DOMEINOVERSTIJGEND SAMENWERKEN

Rapportage bevindingen SPUK-DOS

y.krabbe@vu.nl

dr. Y. Krabbe
drs. F. Amankour
drs. C. Schouwenaar
dr. F. Portrait
prof. dr. X. Koolman

VU VRIJE UNIVERSITEIT AMSTERDAM

INHOUDSOPGAVE

Managementsamenvatting **3**
1. INLEIDING **5**
2. DE DOS-PROJECTEN **7**
2.1. Typen DOS projecten 7
2.2. Karakteristieken projecten 7
2.3. Inclusie van deelnemers 9
3. DEELONDERZOEK 1. EFFECTMETINGEN PILOTPROJECTEN EN PROJECTEN 2023 & 2024 ..... **11**
3.1. De projecten 11
3.2. Onderzoeksdesign 11
3.3. Analysemethode en variabelen 14
3.4. Resultaten effectmetingen 16
3.4.1. Resultaten Groep 1: Pilotprojecten 17
3.4.2. Resultaten groep 2: Projecten 2023 & 2024 26
3.5. Samenvatting bevindingen effectmeting 29
4. DEELONDERZOEK 2. ANALYSE MONITORINGSINSTRUMENT **30**
4.1. De projecten 30
4.2. Onderzoeksdesign 30
4.3. Resultaten Deelonderzoek 2 32
4.4. Instroom Wlz 35
4.5. Gebruik van Zvw-zorg 35
4.6. Gebruik van Wmo voorzieningen 37
4.7. Gebruik van informele zorg 39
4.8. Kwaliteit van leven 41
4.9. Ervaren druk door informele zorg 42
4.10. Samenvatting bevindingen monitordata 43
5. DISCUSSIE EN CONCLUSIE **45**
5.1. Duiding van de bevindingen 45
5.2. De limitaties van het onderzoek 47
5.3. Conclusie 49
Bijlage 1: Overzicht deelnemende projecten **50**
Bijlage 2. Volledige Resultaten **56**

MANAGEMENTSAMENVATTING

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is onderzoek verricht naar projecten met domeinoverstijgende samenwerking (DOS). DOS betreft structurele samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgaanbieders, welzijnsorganisaties en burgerinitiatieven, met als doel om kwetsbare mensen langer zelfstandig thuis te laten wonen. In de afgelopen jaren is via de SPUK DOS subsidie ruimte geboden om met deze samenwerking te experimenteren. Na de start met drie pilotprojecten in 2018-2020 is het aantal projecten in 2023, 2024 en 2025 uitgebreid naar 54 projecten.

Het doel van dit onderzoek is om de effecten van domeinoverstijgende samenwerking systematisch in kaart te brengen. Hierbij is specifiek gekeken naar (1) vermindering of uitstel van Wlz-instroom en vermindering van de Wlz kosten (2) beheersing van de totale zorguitgaven, (3) kwaliteit van leven van deelnemers en (4) belasting van mantelzorgers.

<u>Deelonderzoek 1. Effectmeting</u>

Voor dit deelonderzoek is een kwantitatieve effectmeting uitgevoerd op basis van objectieve declaratiegegevens bij CBS van het CAK en Vektis over het gebruik van Wlz-, Zvw- en Wmo-zorg, aangevuld met informatie van het CIZ over Wlz-indicaties. Het onderzoek is opgesplitst in 2 onderzoekscohorten: Groep 1 betreft 109 deelnemers aan de pilotprojecten uit 2018. Groep 2 betreft 433 deelnemers uit projecten die in 2023 & 2024 zijn gestart. De deelnemers uit beide onderzoeksgroepen namen voornamelijk deel aan projecten waarin een centrale coördinator (arrangeur) werd ingezet die de regie voert. De centrale coördinator beoogt door middel van integrale afstemming van zorg en ondersteuning de zelfredzaamheid van deelnemers te versterken.

Om de effecten te meten, hebben we deelnemers vergeleken met een vergelijkbare groep mensen die niet aan een project meededen. Hiervoor is gebruik gemaakt van matching: Er is een controlegroep gekozen die vergelijkbaar is op basis van relevante kenmerken (matching). Vervolgens hebben we onderzocht of de ontwikkeling in Wlz-instroom en totale zorgkosten verschilde tussen beide groepen.

De resultaten laten zien dat deelnemers aan de projecten eerder een Wlz-indicatie kregen en dat het moment waarop zij gebruik gingen maken van Wlz-zorg niet verschilt ten opzichte van de controlegroep. Als projectdeelnemers wel Wlz-zorg gebruiken, gebeurde dat vaker in de vorm van een volledig pakket thuis (VPT), waardoor zorg vaker en langer in de thuissituatie wordt aangeboden. Een van de verklaringen zou kunnen zijn dat deelnemers mogelijk beter in beeld zijn of minder barrières ervaren om een VPT aan te vragen, bijvoorbeeld omdat professionals hen informeren, ondersteunen bij het aanvraagproces of tijdig passende zorgvormen bespreken. Tegelijkertijd lijkt deze extra ondersteuning het mogelijk te maken dat mensen, mét inzet van een VPT, langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen.

Naast de instroom en verzilvering is ook gekeken naar de kostenontwikkeling. In het eerste jaar van het project liggen de totale zorgkosten van de deelnemers in de projectgroep iets hoger dan die van de controlegroep. Na twee jaar zijn deze kosten significant lager en blijven zij dat ook in de daaropvolgende periode. Dit hangt waarschijnlijk samen met de verschuiving naar VPT, dat goedkoper is dan intramurale zorg. De eerdere instroom in de Wlz leidt dus niet tot hogere kosten, maar tot een andere invulling van de zorg. Op basis van de pilotresultaten is de verwachting dat ook bij de nieuwere projecten de kosten op termijn zullen dalen. Om dit vast te stellen is een langere periode van monitoring nodig.

Deelonderzoek 2. Analyse van het monitorinstrument

Voor dit deelonderzoek is gebruikgemaakt van gegevens uit een monitorinstrument dat door de projecten zelf is ingevuld. Het gaat om informatie over zorggebruik, kwaliteit van leven en mantelzorgbelasting van deelnemers in 2024 en 2025 (Groep 3). Dit zijn geen objectieve declaratiegegevens, maar informatie die zorgverleners of overige betrokkenen zelf hebben bijgehouden. De onderzoekspopulatie bestond uit 2.588 unieke deelnemers waarvan voor 39,5% een herhaalmeting is verzameld. De gegevens uit deze twee metingen zijn geanalyseerd om te bepalen of het gemiddelde zorggebruik, de kwaliteit van leven en de druk op de mantelzorg binnen dezelfde groep deelnemers over de tijd is veranderd.

Wanneer uitsluitend wordt gekeken naar de deelnemers voor wie zowel een eerste meting als een herhaalmeting beschikbaar is, zien we geen verandering in het zorggebruik binnen de Zvw maar wel een lichte toename van ondersteuning vanuit de Wmo. Dit is in de lijn der verwachting omdat de projecten inzetten op ondersteuning vanuit het sociale domein. De intensiteit van de informele zorg is in deze groep nagenoeg gelijk gebleven. Positief is dat de kwaliteit van leven behouden is gebleven, en voor een deel van de deelnemers zelfs is verbeterd. Er zijn geen aanwijzingen gevonden voor een toename van de mantelzorgbelasting, al is de respons op dit onderdeel beperkt, waardoor hierover geen harde conclusies kunnen worden getrokken.

Conclusie

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat domeinoverstijgende samenwerking samenhangt met langer thuis wonen, kostenbesparing op lange termijn en een betere kwaliteit van leven. Er wordt geen samenhang gevonden met minder instroom in of uitstel van toegang tot een Wlz-indicatie of gebruik van Wlz zorg. Tevens lijkt er sprake van een verschuiving naar VPT bij de projectdeelnemers. Echter, voor de recentere projecten is een langere periode nodig om de effecten betrouwbaar vast te stellen. Dit geldt in het bijzonder voor de projecten die werken zonder centrale coördinator, waarvan het aandeel in 2025 is toegenomen. De structurele verankering van domeinoverstijgende samenwerking in de wet biedt hiertoe mogelijkheden. Deze periode geeft projecten de ruimte om de ervaren knelpunten ten aanzien van de borging en financiële schotten op te lossen en domeinoverstijgende samenwerking de komende jaren verder te ontwikkelen. Het is van belang om met vervolgonderzoek te blijven evalueren of domeinoverstijgende samenwerking kan bijdragen aan het beheersen van de zorgkosten, met behoud van kwaliteit.

1. INLEIDING

De langdurige zorg in Nederland is georganiseerd in drie domeinen. Binnen deze domeinen zijn gemeenten verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning, zorgverzekeraars voor de curatieve zorg, zoals wijkverpleging, en zorgkantoren voor de intensieve langdurige zorg. Met deze domeinindeling is beoogd de ondersteuning efficiënt te organiseren en de verantwoordelijkheden helder te beleggen. In de praktijk sluit deze institutionele afbakening echter niet altijd even goed aan bij de complexe en veranderende zorgbehoeften van kwetsbare groepen, met name ouderen, die vaak afhankelijk zijn van zorg en ondersteuning vanuit meerdere wettelijke kaders. Het langer zelfstandig thuis laten wonen van deze groepen vereist daarom een integrale domeinoverstijgende benadering en een structurele samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren.

Om domeinoverstijgende samenwerking te stimuleren startte het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in 2018 met tijdelijke projecten gericht op integrale zorg voor kwetsbare ouderen. Via deze regeling werden drie projecten gefinancierd, hierna vermeld als *pilotprojecten*, met als doel zorg en ondersteuning te organiseren vanuit de zorgbehoefte van ouderen in plaats van vanuit afzonderlijke financieringsdomeinen. Hiertoe werd per interventie een centrale coördinator ingezet, een arrangeur of leefcoach, om formele en informele ondersteuning over de verschillende zorgdomeinen te verbinden. Deze interventies zijn geëvalueerd door middel van kwalitatief onderzoek en de uitkomsten van deze evaluaties vormden de basis voor het wetsvoorstel Domeinoverstijgende Samenwerking. Om nieuwe initiatieven desondanks ruimte te bieden om te projecteren en niet te hoeven wachten op de goedkeuring van dit wetsvoorstel, besloot het ministerie van VWS in 2023 een tijdelijke regeling in te voeren: de Regeling Specifieke Uitkering Domeinoverstijgend Samenwerken (SPUK-DOS).

Gedurende een periode van drie jaar is uitvoering gegeven aan de SPUK-DOS regeling. Om in aanmerking te komen voor de specifieke uitkering moesten gemeenten en zorgkantoren samenwerken met minstens een zorgaanbieder of welzijnsorganisatie. Met deze subsidie konden de samenwerkingspartners gaan 'experimenteren'. De samenwerking richtte zich op uiteenlopende interventies, hierna vermeld als *SPUK-DOS projecten*. Veel projecten zetten in op domeinoverstijgende regie via een centrale coördinator, vergelijkbaar met de pilotexperimenten, om vroegtijdig ondersteuningsbehoeften te signaleren en passende ondersteuning te coördineren. Ook waren er initiatieven om de samenhang te versterken tussen individuele ondersteuning, collectieve voorzieningen in de woonomgeving, en projecten om mantelzorgers te ontlasten via logeer- en respijtzorg. Daarnaast was er specifieke aandacht voor mensen met (beginnende) dementie en, in mindere mate, voor doelgroepen binnen de jeugd, GGZ en verstandelijke gehandicaptenzorg.

De primaire doelstellingen van de DOS-projecten waren:

1. De invoering van DOS leidt tot minder instroom en/of uitstel van instroom in de Wlz en vermindering Wlz kosten.
2. De totale uitgaven aan zorg en ondersteuning – inclusief kosten binnen de Zvw, de Wmo en informele zorg – mogen niet hoger uitvallen dan de oorspronkelijke kosten binnen de Wlz.

De secundaire doelstellingen waren:

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

Vanaf 2024 verplichte het ministerie van VWS dat de coördinerende gemeente meewerkte aan de monitoring van het project. Via een monitoringsinstrument werden gegevens verzameld om te kunnen evalueren of de projecten hebben geleid tot het voorkomen of uitstellen van Wlz zorg, zonder toename van de totale maatschappelijke kosten (Zvw, Wmo en informele zorg). Daarnaast werd informatie verzameld om de effecten op de kwaliteit van leven van de deelnemers en de druk op mantelzorgers in kaart te brengen.

De SPUK-DOS regeling is inmiddels beëindigd, omdat deze vorm van domeinoverstijgende samenwerking vanaf 1 januari 2026 structureel is verankerd in de Wlz. De wetgeving maakt nu structurele domeinoverstijgende samenwerking mogelijk en geeft zorgkantoren de wettelijke ruimte om Wlz-middelen te investeren in het voorliggend domein.

Deze eindrapportage beschrijft de resultaten van het kwantitatieve onderzoek naar de pilot-DOS projecten en de DOS projecten die in 2023 en 2025 hebben plaatsgevonden. Tegelijkertijd kan zij niet zonder meer als definitieve eindrapportage worden beschouwd. Voor het volledig in kaart brengen van de effecten is een langere looptijd noodzakelijk. Immers, de beoogde effecten en eventuele besparingen zijn namelijk nog niet volledig administratief zichtbaar en worden deels pas na afloop van dit onderzoek gerealiseerd. Een belangrijke reden hiervoor is dat relevante data van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) deels pas op een later moment beschikbaar komen. Deze vertraging wordt grotendeels ondervangen met het verplichte monitoringsinstrument, dat voorziet in tussentijdse informatie totdat de CBS-gegevens beschikbaar zijn.

Om de resultaten beter te kunnen duiden en een indicatie te geven van de mogelijke verdere ontwikkeling, zijn in deze rapportage naast de recente cohorten ook de uitkomsten opgenomen van drie eerder gestarte pilotprojecten uit de periode 2018–2020.

Dit rapport is gebaseerd op drie groepen projecten. De eerste groep betreft drie pilotprojecten uit de periode 2018–2020. De tweede groep bestaat uit SPUK-DOS projecten gestart in 2023 en 2024. Voor de eerste twee groepen is gebruikgemaakt van CBS-declaratiedata voor de effectmeting.

De derde groep betreft projecten uit 2024 en 2025, die vallen onder de huidige SPUK-DOS-regeling. Voor deze projecten is uitsluitend gebruikgemaakt van gegevens uit het monitorinstrument. De zorgtrajecten van deelnemers binnen deze projecten worden de komende drie jaren jaarlijks geëvalueerd, waardoor meer inzicht ontstaat in de verdere ontwikkeling.

Dit rapport is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 biedt een overzicht van de DOS-projecten en hun inhoud. Hoofdstuk 3 richt zich op de effectmeting van de pilotprojecten uit 2018-2020 en de projecten uit 2023 en 2024. In dit hoofdstuk worden de onderzoeksmethode, de dataverzameling en de resultaten van de effectmetingen beschreven, waarbij de pilotprojecten en de in 2023 en 2024 gestarte projecten afzonderlijk worden gepresenteerd. In hoofdstuk 4 worden de onderzoeksmethode en de resultaten van de voor- en nameting van de projecten uit 2024 en 2025 besproken. Voor deze metingen is uitsluitend gebruikgemaakt van informatie die via het monitorinstrument is verzameld. Hoofdstuk 5 sluit af met een discussie en conclusie.

2. DE DOS-PROJECTEN

Dit hoofdstuk biedt een overzicht van de DOS-projecten. Een overzicht van de deelnemende projecten zijn terug te vinden in Bijlage 1. De gegevens over de projecten zijn afkomstig uit de ingevulde businesscases die de gemeenten namens de projecten moesten aanleveren aan het ministerie van VWS om in aanmerking te komen voor de subsidie.

2.1. TYPEN DOS PROJECTEN

De projecten zijn in te delen in de volgende vijf typen:

Type 1: Inzet van een centrale coördinator (arrangeurs, leefcoaches)
De inzet van een centrale coördinator betreft een professional die domeinoverstijgend werkt en regie voert over de ondersteuning van inwoners uit het werkgebied van het project. De centrale coördinator beoogt door integrale afstemming en coördinatie van zorg en ondersteuning de zelfredzaamheid van de deelnemer te versterken.

Type 2: Integrale benadering van wonen en ondersteuning (Individueel, collectief, fysieke omgeving)
Deze projecten leggen de nadruk op de samenhang tussen individuele ondersteuning, collectieve voorzieningen en de fysieke woonomgeving. Het betreft projecten waarin gemeenschapsvorming en buurtgerichte ondersteuning bijdragen aan het langer zelfstandig wonen, waarbij de meeste projecten de nadruk leggen op ouderen.

Type 3: Ondersteuning bij (beginnende) dementie
Deze projecten richten zich specifiek op mensen met (beginnende) dementie en hun mantelzorgers. De focus ligt op tijdige signalering, passende ondersteuning en het ontlasten van het informele netwerk.

Type 4: Logeerzorg en respijtzorg
Deze projecten zijn gericht op het ontlasten van mantelzorgers door het aanbieden van tijdelijke logeer- en respijtzorgvoorzieningen in de nabijheid van de thuissituatie.

Type 5: Specifieke doelgroep benadering
Dit type project richt zich op afgebakende doelgroepen, zoals jongeren, mensen met geestelijke gezondheidsproblematiek en mensen met een verstandelijke beperking. De inzet is gericht op het bieden van passende, doelgroepgerichte ondersteuning.

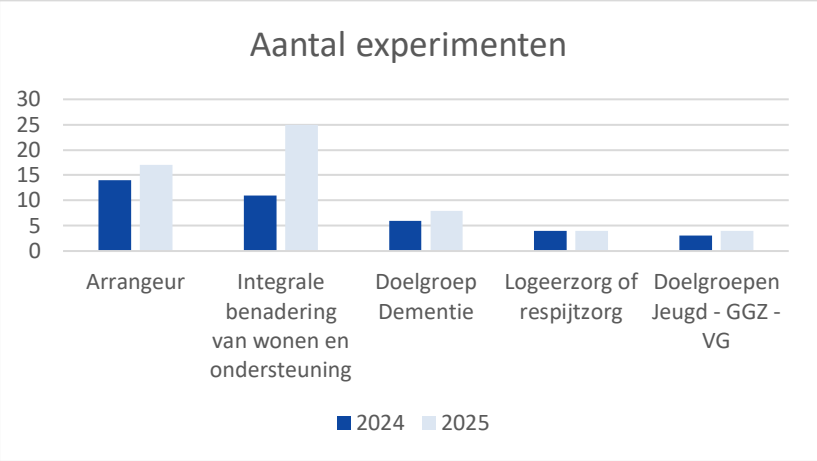
De vijf typen projecten richten zich op verschillende doelgroepen en hanteren uiteenlopende inclusiemethoden. Hierdoor is het aannemelijk dat de effecten op de doelen van domeinoverstijgend werken per type kunnen variëren, zowel in omvang als in het moment waarop deze zichtbaar worden.

2.2. KARAKTERISTIEKEN PROJECTEN

Figuur 2.1 geeft een overzicht van de projecten die in 2024 en/of in 2025 subsidie hebben ontvangen via de SPUK-DOS regeling. In 2024 ontvingen 38 projecten en in 2025 ontvingen 54 projecten subsidie. Op twee projecten na zijn alle projecten die in 2024 zijn gestart, doorgegaan in 2025. De figuur laat ook zien dat er in 2025 een verschuiving heeft plaatsgevonden in type project. Met name de inzet op de integrale benadering van wonen en ondersteuning laat een sterke groei zien (van 11 naar 25 projecten), en is hiermee vanaf 2025 het meest voorkomende type project. De

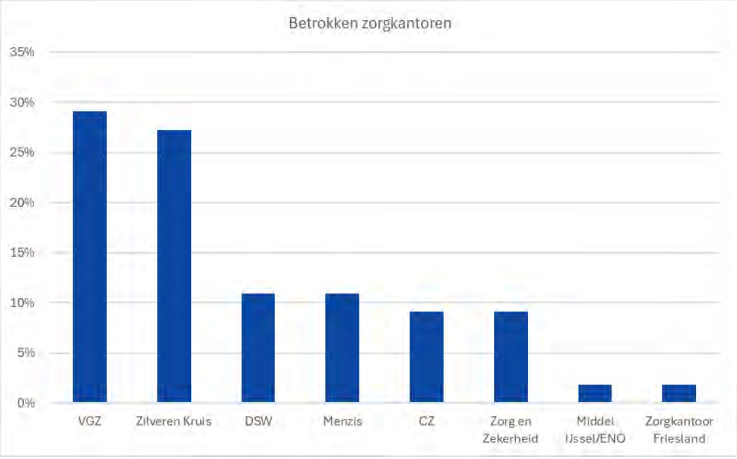
projecten met een arrangeur kende een kleine stijging van 14 naar 17, evenals de projecten gericht op mensen met (beginnende) dementie (van 6 naar 8) en op specifieke doelgroepen zoals jeugd, GGZ en mensen met een verstandelijke beperking (van 3 naar 4). Er kwamen geen nieuwe projecten rondom logeerzorg en respijtzorg bij. Gezamenlijk wijzen deze bevindingen op een verbreding en intensivering van domeinoverstijgende interventies in 2025.

Figuur 2.1 Indeling projecten naar type



Figuur 2.2 toont de verdeling van de projecten naar zorgkantoor. VGZ is betrokken bij 29% van de projecten, gevolgd door Zilveren Kruis (27%). Ook andere zorgkantoren zijn vertegenwoordigd, waaronder DSW, Menzis, CZ, Zorg en Zekerheid, Middel IJssel/ENO en Zorgkantoor Friesland. Deze verdeling geeft geen directe indicatie van de mate van inspanning van individuele zorgkantoren, aangezien de projecten in regionale samenwerking met andere stakeholders tot stand zijn gekomen. Het aandeel in het totaal aantal projecten hangt mede samen met de omvang van het werkgebied en het aantal gemeenten binnen een regio. De betrokkenheid van meerdere zorgkantoren weerspiegelt daarmee vooral de regionale spreiding van de projecten.

