uren Zvw zorg per week 2 metingen

	Gemiddeld (SD)	Min	Max
Meting 1	3,8 (7,2)	0,3	60
Meting 2	2,7 (2,8)	0,1	13

In tabel 4 is specifiek gekeken naar wijkverpleging. Slechts voor 21 deelnemers is momenteel herhaaldelijke data beschikbaar over het gebruik van wijkverpleging in 2024. Het gemiddeld aantal uren wijkverpleging per week daalde van 7,7 (SD = 12.8) bij meting 1 naar 3.2 (SD = 4.4) bij meting 2. Echter, uit de resultaten van de gepaarde t-toets blijkt dat deze daling niet statistisch significant is (p-waarde = 0,558). Het gemiddelde verschil bedroeg -0,7 uur.

Tabel 4. Gemiddeld aantal uren wijkverpleging per week 2 metingen

	Gemiddeld (SD)	Min	Max
Meting 1	7,7 (12,8)	0,8	60
Meting 2	3,2 (4,4)	0,3	25

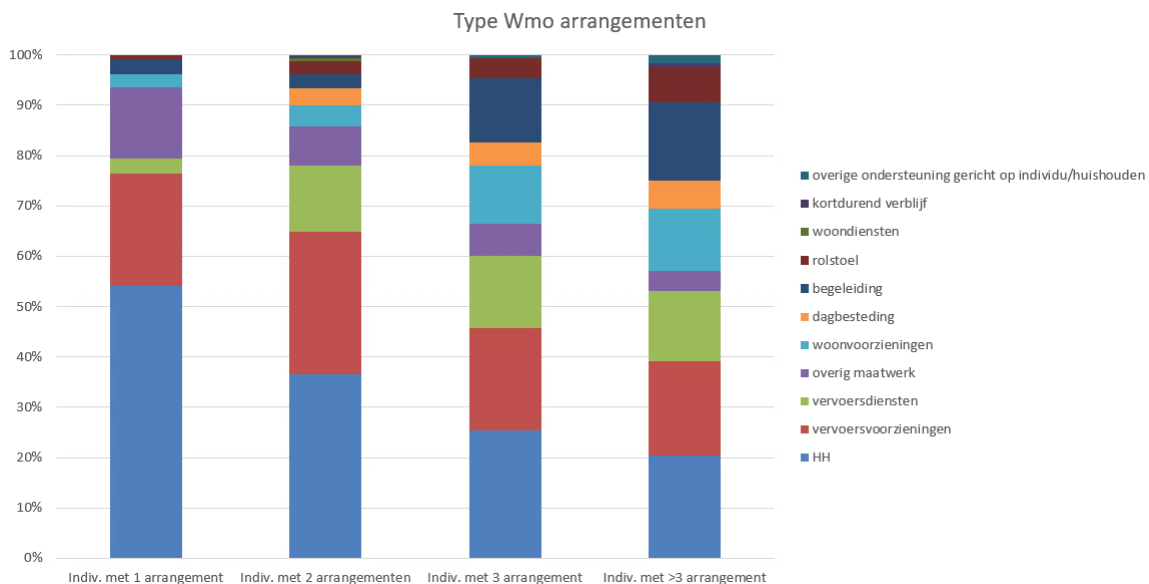
4.5. WMO ONDERSTEUNING

4.5.1. WMO ZORG BIJ EERSTE METING

Van de 786 deelnemers waarvoor gegevens van de eerste meting beschikbaar zijn, heeft 61,3% (482 deelnemers) één of meer maatwerkarrangementen ontvangen. De meeste deelnemers ontvingen één arrangement (233 deelnemers). Daarnaast ontving 20% van de deelnemers twee arrangementen, 7% drie arrangementen en 4% vier of meer arrangementen.

Figuur 4 geeft een overzicht van de typen maatwerk arrangement naar aantal arrangementen die de deelnemers ontvingen vanuit de Wmo. Van de groep met slechts één arrangement bestaat het overgrote deel van de zorg (53%) uit huishoudelijke hulp (HH). Naarmate het aantal arrangementen per individu toeneemt, ontstaat er een meer diverse zorgmix. Bij twee of meer arrangementen komen ondersteuning in de vorm van begeleiding, dagbesteding en overig maatwerk steeds vaker voor. Individuen met drie of meer arrangementen maken ook vaker gebruik van woonvoorzieningen, kortdurend verblijf en rolstoelen. Dit patroon duidt erop dat cliënten met meerdere arrangementen een meer complexe zorgbehoefte hebben en bredere ondersteuning ontvangen dan degenen met enkelvoudige Wmo-zorg.

Figuur 4. Typen Wmo arrangementen eerste meting



4.5.2. GEBRUIK WMO ZORG VOOR DEELNAME EXPERIMENT

Van de individuen die Wmo zorg of ondersteuning krijgen (n=482) maakte het merendeel (74,3%) al vóór deelname aan het DOS-experiment gebruik van Wmo zorg of ondersteuning. In 2024 startten 124 personen voor het eerst met het ontvangen van Wmo-ondersteuning. Daarnaast waren er 12 personen die in 2023 nog wel Wmo-zorg ontvingen, maar daar in 2024 geen gebruik meer van maakten. Onder de nieuw instromende groep in 2024 betrof de zorg in 40% van de gevallen huishoudelijke hulp, in 29% vervoer en in 14% overig maatwerk.

4.5.3. ONTWIKKELING IN WMO ONDERSTEUNING OVER TWEE METINGEN

Tabel 5. toont het gemiddeld aantal uren totale Wmo ondersteuning bij 2 metingen. Voor 117 deelnemers is de verandering in het gemiddeld aantal uren Wmo ondersteuning gemeten. Het gemiddeld aantal uren Wmo ondersteuning steeg van gemiddeld 3,7 uur per week (SD 4,0) naar 5,0 uur per week (SD 6,1). De resultaten van de gepaarde t-toets zijn statistisch significant op een significantie level van 0,1 (p-waarde = 0,1).

Tabel 5. Gemiddeld aantal uren totale Wmo ondersteuning o.b.v. 2 metingen

Meting	Gemiddelde (SD)	Min	Max
1	3,7 (4,0)	1	26
2	5,0 (6,1)	0,5	38

Bij de twee meest gebruikte Wmo-voorzieningen, huishoudelijke ondersteuning en vervoer, is tevens onderscheid gemaakt tussen de eerste en tweede meting. Tabel 6 laat zien dat het gemiddeld aantal uren huishoudelijke ondersteuning licht daalt, van 2,02 naar 1,99 uur per week. Dit verschil is niet statistisch (p-waarde = 0,48).

Voor vervoersvoorzieningen is in Tabel 7 een lichte stijging zichtbaar van gemiddeld 2,4 naar 3,9 uur

per week. Ook dit verschil is niet statistisch significant, (p-waarde = 0,94).

