

SOCIALE INTERVENTIES GERICHT OP HET VERMINDEREN OF UITSTELLEN VAN HULPBEHOEVENDHEID BIJ KWETSBARE OUDEREN

*Deelrapport in het kader van de voorstudie “Vernieuwing van
gezondheidszorg voor kwetsbare ouderen” , gefinancierd door de Stichting
Preventie, Vroegdiagnostiek en e-Health*

Saskia Welschen, Fleur Thomése

24 januari 2016

Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
I NAAR EEN WOONOMGEVING DIE GOED IS VOOR KWETSBARE OUDEREN.....	4
1. Omgevingseffecten op redzaamheid	4
2. Omgevingsgerichte interventies	6
Stedelijk niveau	6
Wijk en buurtniveau	8
II SOCIALE INTERVENTIES VOOR KWETSBARE OUDEREN.....	10
1. Sociale netwerkinterventies; nadruk op terugdringen sociaal isolement	11
2. Integrated care	15
Integrated or whole-system models	15
Case management.....	16
Huisbezoeken	17
Bibliografie	18
BIJLAGE: werkwijze.....	21

Inleiding

Steeds meer ouderen blijven in een (semi-)zelfstandige woning als hun kwetsbaarheid toeneemt. Thuiszorg is niet altijd beschikbaar of geïndiceerd. Dit betekent dat ouderen ondersteuning en hulpbronnen buiten de reguliere zorg moeten vinden om een goede kwaliteit van leven te behouden terwijl zij met beperkingen of hulpbehoefendheid te maken hebben. In deze deelstudie hebben we gezocht naar sociale interventies die hier aan kunnen bijdragen.

Eenzijds is dit een zeer brede vraag: we kijken naar interventies in het sociale en welzijnsdomein die zijn gericht op ouderen en naar veranderbare sociale factoren in de omgeving van ouderen. Er zijn verschillende relevante uitkomsten en factoren. De interventies kunnen betrekking hebben op het voorkomen of vertragen van *functieverlies (disablement)* of op het voorkomen of uitstellen van (meer) formele zorg. Om dit te bereiken is de zelfredzaamheid van ouderen van belang, en die zelfredzaamheid / autonomie wordt beïnvloed door fysieke, cognitieve, psychische en sociale factoren. Daarnaast is het van belang maatschappelijke participatie te bevorderen van ouderen met beperkingen. Maatschappelijke participatie en gezondheid hebben een wederzijds versterkend effect; aan de ene kant vormen gezondheidsproblemen een mogelijke belemmering voor participatie, aan de andere kant kan een lage maatschappelijke participatie weer leiden tot (nieuwe) gezondheidsproblemen. Uiteindelijk is dit van invloed op de kwaliteit van leven van ouderen (Rantanen et al. 2014). Functiebeperkingen en multimorbiditeit kunnen de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van ouderen belemmeren, waardoor hun kwaliteit van leven afneemt en het risico op sociaal isolement op de loer ligt. De opeenstapeling van tekorten op zowel fysiek als sociaal terrein maakt kwetsbaar. Interventies kunnen direct op dergelijke factoren aangrijpen, of ze kunnen de woonomgeving en sociale omgeving (informele zorg) versterken waardoor kwetsbare ouderen langer zelfredzaam blijven.

Anderzijds zijn de mogelijkheden voor beantwoording van de vraag beperkt: vooral in het sociale domein zijn (nog) weinig effectmetingen uitgevoerd en gepubliceerd. Interventies staan vaak in de kinderschoenen en het is in het sociale domein minder gebruikelijk en mogelijk om effectstudies uit te voeren, in vergelijking met de (medische) zorg. We werpen het net daarom zo wijd mogelijk en systematisch uit om relevante effectmetingen te vinden. We hebben ons beperkt tot onderzochte interventies. In Nederland is al veel informatie over lopende initiatieven bereikbaar via Vilans (In voor Zorg) en Movisie.

De rapportage heeft twee delen: een over interventies en factoren in de woonomgeving en een over sociale interventies gericht op ouderen. Momenteel loopt er aan de VU een literatuurstudie naar interventies gericht op ondersteuning van informele zorg. Deze bevindingen komen binnen enkele maanden beschikbaar.

I NAAR EEN WOONOMGEVING DIE GOED IS VOOR KWETSBARE OUDEREN

Er is een lange traditie in het zoeken naar omgevingskenmerken die relevant zijn voor gezondheid. We bespreken enkele belangrijke onderdelen. Ten eerste (paragraaf 1) is steeds meer epidemiologisch onderzoek ook gericht op gezondheid en redzaamheid van ouderen in een stedelijke omgeving. Op het terrein van interventies, ten tweede, (paragraaf 2), is de Age-Friendly Communities (of –cities; AFC) beweging vanuit de World Health Organization in opkomst. Er is nog weinig onderzoek naar dit netwerk van steden en gemeentelijke beleidsmaatregelen gericht op ouderenvriendelijke gemeenten. Onderzoek naar interventies in de woonomgeving die gericht zijn op langer zelfstandig wonen of bevorderen van redzaamheid van ouderen is sowieso beperkt.

1. Omgevingseffecten op redzaamheid

Veiligheid, aanwezigheid van faciliteiten, een mooie omgeving en toegankelijkheid (*walkability*) in de buurt bevorderen redzaamheid van ouderen. Arme buurten missen vaak dergelijke mogelijkheden en hebben daarnaast soms gebrekkige voorzieningen. Mede hierdoor zijn ouderen in armere buurten gemiddeld minder redzaam. Allochtone ouderen zijn redzamer als zij in een buurt met veel andere allochtonen wonen.

In onderzoek naar omgevingseffecten op redzaamheid valt onderscheid te maken tussen effecten van de bevolkingssamenstelling, van *fysieke kenmerken* van de woonomgeving en van voorzieningen in de buurt. Uitkomstmaten zijn doorgaans gezondheidsindicatoren, mobiliteit en een enkele keer sociale integratie of sociaal kapitaal. De meeste onderzoeken geven aan dat (**perceptie van**) **veiligheid, aanwezigheid van faciliteiten, een mooie omgeving, toegankelijkheid** (o.a. goede verbindingen tussen straten) en **transportmogelijkheden** een positief verband hebben met de redzaamheid van ouderen (3, 4). Kwetsbare ouderen vinden toegankelijkheid, veiligheid en voorzieningen belangrijk, niet kwetsbare ouderen hechten meer aan relaties en leefbaarheid (17). Chronische patiënten participeren meer in veilige, goed voorziene buurten doordat zij daar meer contacten hebben (9).

Wat betreft de *samenstelling* van buurten blijkt de **sociaal-economische status van buurtbewoners** een consistente voorspeller van verschillende gezondheidsuitkomsten en functionele en mobiliteitsbeperkingen (4, 5, 12, 13). Dit komt gedeeltelijk door een verband van armoede met hogere criminaliteit en onveiligheid (15). Zoals ook al in het overzicht van kwetsbaarheid naar voren kwam, rapporteren bewoners van armere buurten ook vaker tekorten aan zorg (13).