Figuur 2.2 Betrokken zorgkantoren

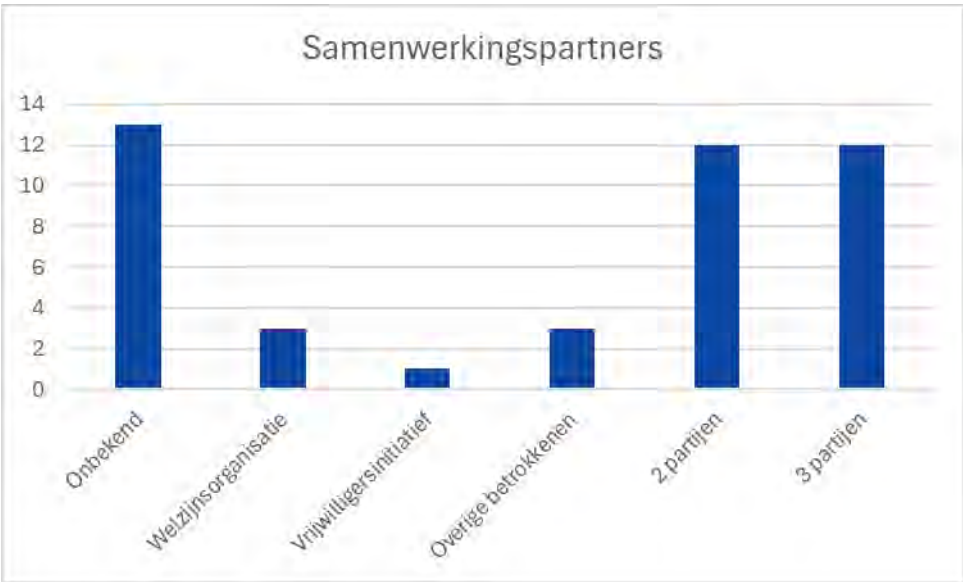


Naast de gemeente, het zorgkantoor, de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder zijn binnen de projecten ook andere samenwerkingspartners betrokken. Het gaat vaak om een welzijnsorganisatie, een vrijwilligersorganisatie, burgerinitiatieven of een combinatie hiervan.

Figuur 2.3 toont het aantal aanvullende samenwerkingspartners naast de bestaande partners. Meer dan de helft van de projecten (31) heeft extra samenwerkingspartners. Twaalf projecten werken samen met twee aanvullende partners, bijvoorbeeld een welzijns- en een vrijwilligersorganisatie. Daarnaast hebben twaalf projecten zelfs drie of meer aanvullende samenwerkingspartners.

Hieruit kan worden geconcludeerd dat het aantal samenwerkingspartners binnen dergelijke initiatieven aanzienlijk is. De betrokkenheid van zorgkantoren, zorgaanbieders en gemeenten, aangevuld met diverse andere partijen, maakt dat de samenwerking binnen deze initiatieven complex en omvangrijk is.

Figuur 2.3 Samenwerkingspartners binnen DOS projecten



2.3. INCLUSIE VAN DEELNEMERS

Deelnemers voor projecten rond domeinoverstijgende samenwerking worden via twee routes geïncludeerd. Deze routes verschillen in doelgroep bereik, aard van inclusie en uitgangssituatie van deelnemers. Beide zijn gericht op uitstel van Wlz-instroom, maar met een verschillend tijdspad.

Route 1 betreft toeleiding via professionals, waaronder wijkverpleging, casemanagers, huisartsen, praktijkondersteuners ouderen (POH-ouderen), Wmo-consulenten, sociale wijkteams en welzijnspartners. Via deze route worden met name inwoners bereikt die een complexere zorgvraag hebben en al zorg ontvangen uit één of meerdere domeinen, waarbij mogelijk een gebrek is aan regie en coördinatie. Deze doelgroep vraagt een integrale ondersteuning om crisisopnames en versnelde Wlz-instroom te voorkomen.

Route 2 verloopt via community building en informele netwerken. Dit kan zowel door bewoners zelf worden geïnitieerd als worden opgezet of gefaciliteerd door professionals of welzijnspartners. Hierbij kan worden gedacht aan samenwerking met lokale partners (zoals buurtgroepen), “super buren”, mond-tot-mondreclame, vrije inloopmogelijkheden in buurthuizen, activiteiten met een hoge aantrekkingskracht (bijvoorbeeld gezamenlijke lunches), aanwezigheid in flats en wijklocaties, en communicatie via bewonersinitiatieven. Deze route richt zich nadrukkelijk ook op inwoners die (nog) niet in zorg zijn, maar wel een verhoogd risico hebben op achteruitgang. Deze doelgroep

vraagt om vroegtijdige ondersteuning en versterking van het sociale netwerk om veerkracht op te bouwen en instroom in formele zorg (inclusief Wlz) uit te stellen. Het bereiken van deze doelgroep is echter complex en vraagt om een systematische en langdurige inzet op vroeg signalering en aanwezigheid in de wijk.

Opgemerkt moet worden dat de gehanteerde inclusiewijze methodologische beperkingen met zich meebrengt. Omdat deelnemers niet aselect zijn toegewezen aan een interventie, kan niet worden gesproken van een gerandomiseerd experimenteel onderzoek. Het onderzoek is observationeel van aard. De consequenties voor de zeggingskracht van de resultaten worden verderop besproken.

3. DEELONDERZOEK 1. EFFECTMETINGEN PILOTPROJECTEN EN PROJECTEN 2023 & 2024

In dit hoofdstuk staan de effectmetingen van de projecten die onderzocht konden worden met CBS-data centraal. Allereerst wordt de gehanteerde onderzoeksmethode toegelicht, evenals de daarvoor gebruikte databronnen. Vervolgens worden de resultaten van de effectmetingen gepresenteerd en geduid.

3.1. DE PROJECTEN

In dit hoofdstuk gaan we in op twee verschillende projectgroepen:

Groep 1: Pilotprojecten gestart in 2018-2020
Dit betreft drie pilotprojecten die in 2018, 2019 en 2020 hebben geëxperimenteerd met domeinoverstijgend samenwerken met inzet van een centrale coördinator. Aangezien deze pilotprojecten inmiddels 6 tot 8 jaar lopen, is het mogelijk om de deelnemersgegevens te koppelen aan declaratiegegevens van het CBS. Dit biedt inzicht in het daadwerkelijke zorggebruik en de zorgkosten.

Vanuit de pilotprojecten zijn gegevens ontvangen van 116 deelnemers. De uiteindelijke onderzoekspopulatie voor de pilotprojecten bestaat daarmee uit 109 deelnemers (Vier deelnemers konden niet in de CBS-populatie worden gevonden en drie ontvingen bij aanvang van het initiatief al Wlz-zorg.).

Groep 2: Projecten gestart in 2023 en 2024
De tweede groep projecten die met behulp van CBS-data is geanalyseerd betreft de SPUK-DOS-projecten die in 2023 en 2024 zijn gestart. In 2023 was monitoring volgens de huidige SPUK-DOS-monitor nog niet verplicht en vond de verantwoording op een andere wijze plaats. Van drie projecten die in dat jaar zijn gestart, zijn op vrijwillige basis uitsluitend de benodigde persoonsgegevens aangeleverd ten behoeve van koppeling met CBS-microdata. Deze deelnemers zijn meegenomen bij de analyses. De basisgegevens van deelnemers uit 2023-2024 zijn afkomstig uit de monitor en vervolgens gekoppeld aan CBS-microdata. In totaal gaat het om gegevens van 21 verschillende projecten.

Binnen deze groep zijn enkele deelnemers uitgesloten. Alleen personen van 18 jaar en ouder zijn meegenomen, aangezien uitsluitend voor deze groep een juridische grondslag voor koppeling bestaat. Daarnaast zijn deelnemers die bij aanvang van het project al een Wlz-indicatie hadden buiten beschouwing gelaten. De uiteindelijke onderzoekspopulatie voor de projecten die in 2023 en 2024 zijn gestart bestaat uit 433 deelnemers. Van deze groep nam 73,9% deel aan een project met een centrale coördinator.

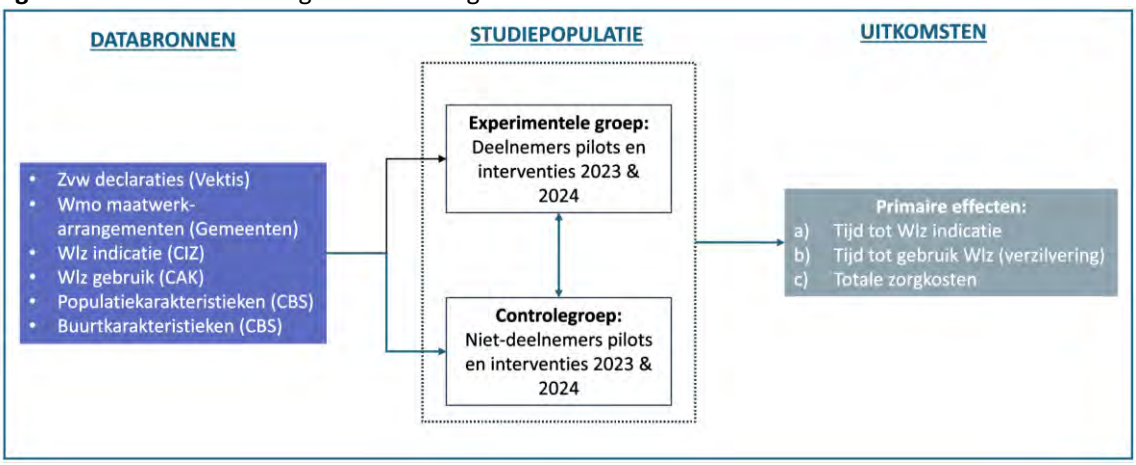
3.2. ONDERZOEKSDESIGN

De effecten van de projecten in groep 1 en groep 2, worden gemeten met behulp van een methodologisch identieke onderzoeksopzet. Hiermee wordt geborgd dat de uitkomsten onderling vergelijkbaar zijn en dat verschillen in effecten niet het gevolg zijn van variaties in methodiek.

De effectmeting is gebaseerd op een vergelijkend onderzoeksdesign (zie Figuur 3.1), waarbij de resultaten van deelnemers aan de initiatieven (de experimentele groep) worden afgezet tegen die van een zorgvuldig samengestelde controlegroep. Deze controlegroep bestaat uit personen die niet aan de betreffende pilotprojecten en projecten van 2023 en 2024 hebben deelgenomen en die

geen Wlz-indicatie hadden bij de start van de observatieperiode, maar op relevante kenmerken wel vergelijkbaar zijn met de experimentele groep.

Figuur 3.1 Onderzoeksdesign effectmeting



Voor het samenstellen van de controlegroepen wordt een methodiek gebaseerd op “exacte matching” toegepast. Dit houdt in dat voor iedere deelnemer in de interventiegroep meerdere niet-deelnemers worden geselecteerd die *exact* overeenkomen op elk van de vooraf vastgestelde kenmerken. Door uitsluitend matches toe te staan wanneer er een volledige overeenkomst is op alle geselecteerde variabelen, wordt de vergelijkbaarheid tussen experimentele en controlegroep maximaal vergroot. Hierdoor wordt de kans verkleind dat geobserveerde verschillen in uitkomsten het gevolg zijn van onderliggende verschillen in samenstelling van de groepen, en wordt daarmee de interne validiteit van het onderzoek versterkt.

Er is exact gematcht op vijf variabelen: geslacht, geboortejaar, partnerstatus, aanwezigheid van dementie en comorbiditeit. Alle kenmerken werden gemeten voor de start van de observatieperiode (het startjaar van de projecten). Tabel 3.1 geeft een overzicht van de variabelen waarop exacte matching heeft plaatsgevonden.

De dementie variabele is door Vektis op basis van de indicatoren vastgesteld. Comorbiditeit is als score geconstrueerd op basis van de Charlson Comorbidity Index (CCI), een gevalideerde maat voor het risico op mortaliteit binnen één tot tien jaar, gebaseerd op het aantal en de ernst van aandoeningen. De CCI is berekend op basis van diagnoses uit de Diagnose Behandeling Combinaties (DBC’s) en varieert van 0 (geen geregistreerde comorbiditeit) tot 24 (maximale ziektelast) conform de methode van Quan (2011)[1].

[1] Quan H, Li B, Couris CM, Fushimi K, Graham P, Hider P, Januel JM, Sundararajan V. (2011). Updating and validating the Charlson comorbidity index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries. Am J Epidemiology 15;173(6): 676-82. https://doi:/10.1093/aje/kwq433

Tabel 3.1 Matchingsvariabelen

Matchingsvariabele gemeten op t-1*	Omschrijving	Bron
Geslacht	Vrouw = 1 Man = 0	Uitvraag pilotprojecten / Monitor / CBS
Leeftijd	Leeftijd in jaren	Uitvraag bij pilotprojecten / Monitor / CBS
Partnerstatus	Aanwezigheid van een partner met wie samengewoond wordt op het moment van instroom in het project (0 = geen aanwezigheid partner 1 = aanwezigheid partner)	CBS
Dementie	Dementie=1; Geen dementie=0 o.b.v dementie indicatoren gedefinieerd volgens Vektis als: - Dementie gerelateerde extramurale geneesmiddelen - Dementie gerelateerde ggz-diagnose - Dementie gerelateerde medisch specialistische zorg - Persoonsgebonden budget Wet Langdurige zorg - Grondslag Psychogeriatrische ziekte/aandoening - Dementie gerelateerde wijkverpleging - Intramurale Wlz zorg	CBS (Vektis)
Charlson Comorbidity Index (CCI)	CCI: berekend op basis van DBC's (medisch-specialistische zorg), gekoppeld aan de meest waarschijnlijke diagnose, conform Quan et al. (2011).	CBS (Vektis)

* in het jaar voor start observatieperiode

De gematchte individuen zijn geselecteerd uit landelijke, administratieve CBS-data. Controlepersonen moesten op 1 januari van het betreffende instroomjaar in leven zijn, niet deelgenomen hebben aan een DOS-project en geen Wlz-indicatie hebben. Per individu in de projectgroep zijn 20 controlepersonen exact gematcht om de betrouwbaarheid van de schattingen te optimaliseren. Voor groep 1 (pilotevaluatie) omvat de interventiegroep 109 deelnemers en de controlegroep 2.180 gematchte controles. Voor groep 2 (projecten 2023 & 2024) bestaat de interventiegroep uit 433 deelnemers en de controlegroep uit 8.635 gematchte controles. Tabel 3.2a geeft een overzicht van de verschillen die er waren tussen de volledige controlegroep en de pilotproject groep voor het matchen, vergelijk hiervoor de 2e en 3e kolom. In kolom 4 wordt getoond dat de verschillen die er waren volledig zijn verdwenen na de matchingsprocedure. Hetzelfde principe is toegepast voor de 2023 en 2024 project en dit overzicht staat in Tabel 3.2b.

Tabel 3.2a Resultaten exacte matchingsprocedure groep 1 (pilotprojecten)

Matchingsvariabelen	Projectgroep	Controlegroep voor matching	Controlegroep na matching
Vrouw (%)	67,00	50,69	67,00
Leeftijd (gemiddeld)	84,00	68,14	84,00
Partner (%)	29,40	49,92	29,40
Dementie (%)	66,10	3,21	66,10
Charlson Comorbidity Index (gemiddeld)	0,85	0,30	0,85
Aantal (N)	109	7.527.415	2.180

Tabel 3.2b Resultaten exacte matchingsprocedure groep 2 (projecten 2023 & 2024)

Matchingsvariabelen	Projectgroep	Controlegroep voor matching	Controlegroep na matching
Vrouw (%)	63,00	49,74	63,00
Leeftijd (gemiddeld)	81,00	66,46	81,00
Partner (%)	50,50	54,76	50,50
Dementie (%)	22,70	2,52	22,70
Charlson Comorbidity Index (gemiddeld)	0,37	0,14	0,37
Aantal (N)	433	9.153.331	8.635

3.3. ANALYSEMETHODE EN VARIABELEN

In deze paragraaf wordt uiteengezet welke analysemethoden zijn toegepast en welke variabelen daarbij zijn gebruikt. Voor alle modellen die een statistische toets bevatten geldt dat we het rapporteren als significant als de p-waarde kleiner is dan 0,05. De marges rondom de effecten in getoonde figuren zullen ook allemaal een 95% betrouwbaarheidsinterval laten zien. Tabel 3.3 geeft een overzicht van de gebruikte uitkomstmaten, overige variabelen en de bijbehorende databronnen.

De analyse richt zich op twee uitkomstmaten:

1. Instroom in Wlz
2. Zorgkosten (totaal en Zvw)

3.3.1. UITKOMSTMAAT 1: INSTROOM IN WLZ

In dit onderzoek wordt instroom in de Wlz gemeten aan de hand van twee indicatoren:
1. de tijd tot het verkrijgen van een Wlz-indicatie;
2. de tijd van Wlz-indicatie tot daadwerkelijk Wlz-zorggebruik (het verzilveren van een indicatie).

Verschillen in mortaliteit tussen de projectgroep en controlegroep zijn visueel weergegeven met behulp van overlevingscurves (i.e. Kaplan-Meier curves). Overige descriptieve statistiek wordt weergegeven in verschillende tabellen. Vervolgens zijn overlevingsduurmodellen geschat. Een overlevingsmodel is een statistische methode die wordt toegepast om de tijd tot het optreden van een specifieke gebeurtenis te analyseren en te vergelijken tussen de projectgroep en de controlegroep. Deze modellen maken het ook mogelijk om rekening te houden met aanvullende verklarende factoren.

Wat overlevingsmodellen onderscheidt van andere analysemethoden, is de wijze van omgang met gecensureerde data. Gecensureerd wil zeggen: situaties waarin de gebeurtenis van interesse nog niet heeft plaatsgevonden op het moment dat de observatieperiode eindigt. Overlevingsduurmodellen houden expliciet rekening met respondenten die tijdens de onderzoeksperiode géén gebeurtenis hebben meegemaakt. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer een deelnemer overlijdt vóór het verkrijgen van een indicatie, of wanneer iemand aan het einde van de studie nog in leven is maar (nog) geen Wlz-indicatie heeft ontvangen. In dit onderzoek is dit van belang, aangezien aan het einde van de onderzoeksperiode een deel van de deelnemers geen gebeurtenis hebben meegemaakt en nog in leven is. Een deel van de waarnemingen is daarmee nog onvolledig.

In dit onderzoek is gebruikgemaakt van zo een overlevingsmodel, ook wel tijd-tot-gebeurtenismodel genoemd. Specifiek is gekozen voor het Cox proportional hazards-model, omdat dit model semi-parametrisch is en daarom minder aannames vereist en daardoor robuuster is. Als effectmaat is gekozen voor hazardratio's (HR's). Een hazardratio geeft weer hoe het risico op het optreden van de gebeurtenis relatief verandert bij een toename van één eenheid in een verklarende variabele vergeleken met het risico zonder die toename, en terwijl de overige variabelen constant worden gehouden. Een HR groter dan 1 duidt op een verhoogd risico, en een HR kleiner dan 1 op een verlaagd risico. Bij benadering kan een HR worden gelezen als een benadering van een relatief risico, oftewel de verhouding tussen de risico's met en zonder toename, voor tijd-tot-gebeurtenis modellen.

3.3.2. UITKOMSTMAAT 2: TOTALE ZORGKOSTEN

De tweede onderzochte uitkomstmaat betreft de totale zorgkosten in de Wmo, Zvw en de Wlz. Deze uitkomst is met een causaal Difference-in-Differences (DiD) model geanalyseerd. Een DiD-analyse schat het effect van een maatregel door de verandering in uitkomst vóór vs. na de maatregel te vergelijken tussen een behandelde groep en een vergelijkingsgroep zonder maatregel[2]. Deze methode houdt rekening met het feit dat de maatregel (in dit onderzoek: start project) op verschillende tijdstippen wordt ingevoerd. Daarnaast zorgt de methode ervoor dat groepen die al aan het project deelnemen niet worden gebruikt als vergelijkingsgroep voor cohorten die later instromen. Hierdoor worden de effecten zuiverder geschat.

Voor de Wlz-kosten is uitgegaan van de daadwerkelijk gedeclareerde kosten. Hiermee wordt rekening gehouden met verschillen in tarieven naar zorgzwaartepakket (ZZP), leveringsvorm (intramurale Wlz zorg, VPT/MPT, met of zonder behandeling) en uitgaven binnen het Wlz-PGB. De Zvw-kosten omvatten alle door de zorgverzekeraar gedeclareerde kosten binnen de Zorgverzekeringswet. Voor de Wmo zijn de volgende categorieën meegenomen: dagbesteding en begeleiding, huishoudelijke ondersteuning en vervoer. Vanwege verschillen in gemeentelijke inkoopstrategieën en de uiteenlopende wijze waarop maatwerkarrangementen worden geregistreerd, zijn aantallen eenheden Wmo-zorg niet eenduidig beschikbaar binnen de CBS-registraties. Daarom is gebruikgemaakt van een zo goed mogelijke benadering (proxy). De gehanteerde tarieven voor Wmo-zorg zijn gebaseerd op de gemiddelde kosten per voorziening, berekend als het aantal bekende afgenomen arrangement typen maal het gemiddelde bedrag per persoon per gemeente per jaar op basis van CBS Open Data. Het ontvangen SPUK-DOS-subsidiebedrag is buiten beschouwing gelaten, al kan de inzet van DOS indirect hebben bijgedragen aan hogere kosten binnen de Wmo.

Aanvullend op de DiD-analyse van zorgkosten is met behulp van een multinomiaal regressiemodel onderzocht in hoeverre leveringsvormen samenhangen met verschillen in gemiddelde zorgkosten, waarbij het model is geschat op een subgroep die tijdens observatie een Wlz-indicatie heeft ontvangen.

3.3.3. Correctie voor aanvullende verklarende factoren

Zoals eerder vermeld is de controlegroep geconstrueerd met behulp van exacte matching. Om eventuele resterende verschillen in kenmerken tussen de projectgroep en de controlegroep te corrigeren, zijn de Cox en multinomiaal modellen uitgebreid met aanvullende individuele kenmerken en omgevingsfactoren die mogelijk gedurende de observatieperiode van invloed zijn op de instroom in de Wlz en het verzilveren van de Wlz-indicatie. In totaal zijn vijf aanvullende variabelen opgenomen in de analyses.

Ten eerste zijn individuele karakteristieken meegenomen die iets zeggen over de sociaaleconomische status. Om precies te zijn, het mediane vermogen en de mediane waarde van een koopwoning. Ten tweede zijn verschillende variabelen gebruikt om de woonomgeving van het individu te karakteriseren. Het gaat hierbij om het percentage huurwoningen, het percentage eenpersoonshuishoudens en de mate van stedelijkheid. Deze variabelen zijn allemaal berekend op postcode 4-niveau. Deze variabelen inclusief de omschrijving en de bron, staan in Tabel 3.3.

