



Methodebeschrijving Activerend huisbezoek bij ouderen

Databank Effectieve sociale interventies



Kennis en advies voor
maatschappelijke ontwikkeling





Deze methodebeschrijving is gemaakt door:

Renske van der Zwet
MOVISIE
030-789 2254
r.vanderzwet@movisie.nl

Renske van der Zwet is projectmedewerker Effectieve sociale interventies van de afdeling Trends en Onderzoek van MOVISIE.

September 2009

Voor meer methodebeschrijvingen en eventuele vragen en/of reacties kunt u terecht bij:
www.movisie.nl/effectieivesocialeinterventies.

Het werkblad dat gebruikt is voor deze methodebeschrijving, is deels gebaseerd op het Werkblad beschrijving interventie van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en het RIVM.





Inhoudsopgave

Inleiding: leeswijzer	4
Samenvatting	6
1. Beschrijving methode	8
1.1 Probleemomschrijving	8
1.2 Doel van de methode	9
1.3 Doelgroep van de methode	9
1.4 Indicaties en contra-indicaties	10
1.5 Aanpak	10
1.6 Materiaal	13
1.7 Benodigde competenties van de professional	13
1.8 Overige randvoorwaarden	15
1.9 Overeenkomsten en verschillen met andere interventies	16
1.10 Contactgegevens ontwikkelaar	17
2. Onderbouwing	18
2.1 De ontwikkelgeschiedenis van de methode	18
2.2 Onderbouwing van de probleemanalyse, doel, doelgroep en aanpak	18
3. Onderzoek praktijkervaringen	20
3.1 Uitvoerende organisaties	20
3.2 Praktijkervaringen van de professional	20
3.3 Praktijkervaringen van de cliënt/burger	24
3.4 Praktijkvoorbeeld	24
4. Effectonderzoek	26
4.1 Directe aanwijzingen voor effectiviteit	26
4.2 Indirecte aanwijzingen voor effectiviteit	30
5. Conclusies	31
5.1 Samenvatting werkzame elementen	31
5.2 Samenvatting effectonderzoek	31
6. Verantwoording	33
6.1 Het zoeken en selecteren van literatuur	33
6.2 Literatuur	34
Bijlage 1: Toelichting effectonderzoek	36
Bijlage 2: Overzicht onderzoeken en de hoofdkenmerken	39
Bijlage 3: Methodologische kenmerken en resultaten effectonderzoek Activerend Huisbezoek Turkse en Marokkaanse oudere migranten	41
Bijlage 4: Methodologische kenmerken en resultaten effectonderzoek In Samenspraak	46





Inleiding: leeswijzer

Professionals in de sociale sector worden geconfronteerd met een wirwar aan informatie waar ze zich een weg in moeten vinden. Die informatie is vaak versnipperd en daardoor weinig toegankelijk. In de databank *Effectieve sociale interventies* brengen wij methoden waarmee in de sociale sector gewerkt worden bij elkaar. De methodebeschrijvingen geven daarbij een zo volledig mogelijk beeld van alle beschikbare informatie over een methode. Als gemeente, stafmedewerker of praktijkwerker kunt u hiermee vaststellen of de methode geschikt is voor de situatie waarin u of uw organisatie intervenueert. Als u besluit om met de methode aan de slag te gaan verwijzen we naar het handboek en eventueel andere door de ontwikkelaar beschikbaar gestelde materialen.

De methodebeschrijving is opgebouwd langs vier lijnen. Onderdeel één van dit document beschrijft de methode zelf, zoals de doelen, de doelgroep en de aanpak. Onderdeel twee laat de onderbouwing van de methode zien: de visies, theorieën en wetenschappelijke onderzoeken die de ontwikkelaar heeft gebruikt bij het ontwikkelen van de methode. Onderdeel drie geeft zicht op de praktijkervaringen van de professional en de cliënt/burger met de methode. Onderdeel vier geeft inzicht in wat er wetenschappelijk bekend is over de effectiviteit van de methode.

De methodebeschrijving is in nauwe samenwerking met de ontwikkelaar van de methode tot stand gekomen. Zo levert de ontwikkelaar informatie aan en geeft deze feedback op het concept en toestemming voor publicatie. De methode wordt uitgebreid in kaart gebracht. Dit kan de ontwikkelaar op zijn beurt een impuls geven voor verdere ontwikkeling van de methode. Een methode staat dus niet stil, de methodebeschrijvingen zullen dan ook regelmatig worden herzien.

De methodebeschrijving is gebaseerd op een systematische zoektocht naar informatie. Bij die zoektocht werken de onderzoeker die de methodebeschrijving maakt en een informatieanalist van de afdeling kennisstromen van MOVISIE intensief samen. Bij het zoeken van informatie over methoden zijn doorgaans de volgende zoekstrategieën toegepast: het inwinnen van informatie bij de ontwikkelaar, uitvoerende instanties en/of eventuele onderzoekers van de methode, het doorzoeken van Nederlandse en/of internationale databanken, het checken van referenties van reeds gevonden informatiemateriaal en een internet *deskresearch*. De zoektocht is daarbij gericht op een breed spectrum aan informatiebronnen, variërend van (ongepubliceerde) verslagen van (interne) procesevaluaties of paneldiscussies tot wetenschappelijk (effect)onderzoek. De verantwoording van de toegepaste zoekstrategieën is in beknopte zin terug te vinden in onderdeel 6.1. De zoekgeschiedenis is in uitgebreidere vorm vastgelegd in een hiertoe ontwikkelde *flowchart*, die is opgenomen in het archief van MOVISIE. Het relevante gevonden materiaal is terug te vinden in het literatuuroverzicht in onderdeel 6.2.

Bij het effectonderzoek (onderdeel 4) wordt onderscheid gemaakt tussen directe en indirecte aanwijzingen voor effectiviteit. Een toelichting op dit onderscheid vindt u in bijlage 1. Om de tekst in de methodebeschrijving zelf laagdrempelig te houden, worden de belangrijkste onderzoekskenmerken en resultaten zoveel mogelijk in woorden beschreven. De achterliggende cijfers vindt u in bijlage 3 en verder.





Wij wensen u veel inspiratie bij het lezen van deze methodebeschrijving. Wij hopen dat u zich hiermee een goed beeld kunt vormen van wat deze methode uw gemeente, uw organisatie of uzelf als sociale professional te bieden heeft en hoe u de kwaliteit van uw aanbod aan de doelgroep kunt vergroten.





Samenvatting

1. Beschrijving methode

Doel

Het hoofddoel van Activerend huisbezoek bij ouderen is het verbeteren of eventueel herstellen van de zelfredzaamheid en het welbevinden van ouderen.

Doelgroep

Zelfstandig thuiswonende 55-plussers die door omstandigheden uit hun evenwicht zijn geraakt.

Aanpak

De kern van Activerend huisbezoek bij ouderen is dat een vrijwillige huisbezoeker ouderen wekelijks aan huis bezoekt. Hierbij is systematische aandacht voor sociale ondersteuning en activering. De huisbezoeker gaat te werk volgens een doelgerichte methode, die gericht is op situatieverheldering, perspectiefontwikkeling en actieondersteuning.

Materiaal

't Heft in handen. Praktijkboek Activerend huisbezoek bij ouderen van Ter Steege & Penninx, 1997.

Ontwikkelaar

MOVISIE (voorheen NIZW)

Auteurs

Gherie ter Steege en Kees Penninx

06 – 18 22 49 58

info@activage.nl

Contactpersoon

Annemarie van Bergen

030- 789 2067

a.vanbergen@movisie.nl

2. Onderbouwing

De ontwikkelaars hebben voor de theoretische onderbouwing van de methode een combinatie gebruikt van de gerontologische, gezondheidsbevorderende en sociaal-culturele benadering. Zo laat een stressmodel (Hosman et. al. 1988) zien welke aangrijpingspunten er zijn om een crisis aan te pakken. De probleem-potentieaanpak (Brugman et. al., 1993) benadrukt dat het belangrijk is te starten bij situaties waaraan de betrokkene zélf het meeste kan doen. Dit helpt bij het vergroten van de vertrouwensbasis en de eigen motivatie.

3. Onderzoek praktijkervaringen





De methode Activerend huisbezoek bij ouderen wordt veelal uitgevoerd door stichtingen Welzijn Ouderen, maar ook door Algemene Welzijnsinstellingen, vrijwilligersorganisaties en GGD en GGZ-instellingen.

Er zijn een vijftal publicaties gevonden waarin de praktijkervaringen met de methode besproken worden. Hieruit blijkt dat Activerend huisbezoek bij ouderen voorziet in een behoefte. De ervaringen in de drie onderzochte gemeentes laten zien dat ouderen weer wat lucht krijgen als ze 'de zaken eens op een rijtje zetten' met een vrijwilliger. Huisbezoekers hebben het idee dat zij echt iets voor iemand kunnen doen, gewoon door er te zijn en goed te luisteren. Activerend huisbezoek bij ouderen vraagt veel van zowel projectleider als vrijwilligers. Het is een vorm van gespecialiseerd vrijwilligerswerk; er dient flink in de vrijwilligers geïnvesteerd te worden qua opleiding en begeleiding.

4. Effectonderzoek

Uit een experimenteel effectonderzoek in de praktijk, zonder follow up (Chorus & Hopman-Rock 2006) concluderen de onderzoekers op basis van de bevindingen bij Marokkaanse ouderen dat huisbezoek (zowel Vriendschappelijk als Activerend huisbezoek) meerwaarde kan hebben voor het welzijn bij deze groepering. Activerend huisbezoek heeft daarbij nog een iets gunstiger effect op de zelfredzaamheid van Marokkaanse vrouwen. Voor de Turkse ouderen is deze conclusie (nog) niet te trekken op basis van dit onderzoek.

Uit een ander experimenteel effectonderzoek in de praktijk, zonder follow up (Kuilman, Kocken en van der Lee 2005) blijkt dat huisbezoek een gunstig effect heeft op eenzaamheid. Het onderzoek bevat echter geen aanwijzingen voor de effectiviteit van Activerend huisbezoek in het bijzonder, doordat deze interventie uiteindelijk onvoldoende is gerealiseerd.

5. Samenvatting werkzame elementen

- De individuele benadering
- Situatieverheldering; analyse van de situatie voordat tot actie wordt overgegaan
- Perspectieontwikkeling: het aanleren van andere manieren om stressvolle situaties het hoofd te bieden
- Actieondersteuning; systematische aandacht voor activering
- Sociaal-emotionele ondersteuning
- Behoud van autonomie
- Versterking van betrokkenheid bij omgeving
- Probleem-potentieaanpak
- Huisbezoekers als brug tussen mantelzorgers en professionele zorgverleners





1. Beschrijving methode

De beschrijving van de methode is gebaseerd op het volgende handboek:

't Heft in handen. Praktijkboek Activerend huisbezoek bij ouderen, geschreven door van Ter Steege & Penninx, uitgegeven in 1997 door het NIZW in Utrecht.

Daar waar aanvullende publicaties gebruikt worden, wordt de bron expliciet vermeld.

1.1 Probleemomschrijving

Steeds meer ouderen blijven tot op zeer hoge leeftijd zelfstandig wonen. Dit betekent, dat zij langer op zichzelf zijn aangewezen. De meeste ouderen kunnen zich uitstekend redden, eventueel met hulp van mantelzorgers of professionele hulpverleners. Voor sommige zelfstandig wonende ouderen is het echter niet vanzelfsprekend om het heft in handen te houden. Veelal is de aanleiding voor een bedreigde zelfredzaamheid een opeenstapeling van verlieservaring(en); verlies van inkomen, van nuttige maatschappelijke rollen, van dierbare vrienden, van lichamelijke en/of geestelijke spankracht. Dergelijke omstandigheden kunnen, vooral wanneer zij gecombineerd of snel achter elkaar optreden, het zelfvertrouwen en probleemoplossend vermogen van oudere mensen aantasten. Gevoelens van onveiligheid kunnen de situatie verergeren. Andere risicofactoren zijn; ouder dan 80 jaar, alleenstaand/gescheiden, kinderloos, sociaal isolement en laagste sociaaleconomische status.

Ingrijpende levensgebeurtenissen en veranderingen kunnen het dagelijks bestaan van ouderen zodanig ontregelen, dat ze het gevoel krijgen 'het niet aan te kunnen'. Sommigen krijgen de neiging zich terug te trekken en bij de pakken neer te zitten. Het kunnen omgaan met stressvolle gebeurtenissen (copingmechanismen) kan in deze periodes tekortschieten. Zonder interventies kan hierdoor een toenemend gevoel van onvermogen ontstaan (Hosman, Van Doorn en Verburg 1988). De oudere kan vanuit dat gevoel van machteloosheid in een negatieve ontwikkeling belanden van zelfstandig naar afhankelijk functioneren. Verschillende concrete gebeurtenissen kunnen dan aanleiding zijn om de hulp of steun te vragen van een activerend huisbezoeker. Vaak betreft het ingrijpende levensgebeurtenissen, soms is de aanleiding van praktische aard.

De documentatie over de methode van de ontwikkelaar bevat geen informatie over de mate waarin dit probleem in Nederland voorkomt. Voor informatie over het aantal ouderen in het werkgebied verwijst de ontwikkelaar naar de gemeente of het welzijnswerk. Volgens het Centraal Bureau voor Statistiek neemt het aantal zelfstandig wonende ouderen snel toe, als gevolg van de (dubbele) vergrijzing en het op het zelfstandig wonen gerichte beleid. Het aantal inwoners van 65 jaar of ouder stijgt van 2,4 miljoen in 2008 (15%) tot maximaal 4,5 miljoen in 2040 (26%). Het aantal 80-plussers (dubbele vergrijzing) stijgt van 0,6 miljoen in 2008 tot 1,7





miljoen in 2050. In 2050 is 10 procent van de bevolking ouder dan 80, in 2008 was dat nog 4 procent (www.cbs.nl).

1.2 Doel van de methode

Het hoofddoel van Activerend huisbezoek bij ouderen is het verbeteren of herstellen van de zelfredzaamheid en het welbevinden van zelfstandig wonende ouderen, die door omstandigheden uit hun evenwicht zijn geraakt. Wanneer zij weer vertrouwen krijgen in hun eigen kracht en mogelijkheden, kunnen zij zelf actie ondernemen om hun situatie te verbeteren en krijgen zij weer grip op hun leven.

