

TNO Preventie en Gezondheid

Gezondheids- en welzijns- bevordering voor-en-door ouderen: monitorstudie Ageing Well 2000



TNO Preventie en Gezondheid draagt bij aan het bevorderen van de kwaliteit van leven en de toename van het aantal gezonde levensjaren van de mens. Het onderzoek en advieswerk richten zich op verbetering van de gezondheidszorg in alle levensfasen.



Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk
onderzoek TNO
Rapport opgesteld door TNO Preventie en Gezondheid
Auteurs: M.H. Westhoff, B. Bloem, M. Hopman-Rock
Juni 2001

TNO-rapport
PG/VGZ/2001.129

*Gezondheids- en welzijnsbevordering voor-en-door ouderen:
monitorstudie Ageing Well 2000*

TNO Preventie en Gezondheid

Divisie Volksgezondheid
Gortergebouw: Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

Telefoon 071 518 18 18
Fax 071 518 19 20

Bron omslagfoto: Katrien Mulder (via NIZW)

ISBN-nummer 90-6743-826-X

Het kwaliteitssysteem van TNO Preventie en Gezondheid voldoet aan ISO 9001.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst. Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2001 TNO Preventie en Gezondheid

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van € 49.92 (NLG 110,- incl. BTW) op postbankrekeningnummer 99.889 ten name van TNO-PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer PG/VGZ/2001.129

Voorwoord

Het ziet er in Nederland goed uit voor de senioren, aldus een opiniestuk in het NRC Handelsblad van 26 mei jl., naar aanleiding van het rapport 'Ouderen 2001' van het Sociaal Cultureel Planbureau. Een steeds grotere groep ouderen blijft actief op de arbeidsmarkt, zowel mannen als vrouwen. Maar daarbij blijft het niet. Ook doet een steeds grotere groep 65-plussers aan sport en maken steeds meer ouderen gebruik van een computer. Niet voor alle groepen geldt een dergelijk rooskleurig bestaan, want verwacht wordt dat de verschillen met betrekking tot de sociaal economische status steeds groter worden. Met name de groep alleenstaande vrouwen met alleen AOW blijft financieel erg kwetsbaar. Maar ook zullen de verschillen zich meer en meer langs etnische lijnen gaan aftekenen, omdat een toenemende groep ouderen van allochtone afkomst zal zijn. Daarnaast verandert de manier van leven na het 75^e levensjaar door problemen met de gezondheid en een afnemend sociaal netwerk.

De *voor-en-door ouderen* projecten richten zich, door hun unieke principe, op verschillende groepen ouderen. Op de groep actieve, 'jongere' en veelal goed opgeleide ouderen, die optreden als begeleiders en voorlichters van deze projecten en op ouderen in de hogere, veelal kwetsbare, leeftijdsgroepen. Begeleiding en voorlichting gebeuren zonder enige vorm van betutteling, omdat de aangeboden projecten afgestemd zijn op de vragen en behoeften van de leeftijdsgroepen. Senioren denken actief mee over de inhoud en uitvoering van dergelijke activiteiten. Zo zou toekomstig ouderenbeleid in het algemeen er uit kunnen zien: generatiebewust en gericht op solidariteit.

TNO Preventie & Gezondheid voerde op verzoek en met financiering van Zorg-Onderzoek Nederland, een monitorstudie uit naar de verspreiding en implementatie van de *voor-en-door ouderen* projecten in Nederland. Het voorliggende rapport (monitorstudie 2000) betreft een vervolg op de monitorstudies uit 1998 en 1999, die meer gericht waren op de deelnemers van projecten. In de monitorstudie 2000 staan de uitvoerende en ondersteunende organisaties, en ook de beleidsmakers, centraal. Onderwerpen die in deze rapportage aan de orde komen, zijn ervaringen van organisaties met projecten, bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van projecten en het functioneren van het huidige lokaal ouderenbeleid.

Leiden, juni 2001

Prof. dr. D.L. Knook (directeur TNO Verouderingsonderzoek)

Dankwoord

De monitorstudie *voor-en-door ouderen*: Ageing Well 2000 heeft met de hulp van vele mensen plaatsgevonden. Allereerst bedanken wij de organisatoren en begeleiders van projecten, die de tijd en moeite hebben genomen om onze uitvoerige vragenlijst in te vullen. Daarnaast willen wij de vertegenwoordigers van ondersteunende en beleidsuitvoerende organisaties bedanken voor hun deelname aan de telefonische interviews. Ook danken wij Jumbo Klercq, van het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid en tevens één van de partners, die allerlei vragen kreeg over geleverde informatie en deze, ongeacht het tijdstip, altijd beantwoordde.

Ten slotte zou dit project niet mogelijk zijn geweest zonder de financiële steun van ZorgOnderzoek Nederland. Daarvoor willen wij hen hartelijk danken. Daarnaast danken wij de andere partners voor hun bijdragen aan het tot stand komen van deze rapportage: drs. Kees Penninx (NIZW), drs. Mia Delobelle en ir. Loek Hesemans (Stichting Consument en Veiligheid), ir. Simone Cremers (Unie KBO) en drs. Hetty Hofman (Transfergroep Hogeschool Rotterdam e.o.).

Drs. Marja Westhoff (onderzoeker)
Brigitte Bloem (stagiaire, project-assistent)
Dr. Marijke Hopman-Rock (projectleider)

Samenvatting

In Nederland zijn de afgelopen jaren acht innovatieve projecten (Ageing Well) ontwikkeld gericht op gezondheids- en welzijnsbevordering van senioren. Deze projecten zijn gebaseerd op het zogenoemde *voor-en-door ouderen* principe; dit betekent dat senioren worden ingezet als voorlichters, adviseurs of ondersteuners van ouderen. Nadat de effectiviteit van de projecten was vastgesteld, zijn de projecten geïmplementeerd in Nederland. Door het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid wordt de gezamenlijke verspreiding en implementatie van deze projecten gestimuleerd.

TNO Preventie en Gezondheid in Leiden voerde in 2000 een studie uit, naar de implementatie en verspreiding van deze *voor-en-door ouderen* projecten in Nederland en de bevorderende en belemmerende factoren hierbij. Een schriftelijke vragenlijst is uitgezet bij in totaal 230 organisaties, die de afgelopen jaren bij de uitvoering van de projecten waren betrokken (respons was 53%). Tevens zijn 24 personen op sleutelposities, in ondersteunende organisaties en organisaties die beleid ontwikkelen, telefonisch geïnterviewd. Op basis van dit onderzoek zijn de kenmerken van respectievelijk de politieke context, de organisaties, de gebruikers, de innovatie en de invoeringsstrategie in kaart gebracht.

Uit het vragenlijstonderzoek komt naar voren dat van de projecten, *Activerend huisbezoek*, de meeste bekendheid geniet, zowel wat betreft de uitvoering als voor de toekomstplannen van organisaties. Daarnaast worden allerlei varianten op *voor-en-door ouderen* projecten uitgevoerd. Organisaties gaan creatief om met de inhoud van de projecten, want deze wordt in een groot aantal gevallen aangepast. De meeste organisaties evalueren de projecten, maar doen dat met eigen bronnen. Er wordt nauwelijks gebruik gemaakt van de checklist voor zelfevaluatie van de projecten. Met betrekking tot de financiën, worden projecten veelal gefinancierd uit verschillende bronnen. Aangegeven wordt dat de financiën over het algemeen voldoende zijn, maar dat problemen ontstaan bij structurele voortzetting van de projecten. Uit deze studie komt ook naar voren dat het landelijk Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid nog weinig bekendheid heeft. Daar waar wel gebruik is gemaakt van ondersteuning is men echter positief over de gevolgde werkwijze. Deelnemers aan het onderzoek vinden activiteiten voor ouderen erg belangrijk, hebben een innovatieve houding en zijn van mening dat de projecten niet complex zijn in de uitvoering. Desondanks komt uit de monitorstudie naar voren dat de *voor-en-door ouderen* projecten voor hen geen meerwaarde lijken te hebben boven andere projecten voor ouderen.

Uit de interviews komt naar voren dat er op dit moment een groot aanbod aan projecten is op het terrein van gezondheids- en welzijnsbevordering van ouderen. Daarnaast zijn er veel instellingen die zich hiermee bezighouden, die elkaar wat

inhoud betreft (deels) overlappen en die nauwelijks met elkaar samenwerken. Het ontbreekt organisaties veelal aan ondernemerschap en marktgericht denken. Een (politieke) visie ten aanzien van het landelijk ouderenbeleid mist, waardoor het toekomstperspectief onduidelijk is. Volgens de sleutelinformanten lijkt het realiseren van een integraal ouderenbeleid kansrijk. Hiertoe dient gewerkt te worden aan het verbeteren van de kennis over 'empowerment', het werken aan positieve beeldvorming over ouderen, een betere afstemming en samenwerking van organisaties en een duidelijk vraaggericht aanbod, waarbij de kwaliteit van projecten bewaakt wordt. Als aan deze randvoorwaarden wordt voldaan, is de kans van slagen aanwezig dat het lokale beleid voor ouderen meer samenhang gaat vertonen en meer 'evidence-based' kan worden.

Voor informatie over afzonderlijke projecten: www.lokoud.nl

Summary

During the past years, eight innovative projects have been developed for independent-living older people in the Netherlands. These projects, which were developed by several Dutch organisations, are known as "Ageing Well" projects. They are based on the principle of peer education and stimulating empowerment of seniors. After beneficial effects were proven, the projects were implemented in the Netherlands and coordinated by a knowledge centre (www.lokoud.nl).

In 2000, a monitoring study was carried out to assess the implementation process and the quality of project delivery. The study used written questionnaires for local organisers and telephone interviews for the supporting organisations and policymakers as key informants. The information collected was used to analyse the dissemination process and factors of success and failure.

In total 122 questionnaires were returned (response 53%) and 24 interviews (response 96%) were conducted. More than 230 Ageing Well projects were performed by local organisers and in many cases adapted to local situations and the needs of seniors. Although the projects fit well within the policies of organisations, are supported by the organisations, and are proven beneficially to seniors, the 'peer' projects do not have higher priority than other projects for seniors. Furthermore, organisations lack financial and organisational support to perform the projects on a structural base.

Although Ageing-Well projects were assessed with good quality, the range of dissemination of the projects in the Netherlands was limited. A clear local policy for older people should be developed to create possibilities for a structural implementation of these projects in the Netherlands. The knowledge centre should support local organisers in structural implementation, by among other training of knowledge on peer education and stimulating empowerment of seniors, and stimulating partnership.

Inhoud

Voorwoord — 3

Dankwoord — 4

Samenvatting — 5

Summary — 7

Inhoud — 9

1. Voor-en-door ouderen: Ageing Well — 11

1.1 Inleiding — 11

1.2 Gezondheids-en welzijnsbevordering voor ouderen — 12

1.3 Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid — 13

1.4 Achtergronden monitorstudie 2000 — 14

2. Monitorstudie 2000 — 19

2.1 Doel en vraagstelling — 19

2.2 Doelgroepen — 20

2.3 Methode — 20

2.4 Analyse — 23

3. Evaluatie voor-en-door ouderen projecten — 25

3.1 Respons — 25

3.2 Kenmerken deelnemende organisaties — 26

3.3 Projecten in de praktijk — 28

3.4 Ervaringen met projecten — 30

3.5 Kenmerken van projecten — 33

4. Evaluatie Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid — 37

4.1 Inleiding — 37

4.2 Ervaringen met het Kenniscentrum — 37

4.3 Samenvatting evaluatie door het Kenniscentrum — 38

5. Evaluatie voor-en-door ouderen projecten door de organisaties — 41

5.1 Inleiding — 41

5.2 Ervaringen met de checklist zelfevaluatie voor-en-door ouderen projecten — 41

5.3 Ervaringen met andere wijzen van evalueren — 42

6. Resultaten interviews met sleutelinformanten — 45

6.1 Respons — 45

6.2 Resultaten interviews sleutelinformanten — 46

6.3 Samenvatting — 49

7. Conclusies, discussie en vervolg — 51

7.1 Inleiding — 51

7.2 Adoptie, implementatie en inbedding voor-en-door ouderen projecten — 52

7.3 Evaluatie van projecten — 55

7.4 Algemene discussie en plan voor verspreiding en implementatie van de resultaten — 55

Literatuurlijst — 59

Begrippenlijst — 62

Bijlage A	Voorbeeldbrief aan organisaties — 63
Bijlage B	Voorbeeld instructieformulier — 65
Bijlage C	Enquête ouderen-voor-ouderenprojecten — 67
Bijlage D	Voorbeeld korte omschrijving projecten — 81
Bijlage E	Voorbeeldbrief aan sleutelinformant — 83
Bijlage F	Basisvragen interview sleutelinformant — 85
Bijlage G	Overzicht projecten Kenniscentrum — 87

1. Voor-en-door ouderen: Ageing Well

1.1 Inleiding

In Nederland zijn de afgelopen jaren verschillende innovatieve projecten ontwikkeld gericht op gezondheids- en welzijnsbevordering van senioren. Deze projecten zijn gebaseerd op het zogenoemde *voor-en-door ouderen*-principe; dit betekent dat senioren worden ingezet als voorlichters, adviseurs of ondersteuners voor leeftijdgenoten. Deze activiteiten werden onder de naam Ageing Well uitgevoerd, maar tegenwoordig worden zij onder de noemer *voor-en-door ouderen* projecten verspreid. Dit omvat de volgende acht projecten:

- Opleiding bewegingsspelers van het Nederlands Instituut voor Sport en Beweging (NISB), voorheen Landelijke Stichting MBvO¹
- Opleiding seniorenvoorlichting van de Transfergroep van de Hogeschool van Rotterdam e.o.²
- Gezondheidsvoorlichting- en bewegingsprogramma 'Gezond & Vitaal' (voorheen 'Goed Oud Worden') van TNO Verouderingsonderzoek/ Preventie en Gezondheid
- Lokale campagne 'Thuis in Evenwicht' (voorheen: 'Wijzer Wonen' en 'Stad in Evenwicht') van Consument en Veiligheid
- Cursus 50+ vrouwen: de zorg in eigen hand van het Centrum voor Vrouwengezondheidszorg (Aletta³) en de Algemene Bond voor Ouderen (ANBO)
- Cursus Grijs op eigen Wijs-Vrouwengroepen 60+ van de Unie KBO
- Gezondheidstelefoon van de Unie KBO
- Activerend Huisbezoek van het NIZW, i.s.m. Odyssee

¹ Het NISB heeft zich als partner teruggetrokken, omdat de implementatie van het project niet verder gegarandeerd kon worden.

² De opleiding Seniorenvoorlichting is overgedragen aan Odyssee.

³ Het Aletta Vrouwengezondheidszorgcentrum heeft zichzelf vanaf 1 januari 1999 opgeheven. Het project 50+ vrouwen is ondergebracht bij Odyssee en Transact.

TNO Preventie en Gezondheid voerde in 1998 (Westhoff e.a., 1999) en in 1999 (Westhoff & Hopman-Rock, 2000) een monitorstudie uit naar de genoemde projecten. Het onderhavige rapport betreft een rapportage van de resultaten van de monitorstudie in 2000.

Hierna wordt allereerst gezondheids- en welzijnsbevordering voor ouderen in het algemeen beschreven. Dit wordt gevolgd door een beschrijving van het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid. Daarna wordt de in 2000 uitgevoerde studie nader toegelicht, gevolgd door de resultaten uit deze studie. Zoals gebruikelijk is, eindigt deze rapportage met de conclusies, de discussie en de aanbevelingen.

1.2 Gezondheids-en welzijnsbevordering voor ouderen

Het is reeds decennia bekend dat als gevolg van de huidige demografische trends en de toegenomen levensverwachting Nederland in een snel tempo vergrijst (CBS 1998;1999). In het jaar 2000 is de verwachting dat 3,7 miljoen personen 55 jaar en ouder zijn. In dit millennium zal dit zelfs toenemen tot bijna 6 miljoen 55-plussers in het jaar 2030 (CBS, 1999). Om deze groeiende groep ouderen in staat te stellen in sociaal en economisch opzicht een positieve bijdrage aan de gemeenschap te leveren, is een goede gezondheid en optimaal welbevinden van belang. De meeste ouderen leiden een actief, zelfstandig bestaan. Gezondheids- en welzijnsbevordering kan ertoe bijdragen dat ouderen hun zelfstandigheid en autonomie zo lang mogelijk behouden, dat zij met eventuele ziekten of handicaps zo goed mogelijk kunnen leven en dat zij desgewenst zo lang mogelijk in de eigen woonomgeving kunnen blijven. Ook is het van belang dat deze doelgroep 'eigenmachtig' is en sturing kan geven aan het eigen bestaan; dit wordt ook wel 'empowerment' genoemd. In een publicatie van Royers, Ree en Verbeek (1998) worden randvoorwaarden beschreven die 'empowerment' in de hulpverlening kunnen versterken. Deze randvoorwaarden gelden evengoed voor gezondheids- en welzijnsbevordering. Een belangrijke voorwaarde is dat er sprake is van gelijkwaardigheid tussen de hulpverlener en de beoogde doelgroep en dat er aan bepaalde basisbehoeften van de oudere kan worden voldaan. De hulpverlener moet een positieve attitude hebben en specifieke kennis en vaardigheden.