Etnische diversiteit geeft een gemengd beeld. Oudere bewoners van buurten met een groter aandeel etnische minderheden of Afrikaanse Amerikanen zijn vaker ongezond en beperkt in hun mobiliteit (15). Maar ouderen uit de betreffende groepen zijn juist gezonder als zij in buurten wonen met hogere concentraties van de etnische groep waar zij toe behoren (3, 4, 5,

15). Ook zijn ouderen gezonder in buurten met een grotere concentratie van ouderen. Het is mogelijk dat in zulke buurten betere voorzieningen zijn, waardoor de gezondheid beter is (4).

Het is bijzonder moeilijk om aan te tonen *waardoor* geografische gezondheidsverschillen ontstaan. De meeste onderzoeken kunnen niet aangeven of de verschillen in redzaamheid ontstaan door selectie (in arme buurten wonen veel arme mensen en arme mensen zijn relatief ongezond) of dat er ook invloeden in de buurt zelf zijn (bijvoorbeeld: er zijn minder voorzieningen in arme buurten). Dat is van belang voor de keuze van interventies. Als effecten zijn verbonden aan de buurt, heeft het meer zin om de omgeving aan te pakken dan als de effecten zijn te verklaren uit selectie. Dan kan interventie beter worden gericht op de ouderen zelf. In dat laatste geval kan een gebiedsgerichte benadering overigens wel zinvol zijn, omdat voorzieningen kunnen worden geplaatst waar de behoefte het grootst is.

Wat betreft omgevingskenmerken kan de aanwezigheid van **voorzieningen** in een buurt deels verklaren waardoor ouderen in armere buurten ongezonder zijn. Zeker in de Amerikaanse situatie, waar veel onderzoek vandaan komt, hebben armere buurten vaak slechtere voorzieningen (2). Het gaat dan om gezondheidszorg en welzijnsvoorzieningen, maar ook supermarkten, parken en openbaar vervoer. Goede zorg en beschikbaarheid van mogelijkheden voor een gezonde leefstijl hebben direct invloed op de redzaamheid. Daarnaast zijn voorzieningen zoals parken en winkels ook bestemmingen die bevorderen dat ouderen de deur uitgaan (1, 3). Daarbij is van belang dat de voorzieningen wel bereikbaar zijn, zeker voor sociaal kwetsbare ouderen, die ze het meest nodig hebben (2).

Onderzoek naar *fysieke kenmerken* van de buurt richt zich vooral op mobiliteit en veiligheid: “**walkability**” door voldoende en voldoende vlakke stoepen, ook voor mensen met hulpmiddelen; goed afgestelde verkeerslichten, voldoende rustplaatsen, etc.; goede verlichting 's avonds. Er zijn aanwijzingen dat dergelijke kenmerken de gezondheid van ouderen bevorderen. Zo blijken oudere mannen minder depressief te zijn in buurten met goede *walkability* (1). Er zijn geen eenduidige effecten gevonden op wandelgedrag van ouderen (7). Het is dus niet duidelijk waardoor effecten ontstaan.

Samenvattend kunnen we wijzen op een mogelijke cumulatie van nadelen in de armere buurten: concentratie van minder gezonde mensen en gebrekkige voorzieningen versterken een negatief effect op gezond gedrag en gezondheidsuitkomsten. Daarbij kunnen ouderen juist in die buurten vaak beperkt beroep doen om mensen in hun omgeving voor hulp. Omgekeerd kunnen juist interventies in zulke buurten wellicht een groot effect hebben. Het is dan wel van belang om rekening te houden met gunstige effecten van wonen tussen veel mensen van dezelfde etnische groep.

2. Omgevingsgerichte interventies

Omgevingsgerichte interventies zetten in op hetzij een geïntegreerde beleidsaanpak van lokale fysieke en sociale condities voor langer thuis wonen (Age Friendly Communities, woonservicegebieden), hetzij versterken van de formele en informele netwerken van kwetsbare ouderen (Even Buurten, Aging Well At Home, stadsdorpen). De beperkte evaluaties wijzen op (mogelijke) versterking van leefbaarheid en regie, maar gezondheidseffecten en effecten op zorggebruik zijn nauwelijks gevonden. Alleen de woonservicegebieden lijken zelfstandig wonen te bevorderen en zorggebruik te beperken.

Omgevingsgerichte interventies zijn in te delen naar stedelijk (gemeentelijk), wijk – of stadsdeel- en buurtniveau. Op elk van die niveaus vinden interessante initiatieven plaats, die echter nog niet of nauwelijks zijn onderzocht (8).

Stedelijk niveau

Op stedelijk niveau is een reeks van “leeftijdsvriendelijke”(Age Friendly) programma’s gestart die beogen om een samenhangende infrastructuur en voorzieningen te ontwikkelen dat bijdraagt aan actieve participatie, waardering en steun voor ouderen (19). Het meest opvallend hiervan en ook de enige met een wereldwijd bereik is **het Age Friendly Communities** netwerk (agefriendlyworld.org). Het netwerk is in 2010 opgericht door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), en beoogt deelnemende gemeenten te verbinden, evaluatie van leeftijdsvriendelijke initiatieven te bevorderen en technische steun te bieden. In juli 2015 omvatte het netwerk 28 landen in de wereld met 256 deelnemende steden en gemeenten. De benodigde en genomen maatregelen zijn daardoor zeer verschillend. Deelnemende gemeenten verbinden zich aan een proces van voortdurende verbetering van hun beleid (5). Het netwerk biedt informatie en mogelijkheden voor uitwisseling. De gemeente Amsterdam maakt deel uit van het netwerk.

Recent is literatuuronderzoek gedaan naar kenmerken en succesfactoren van Age Friendly Communities (18). Twee vallen op. Ten eerste is er aandacht voor de samenhang tussen de sociale en de fysieke omgeving. Een goed begaanbare omgeving heeft geen zin als de oudere bewoners niets hebben om heen te gaan, of zelfs hun huis niet uit kunnen komen, terwijl omgekeerd sociale voorzieningen geen effect hebben als ze niet bereikbaar zijn. Ten tweede zetten Age Friendly initiatieven vaak in op samenhang en samenwerking tussen organisaties en sectoren. Vaak heeft de (semi-)overheid een belangrijke rol, maar ook NGO’s, onderzoeksinstellingen en grassroots organisaties zijn van belang. Participatie van de ouderen en hun verzorgers om initiatieven te ontplooiën die aansluiten bij hun behoeften en mogelijkheden. Het is niet duidelijk in hoeverre dergelijke samenwerking noodzakelijk is om een leeftijdsvriendelijke omgeving te creëren.