Tabel 6. Gemiddeld aantal uren huishoudelijke ondersteuning o.b.v. 2 metingen

Meting	Gemiddelde (SD)	Min	Max
1	2,02 (2,52)	1	3,5
2	1,99 (0,60)	1	3,5

Tabel 7. Gemiddeld aantal uren vervoersvoorzieningen o.b.v. 2 metingen

Meting	Gemiddelde (SD)	Min	Max
1	2,39 (3,55)	0,25	15
2	3,08 (3,82)	1	15

4.6. INFORMELE ZORG

4.6.1. INFORMELE ZORG BIJ EERSTE METING

Bij de eerste meting ontving 57,8% van de deelnemers (n=454) een vorm van informele zorg of ondersteuning. In Tabel 8 is weergegeven wie deze zorg verleenden. Meerdere zorgverleners per persoon zijn mogelijk. Informele zorg wordt het meest geboden door een kind, gevolgd door burens, vrienden of kennissen, en vervolgens door de partner. Ook overige familieleden zijn in 14,4% van de gevallen betrokken; hierbij gaat het vaak om schoonfamilie of neven/nichten.

Tabel 8. Ontvangen informele zorg eerste meting

Informele verzorger	Percentage
Partner	18,1%
Kinderen	36,1%
Buren/vrienden/Kennissen	20,4%
Inwonende kinderen	1,7%
Overige familie	14,4%
Vrijwilligers	7,4%
Anders	7,4%

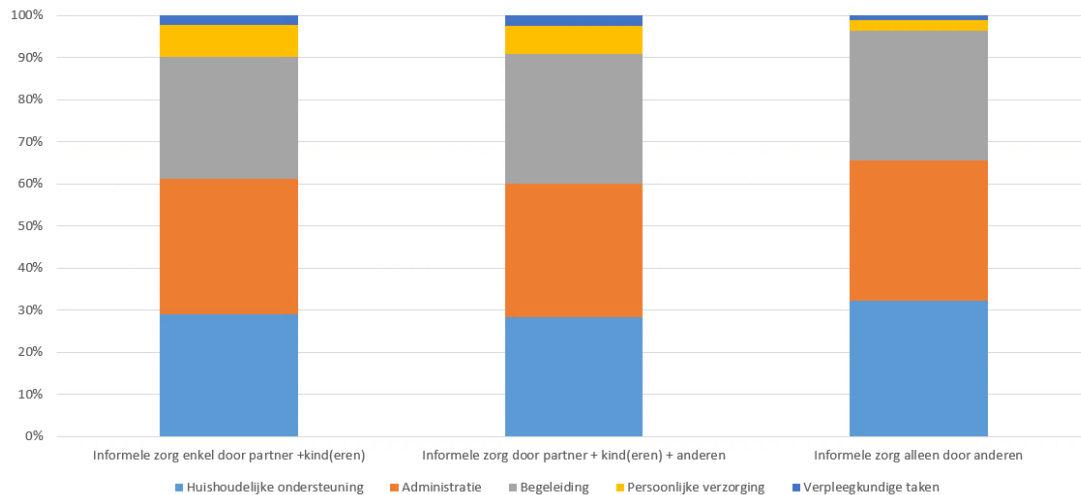
Wat betreft het type ondersteuning dat door informele zorgverleners wordt geboden, gaat het met name om hulp bij administratie, begeleiding buitenshuis (zoals naar de dokter of sociale activiteiten) en huishoudelijke taken. In 16% van de gevallen omvat de zorg ook persoonlijke verzorging, zoals hulp bij douchen of aankleden. Deze taken worden doorgaans uitgevoerd door kinderen of een partner. In 5% van de gevallen maken ook verpleegkundige handelingen deel uit van de informele zorg, zoals wondverzorging of het toedienen van medicatie.

Figuur 5 toont welke activiteiten worden uitgevoerd, uitgesplitst naar het type informele zorgnetwerk. Er zijn drie typen onderscheiden:

- Netwerken bestaande uit uitsluitend partner en/of kinderen (n=185),
- Netwerken met partner en/of kinderen én andere betrokkenen (n=157),
- Netwerken zonder partner of kinderen, maar met vrienden, kennissen, overige familieleden of vrijwilligers (n=112).

Uit deze categorisatie blijkt dat partner en/of kinderen in het merendeel van de informele netwerken een centrale rol vervullen; zij zijn betrokken bij driekwart van deze netwerken.

Figuur 5. Informele zorg activiteiten naar type informele zorgnetwerk



Hoewel de aard van het type ondersteuning tussen de verschillende netwerken weinig verschilt, bieden netwerken zonder partner of kinderen beduidend minder hulp bij persoonlijke verzorging en verpleegkundige handelingen. Wanneer niet alleen het type activiteit, maar ook het aantal verleende uren informele zorg per type netwerk wordt meegenomen, blijken er echter wel duidelijke verschillen. Het gemiddeld aantal uren informele zorg per week is het hoogst in netwerken waarin zowel partner, kind(eren) als andere betrokkenen actief zijn (gemiddeld 13,7 uur per week), zie tabel 9. In netwerken zonder gezinsleden, maar met bijvoorbeeld vrienden, vrijwilligers of overige familieleden, ligt dit gemiddelde op 7 uur per week. Dit suggereert dat de inzet vanuit het informele netwerk toeneemt naarmate het netwerk breder en meer divers is samengesteld.

Tabel 9. Gemiddeld aantal uur informele zorg naar informele zorgnetwerk

Type netwerk	Gemiddelde (SD)	Max
Informeel zorgnetwerk bestaat uit partner en/of kind(eren)	9,9 (16,5)	168
Informeel zorgnetwerk bestaat uit partner en/of kind(eren) + anderen	13,7 (24,2)	168
Informeel zorgnetwerk bestaat uit vrienden, kennissen, vrijwilligers of overige familieleden	7,0 (9,7)	60

4.6.2. ONTWIKKELING IN INFORMELE ZORG OVER TWEE METINGEN

Voor 112 deelnemers zijn twee metingen beschikbaar met betrekking tot de inzet van informele zorg. Tabel 10 toont het gemiddelde aantal uur informele zorg per week bij meting 1 en meting 2. Dit aantal steeg van gemiddeld 11,4 uur (SD = 20,3) naar 16,3 uur (SD = 27,9). Een gepaarde t-toets toont aan

dat deze toename statistisch significant is: (p-waarde = 0,00). Het gemiddelde verschil bedraagt 6,4 uur per week. Deze resultaten suggereren dat binnen de context van de DOS-experimenten het informele zorgnetwerk intensiever wordt ingezet.

Tabel 10. Gemiddeld aantal uren informele zorg (totaal) bij 2 metingen

	Gemiddeld (SD)	Min	Max
Meting 1	11,4 (20,3)	1	168
Meting 2	16,3 (27,9)	1	168

Voor 42 deelnemers is tevens informatie beschikbaar over vrijwilligerszorg bij beide metingen. Tabel 11 laat zien dat het gemiddeld aantal uren vrijwilligerszorg of ondersteuning per week toenam van 2,5 naar 3,2 uur per week. Ook deze stijging is statistisch significant (p-waarde = 0,01), met een gemiddeld verschil van 1 uur per week.