In Nederland zijn de afgelopen jaren verschillende innovatieve projecten ontwikkeld waarin ouderen zich als voorlichters, adviseurs en ondersteuners inzetten voor leeftijdgenoten. Deze projecten kunnen een bijdrage leveren aan het stimuleren van 'empowerment' van ouderen door het inzetten van ouderen voor ouderen. Deze *voor-en-door-ouderen* methode biedt een nieuwe aanpak voor gezondheidsbevordering. Het mes snijdt aan twee kanten: enerzijds maken ouderen gebruik van deze diensten en zij ervaren het contact met leeftijdgenoten als plezierig en stimulerend. Anderzijds zijn ouderen als voorlichter, adviseur of ondersteuner actief; deze activiteit ziet men als een nieuwe uitdaging die voortborduurde op aanwezige kennis en kunde (Penninx,

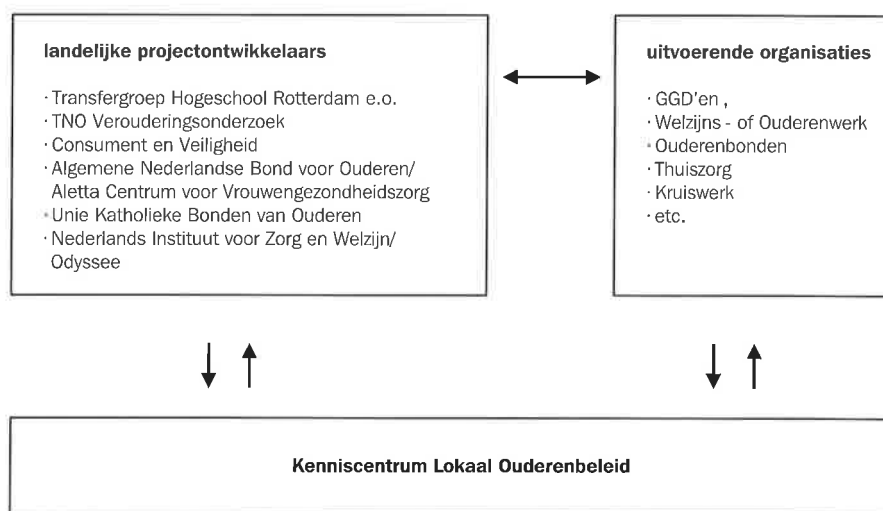
1997). In de *voor-en-door ouderen* projecten hebben ouderen door middel van opleiding en training zich specifieke vaardigheden eigen gemaakt, waardoor zij individuele begeleiding kunnen geven, met groepen kunnen werken of telefonische informatie kunnen geven. De meerwaarde van het inzetten van begeleiders uit dezelfde doelgroep ('peers') wordt ook in de literatuur onderschreven. Een actieve participatie van de doelgroep ouderen zelf, zal de effecten van voorlichting of hulpverlening aanzienlijk vergroten (Cusack e.a., 1994; Garcia en Metha, 1997; Van de Brake, 1989). Uit een onderzoek onder jongeren bleek dat 'peers', als positieve rolmodellen, door zelf het gewenste gedrag uit te voeren een bepaalde norm of waarde versterken (Rijke & de Vries, 1995). Kocken en Voorham (1998) vonden in studie onder ouderen die deelnamen aan een gezondheidsvoorlichtingprogramma ('succesvol ouder worden') begeleid door senioren, met name positieve effecten op sociale ondersteuning en op de ervaren gezondheid.

1.3 Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid

Vanaf 1996 tot en met 1999 zijn de diverse projectactiviteiten gebundeld in de Ageing Well Groep Nederland (gecoördineerd door het NIZW). Vanaf 1999 is het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid een vervolg op deze Ageing Well Groep en maakt onderdeel uit van het bestaande werkpakket van Odyssee Maatschappelijke Ontwikkeling gespecialiseerd in training, opleiding en advies. Dit Kenniscentrum heeft als doel een bijdrage te leveren aan preventie, gezondheidsbevordering, welzijn en maatschappelijke participatie in het kader van lokaal sociaal en gezondheidsbeleid voor ouderen. Bij het Kenniscentrum staat een verdere verspreiding van het belang en de betekenis van 'empowerment' van ouderen centraal en daarmee verbonden de implementatie van een vraaggerichte benadering en het op maat toesnijden van reeds ontwikkeld landelijk materiaal. Niet de overdracht van landelijke materiaal staat centraal, maar de lokale situatie die van plaats tot plaats verschilt. Het gaat erom landelijk ontwikkelde expertise in en om te zetten in aansluiting op lokale ontwikkelingen. Het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid richt zich daarom primair op gemeentelijke overheden, zorg- en welzijnsinstellingen en vrijwilligers- en gebruikersorganisaties, die nauw betrokken zijn bij het lokaal sociaal en gezondheidsbeleid voor ouderen. De landelijke projectcoördinatoren van de *voor-en-door ouderen* projecten hebben een samenwerkingsovereenkomst gesloten en de gezamenlijke implementatie van deze innovatieve projecten wordt gestimuleerd door ZorgOnderzoek Nederland (ZON)⁴. ZON ondersteunde het Kenniscentrum en de afzonderlijke projecten in 1999 en 2000 bij de implementatie in de lokale praktijk van het zorg- en welzijnswerk.

⁴ De Gezondheidstelefoon van de Unie KBO is een project op nationaal niveau en is om die reden niet opgenomen in het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid.

De opzet van het Kenniscentrum is mede gebaseerd op het theoretische linkage-principe beschreven door Orlandi (Orlandi e.a., 1990). Uitgangspunt is dat samenspraak met intermediaire organisaties een succesvolle verspreiding en implementatie van projecten kan vergroten. Het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid legt een link tussen de landelijke projectontwikkelaars en de potentiële gebruikers (uitvoerende organisaties) van de projecten (zie figuur 1.1). Het Kenniscentrum biedt onder meer informatie, advies, begeleiding, scholing en opleidingsmogelijkheden voor beroepskrachten en vrijwilligers die zich lokaal inzetten voor gezondheid, welzijn en educatie van ouderen. De uitgangspunten van het Kenniscentrum zijn de behoeftevervulling van de lokale oudere bevolking, stimulering van een actieve betrokkenheid van ouderen en samenwerking met lokale organisaties zoals gemeenten, ouderenorganisaties, media etc. De organisatoren van *voor-en-door ouderen* projecten zijn onder meer plaatselijke GGD'en, ouderenbonden, welzijns- en ouderenwerk, thuiszorg en kruiswerk.



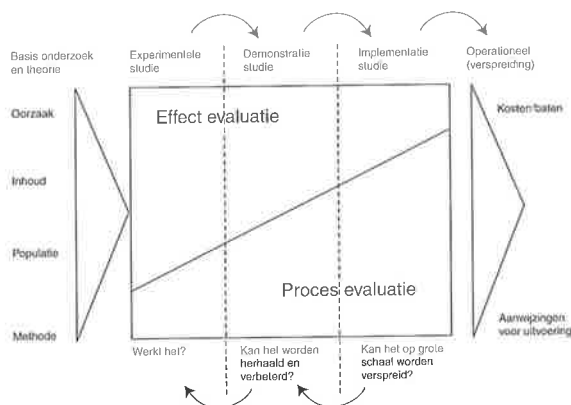
Figuur 1.1 Het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid, link tussen landelijke projectontwikkelaars en de potentiële uitvoerende veldorganisaties

1.4 Achtergronden monitorstudie 2000

In 1998, 1999 en 2000 is voor de acht *voor-en-door ouderen* projecten een monitorstudie (monitoren= het volgen in de tijd) uitgevoerd (Rossi & Freeman, 1985). In de literatuur is een aantal stadia te onderscheiden die bij de ontwikkeling en evaluatie van gezondheidsbevorderende interventies van belang zijn. Figuur 1.2. presenteert het ontwikkelingsmodel van Nutbeam (1990) voor de evaluatie van gezondheidsbevorde-

rende programma's. Dit model beschrijft dat elk stadium van ontwikkeling een andere vorm van evaluatie behoeft. De *voor-en-door ouderen* projecten zijn ontwikkeld op basis van kennis en ruime werkervaringen op het terrein van gezondheid en welzijn van ouderen. De projecten hebben als gemeenschappelijk doel de zelfmanagement capaciteit van ouderen te verhogen. Hiervoor is kennisvergroting en attitude verandering noodzakelijk. De meeste projecten zijn de afgelopen jaren op deze variabelen met behulp van effect- en procesevaluaties onderzocht (Van Hell & Hopman-Rock, 1995; Hopman-Rock & Westhoff, 1997; Van Bavel & Coopmans, 1993; Kocken & Voorham, 1997; Kemme, 1995; Ter Steege & Penninx, 1997; Raaijmakers & Steenbakkens, 1993). De rapportages vermelden positieve effecten op de genoemde variabelen. Dit is niet in de laatste plaats te danken aan de emancipatoire kracht ('empowerment') van de *voor-en-door-ouderen* projecten. Daarnaast heeft een aantal projecten ook bewezen gezondheidswaarde (Van Hell & Hopman-Rock, 1995; Hopman-Rock & Westhoff, 1997; Kocken & Voorham, 1997; Raaijmakers & Steenbakkens, 1993).

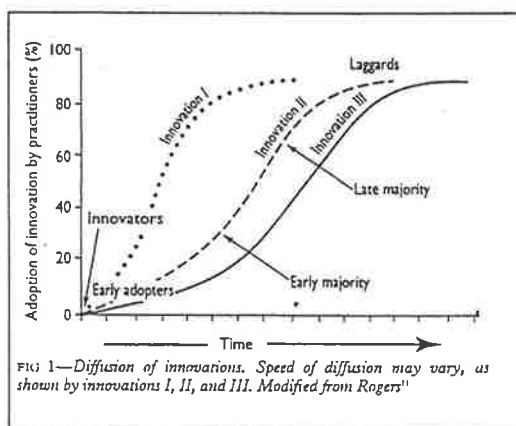
Volgens het model van Nutbeam (1990) vindt de monitorstudie plaats in een laatste stadium van een ontwikkelingstraject van deze projecten, dat is op het moment dat deze zich verspreiden in Nederland. Met behulp van het monitoren wordt het verloop van de implementatie en invoering bewaakt en geëvalueerd. In deze fase richt het onderzoek zich op de acceptatie en het gebruik van de projecten door de aanbieders, en de bevorderende en belemmerende factoren hierbij.



Figuur 1.2 Ontwikkelingsmodel voor evaluatie van gezondheidsbevorderende programma's (uit: Nutbeam e.a., 1990)

De meeste projecten vinden momenteel ingang in de lokale praktijk van preventiewerk en ouderenzorg in Nederland. Het succes van deze implementatie (= het actief verspreiden van een innovatie; Spreeuwenberg en Schrijvers, 1995) is afhankelijk van verschillende organisatorische en personele randvoorwaarden, en financiële omstandigheden. Naast de voorwaarde van wetenschappelijke evidentie, blijkt het overdra-

gen van innovatieve interventies naar de praktijk van vele factoren afhankelijk te zijn. Bijvoorbeeld of er politieke druk wordt uitgeoefend (Lomas, 1993) of de 'innovatiegezindheid' van organisaties (Rogers, 1995). Er zijn verschillende typen organisaties te onderscheiden, die in een verschillend tempo nieuwe projecten zullen opnemen in hun werkprogramma. Rogers (1995) beschrijft dat deze adoptieprocessen min of meer volgens een 'S-curve' verlopen en benoemt de organisaties als 'early adopters', 'majority' en 'laggards' (zie figuur 1.3). Nadat de 'innovatievelingen' zijn bereikt, is behoorlijk wat tijd en ondersteuning nodig om de grote groep van gebruikers te bereiken en ten slotte ook de 'treuzelaars' te overtuigen van het voordeel bij het werken met de innovatie. In dit proces heeft het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid op het gebied van de implementatie van *voor-en-door ouderen* projecten een stimulerende rol als aanjager van vernieuwing.



Figuur 1.3 Verspreidingscurve van innovatieve activiteiten (uit: Rogers, 1995)

Onder innovatie wordt verstaan een idee, een handeling, een dienst of een programma dat door de adopterende organisatie als nieuw wordt ervaren (Rogers, 1995). Diffusie kan worden gedefinieerd als 'het proces waarbij een innovatie via bepaalde kanalen in de tijd wordt verspreid onder leden van een bepaald sociaal systeem'. De organisaties die aan de monitorstudie 2000 hebben meegewerkt worden beschouwd als de leden van het sociale systeem, waaronder deze innovatie verspreid zou moeten worden. De term diffusie wordt veelal gebruikt voor een min of meer spontaan verloopend verspreidingsproces. De verspreiding van de *voor-en-door ouderen* projecten kan echter worden opgevat als een bewust geplande activiteit. In dit kader wordt de term disseminatie gebruikt voor actieve pogingen die worden ondernomen om het diffusie proces te beïnvloeden (Rogers, 1995; Steckler, e.a., 1992).

Volgens *the diffusion of innovations* theorie van Rogers (1995) doorloopt een organisatie de disseminatie van een innovatie in vijf fasen. In de eerste fase wordt kennis ver-

gaard over een nieuw programma. In de tweede fase wordt een attitude door de beslissers gevormd ten aanzien van de innovatie. In de derde fase wordt het programma geadopteerd of afgewezen. Als het programma wordt aangenomen, vindt achtereenvolgens implementatie en in de laatste fase inbedding in bestaande activiteiten plaats. Het doel van deze monitorstudie is vast te stellen in hoeverre adoptie, de mate van implementatie en de intentie tot inbedding van de *voor-en-door ouderen* projecten is verlopen. Wanneer een project op passende wijze is geïmplementeerd, zal het door de organisatie als succesvol worden waargenomen. Meer succes zal leiden tot een betere inbedding in bestaande activiteiten (Steckler, e.a., 1992).

De adoptie van een innovatie wordt onder andere bepaald door de percepties van de organisaties over de kenmerken van de innovatie (Rogers, 1995). Deze kenmerken zijn:

1. Relatief voordeel: de mate waarin de interventie beter is dan voorgaande interventies.
2. Verenigbaarheid: de mate waarin de interventie in overeenstemming is met bestaande normen en waarden, ervaringen en behoeften van de potentiële adopters.
3. Complexiteit: de mate waarin een interventie gemakkelijk toe te passen is.
4. Observeerbaarheid: de mate waarin de resultaten van de innovatie zichtbaar zijn voor anderen.
5. Testbaarheid: de mate waarin de innovatie op kleine schaal kan worden uitgetest.

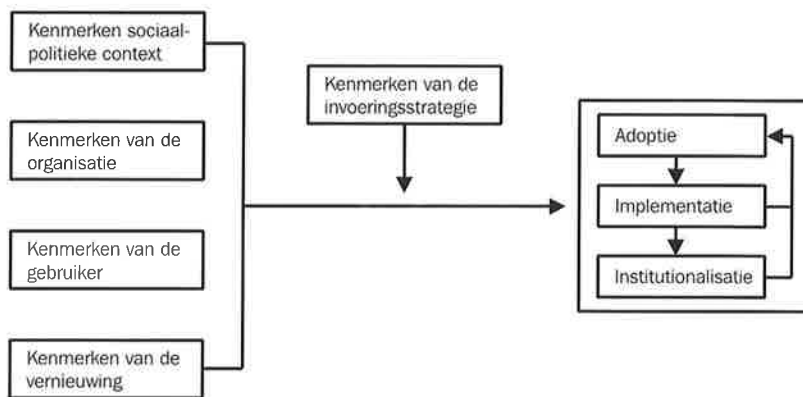
Volgens Rogers (1995) vormen organisaties naar aanleiding van deze gepercipieerde kenmerken een positieve of negatieve attitude ten aanzien van de innovatie.

Naast de bovenstaande factoren spelen ook de kenmerken van de organisatie een rol bij het besluit al dan niet deel te nemen aan de innovatie. Relevante kenmerken van de organisatie zijn onder andere: het organisatielimaat, waaronder betrokkenheid bij de besluitvorming, beleid van de organisatie, de grootte en de structuur van de organisatie en de wijze waarop besluiten tot stand komen. Ook wordt genoemd sociale invloed, dat is de gepercipieerde invloed van anderen, van wat anderen vinden, verwachten en doen met betrekking tot deelname aan het project. Als laatste wordt onder kenmerken van de organisatie verstaan de mening van de gebruiker over het gevoerde beleid ten aanzien van ouderen en het draagvlak voor het huidige ouderenbeleid (van Assema, e.a., 1998).

Een derde groep factoren die het disseminatie proces beïnvloeden zijn de karakteristieken van de beslisser, zoals persoonlijkheidskenmerken, attitude, ervaring en eigen effectiviteit. Laatstgenoemde wil zeggen de inschatting van de gebruiker of de organisatie in staat is om deel te nemen aan projecten (van Assema e.a., 1998).

Tevens vormt een uitgangspunt voor de verslaglegging een raamwerk wat bij TNO-PG momenteel wordt ontwikkeld. Centraal in het model staan vijf clusters van determi-

nanten: kenmerken van de innovatie, kenmerken van de organisatie, kenmerken van de gebruiker, kenmerken van sociaal-politieke context, en kenmerken van de invoeringsstrategie. Elk van deze clusters verdient een specifieke invulling, al naar gelang de aard van de innovatie, beoogde gebruikersgroep(en) en de context waarin de vernieuwing een plaats moet krijgen. Dit model wordt als kapstok gebruikt bij de bespreking van de resultaten in hoofdstuk 7 (conclusies, discussie en vervolg).



Figuur 1.4 Determinanten van innovatieprocessen in organisaties (Fleuren, Wiefferink en Paulussen, 2001)

2. Monitorstudie 2000

2.1 Doel en vraagstelling

De monitorstudie 2000 is uitgevoerd in het kader van het project "Uitvoering Ageing Well projecten, gezondheidsbevordering voor en door ouderen" (ZON 22.0000.24). Het betreft een vervolg op de monitorstudies Ageing Well 1998 en 1999 die op verzoek van het ministerie VWS en de Ageing Well partners zijn uitgevoerd (Westhoff e.a., 1999; Westhoff & Hopman-Rock, 2000). Uit deze studies blijkt dat *voor-en-door ouderen* projecten zeer gewaardeerd worden en als ruim voldoende worden beoordeeld. Deelnemers profiteren op verschillende wijzen van deelname aan de *voor-en-door ouderen* projecten, zoals een toename van kennis, zelfwaardering en maatschappelijke participatie. Daarnaast zijn tot en met 2000 in 117 gemeenten in Nederland één of meerdere projecten uitgevoerd. In totaal gaat het om bijna 200 projecten (bijlage G). Hiermee is de voor ZON geformuleerde doelstelling, een minimale verspreiding in 75 gemeenten, van het project reeds behaald. Echter, er doen zich diverse problemen voor bij het grootschalig verspreiden en structureel inbedden van de projecten, onder andere in de wijze van gebruik van de projecten, continuïteit van de projecten, beleid ten aanzien van ouderen, inzet van oudere vrijwilligers en paraprofessionals, en de financieringswijze van ouderenprojecten. De resultaten uit de voorgaande studies vormen de basis voor de opzet van de monitorstudie 2000.

Het doel van deze monitorstudie is de inbedding en continuïteit van de projecten te beschrijven. Belangrijke aandachtspunten zijn het verwerven van inzicht in het functioneren van het huidige lokale ouderenbeleid, het landelijk beleid voor vrijwilligers en paraprofessionals, en in de financieringsaspecten van gezondheids- en welzijnsbevorderende projecten voor ouderen.