Drie *valkuilen* van een Age Friendly benadering worden regelmatig genoemd: het veronachtzamen van macrosociale invloeden, het ontbreken van een multigenerationeel

perspectief en de gebrekkige evaluatie van interventies (18, 19, 20). Om met het eerste te beginnen: veel problemen van kwetsbare ouderen in stedelijke buurten zijn verbonden met processen van ongelijkheid en mondialisering (20). Vooral de cumulatie van achterstanden bij ouderen in armere buurten met beperkte voorzieningen is onderdeel van bredere sociale en economische bewegingen waardoor sommige buurten, stadsdelen of zelfs hele steden een opeenstapeling van problemen kennen die lastig zijn te verhelpen. De ongelijkheid in Nederland is bepaald kleiner dan in de Verenigde Staten en Engeland, waar veel onderzoek vandaan komt. Niettemin tekent zich ook in Amsterdam een geografische scheiding af, waarbij de westelijke, noordelijke en zuidoostelijke randen van de stad in veel opzichten achterblijven bij de overige delen. Het is dan van belang om de sociale kwetsbaarheid van ouderen een belangrijke plaats te geven en om oog te hebben voor complexe problematiek. Net als in andere landen in Nederland meestal weinig samenhang tussen stedelijke planning en zorgen voor ouderen. In Nederland houdt Platform 31 zich wel bezig met kennisontwikkeling en experimenten rond wonen en zorg en met demografische aspecten van vergrijzing en verstedelijking.

Een tweede valkuil is een overmaat aan aandacht voor ouderen ten koste van andere leeftijdsgroepen in dezelfde omgeving. "Age Friendly" betekent letterlijk ook vriendelijk voor (alle) leeftijden. Een omgeving die alleen op ouderen is gericht, kan onvriendelijk zijn voor andere leeftijdsgroepen. Dit speelt met name tussen jongeren en ouderen, die vaak tegengestelde behoeften hebben. Intergenerationele projecten kunnen hierin behulpzaam zijn. Ook kan een te grote nadruk op de geschiktheid voor ouderen in tegenspraak zijn met economische belangen in een stad(sdeel), waar bijvoorbeeld veel verkeer is of activiteiten voor jongere bezoekers worden georganiseerd. Het project GenPhilly in Philadelphia zet juist jongeren en organisaties buiten de ouderenzorg in om nieuwe interventies te ontwikkelen die bijdragen aan grotere leefbaarheid voor ouderen en andere groepen. Dit kan leiden tot enerzijds creatieve oplossingen en anderzijds grotere bedrijvigheid in de lokale omgeving. Mogelijk kan een tegenstelling tot andere (leeftijds)groepen gaan spelen bij de organisatie van dementievriendelijke omgevingen (dementievriendelijk.nl). Tegelijk wordt ook vastgesteld dat een ouderenvriendelijke omgeving goed kan zijn voor andere groepen die belang hebben bij een begaanbare infrastructuur en goede sociale voorzieningen, zoals gehandicapten en ouders met jonge kinderen.

Voor vrijwel alle interventies geldt ten derde dat er nauwelijks onderzoek gedaan wordt naar de effectiviteit of overdraagbaarheid naar een andere omgeving (stad). Gedeeltelijk is onderzoek ook moeilijk, doordat het interventies zijn die soms pas na lange tijd of met een lange omweg effect sorteren. Er zijn echter ook weinig instrumenten om groepen ouderen of gebieden te monitoren. Het AdvantAge Initiatief in de VS vormt daarop een uitzondering. Het initiatief omvat een onderzoek onder ouderen naar hun ervaringen met vier beleidsterreinen (huisvesting en veiligheid; gezondheid; onafhankelijkheid voor kwetsbare ouderen; en mogelijkheden voor participatie). Er zijn vijf stadia van activiteiten die de leefbaarheid kunnen vergroten. Het initiatief gebruikt 33 indicatoren om de interventies te monitoren en te evalueren (19).

Wijk en buurtniveau

Op wijk- en buurtniveau vonden wij drie interventies die zijn onderzocht: Even Buurten in Rotterdam, woonservicegebieden in Nederland en Aging Well At Home in de Verenigde Staten. Daarnaast zijn er verschillende initiatieven in opkomst.

- In Nederland wordt steeds meer geëxperimenteerd met wijkgerichte benaderingen, waarbij voorzieningen in geografische eenheden gepland en georganiseerd worden. De verwachting is dat hierdoor effectief gepland en samengewerkt kan worden. In Nederland zijn verschillende **woonservicegebieden** geëvalueerd (23). Het betreft hier een diversiteit aan wijkgerichte benaderingen waar wonen en zorg worden gecombineerd. Er zijn aanwijzingen dat ouderen in die woonservicegebieden langer zelfstandig wonen. Er zijn nauwelijks verschillen gevonden tussen de gezondheid en mate van welbevinden van ouderen in woonservicegebieden en ouderen in vergelijkbare gebieden. Wel kunnen ouderen in woonservicegebieden beter omgaan met ziekte en gezondheid. Met betrekking tot het welbevinden en gezondheid van ouderen wordt gevonden dat:
 - Het effect op psychische problemen minder sterk is naarmate beperkingen toenemen;
 - Bij toenemende kwetsbaarheid copingproblemen minder snel stijgen;
 - Bij toenemende beperkingen (gerelateerd aan stemmingsproblemen en geheugenfuncties) de copingproblemen minder snel stijgen en de kwaliteit van het contact met andere mensen minder snel achteruit gaat;
 - Bij toenemende kwetsbaarheid het welbevinden minder snel afneemt.

Wijkgerichte interventie: Even buurten

Even buurten is een transitie-experiment dat werd gefinancierd door het Nationaal Programma Ouderenzorg. De aanpak kenmerkt zich door het 'opsporen' van kwetsbare ouderen, het investeren in sociale netwerken en het verbinden van het zorg en welzijnsaanbod. Dit gebeurt in zes stappen, vanaf identificatie van mogelijkheden en problemen in de wijk en bij de oudere tot individuele en wijkgerichte oplossingen zoeken, evalueren en borgen. Belangrijk kenmerk is dat informele wijknetwerken en individuele wijkbewoners uitdrukkelijk onderdeel uitmaken van de integrale benadering (21). Tegelijk lijkt juist die samenwerking moeilijk te realiseren. Dit wordt aangevoerd als een van de verklaringen waardoor effecten op welbevinden of gezondheid van de ouderen na een jaar niet zijn gevonden (22). Wel bevestigt het onderzoek andere bevindingen dat sociale cohesie en gevoelens van veiligheid samenhangen met gezondheid.

Wijkgerichte interventie: Aging well at Home (AWAH)

AWAH is een Amerikaans programma in Boston dat eveneens inzet op versterken van lokale bindingen (10). Dit gebeurt via de "community liaison", "warm houses" en gemeenschapsfora. De liaison was een staflid dat gedurende kantoortijden actief en passief contact de ouderen hielp met oplossen van dagelijkse problemen en grotere crises. De warme huizen werden opengesteld door buurtgenoten voor mensen van alle leeftijden. Er werd van alles georganiseerd, van koffie drinken tot optredens. De gemeenschapsfora ondersteunden de netwerken en behandelden verschillende aspecten van thuis ouder worden. Interviews met 33 participanten laten zien dat na negen maanden de ervaren stress

was verminderd, maar er waren geen effecten op eenzaamheid of depressie. De participanten meldden wel sterkere regie en verbondenheid.