[2] Er is gebruik gemaakt van de DiD methode van Callaway & Sant ‘Anna (2021)

Tabel 3.3 Selectie en omschrijving variabelen

Variabelen	Omschrijving	Bron
Afhankelijke variabelen		
Instroom Wlz	Duur tot indicatie Wlz: Tijd tot het verkrijgen van een indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) vanaf instroomjaar van het individu	CBS (CIZ)
Verzilvering Wlz indicatie	De duur vanaf het verkrijgen van een indicatie tot het moment waarop zorg binnen de Wlz wordt gebruikt	CBS (Vektis)
Totale zorgkosten	Dit is een optelsom van de kosten van het zorggebruik uit de Zvw, Wlz en Wmo-ondersteuning. Zvw zorggebruik omvat: - Zvw-basiszorg: omvat farmacie, Basis GGZ, HAP, paramedische zorg, hulpmiddelen en eerstelijns psychologie - Zvw-specialistisch omvat geriatrische zorg en ziekenvervoer - Zvw-wijkverpleging Wmo-ondersteuning bestaat uit aantal unieke Wmo maatwerkvoorzieningen waarvoor een eigen bijdrage betaald moet worden. Wlz-gebruik op basis van leveringsvorm info van het CAK.	CBS (Vektis)
Onafhankelijke variabelen		
Gemeten op huishoud niveau		
Vermogen	Het totale saldo van bezittingen en schulden	CBS
Waarde koopwoning	De voorlopige waarde van de koopwoning waarvoor een bekende onroerendezaakbelasting (OZB)-aanslag beschikbaar is;	CBS
Gemeten op 4 cijfers postcode		
Huurwoningen (%)	Het aantal huurwoningen in postcode 4 gebied gedeeld door het totale aantal woningen	CBS
Eenpersoonshuishoudens (%)	Het aantal particuliere huishoudens dat uit één persoon bestaat, gedeeld door het totaal aantal particuliere huishoudens in een postcode 4 gebied	CBS
Stedelijkheidsscore (gemiddelde)	Het gemiddeld aantal adressen (woningen én niet-woningen) binnen een straal van 1 kilometer rond een adres. 1 Zeer sterk stedelijk (≥ 2.500) 2 Sterk stedelijk (1.500 – 2.500) 3 Matig stedelijk (1.000 – 1.500) 4 Weinig stedelijk (500 – 1.000) 5 Niet stedelijk (< 500)	CBS
65 plussers (%)	Het aantal inwoners van 65 jaar en ouder in een postcode 4 gebied gedeeld door het totaal aantal inwoners in dit gebied	CBS

3.4. RESULTATEN EFFECTMETINGEN

In deze sectie worden de resultaten gepresenteerd van de effectmetingen op basis van CBS-data. Allereerst worden de uitkomsten van de pilotprojecten besproken, gevolgd door de resultaten van de projecten die in 2023 en 2024 zijn gestart. In tegenstelling tot de pilotprojecten zijn effecten over een langere tijdsperiode voor deze projecten nog niet beschikbaar. Er is dus sprake van een verschil in observatieperiode tussen de pilotprojecten (2018–2020 tot 2025) en de recentere projecten (2023–2024 tot 2025), wat van invloed kan zijn op de uitkomsten. De eerste bevindingen over de projecten die in 2023-24 gestart zijn kunnen echter wel waardevolle aanknopingspunten bieden voor het verdere verloop en de toekomstige evaluatie van de projecten. De belangrijkste coëfficiënt voor ieder model is in dit hoofdstuk gerapporteerd. De volledige modeluitkomsten kunt u vinden in Bijlage 2.

3.4.1. RESULTATEN GROEP 1: PILOTPROJECTEN

3.4.1.1. Beschrijvende resultaten

Tabel 3.4 toont de kenmerken van de projectgroep en de controlegroep bij de start van het initiatief (t=0) en twee jaar later (t=2). De cijfers op meetmoment t=2 hebben betrekking op de overlevenden op t=2. Na twee jaar, is een kleiner percentage individuen in de projectgroep overleden dan in de controlegroep. Als gevolg van de onderzoeksmethodiek zijn de matchingvariabelen (leeftijd, geslacht, dementie, comorbiditeit en partnerstatus) bij aanvang exact gelijk tussen beide groepen. Voor de kosten op t=0 geldt dat zij het jaar voorafgaand aan de start van het initiatief zijn gemeten, zodat op t=0 het verschil niet wordt bepaald door het initiatief.

Uitkomsten

Het percentage personen dat op t=2 in de projectgroep een indicatie heeft gekregen (55,1%) ligt hoger dan in de controlegroep (32,0%). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat deelnemers aan een initiatief beter in beeld waren bij zorgverleners, wat ertoe kan hebben geleid dat zij mogelijk vaker doorverwezen werden naar het CIZ. Daarnaast zijn er binnen de controlegroep meer mensen overleden dan in de projectgroep. Hogere sterfte in de controlegroep betekent ook dat mensen korter werden gevolgd, waardoor zij minder kans hadden om überhaupt een Wlz-indicatie te krijgen. Uit de tabel blijkt ook dat nagenoeg alle personen die een Wlz indicatie hebben gekregen ook zorg zijn gaan gebruiken, maar dat deelnemers vaker gebruik maken van een VPT dan de controlegroep.

Het jaar voorafgaand aan het initiatief lagen de gemiddelde totale zorgkosten (€ 15.532) in de projectgroep iets hoger dan in de controlegroep (€ 12.024). Echter, op basis van de mediaan en de interkwartielafstand (IQR) moet worden geconstateerd dat zowel in de projectgroep als in de controlegroep de kostenverdeling scheef naar rechts is en een grote spreiding kent. Dit is een normaal verschijnsel bij kostendata van patiënten. Bij kosten is het namelijk gebruikelijk dat een deel van de groep geen of relatief weinig kosten maakt, terwijl een ander deel juist zeer hoge kosten heeft. De scheve verdeling van de kosten geldt in het bijzonder voor de projectgroep, die minder waarnemingen bevat en daardoor gevoeliger is voor de invloed van scheefheid.

Om het effect van kosten goed te kunnen analyseren, is het nodig de kosten eerst te transformeren. Door de scheve verdeling en de aanwezigheid van uitschieters geven gemiddelde kosten namelijk een vertekend beeld. Daarom worden de kosten log-getransformeerd, waardoor de verdeling beter hanteerbaar wordt en extreme waarden minder zwaar meewegen. Conclusies worden dan ook gebaseerd op deze log-getransformeerde kosten. De log-getransformeerde totale zorgkosten lagen in het jaar voorafgaand aan het initiatief iets hoger in de projectgroep (9,06) dan in de controlegroep (8,64). In het tweede jaar na aanvang (t=2) is dit omgekeerd: de log-kosten in de projectgroep zijn gedaald naar 8,23, terwijl die in de controlegroep zijn gestegen naar 9,36. Dit suggereert dat het initiatief mogelijk heeft bijgedragen aan een kostenreductie in de projectgroep, hoewel verder onderzoek nodig is om dit verband te bevestigen (zie hiervoor paragraaf 3.4.1.3).

Een vergelijkbaar patroon is zichtbaar bij de log-getransformeerde Zvw-kosten. Ook hier lagen de log kosten in het jaar voorafgaand aan het initiatief iets hoger in de projectgroep (8,73) dan in de controlegroep (8,41), en ook hier zijn de kosten in de projectgroep sterker gedaald (5,75) ten opzichte van de controlegroep (7,62) op t=2.

Overige variabelen

De gemiddelde leeftijd in beide groepen is iets meer toegenomen dan 2 jaar. Dit betekent dat

relatief meer jongere personen overleden zijn. Ook is na 2 jaar het percentage vrouwen zowel in de projectgroep als in de controlegroep toegenomen. De mannen zijn dus relatief vaker overleden.

Het mediane vermogen varieerde op t=0 tussen de groepen, met waarden van €19.632 en €27.576, voor de projectgroep en controlegroep respectievelijk. Relatief gezien zijn er in de projectgroep meer personen met een lagere sociaaleconomische status opgenomen. Op t=2, zijn deze waarden €25.876 en €29.160 geworden, wat suggereert dat de armere mensen vaker overleden zijn. Op t=0, was de mediane waarde van de koopwoning grotendeels vergelijkbaar tussen de eerste twee groepen (€285.246 vs. €284.170). Op t=2, lag deze waarde hoger in de controle groep (€340.079).

Op het startmoment was het aandeel personen met een diagnose dementie 66,1% in beide groepen. Na 2 jaar ligt dit percentage lager bij de controlegroep (59,7%) dan bij de projectgroep (72,6%). Dat betekent dat er relatief meer mensen met dementie zijn overleden (en mogelijk minder nieuwe dementie diagnoses) in de controlegroep dan in de projectgroep.

Het aandeel gebruikers van Wmo zorg en wijkverpleging op t = 0 ligt binnen de projectgroep hoger dan binnen de controlegroep. Een mogelijke verklaring is dat alle mensen uit de projectgroep via route 1 zijn binnengekomen en al zorg ontvingen uit één of meerdere domeinen. Wat opvalt, is dat het percentage gebruikers van Wmo-zorg en wijkverpleging in de projectgroep op t = 2 aanzienlijk is gedaald, sterker dan in de controlegroep. Deze daling kan niet worden verklaard door sterfte, aangezien in de projectgroep na twee jaar minder dan 10% is overleden. Een mogelijke verklaring is dat deelnemers uit de projectgroep relatief vaker een Wlz-indicatie hebben gekregen. Wanneer iemand instroomt in de Wlz, wordt wijkverpleging niet langer vanuit de Zvw geleverd, maar valt deze zorg binnen het Wlz-kader. Hierdoor neemt het gebruik van Wmo en wijkverpleging zoals hier gemeten af. Daarnaast kan een deel van de verandering samenhangen met effecten van de initiatieven zelf.

Wat de postcode gegevens betreft, kunnen we concluderen dat de projectgroep en controlegroep bij aanvang (t=0) niet volledig vergelijkbaar zijn — De postcodegebieden van de deelnemers van de projectgroep kenmerken zich door relatief minder huurwoningen en eenpersoonshuishoudens, en een iets stedelijker karakter. Over de tijd (t=0 naar t=2) zijn de veranderingen in beide groepen over het algemeen klein en parallel.

Het feit dat, ondanks zorgvuldige matching, het aandeel overledenen in de controlegroep (18,7%) hoger is dan in de projectgroep (<10%), vraagt om nadere toelichting. Hiervoor zijn meerdere mogelijke verklaringen. Ten eerste zou dit een effect kunnen zijn van het initiatief zelf. Deelnemers aan een initiatief zouden wellicht beter in de gaten gehouden zijn door zorgverleners of passender zorg hebben ontvangen. Ten tweede zou dit kunnen duiden op een selectie-effect, aangezien deelnemers aan de initiatieven niet willekeurig zijn geselecteerd, maar veelal al bekend waren bij zorgverleners of op basis van specifieke kenmerken zijn geïncludeerd. Dat zou ook gedeeltelijk het verschil in dementiemortaliteit kunnen verklaren dat wij hiervoor hebben genoemd. Ten derde zou het verschil in sterfte verklaard kunnen worden door de coronapandemie. Een groter deel van de controlegroep woonde in 2020-2021 in een verpleeghuis, waar de sterfte een stuk hoger lag. Tegelijkertijd waren thuiswonende personen in de controlegroep mogelijk minder goed in beeld bij zorgverleners dan deelnemers aan het initiatief. Hierdoor kan de pandemie voor hen zwaarder hebben uitgepakt en kan dit hebben bijgedragen aan een hogere sterfte. Ten vierde zijn de controle personen gedurende de eerste 2 jaar vaker verhuisd naar een verpleeghuis dan de projectgroep deelnemers. Verhuizen naar een verpleeghuis heeft een aangetoond negatief effect op overleving. Figuur 1 beschrijft het verloop van de mortaliteit in de twee groepen tijdens de hele observatie periode. De figuur bevestigt de gegevens op t=2 en laat zien dat ongeveer 20% van de projectdeelnemers en 55% van de mensen uit de controlegroep zijn overleden voor het einde van de observatie periode.

Tabel 3.4 Beschrijvende statistiek pilotprojecten

Variabelen	Jaar start initiatief		2 jaar na start initiatief	
	Project	Controle	Project	Controle
Aantal (N)	109	2.180	106	1.775
Overleden (op 1 januari, %)	n.v.t.	n.v.t.	<10	18,7
Uitkomsten				
Indicatie gekregen (op 1 januari, %)	n.v.t.	n.v.t.	55,1	32,0
Wlz gebruikers (op 1 januari, %)	n.v.t.	n.v.t.	54,1	31,8
Zorg in natura (%)	n.v.t.	n.v.t.	24,0	29,0
Volledig Pakket Thuis (%)	n.v.t.	n.v.t.	29,5	2,5
Totale zorgkosten (gemiddeld, in €)[3]	15.532	12.024	42.708	29.624
Totale zorgkosten (mediaan, in €)	10.543	6.428	36.61 0	13.772
Totale zorgkosten (IQR, in €)	17.811	14.264	73.052	41.171
Totale zorgkosten (gemiddeld, log)	9,06	8,64	8,23	9,36
Zvw kosten (gemiddeld, in €)	12.626	10.035	8.522	7.837
Zvw kosten (mediaan, in €)	7.229	4.753	2.069	3.668
Zvw kosten (IQR, in €)	15.027	11.807	10.728	9.042
Zvw kosten (gemiddeld, log)	8,73	8,41	5,75	7,62
Overige variabelen				
Gemeten per individu / huishouden				
Leeftijd (gemiddeld)	84,0	84,0	86,1	86,2
Vrouwen (%)	67,0	67,0	70,3	67,4
Vermogen (huishoud, mediaan, in €)	19.632	27.576	25.876	29.160
Waarde koopwoning (mediaan, in €)	285.246	284.170	285.950	340.079
Dementie (op 1 januari, %)	66,1	66,1	72,6	59,7
Wmo gebruikers (%)	78,0	52,4	50,6	48,9
Wijkverpleging gebruikers (%)	89,9	55,1	33,7	32,1
Gemeten op 4 cijfers-postcode				
Huurwoningen (%)	33,4	41,5	34,9	41,8
Eenpersoonshuishoudens (%)	34,6	37,4	35,1	37,7
65-plussers (%)	22,3	22,1	23,4	22,7
Stedelijkheidsscore (gemiddelde)	3,0	2,7	2,9	2,7

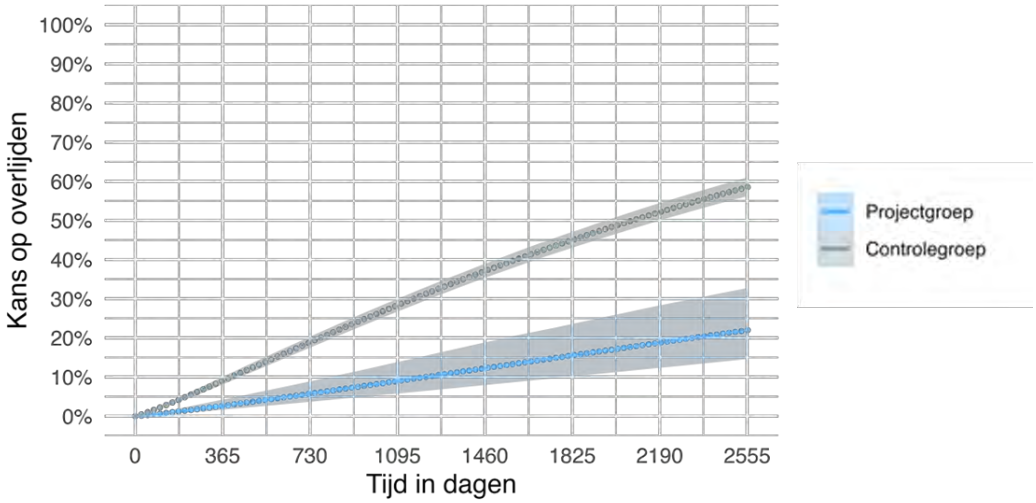
[3] Voor alle kostenvariabelen geldt dat zij zijn gemeten het jaar voorafgaand aan het initiatief.

Tabel 3.5 geeft de verdeling van de zorgprofielen binnen de project- en controlegroep van de pilotprojecten weer. Het verschil in verdeling van zorgprofielen is relevant bij de interpretatie van de uitkomsten, aangezien de zorgzwaarte invloed kan hebben op het zorggebruik. De projectgroep kenmerkt zich door een relatief sterke vertegenwoordiging van zorgprofiel VV5 (83% van de cliënten, tegenover 60% in de controlegroep) en een beperktere vertegenwoordiging van VV4 (<10%) ten opzichte van de controlegroep (21%).

Tabel 3.5 Zorgprofielen binnen de interventie- en controlegroep pilotprojecten aan het einde van de follow-up

Zorgprofiel	Projectgroep	Controlegroep	Totaal
VV4 (%)	<10 (<10)	21 (233)	≈20 (≈ 250)
VV5 (%)	83 (67)	60 (693)	62 (760)
VV6 (%)	<10 (<10)	9 (104)	≈10 (≈ 120)
Overig (%)	<10 (<10)	10 (116)	≈10 (≈ 130)

Figuur 3.1 Kaplan-Meier curve met daarin op de Y-as de kans op overleven gesplitst op de projectgroep en de controlegroep.[4]

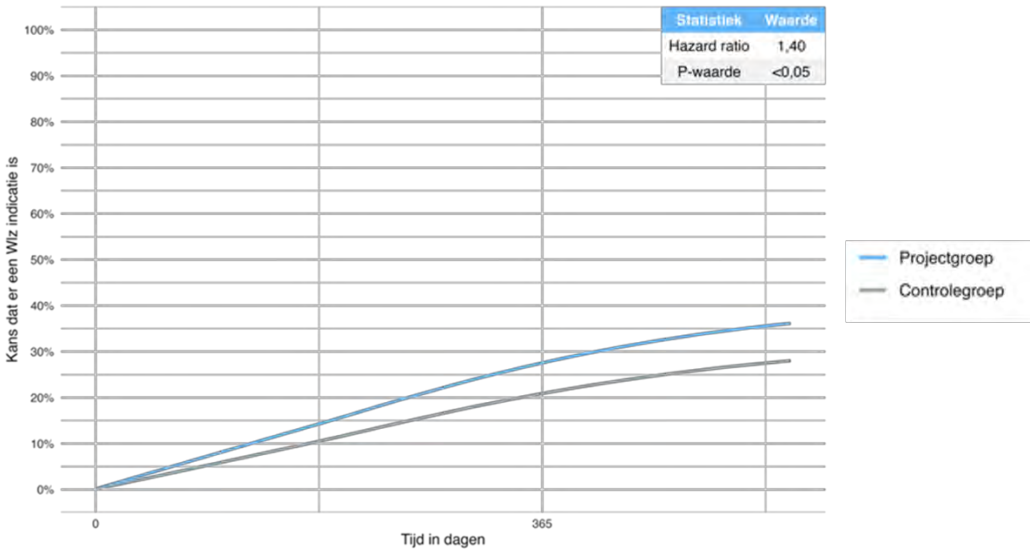


3.4.1.2. Statistische resultaten: Wlz-indicatie krijgen en verzilveren

Figuur 3.2 toont de ontwikkeling van de kans om een Wlz-indicatie te ontvangen voor de projectgroep en de controlegroep, gecorrigeerd voor de individuele kenmerken en postcode 4-kenmerken beschreven in Tabel 3.4. In beide groepen neemt deze kans in de loop van de tijd toe. Dit betekent dat steeds meer mensen een Wlz-indicatie hebben. De kans op het ontvangen van een indicatie ligt in de projectgroep structureel hoger dan in de controlegroep; dit verschil blijft gedurende meerdere jaren zichtbaar. De figuur laat ook zien dat deelnemers aan de initiatieven sneller een indicatie krijgen dan personen in de controlegroep. Zo heeft na 500 dagen 35% van de nog levende projectdeelnemers een indicatie, tegenover 25% in de controlegroep.

[4] Vanwege privacy vereisten van het CBS is de Kaplan-Meijer curve lineair weergegeven in plaats van het originele stapsgewijze verloop.

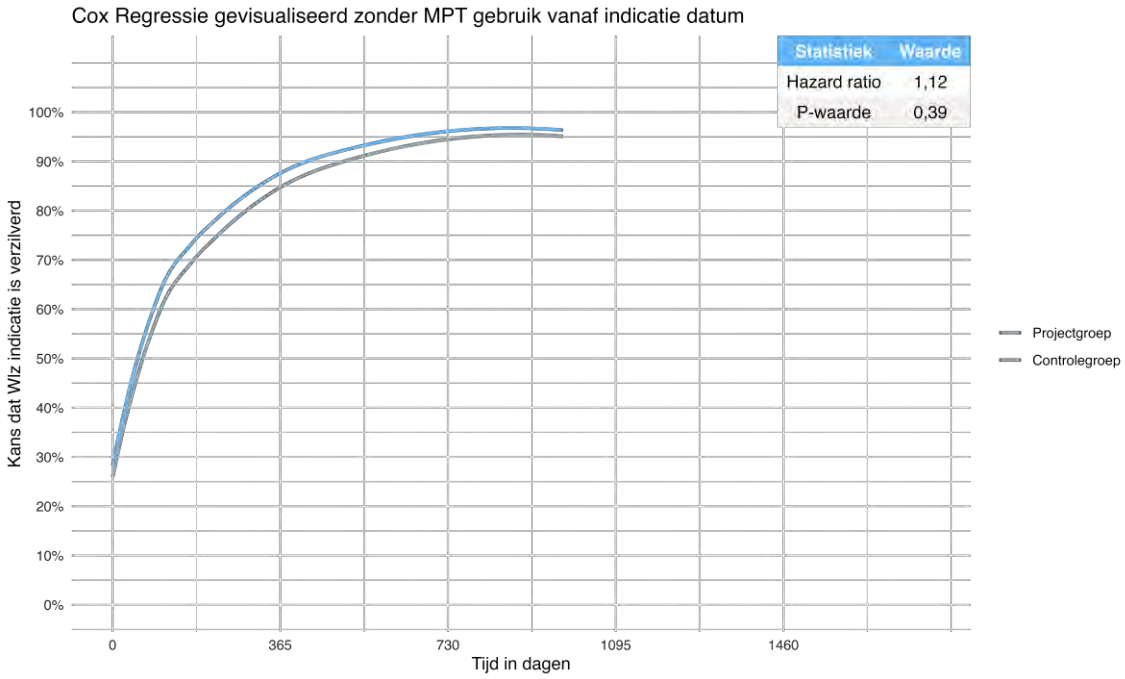
Figuur 3.2 Cox regressie en hazard ratio met als uitkomst het krijgen van een Wlz indicatie



In de figuur wordt ook de hazard ratio van het gecorrigeerde Cox-model gepresenteerd. De resultaten van de gecorrigeerde modellen met alle geïncludeerde variabelen zijn te vinden in Bijlage 2. De hazard ratio (HR) van 1,40 in Figuur 3.2 betekent dat de projectgroep een grotere kans heeft op het verkrijgen van een Wlz-indicatie ten opzichte van de controlegroep. Dit betekent dat de instroom in de Wlz onder projectdeelnemers gedurende de gehele observatieperiode gemiddeld 40% hoger ligt dan in de controlegroep. Met andere woorden: deelnemers ontvangen op elk moment in de tijd relatief vaker (of sneller) een Wlz-indicatie. De gebruikte analysemethode houdt rekening met overlijden, het verschil tussen beide groepen is dus niet hieraan toe te schrijven. Met deze analysemethode wordt op elk moment gekeken naar de populatie die nog risico lopen op de uitkomst, in dit geval het krijgen van een Wlz-indicatie. Wanneer dit figuur wordt gemaakt voor enkel de individuen die gedurende de hele periode niet zijn overleden, zie je een vergelijkbare trend.