Uit de bovenstaande doelstelling zijn de volgende vragen afgeleid:

1. Hoe verloopt de implementatie en verspreiding van *voor-en-door ouderen* projecten in een samenhangend lokaal Ouderenbeleid (ondersteund door het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid)?
2. Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren voor invoering van *voor-en-door ouderen* projecten in het lokale ouderenbeleid?
3. Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren in het landelijk en lokaal beleid om oudere vrijwilligers / paraprofessionals in te zetten, in het bijzonder bij *voor-en-door ouderen* projecten?
4. Wat is het toekomstperspectief voor wat betreft beleid, financiering en implementatiemogelijkheden van gezondheidsbevorderende projecten voor ouderen, in het bijzonder de *voor-en-door ouderen* projecten?

2.2 Doelgroepen monitorstudie 2000

De monitorstudie 2000 richt zich op uitvoerders en begeleiders (gebruikers) van projecten op het terrein van ouderenwerk en gezondheidsbevordering, welzijn en sport. Die organisaties worden betrokken die afgelopen jaren reeds een *voor-en-door ouderen* project hebben uitgevoerd. Zij zullen worden bevraagd door middel van een gestructureerde vragenlijst. Daarnaast zijn ondersteunende instanties (invoerders) van projecten en beleidsmakers (beslissers) doel van deze studie. In deze monitor worden geen gegevens meer verzameld op het niveau van de doelgroep ouderen, aangezien uit de eerdere fasen van ontwikkeling, evaluatie en monitoring daarover voldoende gegevens naar voren zijn gekomen.

2.3 Methode

Vragenlijstonderzoek

Een schriftelijke vragenlijst zou in eerste instantie volgens plan worden uitgezet bij 100 organisaties die afgelopen jaren bij de uitvoering van *voor-en-door ouderen* betrokken waren. Deze vragenlijst is opgesteld door TNO Preventie en Gezondheid op basis van de aanbevelingen uit de monitorstudies 1998 en 1999, de 'Vervolg plannen Ageing Well Uitvoering 2000/2001' en het werkplan voor de opzet van de monitorstudie 2000. Ook is gebruik gemaakt van een aantal artikelen, zoals 'Measuring the diffusion of innovative health promotion programs' van Steckler e.a. (1992).

De vragenlijst die tot stand is gekomen bestaat voor een deel uit gesloten vragen en voor een deel uit open vragen. Deze vragen hebben betrekking op de inhoudelijke bekendheid met de projecten en op de uitvoering in het verleden en in de toekomst. Daarnaast wordt gevraagd, indien geen projecten zijn uitgevoerd, naar de reden hiervan. Wanneer wel projecten zijn uitgevoerd wordt gevraagd naar eventuele aanpassingen tijdens de uitvoering. Met betrekking tot de uitvoering worden ook vragen gesteld over de financiering van projecten, ondersteuning door het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid en beleid van de organisatie. Om inzicht te verkrijgen in het evaluatieproces door organisaties bevat de vragenlijst vragen over het gebruik van de Checklist Zelfevaluatie (Steenbekkers, e.a., 1997; Van der Plas, e.a., 1997) en over andere wijzen van evalueren. Naast vragen over de uitvoering van de projecten zijn enkele achtergrondvragen gesteld, zoals geslacht, functie, aantal jaren in dienst, attitude naar ouderenactiviteiten en over ervaring in het samenwerken met lokale en landelijke organisaties. In de afsluitende vragen kan door middel van een beschrijving antwoord worden gegeven op de vraag wat de komende jaren zou moeten veranderen, aanvullingen en suggesties. Bij een aantal vragen is gebruik gemaakt van een tweezijdige vijf-puntsschaal met een neutrale middencategorie, zoals in de volgende alinea omschreven wordt. De overige vragen zijn of dichotoom, dat wil zeggen met *ja* of *nee* te beantwoorden of er kan een keuze gemaakt worden uit een aantal antwoord-

categorieën. Voorbeelden zijn respectievelijk: 'had uw organisatie een budget beschikbaar gesteld? 'Ja of nee' en 'als u geen van deze projecten heeft uitgevoerd, wat was daar dan de belangrijkste reden van?' Een selectie uit de antwoorden is: 'past niet binnen de doelstelling, er is reeds een vergelijkbaar aanbod etc.'

Naast bovengenoemde onderdelen bevat de vragenlijst vragen over kenmerken van de projecten. Voor dit deel van de vragenlijst is gebruik gemaakt van 'het verspreidingsonderzoek van het project implementatie supermarkt rondleidingen via GGD' van de Vakgroep Gezondheidsvoorlichting Rijksuniversiteit Limburg (Dolders, e.a., 1995). De kenmerken zoals gebruikt in dit onderzoek zijn gebaseerd op *the diffusion of innovations* theorie van Rogers (1995), eerder omschreven in paragraaf 1.4. De stellingen in de vragenlijst zijn ontleend aan een meetinstrument ontwikkeld door Steckler e.a. (1992) voor een onderzoek naar de verspreiding van anti-rookprogramma's op scholen. Deze stellingen zijn als volgt overgenomen in de schriftelijke vragenlijst voor de monitorstudie 2000:

1. relatief voordeel: deze schaal is gemeten met behulp van drie stellingen, welke positief gerelateerd zijn aan deelname aan het project. Bijvoorbeeld: 'het project was een effectievere manier om veel ouderen te bereiken dan andere vergelijkbare activiteiten voor ouderen'.
2. complexiteit: deze schaal is gemeten met behulp van zes stellingen, welke negatief gerelateerd zijn aan deelname aan het project. Bijvoorbeeld: 'het project gaf bij grootschalige invoering grote coördinatieproblemen'.
3. observeerbaarheid: de mate waarin de resultaten van de innovatie zichtbaar zijn voor anderen. Deze schaal is gemeten met drie stellingen en is positief gerelateerd aan deelname aan het project. Bijvoorbeeld: 'het project was een manier om u als organisatie te profileren in de regio'. Oorspronkelijk bevatte deze schaal vier stellingen; één bleek niet relevant voor het type projecten in deze monitorstudie.
4. testbaarheid: de mate waarin de innovatie op kleine schaal kan worden uitgeprobeerd. Dit is met één stelling gemeten, namelijk: 'het project was zeer eenvoudig op kleine schaal uit te voeren'. Deze vraag is positief gerelateerd aan deelname aan het project.

In het oorspronkelijke onderzoek beschikken deze schalen over een goede betrouwbaarheid, met uitzondering van de schaal 'verenigbaarheid', die daarom niet is opgenomen in de huidige vragenlijst (Dolders, e.a., 1995). De stellingen zijn gemeten op tweezijdige vijf-punts schalen (van geheel oneens tot geheel eens) met een neutrale middencategorie.

Naast kenmerken van de innovatie zijn de karakteristieken van de organisatie onderzocht. Een aantal dichotome vragen zijn gesteld over het beleid van de organisatie, bijvoorbeeld 'is binnen uw organisatie het doel dat "ouderen-voor-ouderen" projecten, of projecten die daarop gebaseerd zijn, structureel in hetbeleid worden opgenomen?'.

De mening van de respondent is onderzocht met vier stellingen op tweezijdige vijf-puntsschalen (van geheel oneens tot geheel eens) met een neutrale middencategorie. Bijvoorbeeld: 'het project paste goed in het huidige beleid Gezondheid, Zorg en Welzijn Ouderen (GZWO) van uw organisatie'.

Sociale invloed is gemeten met twee stellingen, ook op een tweezijdige vijf-puntsschaal en is positief gerelateerd aan deelname aan het project. Bijvoorbeeld: 'het project was het soort activiteit waarvan uw collega's vinden dat erin geparticipeerd zou moeten worden'. Daarnaast zijn vragen gesteld over een aantal structurele kenmerken van de organisatie, zoals het aantal mensen dat zich bezighoudt met beleid op het terrein van ouderen. Vragen over het draagvlak van het beleid, zoals genoemd in paragraaf 1.4, zijn opgenomen in het telefonisch interview met beleidsmakers en ondersteunende organisaties. Dit zijn vragen over de betrokkenheid bij en tevredenheid over het beleid ten aanzien van ouderen.

Tenslotte bevat de vragenlijst vragen over de kenmerken van de respondent. Gevraagd is naar de eigen effectiviteit door middel van vijf stellingen op een vijf-puntsschaal met neutrale middencategorie. Deze schaal is positief gerelateerd aan deelname aan het project. Bijvoorbeeld: 'het project was gemakkelijk te organiseren omdat binnen uw organisatie personeel vrijgemaakt kon worden'. Oorspronkelijk bevatte deze schaal zes stellingen; één bleek niet relevant voor het type projecten in deze monitorstudie. Met betrekking tot attitude en ervaring zijn vijf vragen gesteld, waarbij ook gebruik is gemaakt van tweezijdige vijf-puntsschalen met een neutrale middencategorie. Bijvoorbeeld: 'bent u iemand die meestal bereid is om nieuwe activiteiten uit te proberen?' Daarnaast is gevraagd naar geslacht, functie, aantal jaren in deze functie werkzaam en betrokkenheid bij de uitvoering van het project.

Voordat de vragenlijst in gebruik werd genomen, is het concept bij de doelgroep getest. Deze voortest was bedoeld om begrijpelijkheid, leesbaarheid, volledigheid, duidelijkheid en de lengte van de vragenlijst te testen. Na deze testfase is de vragenlijst verzonden.

Ondersteunende instanties en beleidsmakers

Naast het uitzetten van vragenlijsten bij uitvoerende organisaties, is de doelstelling personen op sleutelposities (beleidsmakers, ondersteunende instanties) te interviewen. Het doel van dit interview is inzicht te krijgen in knelpunten en bevorderende factoren in het lokaal ouderenbeleid. Er is voor een kwalitatieve benadering gekozen, omdat in tegenstelling tot een vragenlijst dan meer diepgang wordt verkregen. Ook bestaat de mogelijkheid om door te vragen, waardoor aanvullende informatie kan worden verkregen. Het interview is in de vorm van een telefonisch interview uitgevoerd, met behulp van een grotendeels gestructureerde vragenlijst. Voor het opstellen van de vragenlijst is onder andere gebruik gemaakt van 'de checklist voor zelfevaluatie voor Ageing Well projecten' (Steenbekkers e.a., 1997). Het interview bevat onder

andere vragen over de huidige projecten en activiteiten in het kader van het lokaal ouderenbeleid en daarnaast over de knelpunten en bevorderende factoren bij de in - en uitvoering hiervan. Het oorspronkelijke doel was met 25 personen, verdeeld over de *voor-en-door ouderen* projecten, een interview te houden. Voor de samenstelling van het adressenbestand en rekrutering van gebruikers van projecten is gebruik gemaakt van het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid. Deelname aan het interview was op vrijwillige basis en verwerking van de gegevens heeft zodanig plaatsgevonden dat geen herkenning van personen of organisaties mogelijk is. In totaal zijn 24 beleidsmakers en personen uit ondersteunende instanties geïnterviewd, in de maanden februari, maart en april 2001. Alle interviews zijn door één persoon uitgevoerd, waarbij maximaal drie personen per dag zijn geïnterviewd. De streeftijd voor ieder interview was ongeveer 30 minuten. Van de interviews werd door de onderzoeker een schriftelijk verslag gemaakt. Indien de geïnterviewde dat nodig vond, werd het opgestuurd voor inhoudelijk akkoord. Het merendeel van de geïnterviewden ging echter op voorhand akkoord.

2.4 Analyse

De gegevens uit de vragenlijsten worden voor de gehele groep respondenten weergegeven. De numerieke gegevens zijn in frequentietabellen weergegeven; dit zijn tabellen die voornamelijk percentages bevatten. De percentages zijn afgerond naar boven indien de getallen eindigen op 0.5 en naar beneden als getallen lager zijn dan 0.5. Relevante informatie uit de open vragen zijn geclusterd en weergegeven met een korte beschrijving. Voor de concepten relatief voordeel, complexiteit, observeerbaarheid, sociale invloed, eigen effectiviteit, mening over het beleid en kenmerken van de deelnemer is de volgende procedure gevolgd. De gevonden item scores zijn gesommeerd en deze totaalscore is gedeeld door het aantal items waarmee het betreffende concept is gemeten. Op deze wijze is voor al deze gesommeerde variabelen een score tussen -2 (geheel oneens), 0 (eens noch oneens) en 2 (geheel eens) gecreëerd.

De gegevens uit de telefonische interviews zijn zo letterlijk mogelijk schriftelijk vastgelegd. Aan de hand van de voorgestructureerde vragen en onderwerpen werd de belangrijkste informatie in een verslag vastgelegd en vergeleken met de gegevens uit het vragenlijst onderzoek.

3. Evaluatie voor-en-door ouderen projecten

3.1 Respons

De oorspronkelijke opzet was 100 organisaties te benaderen door middel van een adressenbestand van het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid. Omdat organisaties ook benaderd zouden worden voor projecten die een aantal jaren geleden zijn uitgevoerd, werd een lagere respons verwacht. Daarom is besloten zoveel mogelijk organisaties te benaderen. Het door het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid aangeleverde adressenbestand bleek voor dit doel incompleet, omdat zij het bijhouden van dergelijke bestanden niet tot hun taken rekenen. Het adressenbestand is derhalve aangevuld door TNO-PG, wat enige vertraging heeft opgeleverd. Er zijn in totaal 265 vragenlijsten opgestuurd aan uitvoerende organisaties. Het verzoek was per uitgevoerd project één vragenlijst in te vullen. Tot eind januari 2001 konden de ingevulde exemplaren worden geretourneerd.

Na het verstrijken van de inzendtermijn zijn organisaties, die nog geen vragenlijst hadden opgestuurd, telefonisch benaderd, om de respons verder te verhogen. Een klein deel van de organisaties is niet meer telefonisch benaderd. Redenen hiervoor waren het ontbreken van de naam van de contactpersonen. Deze contactpersonen ontbraken op het door het Kenniscentrum aangeleverde adressenbestand en konden niet meer worden achterhaald. Ook is een aantal contactpersonen uit het adressenbestand niet meer telefonisch benaderd, omdat ze geen deel uitmaakten van een organisatie, maar bijvoorbeeld als vrijwillige begeleidster aan een project hadden deelgenomen. Dit kan toegelicht worden door middel van een opmerking, die één van de deelnemers aan het onderzoek maakte: 'de vragenlijst is zeer gericht op professionals. Veel oudere vrouwen zijn wel opgeleid en getraind, maar als vrijwilliger werkzaam'. Tevens is het adressenbestand verder opgeschoond, zodat uiteindelijk 230 adressen bruikbaar bleken voor het onderzoek. In totaal zijn 122 vragenlijsten geretourneerd. In de tabellen staat steeds vermeld hoeveel uitvoerders de betreffende vraag hebben beantwoord. Dit aantal is over het algemeen lager, omdat onderdelen van de vragenlijst soms niet zijn ingevuld. De reden hiervoor is dat een aantal deelnemers aan het onderzoek, projecten niet zelf hebben uitgevoerd. De respons bedraagt 53%. Gezien de periode waarover de projecten zijn uitgevoerd, namelijk van 2000 tot 1997 en eerder, is deze respons redelijk. Echter omdat de gegevens retrospectief zijn verzameld en soms over een aantal jaren geleden, kunnen mogelijke 'recall' problemen een rol spelen. Ook dient hierbij opgemerkt te worden dat de doelgroep een selectieve groep betreft, omdat zij bekend is bij het Kenniscentrum. Deze twee factoren beïnvloeden de representativiteit van het onderzoek en daarom dienen uitspraken over de projecten met enige voorzichtigheid te worden gedaan.

3.2 Kenmerken deelnemende organisaties

In tabel 3.1 is de verdeling aangegeven van organisaties die aan deze monitorstudie hebben deelgenomen, door de vragenlijst in te vullen. Het merendeel van de organisaties bestaat uit welzijnsstichtingen, daaronder vallen ook stichtingen welzijn voor ouderen (SWO). De rubriek *anders* bevat organisaties zoals centra voor vrouwen of het NIVON.

Tabel 3.1 Type organisatie

	Absolute aantallen (n=110)
Welzijnsstichtingen	50
Ouderenbond	16
GGD / gemeente	15
Provinciaal	8
Thuiszorg	3
Anders	18

Van de organisaties heeft 40% aangegeven een project eenmalig te hebben uitgevoerd. Bij 59% was dit niet het geval; projecten zijn van twee keer tot doorlopend uitgevoerd (bijvoorbeeld *Aktiverend Huisbezoek*). Van de projecten is 51% voor het laatst in het jaar 2000 uitgevoerd, waardoor meer recente projecten een hogere respons hebben.

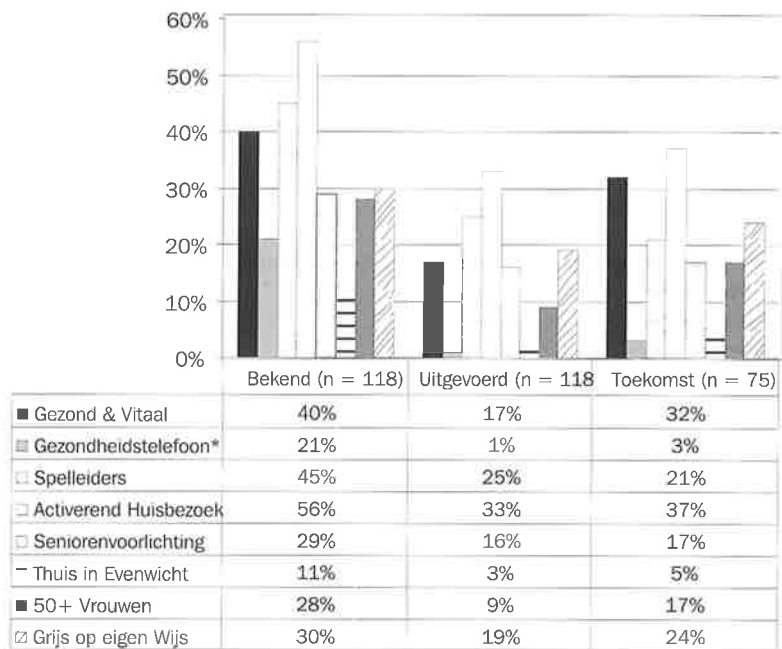
Tabel 3.2 beschrijft de achtergrondkenmerken van de personen die aan het onderzoek hebben deelgenomen. Hieruit blijkt dat vrouwen de meerderheid vormen. Deelnemers aan het onderzoek werken gemiddeld 9½ jaar in een organisatie. De langste tijd dat een persoon in dienst was van de betreffende organisatie bleek 29½ jaar te zijn en het kortst een half jaar.