De methode is gericht op het bereiken van vier subdoelen. De oudere:

1. beschikt over meer inzicht in de eigen situatie, kan beter omgaan met stressvolle situaties en heeft een positieve houding.
2. weegt kansen, mogelijkheden en moeilijkheden tegen elkaar af en kan deze omzetten in een besluit.
3. weet zich beter te onttrekken aan betutteling of externe sturing en vertrouwt op eigen kracht.
4. benut de marges van zijn of haar situatie voor het opbouwen van een gemakkelijker en plezieriger dagelijks bestaan met betere vooruitzichten.

1.3 Doelgroep van de methode

De doelgroep bestaat uit zelfstandig thuiswonende ouderen van 55 jaar en ouder, die door omstandigheden uit hun evenwicht zijn geraakt. Zij willen daar met hulp van een huisbezoeker iets aan doen.

Werving en selectie ouderen

Om ouderen te interesseren voor het huisbezoek kunnen folders worden neergelegd in dienstencentra, verzorgingshuizen, woonzorgcentra en seniorenflats, buurtcentra en kerken en bij woningbouwverenigingen. Ook is het zinvol om informatie te verspreiden via huis-aan-huisbladen. Individuele professionele hulpverleners, meldpunten en samenwerkingsverbanden van eerstelijns hulpverleners worden op de hoogte gebracht van Activerend huisbezoek. Meestal worden ouderen via hen aangemeld. Een belangrijke signalerende functie is weggelegd voor het ouderenwerk. Het komt ook voor dat kinderen en andere familieleden of ouderen contact opnemen met het project. Aan de hand van een aanmeldingsformulier en een kennismakingsgesprek wordt besloten of de oudere in aanmerking komt voor het huisbezoek (zie 1.5).





De ontwikkelaar noemt een mogelijke valkuil: cliënten die al jarenlang, zonder veel resultaat, in de kanalen van de gezondheidszorg of hulpverlening rondzwerven. Vaak is bij hen sprake van zowel lichamelijke, psychische als sociale klachten. De keuze voor Activerend huisbezoek moet dan niet overhaast gemaakt worden, adviseert de ontwikkelaar. Door meer informatie te vragen kan beter worden ingeschat of er een redelijke slaagkans is.

Toepassing bij specifieke doelgroepen

De methode Activerend huisbezoek bij ouderen houdt rekening met de diversiteit van de doelgroep. De huisbezoeker wordt gekoppeld aan de oudere door hun beider profielen naast elkaar te leggen. Er bestaat een aangepaste variant van de methode voor allochtone ouderen. De vrijwillige huisbezoeker komt dan uit dezelfde etnische groep als de oudere. Het onderzoek Effectevaluatie Activerend Huisbezoek Turkse en Marokkaanse oudere migranten (Chorus & Hopman-Rock 2006) beschrijft deze variant.

1.4 Indicaties en contra-indicaties

Het huisbezoek wordt afgeraden bij problemen of ziektes die beroepsmatige deskundigheid vereisen, zoals psycho-sociale of psychiatrische hulp, sociaal-raadslidenwerk, maatschappelijk werk en pastorale zorg. Dit geldt in ieder geval voor ouderen met angststoornissen, depressie, (beginnende) dementie en ernstige eenzaamheid of langdurig sociaal isolement. Zij worden doorverwezen naar de professionele hulpverlening (Huizing 2000).

Ook wanneer de oudere zelf liever steun krijgt van een beroepskracht is Activerend huisbezoek geen goede optie.

1.5 Aanpak

Werkwijze

De kern van Activerend huisbezoek is, dat een vrijwilliger de oudere wekelijks bezoekt. Sociale ondersteuning en systematische aandacht voor activering leiden tot zelfredzaamheid en een plezieriger dagelijks leven met nieuwe vooruitzichten. Het huisbezoek is tijdelijk, meestal ongeveer twaalf maanden. Het wordt beëindigd zodra de oudere weer greep heeft op zijn of haar leven, andere hulp nodig heeft of wanneer er een onoplosbaar conflict is.

De individuele benadering is noodzakelijk omdat de oudere vanuit zijn/haar benarde positie vaak niet te bereiken is met een groepsbenadering, zoals ondersteuningsgroepen, gespreksgroepen of andere op sociaal-emotionele ondersteuning gerichte groepsactiviteiten.

Het vrijwilliger kan de oudere steunen door hem of haar andere manieren aan te reiken om stressvolle situaties het hoofd te bieden, praktische en emotionele steun te verlenen bij het





behoud van autonomie en de betrokkenheid bij de omgeving te versterken.

Aanmelding

Na een (telefonisch) gesprek met de oudere, een familielid of een doorverwijzende instantie (zie ook 1.2) vult de projectleider of een huisbezoeker een aanmeldingsformulier in. Het praktijkboek dat bij de methode hoort bevat een voorbeeld zo'n formulier. Doorgaans blijkt uit het invullen al of de betreffende persoon in aanmerking komt voor Activerend huisbezoek. In geval van twijfel is een kennismakingsgesprek nodig.

Kennismakingsgesprek

Het kennismakingsgesprek kan door de projectleider of een geoefende huisbezoeker worden gevoerd. Bij het gesprek kan deze het formulier 'klantprofiel' gebruiken, uit de bijlage van het praktijkboek. Daarin kunnen gegevens worden genoteerd die nodig zijn om een goed beeld te krijgen van de situatie. Ook kan hier de eerste indruk van de benodigde ondersteuning genoteerd worden.

Het klantprofiel wordt besproken met het team van huisbezoekers en naast de verschillende vrijwilligersprofielen gelegd waarover het team beschikt. Vervolgens kan een koppeling tot stand worden gebracht tussen de oudere en een huisbezoeker. De huisbezoeker gebruikt het klantprofiel voor een beknopte registratie van de voortgang van de huisbezoeken. Tijdens het kennismakingsgesprek worden alle afspraken en voorwaarden toegelicht. Het is belangrijk om bij het kennismakingsgesprek voor ogen te houden dat de oudere:

- zelf aangeeft het bezoek op prijs te stellen;
- gemotiveerd is tot verandering;
- intensief met een vrijwilliger wil samenwerken;
- onderschrijft dat de ondersteuning tijdelijk is.

Wanneer er nog steeds twijfels bestaan of de oudere in aanmerking komt voor Activerend huisbezoek kan de aanmelding worden voorgelegd aan het team van huisbezoekers of aan de klankbordgroep.

Drie stappen

Na het kennismakingsgesprek gaat de huisbezoeker te werk volgens een doelgerichte methode (zie paragraaf 1.6). Deze bestaat uit drie stappen, die leiden tot anders kijken, anders denken en anders doen:

1. Situatieverheldering

In deze fase vervult de huisbezoeker primair de rol van vertrouwensfiguur. De huisbezoeker bouwt een vertrouwensband op en verkent en analyseert de situatie. Dit kan door de cliënt zo goed mogelijk te leren kennen en bijna door zijn of haar ogen naar het dagelijks bestaan te kijken.

2. Perspectieontwikkeling

Het ontwikkelen van nieuwe mogelijkheden, het motiveren tot verandering en het stellen van doelen staan in deze fase centraal. Hier is de huisbezoeker in de eerste plaats een





onderzoeker. De ondersteuning bevat een sturend element; de huisbezoeker motiveert de oudere om anders tegen de eigen situatie aan te kijken en anders te denken.

3. Actieondersteuning

Het gaat in deze fase om het ontwerpen en ten uitvoer brengen van actieprogramma's en het afbouwen van de relatie zodat de oudere zelfstandig verder kan. Nu is de huisbezoeker vooral begeleider en stuurt deze zo, dat de oudere cliënt zelf het heft weer in handen neemt. Deze activering zorgt ervoor dat de oudere weer geloof krijgt in de eigen kracht en mogelijkheden.

In de praktijk verloopt de huisbezoekperiode niet altijd zo keurig stapsgewijs. Bij Activerend huisbezoek bij ouderen staat een cyclisch proces centraal, dat zich afspeelt bij het omgaan met stresserende levensomstandigheden (Hosman, Van Doorn en Verburg 1988) en het verwezenlijken van eigen levensdoelen en behoeften met gebruikmaking van de sociale omgeving. Soms moet de bezoeker een stap terugdoen, soms duurt het vele bezoeken voor hij de volgende stap kan zetten. Belangrijk bij deze methode is het opstellen van een doelgericht actieprogramma, samen met de oudere, gericht op het ondernemen van activiteiten voor het verbeteren van de eigen welzijnsbeleving. De huisbezoekers laten de ouderen nadenken over wat zij zelf aan hun problemen kunnen doen en ondersteunen hen desgewenst bij het ondernemen van stappen. Welke activiteiten worden ondernomen hangt af van de persoonlijke behoeften van de oudere en zijn of haar omstandigheden. De handeling is op zichzelf minder belangrijk dan het feit dat men handelt; de huisbezoeker is zich daarvan bewust en gebruikt dit gegeven om de oudere te sterken in zijn zelfvertrouwen. Belangrijk is het besef dat men iets kan doen om de eigen situatie te verbeteren, dat men stappen kan zetten, hoe klein ook (Brugman, Engbersen, Tenhaeff en Winkels 1993).

De ontwikkelaar is zich bewust van de valkuil dat vrijwilligers de oudere vaak teveel willen helpen en de mogelijke gevolgen hiervan. Het teveel willen helpen kan doorslaan in het bezoeken van ouderen die eigenlijk geen behoefte hebben aan activering, waardoor de bezoeken meer het karakter krijgen van Vriendschappelijk huisbezoek. Maar het kan ook doorslaan in betutteling; de oudere aan het handje nemen en zelf de antwoorden geven, of teveel taken overnemen van de oudere. Hieraan wordt dan ook veel aandacht besteed in de training.

Daarnaast moet de huisbezoeker de oudere cliënt helpen om een andere kijk te ontwikkelen op zichzelf en zijn of haar omgeving, anders te leren omgaan met gevoelens en om ervaringen te verwerken. Deze sociaal-emotionele ondersteuning moet leiden tot activering. In alle fasen geeft de huisbezoeker positieve feedback, maar hij of zij schuwt ook het stellen van kritische vragen niet. De huisbezoekers beschrijven het verloop van hun bezoeken in een logboek, aan de hand van vaste aandachtspunten.

Teambijeenkomsten

Het team van huisbezoekers komt maandelijks bijeen onder leiding van de projectleider. Tijdens deze teambijeenkomsten wisselen zij ervaringen uit, diepen zij thema's uit en bespreken zij organisatorische zaken. Het uitwisselen van ervaringen heeft als doel: leren van elkaar, scherp blijven en oefenen in zelf problemen oplossen. Ook biedt het een goede mogelijkheid voor kwaliteitsbewaking, waaronder het bewaken van de werkprincipes van persoonlijke activering.





Bij het uitwisselen van ervaringen maken de huisbezoekers gebruik van hun logboek.

1.6 Materiaal

Het volgende materiaal is beschikbaar over de methode Activerend huisbezoek bij ouderen.

't Heft in handen. Praktijkboek Activerend huisbezoek bij ouderen van Ter Steege & Penninx (1997) bevat de methodische uitwerking voor het ontwikkelen en verankeren van de methode. Tevens staat hierin informatie over de werving, training en begeleiding van vrijwilligers. U kunt de publicatie downloaden via www.movisie.nl.

De brochure *Ervaring leert. Drie jaar Activerend huisbezoek* van Huizing (2000) gaat in op de eerste praktijkervaringen met de methode.

Cursussen

Odyssee Maatschappelijke Ontwikkeling kan op verschillende manieren ondersteunen bij het opzetten en uitvoeren van Activerend huisbezoek bij ouderen (www.odyssee.nl). Zij geven op aanvraag de cursus Activerend huisbezoek bij ouderen, die is gebaseerd op het praktijkboek.

1.7 Benodigde competenties van de professional

Zowel de projectleider als de cursusleider dienen over een afgeronde HBO-opleiding te beschikken. Activerend huisbezoek bij ouderen wordt uitgevoerd door vrijwilligers. Specifieke eisen ten aanzien van de benodigde beroepsopleiding of benodigde beroepscompetenties van de vrijwilligers zijn niet vermeld.

Uit de documentatie van de ontwikkelaar komen indicaties naar voren die kunnen duiden op onvoldoende geschiktheid. Er is reden om bedenkingen te hebben als de vrijwilliger:

- blijk geeft van psychische en/of lichamelijke instabiliteit;
- 'zendelingengedrag' (sterk normatief gedrag) vertoont;
- 'zielige oudjes' wil helpen en geen oog heeft voor individuele en positieve aspecten;
- verward of dominant gedrag vertoont;
- geen enkel 'eigenbelang' kan of wil noemen voor het als vrijwilliger willen werken;
- geen reëel zelfbeeld heeft ten aanzien van de taak;
- te weinig blijk geeft van draagkracht, flexibiliteit of sociale vaardigheid;
- midden in een rouwperiode verkeert;
- de cursus niet kan (kon) volgen.

Tevens bevat de methodische uitwerking een checklist met positieve indicaties voor deelname,





die gebruikt kan worden bij de werving en selectie van vrijwilligers en bij eventuele functioneringsgesprekken (zie hieronder). Vaak is het mogelijk om op een aantal punten nog het een en ander te stimuleren en bij te sturen door middel van de cursus en persoonlijke gesprekken.

▪ **Motivatie:**

- het doelgerichte en tijdelijke karakter van Activerend huisbezoek bij ouderen
- onderschrijven en gemotiveerd zijn dit uit te voeren;
- bereid zijn tot het volgen van de cursus en aanvullende vormen van deskundigheidsontwikkeling;
- bereid zijn tot deelname aan het team voor minimaal één jaar.

▪ **Kennis:**

- kennis hebben of willen nemen van de buurt, de aanwezige voorzieningen en de mogelijkheden voor ouderen.