Figuur 3.3 laat zien hoe snel mensen na het verkrijgen van een indicatie daadwerkelijk Wlz-zorg ontvangen (d.w.z. institutionele zorg, een VPT of een PGB; een MPT beschouwen we hier als overbruggingszorg). Beide groepen vertonen een vergelijkbaar patroon: de meerderheid ontvangt relatief snel zorg (meer dan 80% binnen een jaar), al lijkt de wachttijd in de controlegroep iets langer. Deze verschillen tussen de groepen zijn echter niet statistisch significant (p-waarde = 0,39). Wanneer ook MPT wordt meegenomen, blijkt dat een nog groter aandeel op korte termijn een vorm van Wlz-zorg ontvangt, maar ook dan blijven de verschillen tussen beide groepen statistisch niet significant.

Figuur 3.3 Cox regressie en hazard ratio gebruik Wlz vanaf indicatiedatum (zonder MPT).



Interpretatie resultaten Wlz-indicatie krijgen en verzilveren

Ten aanzien van het sneller verkrijgen van een Wlz-indicatie van de projectgroep deelnemers, zijn verschillende mogelijke verklaringen. Ten eerste zijn de projectgroep deelnemers geselecteerd vanuit route 1 voor inwoners met een complexere zorgvraag. De centrale coördinator heeft inzicht in de zorgbehoefte, waardoor deelnemers mogelijk adequater zijn doorverwezen naar het CIZ. Ten tweede zijn er op t=2 iets meer mensen met dementie in de projectgroep vertegenwoordigd. Dat suggereert dat de mensen met dementie in de controlegroep complexere zorgvraag op t=0 hadden en daardoor sneller overleden zijn dan de mensen met dementie in de projectgroep. Dit kan duiden op een selectie-effect van projectmensen met een langere overlevingskans en mogelijk meer baat bij de interventie.

Ten aanzien van het verzilveren kan worden geconcludeerd dat er geen significant verschil in verzilvering tussen de project- en controlegroep, behalve dat de projectdeelnemers vaker voor een VPT kiezen dan de controlegroep.

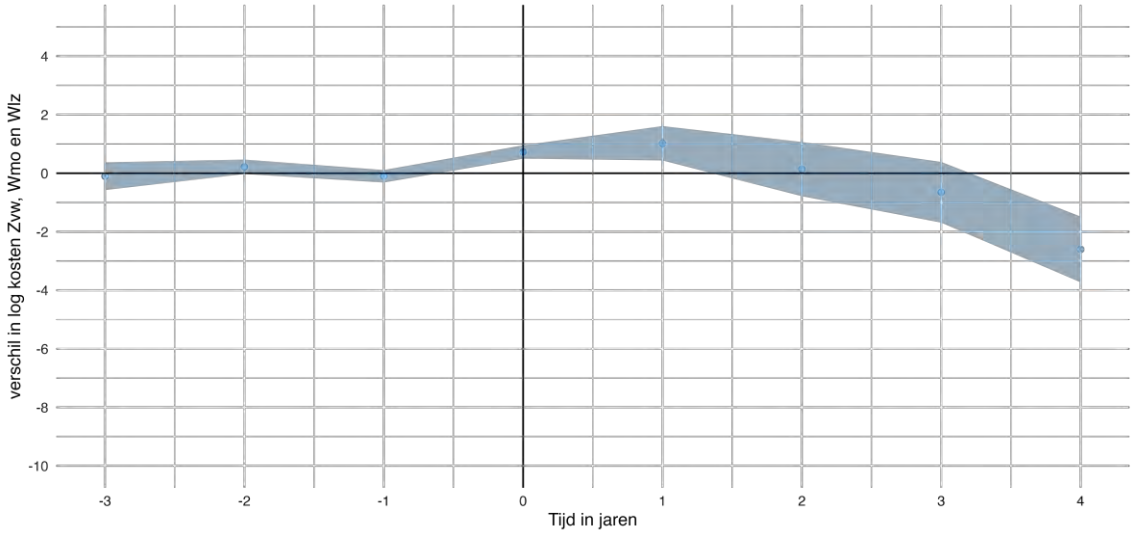
3.4.1.3 Statistische resultaten: Effect op zorgkosten en leveringsvorm

Naast het effect op de instroom in de Wlz wordt het effect van de projecten op de zorgkostenontwikkeling onderzocht. Hiervoor is een robuust difference-in-differences model geschat, waarin de kostenontwikkeling vóór en ná de start van het project wordt vergeleken tussen pilotdeelnemers en een controlegroep.

Figuur 3.4 geeft het verschil weer in de logaritme van de totale zorgkosten (*hierna: log kosten*; Y-as)

tussen de projectgroep en de controlegroep (X-as)[5]. Een waarde van 0 op de Y-as duidt op geen verschil in log kosten tussen beide groepen. Een waarde van 0 op de X-as verwijst naar het jaar van start van het project. Door gebruik te maken van log-getransformeerde kosten is de analyse minder gevoelig voor de scheve verdeling van zorgkosten, en daarmee voor de invloed van uitschieters. Het model toont aan dat de verschillen in de periode voorafgaand aan het project beperkt en stabiel zijn, wat de parallelle-trend aanname ondersteunt.

Figuur 3.4 Ontwikkeling van het verschil in de log totale kosten per jaar van de pilotdeelnemers ten opzichte van de controlegroep jaar op basis van een robuust DiD-model.

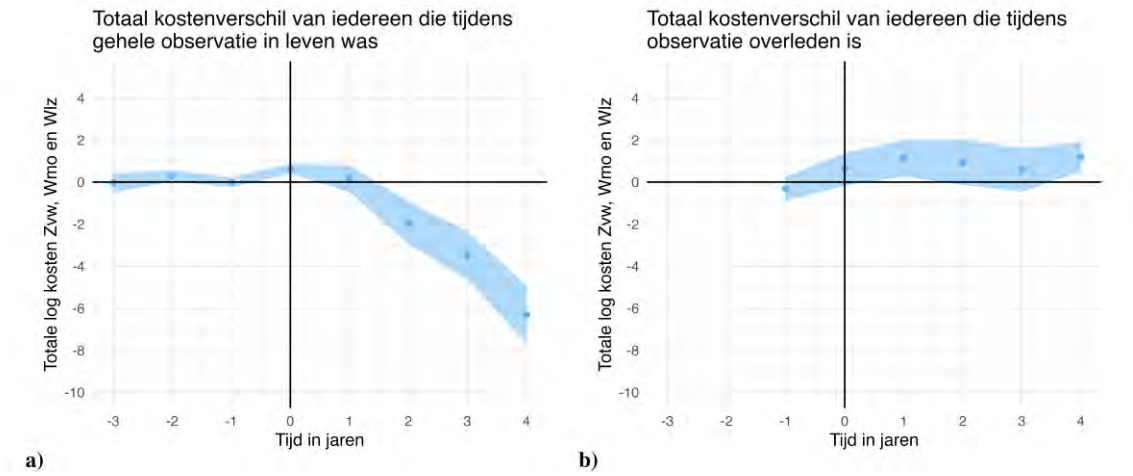


Op t = 0, is het verschil in kosten gelijk aan 172 %. Dat komt overeen met de gegevens van Tabel 3.4: €19.484 versus €10.344. Een jaar na invoering van het project blijken de log kosten van de projectgroep iets harder te zijn gestegen dan de controlegroep maar in de jaren daaropvolgend nemen ze af. Over de gehele periode samengenomen blijkt dat de pilotdeelnemers minder kosten te maken in de Zvw, Wmo en Wlz samen dan de controlegroep. Vier jaar na instroom in het project blijken de pilotdeelnemers significant goedkoper te zijn. Dat de totale kosten op jaar t = 0 en t = 1 hoger zijn bij de projectgroep kan het gevolg zijn van het initiatief zelf, en ook mogelijk dat de deelnemers gebruik maken van Wlz zorg.

Om de ontwikkeling van dit verschil in de log kosten beter te duiden, is onderscheid gemaakt tussen twee subgroepen: **a)** personen die gedurende de onderzoeksperiode in leven blijven en **b)** personen die gedurende de onderzoeksperiode zijn overleden.

[5] Dit kan worden geïnterpreteerd als een (ongeveer) percentageverschil in kosten (percentage verschil = (exp(ATT)-1) *100)

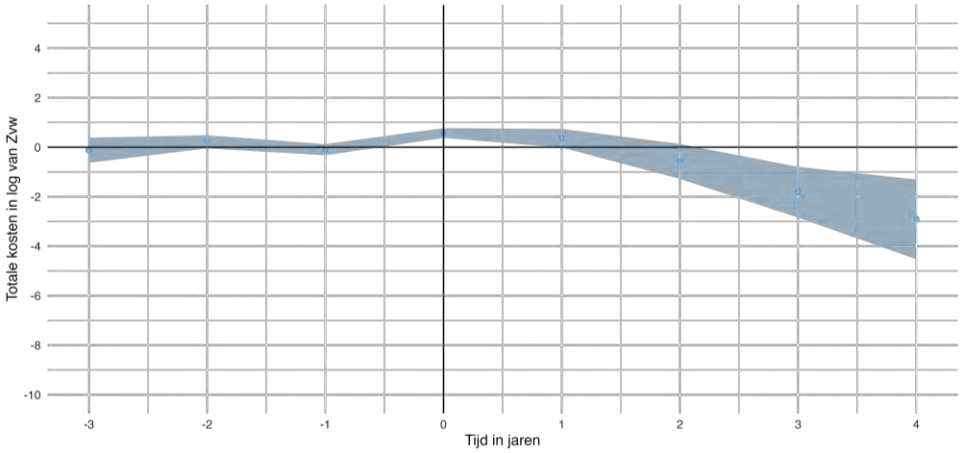
Figuur 3.5 Ontwikkeling van het verschil in log kosten per jaar op basis van een robuust DiD-model tussen de project- en controlegroep. **a)** Geschat voor alle individuen die gedurende de onderzoeksperiode in leven blijven. **b)** Geschat voor personen die na de start van het project zijn overleden.



Figuur 3.5a en Figuur 3.5b tonen het verschil in log kosten tussen de projectgroep en de controlegroep voor de twee eerder omschreven subgroepen. Wanneer alleen naar de groep overlevenden (a) wordt gekeken, blijkt dat de log kosten in het eerste jaar na invoering van het project vergelijkbaar zijn. Echter, in de drie daaropvolgende jaren blijken de log zorgkosten in de projectgroep significant lager dan in de controlegroep. Wanneer alleen naar de groep overledenen (b) wordt gekeken, blijkt dat de log kosten na invoering van het project over de jaren vergelijkbaar blijven tussen beide groepen.

Naast het onderscheid in bovenstaande subgroepen is ook gekeken naar de Zvw kosten (Figuur 3.6). Op t = 0, is er een klein verschil in log Zvw kosten. Een jaar na invoering van het project blijken de log Zvw kosten van de projectgroep iets te dalen en vanaf 2 jaar na invoering vindt er een sterke daling plaats. Over de gehele periode samengenomen blijkt dat de pilotdeelnemers veel minder kosten te maken in de Zvw samen dan de controlegroep. Een mogelijke verklaring is dat de kosten niet meer op de Zvw drukken wanneer deelnemers een indicatie hebben gekregen. Het betrouwbaarheidsinterval is in de periode vóór en rond t = 0 smal, wat wijst op een betrouwbare schatting. Naarmate de tijd na invoering toeneemt, verbreedt het interval zich aanzienlijk, wat aangeeft dat de onzekerheid rond de schatting toeneemt. De sterke daling vanaf t = 2 moet daarom met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Figuur 3.6 Ontwikkeling van het verschil in de Zvw log kosten per jaar van de pilotdeelnemers ten opzichte van de controlegroep.



Tot slot, is naast de DiD-analyses tevens met een multinomiaal model onderzocht of deelname aan het project van invloed is op de leveringsvormen van de Wlz-zorg. Voor dit model is alleen gekeken naar de individuen met een Wlz-indicatie. Tabel 3.6 toont de resultaten van deze multinomiale regressie. In deze regressie wordt de kans op verschillende leveringsvormen geschat, vergeleken met de kans op intramurale Wlz zorg. De gerapporteerde odds ratio's (OR) geven de relatieve kans verschillen weer.

Tabel 3.6 Multinomiaal regressiemodel voor leveringsvorm Wlz (ten opzichte van intramurale Wlz zorg), onder personen met een Wlz-indicatie, gecorrigeerd model*

	OR	p-value
VPT	11,9	≤ 0,05
MPT	1,25	0,5
PGB	3,41	0,2
MPT/PGB	0,49	0,5

*In dit multinomiale regressiemodel is gecorrigeerd voor individuele controlevariabelen: Vermogen van het huishouden, de waarde van de koopwoning waar het huishouden in woont, dagen gebruik van WMO zorg. Daarnaast is gecorrigeerd voor buurtvariabelen (op postcode 4 niveau): percentage huurhuizen t.o.v. de woningvoorraad, percentage 65-plussers, percentage eenpersoonshuishoudens t.o.v. het totale aantal huishoudens. Stedelijkheid is onderverdeeld in 5 categorieën en is als zodanig meegenomen.

Uit de multinomiale regressie blijkt dat de kans op het verkrijgen van een VPT ten opzichte van intramurale Wlz zorg bijna 12 keer hoger is voor de pilotdeelnemers dan voor de controlegroep (OR = 11,9; p ≤ 0,05). Hoewel de leveringsvormen MPT en PGB individueel ook verhoogde odds laat zien, zijn er bij deze twee leveringsvormen geen statistisch significante verbanden gevonden.

Geconcludeerd kan worden dat de pilotdeelnemers fors meer kans hebben op een VPT-leveringsvorm dan op institutionele Wlz. Dit kan erop wijzen dat deelnemers mogelijk minder barrières ervaren bij het aanvragen of benutten van een VPT, bijvoorbeeld doordat zij beter worden geïnformeerd of ondersteund in het aanvraagproces. Tegelijkertijd suggereert dit dat de extra ondersteuning binnen de projecten het mogelijk maakt om, met inzet van een VPT, langer zelfstandig thuis te blijven wonen in plaats van gebruik te maken van intramurale zorg.

3.4.2. RESULTATEN GROEP 2: PROJECTEN 2023 & 2024

3.4.2.1. Beschrijvende resultaten

In deze sectie worden de resultaten van groep 2 (projecten uit 2023 en 2024) gepresenteerd. Tabel 3.7 toont de beschrijvende statistieken van de projectgroep en de gematchte controlegroep (zie ook Tabel 3.2a en 3.2b voor vergelijking met pilot).

Op sociaaleconomisch vlak en in de regionale variabelen zijn verschillen zichtbaar tussen de project- en controlegroep. Het mediane vermogen ligt lager in de projectgroep dan in de controlegroep. Ook de mediane waarde van koopwoningen is lager. Dit wijst erop dat de projecten relatief vaker terechtkomen bij personen met een lagere sociaaleconomische positie en daarmee mogelijk een grotere mate van kwetsbaarheid. De inzet van middelen lijkt zich daarmee te concentreren bij de groep waar de ondersteuningsbehoefte naar verwachting het grootst is. De stedelijkheidsscore ligt iets hoger in de projectgroep. Het aandeel huurwoningen, eenpersoonshuishoudens en 65-plussers is nagenoeg gelijk.

Per 31 december 2024, de laatste datum waarvoor gegevens beschikbaar zijn, was minder dan 10 procent van de personen in beide groepen overleden. Op de peildatum beschikten 1.077 personen over een Wlz-indicatie. Binnen de projectgroep betrof dit 70 personen (16,1%), tegenover 1.007 personen in de controlegroep (11,7%).

Tabel 3.7 Beschrijvende statistiek studie groep 2 (Projecten 2023 & 2024)

Variabelen	Jaar start initiatief	
	Project	**Controle**
Aantal (N)	433	8.635
Gemeten per individu / huishouden		
Vermogen (huishoud, mediaan, in €)	33.895	39.326
Waarde koopwoning (mediaan, in €)	353.871	420.512
Gemeten op 4 cijfers-postcode		
Huurwoningen (%)	39,6	40,3
Eenpersoonshuishoudens (%)	37,4	37,9
65-plussers (%)	21,9	22,7
Stedelijkheidsscore (gemiddelde)	3,1	2,8

Tabel 3.8 toont de verdeling van de Wlz-indicaties naar zorgprofiel voor de project- en de controlegroep. In de projectgroep heeft 59% van de cliënten een VV6-indicatie ontvangen, tegenover 73% in de controlegroep. Het aandeel VV5 is daarentegen hoger in de projectgroep (23% tegenover circa 15%). Het aandeel VV4 is in beide groepen beperkt en ligt onder de 10%.

Opvallend is dat binnen de projectgroep het aandeel VV5 hoger is, een profiel dat veelal samenhangt met dementie. In de controlegroep komt juist VV6 vaker voor, dat doorgaans wordt geassocieerd met lichamelijke somatische problematiek. Deze verschillen hangen deels samen met de aard van de projecten. Eén van de projecten die in 2023 en 2024 is gestart, richt zich specifiek op de doelgroep mensen met dementie. De verdeling van zorgprofielen moet daarom mede in die context worden geïnterpreteerd.

Tabel 3.8 Zorgprofielen voor interventiegroep en controlegroep (projecten 2023 en 2024)

Zorgprofiel	Projectgroep	Controlegroep	Totaal
VV4 (%)	<10 (<10)	<10 (≈15)	<10 (≈15)
VV5 (%)	23 (16)	12 (121)	13 (137)
VV6 (%)	59 (41)	73 (738)	72 (779)
Overig (%)	≈20 (≈15)	≈15 (≈135)	14 (146)

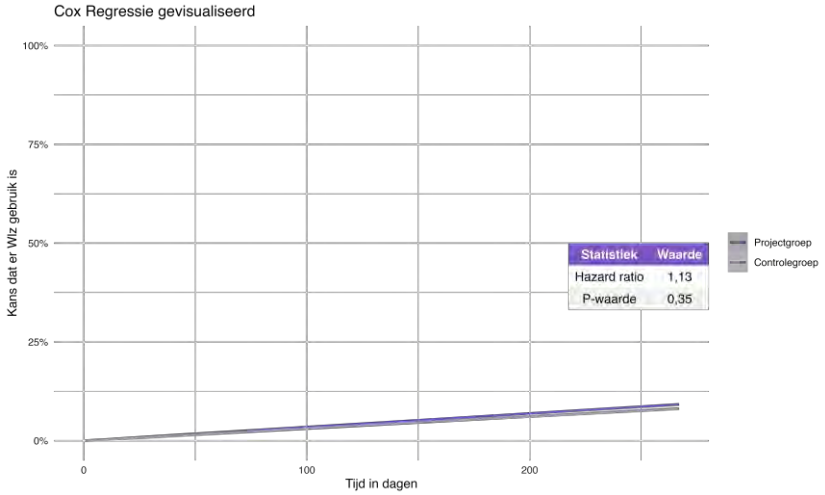
3.4.2.2. Effect Wlz-indicatie en Wlz-gebruik

In deze paragraaf bespreken we de resultaten van de effectmetingen van groep 2. Zoals eerder toegelicht, is deze analyse alleen gebaseerd op de beschikbare Wlz- en Wmo-gegevens over verslagjaar 2024. Door de beperkte looptijd van de interventies en de vertraagde beschikbaarheid van CBS-data zijn lange-termijn effecten op dit moment nog niet zichtbaar. De resultaten dienen daarom met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

Figuur 3.7 toont de uitkomsten van het Cox-model met het verkrijgen van een Wlz-indicatie als uitkomstvariabele. In alle modellen is aanvullend gecorrigeerd voor vermogens- en postcode-4 kenmerken. Deelname aan een project gaat gepaard met een hazard ratio (HR) van 1,13. Dit duidt op een 13% hogere relatieve kans op instroom in de Wlz voor deelnemers ten opzichte van de controlegroep gedurende de onderzoeksperiode. Dit verschil is echter duidelijk niet statistisch significant, waardoor de afwijking van geen effect (een HR van 1) mogelijk het gevolg is van toeval.

De richting van de hazard ratio sluit wel aan bij de bevindingen uit het eerste jaar van de pilotprojecten, waarin eveneens een hogere instroom zichtbaar was. Dit zou kunnen wijzen op een eerdere signalering van zorgbehoeften door de integrale werkwijze. Gegeven het ontbreken van statistische significantie en de beperkte observatieperiode is grote terughoudendheid bij de interpretatie geboden. Om te kunnen beoordelen hoe deze ontwikkeling zich op langere termijn voortzet, en voor verschillende typen projecten, is een langere observatieperiode nodig.