Van de personen die de vragenlijst invulden, vindt 94% activiteiten op het terrein van Gezondheid, Zorg en Welzijn Ouderen belangrijk tot zeer belangrijk. In totaal 66% geeft aan weinig ervaring te hebben in het samenwerken met landelijke organisaties, zoals het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid; 10% heeft hier veel ervaring in. In het samenwerken met lokale organisaties heeft een groep van 46% veel tot zeer veel ervaring. 28% geeft aan hier weinig ervaring in te hebben. Veel tot zeer veel ervaring in het organiseren en coördineren van activiteiten voor ouderen heeft 80% van de respondenten. Een groep van 92% ziet zichzelf bereid om nieuwe activiteiten uit te proberen. Dit is in overeenstemming met het antwoord op de vraag of men binnen de organisatie open staat voor nieuwe projecten, want 93% geeft aan dat dit inderdaad het geval is. Daarnaast is 54% van de organisaties van plan *voor-en-door ouderen* projecten of projecten die daarop gebaseerd, structureel op te nemen in het beleid. Bijna een derde, namelijk 29%, geeft aan dit niet van plan te zijn.

Tabel 3.2 Kenmerken van de gebruiker

	Percentages (n=110)
Geslacht (% vrouw)	75%
Gemiddeld aantal jaren werkzaam in organisatie (gemiddelde)	91/2 jaar
Persoonlijk beziggehouden met projecten (% ja)	79%
Persoonlijk belangrijk vinden van Gezondheid, Zorg & Welzijn Ouderen (GZWO) activiteiten	
Belangrijk tot zeer belangrijk	94%
Belangrijk noch onbelangrijk	4%
Ervaring in samenwerken met landelijke organisaties, zoals het Kenniscentrum	
Veel tot zeer veel	10%
Veel noch weinig	22%
Weinig tot zeer weinig	66%
Ervaring in samenwerken met lokale organisatie	
Veel tot zeer veel	46%
Veel noch weinig	24%
Weinig tot zeer weinig	28%
Ervaring met organiseren en coördineren van activiteiten voor ouderen	
Veel tot zeer veel	80%
Veel noch weinig	11%
Weinig tot zeer weinig	9%
Persoonlijke bereidheid om nieuwe activiteiten uit te proberen	
Veel tot zeer veel	92%
Veel noch weinig	5%
Weinig	3%

3.3 Projecten in de praktijk



* Toelichting: project met één uitvoerder

Figuur 3.1 Projecten in de praktijk (bekendheid, uitgevoerd en toekomstplannen)

In figuur 3.1 staat de verdeling van de mate waarin organisaties inhoudelijk bekend zijn met projecten, in welke mate de projecten zijn uitgevoerd en welke projecten men verwacht in de toekomst uit te voeren. Op deze vragen konden meerdere antwoorden worden gegeven. De bekendheid varieert tussen 11% en 56%. De lijst wordt aangevoerd door het project *Activerend Huisbezoek*. Dit project wordt gevolgd door de projecten *Spelleiders*⁵ en *Gezond & Vitaal*. Het project *Thuis in Evenwicht* heeft de minste bekendheid.

Met betrekking tot de projecten die door organisaties daadwerkelijk zijn uitgevoerd, staat *Activerend Huisbezoek* bovenaan. Daarna volgen de projecten *Spelleiders* en *Grijs op eigen Wijs*. De *Gezondheidstelefoon* wordt uitsluitend door de Unie KBO uitgevoerd; dit stemt overeen met de uitkomst. *Thuis in Evenwicht* is wordt het minst vaak door organisaties uitgevoerd.

⁵ Het project *Spelleiders* lijkt gezien de genoemde percentages relatief bekend. Op grond van de vraagstelling in de enquête is echter niet uit te sluiten dat dit project is verward met MBvO-activiteiten.

Aan alle organisaties is gevraagd of plannen bestaan om in de toekomst projecten uit te voeren. Bij 57% van de organisaties bestaan deze plannen. 13% geeft aan geen plannen in deze richting te hebben en 30% weet het nog niet. Hierop volgend is gevraagd welke van de *voor-en-door ouderen* projecten zij in de toekomst verwachten te gaan uitvoeren. In totaal 37% heeft voor *Aktiverend Huisbezoek* gekozen. Op een tweede en derde plaats staan respectievelijk *Gezond en Vitaal* en *Grijs op eigen Wijs*. Het project *Thuis in Evenwicht* zal bij 5% van de organisaties worden uitgevoerd en de *Gezondheidstelefoon*⁶ bij 3% van de organisaties.

Voor de organisaties die geen projecten hebben uitgevoerd is een vraag opgenomen omtrent de redenen hiervoor. Op deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk. Een totaal van 32 organisaties heeft deze vraag beantwoord, waarvan de verdeling van redenen te zien is in tabel 3.3. Als belangrijkste redenen worden aangevoerd dat reeds een vergelijkbaar aanbod bestaat, dat de uitvoering te veel inzet van personeel vraagt en dat het niet het juiste moment is. Dat de projecten niet aansluiten bij de behoefte van de doelgroep is door geen enkele organisatie aangegeven.

Tabel 3.3 Redenen geen projecten uitgevoerd

	Percentages (n=32)
Past niet binnen de doelstelling / filosofie van de organisatie	13%
Er is reeds een vergelijkbaar aanbod	28%
Meerwaarde is onduidelijk	6%
Sluit niet aan bij de behoefte van de doelgroep	0%
Is moeilijk te organiseren (werving, begeleiding)	9%
Vraagt te veel inzet van personeel (capaciteit)	28%
Vraagt te grote financiële investering	16%
Is niet het juiste moment	28%

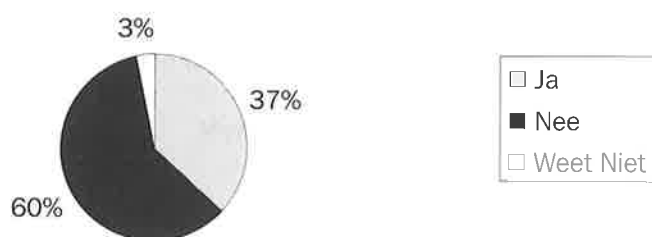
Omdat het mogelijk is dat organisaties van plan zijn een ander type projecten uit te voeren, dan de *voor-en-door ouderen* projecten, is gevraagd welke typen zij in gedachte hebben. De antwoorden op deze open vraag zijn samengevoegd tot verschillende soorten projecten. Door 18 organisaties is geantwoord dat zij een ander type projecten gaan uitvoeren. Vier organisaties denken aan projecten op het terrein van veiligheid. Genoemd worden bijvoorbeeld de projecten woonadvies en *grip op eigen veiligheid*; laatstgenoemde gaat in de vorm van een pilot uitgevoerd worden. Eén organisatie geeft aan *Wijzer Wonen* (nu: *Thuis in Evenwicht*) te gaan combineren met huisbezoeken. Drie organisaties gaan varianten op *Aktiverend Huisbezoek* uitvoeren,

⁶ Omdat de Gezondheidstelefoon uitsluitend door de Unie KBO wordt uitgevoerd en 3% van de organisaties aangeeft dit in de toekomst te willen uitvoeren, bestaat de inschatting dat zij op een ander type project met een zelfde soort inhoud doelen.

dat zijn bijvoorbeeld *preventief* en *signalerend huisbezoek*. Eén vorm van huisbezoek gaat zich richten op het bezoeken van weduwen en weduwnaars door lotgenoten. Twee projecten gaan richting voorlichting en twee projecten richting de doelgroep moeilijk bereikbare ouderen. Verder worden genoemd een project voor allochtone ouderen en een project op het terrein van fysieke gezondheid.

3.4 Ervaringen met projecten

Een aantal organisaties gaat creatief om met de inhoudelijke vorm van de projecten. Van de organisaties heeft 37% een project tijdens de uitvoering aangepast; 60% heeft dat niet gedaan (figuur 3.2). Op de vraag wat precies is aangepast, blijkt 39% het project inhoudelijk te hebben aangepast; 28% heeft de aanbestedingsvorm gewijzigd en 8% van de organisaties heeft de naam gewijzigd.



Figuur 3.2 Project tijdens uitvoering aangepast (n = 92)

In totaal 17 organisaties geven aan een ander soort wijziging te hebben aangebracht. De doelgroep werd door vijf organisaties aangepast. Dit waren wijziging zoals het verlagen van de leeftijd van de doelgroep, zich richten op allochtone ouderen of op moeilijk bereikbare ouderen. Een koppeling aan een ander project werd door vier organisaties aangevoerd. Bijvoorbeeld *Aktiverend Huisbezoek* en *Seniorenvóórlichting* werden samengevoegd. In aansluiting op de vorige vraag hebben drie organisaties geantwoord inhoudelijke veranderingen te hebben aangebracht. Aangegeven zijn wijzigingen in de interviewvorm die onderdeel was van een project, of een groter aanbod van onderwerpen binnen een project.

Om een beeld te krijgen van de uitvoering projecten, is gevraagd of over voldoende informatie kon worden beschikt. 95% van de organisaties was van mening dat dit het geval was. Voldoende informatie is in de vraag genuanceerd als het hebben van een beschrijving van de projecten en richtlijnen en/of werkplannen voor de uitvoering. Met betrekking tot de financiering van de projecten is door 57% van de organisaties zelf een budget beschikbaar gesteld. Bij 41% was dat niet het geval. Indien geen budget aanwezig was is gevraagd hoe het project dan werd gefinancierd. Tabel 3.4 geeft een beeld van de andere wijzen waarop projecten zijn gefinancierd. In totaal 43 organisaties heeft deze vraag beantwoord en deze antwoorden zijn samengevat. Bij 17

organisaties was sprake van een combinatie van financieringen. Er werd bijvoorbeeld gebruik gemaakt van donaties van het Juliana Welzijn Fonds, een plaatselijke business-club, de gemeente, de Nederlandse Hartstichting (via TNO), eigen bijdragen deelnemers en andere in de tabel genoemde vormen. De overige organisaties ontvingen voor de uitvoering van projecten uitsluitend één vorm van financiering.

Tabel 3.4 *Andere wijzen van financiering*

	Absolute aantallen (n=43)
Fondsen	6
Deelnemers	2
Eigen organisatie	2
Gemeente	5
Regionaal	1
Provincie	4
Landelijk	1
Combinatie	17
Anders	5

Van de organisaties is 75% van mening dat voldoende geld beschikbaar was om het project te financieren; 17% vond dat dit niet het geval was. Daarnaast geeft 60% aan een projectadministratie, in tijd of financiële investeringen te hebben bijgehouden. Ruim een derde van de organisaties, namelijk 37%, heeft dit niet gedaan.

Tabel 3.5 *Knelpunten / aanbevelingen t.a.v. voor-en-door ouderen projecten*

	Absolute aantallen (n=113)
Financiën	26
Capaciteit en tijd	11
Afstemming en samenwerking	14
Aandacht voor preventie	9
Vraaggericht werken	8
Ander soort doelgroep	6
Emancipatie ouderen	6
Scholing	5
Projecten inhoudelijk	7
Meer informatie over projecten	10
Overig	24

Binnen de vraag naar knelpunten en aanbevelingen ten aanzien van de *voor-en-door ouderen* projecten zijn door organisaties vaak meerdere punten aangeroerd. Deze zijn verwerkt in de aandachtspunten die in tabel 3.5 worden genoemd en in enkele kenmerkende uitspraken van organisaties, die in de kaders worden omschreven. Het ontbreken van voldoende *financiën* voor nieuw op te zetten projecten, maar vooral ook

voor een structurele voortzetting van bestaande projecten, wordt als het grootste probleem gezien. In het verlengstuk van onvoldoende middelen ligt het ontbreken van voldoende *capaciteit en tijd* om projecten uit te voeren.

'help ons als organisatie om gemeenten duidelijk te maken voldoende financiën ter beschikking te stellen. Daardoor is meer menskracht in te zetten'

Als tweede belangrijke punt wordt genoemd het ontbreken van voldoende *afstemming en samenwerking* tussen organisaties en tussen verschillende beleidsterreinen. Met betrekking tot de organisaties wordt bijvoorbeeld aangegeven dat een betere samenwerking en/of afstemming tussen cursuscentra, ouderenwerk, welzijn en emancipatie organisaties gewenst is. Maar ook tussen lokaal, regionaal en provinciaal niveau is een betere afstemming nodig. Intern in gemeenten zou, zoals wordt aangegeven, een betere afstemming tussen diverse beleidsterreinen (sport, welzijn en zorgpreventie) moeten plaatsvinden, om zo tot een gezamenlijk werkplan te komen.

'organisaties / voorzieningen zouden per wijk, dorp, stadsdeel, stad, gemeente, regio, provincie en landelijk meer op elkaar afgestemd moeten worden'

Aanvullend wordt in het kader van de financiën en de samenwerking gerapporteerd dat het onderscheid zorg en welzijn te sterk aanwezig is, zowel financieel als in praktische samenwerking. Zorg moet meer openstaan voor preventieve activiteiten en samenwerking met welzijnswerk. Momenteel bestaat teveel aandacht voor het wegwerken van de wachtlijsten. Een viertal organisaties zou graag zien dat *preventie* gefinancierd wordt door gezondheidsfinanciers, zoals de AWBZ. Omdat, zo wordt beargumenteerd, het nu vaak nog gemeente afhankelijk is en preventie een "voorliggende voorziening" is. Met betrekking tot preventie wordt aangegeven dat het de komende jaren speerpunt voor beleid is en zou moeten zijn (structureel op agenda beleidsmakers), dat er meer voorlichting aan ouderen, ook via de media, moet komen en dat instrumenten moeten worden ontwikkeld om het economisch (financieel) effect van preventie aan te geven.

Ten aanzien van de *doelgroep* ouderen wordt enerzijds aangegeven dat meer vraaggericht gewerkt moet worden. Dat wil zeggen zoveel mogelijk vanuit de behoeften van de ouderen, door veel overleg met deze doelgroep. Anderzijds laten een aantal organisaties weten beleid te willen richten op "nieuwe ouderen", jongere ouderen (55+), gesplitste doelgroepen (50+, 65+, 80+) en kwetsbare groepen. Andere organi-

saties rapporteren dat meer aandacht besteed moet worden aan emancipatie van ouderen, dat wil zeggen het versterken en aanspreken op eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheden. In dit kader wordt de stimulering van *voor-en-door ouderen* genoemd.

Met betrekking tot *scholing* wordt door een vijftal organisaties genoemd dat kader en vrijwilligers beter geschoold moeten worden. Eén organisaties ziet graag meer geld voor deskundige begeleiding van vrijwilligers en één geeft aan dat seniorvoorlichters specifiek moeten worden opgeleid. Seniorvoorlichters hebben meer vakkennis nodig, om te voorkomen dat ze over teveel verschillende onderwerpen voorlichting geven.

Het punt *projecten inhoudelijk* omvat opmerkingen die zijn gemaakt over de projecten. Een aantal organisaties geeft aan positief over bepaalde projecten te zijn, maar kon het niet opzetten vanwege te weinig deelname (*50+ vrouwen: de zorg in eigen hand*) of vond de kwaliteit van de begeleiding een hangijzer (*Grijs op eigenWijs, 50+ vrouwen: de zorg in eigen hand, MBvO*). Ten aanzien van *Gezond & Vitaal* werd door een respondent aangegeven dat zes keer te lang is, dat het animo terugloopt en het project daarom stopt. Tot slot meldde één organisatie bezig te zijn met de aanleg van negen onderhoudsarme proeftuinen voor ouderen en gehandicapten.

Alle opmerkingen en aanvullingen die niet konden worden samengevat onder de genoemde punten zijn ondergebracht onder de noemer *overig*. Een aantal voorbeelden: "veel taken worden gedaan door vrijwilligers, gevaar is geen beroepskracht te kunnen krijgen", "welzijn meer op agenda beleidsmakers, welzijn schijnt altijd sluitpost", "meer inzet en verantwoordelijkheid op gemeentelijk niveau" en "gemeenten en ouderenbonden tonen geen respect voor ons werk".

3.5 Kenmerken van projecten

Hierna volgen de resultaten van de vragen naar kenmerken van de projecten. Dat zijn respectievelijk relatief voordeel, complexiteit, observeerbaarheid, sociale invloed, mening over het beleid, eigen effectiviteit, en kenmerken van de deelnemer

Tabel 3.6 Kenmerken van het project
(range: +2 (geheel eens), +1 (eens), 0 (eens noch oneens), -1 (oneens) en
-2 (geheel oneens))

	Gemiddelden (sd)	Aantal
Relatief voordeel	0.1 (0.7)	72
Het project		
- was een effectievere activiteit om het gedrag (kennis, attitude, gedrag) van een veel ouderen te beïnvloeden dan andere vergelijkbare activiteiten	0.5 (0.9)	81
- was een effectievere manier om veel ouderen te bereiken dan andere vergelijkbare activiteiten voor ouderen	0.2 (1.1)	85
- kostte minder tijd om te organiseren dan andere vergelijkbare activiteiten voor ouderen	0.5 (0.8)	84
Complexiteit	-0.6 (0.6)	69
Het project		
- vereiste de inzet van teveel personeel	-0.7 (0.9)	89
- vergde teveel overleg met intermediairen	-0.8 (0.8)	85
- gaf bij grootschalige invoering grote coördinatieproblemen	-0.7 (0.9)	73
- vergde teveel organisatie en coördinatie	-0.6 (0.9)	88
- betekende een ontoelaatbare taakverzwarende voor de organisatoren	-0.8 (0.8)	87
- vroeg een grote financiële investering van uw organisatie	-0.2 (1.2)	84
Testbaarheid	0.4 (1.1)	90
Het project was zeer eenvoudig op kleine schaal uit te voeren		
Observeerbaarheid	0.8 (0.7)	66
Het project		
- leverde voor uw organisatie zichtbare resultaten op	1.1 (0.9)	76
- was voor uw organisatie een nieuw soort activiteit in het kader van het beleid Gezondheid, Zorg & Welzijn Ouderen (GZWO)	0.9 (1.1)	85
- was een manier om u als organisatie in de regio te profileren	0.5 (1.0)	88

Tabel 3.6 vermeldt de gemiddelde scores en de standaardafwijkingen op de gepercipieerde kenmerken van de projecten. De gemiddelde scores zijn berekend over een range van +2 (geheel eens), +1 (eens), 0 (eens noch oneens), -1 (oneens) en -2 (geheel oneens). Over het concept observeerbaarheid bestaat een gemiddeld positieve mening. Met name de stellingen dat het project zichtbare resultaten oplevert voor de organisaties en dat het project een nieuw soort activiteit is worden positief beant-

woord. Daarnaast wordt testbaarheid van het project enigszins positief beantwoord. Deze stelling had betrekking op de eenvoud waarmee het project op kleine schaal is uit te voeren. In de uitvoering worden de projecten gemiddeld niet als complex ervaren. Alle stellingen, met uitzondering van de stelling dat het project een grote financiële investering vereist, werden negatief beantwoord. Dat wil zeggen dat het niet teveel personeel vereiste, niet teveel overleg met intermediairen, geen coördinatieproblemen gaf bij grootschalige invoering, niet teveel organisatie en geen ontoelaatbare taakverzwaring betekende. De stelling naar financiële investering werd enigszins negatief beantwoord. Het concept relatief voordeel heeft een kleine positieve score, die met name wordt veroorzaakt door de stelling dat het een effectievere activiteit is om het gedrag van ouderen te beïnvloeden dan vergelijkbare activiteiten. Naar de mening van gebruikers kost de organisatie van het project wel meer tijd dan andere vergelijkbare activiteiten voor ouderen.