Tabel 11. Gemiddeld aantal uren zorg of ondersteuning door vrijwilligers bij 2 metingen

	Gemiddeld (SD)	Min	Max
Meting 1	2,5 (2,2)	1	10
Meting 2	3,23 (3,9)	1	15

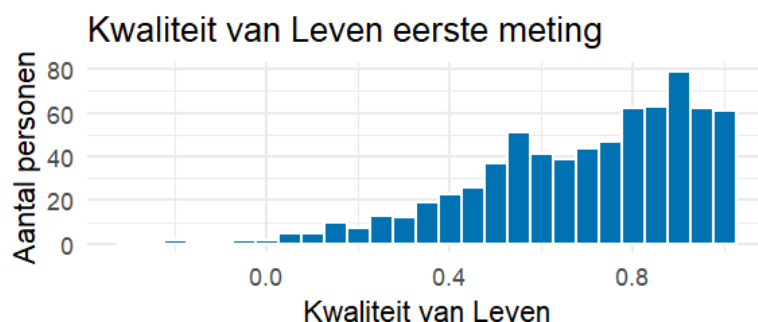
4.7. KWALITEIT VAN LEVEN

4.7.1. KWALITEIT VAN LEVEN BIJ EERSTE METING

751 deelnemers hebben de Ascot vragenlijst bij aanvang van het experiment ingevuld. Onderstaande grafiek toont de verdeling van de kwaliteit van leven bij een eerste meting. De x-as vertegenwoordigt de "Kwaliteit van Leven", gemeten op een schaal van 0 tot 1, waarbij hogere waarden duiden op een betere ervaren kwaliteit van leven. De y-as geeft het aantal personen weer dat binnen een bepaalde scorecategorie valt.

De histogram laat zien dat de meeste respondenten een relatief hoge kwaliteit van leven ervaren bij de eerste meting. Er is een duidelijke piek zichtbaar tussen de waarden 0.8 en 1.0, met een maximum bij ongeveer 0.9, waar meer dan 80 personen scoren. Naarmate de kwaliteit van leven afneemt, daalt ook het aantal personen in die categorieën geleidelijk. Slechts een klein aantal personen scoort onder de 0.3, wat erop wijst dat een lage kwaliteit van leven weinig voorkomt binnen de DOS-populatie.

Figuur 6. Histogram Kwaliteit van leven eerste meting



4.7.2. ONTWIKKELING IN KWALITEIT VAN LEVEN OVER TWEE METINGEN

Tabel 12 toont de gerapporteerde kwaliteit van leven bij 2 metingen. Voor 109 deelnemers was het mogelijk om de verandering in gerapporteerde kwaliteit van leven te meten. De gemiddelde gewogen score voor kwaliteit van leven was voor beide metingen 0,7. De resultaten van de gepaarde t-toets zijn dus niet statistisch (p -waarde = 0,77). Uit de resultaten blijkt dus dat de deelnemers zowel bij aanvang als na 3 maanden een redelijk goede ondersteuning ervaren in het dagelijks leven, maar mogelijk zijn er nog verbeterpunten op bepaalde domeinen.

Tabel 12. Gerapporteerde kwaliteit van leven o.b.v. 2 metingen

Meting	Gemiddelde (SD)	Min	Max
1	0,7 (0,3)	-0,2	1,0
2	0,7 (0,3)	-0,1	1,0

4.8. ERVAREN DRUK INFORMELE ZORG

4.8.1. ERVAREN DRUK INFORMELE ZORG BIJ EERSTE METING

De meerderheid van de respondenten rapporteerde een hoge mate van ervaren druk. In totaal gaf 198 personen (48%) aan een score van 6 of hoger te hebben op de schaal voor ervaren druk, wat duidt op een hoge belasting. Daarnaast ervoeren 103 personen (25%) een matige mate van druk (score 3–5) en 91 personen (22%) rapporteerden weinig ervaren druk (score 0–2). Deze verdeling suggereert dat bijna de helft van de mantelzorgers significante druk ervaart bij aanvang van de experimenten.

Tabel 13. Mate van druk voor mantelzorgers bij eerste meting

Cutoff waarden	Mate van druk	Aantal personen
0-2	Weinig ervaren druk	91
3-5	Matige druk	103
6+	Hoge ervaren druk	198
	Totaal	392

Tabel 14 toont de mate van ervaren druk per type mantelzorger bij de eerste meting.

Van de 392 respondenten was bij 37% de inwonende partner de mantelzorger, bij 34% de dochter, en bij 10,2% de zoon. De overige mantelzorgers bestonden uit burens, vrienden of andere familieleden, zoals nichtjes, en zijn ondergebracht in de categorie 'Anders'.

Uit de tabel blijkt dat vooral dochters en inwonende partners gemiddeld een matige zorgdruk ervaren. Er is echter sprake van een aanzienlijke spreiding, wat erop wijst dat de ervaren druk sterk per individu verschilt.

Tabel 14. Mate van ervaren druk door type mantelzorger bij eerste meting

Relatie met client	#	Gemiddelde	Minimum	Maximum
Inwonende partner	145	5,6	0	9
Zoon	40	3,7	0	9
Dochter	133	5,8	0	9
Broer	5	4,6	0	9

Zus	4	5,0	2	9
Anders	36	4,7	0	9
Vrienden	3	2,3	0	6
Buren/kennissen	3	4,0	0	6
Vrijwilliger	3	2,3	0	7
Uitwonende partner	4	6,8	5	8
Geen mantelzorger	16	0,0	0	0

4.8.2. ONTWIKKELING IN DRUK OP INFORMELE ZORG OVER TWEE METINGEN

Tabel 15 presenteert de mate van ervaren druk door mantelzorgers bij 2 metingen. Voor 80 deelnemers was het mogelijk om de verandering in de ervaren druk te meten. De ervaren druk daalde van 6,0 (SD = 2.8) bij meting 1 naar 5.6 (SD = 3.0) bij meting 2. Het gemiddelde verschil bedroeg 0.4. Echter, uit de resultaten van de gepaarde t-toets blijkt dat deze daling niet statistisch significant is: (p-waarde = 0,23).

Tabel 15. Mate van ervaren druk door mantelzorgers bij 2 metingen

	Gemiddeld (SD)	Min	Max
Meting 1	6,0 (2,8)	0	9
Meting 2	5,6 (3,0)	0	9

5. CONCLUSIE EN VERVOLG

Deze tussenrapportage presenteert de eerste resultaten van de analyses van de experimenten die hebben deelgenomen aan de SPUK DOS-regeling en waarvan de deelnemende individuen identificeerbaar waren met betrekking tot de twee primaire doelstellingen: leidt de invoering van samenwerking tot minder instroom in de Wlz, en draagt zij bij aan een daling van de formele maatschappelijke kosten? Daarnaast is onderzocht in hoeverre de invoering van domeinoverstijgende samenwerking bijdraagt aan de secundaire doelstellingen, namelijk het behoud van de kwaliteit van leven en het verminderen van de druk op de informele zorg.