▪ **Attitude:**

- affiniteit met de doelgroep ouderen; in hen geïnteresseerd zijn;
- een positieve basishouding, ingesteld zijn op mogelijkheden tot verandering;
- 'op de handen kunnen zitten' (dat wil zeggen; oplossingen en adviezen niet opleggen);
- confrontatie met ziekte, afhankelijkheid, eindigheid en onmacht aandurven;
- bereid zijn tot zelfreflectie;
- stressbestendig en flexibel zijn;
- zich houden aan afspraken.

▪ **Vaardigheden:**

- vertrouwen kunnen stellen in eigen kracht en eigenheid van anderen;
- creatief zijn in het bedenken van praktische oplossingen;
- goed kunnen luisteren;
- kunnen omgaan met kritiek;
- de privacy van ouderen kunnen waarborgen;
- levenservaring kunnen ontdekken en inzetten;
- eigen problemen kunnen relativiseren en niet overspannen of chaotisch zijn;
- eigen mogelijkheden en beperkingen kunnen benoemen;
- beschikken over goede mondelinge en enige schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid.

Cursus

Vrijwilligers moeten een cursus Activerend huisbezoek bij ouderen volgen, vanwege:

- de specifieke vaardigheden die nodig zijn voor de huisbezoeken;
- het belang van inzicht bij vrijwilligers in sterke en zwakke kanten;
- het belang van het kunnen aangeven van eigen grenzen, mede gezien het gevaar van overvraging door zowel de oudere als de samenleving.

De cursus bestaat uit ongeveer tien dagdelen en is ter voorbereiding op het bezoekwerk. Zij heeft een kwalificerende, vormende en emanciperende functie en hieruit voortvloeiend ook een selecterende functie. Tijdens de cursus wordt vooral aandacht besteed aan de basishouding





van de vrijwilligers: hoe stem je de hulp af op de behoeften en wensen van de ouderen (Huizing 2000: 6). Om de tijdens de cursus opgebouwde motivatie, teamgeest en zelfvertrouwen vast te houden, moet direct aansluitend begonnen worden met het bezoekwerk.

Werkbegeleiding en intervisie

Het team huisbezoekers komt maandelijks bijeen voor overleg. De algemene doelen van de teambijeenkomsten zijn:

- geven van werkbegeleiding en ondersteuning;
- versterken van het vermogen tot zelfstandig functioneren;
- voortgaande ontwikkeling van deskundigheid;
- organisatie en planning van het bezoekwerk;
- bewaken van doel en grenzen van het *Activerend huisbezoek bij ouderen*.

Hiernaast inventariseert de projectleider wie van de vrijwilligers interesse heeft om (deel)taken in het project te leren uitvoeren, zoals financiële administratie of het bijhouden van het vrijwilligersbestand. Uiteraard de coördinator hierbij voor begeleiding van de vrijwilligers.

1.8 Overige randvoorwaarden

Kwaliteitsbewaking

Belangrijk voor de voortgang en kwaliteit van Activerend huisbezoek bij ouderen zijn periodieke evaluaties. De projectleider kan deze in eigen beheer uitvoeren of opdracht verstrekken aan derden voor een onafhankelijke evaluatie. Het eerste evaluatiemoment is ongeveer een jaar nadat het bezoekwerk is gestart. Nog een jaar later worden het proces en de resultaten opnieuw geëvalueerd. Ook de intervisie en werkbegeleiding kunnen worden beschouwd als een manier om de kwaliteit van Activerend huisbezoek bij ouderen te bewaken (zie ook paragraaf 1.7).

Kosten van de interventie

De meeste kosten gaan zitten in de arbeidsuren van de coördinator Activerend huisbezoek, de reiskosten van de vrijwilligers, de cursus, de algemene organisatie en het werven van de ouderen. Er is geen actuele informatie beschikbaar over de omvang van deze kosten.

Overige voorwaarden

In het praktijkboek noemen de ontwikkelaars een aantal voorwaarden voor succes ten aanzien van de haalbaarheid van het project:

- er is intern draagvlak voor het project;
- er is een reële kosten-batenanalyse gemaakt ;
- de projectleider en de cursusleider werken intensief samen;
- de betrokkenen kunnen de principes van activering in de praktijk hanteren;
- de projectleider beschikt over een goed extern netwerk en draagvlak;
- er zijn veel aantrekkelijke taken voor vrijwilligers;
- er wordt systematisch en grondig geëvalueerd.





1.9 Overeenkomsten en verschillen met andere interventies

Activerend huisbezoek bij ouderen vertoont overeenkomsten met een aantal andere interventies.

Vriendschappelijk huisbezoek

Vriendschappelijk huisbezoek richt zich op het verminderen van de eenzaamheid van de oudere en het bieden van een luisterend oor. *Activerend huisbezoek bij ouderen* daarentegen heeft als doel de oudere zelf actie te laten ondernemen om zijn of haar situatie te verbeteren. De *Activerend huisbezoeker* is vriendelijk, maar daarnaast reflecterend en confronterend. Dit is een van de belangrijkste verschillen tussen deze twee methoden. Daarnaast is *Vriendschappelijk huisbezoek* langdurig in tegenstelling tot het tijdelijke *Activerend huisbezoek*. Het laatste bouwt dus enerzijds voort op de traditie van het *Vriendschappelijk huisbezoek* en ziekenbezoek, die organisaties zoals de Unie van Vrijwilligers, de Zonnebloem, het Welfare Rode Kruis en de ouderenbonden al veel langer uitvoeren. Anderzijds breekt het met die traditie door de systematische aandacht voor activering. Vriendschap is geen doel, maar een middel om de oudere te stimuleren zijn situatie te verbeteren (Ter Steege & Penninx 1997).

Signalerend huisbezoek

Signalerend huisbezoek richt zich op de zelfstandig wonende ouderen en jongere gehandicapte mensen met een meervoudige of samengestelde hulpvraag. Het doel is drieledig: (1) het achterhalen van de wensen en behoeften van deze ouderen aan welzijnsdiensten en hun eigen oplossingen om hieraan tegemoet te komen; (2) het verbeteren van de communicatie met deze doelgroep over de huidige welzijnsdiensten en het uitbreiden of aanpassen van het bestaande welzijnsaanbod aan hun vraag; en (3) waar nodig het aanbieden van de huidige en vernieuwende welzijnsdiensten aan deze doelgroep. Dit is een vraaggestuurde methodiek, opgebouwd uit een semigestructureerde vragenlijst en instructielijsten voor de vrijwilligers. *Signalerend huisbezoek* verschilt wezenlijk van *Activerend huisbezoek* in de zin, dat dit eenmalige huisbezoek erop is gericht ouderen meer gebruik te laten maken van welzijnsdiensten (Fokkema & van Tilburg 2005; Van den Elzen & Fokkema 2006).

Huisbezoekmethode

Een andere soortgelijke methode is de huisbezoekmethode voor de bredere doelgroep 'maatschappelijk geïsoleerde huishoudens en personen met een laag inkomen' (Brugman et. al. 1993). Deze methode streeft dubbele activering na; ze richt zich niet alleen op activering en participatie van de doelgroep maar ook op de activering van relevante organisaties. Dit laatste gebeurt bij *Activerend huisbezoek bij ouderen* impliciet ook, omdat organisaties worden uitgenodigd tot signaleren en worden bevraagd op hun aanbod (activiteiten, diensten) voor ouderen.

Omdat de hierboven beschreven methoden onvoldoende overeenkomen met de methode *Activerend huisbezoek* nemen we eventuele onderzoeken naar deze methoden niet mee als indirect bewijs (zie paragraaf 4.2 en bijlage 1).





1.10 Contactgegevens ontwikkelaar

Ontwikkelaar:

MOVISIE (voorheen NIZW)
Catharijnesingel 47
Utrecht

Auteurs

Gherie ter Steege en Kees Penninx
06 – 18 22 49 58
info@activage.nl

Contactpersoon

Annemarie van Bergen
030- 789 2067
a.vanbergen@movisie.nl

Website

http://www.movisie.nl/119299/def/home_/methoden/methoden_/het_heft_in_eigen_handen/

http://www.movisie.nl/116270/def/home_/publicaties/publicaties/het_heft_in_handen/





2. Onderbouwing

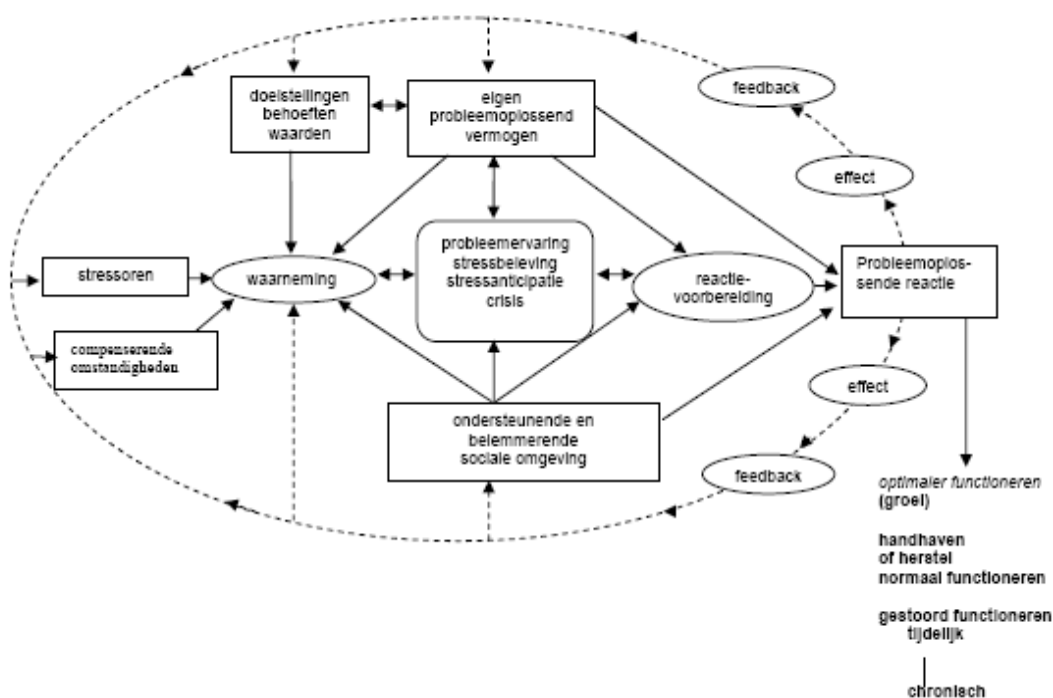
2.1 De ontwikkelgeschiedenis van de methode

In 1994 is gestart met het (inductief) ontwikkelen van de methode aan de hand van praktijkervaringen op vier proeflocaties (Roosendaal, Rotterdam, Amsterdam en Groesbeek). Bij de ontwikkeling van de cursus Activerend huisbezoek bij ouderen is intensief samengewerkt met een stafmedewerker van Odyssee Maatschappelijke Ontwikkeling.

2.2 Onderbouwing van de probleemanalyse, doel, doelgroep en aanpak

De ontwikkelaars geven aan dat zij als hulpmiddel voor de theoretische onderbouwing van de methode een combinatie van de gerontologische, gezondheidsbevorderende en sociaal-culturele benaderingswijze van Hosman et. al. (1988), Brugman et. al. (1993) en Spierts (1994) hebben gebruikt. Zij werken dit zelf niet expliciet verder uit in het praktijkboek (Ter Steege & Penninx 1997: 77). Hieronder volgt een toelichting die is gebaseerd op de oorspronkelijke documenten van Hosman et. al. en Brugman et. al.

Bij de probleemomschrijving verwijzen de ontwikkelaars naar Hosman, Van Doorn en Verburg (1988). Zij ontwikkelden een model waarin zij een specifieke invulling geven aan het algemene stressmodel voor de GGZ (zie figuur hieronder) .





Dit model geeft een aantal algemene factoren aan, zoals stressoren, competentie van het individu en een ondersteunende omgeving. Deze zijn van invloed op de wijze waarop mensen met een 'crisis' omgaan. Een crisis kan er toe leiden dat men een stoornis ontwikkelt. Ook is het mogelijk dat er niets gebeurt of dat mensen er van leren en er juist sterker uit tevoorschijn komen. Het eimodel laat de verschillende aangrijpingspunten zien die er zijn om een crisis aan te pakken. De preventiewerker kan kiezen aan welke factoren met een interventie een bijdrage geleverd wordt. De ontwikkelaars maken gebruik van dit eimodel voor de theoretische onderbouwing van de methode. Het model laat het cyclische proces zien dat zich afspeelt bij een ouderen bij het omgaan met stresserende levensomstandigheden en het verwezenlijken van eigen levensdoelen en behoeften met gebruikmaking van de sociale omgeving. Hieruit komen verschillende aangrijpingspunten voort om een crisis aan te pakken. Voor de aanpak van het bezoekwerk maken zij gebruik van onder andere kernwoorden als stressoren, compenserende omstandigheden, doelstellingen en behoeften, probleemoplossend vermogen en sociale participatie.

Voor de verantwoording van de gekozen doelen en aanpak verwijzen de ontwikkelaars naar Brugman, Engbersen, Tenhaeff en Winkels (1993). Zij stellen dat het in het beginsel de bedoeling is te starten bij die situaties waaraan de betrokkene zélf het meeste kan doen. Zij noemen dit de 'probleem-potentieaanpak'. Dit houdt in dat het vaak nodig is om te starten met iets wat redelijk simpel is. Het is bekend (uit de praktijk van het maatschappelijk werk en het motiveren van langdurig werklozen) dat een dergelijke eenvoudige start onmisbaar is voor het opbouwen van een vertrouwensbasis en voor het stimuleren van de eigen motivatie bij de cliënt.





3. Onderzoek praktijkervaringen

3.1 Uitvoerende organisaties

De methode Activerend huisbezoek bij ouderen is in 1997 geïntroduceerd. Eind 2000 werd ze op zo'n veertig plaatsen in Nederland toegepast (Huizing 2000). Dit gegeven wordt ondersteund door deskresearch van MOVISIE en een enquête onder Stichtingen Welzijn Ouderen (2009).

In deze gemeenten is de methode echter bekend onder verschillende projectnamen. De ontwikkelaars van de methode raden projectleiders namelijk aan om een bruikbare projectnaam te kiezen die past bij de lokale cultuur van de organisatie en de plaatselijke omstandigheden (Ter Steege & Penninx 1997).