Tabel 3.7 Kenmerken van de organisatie (range: +2 (geheel eens), +1 (eens), 0 (eens noch oneens), -1 (oneens) en -2 (geheel oneens))

	Gemiddelden (sd)	Aantal
Sociale invloed	0.7 (0.7)	71
Het project		
- was het soort activiteit waarvan uw collega's vinden dat erin geparticipeerd zou moeten worden	0.8 (0.9)	78
- was het soort activiteit waarin u goed met uw collega's kon samenwerken	0.7 (0.9)	78
Mening over het beleid	0.7 (0.6)	67
Het project		
- paste goed in het huidige beleid Gezondheid, Zorg & Welzijn Ouderen (GZWO) van uw organisatie	1.0 (0.7)	82
- werd binnen uw organisatie door veel medewerkers als belangrijk ervaren	1.0 (0.8)	85
- paste binnen de taakomschrijving van medewerkers die het beleid Gezondheid, Zorg & Welzijn Ouderen (GZWO) uitvoeren	0.9 (0.8)	73
- had binnen uw organisatie meer prioriteit dan andere activiteiten voor ouderen	0.0 (1.1)	89

Met betrekking tot sociale invloed ten aanzien van deelname aan het project bestaat een positieve mening (tabel 3.7). Met beide stellingen zijn deelnemers aan het onderzoek het gemiddeld eens. Zij zijn van mening dat collega's vinden dat erin geparticipeerd zou moeten worden en ook dat binnen dit soort activiteiten goed met collega's kan worden samengewerkt. Ook de mening over het beleid van de organisatie is positief; dat zijn met name de stellingen dat het project goed past binnen het huidige

beleid en dat het door veel medewerkers als belangrijk wordt ervaren. Het project had binnen de organisatie niet meer prioriteit dan andere activiteiten voor ouderen.

Tabel 3.8 Kenmerken van de gebruiker (range: +2 (geheel eens), +1 (eens), 0 (eens noch oneens), -1 (oneens) en -2 (geheel oneens))

	Gemiddelden (sd)	Aantal
Eigen effectiviteit	0.3 (0.5)	61
Het project was gemakkelijk te organiseren, omdat		
- binnen uw organisatie personeel vrijgemaakt kon worden	0.1 (1.0)	85
- vrijwilligers (huisbezoekers, telefonisten, seniorvoorlichters) aangetrokken konden worden	0.3 (1.0)	84
- het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid steun bood	-0.5 (1.2)	72
Het project was moeilijk te organiseren, omdat ⁷		
- de werving van deelnemers in de regio moeizaam verliep	0.6 (1.2)	87
- je afhankelijk was van de bereidheid van mensen (paraprofessionals, vrijwilligers) om te participeren	0.7 (1.0)	86
Persoonlijke mening over activiteiten op het terrein van Gezondheid, Zorg & Welzijn Ouderen (GZWO)	1.4 (0.6)	107
Ervaring in samenwerking met landelijke organisaties, zoals Kenniscentrum	-0.8 (1.0)	110
Ervaring in samenwerking met lokale organisaties	0.3 (1.1)	110
Ervaring in coördineren en organiseren activiteiten voor ouderen	1.0 (1.0)	113
Bereidheid uitproberen nieuwe activiteiten	1.6 (0.6)	111

Eigen effectiviteit, ofwel de inschatting dat de organisatie in staat is om deel te nemen aan het project, wordt over het algemeen als enigszins positief bestempeld (tabel 3.8). Het wordt gemiddeld niet moeilijk gevonden om deelnemers te werven of vrijwilligers te laten participeren. De stelling dat het project gemakkelijker te organiseren was omdat het Kenniscentrum steun bood, is ontkennend beantwoord. Dit wordt bevestigd bij de vraag naar ervaring in samenwerking met landelijke organisaties, zoals het Kenniscentrum, die ook ontkennend wordt beantwoord. Voor het overige zijn deelnemers bereid om nieuwe activiteiten uit te proberen, vinden zij GZWO activiteiten erg belangrijk en hebben zij veel ervaring in het coördineren en organiseren van activiteiten voor ouderen. Alleen de vraag naar ervaring in samenwerken met lokale organisaties wordt als enigszins positief beantwoord.

⁷ Deze twee vragen zijn omgepoold tot positief in verband met het eenduidig kunnen interpreteren van de schaal eigen effectiviteit.

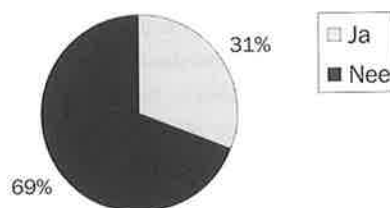
4. Evaluatie Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid

4.1 Inleiding

Het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid (als voortzetting van de Landelijke Ageing Well Groep) heeft als doel een bijdrage te leveren aan preventie, gezondheidsbevordering, welzijn en maatschappelijke participatie in het kader van lokaal sociaal en gezondheidsbeleid voor ouderen. ZorgOnderzoek Nederland ondersteunde het Kenniscentrum en de *voor-en-door ouderen* projecten in 1999 en 2000 bij de implementatie. Het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid richt zich primair tot gemeentelijke overheden, zorg- en welzijnsinstellingen en vrijwilligers- en gebruikersorganisaties, die nauw betrokken zijn bij het lokaal sociaal en gezondheidsbeleid voor ouderen. Van het lokaal sociaal beleid wordt een actieve ondernemende rol verwacht in het coördineren en aansturen van lokale aanbieders van projecten. Het Kenniscentrum richt zich op het creëren van goede projectvoorwaarden. In de nu volgende paragraaf volgen de resultaten uit de vragen naar ervaringen met het Kenniscentrum. Hierbij dient vermeld te worden dat een deel van deze resultaten niet is opgenomen, omdat te weinig organisaties de vragen hadden beantwoord. Daarna volgt een samenvatting van de evaluatie van de werkwijze die door het Kenniscentrum zelf is uitgevoerd.

4.2 Ervaringen met het Kenniscentrum

Om een indruk te krijgen van de bekendheid van organisaties met het Kenniscentrum, is gevraagd of ze van het bestaan hiervan op de hoogte zijn. In totaal geef 69% aan niet van het bestaan van het Kenniscentrum op de hoogte te zijn. Een derde, 31%, kent het Kenniscentrum wel (figuur 4.1).



Figuur 4.1 Op de hoogte van bestaan Kenniscentrum (n=93)

De volgende opmerking kwam uit de open vraag "wat moet veranderen?":

'het Landelijk Kenniscentrum zou direct contact moeten leggen met lokale en provinciale organisaties, niet alleen via mailing'

In de vorige vraag heeft 31% van de organisaties aangegeven van het bestaan van het Kenniscentrum op de hoogte te zijn. Van deze organisaties heeft 12% gebruik gemaakt van ondersteuning van het Kenniscentrum. Het meest is gebruik gemaakt van scholingsmogelijkheden, advisering en informatiematerialen. De mogelijkheid van ondersteuning in de vorm van begeleiding is nauwelijks benut.

4.3 Samenvatting evaluatie door het Kenniscentrum

De hierna volgende samenvatting is gebaseerd op de evaluatie van de werkwijze door het Kenniscentrum zelf. De kernpunten zoals geformuleerd in deze rapportage worden hierna beschreven.

Zoals eerder geformuleerd in deze studie zijn de doelstellingen van het Kenniscentrum als volgt:

Bij het Kenniscentrum staat een verdere verspreiding van het belang en de betekenis van 'empowerment' van ouderen centraal en daarmee verbonden de implementatie van een vraaggerichte benadering en het op maat toesnijden van reeds ontwikkeld landelijk materiaal. Uitgangspunt is dat samenspraak met intermediaire organisaties een succesvolle verspreiding en implementatie van projecten kan vergroten. Het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid legt een link tussen de landelijke projectontwikkelaars en de potentiële gebruikers (uitvoerende organisaties) van de projecten. Daartoe wordt informatie, advies, begeleiding, scholing en opleidingsmogelijkheden voor beroepskrachten en vrijwilligers die zich lokaal inzetten voor gezondheid, welzijn en educatie van ouderen geboden. De uitgangspunten van het Kenniscentrum zijn de behoeftevervulling van de lokale oudere bevolking, stimulering van een actieve betrokkenheid van ouderen en samenwerking met lokale organisaties zoals gemeenten, ouderenorganisaties, media etc.

Op basis van haar activiteiten wordt door het Kenniscentrum jaarlijks een overzicht gemaakt van het soort projecten dat per provincie is uitgevoerd. Aan de hand van het overzicht van het jaar 2000 (zie bijlage G) concludeert het Kenniscentrum dat het totale aantal gemeenten met 85 is uitgebreid, een groei van 73% ten opzichte van 2000, en het totale aantal projecten met 135, wat een groei van 70% betekent. Ook het aantal klantencontacten is in een overzicht vastgelegd. In totaal 74 keer werd contact gelegd met potentiële klanten, bijvoorbeeld met de Unie KBO, een aantal Stichtingen

Welzijn Ouderen, gemeenten of de GGD. Het contact bestond bijvoorbeeld uit vervolgesprekken, offertes, oriënterende gesprekken, het toesturen van materiaal of schriftelijk advies.

Het Kenniscentrum heeft haar werkwijze geëvalueerd aan de hand van drie steekwoorden, die karakteristiek geweest zijn voor de werkwijze: verbredingstrategie, vraaggerichte benadering en inbedding in integraal ouderenbeleid.

Verbredingstrategie

Het doel van de verbredingstrategie is verdere implementatie van de methodiek van 'empowerment' en ouderen-voor-ouderen, door enting op lokale ontwikkelingen. Met betrekking tot de oorspronkelijke *voor-en-door ouderen* projecten wordt aangegeven dat aanvragen voor *Activerend* en *overig huisbezoek* blijven binnenkomen, evenals het verzoek om vrijwilligers te trainen. Ook is een werkconferentie georganiseerd in Zwolle, om verdere bekendheid van het project *Aktiverend huisbezoek* in noordelijke en oostelijke regio's te promoten. Het project *Seniorenvoorlichting* is door de Transfergroep Rotterdam overgedragen aan het Kenniscentrum. Inmiddels heeft een instructiedag voor trainers van Odyssee plaatsgevonden en is het nieuwe trainingsaanbod in maart 2001 breder bekend gemaakt. Twee organisaties hebben inmiddels belangstelling getoond. In overleg met Consument en Veiligheid zal Odyssee een module verzorgen in de training van ouderen als lokale veiligheidsadviseurs (project *Thuis in Evenwicht*). Deze informatie zal worden opgenomen in de voorgenomen najaarsmailing. Door omstandigheden is informatie over het project *Gezond & Vitaal*, de vernieuwde uitgave van Goed Oud Worden, pas in maart 2001 in een brede mailing geëffectueerd. Ook hier bestaat de mogelijkheid om vrijwilligers te trainen, om het programma van *Gezond & Vitaal* uit te voeren. Twee potentiële aanvragers hebben hun belangstelling kenbaar gemaakt. In de nieuwe constructie van het project *50+ Vrouwen, de zorg in eigen hand*, zal Odyssee zorg dragen voor de promotie en verdere organisatie. Een nieuwe productfolder is verspreid en het draaiboek geactualiseerd. Odyssee is verder betrokken bij de uitvoering van *Grijs op eigenWijs*, in de vorm van kadertraining van begeleidsters. Dit vindt plaats in de provincies Drenthe en Gelderland. Er wordt gezocht naar mogelijkheden tot uitbreiding naar Limburg en Overijssel, maar doordat dit project een sterk provinciale opzet kent, loopt dit slechts zijdelings via kanalen van het Kenniscentrum. De verbredingstrategie is ondersteund door het inzetten van een mobiele presentatie, een website en verdere publiciteit. Laatstgenoemde heeft plaatsgevonden door vijfmaal een brede mailing aan organisaties die zijn betrokken bij uitvoering van projecten te sturen.

Vraaggericht werken

Vraaggericht werken is een belangrijk item voor Odyssee. Een bewuste keuze is hiervoor gemaakt boven een meer actieve marktwerking. Het Kenniscentrum ziet als belangrijk implementatieprobleem dat het werkveld niet altijd positieve beelden

heeft over bepaalde projecten. Daardoor wordt vaak verondersteld dat zo'n project niet aansluit bij wat men zelf ontwikkeld heeft. Een actieve marktwerking zou dan averechts werken. Het Kenniscentrum geeft er dan ook de voorkeur aan om als partner mee te denken over hoe datgene wat plaatselijk reeds ontwikkeld is, versterkt kan worden door landelijk materiaal. Dit impliceert een meer vraaggerichte benadering. Deze benadering wordt ondersteund door een aantal hulpmiddelen, zoals de helpdesk, die gemiddeld 10 - 25 keer per week wordt geraadpleegd. Naar aanleiding daarvan wordt een afspraak gemaakt of worden organisaties doorverwezen naar de betreffende partnerorganisatie. Sinds voorjaar 2000 beschikt de helpdesk over een projectendatabase, op basis waarvan overzichten per project, plaats en provincie kunnen worden geproduceerd. Zo kunnen starters gemakkelijk worden doorverwezen naar plaatsen waar men al ervaring heeft opgedaan. Naast de helpdesk vindt een open inschrijvingsaanbod plaats gericht op (beleids)functionarissen. Deze is op basis van de tegenvallende resultaten in het eerste jaar in 2000 bescheiden gebleven. Twee keer werd een dag georganiseerd, namelijk een studiedag 'empowerment' als katalysator voor lokaal ouderenbeleid en een oriëntatiedag voor projectleiders die een lokaal *voor-en-door ouderen* project willen starten. Ook zijn er nieuwe ontwikkelingen gaande. Een subsidieaanvraag is gedaan voor een effectiviteits- en doelmatigheidsonderzoek naar *Activerend huisbezoek* bij Turkse en Marokkaanse ouderen. Een nieuw project is ontwikkeld, *Luisteren in je Leunstoel*, gericht op het ophalen van herinneringen door het voorlezen van verhalen aan ouderen. De doelgroepen zijn ouderen in verzorgingshuizen en zelfstandig wonende ouderen. Tot slot wordt onderzoek gedaan naar de samenwerkingsmogelijkheden met de woningbouwcorporatie Woonzorg Nederland, dat zich onder andere bezighoudt met het ontwikkelen van zorgarrangementen op maat.

Inbedding in integraal ouderenbeleid

Een nieuwe markt is aangeboden doordat het Kenniscentrum op zoek is gegaan naar mogelijkheden om de ontwikkelde projecten en de achterliggende filosofie in te bedden in het lokaal ouderenbeleid. Deze markt wordt gevormd door gemeenten die zoeken naar wegen om de regiefunctie nader in te vullen, naar wegen om tot een interactief beleid te komen en daarnaast het ouderenbeleid willen vernieuwen. Het Kenniscentrum is in de periode 1999-2001 door 13 organisaties, dat zijn gemeenten, welzijnsinstellingen of ouderenorganisaties, benaderd voor advisering over deskundigheidsbevordering en advies.

De doelstelling van het Kenniscentrum was te komen tot een permanente informatieverschaffing en advisering van lokale overheden, plaatselijke instellingen voor welzijn en gezondheidsbevordering.

Het Kenniscentrum stelt in de eindconclusie tevreden te zijn over de mate waarin deze doelstellingen bereikt zijn. Gemeenten worden steeds meer aangesproken, organisaties weten de weg te vinden en een aantal projecten, zoals *Seniorenvoorlichting* en *50+ Vrouwen*, vinden hun weg dankzij de inspanningen van het Kenniscentrum.

5. Evaluatie voor-en-door ouderen projecten door de organisaties

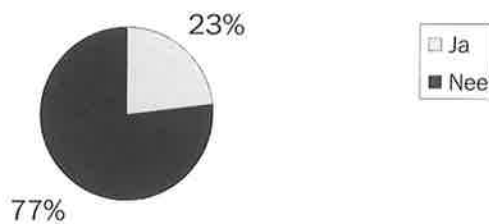
5.1 Inleiding

In 1996 is een checklist voor zelfevaluatie van *voor-en-door ouderen* projecten ontwikkeld voor projectorganisatoren en intermediairen (Steenbekkers e.a., 1997). Dit project was één van de gezamenlijke activiteiten van de toenmalige Ageing Well Groep Nederland. Het doel van deze checklist is het stimuleren van kwaliteit van de uitvoering *voor-en-door ouderen* projecten. Na afloop van een activiteit kunnen de projectorganisatoren en intermediairen gezamenlijk de checklist invullen en als handvat gebruiken om het verloop van de eigen Ageing Well-activiteiten te evalueren en mogelijke verbeteringen te bespreken. De toetsingscriteria in de checklist kunnen worden gericht op de projectdoelen, de kwaliteitsdoelen, randvoorwaarden om deze doelen te realiseren en het werkproces. De checklist is in het voorjaar van 1997 geïntroduceerd en via landelijke projectcoördinatoren verder verspreid. In de monitorstudie 1999 is geëvalueerd in hoeverre deze checklist al bekend is onder lokale organisatoren en intermediairen en welke ervaringen hiermee zijn.