Van de experimenten die in 2024 een beschikking hebben ontvangen, is het merendeel pas in het derde kwartaal van dat jaar daadwerkelijk gestart met het monitoren van deelnemers. Daarvoor zijn meerdere oorzaken aan te wijzen. Een deel van de experimenten nam deel aan de tweede subsidieronde waarbij de beschikking relatief laat in het jaar verstrekt werd. Andere experimenten bevonden zich nog in de opstartfase, waarbij deelnemers nog niet direct konden worden geïncorporeerd. Ook gaven sommige gemeenten aan dat monitoring, omdat binnen de zorg al een hoge administratielasten worden ervaren, leidde tot weerstand bij zorgverleners waardoor de registraties langzaam op gang kwamen. De registraties kwamen in juli voorzichtig op gang. Pas in het vierde kwartaal van 2024 werd een stabiel registratieritme bereikt, met gemiddeld vijftig eerste metingen per maand in de monitor. Aangezien de meeste experimenten nog geen volledig jaar lopen, is de momenteel beschikbare data in de monitor nog onvoldoende om op basis daarvan goed onderbouwde en betrouwbare uitspraken te doen. Ook ontbreekt voor een aanzienlijk deel van de deelnemers een tweede meting. Om hierop te sturen heeft het ministerie van VWS voor de SPUK 2025 als voorwaarde gesteld dat binnen drie maanden na subsidieverlening alle deelnemers aan het experiment geregistreerd moeten zijn in de monitor. Daarnaast geldt dat uiterlijk eind 2025 elke deelnemer minimaal tweemaal moet zijn geregistreerd. Deze verplichtingen zijn opgenomen in de subsidiebeschikking. Indien hier niet aan wordt voldaan, kan dit leiden tot (gedeeltelijke) terugvordering van de subsidie. Op het moment van schrijven van deze tussenrapportage lijkt dit te hebben bijgedragen aan een toegenomen urgentie rondom monitoring, en is het registratietempo zichtbaar verbeterd.

Voor dit onderzoek zijn de gegevens uit de monitor gekoppeld aan microdatabestanden van het CBS. Deze koppeling was mogelijk voor 786 unieke individuen. Hierdoor konden de monitorgegevens worden verrijkt met declaratiegegevens uit de Wmo en de Zvw. De beschikbaarheid van CBS-data kent enige vertraging en verschilt per bestand. Voor deze tussenrapportage waren declaratiegegevens beschikbaar over Wmo-ondersteuning in 2023 en 2024, en over wijkverpleging binnen de Zvw voor het jaar 2023. Voor deelnemers waarvoor meer dan 1 meting beschikbaar was is getoetst of er een verschil was in Wmo ondersteuning (117 deelnemers), Zvw zorggebruik (164 deelnemers), wijkverpleging (21 deelnemers), informele zorg (112 deelnemers), kwaliteit van leven (109 deelnemers) en ervaren druk van informele zorg (80 deelnemers).

De tussenresultaten laten zien dat slechts 24 deelnemers zijn uitgestroomd naar de Wlz. Opvallend is dat tot nu toe nauwelijks deelnemers naar een verpleeghuis zijn verhuisd. Op basis van de monitor hebben we kunnen vaststellen dat 40,5% (n=318) van deelnemers gebruik maakte van Zvw zorg, 61,3% (n=482) van één of meer Wmo maatwerkarrangementen en 57,8% (n=454) van informele zorg. 751 deelnemers hebben Ascot kwaliteit van leven vragenlijst ingevuld. De meeste respondenten hebben een relatief hoge kwaliteit van leven gerapporteerd waaruit kan worden geconcludeerd dat zij voldoende mate van ondersteuning hadden aan de start van het experiment.

De mantelzorgers van de deelnemers – veelal de inwonende partner, zoon of dochter – rapporteerden bij de eerste meting een relatief hoge mate van ervaren druk.

Voor 164 deelnemers kon de verandering in het gemiddeld aantal uren Zvw-zorg (totaal) worden gemeten. Het gemiddelde zorggebruik daalde van 3,8 uur naar 2,7 uur maar deze daling was niet statistisch significant. Voor slechts 21 deelnemers is op dit moment herhaalde meetdata beschikbaar over het gebruik van wijkverpleging in 2024. Het gemiddeld aantal uren wijkverpleging daalde van 7,7 uur naar 3,2 uur; ook deze verandering is vooralsnog niet significant. Voor 117 deelnemers werd de verandering in het gemiddeld aantal uren Wmo-ondersteuning gemeten. In deze periode is het gemiddelde aantal uren Wmo-ondersteuning significant gestegen, van 3,7 uur per week naar 5,0 uur per week. Informele zorg steeg significant van gemiddeld 11,4 uur naar 16,3 uur. Een gepaarde t-toets toont aan dat deze toename statistisch significant is. Het gemiddelde verschil bedraagt 6,4 uur per week. Voor 109 deelnemers was het mogelijk om de verandering in gerapporteerde kwaliteit van leven te meten. Er is geen verandering in de kwaliteit van leven waargenomen. De ervaren druk van de mantelzorgers daalde van 6,0 naar 5,6 maar resultaten zijn vooralsnog niet significant.

De resultaten van deze tussenrapportage wijzen voorzichtig op positieve ontwikkelingen als gevolg van de DOS-experimenten. Hoewel de uitstroom naar de Wlz tot nu toe beperkt is, wat deels samenhangt met de korte looptijd, zijn er signalen van een afname in Zvw-zorggebruik, met name binnen de wijkverpleging. Tegelijkertijd is een toename zichtbaar in het gebruik van Wmo-ondersteuning, wat kan duiden op een verschuiving naar lichtere vormen van zorg. De kwaliteit van leven van deelnemers blijft stabiel tussen de metingen, en er is geen toename zichtbaar in de ervaren druk onder mantelzorgers. Mogelijk hangt dit samen met een effectievere inzet van informele zorg binnen de experimenten. Hoewel verdere analyse nodig is om deze trends te bevestigen, geven de voorlopige resultaten aanleiding tot voorzichtig optimisme over het potentieel van domeinoverstijgende samenwerking. Tegelijkertijd is het belangrijk te onderkennen dat uitstel van Wlz-zorg niet in alle gevallen haalbaar is. Voor de meest kwetsbare individuen blijft, ondanks verbeterde samenwerking, mogelijk toch een beroep op deze zorg noodzakelijk.

We benadrukken dat het aantal vervolgmetingen en de tijd waarin we individuen hebben kunnen volgen beperkt is. Hierdoor worden de mogelijkheden om robuuste conclusies te trekken beperkt. Deze voorlopige bevindingen moeten dan ook met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Voor het kunnen doen van onderbouwde uitspraken is een langere onderzoeksperiode noodzakelijk, waarbij deelnemers gedurende langere tijd worden gevolgd.

Op basis van eerdere studies naar domeinoverstijgende interventies weten we dat zichtbare effecten doorgaans pas na enige tijd optreden. Dit geldt echter niet in alle gevallen, en het hoeft ook geen jaren te duren. In bijvoorbeeld Eijsden en Austerlitz zagen we al na enkele jaren serieuze impact. Dat zijn initiatieven die inhoudelijk lijken op de onderzochte initiatieven maar die niet onder DOS-experimenten vallen. De gemeente Zeist maakt inmiddels jaarlijks met overtuiging budget over aan de dorpsondersteuner in Austerlitz, omdat zij in hun eigen Wmo-cijfers én op andere beleidsterreinen duidelijk zien hoeveel dit oplevert. En ook de business case voor het Sociaal Centrum Eijsden is zeer sterk positief (VitaValley en Canoy 2025, forthcoming).