De methode wordt veelal uitgevoerd door stichtingen Welzijn Ouderen, maar ook door Algemene Welzijnsinstellingen, vrijwilligersorganisaties en GGD en GGZ-instellingen. In een aantal gevallen wordt samengewerkt met de ouderenbond, een woningbouwvereniging, de Riagg, een vrijwilligerscentrale, het gezondheidscentrum of een vrijwilligersorganisatie (Bots 2001).

De hieronder beschreven praktijkervaringen van de professional en cliënt/burger zijn gebaseerd op de volgende publicaties:

1. *Ervaring leert. Drie jaar Activerend huisbezoek bij ouderen*, geschreven door Huizing, uitgegeven in 2000 door NIZW in Utrecht.

In deze brochure komen drie organisaties aan het woord die met de methode *Activerend huisbezoek bij ouderen* werken. Het is onduidelijk hoeveel respondenten zijn geïnterviewd. De ouderen zelf, de huisbezoekers en de projectleiders zijn geïnterviewd over hun ervaringen met de methode.

2. *Procesevaluatie huisbezoeken bij Turkse en Marokkaanse Ouderen*, geschreven door Klercq, uitgegeven door Odyssee (jaartal onbekend)

In deze procesevaluatie beoogt de coördinator die betrokken is bij het onderzoek inzicht te bieden in de opzet en uitvoering van vriendschappelijk en activerend huisbezoek onder Turkse en Marokkaanse ouderen. Ook draagt deze verklaringen aan voor het optreden of uitblijven van effecten. Hierbij is gebruik gemaakt van:

- documentenanalyse (van voortgangsrapportages en het oorspronkelijke plan)
- de ervaringen met het afnemen van schriftelijke vragenlijsten
- tussentijdse semigestructureerde groepsinterviews met vrijwilligers (uit het verslag is niet op te maken hoeveel groepsinterviews hebben plaatsgevonden en met hoeveel verschillende





vrijwilligers is gesproken).

- coachinggesprekken met projectmedewerkers en vertegenwoordigers van de betrokken organisaties (uit het verslag is niet op te maken hoeveel gesprekken hebben plaatsgevonden).

3. *Evaluatierapport Activerend huisbezoek*, geschreven door Drieman, uitgeven in 2002 door Humanitas.

Dit beknopte evaluatierapport is gebaseerd op het project *Activerend huisbezoek* dat Humanitas heeft uitgevoerd in Almere van juni 2000 tot juni 2002. Medewerkers van Humanitas voerden zelf evaluatiegesprekken met de ouderen. In de periode 2000-2001 hebben negen vrijwilligers vijftien personen ondersteund. Van 2001 tot 2002 hebben tien vrijwilligers 31 personen ondersteund.

4. De publicatie *Eenzaam op leeftijd. Interventies bij eenzame ouderen*, geschreven door Linnemann, Van Linschoten, Royers & Nitsche, uitgeven in 2001 door NIZW in Utrecht.

Deze publicatie is gebaseerd op literatuuronderzoek.

5. *De praktijkervaring met de methode Activerend Huisbezoek bij ouderen*, geschreven door Van der Zwet, uitgeven in 2009 door MOVISIE in Utrecht.

Dit betreft een verslag van een focusgroep met beroepskrachten en vrijwilligers. Vier coördinatoren en drie vrijwilligers Activerend huisbezoek namen deel aan een ongeveer drie uur durend groepsgesprek over de praktijkervaring met de methode. De focusgroep diende ter aanvulling op de beschikbare bronnen rondom praktijkervaring. Het gesprek was gericht op het in kaart brengen van verschillende valkuilen en succesfactoren.

3.2 Praktijkervaringen van de professional

Praktische toepasbaarheid

Uit interviews met projectleiders en vrijwilligers komt naar voren dat Activerend huisbezoek bij ouderen veel van beiden vraagt. Het is een vorm van gespecialiseerd vrijwilligerswerk; er dient flink in de vrijwilligers geïnvesteerd te worden qua opleiding en begeleiding. Dit maakt het voor beiden een arbeidsintensieve methode die continu reflectie vergt. Toch geven de huisbezoekers aan dat zij het gevoel hebben echt iets te kunnen doen voor de ouderen. Gewoon door er te zijn en goed te luisteren (Huizing, 2000).

Alhoewel de deelnemers aan de focusgroep het gespecialiseerde vrijwilligerswerk niet als een valkuil zien, blijken veel van de genoemde succesfactoren en valkuilen betrekking te hebben op de juiste aanpak en houding van de vrijwilliger ten opzichte van de oudere. Dit wijst erop dat het wel om gespecialiseerd vrijwilligerswerk gaat. Vermoedelijk ervaren de coördinatoren dit niet als





een valkuil omdat: 'vrijwilligers die niet kunnen werken met de methode vaak uit zichzelf stoppen met Activerend Huisbezoek. Hierdoor blijven diegenen over die voldoende capaciteiten hebben voor dit gespecialiseerde vrijwilligerswerk' (Van der Zwet, 2009).

De focusgroep bevestigde het algemene beeld dat organisaties de methode Activerend Huisbezoek soms ook voor andere doelen en doelgroepen inzetten dan het doel en de doelgroep die de ontwikkelaar omschrijft in het handboek. De coördinatoren passen de methode niet alleen toe met als doel te activeren, maar ook om, middels activering, de eenzaamheid te verminderen. Ook bieden organisaties de methode soms niet alleen aan ouderen maar ook aan jongeren aan. Verder werken sommige organisaties niet met vrijwilligers, maar met beroepskrachten (Van der Zwet, 2009).

Bereiken van de doelgroep

Het is moeilijk om de (juiste) doelgroep te bereiken. Veel van de valkuilen die uit de focusgroep naar boven kwamen hadden hierop betrekking. Ten eerste moet de methode niet worden toegepast als een oudere vooral aandacht wil en minder of niet gemotiveerd is om te veranderen. Inherent aan de individuele aanpak is immers dat de oudere bereid moet zijn om zelf iets aan zijn of haar situatie te veranderen. Bovendien is het niet alleen zeer belangrijk dat een oudere gemotiveerd is om te veranderen, maar ook dat hij of zij in staat is om te veranderen. Dit betekent dat Activerend Huisbezoek niet geschikt is voor ouderen met depressie of dementie. Ten tweede worden de zeer eenzame en geïsoleerde ouderen niet of heel lastig bereikt. Dit heeft te maken met het taboe dat op eenzaamheid rust: ouderen geven niet snel toe dat zij eenzaam zijn (Huizing, 2000; Van der Zwet, 2009).

In meerdere bronnen wordt door de coördinatoren benadrukt dat het combineren van de methode Signalerend huisbezoek (of welzijnsbezoek of inventariserend huisbezoek) of met de methode Signaleringsnetwerken met de methode Activerend huisbezoek een goede manier is om ervoor te zorgen dat moeilijk bereikbare ouderen systematisch worden opgezocht. Vervolgens is het belangrijk dat de oudere zelf kan kiezen voor vriendschappelijk contact (Vriendschappelijk huisbezoek) of activerende ondersteuning (Activerend huisbezoek) (Linnemann et al., 2001; Huizing, 2000; Van der Zwet, 2009).

Uit de procesevaluatie die Odyssee zelf uitvoerde blijkt dat huisbezoeken een aansprekende methode is voor allochtone zelforganisaties om de zorg voor ouderen in de gemeenschap zelf adequaat ter hand te nemen. Huisbezoekers fungeren dan als een soort brug tussen mantelzorgers en professionele zorgverleners. Instemming van kinderen of overige familie met de komst van een huisbezoeker is van groot belang gebleken. Wanneer deze instemming ontbrak werd de doelgroep niet goed bereikt (Klercq, jaartal onbekend).

Valkuilen

Het lukt niet alle vrijwilligers om zo systematisch te werken als de methode van hen vraagt. "Het bezoek loopt niet altijd zoals je het officieel geleerd hebt. Als iemand zijn hele verhaal wil vertellen, dan kun je wel tegen jezelf zeggen; nu moet ik open vragen stellen, nu moet ik dit en dat, maar ik vind dat je iemand op zo'n moment zijn gang moet laten gaan. Je moet daar niet tussenkomen met vragen", aldus een vrijwilliger (Huizing, 2000). Ook willen veel huisbezoekers graag concrete hulp bieden, zij moeten leren om eerst een goede analyse te maken voordat tot





daden wordt overgegaan. Vrijwilligers moeten bovendien verschillende rollen goed blijven onderscheiden; het is niet primair de bedoeling vriendschap te bieden of te bemiddelen naar diensten en voorzieningen. Wel vloeien beide vaak uit het huisbezoek voort. Een goede selectie en begeleiding van vrijwilligers is daarom erg belangrijk (Linnemann et al., 2001).

Het kan lastig zijn om allochtone vrijwilligers te werven voor Activerend huisbezoek. In eigen kring en in zelforganisaties is de maatschappelijke inzet groot. De (oudere) allochtonen zijn wel bereid zich in te zetten, maar vinden vaak geen aansluiting bij de traditionele Nederlandse organisaties (Klercq, jaartal onbekend).

Cruciale succesfactoren

Uit het *Evaluatierapport Activerend huisbezoek* (Drieman 2002) komt naar voren dat de keuze voor Activerend huisbezoek bewust gemaakt moet worden. De oudere kan -afhankelijk van de hulpvraag- beter af zijn met Vriendschappelijk huisbezoek. Volgens de ontwikkelaar hangt de keuze tussen Vriendschappelijk huisbezoek en Activerend huisbezoek vooral af van de competenties van de oudere: als deze niet meer in staat is om iets aan zijn situatie te veranderen en vooral last heeft van eenzaamheid is Vriendschappelijk huisbezoek meer op zijn plaats (persoonlijke communicatie met Kees Penninx op 23-07-2009; Van der Zwet, 2009).

Uit meerdere bronnen blijkt dat het belangrijk is dat de huisbezoeker niet allerlei oplossingen aandraagt, maar de oudere stimuleert om zelf oplossingen te zoeken die bij zijn/haar situatie passen. Tijdens de focusgroep werd deze succesfactor als volgt geformuleerd: 'de vrijwilliger blijft het tempo van de oudere volgen en kleine stappen nemen, maar blijft daarbinnen ook stimuleren en activeren'. Ook bleek uit de focusgroep dat de coördinatoren en vrijwilligers van mening zijn dat de methode vooral werkt door de gerichte aandacht en tijd die de vrijwilliger voor de oudere heeft. Dit in tegenstelling tot de professionals die vaak minder tijd hebben (Huizing, 2000; Van der Zwet, 2009).

Een andere belangrijke succesfactor die uit de focusgroep naar voren kwam is dat de coördinator moet zorgen voor een goede match tussen vrijwilliger en oudere. Bovendien moeten beiden ook de mogelijkheid hebben om het aan te geven als zij geen klik voelen en een andere match willen (Van der Zwet, 2009).

Ook een goede begeleiding van de vrijwilligers is een belangrijke succesfactor. Het is noodzakelijk dat de juiste vrijwilligers worden geselecteerd en dat zij trainingen, bijscholingen en intervisie krijgen aangeboden. Het onderling uitwisselen van ervaringen en kennis in het team is vanwege de individuele aanpak van Activerend huisbezoek cruciaal. Het team als leer- en werkplaats is dan ook een wezenlijk onderdeel van de methode (Ter Steege & Penninx, 1997; Van der Zwet, 2009).





3.3 Praktijkervaringen van de cliënt/burger

Uit het *Evaluatierapport Activerend huisbezoek* (Drieman 2002) blijkt dat ouderen de ondersteuning als positief ervaren en dat ze er veel aan hebben. Zij vonden het jammer dat de contacten moesten worden beëindigd, wel gaven zij aan weer zelfstandig verder te kunnen. Ouderen krijgen nieuwe moed door met hen te spreken over de eigen krachten en hun sterke kanten te benoemen.

In de brochure *Ervaring leert* (Huizing 2000) concludeert de auteur dat Activerend huisbezoek bij ouderen in een behoefte voorziet. De ervaringen van ouderen in de drie onderzochte gemeentes laten zien dat zij weer wat lucht krijgen als ze 'de zaken eens op een rijtje zetten' met een vrijwilliger. "De gesprekken zijn heel belangrijk voor me. Het was prettig om met haar te praten over wel of niet opereren. En over de conflicten met mijn dochter. Je kunt de dingen voor jezelf op een rijtje zetten. Het is sowieso fijn om met iemand te kunnen praten over andere dingen dat koetjes en kalfjes. Ik denk ook wel dat het bijdraagt aan mijn genezing", zo licht een tachtigjarige vrouw toe (Huizing 2000). Een vrijwilliger die kan luisteren, die af en toe kritische vragen stelt en die niet zijn eigen verhaal kwijt hoeft. Dat blijkt voor ouderen een zeer welkome aanvulling te zijn op al bestaande vormen van vrijwilligerswerk en op de professionele diensten van de ouderenadviseur.

3.4 Praktijkvoorbeeld

Er is geen volledige case-study beschikbaar, maar de volgende twee voorbeelden geven aan hoe *Activerend huisbezoek* kan verlopen.

Praktijkvoorbeeld 1

Een activerend huisbezoeker vertelt hoe ze een paar keer bij een vrouw is geweest die niet goed wist wat ze nu met haar woonsituatie aan moest. Ze is altijd alleen geweest. Ze heeft eerst haar ouders verzorgd en woont nu met haar broer voor wie ze ook zorgt. Ze zou daar best graag weg willen, naar een seniorenwoning, want het is een heel oud huis dat aan een opknopbeurt toe is. Maar haar broer wil beslist niet uit het huis en zij wil hem daar niet alleen achterlaten. Ze hikte ook nog tegen een heupoperatie aan. Ze woont in een dijkwoning waardoor ze veel moet traplopen. Ik heb met haar over deze situatie gesproken. Uiteindelijk heeft ze voor haar broer gekozen. Ze zegt nu heel duidelijk dat ze daar blijft wonen zolang haar broer leeft. Gelukkig gaat het weer wat beter met haar. Ze is aan haar heup geopereerd en ze is het huis een beetje aan het opknappen (Huizing 2000).