Er zijn geen aanwijzingen dat ouderen in woonservicegebieden meer gebruik maken van informele zorg dan daarbuiten. Ook is er vrijwel geen verschil in de zorgconsumptie per persoon (bij gelijke kwetsbaarheid). Wel is het aantal ziekenhuisopnames van ouderen in (of woonachtig in) woonservicegebieden significant lager dan daarbuiten. Ook gebruiken ouderen in beter aangepaste woningen minder thuiszorg. Berekeningen wijzen uit dat met de inrichting van woonservicegebieden een bescheiden doelmatigheidswinst geboekt kan worden.

Er zijn verschillende andere *varianten van gebiedsgericht werken*, maar die zijn (nog) niet onderzocht. In de Verenigde Staten is bijvoorbeeld de “Naturally Occurring Retirement Community” (NORC) in opkomst. Oorspronkelijk sloeg deze term op gebieden waar onbedoeld veel ouderen woonden zonder dat er veel voorzieningen waren. Steeds meer wordt de term gebuikt voor verbeteren van de ouderenvoorzieningen in gebieden met veel ouderen (10). Een andere beweging komt vanuit ouderen (en soms andere buurtbewoners) zelf: de “Villages” of stadsdorpen. Mensen organiseren zich in buurtnetwerken die zich verbinden aan onderlinge activiteiten, hulpbereidheid en soms ook inkoop van voorzieningen. Het gaat in de VS voornamelijk om relatief jonge, hoger opgeleide ouderen (10). In Nederland lijkt dit ook het geval. Amsterdam kent inmiddels meer dan twintig stadsdorpen. Zij zijn nog niet geëvalueerd. Het is ook nog niet mogelijk om na te gaan hoe de stadsdorpen functioneren als veel leden kwetsbaar worden.

II SOCIALE INTERVENTIES VOOR KWETSBARE OUDEREN

Als het gaat om toekomstgerichte innovatie in de zorg voor ouderen, zo stelt de Wereld Gezondheidsorganisatie (25), dan zijn relaties tussen personen en de bereidheid en mogelijkheid van mensen om elkaar te helpen cruciaal. Sociale interventies zijn daarom vaak gericht op het versterken van sociale relaties rondom de oudere. Daarin is een belangrijke rol weggelegd voor vrijwilligheid en wederkerigheid –bijvoorbeeld jongeren die als vrijwilliger ‘gekoppeld worden’ aan ouderen, ouderen die zich verenigen in zorgdorpen en taken voor elkaar verrichten.

De precieze afbakening van de literatuur over sociale interventies roept lastige vragen op, zoals: wanneer noemen we een interventie sociaal? Is dat het geval als de aard van de interventie zelf, het instrument, sociaal is in plaats van bijvoorbeeld medisch? Of wanneer de doelstellingen van de interventie sociaal zijn (waarbij medische, gezondheidsuitkomsten een indirect doel kunnen zijn)? In deze studie richten we ons op interventies die *buiten tussenkomst van de professionele (medische) zorg* bijdragen aan de levenskwaliteit en aan het langer zelfstandig wonen van ouderen. (paragraaf 1)

Sociale interventies kunnen onderdeel zijn van complexe, multicomponent interventies, die Beswick et al. beschrijven als ‘*a combination of interdisciplinary teamwork for health and social problems*’ (26:725) (paragraaf 2). Whitehead et al. (27) gaan bijvoorbeeld in op ‘restorative’ of re-ablement home care services; vaak zijn dit bredere programma’s met meerdere onderdelen, waaronder training in dagelijkse activiteiten, educatie over zelfmanagement, ondersteuning bij het opbouwen van een sociaal netwerk, en het voorzien in techniek/ ondersteunende apparatuur (27: 2). Veel sociale interventies maken deel uit van een bredere aanpak, die ook uit medische interventies bestaat. Dat is het geval in de verschillende modellen van geïntegreerde zorg, waarin medische- en welzijnsdisciplines worden samengebracht. Naar de effectiviteit van geïntegreerde zorgmodellen is relatief veel onderzoek gedaan, waarover wij in een apart paper verslag doen. Voor een dieper inzicht in sociale interventies is de literatuur over complexe, geïntegreerde interventies minder bruikbaar, omdat de sociale component meestal onderbelicht is. Voor de onderstaande rapportage is een selectie gemaakt van literatuur naar de effectiviteit van op zichzelf staande, daadwerkelijk *sociale* interventies.

1. Sociale netwerkinderventies; nadruk op terugdringen sociaal isolement

Actieve participatie, participatie in groepsverband en continuïteit zijn factoren die succes van sociale interventies bepalen. Daarnaast ondersteunt een signaleringsfunctie richting formele voorzieningen de kans dat de interventies daadwerkelijk zelfstandigheid bevorderen.

Verschillende in de literatuur beschreven sociale interventies richten zich op het bevorderen van actieve maatschappelijke participatie en sociale interactie, om de negatieve spiraal richting kwetsbaarheid te doorbreken. Zogenaamde 'sociale netwerkinderventies' zijn erop gericht om sociale participatie te bevorderen en sociaal isolement te verminderen. Interventies kunnen gericht zijn op het versterken van het sociale netwerk of op het bieden van activiteiten/tijdsbesteding – of een combinatie van deze doelstellingen.¹ Uit de literatuur is bekend dat interventies gericht op het verminderen van sociaal isolement bij ouderen gemengde resultaten hebben (29:135). Greaves et al. stellen echter dat op basis van de literatuur wel degelijk 'werkende elementen' van interventies ter bevordering van sociale participatie aan te wijzen zijn.

'Passieve', 1-op-1 interventies: matching van oudere en (oudere) vrijwilliger

Vrijwilligers (in de leeftijd 65+) ouderen met ernstige mobiliteitsproblemen helpen gedurende een langere periode met activiteiten buiten de deur (30). Het voornaamste effect van deze interventie was een positiever gevoel van deelnemers over hun capaciteiten, en ervoeren gevoelens van vervulling en ontspanning. In het Senior Companion Program (SCP bezoekt een vrijwilliger (die zelf lagere SES heeft en 60+ is) een oudere twee keer per week en biedt daarbij vooral sociale steun (31). De onderzoekers constateren dat er op de korte termijn een klein, maar betekenisvol effect van de interventie te zien is, maar dat er op de lange termijn geen effect is op gezondheid, functiebeperkingen, kwaliteit van leven en welzijn.