Hoewel de potentie van domeinoverstijgende interventies groot is, mogen we niet zonder meer aannemen dat ze altijd het gewenste effect hebben. Daarom is het essentieel om deze ontwikkelingen zorgvuldig en kritisch te blijven monitoren—met oog voor nuance en met geduld. De eindrapportage zal in April 2026 opgeleverd worden. Tegen die tijd is de verwachting dat we voldoende data hebben verzameld van de deelnemers in de DOS-experimenten, zowel meer unieke individuen als meerdere herhaalmetingen per individu. Ook is de CBS-data naar verwachting dan beschikbaar voor de jaren 2024 en deels 2025. Dit maakt het mogelijk een controlegroep op te stellen van vergelijkbare kwetsbare individuen die niet deelgenomen hebben aan een DOS-experiment, en over tijd in kaart te brengen hoe de zorgtrajecten zich hebben ontwikkeld. Met die robuustere resultaten zal meer informatie verkregen worden in de verschuivingen in kosten als gevolg van DOS, en welke lessen er tevens geleerd kunnen worden van de verschillende typen experimenten.

6. REFERENTIES

Alders, P.A. & Schut, F.T. (2019). The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right? *Health Policy*, 123(3), 312-316.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.10.010>

Alders, P.A., Schut, F.T. (2022). Strategic cost-shifting in long-term care. Evidence from the Netherlands, *Health Policy*, 126(1), 43-48, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.11.008>.

Kenis, P. N., & Provan, K. G. (2008). Het network-governance-perspectief. In T. Wentink (editor), *Business Performance Management. Sturen op prestatie en resultaat* (blz. 296-312). Boom Academic

Krabbe-Alkemade, Y., Makai, P., Shestalova, V., & Voesenek, T. (2020). Containing or shifting? Health expenditure decomposition for the aging Dutch population after a major reform. *Health Policy*, 124(3), 268-274. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.12.016>

Maarse, J.A.M. & Jeurissen, P.P. (2016). The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health Policy*, 120(3), 241-245.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.014>.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2025). Specifieke uitkering domeinoverstijgend samenwerken. Subsidie | Dienst Uitvoering Subsidies Aan Instellingen. <https://www.dus-i.nl/subsidies/specifieke-uitkering-domeinoverstijgend-samenwerken>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.). *Specifieke uitkering Domeinoverstijgend Samenwerken (SPUK DOS)*. Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen (DUS-I). Geraadpleegd op 15 mei 2025, van <https://www.dus-i.nl/subsidies/specifieke-uitkering-domeinoverstijgend-samenwerken>

Overheid.nl. (n.d.). <https://www.internetconsultatie.nl/domeinoverstijgendesamenwerking>

Portrait, F., Krabbe-Alkemade, Y., Budding, T., & Canoy, M. (2023). Passing on the hot potato. Dutch municipalities under financial pressure have incentives to shift the costs of social care for older people to the central government, *Health Policy*, 137, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104914>.

Provan, K.G., Kenis, P. (2008). Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness, *Journal of Public Administration Research and Theory*, Volume 18, Issue 2, April 2008, Pages 229–252, <https://doi.org/10.1093/jopart/mum015>

Significant (2021). Domeinoverstijgend samenwerken in de praktijk - eindrapportage monitoring en evaluatie. Evaluatie over de experimenten domein-overstijgend samenwerken in Dongen, Ede en Hollandscheveld.

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/01/31/domeinoverstijgend-samenwerken-in-de-praktijk>

Wijziging van de Wet langdurige zorg, de Wet financiering sociale verzekeringen, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Algemene wet bestuursrecht, in verband met de uitbreiding

en verdere uitwerking van de bekostigingsmogelijkheden met middelen vanuit het Fonds langdurige zorg - Wijziging van de Wet langdurige zorg, de Wet financiering sociale verzekeringen, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Algemene wet bestuursrecht, in verband met de uitbreiding en verdere uitwerking van de bekostigingsmogelijkheden met middelen vanuit het Fonds langdurige zorg. (2025). Tweede Kamer Der Staten-Generaal.

<https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/wetsvoorstellen/detail?cfg=wetsvoorsteldetails&qry=wetsvoorstel:36486>

Informatie over Staatsblad 2025, 123 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen. (2025, May 13).

<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2025-123>

Kennisdossier domeinoverstijgend samenwerken. (2024, Oktober 23). Vilans_NL.

<https://www.vilans.nl/kennis/kennisdossier-domeinoverstijgend-samenwerken>

Evaluatie domeinoverstijgend samenwerken. (2024, Oktober 11). Waardigheidentrots_NL.

<https://www.waardigheidentrots.nl/uit-de-praktijk/evaluatie-domeinoverstijgend-samenwerken>

BIJLAGE 1: OVERZICHT DEELNEMENDE EXPERIMENTEN

Tabel 1: Overzicht van deelnemende gemeenten en samenwerkingspartners binnen de DOS-experimenten (2024)

Gemeente	Inhoud experiment	Zorgkantoor	Zorgverzekeraar	Zorgaanbieder	Welzijnsorganisatie	Vrijwilligersinitiatief	Overig betrokken
<i>Experimenten met arrangeur</i>							
Barneveld	Arrangeur	Menzis	Menzis Zilveren kruis	Keten Dementie (Casemanagers vanuit -Buurtzorg, -Icare, -Nebo plus, -RST			Gezondheidshuis Barneveld
Ede	Arrangeur	Menzis	Menzis	Opella			
Horst aan de Maas	Arrangeur	VGZ	VGZ	De Zorggroep, PSW, Vincent van Gogh	Synthese	Dorpsondersteuner, naoerzorg	Wonen Limburg, Woonwenz
Regio Drenthe: De Wolden, Meppel Westerveld, Coevorden, Aa en Hunze	Arrangeur	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	NNCZ		Burgerkracht initiatieven per dorp	
Regio Groningen: Groningen, Eemsdelta Westerkwartier, midden - Groningen	Arrangeur	Menzis	Menzis	NNCZ	Sociaal Werk de Schand	Zorgzame dorpen, vereniging Groninger dorpen	
Hoogeveen (incl. Hollandsche veld)	Arrangeur	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	Icare, Buurtzorg en Beter Thuiswonen	Zorg coöperatie Hollandscheveld NNCZ		
Dongen	Arrangeur	VGZ	VGZ	Mariaoord			
Oosterhout	Arrangeur	CZ	CZ	Mijzo, Surplus Zorg, Actiefzorg, Crataegus woonzorg	Surplus Welzijn	Lokale vrijwilligers en burgerinitiatieven	