Praktijkvoorbeeld 2

Meneer B. is nog niet zo lang geleden weduwnaar geworden. Hij laat de boel de boel, en ligt alleen nog maar in bed. Een van de maaltijdrijders van het Ouderenwerk maakt zich ongerust. De coördinator *Activerend huisbezoek* gaat erop af voor een intakegesprek. De man blijkt zijn administratie helemaal verwaarloosd te hebben. Hij heeft teveel belasting betaald over de erfenis van zijn vrouw en hij weet niet meer hoe hij orde op zaken moet stellen. Zijn enige





dochter woont in het buitenland. Hij wil er wel iets aan doen, maar heeft zelf geen greep meer op zijn leven. Een van de huisbezoeksters heeft een eigen zaak gehad, en weet dus hoe ze een administratie moet voeren. Ze zet samen met meneer B. alles op een rijtje, en brengt hem in contact met een notaris die de erfeniskwestie gaat regelen. En ondertussen praten ze ook over wat het betekent om alleen te zijn, en hoe meneer B. zijn dagen invult. Aan het eind van de huisbezoeken is de administratie weer op orde en weet meneer B. hoe hij die zelf moet bijhouden. Daarnaast is het contact met de kerk hersteld, en krijgt hij bezoek vanuit de kerk. “De man kan weer zelf verder”, aldus de huisbezoeker (Huizing 2000).





4. Effectonderzoek

4.1 Directe aanwijzingen voor de effectiviteit

Er zijn effectonderzoeken naar activerend huisbezoek gevonden:

- *Effectevaluatie Activerend Huisbezoek Turkse en Marokkaanse oudere migranten*, geschreven door Chorus & Hopman-Rock, uitgegeven in 2006 door TNO in Leiden.
- *In Samenspraak. Bevordering van sociale participatie en preventies van eenzaamheid van ouderen in Ridderkerk*, geschreven door Kuilman, Kocken en van der Lee, uitgegeven in 2005 door GGD Rotterdam en omstreken.

Uitvoerder onderzoek Effectevaluatie Activerend Huisbezoek Turkse en Marokkaanse oudere migranten

TNO heeft effectonderzoek (Chorus & Hopman-Rock 2006) gedaan om na te gaan of de methode Activerend huisbezoek bij ouderen kan bijdragen aan het voorkomen van sociale uitval en isolement. Het onderzoek en de resultaten staan beschreven in *Effectevaluatie Activerend Huisbezoek Turkse en Marokkaanse oudere migranten* (Chorus & Hopman-Rock 2006).

Onderzoeksopzet

Het betreft hier een effectevaluatie op basis van een gerandomiseerde, gecontroleerde studie met voor- en nameting (zie de bijlage voor de kenmerken van dit onderzoek). TNO heeft de aanpak getest bij Turkse en Marokkaanse ouderen in het Rijnmondgebied, waarbij de interventiegroep *Activerend huisbezoek* kreeg aangeboden en de controlegroep *Vriendschappelijk huisbezoek*. De primaire uitkomstmaten waarop werd gemeten zijn: eenzaamheid, ervaren gezondheidstoestand en sociaal gedrag en secundaire uitkomstmaten: ervaren sociale steun en zelfredzaamheid. De gegevens zijn afkomstig uit mondelinge interviews in het Turks of Arabisch door professionele en speciaal getrainde interviewers van respectievelijk Turkse of Marokkaanse afkomst. De interviewers waren niet op de hoogte van het feit of de deelnemers tot de interventie- of de controlegroep waren toegewezen. De interviews vonden plaats op basis van een gestructureerde vragenlijst met gestandaardiseerde meetinstrumenten (zie bijlage 3). De voormeting vond plaats voorafgaand aan het huisbezoek. De nameting vond zes maanden na de start van het huisbezoek plaats. Er is geen follow-up gedaan.

Potentiële deelnemers, dat wil zeggen mensen van 50 jaar en ouder van Turkse of Marokkaanse afkomst, zijn benaderd via allochtone vrijwilligers (die dezelfde taal spreken en culturele achtergrond hebben) van lokale maatschappelijke organisaties. Hen werd gevraagd of ze gedurende een half jaar ondersteund wilden worden door een allochtone oudere (huisbezoeker) die hen geregeld thuis zou bezoeken. Nadat informed consent is verkregen zijn de deelnemers geïnterviewd en vervolgens random toegewezen aan de interventie- of controlegroep door middel van blokken van twee deelnemers. In totaal is bij 81 Turkse ouderen een voormeting gedaan. Tussen voor- en nameting zijn tien Turkse ouderen in de interventiegroep en negentien Turkse ouderen in de controlegroep uitgevallen. Er bleek sprake te zijn van selectieve uitval: onder de uitvallers kwam een hoger percentage voor van ouderen





met inwonende kinderen of ouderen inwonend bij kinderen vergeleken met de deelnemende ouderen. In totaal is bij 98 Marokkaanse ouderen een voormeting gedaan. Tussen voor- en nameting zijn drie Marokkaanse ouderen uit de interventiegroep en twee Marokkaanse ouderen uit de controlegroep uitgevallen. Bij de uitvoering van het onderzoek is samengewerkt met lokale organisaties om het onderzoek in te bedden in de praktijk. De vrijwilligers kregen door Odyssee de training *Activerend huisbezoek bij ouderen* aangeboden. Tevens werd de huisbezoeker geïnstrueerd om zich zoveel mogelijk aan het protocol te houden.

Resultaten

Met betrekking tot de Turkse ouderen laten de resultaten niet zien dat *Activerend huisbezoek* een gunstiger effect heeft op de eenzaamheid, sociale steun, gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, sociaal gedrag en zelfredzaamheid ten opzichte van *Vriendschappelijk huisbezoek* (Chorus en Hopman-Rock 2006: 17). Er zijn zelfs aanwijzingen gevonden voor een aantal negatieve effecten van Activerend huisbezoek op de eenzaamheid en ervaren steun. Deze resultaten kunnen door de grote uitval echter vertekend zijn, geven de onderzoekers aan. Met betrekking tot de Marokkaanse ouderen is een gunstiger effect van *Activerend huisbezoek* gevonden op de zelfredzaamheid bij vrouwen (Chorus en Hopman-Rock 2006: 25). De overige resultaten laten geen gunstiger effect van Activerend huisbezoek zien op eenzaamheid, sociale steun, gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven en sociaal gedrag ten opzichte van *Vriendschappelijk huisbezoek* (zie bijlage 3 voor de effectmaten).

Op basis van de bevindingen bij *Marokkaanse* ouderen concluderen de onderzoekers dat huisbezoek, ongeacht de methode, meerwaarde kan hebben voor het welzijn bij deze groepering. Voor de Turkse ouderen is deze conclusie (nog) niet te trekken op basis van dit onderzoek (Chorus en Hopman-Rock 2006: 31).

Kritische kanttekeningen

Ondanks de trainingen is het niet uitgesloten dat de methode *Activerend huisbezoek* niet modelgetrouw is toegepast, schrijven de onderzoekers. Omdat de vrijwilligers werden geworven uit hetzelfde netwerk kan het zijn dat zij onderling informatie en ervaring hebben uitgewisseld over de huisbezoeken. Hierdoor zijn de verschillen tussen de twee methoden mogelijk kleiner geworden (Chorus en Hopman-Rock 2006).

De volgende kanttekeningen worden niet vermeld door de onderzoekers, maar zijn zeker ook relevant. De onderzoekers hebben zich gericht op de vraag of de methode *Activerend huisbezoek bij ouderen* sociale uitval en isolement kan helpen voorkomen. Dit is opmerkelijk omdat dit niet het door de ontwikkelaars benoemde beoogde doel is van de methode.

Verder zijn de vrijwilligers willekeurig toebedeeld aan de twee verschillende trainingen, terwijl in de documentatie staat dat vrijwilligers voor Activerend huisbezoek bij ouderen moeten worden geselecteerd aan de hand van bepaalde criteria. Wanneer zij niet voldoen aan deze criteria wordt soms besloten hen als vrijwilliger *Vriendschappelijk huisbezoek* in te zetten. Uit de documentatie blijkt bovendien dat deelnemers aan *Activerend huisbezoek* onder andere moeten worden geselecteerd op hun motivatie om te veranderen. Dat is in dit onderzoek niet gebeurd.

Tot slot is het opvallend dat reeds na zes maanden een nameting is verricht (aangezien





Activerend huisbezoek tot maximaal een jaar kan worden aangeboden) en er geen latere nameting is gedaan.

Uitvoerder onderzoek In Samenspraak

Het project In Samenspraak is een samenwerkingsverband tussen de GGD Rotterdam en omgeving, de Stichting Welzijn Ouderen Ridderkerk en Context, Centrum voor GGZ preventie. Het is gesubsidieerd door ZonMw, programma preventie. Het onderzoek is uitgevoerd door de GGD Rotterdam en omgeving, sector Gezondheidsbevordering. In het rapport *In Samenspraak. Bevordering van sociale participatie en preventie van eenzaamheid van ouderen in Ridderkerk* (Kuilman, Kocken en van der Lee 2005) worden de resultaten besproken van het project.

Onderzoeksopzet

In dit onderzoek werd het effect van huisbezoek op de eenzaamheid, de psychische gezondheid, de sociale participatie en de omvang van het sociale netwerk geëvalueerd. Het ging hierbij om de effectiviteit van zowel de huisbezoeken als de activiteiten, die waren toegesneden op de behoefte van het individu. De evaluatie vond plaats door middel van een experimenteel, gerandomiseerd design (Randomized Controlled Trial). De alleenstaande zelfstandig wonende 55-plussers die in het behoefteonderzoek (de nulmeting) hebben aangegeven een vervolgbeszoek te willen, zijn willekeurig toebedeeld aan twee groepen: een experimentele groep en een controlegroep. De experimentele groep kreeg de interventie direct aangeboden en de controlegroep kreeg deze pas aangeboden na afloop van het project.

In de eerste fase van het project kreeg de experimentele groep gedurende vier tot vijf maanden *Activerend huisbezoek* aangeboden. Na afsluiting van de huisbezoeken is een eerste nameting afgenomen bij de experimentele en controlegroep. In de tweede fase van het project zijn verschillende activiteiten aangeboden, die aansloten op de behoefte van de cliënten. Ongeveer een jaar na de eerste meting is de tweede nameting gedaan. Daarna is er geen follow-up meting geweest.

De metingen zijn verricht met gestandaardiseerde instrumenten voor eenzaamheid, depressie en de algemene gezondheid (zie bijlage 4). Daarnaast is gevraagd naar de frequentie van sociale contacten (met onderscheid tussen ontvangen bezoek, afgelegde bezoeken, burenccontact, telefonisch contact en vrijwilligerscontact). Ook is gevraagd naar de deelname aan hobby's en activiteiten in de afgelopen zes maanden.

In totaal zijn 1405 personen benaderd voor een interview, waarvan uiteindelijk 1341 zijn bereikt. Hiervan deed bijna de helft mee aan het interview. Met name vrouwen van 71 tot 80 jaar doen mee aan het behoefte-interview. Mannen, gescheiden personen en ongehuwden zijn ondervertegenwoordigd in deze groep deelnemers aan het interview. Er is geen verschil gevonden in achtergrondkenmerken tussen de experimentele en controlegroep. In totaal gaven 244 personen aan behoefte te hebben aan huisbezoek. Hiervan zijn 123 personen at random ingedeeld in de experimentele groep en 121 personen in de controlegroep. Zij hebben echter niet allemaal huisbezoek ontvangen. Sommige respondenten (n=38) die aanvankelijk toestemden, hebben later geweigerd (subgroep 1). Sommige respondenten hebben één huisbezoek gehad (groep 2) en sommigen hebben twee of meer huisbezoeken gehad (groep 3). Uiteindelijk doorliepen 168 personen het hele traject en vielen 76 personen uit.





De analyses zijn uitgevoerd met behulp van SPSS/PC en SAS. Er is steeds getoetst of er een verschil is tussen de experimentele en controlegroep, of er een totaalverschil is tussen de drie metingen (onafhankelijk van in welke groep men zit) en of er een verschil is tussen de twee groepen in de loop van de tijd (verschil in verandering tussen de experimentele en controlegroep). Om te bepalen of het aantal huisbezoeken ook nog van invloed is geweest, is de experimentele groep ingedeeld in drie subgroepen.

Resultaten

Gedurende het project vermindert de eenzaamheid van zowel de experimentele groep als de controlegroep. Ook na de verdeling in subgroepen is bij alle groepen een vooruitgang waar te nemen. Opvallend is dat de experimentele groep er niet meer in eenzaamheid op vooruit gaat (dat wil zeggen minder eenzaam wordt) dan de controlegroep. Wel gaat de experimentele groep bij de eerste nameting aan meer activiteiten en hobby's deelnemen dan de controlegroep. Dit verschil blijft significant, maar loopt aan het einde iets terug. Het aantal afgelegde huisbezoeken blijkt hier geen invloed op te hebben gehad, want het verschil is bij verdeling in subgroepen niet meer terug te vinden. De subgroep met twee of meer huisbezoeken lijkt er in depressie op vooruit te zijn gegaan (dus minder depressief te zijn), maar dit effect is niet significant. De interventie *Activerend huisbezoek* is echter in strikte zin niet gerealiseerd. Hierdoor kunnen deze onderzoeksresultaten niet worden opgevat als aanwijzingen met betrekking tot de effectiviteit van *Activerend huisbezoek*.

Er zijn geen gegevens beschikbaar over de kosteneffectiviteit.

Kritische kanttekeningen

De onderzoekers geven aan dat de voor- en nametingen zelf mogelijk van invloed zijn geweest op de controlegroep. Hierbij kwam iemand aan huis de vragenlijst afnemen. De persoonlijke aandacht in de vorm van het thuis afnemen van de vragenlijst heeft mogelijk het verschil in effect vermindert.