Het beeld dat uit de literatuur naar voren komt is dat sociale interventies het meest succesvol zijn wanneer de oudere wordt gestimuleerd tot actieve participatie. Interventies met een meer passief format, zoals huisbezoeken door professionals of vrijwilligers, hebben een veel bescheidener effect (29:135). Als de oudere een betekenisvolle sociale rol aanneemt en actief betrokken is bij de lokale gemeenschap, is er een positieve impact te hebben op gezondheid en kwaliteit van leven. Positieve gezondheidsuitkomsten voor ouderen kunnen te maken

¹ Oberon (28) maakt een onderverdeling van verschillende categorieën interventies: 1. Activiteiten, educatie en tijdsbesteding, 2. Netwerkversterking en ondersteuning, 3. Organisatorische ondersteuning, 4. Outreachende interventies (eg huisbezoeken) 5. Zorg- en hulpverlening

hebben met een ‘gevoel van regie en met betekenisvolle sociale betrokkenheid’ (32:727). Verschillende studies beschrijven de effecten van interventies waarbij ouderen gestimuleerd worden om deel te nemen aan activiteiten op het creatieve vlak. Creatieve activiteiten leveren volgens deze studies een positieve bijdrage aan gezond/vitaal ouder worden; vanwege het heilzame psychologische effect, en de bijdrage aan sociale netwerkvorming. De gezondheidseffecten van specifieke creatieve interventies zijn echter nog niet goed onderzocht (29:135). Het inzetten van mentoren –begeleiders die bij voorkeur dezelfde achtergrond hebben als de deelnemer- bij sociale interventies zorgt er volgens Greaves et al. dat interventies eerder bijdragen aan het vergroten de kwaliteit van leven. De inzet van mentoren kan daarnaast bijdragen aan het bewerkstelligen van gedragsveranderingen onder ouderen (29: 135).

Daarnaast is een interventie in **groepsverband** effectiever dan een 1-op-1 interventie (33). Verder is er het belang van **continuïteit**: het meeste succes is te behalen met interventies waar ouderen gedurende langere tijd regelmatig mee bezig zijn, of die een vervolgelement op de langere termijn bevatten (29, 34). Daarnaast omvatten succesvolle interventies elementen van ‘**gate –keeping**’ (problemen herkennen en mensen doorverwijzen naar de juiste dienstverlening) (29:135).

Creatieve interventies: koorzingen (VS)

Cohen et al. (32) deden een quasi-experimentele effectmeting naar de invloed van het zingen en optreden in een koor in de VS op de gezondheid van 65-plussers. De deelnemers – gemiddelde leeftijd 80 jaar en zonder al te grote gezondheidsproblemen- beoordeelden hun eigen gezondheid positiever, ondernamen meer activiteiten, ervoeren een toenemend gevoel van regie en een snellere afname van eenzaamheid dan de controlegroep (p. 731). Op medisch/ fysiek vlak constateerden de onderzoekers dat doktersbezoek en medicijngebruik weliswaar niet afnamen, maar wel minder snel stegen, en dat deelnemers minder valincidenten hadden dan niet-deelnemers. Cohen et al. constateren dat het zingen in een koor daadwerkelijk gezondheidsbevorderende en preventieve effecten heeft, waardoor het risico op langdurige zorg afneemt.

Creatieve interventies: Upstream Healthy Living Centre (UK)

Het ‘Upstream Healthy Living Centre’ is een complexe interventie waarbij onder begeleiding van een mentor creatieve activiteiten werden gestimuleerd (29). Onder intensieve, geïndividualiseerde begeleiding van een mentor (die zich actief richt op het bepalen van de individuele behoeften van de deelnemer) werd door een groep ouderen met meervoudige gezondheidsproblemen (gemiddelde leeftijd 77 jaar) een breed programma van creatieve activiteiten gevolgd. Ouderen die mobiel waren namen deel aan groepsactiviteiten, ouderen met mobiliteitsproblemen kregen thuis een interventie aangeboden. In eerste instantie had de interventie vooral positief effect op de

psychologische gezondheid: algeheel welzijn en depressie. Maar in een latere fase bleek ook effect op de ervaren sociale steun en algehele gezondheidswinst.

Deze verschillende kenmerken voor succesvolle interventies werden ook aangetroffen in een studie naar de effectiviteit van interventies gericht op het voorkomen van sociaal isolement bij ouderen (32). Frost et al. (33) wijzen er verder op dat cultuurverandering nodig is om ervoor te zorgen dat sociaal isolement en eenzaamheid effectief worden aangepakt: houding/ aannames over ouderen moeten veranderen.

Sociale netwerk/ activeringsinterventie speciaal voor mannen: 'Men in Sheds'

Het van oorsprong Australische 'Men in Sheds'-programma, dat ook in het VK op meerdere plekken is uitgevoerd, richt zich niet zozeer op ouderen met fysieke beperkingen, maar op eenzame en sociaal geïsoleerde mannen. Het gaat hier om een interventie die zowel netwerk versterkend is als activiteiten en tijdsbesteding biedt. Eenzaamheid is het selectie criterium, maar het programma richt zich expliciet ook op het beïnvloeden van negatieve gezondheidsuitkomsten die in samenhang met eenzaamheid ontstaan of daardoor versterkt worden. Milligan et al. wijzen op de brede doelstellingen van het programma: 'een complexe interventie voor betere gezondheid en welzijn die verder gaat dan eenzaamheid verminderen of sociaal isolement verlichten (35:129).

De 'Shed' (schuur) is een werkplaats waar mannen gezamenlijk klussen, waardoor hun gemeenschapsgevoel en maatschappelijke participatie worden vergroot. De 'Shed' heeft een veelheid aan functies: een ruimte bieden voor ontmoeting, overdracht van vaardigheden/bijdragen aan gezondheid, sociaal en emotioneel welzijn, en een loketfunctie voor gezondheidsinformatie. Golding (36: 26) wijst op de gezondheids- en welzijnswinst voor oudere mannen van regelmatige, praktische, 'hands-on' activiteiten en betrokkenheid. De kameraadschap, de afwezigheid van prestatiedruk en het feit dat het gaat om een genderspecifieke interventie draagt mogelijk bij aan het succes. Het Men in Sheds-programma is een mogelijkheid om mannen te stimuleren om zich na het pensioen te blijven ontwikkelen, van belang vanwege het verband tussen leren en gezond ouder worden. De gemiddelde leeftijd van Shed-deelnemers is 65 jaar.

Naar de interventie is geen effectmeting gedaan, alleen een evaluatie op basis van zelf-rapportage door deelnemers en coördinatoren. De Australische overheid heeft desondanks het belang van het programma formeel erkend.