De resultaten van de monitorstudie 1999 lieten zien dat de bekendheid en het gebruik van de checklist voor zelfevaluatie onder intermediairen en organisatoren beperkt is. De bekendheid ermee bleek meer afgenomen ten opzichte van 1998 en men was ook minder positief over het gebruik ervan. Wisselende redenen werden door de gebruikers genoemd, onder andere dat men hiervoor geen tijd had, de checklist nog niet beschikbaar was, of deze te moeilijk/uitgebreid was. Tevens is de checklist in 1999 niet actief verspreid onder de begeleiders en organisatoren van de projecten (uitgezonderd bij 'Gezond & Vitaal'). Vanaf 2000 zou de checklist via het Kenniscentrum actief worden bekend gemaakt. De checklist zou dan via de website van het Kenniscentrum beschikbaar zijn. In de monitorstudie 2000 is de checklist wederom geëvalueerd en de resultaten hiervan worden in de volgende paragraaf beschreven.

5.2 Ervaringen met de checklist zelfevaluatie Ageing Well projecten

In overeenstemming met de resultaten uit de monitorstudie 1999, blijkt 77% van de organisaties niet op de hoogte te zijn van de checklist; 23% geeft aan hiervan wel op de hoogte te zijn. Onder 7% van de organisaties is bekend dat de checklist op de website van het Kenniscentrum staat; bij 93% is dit niet bekend. Naar aanleiding van deze vraag heeft één organisatie de checklist van de website gehaald.



Figuur 5.1 Op de hoogte van bestaan checklist (n=93)

In totaal 6% van de organisaties heeft voor het evalueren van de projecten gebruik gemaakt van de checklist; 44% zegt geen gebruik te hebben gemaakt van de mogelijkheden die de checklist biedt. Wel geeft 49% aan van plan te zijn de checklist in de toekomst te gaan gebruiken. Deze organisaties hebben hun waardering voor de checklist uitgedrukt in een rapportcijfer. Drie organisaties gaven een cijfer tussen een 5 en een 6.5, twee gaven een 7 en één drukte het uit in de kwalificatie "goed" (tabel 5.1). Op de vraag naar aanvullingen of suggesties, ter verbetering van de checklist, hebben vier organisaties geantwoord. Twee geven aan dat de checklist kort maar krachtig moet zijn, bijvoorbeeld versmallen per project of per activiteit relevante zaken. Eén organisatie zou de checklist graag opgestuurd krijgen en één vraagt zich af hoe de checklist is te bereiken op internet en wil daar graag informatie over.

Tabel 5.1 Antwoorden respondenten op vraag over waardering checklist

	Absolute aantallen (n=6)
5	1
6	1
6.5	1
7	2
'Goed'	1

5.3 Ervaringen met andere wijzen van evalueren

Van de organisatie heeft 81% op een andere wijze, dan de checklist, geëvalueerd. Op de vraag welke andere wijze van evalueren is gebruikt, is door 80 organisaties geantwoord. De antwoorden zijn samengevat in tabel 5.2.

Evaluatieformulier: door eigen organisatie of overkoepelende organisatie (b.v. door KBO, C&V, TNO of IVOM).

Met alle betrokkenen: wordt op deze wijze aangegeven, bijvoorbeeld met alle vrijwilligers, deelnemers, begeleiders, docenten of professionals uit het werk. Op welke wijze dan wordt geëvalueerd is niet aangegeven.

Mondeling: aangegeven wordt bijvoorbeeld regionaal overleg, na elke cursus om de tafel met allen of gesprekken met betrokkenen. Daar waar overleg of bijeenkomst staat, is ook opgevat als mondeling.

Anders: aangegeven wordt bijvoorbeeld in provinciaal en landelijk verband, met twee samenwerkende organisaties, intern, of men geeft aan dat het project nog loopt, men nog bezig is met de evaluatie, dat de docente is gestopt en het moeilijk was een andere te vinden of men geeft alleen maar aan zelf geëvalueerd te hebben, maar niet op welke wijze.

Combinatie: is bijvoorbeeld mondeling en schriftelijk.

Tabel 5.2 *Andere wijze van evalueren*

	Absolute aantallen (n=80)
Evaluatieformulier	15
Rapportage	15
Mondeling	15
Met alle betrokkenen	16
Anders	17
Combinatie	2

In paragraaf 4.2 gaf 12% van de organisaties aan gebruik te hebben gemaakt van ondersteuning van het Kenniscentrum. Hiervan heeft 5% de informatie uit de evaluatie teruggekoppeld naar het Kenniscentrum. Bij de vraag naar suggesties voor verbetering van checklist werd ook aangegeven, dat men de informatie niet naar het Kenniscentrum heeft teruggekoppeld, omdat men nooit is benaderd, is gevraagd, door het Kenniscentrum. In totaal 79% van de organisaties die de uitvoering van projecten hebben geëvalueerd, ongeacht de wijze waarop, hebben de informatie teruggekoppeld binnen de organisatie. Eén organisatie gaf aan de informatie uit de evaluatie te hebben teruggekoppeld naar Consument & Veiligheid.

6. Resultaten interviews sleutelinformanten

In deze paragraaf wordt ingegaan op de mening van sleutelinformanten van relevante organisaties op het terrein van het lokaal ouderen beleid. Voor dit doel werden in totaal 28 sleutelinformanten benaderd uit verschillende geledingen, waaronder 'beslissers' over, en 'invoerders' en 'gebruikers' (aanbieders/uitvoerders) van projecten/activiteiten (indeling op basis van het Verspreidings- en ImplementatiePlan: VIP van ZorgOnderzoek Nederland). Het interview bestond uit gestructureerde vragen over (voor-en-door ouderen) projecten/activiteiten in een breder perspectief van het lokaal ouderenbeleid. De volgende onderwerpen kwamen hier bij aan bod (zie bijlage F):

- (voor-en-door ouderen) projecten/activiteiten
- betrokkenheid van ouderen
- belemmerende factoren bij in- en uitvoering van projecten/activiteiten
- bevorderende factoren bij in- en uitvoering van projecten/activiteiten en toekomstperspectief

6.1 Respons

In totaal is met 24 sleutelinformanten een interview gehouden. Met vier sleutelinformanten is geen interview gehouden vanwege praktische redenen (met twee personen kon geen contact worden gekregen en één persoon was ziek) en één sleutelinformant heeft een andere organisatie voorgedragen. De sleutelinformanten waren afkomstig uit de volgende organisaties:

- 'de gebruikers': Stichtingen Welzijn Ouderen (n=4)
- 'de invoerders' (n=18):
 - lokale en/of regionale beleidsondersteuning (drie GGD-en en drie gemeentebtenaren op terrein ouderen, welzijn of gezondheid)
 - provinciale beleidsondersteuning (Pyloon, Spectrum, Divers, Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord Brabant (PON), Brabants Ondersteunings-instituut Zorg, Instituut voor Volksgezondheid en Maatschappelijke ontwikkeling, Vereniging Nederlandse Gemeenten)
 - ontwikkel- en /of implementatie ondersteuning (Kenniscentrum Lokaal Ouderen-beleid, TNO Preventie en Gezondheid, Consument & Veiligheid, Nederlands Instituut Zorg en Welzijn)
- 'de beslissers' (n=1), ZorgOnderzoek Nederland

Deze indeling is globaal van aard, aangezien organisaties soms zowel invoerders als gebruikers (uitvoerders) kunnen zijn. De mening worden hierna beschreven aan de hand van de onderwerpen in het interview. Er is voor gekozen om in de teksten geen

aantallen mensen te noemen die dezelfde mening waren toegedaan. Het doel van de interviews is het proces van implementatie en inbedding van (*voor-en-door ouderen*) projecten in het lokaal ouderenbeleid in kaart brengen en de bevorderende en belemmerende factoren hierbij. Het gaat niet om generalisatie of representativiteit hiervan.

6.2 Resultaten interviews sleutelinformanten

(Voor-en-door ouderen) projecten/activiteiten

Door de lokale uitvoerende organisaties wordt een enorm aanbod aan projecten opgevoerd op het terrein van gezondheid, zorg, welzijn en ouderen. Dit bevestigt het beeld uit het vragenlijstonderzoek. De sleutelinformanten hadden allen enige bekendheid met één of meerdere *voor-en-door ouderen (Ageing Well)* projecten en tevens noemt men vele variaties op de thema's die in de *voor-en-door projecten* aanbod komen. De keuze om bepaalde projecten uit te voeren wordt op basis van verschillende criteria gemaakt. De criteria die worden genoemd zijn **de behoefte van de ouderen**/de lokale situatie, **de kwaliteit van een project** en de **financiële consequenties van een project**. Een greep uit de genoemde (namen van) projecten:

Cursussen: Grijs op Eigenwijs, Gezond & Vitaal (voormalige Goed Oud Worden), Seniorenvoorlichting, computercursussen, 'anders oud worden', omgaan met artrose, valpreventie, pensioen in zicht, voorlichting aan allochtone ouderen, Groninger Actief Leven Model (GALM)

Informatie, advies en bemiddeling: Activerend huisbezoek, ouderenadviseurs, woon- en zorg projecten, 55+ telefoon, ouderen informatielijn, senior web, Thuis in Evenwicht, zorg aan dementerenden, zorgloket

Sociale ondersteuning: buurtcontactpersoon, buddyproject (maaltijd), maaltijdbezorging, 'vriend-actief' (bemiddeling), dagopvang, samen is wijs, intergenerationeel werken, ontmoeting allochtonen,

Overige: tuinenproject, klusjesdienst, Gildeproject

Betrokkenheid van ouderen

De gebruikers en invoerders van projecten noemen vrijwel allen de **betrokkenheid van ouderen ten behoeve van beleidsontwikkeling of de ontwikkeling van projecten**. Ouderen worden benaderd via bestaande ouderenorganisaties, ouderenbonden en seniorenraden. Informatie wordt verzameld door middel van panelgesprekken/enquêtes, deelname aan commissies of stuurgroepen van projecten of vertegenwoordiging in een bestuur van een organisatie. De inzet van ouderen bij de uitvoering van projecten hangt sterk van het type project af. Bij de begeleiding van *voor-en-door ouderen (Ageing Well)* projecten, is altijd een senior betrokken. Ook worden voorbeelden genoemd van projecten die volledig door ouderen worden ontwikkeld en uitgevoerd (zoals bijeenkomsten voor Indische ouderen). In andere projecten wordt de uitvoering door professionals gedaan, zoals ouderenwerkers en ouderenadviseurs. Sommigen sleutelinformanten geven aan dat het **moeilijk is om ouderen te**

werven voor actieve participatie in de begeleiding van projecten. Een enkele sleutelinformant geeft als reden dat intermediaire ouderen niet altijd over voldoende deskundigheid beschikken om projecten goed uit te kunnen voeren en de uiteindelijke doelgroep soms meer behoefte heeft aan professionele hulpverlening. Andere redenen die genoemd zijn, zijn dat het in het algemeen moeilijk is om begeleiders te rekruteren, vanwege onduidelijke rechtsposities (onduidelijke condities) en slechte honorering (dit geldt zowel voor het professionele kader als paraprofessionals/vrijwilligers). Op landelijk niveau bestaat een klankbordgroep van landelijke organisaties om implementatie van ouderenprojecten te bevorderen. Hierin is de doelgroep niet direct betrokken.

Belemmerende factoren bij de in- en uitvoering van projecten/activiteiten

De knelpunten die sleutelinformanten kunnen tegenkomen bij de in- en uitvoering van projecten/activiteiten zijn in het interview aan bod gekomen aan de hand van de volgende punten: attitude, financiering, rekrutering ouderen, afstemming lokaal ouderen beleid in het kader van andere beleidsinitiatieven (onder andere regiovisie), capaciteit, deskundigheid, prioritering en samenwerking. Al deze knelpunten worden in meerdere of minder mate genoemd door de sleutelinformanten en hangen vaak met elkaar samen.

Meerdere gebruikers en invoerders van nieuwe projecten noemen als belangrijk knelpunt **het ontbreken van beleid, visie en kennis bij gemeenten inzake ouderenbeleid**. Redenen die worden aangedragen betreffen de reikwijdte van ouderenbeleid over de terreinen gezondheid, zorg, welzijn en wonen en de verkokering van organisaties op landelijk tot lokaal niveau (en zelfs binnen organisaties als gemeenten). Genoemd wordt dat van **samenwerking vaak geen sprake is**. Daarnaast zijn er organisaties die (voor een deel) in werkzaamheden overlappen. Ook wordt het **gebrek aan een duidelijke wet- en regelgeving** als probleem genoemd, waardoor het lokale ouderenbeleid zeer divers wordt ingevuld.

"Beleidsinstanties, invoerders en uitvoerders van projecten werken vanuit hokjesgeest (verkokering) en het is onduidelijk wie de verantwoordelijkheid (wie is de aanjager) voor het lokaal ouderenbeleid op zich neemt"

Projecten/activiteiten worden gekozen op basis van een eigen visie, subsidies en geldstromen (wie betaalt, die bepaalt) en mogelijkheden worden gezocht in aansluiting op actuele beleidsinitiatieven zoals de 'regiovisie', 'groot stedelijk beleid', 'breedtesport impuls'. Daarnaast geven meerdere sleutelinformanten aan dat projecten/activiteiten op het terrein van **gezondheidsbevordering en welzijnsbevordering minder prioriteit** krijgen dan projecten/activiteiten op het terrein van (geneeskundige) zorg. Dit geldt met name op regionaal en landelijk niveau.

Tevens staan activiteiten voor jongeren vaak hoger op de agenda dan voor ouderen (imagoprobleem, beeldvorming). Sommige sleutelinformanten geven aan dat de doelgroep ouderen recent meer prioriteit heeft gekregen, andere zeggen dat specifieke aandacht voor ouderen al weer op zijn retour is. Voor de continuering van projecten / activiteiten spelen volgens de sleutelinformanten vaak **problemen rondom de financiële inbedding**. Het lukt organisaties vaak wel gelden te werven voor het opstarten ervan, maar voor structurele voortzetting worden geen mogelijkheden gevonden of geëxploreerd. Uit het vragenlijstonderzoek komt hetzelfde beeld naar voren. Deels zou dit samenhangen met een gebrek aan lange termijn visie op het terrein van het lokaal ouderenbeleid. Daarnaast geven de sleutelinformanten aan dat het de uitvoerders van projecten aan **ondernemerschap en marktgericht denken** ontbreekt. Tot slot bleek uit de interviews dat de attitude (geformuleerd als negatieve houding) van collegae, leidinggevendenden of andere betrokken personen bij projecten niet tot nauwelijks speelt bij de in- en de uitvoering van projecten. Soms bestaat wel een betuttelende houding naar ouderen toe.

Bevorderende factoren bij in- en uitvoering van projecten/activiteiten

Op voorhand zijn een aantal mogelijke bevorderende factoren bij de in- en uitvoering van (*voor-en-door ouderen*) projecten in het kader van het lokaal ouderen beleid in het interview aan bod gekomen. De volgende punten werden in het interviews genoemd: bundeling *voor-en-door ouderen* projecten in het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid, verkrijgbaarheid projectmaterialen, verkrijgbaarheid projectsubsidies, informatie (studiedagen en congressen), wet- en regelgeving, samenwerking. De bevorderende factoren worden door de sleutelinformanten aangegrepen om aanbevelingen te doen naar de toekomst.

Een aantal sleutelinformanten geeft aan dat bundeling van voor-en-door activiteiten een goed initiatief is en hebben **veel steun aan het Kenniscentrum** gehad. Sommige sleutelinformanten geven echter ook aan dat de *voor-en-door ouderen* projecten vanuit het Kenniscentrum teveel een 'top-down' initiatief is en niet voldoende inspeelt op de lokale vraag, waardoor lokale implementatie nog niet van de grond komt. Door een aantal sleutelinformanten wordt aanbevolen om projecten aan te bieden op basis van een duidelijk vraaggerichte aanpak vanuit de ouderen. Anderen pleiten voor de **ontwikkeling van een integraal ouderenbeleid** (duidelijke wet- en regelgeving), waarbij welzijn wordt opgenomen in de verschillende beleidsterrein van gezondheid, zorg en sport terugkomt.

Kant en klare producten (draaiboeken, wervingsmaterialen etc.) worden door meerdere sleutelinformanten als waardevol beschouwd. In de praktijk blijkt dat organisaties vaak een eigen tintje aan een project willen geven. Dit komt overeen met het vragenlijstonderzoek waaruit blijkt dat bijna 40% een aanpassing aan het project heeft gedaan. **Het aanleveren van een half fabrikaat, waarbij organisaties de mogelijkheid krijgen om aanpassingen aan te brengen, zou aan te bevelen zijn.**

Informatiedagen (expertmeetings/workshops) en congressen worden alleen als mogelijk succes genoemd als zij op de doelgroep zijn afgestemd; **verbeteren van kennis (over beeldvorming ouderen, 'empowerment', marktgericht denken en ondernemerschap)** van beleidsmedewerkers en uitvoerders worden als belangrijke onderwerpen aangedragen. Dit sluit aan bij succesvolle kenmerken van uitvoerders/organisatoren die door de sleutelinformanten worden genoemd, zoals sterke netwerker, voeren van actieve lobby (politiek, subsidiegevers) en kunnen enthousiasmeren (aanjager).

Ook zijn er goede ervaringen met het instellen van **platforms van verschillende lokale organisaties** (op terreinen gezondheids(zorg), welzijn en wonen), waar men elkaar informeert, en afstemming en samenwerking zoekt om projecten uit te voeren.

Andere factoren die genoemd worden zijn het **aanhaken bij activiteiten die spelen in het bedrijfsleven** (bijvoorbeeld korting op 'veilige' producten voor ouderen).

Voor wat betreft het inzetten van ouderen in projecten is het essentieel dat er **goede randvoorwaarden** worden geschapen (financieel en rechtspositie) en zijn er goede voorbeelden waarbij ouderen een erkende plaats in het vrijwilligerswerk hebben (zoals de Gildeprojecten).