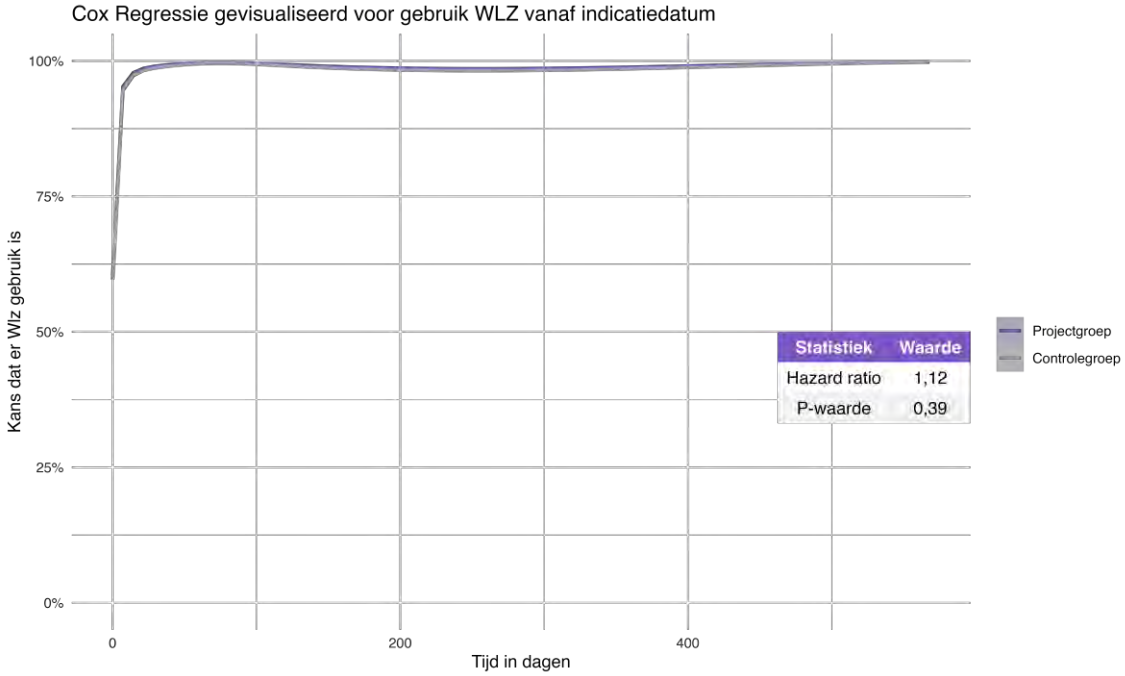
Figuur 3.7 Cox regressie en hazard ratio indicatie Wlz



Vervolgens is gekeken naar het moment van verzilveren van de indicatie. Figuur 3.8 laat zien dat deelnemers, wanneer uitsluitend wordt gekeken naar personen die tijdens observatie uiteindelijk een Wlz-indicatie ontvangen, hun indicatie niet sneller of minder snel verzilveren dan personen in

de controlegroep. De geschatte hazard ratio bedraagt 1,12 en is statistisch niet significant.

Figuur 3.8 Cox regressie en hazard ratio gebruik Wlz vanaf indicatiedatum



In Tabel 3.9 worden de verschillende leveringsvormen vergeleken met intramurale Wlz zorg (referentiegroep). Op basis van de huidige analyse zijn er geen statistisch significante verschillen gevonden tussen de leveringsvormen. Wel is zichtbaar dat de kans op een VPT hoger lijkt in de projectgroep dan op intramurale zorg (Odds ratio = 1,6). Dit verschil is echter niet statistisch significant. Voor de pilotdeelnemers werd voor VPT's wél een statistisch significant verschil gevonden. Het huidige beeld kan daarom worden gezien als een eerste aanwijzing in dezelfde richting.

Bij de interpretatie moet worden meegewogen dat gedurende de observatieperiode slechts 16% van de projectgroep en 11% van de controlegroep een Wlz-indicatie heeft ontvangen. De analyse van leveringsvormen is daarmee gebaseerd op zeer beperkte populatie. In 2025 zijn via het monitoringsinstrument gegevens verzameld van een grotere groep deelnemers en projecten. Van deze deelnemers kan het zorgtraject in het vervolg ook via CBS-data worden gevolgd. Hierdoor zal zowel het aantal deelnemers als het aantal projecten in de analyse aanzienlijk toenemen. Naarmate meer personen instromen in de Wlz en de onderzoekspopulatie groeit, kan duidelijker worden of de verschillen in leveringsvorm zich verder ontwikkelen en mogelijk statistisch significant worden.

Tabel 3.9 Multinomiaal regressiemodel voor leveringsvorm Wlz (referentie: intramurale Wlz zorg), onder personen met een Wlz-indicatie, gecorrigeerd model*

	Odds ratio	p-waarde
VPT	1,60	0,40
MPT	0,83	0,60
PGB	0,36	0,30
MPT/PGB	0,21	0,14

*In dit multinomiale regressiemodel is gecorrigeerd voor individuele controlevariabelen: Vermogen van het huishouden, de waarde van de koopwoning waar het huishouden in woont, dagen gebruik van WMO zorg. Daarnaast is gecorrigeerd voor buurtvariabelen (op postcode 4 niveau): percentage huurhuizen t.o.v. de woningvoorraad, percentage 65-plussers, percentage eenpersoonshuishoudens t.o.v. het totale aantal huishoudens. Stedelijkheid is onderverdeeld in 5 categorieën en is als zodanig meegenomen.

3.5. SAMENVATTING BEVINDINGEN EFFECTMETING

De resultaten in hoofdstuk 3 laten zien dat deelname aan de projecten samenhangt met een eerdere indicatie Wlz. Dit wijst erop dat de integrale, domeinoverstijgende werkwijze zorgbehoeften mogelijk in een eerder stadium zichtbaar maakt, waardoor indicatiestelling eerder plaatsvindt. Deelnemers in de projectgroep verzilveren hun indicatie niet eerder of later dan de controlegroep. Zowel in de pilotprojecten als in de latere projecten zien we dat deelnemers vaker gebruik maken van de VPT-leveringsvorm dan van intramurale Wlz zorg, al was dit verschil in de latere projecten kleiner en niet significant.

In de kostenontwikkeling lijkt deze eerdere instroom, in combinatie met de extra ondersteuning binnen de projecten, zich te vertalen in een stijging van de totale zorgkosten in het eerste jaar na de start van de projecten. Vanaf het tweede jaar dalen de kosten van de pilotproject-deelnemers harder dan de kosten van hun controlegroep. Uiteindelijk leidt dit ertoe dat de totale zorgkosten in de pilotgroep vanaf het derde jaar lager liggen dan in de controlegroep. Voor de latere projecten ontbreekt voldoende tijd om vergelijkbare conclusies te kunnen trekken.

Dit alles wijst erop dat de vroege verschuiving richting de Wlz niet zozeer een structurele kostenverhoging weerspiegelt, maar eerder een verandering in het tijdspad en de vorm van zorginzet. Kortom: deelname aan het initiatief zorgde er niet voor dat mensen minder vaak in de Wlz terechtkwamen, maar beïnvloedde waarschijnlijk wel de manier waarop zij van die zorg gebruikmaakten. Als het patroon van de pilotprojecten ook terugkomt in latere projecten dan is een uitgavendaling na enkele jaren te verwachten. Op basis van de huidige gegevens kan echter nog niet worden vastgesteld of zich een vergelijkbare kostenontwikkeling zal voordoen. Evenmin is duidelijk of dit patroon er hetzelfde zich op dezelfde wijze zal voordoen bij projecten zonder arrangeur, waarvan het aantal in 2025 is toegenomen. Een langere periode van monitoring is nodig om de effecten op langere termijn betrouwbaar te kunnen beoordelen.

4. DEELONDERZOEK 2. ANALYSE MONITORINGSINSTRUMENT

Hoofdstuk 4 gaat in op het tweede deelonderzoek. In dit hoofdstuk worden de beschrijvende resultaten van de SPUK-DOS projecten uit 2024 & 2025 (groep 3) gepresenteerd, op basis van gegevens uit het monitorinstrument. Voor 2025 zijn nog geen CBS-declaratiegegevens beschikbaar. De deelnemers uit 2024 zijn ook meegenomen in de effectmetingen in hoofdstuk 3.

4.1. DE PROJECTEN

Voor de analyses in dit deelonderzoek is gebruikgemaakt van gegevens uit de SPUK-DOS-monitor van 2024 en 2025. Projecten gericht op de doelgroepen Jeugd, GGZ en VG (3 projecten) zijn niet meegenomen. Voor deze projecten gelden beperkingen in het verwerken van gegevens van deelnemers jonger dan 18 jaar, onder andere vanwege de vereiste toestemming en de juridische grondslag voor gegevensverwerking. Daarnaast geven professionals aan dat het stellen van vragen binnen deze doelgroep lastig is, en dat de zorgvragen vaak complex zijn en niet uitsluitend betrekking hebben op zorg. Ook is het aantal deelnemers binnen deze projecten relatief klein en sluiten deze minder goed aan bij de huidige systematiek van de monitor.

Naast deze inhoudelijke exclusie zijn ook enkele projecten buiten beschouwing gelaten die pas laat in 2025 hun beschikking ontvingen. Deze projecten bevonden zich nog in de opstartfase en hadden nog geen deelnemers geïncludeerd. In totaal zijn de gegevens van 46 projecten meegenomen bij de analyse.

4.2. ONDERZOEKSDESIGN

Ter beantwoording van de onderzoeksvraag zijn de onderstaande hypothesen geformuleerd. Deze hypothesen zijn met behulp van de monitor systematisch getoetst.

1. De invoering van DOS draagt bij aan een daling van de totale (formele) maatschappelijke kosten.
2. De invoering van DOS leidt in elk geval tot behoud van kwaliteit van leven.
3. De invoering van DOS verlaagt de druk op de informele zorg.

Het verschil met hoofdstuk 3 is drieledig. Ten eerste zijn de voor deze analyse gebruikte gegevens rechtstreeks aangeleverd door de projecten zelf. Hierdoor kunnen verschillen optreden in datakwaliteit en betrouwbaarheid ten opzichte van gegevens die zijn gebaseerd op formeel gedeclareerde en gevalideerde registraties. Variaties in registratie- en aanlevermethodiek dienen daarom expliciet meegewogen te worden bij de interpretatie van de resultaten.

Ten tweede zijn, naast gegevens over formeel zorggebruik, ook gegevens verzameld over informeel zorggebruik, de kwaliteit van leven van deelnemers en de ervaren belasting van informele zorgverleners. Hierdoor kon dit deelonderzoek, naast de primaire uitkomstmaten, tevens secundaire uitkomstmaten in de analyse betrekken, wat bijdraagt aan een bredere inhoudelijke duiding van de resultaten.

Ten derde is de studiepopulatie beperkt tot deelnemers binnen de projectgroep. Doordat er geen controlegroep beschikbaar is, zoals wel mogelijk is bij analyses op basis van CBS-gegevens, kunnen over deze analyseresultaten geen causale uitspraken worden gedaan. De analyse beperkt zich daarom tot het beschrijven van ontwikkelingen binnen de onderzoekspopulatie over de tijd.

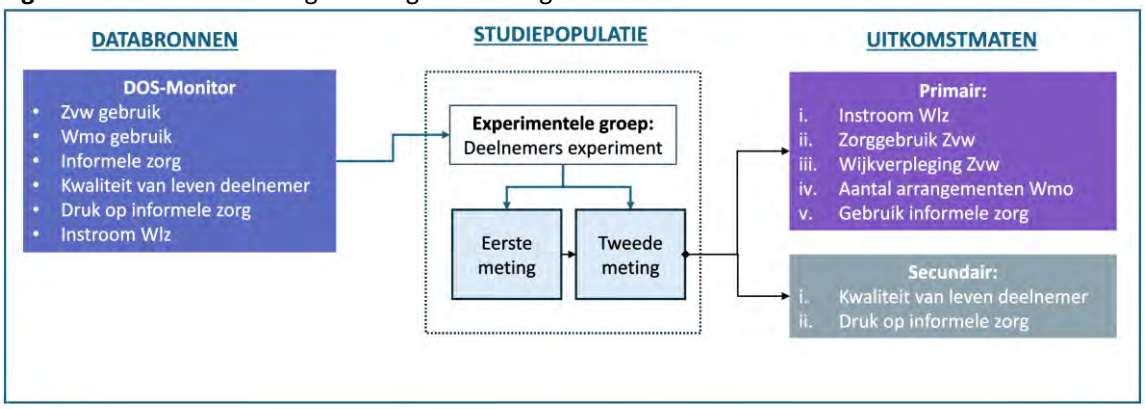
4.2.1. ANALYSE VAN DE DATA

Voor de analyse van het zorggebruik is gebruikgemaakt van gegevens uit de monitor met betrekking tot het aantal uren Zvw-zorg per week, het aantal uren Wmo-zorg per week en het aantal uren informele zorg per week. Daarnaast bevat de monitor informatie over instroom in de Wlz, het toegekende zorgprofiel, de leveringsvorm en overige uitstroomredenen. De projecten zijn geïnstrueerd om het zorggebruik van deelnemers bij aanvang van deelname vast te leggen. Na zes maanden is de projecten verzocht om eventuele wijzigingen in het zorggebruik van de deelnemers te actualiseren in de monitor. Indien geen wijzigingen zijn doorgevoerd, is verondersteld dat het zorggebruik van de betreffende cliënt ongewijzigd is gebleven.

Voor het analyseren van veranderingen in het aantal zorggebruikers tussen de start- en vervolgmeting is aanvullend gebruikgemaakt van de McNemar-toets[6]. Deze toets kijkt of er een betekenisvol verschil is tussen twee metingen bij dezelfde groep, door te focussen op wat er veranderd is.

De gegevens uit de startmeting en de vervolgmetingen zijn geanalyseerd met behulp van een gepaarde t-toets. Deze statistische toets is toegepast om te bepalen of er sprake is van een significant verschil in het gemiddelde zorggebruik tussen twee meetmomenten binnen dezelfde groep cliënten. De gepaarde t-toets houdt rekening met het feit dat de metingen bij dezelfde personen zijn verricht en corrigeert daarmee voor individuele verschillen. Hierdoor kan worden vastgesteld of eventuele veranderingen in zorggebruik statistisch significant zijn en niet op toeval berusten. Figuur 4.1 geeft een samenvatting van het hierboven besproken onderzoeksdesign.

Figuur 4.1 Onderzoeksdesign meting monitoring



4.2.2. KWALITEIT VAN LEVEN

Kwaliteit van Leven is via de monitor uitgevraagd door middel van de ASCOT vragenlijst. ASCOT staat voor Adult Social Care Outcomes Toolkit en is een gewogen maatstaf voor kwaliteit van leven die speciaal ontworpen is voor ouderenzorg en maatschappelijke zorg. De vragenlijst is ontwikkeld door leden van de 'Personal Social Services Research Unit (PSSRU)' van de Universiteit van Kent van Canterbury (VK)[7]. Het instrument meet de kwaliteit van leven in de volgende acht domeinen:

[6] De McNemar toets is geschikt voor gepaarde binaire gegevens en is toegepast om te bepalen of het aandeel cliënten dat gebruikmaakt van een specifieke zorgvorm tussen beide meetmomenten significant is toe- of afgenomen.

[7] Netten, A., Burge, P., Malley, J., Potoglou, D., Towers, A.-M., Brazier, J., Flynn, T., Forder, J., & Wall, B. (2012). *Outcomes of social care for adults: developing a preference-weighted measure*. Health Technology Assessment, 16(16).

1. Regie over het dagelijks leven
2. Persoonlijke verzorging
3. Voeding en drinken
4. Ervaren veiligheid
5. Sociale participatie
6. Zinvolle dagbesteding
7. Waardigheid
8. Woonomgeving

Deelnemers krijgen in totaal 9 vragen voorgelegd, waarbij gekozen kan worden uit vier antwoordcategorieën. De zogenoemde ruwe scores die hieruit voortkomen, geven echter niet de relatieve waarde weer van de gemeten uitkomsten in de maatschappelijke zorg, zoals beoordeeld met het ASCOT-instrument.

Onderzoek laat zien dat niet alle uitkomsten even belangrijk worden gevonden door zorggebruikers en de algemene bevolking. Daarom wordt gewerkt met gewogen scores: sommige antwoorden tellen zwaarder mee dan andere, afhankelijk van hoe belangrijk ze worden gevonden. De totaalscore voor de kwaliteit van leven wordt berekend met de volgende formule:

Huidige kwaliteit van leven = (0,056 × gewogen score) – 0,402

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

4.2.3 ERVAREN DRUK MANTELZORGERS

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

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

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

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

4.3. RESULTATEN DEELONDERZOEK 2

In dit hoofdstuk worden eerst de beschrijvende statistieken van het totale zorggebruik bij de eerste meting van alle projecten gepresenteerd. Vervolgens worden per type zorg de resultaten van de eerste en tweede meting met elkaar vergeleken. Daarnaast wordt onderscheid gemaakt naar type project. Het type project ‘Logeerzorg en respijtzorg’ is in deze vergelijking niet opgenomen vanwege

het lage aantal deelnemers met een herhaalmeting. Dit hangt samen met de aard van logeerzorg, die vaak kortdurend of incidenteel is, waardoor in veel gevallen geen tweede meting beschikbaar is.

Tabel 4.1 geeft een overzicht van de kenmerken van de personen die aan het onderzoek hebben deelgenomen. Per 1 januari 2026 waren 2.588 unieke deelnemers geregistreerd. Dit betreft een toename van 1.802 deelnemers ten opzichte van de tussenrapportage.

Voor 39,5% van de deelnemers zijn herhaalmetingen beschikbaar. Dit betekent dat voor ruim de helft van de deelnemers (60,5%) vooralsnog slechts één meting is geregistreerd. Deze beperkte beschikbaarheid van herhaalmetingen hangt samen met het feit dat de monitoring in 2024 geleidelijk op gang kwam en er sprake was van een implementatie- en gewenningsfase. Daarnaast is een aanzienlijk deel van de projecten in 2025 pas gedurende dat jaar gestart. Verder betreft een deel van de projecten initiatieven van kortdurende of eenmalige aard, zoals reablement trajecten, logeerzorg of vrije inloop, waarbij herhaalde metingen minder voor de hand liggen. De aanwezigheid van slechts één meting betekent echter niet dat deze gegevens beperkt bruikbaar zijn. Voor alle deelnemers geldt dat op basis van de beschikbare persoonsgegevens het verdere zorgtraject kan worden gevolgd in vervolgonderzoek via de in Hoofdstuk 3 benutte declaratiedata van het CBS.

Van de deelnemers is 62,8% vrouw. Dit sluit aan bij de hoge gemiddelde leeftijd van de onderzoekspopulatie (80,1 jaar), aangezien vrouwen in deze leeftijdsgroep relatief vaker vertegenwoordigd zijn. De leeftijd van de deelnemers varieert van 55,1 tot 101,6 jaar. Bij aanvang van deelname ontving 12,1% van de deelnemers geen formele of informele ondersteuning. 18,5% van de deelnemers ontving uitsluitend informele zorg.

De meerderheid (69,4%) maakte bij start reeds gebruik van één of meerdere vormen van formele ondersteuning. In totaal is 14,1% van de deelnemers gedurende de onderzoeksperiode uitgestroomd. Redenen voor uitstroom zijn onder meer overgang naar de Wlz, overlijden van de deelnemer, of beëindiging van deelname aan het project door de deelnemer of de uitvoerende partij.

Tabel 4.1 Baseline kenmerken en uitstroom (Populatie 55+)

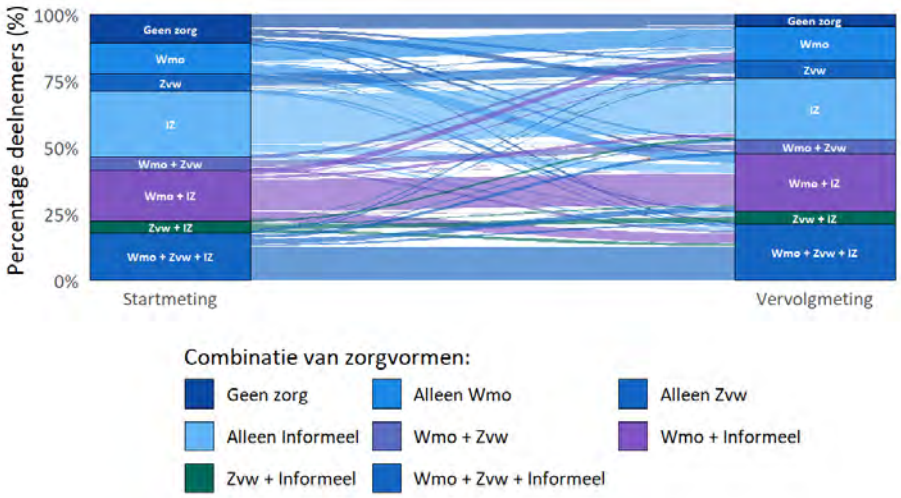
Kenmerk	Waarde
Deelnemers (n)	2588
Herhaalmetingen (%)	39,5
Vrouwen (%)	62,8
Leeftijd (gemiddelde)	80,1
(min - max)	(55,1 – 101,6)
Zorg op startmeting	
Geen zorg en ondersteuning (%)	12,1
Alleen informele zorg (%)	18,5
Alleen Zvw met of zonder informele zorg (%)	16,5
Alleen Wmo met en zonder informele zorg (%)	28,4
Meerdere vormen van zorg en ondersteuning (%)	24,5
Uitstroom totaal (%)	14,1
Uitstroom naar Wlz (%)	3,4
Overleden (%)	1,9
Project gestopt of deelnemer gestopt (%)	2,6
Laatste meting i.v.m. SPUK DOS (%)	2,0
Terug naar reguliere zorg of eenmalige interventie (%)	4,1
Overig (%)	0,1

Binnen de onderzoeksgroep hadden 636 deelnemers een herhaalmeting binnen één jaar. De gemiddelde tijd tussen de eerste en tweede meting bedroeg 172 dagen (SD = 63 dagen), wat duidt op een redelijk consistente meetinterval binnen de onderzoekspopulatie. Slechts 54 deelnemers hadden een herhaalmeting waarbij meer dan één jaar tussen de start- en vervolg meting lag.

4.3.1. TOTAAL ZORGGEBRUIK

Figuur 4.2 laat de verschuivingen zien in de combinaties van zorgvormen zien tussen de start- en vervolgmeting. Op hoofdlijnen blijft de verdeling stabiel, maar binnen specifieke zorgcombinaties zijn enkele relevante verschuivingen zichtbaar. Het aandeel deelnemers dat uitsluitend gebruikmaakt van informele zorg neemt af, terwijl combinaties van formele en informele zorg toenemen. Dit wijst op een ontwikkeling waarbij ondersteuning in de tijd vaker wordt verbreed en aangevuld met formele zorg. Het aandeel deelnemers zonder zorggebruik blijft zowel bij de start- als bij de vervolgmeting beperkt.

Figuur 4.2 Verschuivingen in combinaties van zorgvormen



Het gemiddelde totale zorggebruik in uren (Wmo, Zvw en informele zorg) nam licht toe van 10,5 uur (SD = 16,0) bij de startmeting naar 10,8 uur (SD = 13,5) bij de herhaalmeting. Deze toename is echter statistisch niet significant (p = 0,68). Dit wijst erop dat er binnen de onderzochte periode geen aantoonbare verandering in het gemiddeld zorggebruik heeft plaatsgevonden.

Tabel 4.2 laat zien dat de zorgcombinaties verschillen naar type project. Binnen projecten met een centrale coördinator komt relatief vaak uitsluitend informele zorg voor. Bij logeerzorg of respijtzorg is juist vaker sprake van gecombineerde inzet van Wmo en Zvw, al dan niet in combinatie met informele zorg. Dit past bij het karakter van deze interventies, waarbij deelnemers vaak instromen op het moment dat de zorgvraag al intensiever is. Ook binnen de doelgroep dementie komt vaker een combinatie van formele en informele zorg voor.