Interventie gericht op mentaal welzijn: Happiness Route

is de 'Happiness Route' (37) is een interventie die sinds 2006 in Nederland op meerdere plaatsen is uitgevoerd en waarin autonomie, verbondenheid en intrinsieke motivatie centraal staan. De doelgroep van deze interventie zijn niet specifiek ouderen, maar mensen met een opeenstapeling van risicofactoren voor laag welzijn: gezondheidsproblemen, lage sociaaleconomische status en sociaal isolement. De interventie bestaat eruit mensen te betrekken in activiteiten waarvoor ze intrinsiek gemotiveerd zijn, waarbij methoden uit de positieve psychologie worden gebruikt. De interventie bestaat uit vijf stappen: 1) definiëren van situatie door deelnemer en

therapeut, 2) oriëntatie op doelen 3) keuze van een activiteit 4) plannen en uitvoeren van activiteit 5) vroege evaluatie, feedback, 'booster session'.

Primaire uitkomstmaten hierbij zijn emotioneel, sociaal en psychologisch welzijn.

Secundaire uitkomstmaten zijn gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven, psychosociaal functioneren en zorggebruik (37: 1). Evaluatiestudies op basis van zelf-rapportage laten positieve resultaten zien: een zelf gerapporteerde toename in welzijn (40%) en een afname in zorggebruik (23%). Er is nog geen effectmeting uitgevoerd, wel is er een protocol voor een effectmeting opgesteld.

2. Integrated care

Geïntegreerde zorg, zoals het PRISMA programma, heeft een positief effect op zelfstandig functioneren en redzaamheid. In praktijk zie je heel verschillende invulling van case management, waardoor eenduidige effecten uitblijven. De rol van sociale interventies of een sociale invalshoek is vaak niet goed te onderscheiden. Huisbezoeken zijn niet effectief.

In de literatuurstudie zijn meerdere artikelen gevonden die ingaan op zogenaamde geïntegreerde zorg, waarbij met name de integratie tussen medische en sociale zorg voor ons van belang is.^{2,3} Geïntegreerde zorg, die erop gericht is om dienstverlening vanuit verschillende disciplines samen te brengen en te coördineren, is inmiddels een erkende methode om ervoor te zorgen dat kwetsbare ouderen met multi-problematiek effectieve zorg krijgen. We onderscheiden geïntegreerde modellen, case management en huisbezoeken. Reviews over de effectiviteit van integrated care beschrijven concrete effectmetingen van interventies, waarbij het effect op gezondheidsuitkomsten als vertraging van disablement en vertraging of uitstel van formele zorg wordt gemeten. In die zin vallen deze artikelen direct binnen de scope van onze studie. Veel van de effectmetingen zijn gedaan door middel van *randomised controlled trials*.

De overzichtsstudies bestrijken een veelheid aan uitkomstmaten (39:447). Uitkomstmaten zijn onder meer het tegengaan van functieverlies en het bevorderen en/of verlengen van zelfstandigheid (26), mortality/ survival days, fysiek en cognitief functioneren, medische conditie, maar ook psychologisch welzijn en tevredenheid met zorgverlening (38:10). Wat betreft de effectiviteit van integrated care op de *zorgverlener* wordt bijvoorbeeld gekeken naar het effect op diens stressniveau, psychologische gezondheid, en de sociale consequenties voor de zorgverlener (bijvoorbeeld in de relatie met cliënten) (38: 10).

Integrated or whole-system models

In de literatuur worden verschillende omvattende modellen voor geïntegreerde zorg beschreven, waaronder PACE (Program of All-Inclusive Care for Elderly People, US), SIPA (Système des Soins Intégrés pour des Personnes Agees, Canada) en PRISMA (Programme of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy, Canada) (41: 384). Deze programma's zijn expliciet gericht op het uitstellen van zowel functieverlies als institutionele zorg, en richten zich ook op de mantelzorger en op een zelfstandigheid bevorderende woonomgeving.

² Kodner en Kyriacou (38) definiëren geïntegreerde zorg als volgt: 'a discrete set of techniques and organisational models designed to create connectivity, alignment and collaboration within and between the cure and care sectors at the funding, administrative and/or provider levels.

³ Leichensring (43:3) benoemt het onderscheid tussen verticale en horizontale geïntegreerde zorg, waarbij verticaal toeziet op integratie tussen eerste-, tweede- en derdelijns zorg, en horizontaal op de vorming van multidisciplinaire teams.

In het **PACE programma**, een langlopend programma in de VS- gebeurt dit primair door een Adult Day Health Care Centre, en daarnaast multidisciplinaire teams en case management. De effectiviteit van PACE is aangetoond in verschillende kwalitatieve en kwantitatieve studies (non-randomised, quasi experimental trials) op het terrein van voorkomen/uitstellen van formele en institutionele zorg en toename van gebruik van diensten in de gemeenschap. Er werd geen duidelijk verband gevonden tussen het programma en functiebehoud, en tussen het programma en kwaliteit van leven. Ook het SIPA programma bleek zeer effectief in het voorkomen/ uitstellen van formele en institutionele zorg.

Het **PRISMA programma** (zie ook 42) is geen volledig geïntegreerd systeem maar een gecoördineerd model. Op elk niveau van organisatie is afstemming tussen sociale en medische partijen. Bij dit model lijkt de rol van de sociale dienstverlener duidelijker zichtbaar dan bij de andere modellen, omdat elke organisatie zijn eigen autonomie behoudt binnen een overkoepelend samenwerkingsverband. Meerwaarde voor de oudere is het 'single entry point', een enkel portaal van waaruit verschillende relevante diensten (medisch, sociaaleconomisch, vrijwilligersorganisaties, thuiszorgorganisaties etc.) kunnen worden bereikt. Daarbij wordt een single assessment instrument gehanteerd waarbij de zorgvraag van de cliënt bij alle verschillende organisaties kan worden geëvalueerd. Ook wordt binnen dit model case management ingezet, waarbij de case manager zowel een medische als een sociale professional kan zijn. In 2009 is de effectiviteit van het PRISMA model geëvalueerd (via een natuurlijk experiment: 42), waarbij positieve effecten zijn aangetoond op uitstel van geïstitutionaliseerde zorg, functiebehoud en de vermindering van vermijdbaar ziekenhuisbezoek (41: 387, 42: 8).⁴ Op het terrein van algemene gezondheid en gebruik van sociale diensten werd geen invloed waargenomen. N.a.v. deze positieve effectmeting heeft de regering van Quebec besloten het PRISMA pilot programma uit te breiden naar de hele provincie.

Case management

Een vaak terugkerende en ook uitgebreid geëvalueerde interventie binnen integrated care models is case management (39, 40, 43). Case management wordt in de literatuur beschreven als een samenwerkingsproces van diagnostiek, planning, faciliteren en bekendmaken van opties en diensten die kwaliteit en kosteneffectieve uitkomsten bevorderen bij de holistische behoeften van mensen (42: 2) of simpelweg als het koppelen van vraag en aanbod voor mensen in complexe situaties (43). Primair doel is de zorgt beter te coördineren door betere informatieoverdracht tussen alle betrokken partijen.