Etten-Leur	Arrangeur	CZ	CZ	Avoord, Surplus Zorg, Thebe, Actiefzorg	Surplus Welzijn		
Loon op Zand (Kaatsheuvel) Waalwijk (Waspik)	Arrangeur	VGZ	VGZ	Mijzo, Zorggroep Elde Maasduinen (ZGEM), Actiefzorg			
Tilburg	Arrangeur	VGZ	VGZ CZ	Thebe	ContourdeTwern		
Nijmegen	Arrangeur	VGZ	VGZ	Sterker sociaal werk	Sterker sociaal werk		ZZG zorggroep, Buurtzorg, NEO huisartsenzorg en 4 huisartenpraktijken
Veenendaal	Arrangeur	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	Opella, Santé Partners			
Wageningen (Gelderland)	Arrangeur	Menzis	Menzis	Opella			Keten Dementie Gelderse Vallei
<i>Experimenten gericht op een combinatie van individuele ondersteuning, collectieve interventies en de fysieke woonomgeving</i>							
Amstelveen	Community building in vier wijken (tien woonlocaties en ontmoetings-plekken)	Zorg en Zekerheid	Zorg & Zekerheid	Stichting Brentano	Participe Amstelland	Via zorgaanbieder en welzijnsorganisatie	Leyden Academy, Amstelring, Eerstelijnszorg Amstelland, Stadsdorp Elsrijk, Woonzorg Nederland, Mantelzorg en meer
Amsterdam	Lang Leven Thuis Flats	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	Zorggroep Amsterdam Oost	Combiwel		Amsterdamse Federatie Woningcorporaties, Sigra
Deventer	Versterken van sociale netwerken (voorzorgcirkels)	Middel IJssel/ENO	Salland	Humanitas Deventer	Raster	De Buurtbrouwerij, Omnisport	Woonzorg Nederland, Ieder1, KonnecteD
Hollandskroon	Gemengd woon- en leefconcept	VGZ	VGZ	Samen	Wonen Plus Welzijn WPW		Incluzio, Wooncompagnie
Schiedam	Sociale cohesie stimuleren binnen geclusterde woonsetting met ontmoetingsruimte	DSW	DSW	Frankelandgroep	Frankelandgroep	Frankelandgroep	Woonplus Schiedam

	e						
Roosendaal	Indicatieloze dagbesteding	CZ	CZ	TWB, Thuiszorg West-Brabant	WijZijn		MEE, Cultuur Compaan, SSNB
Lelystad	Versterken van het informele steunnetwerk i.c.m. voorzorg-cirkels	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	Woonzorg Flevoland, Stichting Coloriet	Welzijn Lelystad		Woningcorporatie Centrada
Oude IJssel streek	Integrale ondersteuning middels Samen sterker thuis teams	Menzis	Menzis	Azora, Sensire	Sociaal Werk Oude IJsselstreek	Sociaal Werk Oude IJsselstreek	
Oost Gelre (Mariënelde)	Coördinatie vanuit Zorgcorporatie Mariënelde en lokaal netwerk van inwoners/vrijwilligers	Menzis	Menzis	Workmate Company	Zorgcorporatie Mariënelde	Deelnemers BMV Mariënelde	Sensire
Utrecht	5 gemengde wooncomplexen	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis		DOCK		De Stuw (koepel Wooncorporaties)
Maassluis	Woonservicezone de Vloot met 180 inwoners	DSW	DSW	Careyn	Seniorenwelzijn		Albeda College, Stichting Wijzer kinderopvang, Gemiva, StOED
<i>Experimenten met logeertzorg of respijtzorg</i>							
Alkmaar/Noord-Kennemerland	Coördinatie lokale logeertzorg voorzieningen	VGZ	VGZ	De Zorgcirkel	Mantelzorgcentrum		Vonk Partners
Velsen Haarlem Heemskerk (Midden/Zuid	Mantelzorgondersteuning voor- en na logeertzorg	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	De Reigershoeve, Kennemerhart			Tandem, MantelZ, Socius, Sint Jacob, Huisartsen Wijkerbaan

Kennemerland)							
Midden-Delfland	Bed&Zorg locatie voor tijdelijke zorgvragen, respijtzorg of palliatieve zorg	DSW	DSW	Pieter van Foreest, Careyn	Stichting Welzijn Midden-Delfland	Stichting Bed en Zorg	Puur en (H)eerlijk, Huisartsen, Wonen Midden-Delfland
Purmerend Zaanstad Waterland Edam/Volendam	Respijtzorg in het Buitenhuis (geen Wmo-indicatie noodzakelijk)	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	De Zorgcirkel, Evean	Welzijn Wonen Plus	Geen	Het Buitenhuis, Zorgweg.nu
<i>Experimenten gericht op mensen met dementie</i>							
Delft en Westland	Sociale benadering dementie (SBD)	DSW	DSW	Careyn, Pieter van Foreest	Delft voor Elkaar, Vitis Welzijn	Alzheimer DWO	Tao of care, PWC
's-Hertogenbosch	Sociale benadering dementie (SBD)	VGZ	VGZ	Vivent, Van Neysel	Farent	Alzheimerstichting	Gezondheidsnetwerk Noord, Netwerk Dementie, Dementievriendelijke Gemeente, Studenten Avans
Rotterdam	Sociale benadering dementie (SBD)	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	Aafje, Humanitas	SOL, Gro-up	Via Zorg en welzijnsorganisatie	
Roermond	Sociale benadering dementie (SBD)	VGZ	CZ	De Zorggroep & Proteion	Vijf	Alzheimer NL	Tao of care, Hulp bij dementie
Moerdijk	Sociale benadering dementie (SBD)	CZ	CZ	Surplus	Surplus		
Lansingerland	Training omgaan met dementie	DSW	DSW	Vierstroom, Laurens	Welzijn Lansingerland	Alzheimer Nederland	GGZ Delfland, Home Instead
<i>Experimenten gericht op specifieke doelgroepen (Jeugd – GGZ – VG)</i>							
Hoorn	Multidisciplinair, ambulant team gericht op jeugd	VGZ	VGZ	GGZ NHN			
Weert	Netwerkaanpak	VGZ	VGZ	Meditta			

	bij gecombineerde problematiek GGZ en LVB (licht verstandelijke beperking)						
Den Helder	Intramurale woon- en begeleidingssettin g voor jongeren uit de jeugdzorg	VGZ	VGZ	GGZ NHN			

BIJLAGE 2: ONTWIKKELING MONITORING

Doel en uitgangspunten voor de ontwikkeling van de monitor

De monitoring van de DOS-experimenten heeft als doel om op objectieve en onafhankelijke wijze inzicht te verkrijgen in de effecten van de experimenten. De huidige DOS-monitor is ontwikkeld door de Vrije Universiteit (VU) en gebaseerd op de eerdere tool van Significant Group. Deze tool is grondig geëvalueerd en aangepast om de betrouwbaarheid en validiteit te verhogen, met als uitgangspunt om zo veel mogelijk aan te sluiten op het bestaande gebruik bij gemeenten en experimenten. Dit was een expliciete wens van zowel VWS als de betrokken experimenten, aangezien deze tool al in gebruik was en deelnemers gewend waren hun gegevens via deze tool in te voeren.

Belangrijke uitgangspunten bij de ontwikkeling waren:

- Alleen data verzamelen die niet reeds elders beschikbaar is;
- De administratieve belasting voor gemeenten en uitvoerende partijen minimaliseren;
- Een wetenschappelijk robuuste basis creëren voor de effectmeting.

Aanpassingen in de huidige monitor

In de huidige monitor zijn verschillende inhoudelijke verbeteringen doorgevoerd:

- De belangrijkste wijziging betreft de manier waarop uitstel van Wlz-zorg wordt vastgesteld. Waar Significant per deelnemer vroeg naar de geschatte uitstelperiode van Wlz-zorg, maakt onze monitor nu gebruik van kwantitatieve data van het CIZ. Uitstel wordt bepaald door vergelijking met een controlegroep;
- Kwaliteit van leven wordt gemeten met de wetenschappelijk gevalideerde ASCOT-vragenlijst;
- De belasting van mantelzorgers werd in de oorspronkelijke monitor niet uitgebreid gemeten. Daarom is de EDIZ-vragenlijst toegevoegd, waarmee de belasting van mantelzorgers in kaart wordt gebracht;
- In de huidige monitor wordt specifiek gevraagd naar de hoeveelheid ontvangen informele zorg en de bron(nen) daarvan, wat inzicht geeft in het sociale netwerk, inclusief de inzet van vrijwilligers;
- De technische infrastructuur is gemoderniseerd: de monitor is overgezet van Excel naar Qualtrics, waardoor dataverzameling gebruiksvriendelijker en minder foutgevoelig is geworden.