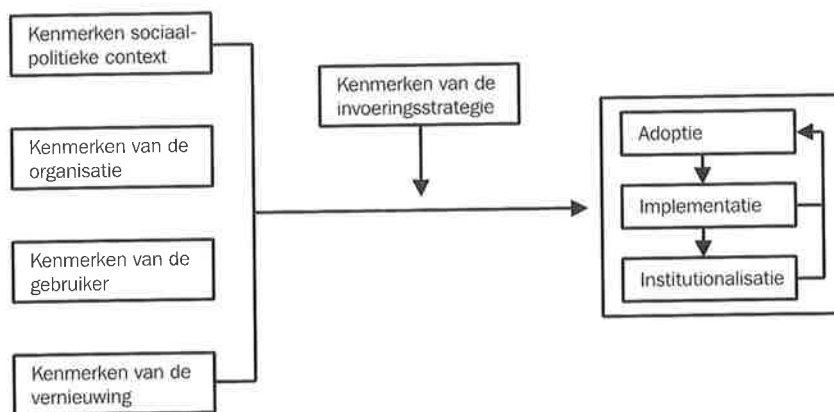
6.3 Samenvatting

Samenvattend kan worden aangegeven dat er op dit moment een enorm aanbod aan projecten / activiteiten is op het terrein van gezondheidsbevordering en welzijnsbevordering. Daarnaast zijn er veel spelers, instellingen die wat betreft inhoud elkaar (deels) overlappen. Een (politieke) visie ten aanzien van het landelijk ouderenbeleid mist, waardoor het toekomstperspectief onduidelijk is. Alleen afgaan op vraaggerichte sturing behoudt een enorme diversiteit in aanbod. Het realiseren van een integraal ouderenbeleid (een programmatische preventieve aanpak) lijkt kansrijk, indien goede randvoorwaarden geschapen worden voor een vraaggerichte/behoefte gerichte benadering.

7. Conclusies, discussie en vervolg

7.1 Inleiding

In de monitorstudie 2000 is het proces van implementatie en inbedding van voor-en-door ouderen projecten in lokaal ouderenbeleid gevolgd en zijn de bevorderende en belemmerende factoren hierbij in kaart gebracht. De resultaten zullen worden besproken in het licht van het theoretische raamwerk 'determinanten van innovatieprocessen in organisaties' (Fleuren, e.a., 2001). In dit raamwerk wordt aangegeven dat de mate van adoptie, implementatie en institutionalisatie van vernieuwingen worden bepaald door vier categorieën kenmerken. Ten eerste kenmerken uit de sociaal-politieke omgeving van de organisatie, zoals regels en wetten, financiering, sociale normen en cliënten. Ten tweede kenmerken van de organisatie zelf, zoals structuur, cultuur, voorzieningen en randvoorwaarden. Ten derde kenmerken van de gebruiker, zoals eigenschappen, ervaren steun, verwachtingen ten aanzien van de vernieuwing. Ten vierde kenmerken van de vernieuwing zoals praktische bruikbaarheid, voordeel, complexiteit etc. (aan de hand van Rogers, 1995). In de eerste fase besluit een organisatie/gebruiker tot adoptie van een vernieuwing (op basis van oriëntatie en inzicht in gebruik en implicaties van vernieuwingen). Daarna zal de organisatie de vernieuwing gebruiken en testen op bruikbaarheid in de praktijk, wat bij positief resultaat leidt tot implementatie. Tot slot zal de vernieuwing worden geïncorporeerd in het dagelijkse handelen (institutionalisatie).



Figuur 7.1 Determinanten van innovatieprocessen in organisaties (Fleuren, Wiefferink en Paulussen, 2001)

Gezien de diversiteit van de (voor-en-door) projecten en organisaties en de breedheid van het beleid op het terrein van ouderen, is de informatie uit deze studie richtinggevend, echter generalisatie dient met enige voorzichtigheid te worden betracht.

7.2 Adoptie, implementatie en inbedding voor-en-door ouderen projecten

In de monitorstudie is van 122 veldorganisaties en 24 sleutelinformanten van relevante organisaties op het terrein van gezondheid, zorg en welzijn voor ouderen informatie over de projecten gekregen. Er wordt een enorme diversiteit aan *voor-en-door ouderen* projecten, maar ook andere typen projecten voor ouderen, genoemd waarbij respondenten betrokken waren. Van de *voor-en-door ouderen* projecten is de top vier van uitgevoerde projecten het project *Activerend huisbezoek* (33%), *Spelleiders* (25%: het is niet uit te sluiten dat dit project is verward met MBvO-activiteiten), *Grijs op Eigenwijs* (19%) en *Gezond & Vitaal* (17%). Verder wordt aangegeven dat projecten gedurende het implementatietraject vaak een verandering hebben ondergaan (37%). Aanpassingen zijn gemaakt wat betreft de doelgroep (verlagen van de leeftijd, specificering naar moeilijk bereikbare ouderen zoals allochtone ouderen), de naam (*Goed Oud Worden* heet nu *Gezond & Vitaal*), de inhoud (de cursus *Wijzer Wonen* is nu een onderdeel van de campagne *Thuis in Evenwicht*, soms aanpassing van aanbiedingsvorm of onderwerpen in voorlichting), de aanbieder (*50+ vrouwen: de zorg in eigen hand* en de opleiding *Seniorenvoorlichting* zijn nu in handen van Odyssee MO).

Andere factoren die de invoering en uitvoering van de projecten kunnen bepalen zullen aan de hand van het raamwerk 'determinanten van innovatieprocessen in organisaties' verder worden besproken.

Kenmerken van de organisatie

In het algemeen zijn de *voor-en-door ouderen* projecten door de organisaties als positief beoordeeld; deze zouden passen in het huidige beleid voor ouderen en er is voldoende draagvlak voor. Ondanks het belang van een project, heeft het echter geen hogere prioriteit dan andere activiteiten voor ouderen in de organisatie; de keuze voor een bepaald project wordt gemaakt op basis van de actuele behoefte/vraag van lokale organisaties of de ouderen zelf, de financiële consequenties van een project en de kwaliteit van een project. Uit de interviews kwam met name naar voren dat projecten door organisaties eenmalig goed kunnen worden uitgevoerd, maar dat financiële problemen structurele voortzetting in de weg staat.

Samenvattend zijn organisaties en medewerkers van organisaties positief over de *voor-en-door ouderen* projecten, zij geven dit echter geen prioriteit en het vergt de nodige creativiteit en doorzettingsvermogen om financiering te vinden voor structurele inbedding.

Aanbeveling: landelijke/lokale overheid en zorgkantoren moeten in overleg met elkaar komen tot concrete regelgeving in verband met financiering van structurele inbedding.

Kenmerken van de gebruikers (aanbieder/uitvoerder)

In kaart is gebracht wie de gebruikers van de *voor-en-door ouderen* projecten zijn. Een groot deel van de *voor-en-door ouderen* projecten is uitgevoerd door welzijnsorganisaties. Verder zijn gemeentelijke instanties en ouderenbonden vaak bij de projecten betrokken. De respondenten blijken grotendeels zelf de projecten te hebben uitgevoerd, zijn innovatiegezind en hebben een ruime ervaring in de organisatie. Driekwart van de aanbieders/uitvoerders is vrouw. Lokale samenwerking in projecten vindt in redelijke mate plaats, terwijl samenwerking met provinciale en landelijke instanties nauwelijks tot niet plaatsvindt. Uit de interviews kwam met name naar voren dat het aanbidders/uitvoerders zou ontbreken aan ondernemerschap en marktgericht denken.

Samenvattend heeft de aanbieder/uitvoerder en zijn omgeving een positieve attitude ten aanzien van de vernieuwing maar ontbreken vaardigheden om projecten te laten continueren.

Aanbeveling: training van vaardigheden (ondernemerschap en marktgericht denken) en kennis over basisprincipe van voor-en-door ouderen projecten is nodig

Kenmerken van het project (de vernieuwing)

Op basis van verschillende stellingen zijn de kenmerken van het project in kaart gebracht. Hieruit blijkt dat de *voor-en-door ouderen* projecten zichtbare resultaten opleveren voor de organisatie, dat ze niet al te moeilijk te organiseren zijn en dat ze goed op kleine schaal uitgevoerd kunnen worden. Er blijkt echter nauwelijks een relatief voordeel ten opzichte van andere projecten te zijn. Dit blijkt ook uit de redenen die worden genoemd om geen *voor-en-door ouderen* projecten uit te voeren: er is al een vergelijkbaar aanbod is, of het is niet de juiste timing. Over de inzet van personeel (capaciteit) zijn de resultaten niet eenduidig. Reden om een *voor-en-door ouderen* projecten niet uit te voeren, zou de benodigde capaciteit zijn, terwijl bij de daadwerkelijke uitvoering dit niet als probleem wordt ervaren. Waarschijnlijk hangt dit voor een deel samen met de ervaren financiële problemen rondom structurele inbedding van projecten en dat de projecten niet minder tijd kosten dan vergelijkbare projecten.

Samenvattend worden de *voor-en-door-ouderen* projecten door organisaties wel geadopteerd, echter vindt implementatie, laat staan de inbedding van de projecten in structurele aanbod van organisaties nauwelijks plaats. Organisaties zien geen meerwaarde van *voor-en-door-ouderen* projecten boven andere activiteiten.

Aanbeveling: indien de meerwaarde van de voor-en-door ouderen projecten (waaronder effectiviteit en 'empowerment') actiever gepromoot wordt, zijn de projecten kansrijk om geïmplementeerd te worden.

Kenmerken van de sociaal-politieke context

De kenmerken van de sociaal-politieke context kunnen met name uit de interviews met de sleutelinformanten worden afgeleid. Als kernpunten is hieruit naar voren gekomen dat beleid, visie, en kennis bij gemeenten in zake ouderenbeleid ontbreekt;

er bestaat geen duidelijke wet- en regelgeving waarbinnen projecten kunnen worden opgezet en gecontinueerd. Daarnaast is de enorme diversiteit aan activiteiten te wijten aan de decentralisatie van de welzijnswet. Als tweede kernpunt wordt aangegeven dat ten gevolge van verkokering van werkvelden gezondheid zorg en welzijn de verantwoordelijkheid voor beleid gericht op ouderen onduidelijk is. Tot slot zijn de randvoorwaarden voor de inzet van oudere vrijwilligers en paraprofessionals in projecten onduidelijk, waardoor de deskundigheid, positie en inzet van deze groep niet gegarandeerd kan worden.

Samengevat ontbreekt het aan visie en beleid op het terrein van ouderen bij veel gemeentes, provinciale overheid en bij zorgkantoren.

Aanbeveling: er dient door gemeentes, provinciale overheid en zorgkantoren visie en beleid op het terrein van ouderen ontwikkeld te worden. Tevens dienen goede randvoorwaarden voor de inzet van ouderen in de projecten en in begeleidingstrajecten te worden gerealiseerd.

Kenmerken van de invoeringstrategie

Het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid heeft als doel de verdere verspreiding van het belang en de betekenis van 'empowerment' van ouderen en implementatie van bestaande effectieve projecten op basis van een vraaggerichte benadering. De uitgangspunten van het Kenniscentrum zijn de behoefte vervulling van de lokale ouderen bevolking, stimulering van een actieve betrokkenheid van ouderen en samenwerking met lokale organisaties. Het Kenniscentrum bood hiervoor aan informatie (folders), advies, begeleiding, scholingsmogelijkheden voor beroepskrachten en vrijwilligers. Uit de evaluatie blijkt dat een derde van de gebruikers van voor-en-door ouderen projecten die door het Kenniscentrum worden aangeboden kent. Daarnaast heeft een klein deel van de gebruikers gebruik gemaakt van scholing, advies en informatiematerialen over de projecten. Van begeleiding bij de uitvoering van de projecten werd nauwelijks gebruik gemaakt. Indien er ondersteuning was, waren de gebruikers erg tevreden hierover. Het Kenniscentrum heeft een beter inzicht in de behoeften van gemeenten en kan hier middels informatie op inspelen. Ook hebben naar eigen zeggen meer organisaties de weg naar het Kenniscentrum gevonden. Daarnaast hebben twee projecten door het Kenniscentrum een doorstart kunnen maken, waarvan de resultaten voor implementatie nog niet zichtbaar zijn.

Samengevat kan het Kenniscentrum zeker als een stap voorwaarts worden beschouwd, vanwege de gecoördineerde aanpak. Het Kenniscentrum is echter nog te onbekendheid in het veld, waardoor er nog onvoldoende gebruik van wordt gemaakt.

Aanbeveling: de bekendheid van het Kenniscentrum dient te worden vergroot, om het vraaggericht werken meer te benutten. Ook zou het gedachtegoed van 'empowerment' bij beleidsmakers meer bekendheid moeten krijgen.

7.3 Evaluatie van projecten

Uit de resultaten van het vragenlijstonderzoek blijkt dat veel organisaties de uitgevoerde *voor-en-door ouderen* projecten evalueren (87%). Evaluatievormen zijn onder meer het gebruik van evaluatieformulieren, schrijven van een rapportage en mondelinge terugkoppeling. De speciaal ontwikkelde checklist voor zelfevaluatie wordt in de praktijk slechts zelden gebruikt (6%). De redenen dat de checklist niet wordt gebruikt, ligt onder andere in de onbekendheid van de checklist. Bij het Kenniscentrum komen wel vragen binnen over de beschikbaarheid van een evaluatie-instrument; het plaatsen van de checklist op de website van het Kenniscentrum blijkt echter niet automatisch tot meer gebruik te leiden. Ook is men niet erg tevreden over het gebruik van de checklist. Bij de ontwikkeling van de checklist is uitgebreid onderzoek gedaan naar de inhoud en bruikbaarheid ervan (Van der Plas, e.a., 1997). Deze checklist bleek bij geïnstrueerde organisatoren en begeleiders (gecontroleerde omstandigheden) vooral geschikt voor preventie-activiteiten die projectmatig te werk gaan. Onder minder gecontroleerde omstandigheden, is het gebruik minder positief. Samenvattend bestaat een grote behoefte aan evaluatie van projecten, echter het gebruik van de checklist in de praktijk blijkt nauwelijks te gebeuren vanwege de onbekendheid of slechte ervaringen hiermee.

Aanbeveling: De checklist dient actiever onder de aandacht van de organisaties te worden gebracht. Daarnaast zou het gebruik van de checklist voor zelfevaluatie of andere vormen van evaluatie actief kunnen worden ondersteund (bijvoorbeeld door het geven van trainingen hierin).

7.4 Algemene discussie en plan voor verspreiding en implementatie van de resultaten

Wanneer we de resultaten uit deze monitorstudie op ons in hebben laten werken, kunnen we vaststellen dat er in feite sprake is van een beleidsdilemma. Daar waar projecten eerst in kleinere proefprojecten zijn ontwikkeld en geëvalueerd en vervolgens 'top down' zijn uitgezet (een voorbeeld daarvan is het project *Gezond & Vitaal* van TNO Verouderingsonderzoek) zien we nu een weerstand optreden bij de adoptie. Zo'n geëvalueerde en uitgebalanceerde interventie wordt door de praktijkwerkers veranderd en vaak 'aangepast' uitgevoerd. De vraag is dan of het feitelijk uitgevoerde project nog wel zo effectief is als de oorspronkelijk ontwikkelde versie. Het is door de grote variëteit in de uiteindelijk uitgevoerde versies, ook niet goed mogelijk om daar onder gecontroleerde omstandigheden opnieuw evaluatieonderzoek naar te doen. Het door Nutbeam e.a. (1990) beschreven ontwikkelingstraject en de theoretische opbouw van ontwikkeling van preventieve interventies die door ZorgOnderzoek Nederland wordt voorgesteld (innovatieonderzoek, evaluatie, implementatie, uitvoering en tenslotte programmatische preventie), wordt daarmee doorkruist. In het geval van *Gezond & Vitaal* hebben de ontwikkelaars inmiddels de interventie waar mogelijk aangepast aan de (pas later duidelijk geworden) praktijkkeisen.

Een ander traject van interventieontwikkeling is die van *Activerend Huisbezoek*. Van tevoren waren alleen procesevaluaties uitgevoerd en is gewacht met effectonderzoek totdat het project in de praktijk zijn weg al wat meer gevonden had. We zien nu dat dit project van alle *voor-en-door ouderen* projecten eigenlijk het beste geadopteerd en geïmplementeerd is, maar dat de plaatselijke uitvoering nogal kan verschillen.

Geconcludeerd kan worden dat de uitvoerende instanties zich over het algemeen weinig laten zeggen door nationaal werkende ontwikkelinstituten. Er is een zekere weerstand merkbaar voor de invoering van landelijk ontwikkeld materiaal die bekend staat als het 'not-invented-here' syndroom. De plaatselijke uitvoerder vindt kennelijk meer beloning in het uitvoeren van eigen creatieve projecten dan in het invoeren en institutionaliseren van 'anderemans' projecten (hoe zeer de betreffende beroepsgroep ook bij de ontwikkeling daarvan betrokken is geweest). Het blijkt dat het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid ook rekening houdt met deze attitude van de uitvoerende organisaties, door vooral vraaggestuurd te werken en minder aanbodgericht. Voor een instantie als ZON die uitgaat van de mogelijkheid van 'top-down' aansturen van het preventiebeleid is dit natuurlijk een ongewenste situatie. Ter discussie staat nu welk beleid dient te worden ingezet:

Mogelijkheid 1: leer de praktijkwerkers via opleidingstrajecten en nascholingen dat zorgvuldig ontwikkelde en geëvalueerde interventies een 'must' zijn en dat de zorgvuldige uitvoering daarvan straks een voorwaarde wordt voor financiering: = ondersteuning 'top-down';

Mogelijkheid 2: bekijk welke interventies in de praktijk veel worden uitgevoerd en evalueer die achteraf = ondersteuning 'bottom-up'. Momenteel gebeurt dit bijvoorbeeld met Meer Bewegen voor Ouderen gymnastiek.

Mogelijkheid 3: lever zogenaamde halffabrikaten, die wel voldoen aan de ontwikkelde kwaliteitseisen, maar die organisaties zelf kunnen aanpassen aan hun praktijk-situatie: = 'midden-variant'.