Naar de huisbezoeken in het project is niet alleen kwantitatief onderzoek verricht. Ook is *kwalitatief* onderzoek verricht om na te gaan in hoeverre de interventie *Activerend huisbezoek* is gerealiseerd zoals bedoeld (modelgetrouwheid). Hieruit blijkt dat de huisbezoeker de cursus wel heeft gevolgd, maar dat desondanks de methode niet modelgetrouw heeft toegepast. Enerzijds had dit te maken met het feit dat de methode voor vrijwilligers moeilijk bleek toe te passen. Vaak was er daardoor sprake van *Vriendschappelijk* of *Signalerend* huisbezoek in plaats van *Activerend* huisbezoek. Anderzijds had dit te maken met de geringe behoefte onder de 55-plussers aan deze vorm van huisbezoek. Toch heeft de interviewer de oudere in een aantal gevallen gestimuleerd om mee te doen, omdat het goed zou zijn voor het onderzoek. Huisbezoekers gingen op pad met de opdracht *Activerend* huisbezoek te doen zonder dat zij duidelijk geïnstrueerd waren wat te doen als de respondent niet tot de doelgroep behoorde. Geconcludeerd kan worden dat uiteindelijk bij slechts twee 55-plussers uit de experimentele groep (van de 86) sprake was van *Activerend* huisbezoek in strikte zin. Uiteindelijk zijn dus vooral andere vormen van huisbezoek geëvalueerd.

Het is dan ook de vraag of er niet meer aandacht had moeten worden besteed aan de selectie van de doelgroep voor *Activerend huisbezoek*. In dit onderzoek was gekozen voor een





community benadering en omvatte de experimentele groep en de controlegroep een grote groep 55-plussers die zich zelf prima redt, niet eenzaam is en een sociaal actief leven leidt. Om die reden zal deze groep geen significant effect op hun zelfredzaamheid ondervinden bij *Activerend huisbezoek*. Vanwege de geringe behoefte aan *Activerend huisbezoek* op bevolkingsniveau zou deze methode naast preventief of vriendschappelijk huisbezoek moeten worden aangeboden.

4.2 Indirecte aanwijzingen voor de effectiviteit

Zoals uit 1.9 bleek zijn er in Nederland of in het buitenland geen methoden gevonden die vergelijkbaar genoeg zijn om onderzoek naar deze methoden mee te nemen als indirecte aanwijzingen voor de effectiviteit van activerend huisbezoek.





5. Conclusies

5.1 Samenvatting werkzame elementen

- de individuele benadering (1, 3)
- situatieverheldering; analyse van de situatie voordat tot actie wordt overgegaan (1, 3)
- perspectiefontwikkeling: het aanleren van andere manieren om stressvolle situaties het hoofd te bieden (1, 2, 3)
- actieondersteuning; systematische aandacht voor activering (1, 3)
- sociaal-emotionele ondersteuning (1, 3)
- behoud van autonomie (1, 2, 3)
- versterking van betrokkenheid bij omgeving (1, 2)
- probleem-potentieaanpak (1, 3)
- huisbezoekers als brug tussen mantelzorgers en professionele zorgverleners (3)

Verklaring classificatie veronderstelde werkzame elementen:

1 = Veronderstelling ontwikkelaar

2 = Wetenschappelijke of theoretische onderbouwing

3 = Praktijkervaringen

4 = Wetenschappelijk effectonderzoek.

Zie voor een toelichting de desbetreffende onderdelen van het werkblad.

5.2 Samenvatting effectonderzoek

Het onderzoek *Effectevaluatie Activerend Huisbezoek Turkse en Marokkaanse oudere migranten* (Chorus & Hopman-Rock 2006) betreft een experimenteel effectonderzoek in de praktijk, zonder follow up (Classificatie C). Het bevat directe aanwijzingen voor de effectiviteit. Op basis van de bevindingen bij Marokkaanse ouderen concluderen de onderzoekers dat huisbezoek (zowel Vriendschappelijk als Activerend huisbezoek) meerwaarde kan hebben voor het welzijn bij deze groepering. *Activerend* huisbezoek heeft daarbij nog een iets gunstiger effect op de zelfredzaamheid van Marokkaanse vrouwen. Voor de Turkse ouderen is deze conclusie (nog) niet te trekken op basis van dit onderzoek.

Het onderzoek *In Samenspraak. Bevordering van sociale participatie en preventies van eenzaamheid van ouderen in Ridderkerk* (Kuilman, Kocken en van der Lee 2005) betreft een experimenteel effectonderzoek in de praktijk, zonder follow up (Classificatie C). Hieruit blijkt dat huisbezoek een gunstig effect heeft op eenzaamheid. Het onderzoek bevat echter geen aanwijzingen voor de effectiviteit van *Activerend huisbezoek* in het bijzonder, doordat de interventie uiteindelijk onvoldoende is gerealiseerd (Kuilman, Kocken en van der Lee 2005: 28).





Verklaring classificatie voor typering onderzoeksopzet:

A = Experimenteel onderzoek in de praktijk en met *follow-up*

B = Quasi-experimenteel onderzoek in de praktijk en met *follow-up*

C = (Quasi-) experimenteel onderzoek, in de praktijk (zonder *follow-up*)

D = (Quasi-) experimenteel onderzoek, niet in de praktijk

E = Veranderingsonderzoek

F = *Monitoring*

Z = Geen van de voorgaande alternatieven.

Zie voor een toelichting bijlage 3.





6. Verantwoording

6.1 Zoeken en selecteren van literatuur

Zoekvraag en zoektermen

Wat is bekend over de aanpak, onderbouwing en toepassing in de praktijk van de methode *Activerend huisbezoek voor ouderen* en de effectiviteit van de methode op hun zelfredzaamheid, welbevinden en ervaren eenzaamheid?

Op basis van de volgende zoektermen is gezocht naar literatuur over de methode:

- Activerend huisbezoek/ home visits &
- Ouderen/ elderly &
- Nederland/ The Netherlands

Zoekstrategieën

Het beschikbare materiaal is opgevraagd bij de ontwikkelaar en aanbieder.

Er is gezocht in meerdere Nederlandse en internationale databanken:

- Catalogus MOVISIE
- Catalogus Vilans
- Catalogus Trimbos
- I-database (Loket gezond leven)
- Narcis (voorheen Darenet)
- HBO Kennisbank
- Ebsco en ProQuest :
 - Cochrane Database of Systematic Reviews
 - Cochrane Controlled Trials Register
 - Database of Abstracts of Reviews of Effects (bevat oa beide bovenstaande + Cochrane Database of Systematic Reviews)
 - Campbell Library of Systematic Reviews
 - SocINDEX
 - Sociological Abstracts with ProQuest Full-Text
 - Social Work abstracts
 - Social Services Abstracts
 - ERIC (education)
 - MEDLINE/PubMed
 - Francis (multidisciplinair)
 - IBSS (socaalwetenschappelijk)
 - PsychINFO
- De referenties van het reeds gevonden materiaal zijn gecheckt.
- Internetresearch

Selecteren van literatuur

Op basis van de titels en de abstracts is een eerste selectie gemaakt. Vervolgens zijn de mogelijk interessante artikelen aangevraagd, in Refworks gezet en doorgenomen en verder





geselecteerd. In Refworks zijn de oordelen en redenen voor exclusie genoteerd. De literatuur is als volgt geselecteerd: alleen publicaties in het Nederlands of Engels zijn meegenomen, alleen varianten van huisbezoek die door vrijwilligers (en niet door professionals zoals ouderenadviseurs of verpleegsters) worden uitgevoerd zijn in eerste instantie meegenomen (zoals vriendschappelijk of preventief/signalerend huisbezoek). Na bestudering van de literatuur bleken deze teveel te verschillen van *Activerend huisbezoek* en zijn ze niet meegenomen als (indirect) bewijs voor de effectiviteit. Zie 5.2 voor de geselecteerde literatuur

6.2 Literatuur

Bots, K. (2001). Zullen we dat samen eens gaan doen? Activerend huisbezoek op gang. *Vakwerk*, 11(2), 24-25.

Brugman, J., Engbersen, R., Tenhaeff, C. R., & Winkels, T. (1993). *Contact verbroken, contact hersteld. Huisbezoek als methode bij het doorbreken van maatschappelijk isolement*. Utrecht: NIZW.

Chorus, A. M. J., & Hopman-Rock, M. (2006). *Effectevaluatie Activerend Huisbezoek Turkse en Marokkaanse oudere migranten*. TNO rapport. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.

Cuijpers, P., & Willemse, G. (2005). *Preventie van depressie bij ouderen. Een overzicht van interventies*. No. AF0588). Utrecht: Trimbos-instituut.

Drieman, H. (2002). *Evaluatie Rapport. Activerend Huisbezoek. Juni 2000-juni 2002, Almere/Zeewolde*. Amsterdam: Humanitas.

Elzen, A. J., van den, & Fokkema, C. M. (2006). Huisbezoeken bij ouderen in Leiden: een onderzoek naar het effect op eenzaamheid. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 37(4), 142-146.

Fokkema, T., & Tilburg, T., van. (2005). *Eenzaam en dan? De (on)mogelijkheden van interventies bij ouderen. Eindrapportage aan de Stichting Sluyterman van Loo van een vergelijkend effect- en procesevaluatie-onderzoek naar interventies ter voorkoming van eenzaamheid onder ouderen*. Den Haag, Amsterdam: NIDI/VU.

Haastregt, J. C., van, Diederiks, J. P., Rossum, E., van, de Witte, L. P., & Crebolder, H. F. (2000). Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(7237), 754-758.

Hosman, C., Doorn, H., van, & Verburg, H. (1988). *Preventie in-zicht*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

Huizing, A. (2000). *Ervaring leert. Drie jaar Activerend huisbezoek bij ouderen*. Utrecht: NIZW.

Klercq, J. *HUTUMA. Procesevaluatie huisbezoeken bij Turkse en Marokkaanse Ouderen*.





Odyssee.

Kuilman, M., Kocken, P., & Lee, G., van der. (2005). *In Samenspraak. Bevordering van sociale participatie en preventie van eenzaamheid van ouderen in Ridderkerk*. Rotterdam: GGD Rotterdam en omstreken.

Linnemann, M., Linschoten, P., van, Royers, T., & Nitsche, B. (2001). *Eenzaam op leeftijd. Interventies bij eenzame ouderen*. Utrecht: NIZW.

Poort, E. C., Spijker, J., Dijkshoorn, H., & Verhoeff, A. P. (2001). *Turkse en Marokkaanse ouderen in Amsterdam: gezondheid, zelfredzaamheid en zorggebruik*. Amsterdam: Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Amsterdam, cluster Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering.

Spierts, M. (1994). *Balanceren en stimuleren. Methodisch handelen in het sociaal-cultureel werk*. Utrecht: Lemma.

Steege, G., ter, & Penninx, K. (1997). *'t Heft in handen. Praktijkboek Activerend huisbezoek bij ouderen*. Utrecht: NIZW.

Steege, G., ter, & Penninx, K. (2000). *'t Heft in handen. Praktijkboek Activerend huisbezoek bij ouderen*. Utrecht: NIZW.

Zwet, R., van der. (2009). *De praktijkervaring met de methode Activerend huisbezoek bij ouderen. Een verslag van een focusgroep met beroepskrachten en vrijwilligers*. Utrecht: MOVISIE.





Bijlage 1 – Toelichting effectonderzoek

Voor het vaststellen van de effectiviteit van methoden (onderdeel 4 van het werkblad) moet het onderzoek hiernaar systematisch in kaart worden gebracht (bijlagen 2 en 3).

Directe en indirecte aanwijzingen voor effectiviteit

Er zijn twee typen aanwijzingen voor de effectiviteit van een methode:

- **Directe aanwijzingen.** Resultaten uit onderzoek die betrekking hebben op precies die methode die in het onderhavige document is beschreven.
- **Indirecte aanwijzingen.** Resultaten uit onderzoek naar andere methoden met hetzelfde doel en dezelfde doelgroep en aanpak.
Deze worden hier verder aangeduid als 'soortgelijke methoden'. Het gaat hier om:
 - Resultaten uit onderzoek naar buitenlandse versies van de methode (zoals *Motivational interviewing*, de Amerikaanse variant van de Nederlandse Motiverende gespreksvoering).
 - Resultaten uit onderzoek naar de effectiviteit van Nederlandse methoden die tot hetzelfde type of dezelfde 'familie' behoren (zoals de Nederlandse activeringsmethoden die gebaseerd zijn op *Supported employment*).

Soms zijn er onvoldoende directe aanwijzingen of kunnen relevante indirecte aanwijzingen de directe aanwijzingen ondersteunen. Bij de selectie van soortgelijke methoden is maatgevend in hoeverre de methode in de kern overeenkomt met de beschreven methode. Wanneer dit niet duidelijk is of wanneer de methode te zeer verschilt, is er geen sprake van een soortgelijke methode en dus ook niet van indirect bewijs voor effect.

Wanneer een methode veelvuldig is onderzocht, is het aantal primaire onderzoeken soms te groot om binnen het kader van *Effectieve sociale interventies* te analyseren. Veelal zijn de primaire onderzoeken dan al geanalyseerd in *reviews* en metastudies. In dat geval gebruiken we de informatie uit deze overzichtsstudies. We volstaan dan met een globale analyse van de effectiviteit zoals gebleken uit de overzichtsstudies. Dit vullen we eventueel aan met een meer uitgebreide analyse van de (recente) primaire studies die (nog) niet in de overzichtsstudies zijn opgenomen.

Kenmerken effectonderzoek

Bij onderdeel 4 van het werkblad gaan we ervan uit dat er sprake is van een effectonderzoek wanneer er ten minste een meting heeft plaats gevonden dat een cijfermatige indicatie geeft van het effect van een methode. Onderzoek naar de door professionals, burgers en/of cliënten ervaren effectiviteit van een methode nemen we mee in onderdeel 3 van het werkblad.

Het methodologische gewicht van het effectonderzoek en de resultaten daarvan wordt onder meer bepaald door de aanwezigheid van een voor- en nameting, een controlegroep, de willekeurige samenstelling daarvan, de modelgetrouwheid van de methode en de uitvoering van een follow-upmeting. Het methodologische gewicht varieert van 'licht' effectonderzoek (monitoring- of veranderingsonderzoek) tot 'zwaar' effectonderzoek (Randomized Controlled Trial, RCT) en diverse vormen daar tussenin. Hoe 'zwaarder' het effectonderzoek, hoe 'harder' de uitspraken over de effectiviteit zijn. Dit wil niet zeggen dat er altijd gekozen moet worden voor zo zwaar mogelijk





effectonderzoek. Welk type effectonderzoek het meest passend is, hangt af van de kenmerken en het ontwikkelingsstadium van de methode en de beschikbare financiële middelen.