In de monitor wordt gebruik gemaakt van de volgende wetenschappelijk gevalideerde meetinstrumenten:

- Schaal voor het meten van de kwaliteit van leven van de deelnemer: de ASCOT en ASCOT-PROXY, ontwikkeld in Amerika en vertaald en goedgekeurd voor gebruik in de Nederlandse taal.
- Schaal voor het meten van de druk op de mantelzorger: de EDIZ-vragenlijst (Ervaren Druk door Informele Zorg).

Gedurende de ontwikkeling van de monitor is er met verschillende DOS-initiatieven overlegd om input en feedback te verzamelen, zowel van persoonsgebonden als collectieve experimenten. Deelname aan de DOS-monitoring is verplicht voor gemeenten die een SPUK DOS-subsidie hebben ontvangen, zodat voldoende gegevens beschikbaar zijn voor een betrouwbare en representatieve effectmeting.

Deelnameverplichting en gegevensaanlevering

Op basis van de ervaringen met DOS-monitoring in 2024 zijn belangrijke aanpassingen doorgevoerd in de registratieprocedure:

- **Vermindering van de registratiefrequentie:** In 2024 bleek de registratieverplichting in onvoldoende mate te worden nageleefd, waardoor het aantal geregistreerde deelnemers achterbleef. Dit kan, als niet wordt ingegrepen, leiden tot een onvoldoende robuuste effectmeting. Om dit te voorkomen is de frequentie van registratie verlaagd: van eens per drie maanden naar minimaal twee keer per jaar. Ook heeft het ministerie van VWS in het najaar van 2024 brieven verstuurd aan experimenten die nog geen of weinig deelnemers hadden geregistreerd. In deze brieven is benadrukt dat deelname aan de monitoring een verplicht onderdeel vormt van de subsidievoorwaarden, daarbij zijn ook de mogelijke consequenties bij het uitblijven van registraties benoemd.
- **Verduidelijking van de registratieverplichting in 2025:** In de subsidiebeschikkingen van 2025 is expliciet opgenomen dat gemeenten binnen drie maanden na ontvangst van de beschikking alle beschikbare deelnemers (100%) moeten registreren in de monitor. Indien dit niet mogelijk is, zijn experimenten verplicht tijdig contact op te nemen met de implementatieadviseur.
- **Beperking van eigen, aanvullende monitoringinitiatieven:** Daarnaast bleek een aantal experimenten samen te werken met externe partijen voor eigen monitoring. Dit leidde tot een dubbele registratiedruk bij zorgprofessionals, waardoor de registratie in de DOS-monitor werd vertraagd en onder druk kwam te staan. Om dit te ontmoedigen is in de SPUK DOS-regeling 2025 opgenomen dat maximaal €5.000 kan worden aangevraagd voor eigen monitoring. Hiermee is de inzet van aparte monitorsystemen minder aantrekkelijk geworden.

BIJLAGE 3 MONITOR - ZORGGEBRUIK

Formele zorg ZVW

Vul alle zorg in die de deelnemer ontvangt.

	Vul startdatum in indien van toepassing (dd/mm/yyyy)	Hoeveelheid in uren afgelopen week
Wijkverpleging (Zvw)		
Ergo- en/of fysiotherapie (Zvw)		
Zvw-PGB		
Andere voorzieningen (Zvw)		

Formele zorg (niet in uren)

Vul alle zorg in die de deelnemer ontvangt.

	Vul startdatum in indien van toepassing (dd/mm/yyyy)
Persoonsalarmering (Zvw)	
Thuiszorgtechnologie (Zvw)	

Formele zorg WMO

Vul alle zorg in die de deelnemer ontvangt.

	Vul startdatum in indien van toepassing (dd/mm/yyyy)	Hoeveelheid in uren afgelopen week
Huishoudelijke hulp (Wmo)		
Thuis- of maaltijdondersteuning (Wmo)		
Individuele begeleiding (Wmo)		
Begeleiding groep / dagbesteding (Wmo)		
Vervoer (Wmo)		
Mantelzorgondersteuning (Wmo)		
Respijtzorg / nachtopvang / logeerverblijf (Wmo)		
Betaalde informele zorg (WMO-pgb)		
Andere voorzieningen met financiering uit Wmo		

VERVOLG BIJLAGE 3 MONITOR - ZORGGEBRUIK

Formele zorg WMO (niet in uren)

Vul alle zorg in die de deelnemer ontvangt.

	Vul startdatum in indien van toepassing (dd/mm/yyyy)
Hulpmiddelen (Wmo)	
Huisaanpassingen (Wmo)	

Informele zorg

Van wie krijgt de deelnemer informele zorg?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Partner
- ☐ Inwonend(e) kind(eren)
- ☐ Andere inwonende(n)
- ☐ Uitwonend(e) kind(eren)
- ☐ Overige familie buiten de woning
- ☐ Buren/vriend(inn)en/kennissen
- ☐ Vrijwilligers
- ☐ Anders, namelijk _____

VERVOLG BIJLAGE 3 MONITOR - ZORGGEBRUIK

Wat voor soort informele zorg krijgt de deelnemer?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Hulp bij de persoonlijke verzorging. Met persoonlijke verzorging bedoelen we bijvoorbeeld wassen, baden/douchen, kleden, naar het toilet gaan, opstaan en gaan zitten.
- ☐ Hulp bij verpleegkundige taken, zoals wondverzorging, zorg voor een katheter, het geven van injecties en het toedienen van medicatie.
- ☐ Huishoudelijke taken. Hiermee bedoelen we het bereiden van maaltijden, boodschappen doen, het huis schoon houden etc.
- ☐ Administratieve taken zoals formulieren invullen en bankzaken.
- ☐ Begeleiding bij het verplaatsen buitenshuis, zoals uitstapjes en contacten met de gezondheidszorg (bijvoorbeeld naar de huisarts of het ziekenhuis).
- ☐ Ondersteuning/begeleiding/activiteiten via buurtinitiatieven
- ☐ Anders, namelijk: _____

Hoeveel uur per week aan informele zorg ontving de deelnemer gemiddeld in totaal afgelopen week? Rond af op een geheel getal.

Hiermee bedoelen we het totaal van alle verschillende mensen die informele zorg geven zoals genoemd in de vorige vraag.

Indien van toepassing: hoeveel uur hiervan werd geleverd door vrijwilligers?

Rond af op een geheel getal

BIJLAGE 4 ASCOT VRAGENLIJST

Vragenlijst ervaring deelnemer

Deze vragen zijn voor de deelnemer en gaan over zijn/haar ervaring. Als de deelnemer zelf de vragen niet kan invullen vanwege (cognitieve) problemen, kan de meest betrokken mantelzorger/verzorger deze vragen namens de deelnemer beantwoorden.