Kunnen we case management als een sociale interventie beschouwen? Dat hangt wellicht af van de professionele achtergrond van de case manager (43). Bovendien varieert de invloed van de case manager op het zorgproces sterk. De Nederlandse ouderenadviseur kan bijvoorbeeld

⁴ Het model is getest op een heterogene populatie wat betref SES en woonsituatie maar niet in termen van etnische diversiteit.

weinig echte invloed uitoefenen, maar is wel het ‘oliamannetje’ als contactpersoon voor alle hulpvragen, die daadwerkelijk coördinerende invloed uitoefent (43: 7).⁵

Case management heeft vooral aangetoonde effectiviteit op het terrein van psychologische gezondheid en welzijn en in het voorzien in onbeantwoorde behoeften aan dienstverlening (40). Er is onduidelijkheid over de effectiviteit voor cliënten op fysiek vlak, en over de algemene effectiviteit voor zorgverleners. Eklund en Wilhelmson (39) rapporteren ook slechts voorzichtige resultaten dat case management gunstig is voor kwetsbare ouderen. Zij wijzen vooral op de beperkingen van generieke conclusies op basis van het zeer heterogene onderzoeksmateriaal.

Huisbezoeken

Een aantal artikelen evalueert specifiek de effectiviteit van huisbezoeken op het verbeteren van de gezondheid en zelfstandig functioneren van ouderen en het uitstel van institutionele zorg. (e.g. 42). Bouman et al. (44) definiëren huisbezoeken als ‘bezoeken aan zelfstandig wonende ouderen die zijn gericht op multidimensionele evaluatie van problemen en mogelijkheden op medisch, functioneel, psychosociaal en omgevingsgebied.

Bouman et al. (44) hebben bestudeerd in hoeverre meer intensieve interventies, met meerdere bezoeken, inclusief follow-up en coördinatie, voor ouderen met een hoger risico en een slechte gezondheidssituatie bevorderlijk zijn. In hun studie worden de huisbezoeken uitgevoerd door een medische professional. Zij constateren dat huisbezoeken geen effect hadden op de gezondheidssituatie, dienstengebruik of sterfte van ouderen met een zwakke gezondheid. Ook een preventief programma ter voorkoming van functieverlies, waarin huisbezoeken van een verpleegster een centrale rol vervulden, blijkt niet effectief te zijn (42).

⁵ Leichensring noemt verder Nederland als voorbeeld van een land waarin projecten op het snijvlak tussen huisvesting en zorg in een vergevorderd stadium zijn, en de rol van buurtkenmerken daarbij.

Bibliografie

1. Hanson, H.M., Ash, M.A., McKay, H.A., Winters., M. (2012). Intersection between the Built and Social Environments and Older Adults' Mobility: An Evidence Review.
2. Clarke, P. & Nieuwenhuijsen, E.R. (2009). Environments for healthy ageing: A critical review.
3. Kamphuis, C.B.M., Etman, A., Oude Groeniger, J., Lenthe, F.J. van (2014). *Relaties van de fysieke omgeving met leefstijl, redzaamheid en sociale verbindingen. Een samenvatting van de wetenschappelijke literatuur in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.*
4. Yen, I.H., Michael, Y.L., Perdue. L. (2009). Neighborhood Environment in Studies of Health of Older Adults A Systematic Review, MPH
5. Beard, J.R., Petitot, C. (2010). Ageing and Urbanization: Can Cities be Designed to Foster Active Ageing?
6. Annear, M., Keeling, S., Wilkinson, T., Cushman, G., Gidlow, B., Hopkins, H. (2014). Environmental influences on healthy and active ageing: a systematic review.
7. Rosso, A.L., Auchincloss, A.H., Michael, Y.L. (2011). The Urban Built Environment and Mobility in Older Adults: A Comprehensive Review.
8. Lehning, A., Scharlach, A. & Price Wolf, J. (2012) An Emerging Typology of Community Aging Initiatives. *Journal of Community Practice*, 20:293–316.
9. Hand, C., Law, M., Hanna, S., Elliott, S., McColl, M.A. (2012). Neighbourhood influences on participation in activities among older adults with chronic health conditions. *Health & Place*, 18 : 869–876
10. Gonyea, J.G. & Burnes, K. (2013). Aging Well at Home: Evaluation of a Neighborhood-based Pilot Project to “Put Connection Back into community”, *Journal of Housing For the Elderly*, 27:4, 333-347, DOI: 10.1080/02763893.2013.813425
11. Bookman, A. (2008). Innovative models of aging in place. place: Transforming our communities for an aging population. *Community, Work & Family*, 11, 419-438 .
12. Philibert, M., Pampalon, R. & Daniel, M. (2015). Conceptual and Operational Considerations in Identifying Socioenvironmental Factors Associated with Disability among Community-Dwelling Adults. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 12(4), 3814-3834.
13. Freedman, V.A., Grafova, I.B., Schoeni, R.F. & Rogowski, J. (2008). Neighborhoods and disability in later life. *Social Science & Medicine*, 66: 2253-2267.
14. Castle, N. & Resnick, N. (2014). Service-Enriched Housing: The Staying at Home Program. *Journal of Applied Gerontology*, 1–21.
15. Beard, J. R. , Blaney, S., Cerda, M., Frye, V., Lovasi, G.S., Ompad, D., Rundle, A., & Vlahov, D. (2009). Neighborhood characteristics and disability in older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 10. 1093/geronb/gbn018
16. Aranda, M.P., Ray, L.A., Al Snih, S., Ottenbacher, K.J. & Markides, K.S. (2011). The Protective Effect of Neighborhood Composition on Increasing Frailty Among Older Mexican Americans: A Barrio Advantage? *Journal of Aging and Health*, 23(7) 1189 –1217.
17. Dijk, H.M. van, Cramm, J.M., Exel, J. van & Nieboer, A.P. (2014). The ideal neighbourhood for ageing in place as perceived by frail and non-frail community-dwelling older people . *Ageing and Society*, doi:10.1017/S0144686X14000622
18. Steels, S. (2015). Key characteristics of age-friendly cities and communities: A review.. *Cities* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.cities.2015.02.004>
19. Fitzgerald, K.G. & Caro, F.G. (2014). An Overview of Age-Friendly Cities and Communities Around the World, *Journal of Aging & Social Policy*, 26: 1-18, DOI: [10.1080/08959420.2014.860786](https://doi.org/10.1080/08959420.2014.860786)
20. Buffel, T. , Phillipson., C. & Scharf, T. (2012). Ageing in urban environments. Developing age-friendly cities. *critical social policy*, 32(4):597-617.
21. Goumans, M.J.B.M & Leeuwe, M.B.de (2014). Even Buurten. Een wijkgerichte aanpak voor kwetsbare ouderen in Rotterdam. *Kwaliteit In Zorg* 3:16-19.
22. Dijk, H.M. van (2015). Neighbourhoods for ageing in place. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