Het aandeel ‘geen zorg’ is het hoogst bij het type project met een integrale benadering van wonen en ondersteuning. Dit sluit aan bij de aard van deze (preventieve) interventies, die zich meer richten op voorliggende activiteiten en het versterken van de sociale omgeving. De verschillen in zorgcombinaties hangen daarmee samen met het type project en de doelgroep die wordt bereikt. De inhoud en inclusiecriteria lijken bepalend voor zowel de samenstelling van de populatie als het

daaruit voortvloeiende zorggebruik.

Tabel 4.2 Combinaties van zorggebruik naar type project

Gebruik van zorg	Arrangeur (n=839)	Integrale benadering van wonen en ondersteuning (n=1160)	Logeerzorg of respijtzorg (n=94)	Doelgroep dementie (n=435)
Geen zorg	7,6	16,2	1,1	11,7
Alleen informele zorg	26,1	15,8	21,3	11,3
Alleen formele zorg	18,1	27,6	16,0	27,8
Formeel + informeel	42,8	32,8	36,1	49,2

4.4. INSTROOM WLZ

Binnen de onderzochte populatie zijn in totaal 87 (3,4%) deelnemers uitgestroomd naar de Wet langdurige zorg (Wlz). Hierbij dient te worden opgemerkt dat deze cijfers zijn gebaseerd op monitordata. Instroom die buiten het zicht van de projecten heeft plaatsgevonden of niet is geregistreerd, kan hierin ontbreken.

Van de deelnemers die zijn ingestroomd, ontvingen 15 een Volledig Pakket Thuis (VPT), 36 een Modulair Pakket Thuis (MPT) en 10 intramurale Wlz zorg. Van 28 deelnemers is de leveringsvorm niet geregistreerd.

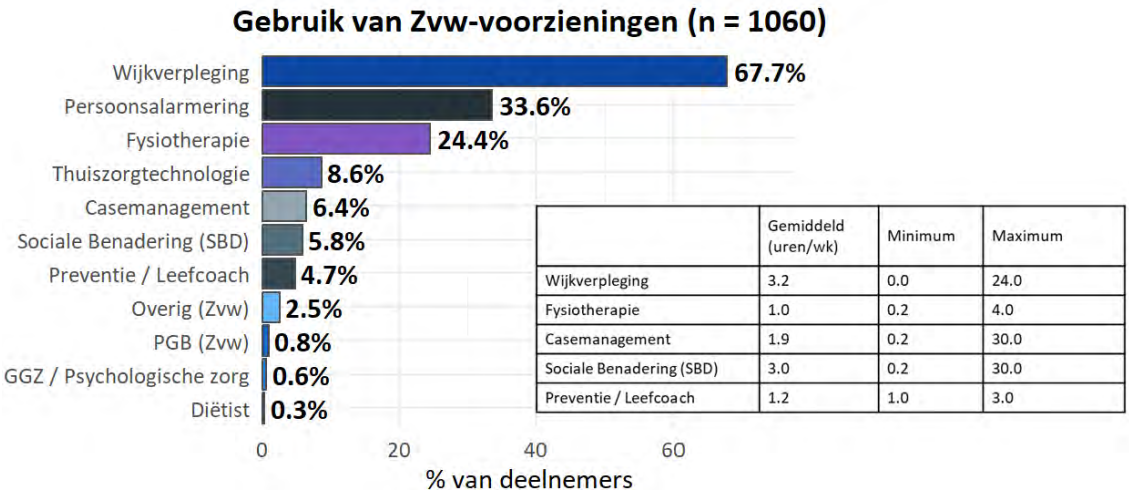
Ten aanzien van het zorgzwaartepakket (ZZP) kregen 9 deelnemers een indicatie voor ZZP4, 41 deelnemers voor ZZP5 en 8 deelnemers voor ZZP6. Van 31 deelnemers is het toegewezen zorgzwaartepakket niet bekend.

4.5. GEBRUIK VAN ZVW-ZORG

Figuur 4.3 geeft een overzicht van het zorggebruik en het gemiddeld aantal uren zorg binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) tijdens de eerste meting. Hoewel de Sociale Benadering Dementie en de leefcoach formeel niet onder de Zvw valt, is deze interventie ter volledigheid in het overzicht opgenomen.

Van de totale DOS-populatie maakte 40,9% (n = 1.060) gebruik van Zvw-zorg. Binnen deze groep ontving meer dan twee derde wijkverpleging, met een gemiddelde inzet van 3,2 uur per week. Daarnaast had een derde van de deelnemers toegang tot persoonsalarmering en ontving bijna een kwart fysiotherapie, met een gemiddelde inzet van 1 uur per week. Begeleiding door een casemanager werd ingezet bij 6,4% van de deelnemers, met een gemiddelde omvang van 1,9 uur per week. Verder beschikte 12,2% van de deelnemers over een alarmsysteem. Slechts een klein aandeel (8,6%) maakte gebruik van technologische toepassingen binnen de thuiszorg. Deelnemers aan de Sociale Benadering Dementie ontvingen gemiddeld 3 uur begeleiding per week. Deelnemers die door een leefcoach werden begeleid ontvingen gemiddeld 1,2 uur begeleiding per week.

Figuur 4.3 ZVW zorggebruik bij eerste meting



	Gemiddeld (uren/wk)	Minimum	Maximum
Wijkverpleging	3.2	0.0	24.0
Fysiotherapie	1.0	0.2	4.0
Casemanagement	1.9	0.2	30.0
Sociale Benadering (SBD)	3.0	0.2	30.0
Preventie / Leefcoach	1.2	1.0	3.0

4.5.1 ZVW ZORGGEBRUIK OVER TWEE METINGEN

Tabel 4.3 presenteert het percentage Zvw-gebruikers en de gemiddelde intensiteit van Zvw-zorg in uren per week. Over de totale onderzoekspopulatie wordt geen statistisch significant verschil gevonden in het aandeel Zvw-gebruikers tussen de start- en vervolgmeting, ook niet voor wijkverpleging.

Voor de analyse van de intensiteit is ingezoomd op deelnemers die op beide meetmomenten Zvw-zorg ontvingen (n = 194). Binnen deze groep steeg het gemiddelde aantal uren per week van 3,01 (SD = 3,29) naar 3,32 (SD = 3,80), maar dit verschil is niet statistisch significant. Ook voor wijkverpleging wordt geen significante verandering gevonden. Binnen de onderzochte periode zijn er daarmee geen aanwijzingen voor een toename in zowel het aandeel gebruikers als de gemiddelde intensiteit van Zvw-gebruik onder deelnemers aan de projecten.

Bij uitsplitsing naar type project worden eveneens geen significante verschillen gevonden in het aandeel Zvw-gebruikers. Het aandeel ligt het hoogst bij de projecten gericht op de doelgroep dementie, wat in lijn is met het bijbehorende ziekteproces. Voor de intensiteit van Zvw-zorg is alleen binnen het type ‘Integrale benadering van wonen en ondersteuning’ een significante stijging zichtbaar in het gemiddeld aantal uren per week.

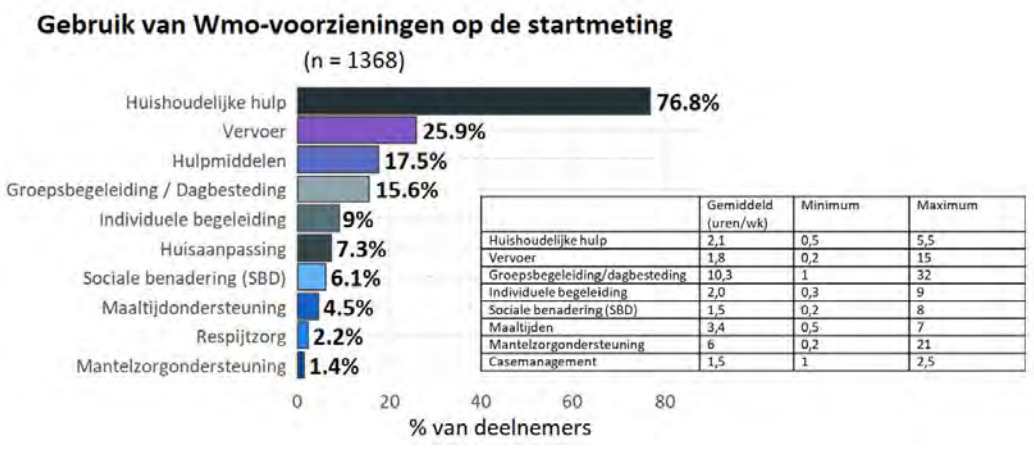
Tabel 4.3 Ontwikkeling in Zvw zorg over 2 metingen

Variabele	N	Startmeting	Vervolgmeting	p-waarde
% Zvw-gebruikers				
Zvw totaal	715	37,3%	39,1%	0,37
Wijkverpleging	715	22,4%	24,3%	0,48
Gem. uren per week (SD)				
Zvw totaal	194	3,01 (3,29)	3,32 (3,80)	0,22
Wijkverpleging	194	2,30 (3,02)	2,37 (3,03)	0,71
Gebruik van Zvw naar type project				
% Zvw-gebruikers				
Arrangeur	303	28,1%	30,7%	0,74
Integrale benadering van wonen en ondersteuning	295	31,9%	35,6%	0,38
Doelgroep Dementie	112	50,9%	58,9%	0,88
Gem. uren per week (SD), Zvw totaal				
Arrangeur	74	2,92 (3,25)	2,79 (3,11)	0,71
Integrale benadering van wonen en ondersteuning	66	2,75 (2,73)	3,68 (4,31)	p ≤ 0,05
Doelgroep Dementie	49	2,94 (3,74)	3,49 (4,11)	0,33

4.6. GEBRUIK VAN WMO VOORZIENINGEN

Figuur 4.4 biedt een overzicht van het gemiddelde aantal uren gebruik van Wmo-voorzieningen bij de eerste meting. Bij aanvang van het project ontving 52,9% van de deelnemers (n = 1.368) één of meerdere vormen van Wmo-ondersteuning. Van deze groep maakte ruim driekwart gebruik van huishoudelijke hulp, met een gemiddeld gebruik van 2,1 uur per week. Een kwart van de deelnemers maakte gebruik van Wmo-vervoer; het aantal ritten varieerde sterk tussen deelnemers (0,2 tot 15). Daarnaast ontving 17,5% van de deelnemers hulpmiddelen en maakte 15,6% gebruik van groepsbegeleiding. Het aantal uren groepsbegeleiding liep uiteen van 1 tot 32 uur. Van overige Wmo-voorzieningen werd door minder dan 10% van de deelnemers gebruikgemaakt.

Figuur 4.4 Gebruik Wmo-voorzieningen bij eerste meting



	Gemiddeld (uren/wk)	Minimum	Maximum
Huishoudelijke hulp	2,1	0,5	5,5
Vervoer	1,8	0,2	15
Groepsbegeleiding/dagbesteding	10,3	1	32
Individuele begeleiding	2,0	0,3	9
Sociale benadering (SBD)	1,5	0,2	8
Maaltijden	3,4	0,5	7
Mantelzorgondersteuning	6	0,2	21
Casemanagement	1,5	1	2,5

Tabel 4.4 laat het gebruik en de intensiteit van Wmo-ondersteuning zien voor de deelnemers met twee geregistreerde meetmomenten. Binnen deze groep is een statistisch significante stijging zichtbaar in het aandeel Wmo-gebruikers, zowel voor het totaal als voor huishoudelijke hulp. Het aandeel gebruikers van groepsbegeleiding neemt niet significant toe.

De stijging in gebruik gaat samen met een toename in intensiteit bij de deelnemers die op beide meetmomenten Wmo ontvingen. Het gemiddelde totaal aantal uren Wmo-ondersteuning stijgt van 3,93 uur per week (SD = 4,76) naar 4,39 uur (SD = 5,12). Binnen huishoudelijke hulp is de toename in uren beperkt: het gemiddelde stijgt van 2,01 naar 2,07 uur per week. Deze stijging is statistisch significant, maar in absolute termen gering. Dit suggereert dat de groei in het totale aantal Wmo-uren slechts beperkt wordt gedreven door huishoudelijke hulp en dat veranderingen waarschijnlijk vooral samenhangen met andere Wmo-voorzieningen (niet afzonderlijk weergegeven in de tabel). Daarmee lijkt de toename in Wmo-ondersteuning zowel samen te hangen met een uitbreiding van het aantal gebruikers als met een intensivering van het gebruik onder bestaande cliënten.

Wanneer wordt uitgesplitst naar type project, is de stijging in het aandeel Wmo-gebruikers statistisch significant bij de projecten met een arrangeur en bij de integrale benadering van wonen en ondersteuning. Bij de doelgroep dementie wordt geen significante toename gevonden. Wat betreft de intensiteit van Wmo-gebruik (bij bestaande gebruikers) is alleen bij de arrangeur-projecten een significante stijging zichtbaar in het gemiddeld aantal uren per week.

Tabel 4.4 Ontwikkeling in Wmo ondersteuning over 2 metingen

Variabele	N	Startmeting	Vervolgmeting	p-waarde
% Wmo-gebruikers				
Totaal Wmo	715	51,3%	56,8%	p ≤ 0,05
Huishoudelijke hulp	715	43,5%	47,6%	p ≤ 0,05
Groepsbegeleiding / dagbesteding	715	7,3%	8,4%	0,14
Gem. uren per week (SD)				
Totaal uren Wmo	332	3,93 (4,76)	4,39 (5,12)	p ≤ 0,05
Huishoudelijke hulp	277	2,01 (0,76)	2,07 (0,90)	p ≤ 0,05
Groepsbegeleiding / dagbesteding	45	9,34 (7,05)	10,13 (7,40)	0,36
Gebruik van Wmo naar type project				
% Wmo-gebruikers				
Arrangeur	303	57,4%	64,7%	p ≤ 0,05
Integrale benadering van wonen en ondersteuning	295	41,3%	47,1%	p ≤ 0,05
Doelgroep Dementie	112	62,5%	63,4%	0,99
Gem. uren per week (SD), Wmo totaal				
Arrangeur	169	3,59 (4,40)	4,07 (4,90)	p ≤ 0,05
Integrale benadering van wonen en ondersteuning	123	3,48 (4,51)	3,62 (3,98)	0,61
Doelgroep Dementie	62	4,48 (5,68)	5,50 (6,81)	0,09

4.7. GEBRUIK VAN INFORMELE ZORG

Bij aanvang van de projecten ontving ruim de helft van de deelnemers (n = 1.439) enige vorm van informele zorg. Figuur 4.5 biedt nadere inzichten in de aard van deze zorg en de typen zorgverleners die deze leveren.

De linker figuur toont per categorie informele zorgverlener welke vormen van ondersteuning worden geboden. Hieruit blijkt dat persoonlijke verzorging, zij het in beperkte mate, uitsluitend voorkomt wanneer een partner en/of kind betrokken is. Administratieve ondersteuning, begeleiding buitenshuis en huishoudelijke taken vormen de meest voorkomende vormen van zorg binnen netwerken bestaande uit een partner, een kind of een combinatie van partner, kind en overige naasten.

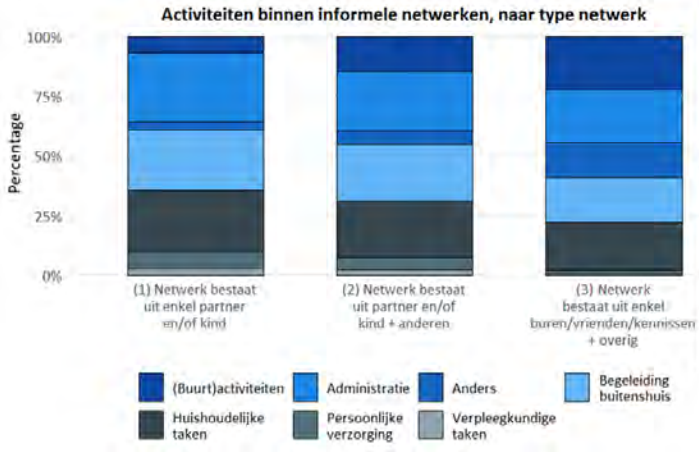
Wanneer de informele zorg wordt verleend door personen die op grotere sociale afstand staan, zoals vrijwilligers, verschuift het zwaartepunt van de ondersteuning. In deze gevallen neemt het aandeel overige activiteiten en buurtgerichte ondersteuning toe. Administratieve ondersteuning, begeleiding buitenshuis en huishoudelijke taken blijven ook binnen deze groep substantieel aanwezig, maar in relatief mindere mate dan binnen het directe, persoonlijke netwerk.

De rechterfiguur geeft inzicht in het gemiddeld aantal uren informele zorg per week. Hieruit blijkt dat het gemiddelde aantal uren vrijwilligerszorg substantieel lager ligt dan het aantal uren mantelzorg (informele zorg door partner, kind of andere naasten). Tegelijkertijd is de spreiding in het aantal zorguren binnen beide groepen aanzienlijk.

Wanneer het informele netwerk uitsluitend bestaat uit een partner en/of kind, al dan niet aangevuld met andere naasten, ligt het gemiddeld aantal zorguren per week aanmerkelijk hoger (12,2 tot 12,4 uur). Als het netwerk daarentegen uitsluitend bestaat uit buren, vrienden, kennissen of overige ondersteuners, bedraagt het gemiddelde 4,6 uur per week.

Hieruit kan worden geconcludeerd dat met name mantelzorg een substantiële belasting vormt en een aanzienlijk aandeel heeft in het opvangen van de informele zorgbehoefte van deelnemers.

Figuur 4.5 Gebruik informele zorg bij eerste meting



	Gemiddeld aantal uren per week	Minimum aantal uren per week	Maximum aantal uren per week
Informele zorg	10,2	1	168
Vrijwilligerszorg	3,8	0,2	55

Netwerk	N	%	Gem. uren/wk
Netwerk bestaat uit enkel partner en/of kind	602	38,6%	12,4
Netwerk bestaat uit partner en/of kind + anderen	515	33,1%	12,2
Netwerk bestaat uit enkel buren/vrienden/kennissen + overig	441	28,3%	4,6

Tabel 4.5 geeft het aandeel deelnemers weer dat informele zorg ontvangt per type informele zorgverlener. De weergegeven percentages tellen niet op tot 100%, aangezien deelnemers ondersteuning kunnen ontvangen van meerdere typen informele zorgverleners. Uit de tabel blijkt

dat de samenstelling van het informele netwerk in grote lijnen vergelijkbaar is op de start- en vervolgmeting. Er zijn echter lichte verschillen zichtbaar: het netwerk bestaat relatief iets vaker uit kinderen of overige familieleden en iets minder vaak uit buren, vrienden en kennissen.

Tabel 4.5 Ontwikkeling in aandeel informele ondersteuning over 2 metingen

Informele verzorger	Startmeting (%)	Vervolgmeting
Partner	24,2	22,1
Kinderen	58,4	59,4
Inwonende kinderen	1,9	2,4
Andere inwonende(n)	1,4	0,7
Overige familie	22,8	23,0
Buren/vrienden/kennissen	38,5	36,1

In Tabel 4.6 zijn het gebruik en de intensiteit van informele zorg en vrijwilligerszorg weergegeven. Het aantal gebruikers van informele zorg neemt toe, maar deze stijging is niet statistisch significant. Wanneer wordt gekeken naar de intensiteit van informele zorg en vrijwilligersinzet is sprake van een lichte daling. Deze daling is alleen statistisch significant voor vrijwilligersinzet, waarbij het gemiddelde afneemt van 3,89 naar 3,56 uur per week. Ondanks de statistische significantie is het verschil in de praktijk van beperkte betekenis.

Bij uitsplitsing naar type project blijkt dat het percentage gebruikers van informele zorg en vrijwilligersinzet in alle typen projecten toeneemt, maar nergens statistisch significant is. Een uitzondering vormt de toename van vrijwilligersinzet binnen de projecten gericht op de doelgroep dementie, waar wel een significante stijging zichtbaar is. De intensiteit van gebruik verandert over het algemeen niet significant. Wel lijkt de intensiteit van informele zorg bij arrangeur projecten toe te nemen, terwijl deze bij de andere twee typen licht afneemt (niet significant). Opvallend is dat de intensiteit van vrijwilligersinzet binnen de arrangeur-projecten juist significant daalt van 4,08 naar 3,62 uur per week.

Tabel 4.6 Ontwikkeling in uren informele ondersteuning over 2 metingen

Variabele	N	Startmeting	Vervolgmeting	p-waarde
% Gebruikers informele zorg				
Informele zorg	715	73,7	75,4	0,32
Vrijwilligersinzet	715	24,9	27,0	0,21
Gem. uren per week (SD)				
Informele zorg totaal	400	9,14 (17,1)	8,67 (12,71)	0,56
Vrijwilligersinzet	123	3,89 (4,45)	3,56 (4,49)	p ≤ 0,05
Gebruik van Wmo naar type project				
% Gebruikers informele zorg totaal				
Arrangeur	303	73,6	77,2	0,16
Integrale benadering van wonen en ondersteuning	295	58,0	60,0	0,50
Doelgroep Dementie	112	50,0	57,1	0,17
% Gebruikers vrijwilligersinzet				
Arrangeur	303	36,0	37,3	0,71
Integrale benadering van wonen en ondersteuning	295	19,3	20,7	0,64
Doelgroep Dementie	112	8,0	16,1	p ≤ 0,05
Gem. uren per week (SD), informele zorg totaal				
Arrangeur	228	9,18 (14,18)	9,38 (12,9)	0,65
Integrale benadering van wonen en ondersteuning	174	7,06 (15,4)	6,32 (11,31)	0,41
Doelgroep Dementie	60	12,86 (25,07)	8,08 (9,19)	0,30
Gem. uren per week (SD), vrijwilligersinzet				
Arrangeur	111	4,08 (4,62)	3,62 (4,56)	p ≤ 0,05
Integrale benadering van wonen en ondersteuning	59	2,6 (2,6)	3,39 (3,6)	0,57
Doelgroep Dementie	14	2,11 (1,05)	1,81 (1,07)	0,18

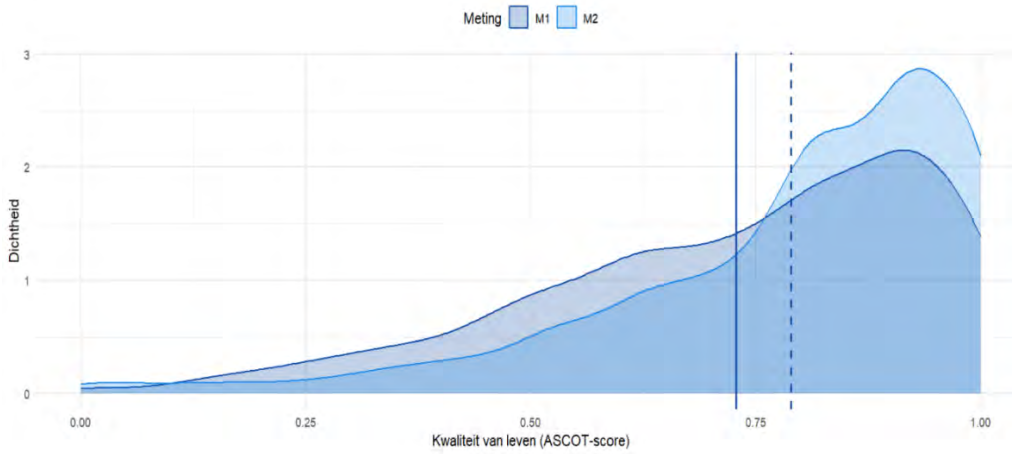
4.8. KWALITEIT VAN LEVEN

De gemiddelde ASCOT-score voor kwaliteit van leven bij de startmeting bedroeg 0,74 (N = 2.448). Dit duidt op een relatief hoog niveau van ervaren kwaliteit van leven in relatie tot zorg en ondersteuning, al is er nog ruimte voor verbetering.