Bijlage 3 geeft een stapsgewijze uiteenzetting van de kenmerken per onderzoek en geeft een typering van de onderzoeksopzet. Het gaat daarbij om het objectief beschrijven van de kenmerken (onderdelen B t/m D). Externe deskundigen beoordelen in een later stadium de kwaliteit van het onderzoek (onderdelen E en F).

Gemeten effecten

In een tabel (bijlage 3, onderdeel G) worden de onderzoeksresultaten cijfermatig gepresenteerd. De onderzoeksresultaten kunnen aanwijzingen geven voor positieve, geen of negatieve effecten.

Uitkomstmaten

Effectonderzoeken beantwoorden een beperkt aantal vragen. De gestelde vragen worden aangeduid als 'uitkomstmaten'. Alleen op deze uitkomstmaten wordt een effect gemeten. Er kan alleen iets over effect gezegd worden voor zover het betrekking heeft op één van de onderzochte uitkomstmaten. In bijlage 3 wordt het effect dan ook per uitkomstmaat aangegeven.

Effectgrootte

De mate waarin een resultaat als positief is aan te merken, is mede afhankelijk van de effectgrootte. Tot voor kort werd het effect van een methode vooral uitgedrukt in een statistisch significant verschil tussen voor- en nameting, of tussen voor- en nameting en *follow-up*, of tussen de nameting van de experimentele en controlegroep. Een probleem bij deze aanpak is dat grote verschilscores in kleine groepen vaak niet significant zijn. Bij grote groepen kunnen heel kleine verschillen weliswaar als zeer significant uit de bus komen, maar praktisch gezien van weinig waarde zijn. De laatste jaren wordt er vaak voor gekozen om naast de statistische significantie ook de zogeheten effectgrootte *d* ('effectsize', ook wel aangeduid met ES) te rapporteren. Dit is een index die aangeeft hoe groot het waargenomen verschil is tussen voor- en nameting of tussen experimentele (interventie-) en controlegroep. Er bestaan verschillende formules voor het berekenen van *d*. De bekendste is¹:

$$d = \frac{\text{gemiddelde score nameting interventiegroep} - \text{gemiddelde score nameting controlegroep}}{\text{'gepoolde' standaarddeviatie van beide groepen}}$$

De formule voor het berekenen van de 'gepoolde' standaarddeviatie luidt daarbij als volgt:

$$\sqrt{\left((n_i - 1)sd_i^2 + (n_c - 1)sd_c^2 \right) / (n_i + n_c - 2)}$$

Hierbij staat de *i* voor interventiegroep of experimentgroep en de *c* voor controlegroep, *sd_i* en *sd_c* zijn de standaarddeviaties van respectievelijk de interventie- en controlegroep en *n_i* en *n_c* de steekproefgrootte van de interventie – en controlegroep.

¹ Zie Rossi, P.H., M.W. Lipsey & H.E. Freeman (2004). *Evaluation. A systematic approach* (7th ed.). Thousand Oaks: Sage.





De index wordt een positieve waarde toegekend als het effect bij de interventiegroep (experimentele groep) gunstiger is dan bij de controlegroep en een negatieve waarde als het effect voor de controlegroep gunstiger is. Vuistregel bij de betekenis van d of ES is als volgt:

d of ES groter dan of gelijk aan .20 = klein effect;
 d of ES groter dan of gelijk aan .50 = middelmatig effect;
 d of ES groter dan of gelijk aan .80 = groot effect.²

In sommige onderzoeksrapporten worden andere effectmaten gebruikt, in dat geval worden deze overgenomen.

² Zie o.a. Cohen, J (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.





Bijlage 2 – Overzicht onderzoeken en de hoofdkenmerken

Onderzoeken naar praktijkervaringen (deel 3)

Methodie	Onderzoek 1	Onderzoek 2	Onderzoek 3
Titel rapport	Ervaring leert. Drie jaar Activerend huisbezoek bij ouderen	Procesevaluatie huisbezoeken bij Turkse en Marokkaanse Ouderen	Evaluatierapport Activerend huisbezoek
Auteur	A. Huizing	J. Klercq	H. Drieman
Jaar	2000	Onbekend	2002
Onderzochte doelen	Praktijkervaringen	Opzet en uitvoering Activerend huisbezoek en vriendschappelijk huisbezoek	Praktijkervaringen
In het onderzoek betrokken doelgroep	Ouderen, huisbezoekers en coördinatoren	Huisbezoekers en coördinatoren	Ouderen
Aantal geïnccludeerde subjecten (n)	onbekend	onbekend	Ongeveer 45

Methodie	Onderzoek 4	Onderzoek 5
Titel rapport	Eenzaam op leeftijd. Interventies bij eenzame ouderen	De praktijkervaring met de methode Activerend huisbezoek bij ouderen. Een verslag van een focusgroep met beroepskrachten en vrijwilligers
Auteur	Linnemann, Van Linschoten, Royers & Nitsche	R. van der Zwet
Jaar	2001	2009
Onderzochte doelen	Praktijkervaringen	Praktijkervaringen
In het onderzoek	Literatuuronderzoek	coördinatoren en huisbezoekers





betrokken doelgroep		
Aantal geïnccludeerde subjecten (n)	literatuuronderzoek	7

Effectonderzoeken (deel 4)

Methodie	Onderzoek 1	Onderzoek 2
Titel rapport	Effectevaluatie Activerend Huisbezoek Turkse en Marokkaanse oudere migranten. TNO Leiden.	In samenspraak. Bevordering van sociale participatie en preventie van eenzaamheid van ouderen in Ridderkerk. GGD Rotterdam en omstreken.
Auteur	A. M. J. Chorus en M. Hopman-Rock.	M. Kuilman, P. Kocken & G. van der Lee
Jaar	2006	2005
Onderzoeks-Vraag	<ul style="list-style-type: none"> ▪ eenzaamheid ▪ ervaren sociale steun ▪ gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven ▪ sociaal gedrag ▪ zelfredzaamheid 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ eenzaamheid ▪ depressie ▪ algemene gezondheidstoestand ▪ sociaal netwerk ▪ sociale participatie
In het onderzoek betrokken doelgroep	Turkse en Marokkaanse ouderen van 50 jaar en ouder die een half jaar ondersteund wilden worden door een Turkse/ Marokkaanse huisbezoeker	Zelfstandig wonende alleenstaande 55-plussers die aangaven behoefte te hebben aan huisbezoek.
Aantal geïnccludeerde subjecten (n)	Turkse deelnemers: N=52 Marokkaanse deelnemers: N=93	N=168
Typering onderzoeksopzet (zie bijlage 3)	C	C





Bijlage 3 – Methodologische kenmerken en resultaten effectevaluatie *Activerend Huisbezoek Turkse en Marokkaanse oudere migranten*

A. Naam effectonderzoek: *Effectevaluatie Activerend Huisbezoek Turkse en Marokkaanse oudere migranten (Chorus & Hopman-Rock 2006).*

B. Waar en waarover het onderzoek is uitgevoerd

Kruis ja of nee aan.

		Ja	Nee
1	Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd.	X	
2	Het onderzoek betreft de hier beschreven Nederlandse methode (en niet een andere, soortgelijke methode of een buitenlandse variant).	X	

C. Typering methodologische kenmerken van het onderzoek

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

1	De meting is (mede) gericht op doelgroep, doelen en bijbehorende veronderstelde determinanten van de interventie.	X	
2	Er is een voormeting (voorafgaand aan / bij start van de interventie).	X	
3	Er is een nameting (aan het einde van de interventie).	X	
4	De resultaten zijn met een statistische techniek geanalyseerd en op significantie getoetst.	X	

5	Er is een experimentele en een controleconditie.	X	
---	--	---	--

6	Er is minimaal zes maanden na einde interventie een <i>follow-up</i> .		
---	--	--	--

7	De resultaten hebben een praktische relevantie.		X
8	Het onderzoek is uitgevoerd in een situatie die vergelijkbaar is met de dagelijkse praktijk van de uitvoering van de interventie ('externe validiteit').		X

9	De experimentele en de controlegroep zijn <i>at random</i> samengesteld.		X
---	--	--	---





Typering opzet

Kruis aan van welk type de opzet is op basis van de aangekruiste antwoorden in het bovenstaande schema. Alle antwoorden in de aangegeven *range* moeten aangekruist zijn.

	Z	Geen van de onderstaande alternatieven					
	F	<i>Monitoring</i>	1,3			7-8	
	E	Veranderingsonderzoek	1-4		(6)	7-8	
	D	Onderzoek met (quasi-)experimenteel <i>design</i> (niet in de praktijk)	1-4	5	(6)		(9)
X	C	Onderzoek met (quasi-)experimenteel <i>design</i> in de praktijk (zonder <i>follow-up</i>)	1-4	5		7-8	(9)
	B	Onderzoek met quasi-experimenteel <i>design</i> in de praktijk en met <i>follow-up</i>	1-4	5	6	7-8	
	A	Onderzoek met experimenteel <i>design</i> in de praktijk en met <i>follow-up</i>	1-4	5	6	7-8	9

Typering overige methodologische kenmerken:

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

	11	Er is een controlegroep zonder interventie met de methode en/of met de gebruikelijke zorg.
X	12	Er is een controlegroep met interventie met een gespecificeerde andere, duidelijk gespecificeerde methode.
X	13	De experimentele en de controlegroep zijn <i>at random</i> samengesteld.
	14	Het <i>design</i> bevat een herhaalde N=1-opzet met een baseline-controleconditie.
X	15	Het onderzoek is uitgevoerd door anderen dan de ontwikkelaars of de aanbieders van de methode.
X	16	De uitval/non-respons van subjecten tussen de meetmomenten is gespecificeerd (omvang en specifieke eigenschappen).
X	17	De representativiteit van de geïncludeerde subjecten is bepaald.
X	18	De implementatiegetrouwheid is bepaald (i.e. nagegaan is wat de mate is waarin het protocol, de handleiding of de methodiek getrouw is gevolgd - ook wel behandelingsintegriteit, 'treatment integrity' of 'fidelity' genoemd).





D. Eventuele toelichting op scores onder C.

De vrijwilligers kregen door Odyssee de training Activerend huisbezoek aangeboden. Tevens werd de huisbezoeker geïnstrueerd om zich zoveel mogelijk aan het protocol te houden. Toch is het niet uitgesloten dat de methode Activerend huisbezoek niet modelgetrouw is toegepast, schrijven de onderzoekers. Omdat de vrijwilligers werden geworven uit hetzelfde netwerk, hebben zij mogelijk onderling informatie en ervaringen uitgewisseld over de huisbezoeken. Hierdoor zijn de verschillen tussen de twee methoden mogelijk kleiner geworden.

E. Overzicht van het effect per uitkomstmaat

Onderzoek 1	Uitkomstmaat 1	Uitkomstmaat 2	Uitkomstmaat 3	Uitkomstmaat 4	Uitkomstmaat 5
Omschrijving uitkomstmaat*	Eenzaamheid	ervaren sociale steun	Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven	sociaal gedrag	Zelfredzaamheid
Meetinstrument**	Eenzaamheidschaal (de Jong - Gierveld & Kamphuis 1985)	SSL12-I (Sociale Steun Lijst Interactieve versie)	SF-12 gesplitst in een fysieke component (PCS) en een mentale component (MCS)	Groningse Vragenlijst voor Sociaal Gedrag	ADL en HDL indicatoren zoals gebruikt in het Amsterdamse onderzoek van Poort et al. (2001)
Effectsize ***	Zie de twee onderstaande tabellen (Chorus & Hopman-Rock 2006: 18 en 27)	Zie de twee onderstaande tabellen (Chorus & Hopman-Rock 2006: 18 en 27)	Zie de twee onderstaande tabellen (Chorus & Hopman-Rock 2006: 18 en 27)	Zie de twee onderstaande tabellen (Chorus & Hopman-Rock 2006: 18 en 27)	Zie de twee onderstaande tabellen (Chorus & Hopman-Rock 2006: 18 en 27)

* Waarop is effect gemeten

** Met welk instrument is effect gemeten, bv. vragenlijst x

*** Mogelijkheden:

d of ES groter dan of gelijk aan .20 = klein effect = 1;

d of ES groter dan of gelijk aan .50 = middelmatig effect = 2;

d of ES groter dan of gelijk aan .80 = groot effect = 3.

Negatief effect wordt aangeduid met een -1, -2 of -3.

Geen effect = 0.

Zie voor toelichting bijlage 1.