Door wie wordt de deelnemervragenlijst ingevuld?

- ☐ Deelnemer
- ☐ Mantelzorger

Welke van de volgende uitspraken beschrijft het best in hoeverre u uw dagelijks leven zelf kunt inrichten? Met het 'zelf inrichten van uw dagelijks leven' bedoelen we dat u de keuze heeft om dingen te doen of voor u te laten doen wanneer en hoe u dat wilt.

- ☐ Ik kan mijn leven volledig zelf inrichten
- ☐ Ik kan mijn leven voldoende zelf inrichten
- ☐ Ik kan mijn leven in enige mate zelf inrichten, maar niet genoeg
- ☐ Ik kan mijn leven niet zelf inrichten

Als u denkt aan uw persoonlijke verzorging en uiterlijk, welk van de volgende uitspraken beschrijft uw situatie dan het best?

- ☐ Ik voel me verzorgd en kan voor de dag komen zoals ik wil
- ☐ Ik voel me voldoende verzorgd en toonbaar
- ☐ Ik voel me onvoldoende verzorgd of toonbaar
- ☐ Ik voel me helemaal niet verzorgd of toonbaar

Als u denkt aan uw eten en drinken, welk van de volgende uitspraken beschrijft uw situatie dan het best?

- ☐ Ik kan alles eten en drinken wat ik wil, wanneer ik dat wil
- ☐ Ik kan naar tevredenheid eten en drinken, op redelijke tijden
- ☐ Ik kan niet altijd naar tevredenheid of op tijd eten en drinken
- ☐ Ik kan niet altijd naar tevredenheid of op tijd eten en drinken, en ik denk dat dit mijn gezondheid in gevaar brengt

Welke van de volgende uitspraken beschrijft het best hoe veilig en zeker u zich voelt?

Met veilig en zeker voelen bedoelen we hoe veilig en zeker u zich voelt binnens- en buitenshuis. Dit omvat angst voor vallen, fysiek letsel, misbruik, of mishandeling.

- ☐ Ik voel me zo veilig en zeker als ik wil
- ☐ In het algemeen voel ik me voldoende veilig en zeker, maar niet zoveel als ik graag zou willen
- ☐ Ik voel me niet veilig en zeker genoeg
- ☐ Ik voel me allesbehalve veilig en zeker

Als u denkt aan hoeveel contact u heeft met de mensen die u graag mag, welk van de volgende uitspraken beschrijft uw sociale situatie dan het best?

- ☐ Ik heb zoveel sociaal contact als ik wil met de mensen die ik graag mag
- ☐ Ik heb voldoende sociaal contact met mensen
- ☐ Ik heb enig sociaal contact met mensen, maar niet genoeg
- ☐ Ik heb weinig sociaal contact met mensen en voel me sociaal geïsoleerd

VERVOLG BIJLAGE 4 ASCOT VRAGENLIJST

Welke van de volgende uitspraken beschrijft het best hoe u uw tijd besteedt?

Als u denkt aan hoe u uw tijd besteedt, denk dan aan alles wat u belangrijk vindt of waar u plezier aan beleeft, waaronder vrijetijdsbesteding, werk, vrijwilligerswerk of onbetaald werk, en zorg voor anderen.

- ☐ Ik besteed mijn tijd zoals ik dat wil en doe dingen die ik belangrijk of leuk vind
- ☐ Ik besteed mijn tijd aan voldoende dingen die ik belangrijk of leuk vind
- ☐ Ik besteed mijn tijd aan een aantal dingen die ik belangrijk of leuk vind, maar niet genoeg
- ☐ Ik besteed mijn tijd aan helemaal niets wat ik belangrijk of leuk vind

Welke van de volgende uitspraken beschrijft het best hoe comfortabel en schoon uw huis is?

- ☐ Mijn huis is zo comfortabel en schoon als ik wil
- ☐ Mijn huis is voldoende comfortabel en schoon
- ☐ Mijn huis is niet echt comfortabel of schoon genoeg
- ☐ Mijn huis is helemaal niet comfortabel of schoon

Welke van de volgende uitspraken beschrijft het best hoe het hebben van hulp uw zelfbeeld beïnvloedt?

- ☐ Het hebben van hulp heeft een positieve invloed op mijn zelfbeeld
- ☐ Het hebben van hulp heeft geen invloed op mijn zelfbeeld
- ☐ Het hebben van hulp heeft soms een negatieve invloed op mijn zelfbeeld
- ☐ Het hebben van hulp heeft een volstrekt negatieve invloed op mijn zelfbeeld

Welke van de volgende uitspraken beschrijft het best in hoeverre u zich gerespecteerd voelt door de manier waarop u wordt geholpen en behandeld?

- ☐ Door de manier waarop ik word geholpen en behandeld voel ik me gerespecteerd
- ☐ De manier waarop ik word geholpen en behandeld heeft geen invloed op hoe ik me voel
- ☐ Door de manier waarop ik word geholpen en behandeld voel ik me soms niet gerespecteerd
- ☐ Door de manier waarop ik word geholpen en behandeld voel ik me volstrekt niet gerespecteerd

BIJLAGE 5 EDIZ VRAGENLIJST

Vragenlijst ervaring mantelzorger

De volgende vragen zijn voor de meest betrokken mantelzorger van de deelnemer en gaan over de beleving van de mantelzorger.

Voornaam mantelzorger

Dit willen we graag weten omdat we zeker willen zijn dat de ervaringen door dezelfde mantelzorger worden ingevuld.

Wat is uw relatie met de deelnemer?

☐ Inwonende partner

☐ Uitwonende partner

☐ Zoon

☐ Dochter

☐ Broer

☐ Zus

☐ Vrienden

☐ Buren/kennissen

☐ Vrijwilliger

☐ Anders, namelijk _____

☐ De deelnemer heeft geen betrokken mantelzorger, naaste of verzorger die vragen over de ervaren belasting kan beantwoorden.

Indien u dit antwoord, is de vragenlijst ten einde.

VERVOLG BIJLAGE 5 EDIZ VRAGENLIJST

De bedoeling is dat u bij elk van deze uitspraken aangeeft in hoeverre die op u van toepassing is geweest de afgelopen paar weken.

	Nee!	Nee	Min-of-meer	Ja	Ja!
Door de situatie van mijn naaste kom ik te weinig aan mijn eigen leven toe	☐	☐	☐	☐	☐
Het combineren van de verantwoordelijkheid voor mijn naaste en de verantwoordelijkheid voor mijn werk en/of gezin valt niet mee	☐	☐	☐	☐	☐
Door mijn betrokkenheid bij mijn naaste doe ik anderen tekort	☐	☐	☐	☐	☐
Ik moet altijd maar klaarstaan voor mijn naaste	☐	☐	☐	☐	☐
Mijn zelfstandigheid komt in de knel	☐	☐	☐	☐	☐
De situatie van mijn naaste eist voortdurend mijn aandacht	☐	☐	☐	☐	☐
Door mijn betrokkenheid bij mijn naaste krijg ik conflicten thuis en/of op mijn werk	☐	☐	☐	☐	☐
De situatie van mijn naaste laat mij nooit los	☐	☐	☐	☐	☐
Ik voel me over het geheel genomen erg onder druk staan door de situatie van mijn naaste	☐	☐	☐	☐	☐