Van de totale groep vulden 36,7% (900 respondenten) een tweede meting in. Binnen deze subgroep lag de gemiddelde beginscore op 0,73. Dit ligt vrijwel gelijk aan het gemiddelde van de totale groep (0,74), wat erop wijst dat de deelnemers met een herhaalmeting qua beginsituatie vergelijkbaar zijn met de totale populatie.

Bij de individuen met een herhaalmeting steeg het gemiddelde op de vervolgmeting naar 0,79. Dit betekent dat de ervaren kwaliteit van leven binnen deze groep is toegenomen. Statistische toetsing laat zien dat deze toename significant is. Dit wijst erop dat de verbetering niet op toeval berust, maar samenhangt met daadwerkelijke veranderingen in de ervaren kwaliteit van leven.

Figuur 4.6 Verdeling kwaliteit van leven voor de individuen met herhaalmetingen



In de onderstaande tabel wordt de verandering in kwaliteit van leven uitgesplitst naar type project. Bij alle drie de projecttypen is sprake van een verbetering van de kwaliteit van leven. Deze verbetering is echter uitsluitend statistisch significant bij de projecten met een arrangeur en bij het projecttype Integrale benadering van wonen en ondersteuning.

Voor het projecttype dat zich specifiek richt op de doelgroep dementie wordt geen statistisch significant verschil waargenomen. Niettemin is het relevant dat de kwaliteit van leven binnen deze groep stabiel blijft. Gezien de progressieve en ingrijpende aard van dementie kan het behoud van kwaliteit van leven voor deze populatie als een positief resultaat worden beschouwd.

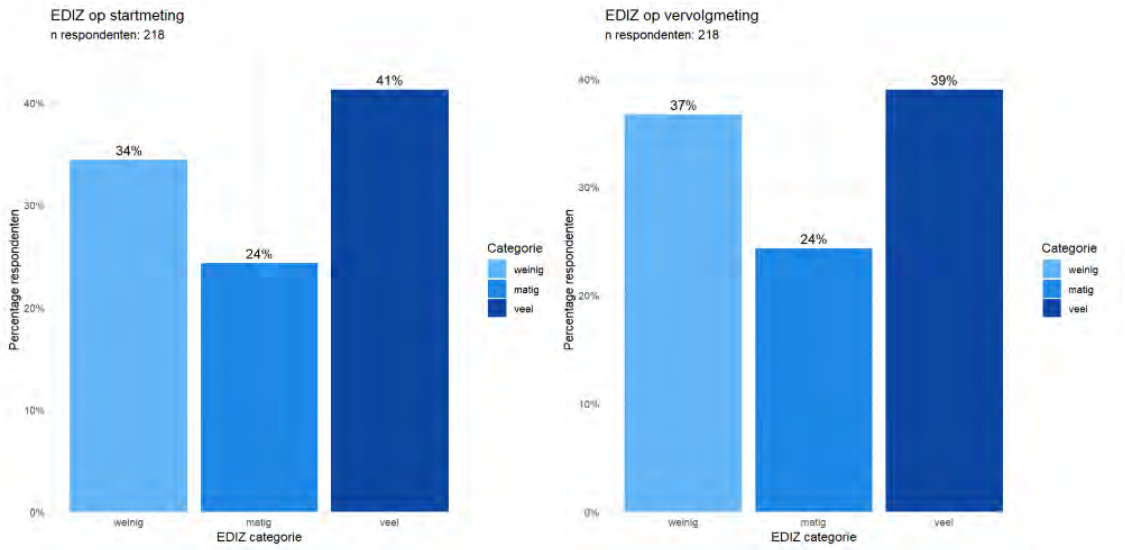
Tabel 4.8 Kwaliteit van leven per type project met start en herhaalmeting

Type project	N	Startmeting (SD)	Herhaalmeting (SD)	Gem. verschil	p-waarde
Arrangeur	303	0,66 (0,24)	0,75 (0,22)	0,09	p ≤0,05
Integrale benadering van wonen en ondersteuning	424	0,78 (0,20)	0,84 (0,17)	0,06	p ≤0,05
Doelgroep Dementie	163	0,73 (0,20)	0,74 (0,22)	0,01	0,56

4.9. ERVAREN DRUK DOOR INFORMELE ZORG

Figuur 4.7 geeft een overzicht van de ervaren druk op mantelzorg voor deelnemers met een herhaalmeting. De bevindingen met betrekking tot mantelzorgbelasting dienen echter met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd, aangezien niet kan worden uitgesloten dat mantelzorgers die een zeer hoge druk ervaren minder geneigd of in staat zijn geweest om de vragenlijst in te vullen. In totaal hebben tijdens de eerste meting 765 mantelzorgers het EDIZ instrument ingevuld. Van deze mantelzorgers ervaarden 36% weinig druk, 24% een gemiddelde druk en 43% een hoge druk. 28.5% (218) van de mantelzorgers hebben het EDIZ-instrument 2 keer hebben ingevuld. Hieruit blijkt dat de hoge druk iets is afgenomen. Het verschil tussen de eerste en tweede meting is echter niet statistisch significant.

Figuur 4.7 Ervaren druk op mantelzorg voor de individuen met herhaalmetingen



Wanneer de resultaten worden uitgesplitst naar type project, blijkt dat de ervaren druk op mantelzorgers uitsluitend significant afneemt bij projecten met een integrale benadering van wonen en ondersteuning.

Tabel 4.9 Ervaren druk op de mantelzorg

Type project	N paren	Startmeting (SD)	Vervolgmeting (SD)	Gem. verschil	p-waarde
Arrangeur	72	5,96 (2,99)	5,81 (3,20)	−0,15	0,562
Integrale benadering van wonen en ondersteuning	54	3,61 (2,54)	3,19 (2,64)	−0,43	0,071
Doelgroep Dementie	51	5,78 (2,74)	5,63 (2,69)	−0,16	0,616

4.10. SAMENVATTING BEVINDINGEN MONITORDATA

In de afgelopen jaren is via de SPUK-DOS-subsidie ruimte geboden om te experimenteren met domeinoverstijgende samenwerking. Op basis van de in de monitor geregistreerde onderzoeksgegevens kan vooralsnog niet worden vastgesteld of deze projecten hebben geleid tot een lagere of uitgestelde instroom in de Wlz. De monitoringsperiode voor deze onderzoekspopulatie is daarvoor nog te kort. Met name voor projecten die in 2025 zijn gestart, ontbreken herhaalmetingen. Daarnaast geldt dat in dit deelonderzoek uitsluitend wordt gekeken naar deelnemers; een controlegroep ontbreekt zonder koppeling met de CBS-gegevens.

Hoewel hiermee geen uitspraken kunnen worden gedaan over causale effecten, biedt de monitor wel inzicht in ontwikkelingen binnen de groep deelnemers zelf. Wanneer wordt gekeken naar de deelnemers voor wie zowel een eerste meting als een herhaalmeting beschikbaar is, zien we geen verandering in het zorggebruik binnen de Zvw en een lichte toename van ondersteuning vanuit de Wmo. De intensiteit van de informele zorg is in deze groep nagenoeg gelijk gebleven.

Wel blijkt dat domeinoverstijgende samenwerking samenhangt met behoud, en in sommige gevallen verbetering, van de kwaliteit van leven. Op basis van de huidige gegevens kan echter nog niet worden vastgesteld dat deze samenwerking heeft geleid tot een vermindering van de druk op mantelzorgers.

5. DISCUSSIE EN CONCLUSIE

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen samengevat en geduid. Vervolgens worden de beperkingen van het onderzoek besproken.

5.1. DUIDING VAN DE BEVINDINGEN

De afgelopen jaren is in Nederland geëxperimenteerd met domeinoverstijgende samenwerking. Met een integrale domeinoverstijgende benadering en een structurele samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgaanbieders, welzijnsorganisaties en burgerinitiatieven wordt beoogd om kwetsbare groepen mensen langer zelfstandig thuis laten wonen. In 2018-2020 werd gestart met 3 pilot projecten. In 2024 en 2025 is dit met behulp van SPUK-DOS subsidie uitgebreid tot 54 projecten.

De primaire doelstellingen van het DOS-project waren:

1. De invoering van DOS leidt tot minder instroom en/of uitstel van instroom in de Wlz en vermindering Wlz kosten;
2. De totale uitgaven aan zorg en ondersteuning – inclusief kosten binnen de Zvw, de Wmo en informele zorg – mogen niet hoger uitvallen dan de oorspronkelijke kosten binnen de Wlz.

De secundaire doelstellingen waren:

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

De Vrije Universiteit heeft de projecten geëvalueerd met behulp van kwantitatieve onderzoeksmethoden. Ten eerste is een effectmeting verricht op basis van analyse van declaratiedata van het CBS. Ten tweede zijn gegevens geanalyseerd uit een specifiek voor de projecten ontwikkeld monitoringsinstrument, waarmee informatie is verzameld over zorggebruik, kwaliteit van leven en de belasting van mantelzorgers. Uit de gezamenlijke resultaten van de verschillende deelonderzoeken kunnen de volgende conclusies worden getrokken.

Domeinoverstijgende samenwerking leidt tot een afname in totale uitgaven aan zorg en ondersteuning op lange termijn

De resultaten uit het onderzoek van de pilot projecten wijzen erop dat de totale zorguitgaven in het eerste jaar na deelname aan het project toenemen, maar op langere termijn (≥2 jaar) afnemen. Een mogelijke verklaring is dat deelnemers aan de projecten aanzienlijk vaker een VPT ontvangen dan individuen in de controlegroep, en dat een VPT goedkoper is dan intramurale Wlz zorg. De eerste mogelijke verklaring is dat deelname aan het project niet zozeer leidt tot een structurele kostenverhoging, maar eerder tot een verschuiving in het tijdspad en de aard van de zorginzet. Binnen de projecten wordt eerder en intensiever passende ondersteuning ingezet, vaak met een meer preventieve of stabiliserende insteek.

De hypothese is dat de vroegtijdige inzet van extra ondersteuning op korte termijn kan leiden tot hogere uitgaven, maar bijdraagt aan het uitstellen of voorkomen van zwaardere en duurdere zorg op een later moment. In dat licht kan domeinoverstijgend samenwerken worden gezien als een investering, die zich op langere termijn vertaalt in een relatieve kostenbeheersing ten opzichte van de controlegroep. Of een vergelijkbare ontwikkeling zich zal voordoen bij de SPUK-DOS projecten die vanaf 2023 zijn gestart, kan op basis van de huidige gegevens nog niet worden vastgesteld. Hiervoor is een langere observatieperiode noodzakelijk.

Domeinoverstijgende samenwerking hangt niet samen met minder instroom en/of uitstel van toegang tot Wlz indicatie

Op basis van de effectmetingen in verschillende onderzoekscohorten wordt geen samenhang gevonden tussen domeinoverstijgende samenwerking en veranderingen in de instroom in of het moment van toegang tot de Wlz. Over de gehele periode ontvangen deelnemers relatief vaker of sneller een Wlz-indicatie dan individuen in de controlegroep. Dit wijkt af van de oorspronkelijke verwachting. Een mogelijke verklaring is dat de zorgbehoeften van de deelnemers van projecten eerder in beeld zijn bij zorgprofessionals, waardoor indicatiestelling en inzet van Wlz zorg eerder plaatsvindt dan in een reguliere situatie.

De afgegeven indicaties worden voor een groot deel ook daadwerkelijk verzilverd. Daarbij lijkt verzilvering ook vaker plaats te vinden in de vorm van een volledig pakket thuis (VPT), waardoor zorg vaker in de thuissituatie wordt aangeboden. Dit kan erop wijzen dat deelnemers mogelijk minder barrières ervaren om een VPT aan te vragen, bijvoorbeeld doordat professionals hen beter informeren, ondersteunen bij het aanvraagproces of tijdig passende zorgvormen bespreken. Tegelijkertijd lijkt deze extra ondersteuning het mogelijk maakt dat mensen, mét inzet van een VPT, langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. Dit wijst erop dat dat domeinoverstijgende samenwerking samenhangt met een andere invulling van Wlz-zorg. Dit is in lijn met recent beleid, zoals het WOZO.[8]

Domeinoverstijgende samenwerking draagt bij aan de verbetering van kwaliteit van leven

Er zijn verschillende aanwijzingen in het onderzoek dat de projecten samenhangen met het behoud en in sommige gevallen zelfs verbetering van de kwaliteit van leven. Op basis van de monitordata is zichtbaar dat kwaliteit van leven bij verschillende typen projecten significant toeneemt. Gezien de hoge leeftijd, kwetsbaarheid en vaak verslechterende gezondheidstoestand van de deelnemers is dit een relevante bevinding.

Bij het projecttype Doelgroep Dementie blijft de kwaliteit van leven stabiel. Gezien het progressieve karakter van deze aandoening kan ook deze stabiliteit als een positief resultaat worden geïnterpreteerd. Deze bevindingen sluiten aan bij een recente evaluatie van de Social trials door de Erasmus Universiteit, waarin eveneens wordt geconcludeerd dat de sociale benadering, waarvan een deel ook onder de SPUK DOS vallen, bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de deelnemers.[9]

Domeinoverstijgende samenwerking draagt bij aan een langer leven

Ten eerste is uit de effectmeting gebleken dat deelnemers aan de projecten minder snel overlijden dan deelnemers uit de controlegroep. In de exact matching variabele set worden deelnemers van beide groepen gematched op de Charlson Comorbidity Index (CCI) en dementie indicator, om vooraf zo goed mogelijk te corrigeren voor verschillen in vooraf verwachte mortaliteit. Echter, zelfs na deze matching zien we een verschil in overleving tussen beide groepen projectdeelnemers.

Dit onderzoek is niet ontworpen om te achterhalen waardoor de verschillen in overleving ontstaan. Er bestaan meerdere mogelijke verklaringen, waaronder een verschil in besmettingskans met Covid

[8] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022, 4 juli). *WOZO: Programma wonen, ondersteuning en zorg voor ouderen*.

[9] Fabbricotti, I., Jagroep, W., Tabeau, K., Reindersma, T., Silkens, M., Lennips, A., Huijsman, R., Cramm, J. M., & Strating, M. (2025). *Externe evaluatie Social Trials: Sociale benadering dementie. Samenvatting en eindconclusie*. Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Universiteit Rotterdam.

tussen de individuen die intramuraal Wlz ontvingen in 2020 en 2021, vergeleken met individuen die thuis Wlz ontvingen.

Er lijkt geen toename te zijn in de belasting van de mantelzorgers

Er zijn op basis van de beschikbare gegevens geen aanwijzingen voor een toename in de mantelzorgbelasting. De metingen van de EDIZ-vragenlijst laten een lichte daling zien, maar deze is niet statistisch significant. De beperkte respons op dit onderdeel van de monitor maakt het moeilijk om hier harde conclusies over te trekken.

Professionals gaven aan terughoudend te zijn in het aanvullend bevragen van mantelzorgers, en niet bij alle typen projecten waren de mantelzorgers systematisch in beeld. Daarnaast kan er mogelijk sprake zijn van selectiebias, waarbij juist de zwaarder belaste mantelzorgers dit onderdeel niet invullen.

Uit de beperkte monitorgegevens over vrijwilligersinzet vinden we dat de inzet van vrijwilligers niet toeneemt, wat niet geheel in lijn is met de verwachting. Tegelijkertijd is het mogelijk dat niet voor alle deelnemers helder was wanneer sprake was van vrijwilligersinzet, mede omdat veel projecten uit meerdere onderdelen bestaan en activiteiten zich over verschillende domeinen afspelen. Hierdoor kan onderrapportage of interpretatieverschil een rol spelen.

5.2. DE LIMITATIES VAN HET ONDERZOEK

In dit onderzoek zijn verschillende onderzoeksmethoden ingezet om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Zo is kwantitatief onderzoek uitgevoerd in de vorm van effectmetingen op basis van CBS-declaratiedata, aangevuld met beschrijvende analyses op basis van gegevens uit een speciaal voor dit doel ontwikkeld monitoringsinstrument en een online enquête. Daarnaast is kwalitatief onderzoek verricht door interviews af te nemen met betrokkenen bij de projecten.

De toegepaste statistische modellen (Kaplan-Meiercurves, Cox-modellen, multinomiale regressieanalyse en difference-in-differences volgens Callaway & Sant'Anna) en de beschrijvende analyses (McNemar- en t-toetsen) laten consistente resultaten zien, ook over de verschillende cohorten heen. De project- en controlegroep uit hoofdstuk 3 zijn zorgvuldig samengesteld met behulp van exacte matching, waarbij tevens is gecorrigeerd voor relevante individuele en buurtkenmerken.

Desondanks kent dit onderzoek een aantal methodologische beperkingen. Een eerste beperking betreft het ontbreken van aselecte inclusie van deelnemers in de projecten. Hierdoor is geen sprake van zuiver experimenteel onderzoek, zoals bij Randomized Controlled Trials (RCT's). Door het ontbreken van randomisatie kan geen volledig zuivere causale relatie worden vastgesteld en is de interne validiteit beperkter dan bij een gerandomiseerd project. Voor de effectmeting is deze beperking in hoge mate ondervangen door belangrijke kenmerken (leeftijd, geslacht, partnerstatus, dementie en comorbiditeit) exact te matchen. Matching corrigeert echter niet voor ongemeten of niet-observeerbare karakteristieken. Voorbeelden hiervan zijn de aanwezigheid van andere community-initiatieven die niet deelnemen aan DOS of gelijktijdige beleidswijzigingen. Door toepassing van 1-op-20-matching is gepoogd de invloed van dergelijke verstorende factoren te beperken. Daarnaast zijn aanvullende individuele en buurtkenmerken opgenomen als additionele correctievariabelen in de statistische modellen. De studie benadert daarmee een experimenteel ontwerp, maar blijft methodologisch quasi-experimenteel van aard.

Een tweede beperking betreft de vertraging in de beschikbaarheid van Vektis-data. Voor sommige databestanden, zoals het bestand over Zvw-zorggebruik, bedraagt deze vertraging circa twee jaar.

In 2026 waren voor deelnemers uit 2024 nog geen Zvw-gegevens beschikbaar, en voor deelnemers uit 2025 ontbraken deze gegevens volledig. Deze beperking was bij aanvang van het onderzoek bekend. Om de tussentijdse informatievoorziening te waarborgen, is daarom een monitoringsinstrument ontwikkeld, waardoor we sneller en over een breder scala aan data kunnen beschikken. Echter: dit instrument kent meer meetfouten dan objectieve declaratiedata. Tegelijkertijd zullen de huidige deelnemers in de komende drie jaren via CBS-gegevens gevolgd worden, waardoor op termijn alsnog inzicht kan worden verkregen in de langere termijnontwikkeling.

Een derde beperking betreft het monitoringsinstrument. Zoals in deze rapportage is toegelicht, werden gegevens over zorggebruik, kwaliteit van leven en mantelzorgbelasting door de projecten zelf verzameld. Een voordeel van deze werkwijze was dat de informatie direct beschikbaar was. Daarnaast bood het monitoringsinstrument de mogelijkheid om, naast zorggebruik, ook uitkomsten zoals kwaliteit van leven en mantelzorgbelasting in kaart te brengen.

De aanlevering van gegevens verliep in de beginfase moeizaam. Er was weerstand, omdat de registratie als administratief belastend werd ervaren. Hoewel registratie in 2024 reeds verplicht was, is in 2025 expliciet in de beschikking opgenomen dat projecten konden worden gekort op hun SPUK-DOS-subsidie indien zij de monitoring zonder geldige reden niet invulden. Hierdoor is het aantal metingen en herhaalmetingen substantieel toegenomen.

Desondanks blijft de controle op de volledigheid en wijze van gegevensaanlevering beperkt, wat de interne en externe validiteit van dit deelonderzoek kan hebben beïnvloed. Bovendien was de zogenoemde ‘startmeting’ afhankelijk van de wijze van registratie binnen de projecten en betrof deze in sommige gevallen geen zuivere nulmeting, omdat deelnemers al vóór het formele meetmoment waren ingestroomd. De resultaten uit de monitor moeten daarom worden geïnterpreteerd in het licht van de methodologische beperkingen. Om de interne en externe validiteit in de toekomst te verbeteren is het wenselijk om het onderzoek op basis van een effectmeting te vervolgen.

Een vierde beperking betreft de resultaten per type project. Zoals duidelijk is geworden, zijn verschillende typen interventies ingezet om te experimenteren met domeinoverstijgende samenwerking. Deze typen projecten hanteren uiteenlopende inclusiecriteria en bedienen verschillende doelgroepen. Het beloop van het zorgtraject wordt in belangrijke mate beïnvloed door de wijze van inclusie, waardoor er een extra reden is om de beschrijvende resultaten hiervan voorzichtig te interpreteren. Ook voor deze beperking geldt dat, wanneer CBS-gegevens beschikbaar zijn, een matchingsmethodiek kan worden toegepast, waardoor dit probleem in mindere mate zal spelen. Deze beperking speelt met name bij de effectmeting. De pilotprojecten en de projecten uit 2023 en 2024 bestonden grotendeels uit projecten met een centrale coördinator (arrangeur), waardoor de geschatte effecten in belangrijke mate dit type interventie weerspiegelen. De resultaten van de andere typen projecten zijn voornamelijk gebaseerd op gegevens uit het monitoringsinstrument.

Een vijfde beperking betreft de investeringen die zijn gedaan om de projecten uit te kunnen voeren. Voor de uitvoering zijn SPUK-DOS-subsidies beschikbaar gesteld. Deze investeringen zijn niet meegenomen in dit onderzoek, waardoor een kosten-batenanalyse niet mogelijk is. In dit onderzoek is uitsluitend gekeken naar het effect van deelname aan een project op het zorgtraject en de zorgkosten.