Tabel 3.2 Effecten van het Activerend Huisbezoek bij Turkse ouders: eerste en tweede meting in de controlegroep (Vriendschappelijk Huisbezoek) en de interventiegroep (Activerend Huisbezoek) en verschillen tussen beide groepen

	Controle*			Interventie*			Verschil in verandering			P
	n	na-voor	n	na-voor	n	na-voor	Gem.	F		
Emotionele eenzaamheid (hogere score=slechter)	20	1,90	2,14	0,24	29	2,66	2,77	0,11	0,317	0,577
Sociale eenzaamheid (hogere score=slechter)	22	3,32	2,95	-0,37	27	3,11	3,83	0,72	2,964	0,093
Eenzaamheid (totaal) (hogere score=slechter)	22	5,23	5,14	-0,09	30	5,77	6,50	0,73	0,451	0,506
Ervaren sociale steun (SSL12-I) (hogere score=beter)	22	8,86	8,04	-0,82	29	7,45	7,20	-0,25	0,080	0,927
Alledaagse steun	22	8,27	7,48	-0,79	28	7,57	7,53	-0,04	0,170	0,882
Steun bij problemen	22	8,23	7,05	-1,18	29	7,79	6,83	-0,96	0,203	0,655
Waardering door anderen										
Fysieke gezondheid (PCS) (hogere score=beter)	21	37,42	38,48	1,06	27	39,67	37,95	-1,72	1,959	0,170
Psychisch welbevinden (MCS) (hogere score=beter)	21	46,17	44,69	-1,48	27	44,05	43,59	-0,46	0,074	0,787
MHI-5 (psychische gezondheid SF-36) (hogere score=beter)	22	54,77	57,09	2,32	30	51,07	49,07	-2,00	1,181	0,283
Sociaal gedrag (GVSG-45) (hogere score=slechter)	15	9,73	10,38	0,65	22	10,45	12,31	1,86	3,100	0,096
Relatieproblemen met vaste partner	20	11,65	12,14	0,49	29	11,62	12,41	0,79	0,30	0,875
Relatieproblemen met kinderen ouder dan 15 jaar	20	12,05	11,90	-0,15	29	12,10	12,93	0,83	0,368	0,548
Relatieproblemen met vrienden	17	12,41	11,45	-0,96	23	12,78	12,88	0,10	0,208	0,653
Rolbeperkingen in huishouding	22	12,91	11,86	-1,05	30	13,17	13,34	0,17	1,22	0,730
Problemen met functioneren in vrije tijd										
ADL/HDL (hogere score=meer beperkingen)	22	0,82	0,73	-0,09	30	0,50	0,57	0,07	1,054	0,310
beperkingen persoonlijke verzorging	22	0,82	0,91	0,09	30	0,77	0,70	-0,07	0,805	0,805
beperkingen mobiliteit	22	1,64	1,64	0,00	30	1,27	1,27	0,00	1,181	0,576
totale ADL/HDL beperkingen										

* n=aantal personen; voor=eerste meting; na=tweede meting; na-voor=verandering tussen voor- en nameting (d.w.z. tussen de eerste en tweede meting; Gem.= gemiddelde; P=statistische significantie van het verschil tussen interventie- en controlegroep (ANCOVA met correctie voor leeftijd, verblijfsduur in NL, en moskeebezoek)

Tabel 4.2 Effecten van het Activerend Huisbezoek bij Marokkaanse ouders: voor- en nameting in de controlegroep (Vriendschappelijk Huisbezoek) en de interventiegroep (Activerend Huisbezoek) en verschillen tussen beide groepen

	Controle*			Interventie*			Verschil in verandering			P	
	n	voor	na	na-voor	n	voor	na	na-voor	Gem.		F
Emotionele eenzaamheid (hogere score=slechter)	47	3,43	1,89	-1,54	46	3,89	2,72	-1,17	0,37	0,970	0,327
Sociale eenzaamheid (hogere score=slechter)	47	2,80	1,17	-1,62	46	3,48	2,28	-1,20	0,42	0,423	0,517
Eenzaamheid (totaal) (hogere score=slechter)	47	6,23	3,07	-3,20	46	7,37	5,00	-2,37	0,83	0,905	0,344
Ervaren sociale steun (SSL12-) (hogere score=beter)	47	11,38	13,54	2,24	46	10,74	11,33	0,59	-1,65	4,070	0,047
Allidaagse steun	47	9,94	12,60	2,74	46	9,07	10,54	1,48	-1,26	3,192	0,077
Waardering door anderen	47	9,45	11,46	2,07	46	8,78	9,80	1,02	-1,05	2,298	0,133
Fysieke gezondheid (PCS) (hogere score=beter)	47	39,69	41,23	1,68	46	40,15	39,79	-0,36	-2,04	1,755	0,189
Psychisch welbevinden (MCS) (hogere score=beter)	47	46,76	54,88	8,32	46	43,60	48,58	4,97	-3,35	1,419	0,237
MHI-5 (psychische gezondheid SF-36) (hogere score=beter)	47	61,70	74,14	12,87	46	54,00	64,17	10,17	-2,70	0,227	0,635
Sociaal gedrag (GVSG-45) (hogere score=slechter)	45	7,11	6,57	-0,45	39	8,00	7,00	-1,00	-0,55	1,118	0,294
Relatieproblemen met vaste partner	46	8,26	8,27	0,01	46	8,91	9,33	0,42	0,41	0,080	0,778
Relatieproblemen met kinderen ouder dan 15 jaar	46	12,35	10,58	-1,83	40	12,85	11,00	-2,00	-0,17	0,029	0,865
Relatieproblemen met vrienden	11	10,73	9,36	-1,60	10	10,20	11,50	-0,22	1,38	0,928	0,351
Problemen met functioneren in vrije tijd	47	13,26	10,50	-2,76	46	14,15	11,78	-2,37	0,39	0,372	0,543
ADL/HDL (hogere score=meer beperkingen)	47	0,00	0,00	0,00	46	0,22	0,15	-0,07	-0,07	0,655	0,420
beperkingen persoonlijke verzorging	47	0,26	0,15	-0,11	46	0,63	0,15	-0,48	-0,37	3,494	0,065
totale ADL/HDL beperkingen	47	0,26	0,15	-0,11	46	0,85	0,30	-0,54	-0,43	3,471	0,066

*n=aantal personen; voor=eerste meting; na=tweede meting; na-voor=verandering tussen voor- en nameting (d.w.z. tussen de eerste en tweede meting; Gem.= gemiddelde; P=statistische significantie van het verschil tussen interventie- en controlegroep (ANCOVA; met correctie voor omvang huishouden)





Bijlage 4 Methodologische kenmerken en resultaten effectonderzoek *In Samenspraak*

A. Naam onderzoek: *In Samenspraak. Bevordering van sociale participatie en preventies van eenzaamheid van ouderen in Ridderkerk (Kuilman, Kocken, & van der Lee 2005).*

B. Waar en waarover het onderzoek is uitgevoerd

Kruis ja of nee aan

		Ja	Nee
1	Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd.	X	
2	Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse methode (en niet een andere, soortgelijke methode of een buitenlandse variant).	X	

C. Typering methodologische kenmerken van het onderzoek

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

1	De meting is (mede) gericht op doelgroep, doelen en bijbehorende veronderstelde determinanten van de interventie.	X	
2	Er is een voormeting (voorafgaand aan / bij start van de interventie).	X	
3	Er is een nameting (aan het einde van de interventie).	X	
4	De resultaten zijn met een statistische techniek geanalyseerd en op significantie getoetst.	X	
5	Er is een experimentele en een controle-conditie.	X	
6	Er is een experimentele en een controle-conditie.		
7	De resultaten hebben een praktische relevantie		X
8	Het onderzoek is uitgevoerd in een situatie die vergelijkbaar is met de dagelijkse praktijk van de uitvoering van de interventie ('externe validiteit').		X
9	Er is een experimentele en een controle-conditie.		X





Typering opzet:

Kruis aan van welk type de opzet is op basis van de aangekruiste antwoorden in het bovenstaande schema. Alle antwoorden in de aangegeven range moeten aangekruist zijn.

	Z	Geen van de onderstaande alternatieven					
	E	Veranderingsonderzoek	1-4 1-4 1-4 1-4		6 6	7-8 7-8	
	D	Onderzoek met (quasi-)experimenteel design (niet in de praktijk)	1-4 1-4	5 5	6		
X	C	Onderzoek met (quasi-)experimenteel design in de praktijk (zonder follow-up)	1-4	5		7-8	
	B	Onderzoek met quasi-experimenteel design in de praktijk en met follow-up	1-4	5	6	7-8	
	A	Onderzoek met experimenteel design in de praktijk en met follow-up	1-4	5	6	7-8	9

Typering overige methodologische kenmerken:

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

X	11	Er is een controlegroep zonder interventie met de methode en/of met de gebruikelijke zorg.
	12	Er is een controlegroep met interventie met een gespecificeerde andere, duidelijk gespecificeerde methode.
X	13	De experimentele en de controlegroep zijn 'at random' samengesteld.
	14	Het design bevat een herhaalde N=1-opzet met een baseline-controleconditie.
X	15	Het onderzoek is uitgevoerd door anderen dan de ontwikkelaars of de aanbieders van de methode.
X	16	De uitval/non-respons van subjecten tussen de meetmomenten is gespecificeerd (omvang en specifieke eigenschappen).
X	17	De representativiteit van de geïnccludeerde subjecten is bepaald.
X	18	De implementatiegetrouwheid is bepaald (i.e. nagegaan is wat de mate is waarin het protocol, de handleiding of de methodiek getrouw is gevolgd - ook wel behandelingsintegriteit, 'treatment integrity' of 'fidelity' genoemd).





Typering overige methodologische kenmerken:

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

D. Eventuele toelichting op scores onder C.

Naar de in het project gerealiseerde huisbezoeken is kwalitatief onderzoek verricht naar de vraag of de interventie *Activerend huisbezoek* is gerealiseerd zoals bedoeld. De huisbezoeker heeft de cursus gevolgd, maar de methode is niet modelgetrouw toegepast. Enerzijds had dit te maken met het feit dat de methodiek voor vrijwilligers moeilijk bleek toe te passen. Vaak was er sprake van vriendschappelijk of signalerend huisbezoek. Bij slechts twee 55-plussers uit de experimentele groep (van de 86) was sprake van *Activerend huisbezoek* in strikte zin. Anderzijds had dit te maken met de geringe behoefte onder de 55-plussers aan deze vorm van huisbezoek. Ondanks de beperkte behoefte heeft de interviewer de oudere in een aantal gevallen gestimuleerd om mee te doen, omdat het goed zou zijn voor het onderzoek (de grootte van de onderzoekspopulatie). Huisbezoekers gingen op pad met de opdracht *Activerend huisbezoek* te doen zonder duidelijke instructie over wat te doen als de respondent niet tot de doelgroep behoorde. In eerste instantie was het project gericht op het evalueren van het effect van *Activerend huisbezoek*. Uiteindelijk zijn echter vooral andere vormen van huisbezoek geëvalueerd.

E. Overzicht van het effect per uitkomstmaat

Onderzoek 1	Uitkomstmaat 1	Uitkomstmaat 2	Uitkomstmaat 3	Uitkomstmaat 4	Uitkomstmaat 5	Uitkomstmaat 6
Omschrijving uitkomstmaat*	Eenzaamheid	depressie	algemene gezondheids-toestand	sociaal netwerk	sociale participatie	Attitude, eigen effectiviteit en sociale invloed
Meet-instrument**	Eenzaamheids-schaal van de Jong-Gierveld (De Jong – Gierveld en Van Tilburg 1999)	CESD (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) (Radloff 1977)	SF20 (MOS short-form general health survey)	-	-	-
Effectsize***	Zie de twee onderstaan-	Zie onderstaan-	Zie onderstaan-	Zie onderstaan-	Zie onderstaan-	Zie onderstaande





	de tabel (Kuilman, Kocken en van der Lee 2005: 23-24)	de tabel (Kuilman, Kocken en van der Lee 2005: 23-24)	de tabel (Kuilman, Kocken en van der Lee 2005: 23-24)	de tabel (Kuilman, Kocken en van der Lee 2005: 23-24)	de tabel (Kuilman, Kocken en van der Lee 2005: 23-24)	tabel (Kuilman, Kocken en van der Lee 2005: 23-24)
--	---	---	---	---	---	---

* Waarop is effect gemeten

** Met welk instrument is effect gemeten, bv. vragenlijst x

*** Mogelijkheden:

d of ES groter of gelijk aan .20 = klein effect = 1;

d of ES groter of gelijk aan .50 = middelmatig effect = 2;

d of ES groter of gelijk aan .80 = groot effect = 3.

Negatief effect wordt aangeduid met een -1, -2 of -3.

Geen effect = 0.

Tabel 2.11: Gemiddelde waarden op T0, T1, en T2 voor de experimentele groep die geen huisbezoek (n=15), 1 huisbezoek (n=30) of twee huisbezoeken of meer (n=36) heeft gehad en de controle groep (n=87), de B's voor de verschillende experimentele groepen ten opzichte van de controle groep en het bijbehorende significantie niveau voor verschil tussen groepen.

		Exp, 0 hb	Exp, 1 hb	Exp, ≥2hb	Contr	Exp 0 hb tov C	Exp 1 hb tov C	Exp ≥2hb tov C	significantie
eenzaamheid	T0	2.67	2.93	5.85	3.92	-0.86	-0.48	1.71	0.005
	T1	2.40	2.77	4.24	3.08				
	T2	2.33	2.83	4.97	2.90				
depressie	T0	8.60	10.37	17.55	12.24	-2.13	-1.80	3.72	0.02
	T1	10.60	9.83	14.42	12.93				
	T2	10.60	10.60	15.07	11.02				
sociale participatie (aantal activiteiten)	T0	6.33	7.33	5.55	7.01	0.21	0.91	-1.07	ns
	T1	7.93	8.13	5.97	6.51				
	T2	7.07	7.97	5.97	7.18				
sociale participatie, activiteiten score	T0	12.27	14.60	11.36	14.14	-0.07	1.38	-2.25	ns
	T1	15.53	15.87	12.00	13.56				
	T2	14.27	15.93	12.15	14.56				
sociale contacten ¹	T0	4.60	4.90	4.73	4.62	0.05	0.20	0.10	ns
	T1	4.80	4.87	4.91	4.61				
	T2	4.73	4.83	4.67	4.76				
sociale contacten ²	T0	11.13	12.00	10.45	11.31	-0.05	0.55	-1.07	0.04
	T1	11.13	11.83	10.61	11.30				
	T2	11.80	12.03	9.97	11.62				
sociale contacten ³	T0	15.07	16.07	14.70	15.36	-0.08	0.56	-0.99	ns
	T1	15.40	15.93	14.76	15.28				
	T2	15.60	15.97	13.91	15.67				
attitude	T0	16.07	16.17	15.22	15.74	-0.29	0.20	-0.70	ns
	T1	14.57	15.66	14.73	15.61				
	T2	15.00	15.37	14.77	15.31				
sociale invloed	T0	30.27	33.93	25.03	31.28	-2.18	0.62	-3.33	ns
	T1	24.71	29.41	26.67	28.89				
	T2	30.33	30.57	30.60	32.00				
eigen effectiviteit	T0	4.87	4.83	6.12	5.16	-0.51	-0.15	0.57	0.06
	T1	4.64	5.79	6.18	5.63				
	T2	5.87	5.97	6.23	6.16				

¹ bezoek van familie, vrienden, kennissen of vrijwilliger

² bezoek van familie, vrienden, kennissen of vrijwilliger en contact buren

³ bezoek van familie, vrienden, kennissen of vrijwilliger, contact buren en telefonisch contact