23. Kam, G. de, Damoiseaux, D., Dorland, L., Pijpers, R., Biene, M. van, Jansen, E. & Slaets, Kwetsbaar en zelfstandig. Een onderzoek naar de effecten van woonservicegebieden voor ouderen. Institute for Management Research, Nijmegen, september 2012.
24. Valentijn P., Schepman S., Opheij W. & Bruijnzeels M.A. (2013) Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *IJIC* 13, 1-12.
25. World Health Organisation, 2013, Report of the First WHO Global Forum on Innovation for Ageing Populations, 10-12 December 2013, Kobe, Japan. http://www.who.int/kobe_centre/ageing/innovation-forum/en/, geraadpleegd 20 juni 2015.
26. Beswick, A. D., Rees, K., Dieppe, P., Ayis, S., Gooberman-Hill, R., Horwood, J., & Ebrahim, S. (2008). Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 371(9614), 725-735.
27. Whitehead, P. J., Drummond, A., Walker, M. F., & Parry, R. H. (2013). Interventions to reduce dependency in personal activities of daily living in community dwelling adults who use homecare services: protocol for a systematic review. *Systematic reviews*, 2(1), 49.
28. Oberon, 2008, Rapport 'Sociaal Geisoleerden en Ruimte Voor Contact', [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Sociaal%20geisoleerden%20en%20Ruimte%20voor%20Contact-projecten%20\[MOV-238424-0.3\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Sociaal%20geisoleerden%20en%20Ruimte%20voor%20Contact-projecten%20[MOV-238424-0.3].pdf), geraadpleegd op 18 juni 2015.
29. Greaves, C. J., & Farbus, L. (2006). Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: outcomes from a multi-method observational study. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(3), 134-142.
30. Rantanen, T., Äyräväinen, I., Eronen, J., Lyyra, T., Törmäkangas, T., Vaarama, M., & Rantakokko, M. (2015). The effect of an outdoor activities' intervention delivered by older volunteers on the quality of life of older people with severe mobility limitations: a randomized controlled trial. *Aging clinical and experimental research*, 1-9.
31. Rabiner, D. J., Scheffler, S., Koetse, E., Palermo, J., Ponzi, E., Burt, S., & Hampton, L. (2004). The impact of the senior companion program on quality of life outcomes for frail older adults and their families. *Home health care services quarterly*, 22(4), 1-26.
32. Cohen, Gene D., et al. "The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of older adults." *The Gerontologist* 46.6 (2006): 726-734.
33. Frost, H., Haw, S., & Frank, J. (2012). Interventions in community settings that prevent or delay disablement in later life: an overview of the evidence. *Quality in Ageing and Older Adults*, 13(3), 212-230.
34. Dickens, A. P., Richards, S. H., Greaves, C. J., & Campbell, J. L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC public health*, 11(1), 647.
35. Milligan, C., Payne, S., Bingley, A., & Cockshott, Z. (2015). Place and wellbeing: shedding light on activity interventions for older men. *Ageing and Society*, 35(01), 124-149.
36. Golding, B. (2011). Older men's wellbeing through community participation in Australia. *International Journal of Men's Health*, 10(1).
37. Weiss, L. A., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2013). Nudging socially isolated people towards well-being with the 'Happiness Route': design of a randomized controlled trial for the evaluation of a happiness-based intervention. *Health and quality of life outcomes*, 11(1), 1-11.
38. Kodner, D. L., & Kyriacou, C. K. (2000). Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International journal of integrated care*, 1.
39. Eklund, K., & Wilhelmson, K. (2009). Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health & social care in the community*, 17(5), 447-458.
40. You, E. C., Dunt, D., Doyle, C., & Hsueh, A. (2012). Effects of case management in community aged care on client and carer outcomes: a systematic review of randomized trials and comparative observational studies. *BMC health services research*, 12(1), 395.
41. Kodner, D. L. (2006). Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons. *Health & social care in the community*, 14(5), 384-390.
42. Hébert, R., Raïche, M., Dubois, M. F., N'Deye, R. G., Dubuc, N., & Tousignant, M. (2009). Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, gbp027.

43. Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International journal of integrated care*, 4.
44. Bouman, A., van Rossum, E., Nelemans, P., Kempen, G. I., & Knipschild, P. (2008). Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review. *BMC health services research*, 8(1), 74.

BIJLAGE: werkwijze

Het literatuuronderzoek naar effectmetingen richtte zich op een aantal uitkomsten. Het gaat om:

- beperken van functieverlies (disablement)
- uitstellen van opname
- ondersteuning en vernieuwing van informele zorg

met behulp van sociale en informele interventies bij kwetsbare ouderen. Sociale interventies zijn interventies die (voornamelijk) worden uitgevoerd door professionals in het sociale en welzijdsdomein en/of interventies die zijn gericht op het sociaal functioneren van de oudere. Informele interventies worden (voornamelijk) uitgevoerd door niet-professionals.

De volgende stappen zijn gezet:

1. Om zoektermen te genereren en bestaand onderzoek effectief samen te vatten is eerst binnen Google Scholar gezocht naar reviews op termen “intervention” en “social intervention” plus (combinaties van) *disablement, disability, functional decline, institutionalization, community care, community, informal care, aging in place, age friendly, elderly, community care, social innovation, experiment, participation* .

Recentere verwijzingen naar deze reviews zijn ook onderzocht. De verwijzende artikelen werden opgenomen als er sprake was van beschrijving van een interventie en onderzoek naar de effectiviteit of de implementatie. Bij omgevingskenmerken was een inclusie criterium dat er verbanden tussen omgevingskenmerken en gezondheidsuitkomsten waren onderzocht. Reviews en afzonderlijke artikelen dateerden van 2000 of later.

2. De reviews en verwijzende artikelen zijn ingedeeld in groepen en gelezen. We hebben de volgende onderwerpen opzij gelegd: interventies gericht op gezond gedrag, valpreventie en mobiliteit (dit is buiten onze focus). We groepeerden de overige interventies rond respectievelijk (1) integrated care en case management, (2) buurteffecten en -interventies en (3) ondersteunen van informele zorg. Omdat er reeds een reviewstudie naar ondersteunen van informele zorg in de maak is vanuit de VU/VUMC hebben we de literatuur op dit terrein niet verder behandeld.

3. Op basis van de artikelen zijn effectieve interventies onderscheiden en beschreven op hun inhoud (inclusief doelgroep), effectiviteit en waar mogelijk werkzame bestanddelen.

De meting van effectiviteit is doorgaans beperkt. Er is zelden sprake van een solide effectmeting. Bij de meer zorggerichte interventies, waar effectonderzoek gebruikelijker is, is variatie en onduidelijkheid in zowel de beschrijvingen van interventies als de onderzochte gezondheidsuitkomsten. Dit wordt volgens meerdere auteurs dan ook meteen als beperkingen van deze studies aangegeven (You et al 2012: 11). Verder maakt de heterogeniteit van kwetsbare ouderen als groep het moeilijk de effectiviteit van verschillende interventies te

meten (Eklund en Wilhelmson 2009: 456), en lopen de criteria voor afbakening van de doelgroep in de studies vaak uiteen.