5.3. CONCLUSIE

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat domeinoverstijgende samenwerking heeft geleid tot langer thuis wonen, kostenbesparing op lange termijn en een betere kwaliteit van leven, maar niet tot vermindering of uitstel van Wlz-instroom. Echter, er is een langere periode nodig om de effecten van de recente projecten betrouwbaar vast te kunnen stellen. Dit is met name van belang voor de projecten die werken zonder centrale coördinator, waarvan het aandeel in 2025 is toegenomen. De structurele verankering van domeinoverstijgende samenwerking in de wet biedt hiertoe mogelijkheden. Deze periode geeft projecten de ruimte om de ervaren knelpunten ten aanzien van de borging en financiële schotten op te lossen en domeinoverstijgende samenwerking de komende jaren verder te ontwikkelen. Het is van belang om met vervolgonderzoek te blijven evalueren of domeinoverstijgende samenwerking kan bijdragen aan het beheersen van de zorgkosten, met behoud van kwaliteit.

BIJLAGE 1: OVERZICHT DEELNEMENDE PROJECTEN

Tabel B1: Overzicht van deelnemende gemeenten en samenwerkingspartners binnen de DOS-projecten

Gemeente	Inhoud project	Zorgkantoor	Zorgverzekeraar	Zorgaanbieder	Welzijnsorganisatie	Vrijwilligersinitiatief	Overig betrokken
Projecten met arrangeur							
Barneveld	Arrangeur	Menzis	Menzis, Zilveren Kruis	Keten Dementie (casemanagers vanuit Buurtzorg, Icare, Nebo plus, RST)			Gezondheidshuis Barneveld
Dongen	Arrangeur	VGZ	VGZ	Mariaoord			
Ede	Arrangeur	Menzis	Menzis	Opella			
Etten-Leur	Arrangeur	CZ	CZ	Avoord, Surplus Zorg, Thebe, Actiefzorg	Surplus Welzijn		
Hoogeveen (incl. Hollandscheveld)	Arrangeur	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	Icare, Buurtzorg en Beter Thuiswonen	Zorgcoöperatie Hollandscheveld NNCZ		
Horst aan de Maas	Arrangeur	VGZ	VGZ	De Zorggroep, PSW, Vincent van Gogh	Synthese	Dorpsondersteuner, Naoberzorg	Wonen Limburg, Woonwenz
Leusden	Dorpsverbinder	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	Onbekend	Onbekend	Onbekend	
Loon op Zand (Kaatsheuvel) / Waalwijk (Waspik)	Arrangeur	VGZ	VGZ	Mijzo, Zorggroep Elde Maasduinen (ZGEM), Actiefzorg			
Nijmegen	Arrangeur	VGZ	VGZ	Sterker sociaal werk	Sterker sociaal werk		ZZG zorggroep, Buurtzorg, NEO huisartsenzorg en 4 huisartsenpraktijken
Oosterhout	Arrangeur	CZ	CZ	Mijzo, Surplus Zorg, Actiefzorg, Crataegus woonzorg	Surplus Welzijn	Lokale vrijwilligers en burgerinitiatieven	

Regio Drenthe (De Wolden, Meppel, Westerveld, Coevorden, Aa en Hunze)	Arrangeur	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	NNCZ		Burgerkracht initiatieven per dorp	
Regio Groningen (Groningen, Eemsdelta, Westerkwartier, Midden-Groningen)	Arrangeur	Menzis	Menzis	NNCZ	Sociaal Werk de Schand	Zorgzame dorpen, vereniging Groninger dorpen	
Tilburg	Arrangeur	VGZ	VGZ, CZ	Thebe	ContourdeTwern		
Tytjerksteradiel	Dorpsondersteuner	Zorgkantoor Friesland		Onbekend	Onbekend		
Veenendaal	Arrangeur	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	Opella, Santé Partners			
Wageningen (Gelderland)	Arrangeur	Menzis	Menzis	Opella			Keten Dementie Gelderse Vallei
Projecten gericht op een combinatie van individuele ondersteuning, collectieve interventies en de fysieke woonomgeving							
Amersfoort	Wooncomplex met buurtverbinders	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	Van Neysel, Laverhof			Prisma, Woonstichting Joost, area, Wooncorporatie Zayaz
Amstelveen	Community building in vier wijken (tien woonlocaties en ontmoetingsplekken)	Zorg en Zekerheid	Zorg & Zekerheid	Stichting Brentano	Participe Amstelland	Via zorgaanbieder en welzijnsorganisatie	Leyden Academy, Amstelring, Eerstelijnszorg Amstelland, Stadsdorp Elsrijk, Woonzorg Nederland, Mantelzorg en meer
Amstelveen	Ouderenzorg naar Samenzorg	Zorg en Zekerheid	Zorg & Zekerheid	Stichting Brentano			
Amsterdam	Lang Leven Thuis Flats	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	Zorggroep Amsterdam Oost	Combiwel		Amsterdamse Federatie Woningcorporaties, Sigra

Capelle aan den Ijssel	Wonen met een plus; Integraal woon-welzijn-zorgconcept	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	Onbekend			On(t)roerend Goed
Deventer	Versterken van sociale netwerken (voorzorgcirkels)	Middel IJssel/ENO	Salland	Humanitas Deventer	Raster	De Buurtbrouwerij, Omnisport	Woonzorg Nederland, Ieder1, KonnecteD
Drechtsteden	Plusflats	VGZ	VGZ	Aafje			Trivire
Haarlemmermeer	Lang Leven Thuis flat	Zorg en Zekerheid	Zorg en Zekerheid	Onbekend			Ymere
Hollandskroon	Gemengd woon- en leefconcept	VGZ	VGZ	Samen	Wonen Plus Welzijn WPW		Incluzio, Wooncompagnie
IJsselstein	Inloop-en ontmoetingsplekken, voorzorgcirkels	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	Vecht en IJssel	Stichting Pulse		
Katwijk	Wonen met een plus	Zorg en Zekerheid	Zorg en Zekerheid	DSV, Marente	Welzijnskwartier		Woningcorporatie Dunavie
Lelystad	Versterken van het informele steunnetwerk i.c.m. voorzorg-cirkels	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	Woonzorg Flevoland, Stichting Coloriet	Welzijn Lelystad		Woningcorporatie Centrada
Maassluis	Woonservicezone de Vloot met 180 inwoners	DSW	DSW	Careyn	Seniorenwelzijn		Albeda College, Stichting Wijzer kinderopvang, Gemiva, StOED
Oost-Gelre (Mariënvelde)	Coördinatie vanuit Zorgcorporatie Mariënvelde en lokaal netwerk	Menzis	Menzis	Workmate Company	Zorgcorporatie Mariënvelde	Deelnemers BMV Marienvelde	Sensire

	van inwoners/vrijwilligers						
Oss	Zorgbuurthuis 't Hageltje.	VGZ	VGZ	Interzorg	ONS Welzijn, Vrienden Ouderenzorg OSS		Patrimonium, Deelgenoten Oss, De Pitstop
Oude IJsselstreek	Integrale ondersteuning middels Samen sterker thuis teams	Menzis	Menzis	Azora, Sensire	Sociaal Werk Oude Ijsselstreek	Sociaal Werk Oude Ijsselstreek	
Roosendaal	Indicatieloze dagbesteding	CZ	CZ	TWB, Thuiszorg West-Brabant	WijZijn		MEE, Cultuur Compaan, SSNB
Schiedam	Sociale cohesie stimuleren binnen geclusterde woonsetting met ontmoetingsruimte	DSW	DSW	Frankelandgroep	Frankelandgroep	Frankelandgroep	Woonplus Schiedam
Utrecht	5 gemengde wooncomplexen	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis		DOCK		De Stuw (koepel Wooncorporaties)
Vlaardingen	Gezond & Wel locaties	DSW	DSW	Onbekend			Vlaardingen in beweging
Zeewolde	Zorgzame gemeenschap en ontmoetingsplek	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	Onbekend			Woningcorporatie
Zoeterwoude	Wooncomplex en woon-gemeenschap Verde Vista	Zorg en Zekerheid	Zorg en Zekerheid	Onbekend	Onbekend		Woningcorporatie Habion
Projecten met logeerzorg of respijtzorg							

Alkmaar/Noord-Kennemerland	Coördinatie lokale logeerzorg voorzieningen	VGZ	VGZ	De Zorgcirkel	Mantelzorgcentrum		Vonk Partners
Midden-Delfland	Bed&Zorg locatie voor tijdelijke zorgvragen, respijtzorg of palliatieve zorg	DSW	DSW	Pieter van Foreest, Careyn	Stichting Welzijn Midden-Delfland	Stichting Bed en Zorg	Puur en (H)eerlijk, Huisartsen, Wonen Midden-Delfland
Purmerend / Zaanstad / Waterland / Edam/Volendam	Respijtzorg in het Buitenhuis (geen Wmo-indicatie noodzakelijk)	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	De Zorgcirkel, Evean	Welzijn Wonen Plus	Geen	Het Buitenhuis, Zorgweg.nu
Velsen / Haarlem / Heemskerk (Midden/Zuid Kennemerland)	Mantelzorgondersteuning voor- en na logeerzorg	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	De Reigershoeve, Kennemerhart			Tandem, MantelZ, Socius, Sint Jacob, Huisartsen Wijkerbaan
Projecten gericht op mensen met dementie							
Delft en Westland	Sociale benadering dementie (SBD)	DSW	DSW	Careyn, Pieter van Foreest	Delft voor Elkaar, Vitis Welzijn	Alzheimer DWO	Tao of care, PWC
Lansingerland	Training omgaan met dementie	DSW	DSW	Vierstroom, Laurens	Welzijn Lansingerland	Alzheimer Nederland	GGZ Delfland, Home Instead
Moerdijk	Sociale benadering dementie (SBD)	CZ	CZ	Surplus	Surplus		
Noord-Kennemerland (Gemeente Bergen, Dijk en Waard, Alkmaar)	Dementievriendelijke buurt, Sociale benadering dementie (SBD)	VGZ	VGZ	Onbekend	Onbekend		
Roermond	Sociale benadering	VGZ	CZ	De Zorggroep & Proteion	Vijf	Alzheimer NL	Tao of care, Hulp bij dementie

	dementie (SBD)						
Rotterdam	Sociale benadering dementie (SBD)	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	Aafje, Humanitas	SOL, Gro-up	Via zorg en welzijnsorganisatie	
's-Hertogenbosch	Sociale benadering dementie (SBD)	VGZ	VGZ	Vivent, Van Neysel	Farent	Alzheimerstichting	Gezondheidsnetwerk Noord, Netwerk Dementie, Dementievriendelijke Gemeente, Studenten Avans
Zeist en de Bilt	Betrokken houden van mensen met (beginnende dementie)	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	Onbekend	Onbekend		
Projecten gericht op specifieke doelgroepen (Jeugd – GGZ – VG)							
Den Helder	Intramurale woon- en begeleidingssetting voor jongeren uit de jeugdzorg	VGZ	VGZ	GGZ NHN			
Hoorn	Multidisciplinair, ambulant team gericht op jeugd	VGZ	VGZ	GGZ NHN			
Weert	Netwerkaanpak bij gecombineerde problematiek GGZ en LVB (licht verstandelijke beperking)	VGZ	VGZ	Meditta			

BIJLAGE 2. VOLLEDIGE RESULTATEN

Resultaten pilots

Tabel B1. Cox-analyse van het ontvangen van een Wlz-indicatie en Wlz verzilvering (volledige sample) – pilotprojecten

Variabele	Wlz indicatie		Wlz verzilvering	
	HR	p-waarde	HR	p-waarde
Experiment	1,40	0,01	1,16	0,23
Vermogen (2e kwartiel)	1,169	0,07	0,96	0,67
Vermogen (3e kwartiel)	1,266	0,01	0,97	0,76
Vermogen (4e kwartiel)	1,122	0,23	1,03	0,75
WaardeHuis (2e kwartiel)	0,482	0,00	0,96	0,68
WaardeHuis (3e kwartiel)	0,516	0,00	0,91	0,31
WaardeHuis (4e kwartiel)	0,493	0,00	0,98	0,80
WMO - dagen (2e kwartiel)	0,828	0,09	1,06	0,51
WMO - dagen (3e kwartiel)	1,891	0,00	1,14	0,14
WMO - dagen (4e kwartiel)	1,934	0,00	1,18	0,07
Stedelijkheid (cat. 2)	1,208	0,07	1,07	0,52
Stedelijkheid (cat. 3)	1,103	0,45	1,06	0,66
Stedelijkheid (cat. 4)	1,102	0,49	1,10	0,50
Stedelijkheid (cat. 5)	0,761	0,10	1,00	0,99
Huur % (2e kwartiel)	0,755	0,00	1,02	0,81
Huur % (3e kwartiel)	0,59	0,00	1,01	0,92
Huur % (4e kwartiel)	0,594	0,00	1,11	0,44
65-plussers % (2e kwartiel)	0,88	0,19	0,95	0,55
65-plussers % (3e kwartiel)	1,122	0,23	0,97	0,75
65-plussers % (4e kwartiel)	0,995	0,96	0,98	0,86
Eenpersoons huishoudens % (2e kwartiel)	1,219	0,05	1,06	0,59
Eenpersoons huishoudens % (3e kwartiel)	1,288	0,05	0,95	0,68
Eenpersoons huishoudens % (4e kwartiel)	1,376	0,03	0,97	0,86

Tabel B2. Multinomiale analyse van Wlz-leveringsvormen voor subgroep Wlz-gebruikers (ref: intramurale Wlz zorg)

Variabele	Volledig Pakket Thuis		Modulair Pakket Thuis		PGB		MPT/PGB	
	Odds ratio	p-waarde	Odds ratio	p-waarde	Odds ratio	p-waarde	Odds ratio	p-waarde
(Intercept)	0,07	0,00	2,08	0,05	0,94	0,95	0,09	0,03
Experiment	11,86	0,00	1,25	0,53	3,41	0,16	0,49	0,52
Vermogen (2e kwartiel)	1,53	0,35	1,27	0,27	0,32	0,04	0,65	0,49
Vermogen (3e kwartiel)	0,86	0,76	1,27	0,27	0,20	0,01	0,93	0,90
Vermogen (4e kwartiel)	1,49	0,40	1,16	0,50	0,35	0,04	1,02	0,98
WaardeHuis (2e kwartiel)	1,44	0,49	0,99	0,98	0,49	0,28	1,09	0,90
WaardeHuis (3e kwartiel)	0,93	0,89	0,61	0,02	0,54	0,29	0,83	0,78
WaardeHuis (4e kwartiel)	1,04	0,95	1,17	0,49	2,40	0,10	2,16	0,22
WMO - dagen (2e kwartiel)	0,96	0,92	0,90	0,63	1,15	0,78	0,95	0,93
WMO - dagen (3e kwartiel)	0,94	0,88	1,19	0,41	0,80	0,69	0,86	0,81
WMO - dagen (4e kwartiel)	0,73	0,53	1,72	0,02	0,64	0,47	2,23	0,15
Stedelijkheid (cat. 2)	0,94	0,91	1,30	0,26	0,68	0,53	1,05	0,95
Stedelijkheid (cat. 3)	1,27	0,71	1,35	0,33	0,64	0,57	1,96	0,46
Stedelijkheid (cat. 4)	0,73	0,70	1,64	0,14	1,04	0,96	1,34	0,77
Stedelijkheid (cat. 5)	1,15	0,87	0,88	0,74	0,54	0,53	1,74	0,60
Huur % (2e kwartiel)	1,37	0,51	1,09	0,72	0,71	0,56	0,63	0,41
Huur % (3e kwartiel)	0,62	0,41	1,11	0,67	0,52	0,39	0,82	0,76
Huur % (4e kwartiel)	0,45	0,25	1,14	0,67	1,39	0,69	0,66	0,63
65-plussers % (2e kwartiel)	0,42	0,15	1,03	0,91	0,07	0,01	1,35	0,64
65-plussers % (3e kwartiel)	0,81	0,69	0,81	0,35	1,02	0,98	1,17	0,82
65-plussers % (4e kwartiel)	1,30	0,62	0,91	0,71	0,69	0,54	2,39	0,19
Eenpersoons huishoudens % (2e kwartiel)	1,38	0,62	0,80	0,35	0,56	0,36	0,44	0,19
Eenpersoons huishoudens % (3e kwartiel)	4,13	0,04	0,61	0,10	0,42	0,30	0,54	0,41
Eenpersoons huishoudens % (4e kwartiel)	1,97	0,40	0,66	0,25	0,50	0,47	0,44	0,41

Noot: De weergegeven variabelen zijn gecategoriseerd. Voor vermogen, woningwaarde, Wmo-gebruik, percentage huurwoningen, percentage 65-plussers en percentage eenpersoonshuishoudens zijn vier categorieën gebruikt. Voor stedelijkheid zijn vijf categorieën onderscheiden. Voor alle variabelen geldt dat de eerste categorie de referentiegroep vormt.

Resultaten DOS- initiatieven 2023-2024

Tabel B3. Cox-analyse van het ontvangen van een Wlz-indicatie en Wlz verzilvering (volledige sample) – Projecten 2023 & 2024

Variabele	Wlz indicatie		Wlz verzilvering	
	HR	p-waarde	HR	p-waarde
Experiment	1,13	0,35	1,12	0,39
Vermogen (2e kwartiel)	1,03	0,70	1,02	0,77
Vermogen (3e kwartiel)	1,03	0,72	1,04	0,67
Vermogen (4e kwartiel)	0,97	0,73	0,96	0,66
WaardeHuis (2e kwartiel)	0,84	0,04	0,85	0,06
WaardeHuis (3e kwartiel)	0,83	0,04	0,84	0,05
WaardeHuis (4e kwartiel)	0,82	0,04	0,82	0,04
WMO - dagen (2e kwartiel)	0,83	0,12	0,83	0,11
WMO - dagen (3e kwartiel)	2,35	0,00	2,33	0,00
WMO - dagen (4e kwartiel)	2,55	0,00	2,57	0,00
Stedelijkheid (cat. 2)	0,94	0,59	0,94	0,57
Stedelijkheid (cat. 3)	0,95	0,69	0,96	0,75
Stedelijkheid (cat. 4)	1,05	0,71	1,07	0,63
Stedelijkheid (cat. 5)	1,04	0,82	1,05	0,75
Huur % (2e kwartiel)	0,95	0,60	0,96	0,62
Huur % (3e kwartiel)	0,93	0,51	0,95	0,62
Huur % (4e kwartiel)	0,94	0,62	0,95	0,72
65-plussers % (2e kwartiel)	1,04	0,67	1,02	0,81
65-plussers % (3e kwartiel)	0,96	0,66	0,95	0,63
65-plussers % (4e kwartiel)	1,21	0,05	1,21	0,05
Eenpersoons huishoudens % (2e kwartiel)	1,08	0,39	1,09	0,39
Eenpersoons huishoudens % (3e kwartiel)	1,02	0,88	1,00	0,98
Eenpersoons huishoudens % (4e kwartiel)	0,95	0,74	0,94	0,65

Tabel B4. Multinomiale analyse van Wlz-leveringsvormen voor subgroep Wlz-gebruikers (ref: intramurale Wlz zorg) – Projecten 2023 & 2024

Variabele	Volledig Pakket Thuis		Modulair Pakket Thuis		PGB		MPT/PGB	
	Odds ratio	p-waarde	Odds ratio	p-waarde	Odds ratio	p-waarde	Odds ratio	p-waarde
(Intercept)	0,16	0,01	2,86	0,00	0,76	0,69	0,06	0,00
Experiment	1,60	0,36	0,83	0,57	0,36	0,35	0,21	0,14
Vermogen (2e kwartiel)	1,51	0,29	0,97	0,90	0,40	0,10	0,25	0,02
Vermogen (3e kwartiel)	1,25	0,59	0,78	0,27	0,33	0,07	0,61	0,29
Vermogen (4e kwartiel)	1,66	0,23	0,79	0,33	0,45	0,19	0,89	0,80
WaardeHuis (2e kwartiel)	1,00	1,00	1,00	1,00	0,73	0,58	0,70	0,50
WaardeHuis (3e kwartiel)	0,70	0,38	1,28	0,28	2,02	0,21	1,87	0,23
WaardeHuis (4e kwartiel)	0,58	0,22	1,44	0,13	1,15	0,84	2,98	0,04
WMO - dagen (2e kwartiel)	0,98	0,98	0,60	0,08	0,41	0,32	0,33	0,36
WMO - dagen (3e kwartiel)	1,13	0,79	0,67	0,09	0,80	0,70	3,06	0,09
WMO - dagen (4e kwartiel)	1,82	0,20	1,23	0,41	0,76	0,64	4,40	0,03
Stedelijkheid (cat. 2)	0,40	0,04	0,93	0,77	0,35	0,08	1,12	0,84
Stedelijkheid (cat. 3)	0,43	0,12	1,42	0,25	0,78	0,74	2,23	0,23
Stedelijkheid (cat. 4)	0,54	0,23	0,81	0,48	0,45	0,35	0,76	0,72
Stedelijkheid (cat. 5)	0,61	0,36	0,83	0,55	0,80	0,77	1,70	0,45
Huur % (2e kwartiel)	1,20	0,68	0,83	0,45	0,47	0,27	0,28	0,04
Huur % (3e kwartiel)	0,80	0,65	0,77	0,33	0,47	0,31	0,39	0,12
Huur % (4e kwartiel)	0,91	0,84	0,78	0,33	0,66	0,51	0,55	0,31
65-plussers % (2e kwartiel)	1,53	0,37	1,37	0,17	0,61	0,40	1,01	0,98
65-plussers % (3e kwartiel)	1,82	0,21	0,98	0,94	0,68	0,51	0,65	0,42
65-plussers % (4e kwartiel)	3,86	0,00	1,15	0,54	0,42	0,19	0,67	0,44
Eenpersoons huishoudens % (2e kwartiel)	0,64	0,33	1,14	0,57	1,41	0,54	2,29	0,14
Eenpersoons huishoudens % (3e kwartiel)	2,03	0,08	1,53	0,07	1,78	0,31	2,75	0,07
Eenpersoons huishoudens % (4e kwartiel)	1,47	0,36	1,61	0,05	0,77	0,74	3,14	0,05

Noot: De weergegeven variabelen zijn gecategoriseerd. Voor vermogen, woningwaarde, Wmo-gebruik, percentage huurwoningen, percentage 65-plussers en percentage eenpersoonshuishoudens zijn vier categorieën gebruikt. Voor stedelijkheid zijn vijf categorieën onderscheiden. Voor alle variabelen geldt dat de eerste categorie de referentiegroep vormt.


VU
VRIJE
UNIVERSITEIT
AMSTERDAM