De vraag die de Ageing Well partners en ZorgOnderzoek Nederland zich stellen is 'hoe nu verder na afronding van het uitvoeringsproject?' In wezen is dit de vraag naar wat ZON omschrijft als het Verspreidings- en ImplementatiePlan. Aangezien de conclusies en aanbevelingen duidelijk wijzen in de richting van een behoefte aan meer kennisoverdracht over de *voor-en-door-ouderen* projecten en lokaal ouderenbeleid in een wat bredere context, bevelen wij aan om over deze onderwerpen een landelijke conferentie te organiseren. Dit zou kunnen gebeuren in samenhang met de disseminatie van kennis over een aantal andere door ZON gefinancierde projecten op het gebied van preventie voor ouderen (gezondheid, welzijn, breedtesport) op lokaal niveau. Naast kennisoverdracht, kan op een dergelijke conferentie wellicht ook meningsvorming plaatsvinden over de invulling van lokaal gezondheids- en welzijnsbeleid voor ouderen, door middel van discussiegroepen en workshops met plaatselijke praktijkwerkers en beleidsmakers (zowel plaatselijk als provinciaal en nationaal).

Verschillende partijen kunnen worden gevraagd om mee te denken en te doen bij de organisatie. Te denken valt aan de Vereniging Nederlandse Gemeenten (IGLO project), VOG (koepel welzijnsinstellingen), Landelijke vereniging van GGD-en, Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB), NOC*NSF (campagne 55+-in Beweging), etc. Vragen die aan de orde kunnen komen zijn:

- Hoe bepaalt men welke gezondheids- en welzijnsbevorderende interventies goed en geschikt zijn?
- Welke doelgroepdifferentiatie is er (bijvoorbeeld jonge en oude ouderen, zieken en niet zieken, allochtonen, lage sociaal economische status), en welke interventies zijn daarvoor bekend en werkzaam?
- Hoe krijgt men daar vervolgens structurele financiering voor?
- Hoe werkt men lokaal goed samen? (tegengaan van verkokering)
- Hoe laat men interventies goed aansluiten op andere (lokale) initiatieven?
- Hoe zorgt men dat de organisatoren en uitvoerders voldoende geschoold zijn?
- Hoe kan men lokaal ouderenbeleid op het gebied van gezondheids- en welzijnsbevordering goed monitoren?
- Welke plaatselijke initiatieven zijn er die in aanmerking kunnen komen voor evaluatieonderzoek en verdere verspreiding?
- Hoe evalueert men lokaal de uitgevoerde interventies?

Inmiddels ondersteunt de VOG (koepel van welzijnsorganisaties) vanuit de door ZON ingestelde klankbordgroep ouderen de implementatie en institutionalisatie van de voor-en-door ouderen projecten. Naast een eventuele conferentie zal een doortimmerd communicatieplan nodig zijn om meer kennis over de ontwikkelde interventies te dissemineren. Verder wordt in verband met de mogelijkheden voor verdere beleidsontwikkeling gedacht aan de ontwikkeling van een 'web-based' monitorsysteem voor lokale interventies voor-en-door ouderen. Deze en andere plannen kunnen worden uitgewerkt in een **vervolgaanvraag** bij ZON voor de uitvoering van programmatische preventie. Volgens **planning blijven** zowel het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid als alle in deze **monitorstudie** onderzochte Ageing Well projecten ook na afloop van het uitvoeringsproject beschikbaar ('in de lucht'), zodat de continuïteit gewaarborgd is.

Literatuurlijst

Assema P van, Brug J, Glanz K, Dolders M, Mudde A. Nationwide implementation of guided supermarket tours in the Netherlands: a dissemination study. *Health Educ Res* 1998;13(4):557-66.

Bavel M van, Coopmans M. 50+ vrouwen: de zorg in eigen hand; eindverslag. Utrecht: ANBO/Aletta, september, 1993.

Brake N van de. Gezondheidsvoorlichting voor en door ouderen, ouderen krijgen training groepsvoorlichting. *Tijdschr Gezondheidsvoorlichting* 1989;6(6):11.

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Bevolkingsprognose 2000-2050. Maandbericht Bevolking 1999;01:70-72.

CBS. Bevolkingsprognose 1997-2003: meer geboorten. Maandbericht Bevolking 1998;47:17-19.

Cusack, SA. Developing a lifelong learning program: empowering as leaders in lifelong learning (Canada). 40 th. Annual meeting of the American Society on Aging, San Francisco, March 1994.

Dolders M, Assema P van, Brug H, Mudde A. Verspreidingsonderzoek van het project implementatie supermarktrondleidingen via GGD-en. Intern rapport. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, Vakgroep Gezondheidsvoorlichting, 1995.

Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulusssen TGW. Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties. Rapport in voorbereiding. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2001.

Garcia YE, Metha A. A senior peercounseling program: evaluation of training and benefits to counselors, Arizona State University. *Educ Gerontol* 1997;23:329-44.

Hell L van, Hopman-Rock M. Ontwikkeling en evaluatie van het programma 'Goed Oud Worden': de testfase. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1995. Publ. nr. 95.040.

Hopman-Rock M, Westhoff MH, red. De ontwikkeling en evaluatie van het programma 'Goed Oud Worden': de tweede fase. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1997. Publ. nr. 97.025.

Kemme G. Educating senior health educators. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam e.o., 1995.

Kemme G. Effectiever voorlichten: de 'voor-en-door' methode. Utrecht: Lemma, 1995.

King L, Hawe P, Wise M. Review of the literature on dissemination and uptake of new information and research relating to health promotion and illness/injury prevention activities. Sydney: National Centre for Health Promotion, 1995.

Kocken PL, Voorham AJJ. Gezondheidsvoorlichting voor en door ouderen: eindverslag van het evaluatieonderzoek naar het project seniorenvoorlichting in Rotterdam. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o., 1997.

Lavreck G, Labonte R. A planning framework for community 'empowerment' goals within health promotion. *Health Policy Planning* 2000;15(3): 255-62.

Lomas J. Diffusion, dissemination, and implementation: who should do what? *Ann N Y Acad Sci* 1993; (703): 226-35.

Nutbeam D, Smith C, Catford J. Evaluation in health education: a review of progress, possibilities, and problems. *J Epidemiol Comm Health* 1990;44:83-9.

Orlandi MA, Landers S C, Weston R, Haley N. Diffusion of health promotion innovations. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer B, eds. *Health behavior and health education: theory, research and practice*. San Fransisco: Jossey-Bass, 1990:288-313.

Penninx K. Inleiding 'Ageing Well als uitdaging'. Ageing Well Expert meeting, januari 1997.

Plas van der M, Steenbekkers, A, Hopman-Rock M. Nieuwe checklist voor zelfevaluatie. *Tijdschr Gezondheids voorlichting*. 1997;14(10):20-22.

Rijke B, Vries N de. Peers doen het beter! Peervoorlichting bij jongeren. *Tijdschr Gezondheidsbevordering*, 1995;16:103-16.

Raaijmakers C, Steenbakkers M. Het project 'Wijzer Wonen', evaluatie van groepsvoorlichting aan ouderen over privé- veiligheid. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid, 1993.

Rogers EM. Diffusion of innovations. 4th ed New York: Free Press, 1995.

Rossi PH, Freeman HE. Program monitoring and accountability. In: Rossi PH, Freeman HE. Evaluation: a systematic approach. 3rd ed. Beverly Hills: Sage Publications, 1985:139-184.

Royers T, Ree L de, Verbeek G. 'empowerment': eigenmachtig worden in de hulpverlening. NIZW, 1998.

Spreeuwenberg G C, Schrijvers AJP. 'Van project tot overdracht'. In: WJ van den Heuvel et al, Intervenieren in de determinanten van gezondheid: over obstakels en leermomenten. Assen: Van Gorcum, 1995.

Steckler A, Goodman RM, McLeroy KR, Davis S, Koch G. Measuring the diffusion of innovative health promotion programs. Am J Health Promotion 1992;6(3):214-24.

Steege G ter, Penninx K. 'Heft in handen': praktijkboek Activerend Huisbezoek bij ouderen. Utrecht: NIZW, 1997.

Steenbekkers A, Plas M van der, Hopman-Rock M. Checklist voor een zelf te verrichten procesevaluatie van ouderen-voor-ouderen-projecten. Leiden: TNO Preventie Gezondheid, 1997. Publ. nr. 97.004.

Westhoff MH, Hopman-Rock M, Rooij EHC van. Monitorstudie Ageing Well 1998. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1999.

Westhoff MH, Hopman-Rock M. Monitorstudie Ageing Well 1999. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2000. Publ. nr. 2000.007.

Begrippenlijst

Ageing Well-projecten	projecten gericht op gezondheids-, en welzijnsbevordering die zijn gebaseerd op het voor-en-door ouderen principe. Dit betreft de volgende acht projecten:
	<ol style="list-style-type: none">1. Cursus bewegingsspelers2. Opleiding Seniorenvoorlichting3. Gezondheidsvoorlichting- en bewegingsprogramma 'Gezond & Vitaal'4. Lokale campagne ' Thuis in Evenwicht'5. Cursus 50+ vrouwen: de zorg in eigen hand6. Cursus Grijs op eigenWijs, vrouwengroepen 60+7. Gezondheidstelefoon8. Activerend Huisbezoek
Ageing Well Groep Nederland	landelijke ondersteuning van de Ageing Well-projecten; vanaf 1 januari 1999 wordt coördinatie door het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid uitgevoerd door Odyssee (voorheen Stichting Driekant Opleiding & Advies)
Monitorstudie Ageing Well	volgen in de tijd van invoering van de Ageing Well-projecten in de lokale praktijk van preventiewerk en ouderenzorg in Nederland (op verzoek van het ministerie van VWS en ZON)
Deelnemers	senioren die deelnemen aan Ageing Well-projecten, waaronder deelnemers van sport- en spelactiviteiten, voorlichtingsactiviteiten, 'bellers' van de gezondheidstelefoon en 'bezochte ouderen' van het Activerend Huisbezoek
Intermediairen	intermediaire ouderen die de Ageing Well-projecten begeleiden, waaronder (senior)-voorlichters, bewegingsspelers, Wijzer Wonen-voorlichters, gezondheidstelefonisten en huisbezoekers/vrijwilligers
Organisatoren	contactpersonen van lokale instanties die Ageing Well-activiteiten organiseren, waaronder de Unie KBO voor de gezondheidstelefoon, drie provinciale ouderenorganisaties voor de cursus Spelleiders en verschillende lokale ouderen- of welzijnsorganisaties voor de projecten seniorenvoorlichting, 'Thuis in Evenwicht', Activerend Huisbezoek, ' Gezond & Vitaal', 50+ vrouwen en vrouwengroepen 60+

Bijlage A Voorbeeldbrief aan organisaties

Voorbeeldbrief aan organisaties

Betreft: monitorstudie Ageing Well projecten

Geachte heer/mevrouw,

In Nederland zijn de afgelopen jaren verschillende innovatieve projecten ontwikkeld, gericht op gezondheids- en welzijnsbevordering voor senioren. Deze projecten zijn gebaseerd op het zogenoemde voor-en-door ouderen-principe; dit betekent dat senioren worden ingezet als voorlichters, adviseurs of ondersteuners voor leeftijdgenoten. Deze activiteiten zijn onder de naam Ageing Well uitgevoerd en zijn vanaf 1999 gebundeld in het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid. De namen van de afzonderlijke projecten zijn:

- Gezond & Vitaal, voorheen: "Goed Oud Worden" (TNO Verouderingsonderzoek),
- Activiteiten bewegen, spel en sport door bewegingsleiders (Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen, voorheen Landelijke Stichting MBvO),
- Gezondheidstelefoon (Unie KBO),
- Activerend huisbezoek (NIZW, i.s.m. Odyssee),
- Opleiding tot seniorvoorlichter (Transfergroep van de Hogeschool Rotterdam e.o. i.s.m. Odyssee),
- Programma 50+ vrouwen: de zorg in eigen hand (Centrum voor Vrouwengezondheidszorg (Aletta) en de Algemene Bond voor Ouderen (ANBO) i.s.m. Odyssee),
- Grijs op eigenWijs - Vrouwengroepen 60+ (Unie KBO),
- Thuis in Evenwicht, voorheen: "Wijzer Wonen" (Stichting Consument en Veiligheid).

Implementatie en verspreiding projecten

In opdracht van zowel het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid als Zorgonderzoek Nederland (ZON) zal een onderzoek plaatsvinden onder uitvoerende organisaties van Ageing Well projecten. Het onderzoek zal worden uitgevoerd door TNO Preventie en Gezondheid in Leiden en worden gefinancierd door ZON. Het doel van deze zogenoemde monitorstudie is om inzicht te verkrijgen in het proces van implementatie en invoering van de hierboven genoemde projecten, in de lokale praktijk van ouderenswerk. Het onderzoek is een vervolg op een studie waarin, in 1998 en 1999, gegevens werden verzameld over kenmerken van de deelnemers, bereik van de projecten in Nederland en tevredenheid over de projecten. Het huidige onderzoek heeft een drietal doelen: in de eerste plaats wordt geprobeerd zicht te krijgen op verdere invoering en inbedding van de projecten in het lokale ouderenbeleid. In de tweede plaats worden persoonlijke ervaringen met het uitvoeren van de projecten in kaart gebracht. En in

de derde plaats hebben wij interesse in ontwikkelingen op het terrein van het lokale ouderenbeleid. De resultaten uit deze studie zullen worden omgezet in aanbevelingen voor verbeteringen van het ouderenbeleid op het terrein van Gezondheid, Zorg & Welzijn Ouderen.

Vragenlijst

Hierbij treft u de vragenlijst die betrekking heeft op bovengenoemde onderwerpen. Voor ieder project dat uw organisatie heeft uitgevoerd, kunt u een exemplaar invullen. Het is belangrijk dat de vragenlijst wordt ingevuld door diegene die het meest bij de uitvoering van de ouderenprojecten betrokken is geweest. Als dit niet mogelijk is, dan vragen wij u of één van uw collega's zoveel mogelijk vragen te beantwoorden. Deelname aan dit onderzoek is op vrijwillige basis. De gegevens worden door TNO Preventie en Gezondheid anoniem verwerkt, waarna een schriftelijke rapportage zal verschijnen. Het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid kan op basis van deze rapportage toetsen of zij op landelijk niveau op de goede weg zijn. Als uw organisatie geen ouderenprojecten heeft uitgevoerd, dan hebben wij interesse in uw antwoorden op een beperkt aantal vragen. Een nadere toelichting hierover zult u vinden in de invulinstructie bij het vragenformulier.

Mocht u verdere vragen hebben, dan kunt u altijd contact opnemen met drs. Marja Westhoff (op alle werkdagen, met uitzondering van vrijdag: tel. 071 - 5181733) of Brigitte Bloem (op maandag en dinsdag: tel. 071 - 5181884).

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking,
met vriendelijke groet, namens het projectteam,

Prof. dr. D.L. Knook, directeur TNO Verouderingsonderzoek

Bijlage: Omschrijving van de projecten.

Vragenlijst evaluatie "ouderen-voor-ouderen" projecten plus instructieformulier.

Bijlage B Voorbeeld instructieformulier

Voorbeeld instructieformulier

INVULINSTRUCTIE BIJ DE VRAGENLIJST

Lees voordat u de vragenlijst invult de volgende instructies goed door!

Hierna treft u de vragenlijst die betrekking heeft op de implementatie van de "ouderen-voor-ouderen" projecten (voorheen "Ageing Well"-projecten). TNO stelt het op prijs als de vragenlijst wordt ingevuld door degene die het meest bij de organisatie van de projecten betrokken was. Als dit niet mogelijk is, dan vragen wij u of één van uw collega's zoveel mogelijk vragen te beantwoorden. De vragen kunt u dan lezen als van toepassing zijnd op uw organisatie. De gegevens van de vragenlijst worden strikt vertrouwelijk behandeld, zodat individuele organisaties onherkenbaar zijn in de rapportages over dit onderzoek.

De vragenlijst bestaat merendeels uit **gesloten vragen en stellingen**. Op deze vragen en stellingen is slechts één antwoord mogelijk. U kunt dan een kruisje zetten bij het antwoord van uw keuze. Heeft u per ongeluk het verkeerde antwoord aangekruist, verbeter dit dan door het goede antwoord aan te kruisen en daarom heen een cirkel te zetten. Bij een aantal vragen wordt u, afhankelijk van uw antwoord, doorverwezen naar een volgende vraag, bijvoorbeeld "ga door naar vraag 4". Dit betekent dat u de tussenliggende vraag of vragen kunt overslaan en direct kunt doorgaan met het beantwoorden van "vraag 4", en de daarop volgende vragen. Een aantal vragen zijn open vragen; deze kunt u beantwoorden door uw antwoord kort te omschrijven op de daarvoor bestemde regel(s).

De vragenlijst heeft betrekking op één door uw organisatie uitgevoerd project. Heeft uw organisatie meerdere projecten uitgevoerd, dan vragen wij u per project een vragenlijst in te vullen. De invultijd bedraagt maximaal 30 minuten. Heeft u geen project uitgevoerd, dan stellen wij belang in uw antwoorden op de vragen 1 tot en met 5 ("de projecten"), de vragen 60, 61 en 62 ("beleid van uw organisatie") en de vragen 63 tot en met 76 ("algemene vragen").

In een aantal vragen wordt de afkorting "GZWO" gehanteerd: dit staat voor Gezondheid, Zorg & Welzijn Ouderen".

Wilt u deze vragenlijst zo spoedig mogelijk, uiterlijk vóór 15 januari 2001 in de bijgevoegde antwoordenvolop, terugsturen. Heeft u nog vragen of wenst u een nadere toelichting, dan kunt u contact opnemen met drs. Marja Westhoff, op alle werkdagen behalve vrijdag: tel. 071-5181733 of Brigitte Bloem, op maandag en dinsdag: tel. 071-5181884.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking

Bijlage C Enquête ouderen-voor-ouderenprojecten

ENQUÊTE: Evaluatie "Ouderen-voor-ouderen"projecten.

DE PROJECTEN

Hierna treft u de vragenlijst die betrekking heeft op de inbedding en invoering van de "ouderen-voor-ouderen" projecten ("Ageing Well" projecten). De vragen 1 tot en met 11 gaan over uw bekendheid met de projecten en welke u concreet heeft uitgevoerd. Vanaf vraag 6 hebben alle vragen uitsluitend betrekking op dat betreffende door uw organisatie uitgevoerde project. Voor ieder ander project dat uw organisatie heeft uitgevoerd, vragen wij u een nieuw exemplaar van deze vragenlijst in te vullen.

Als u persoonlijk niet bij de uitvoering van dit project was betrokken, maar wel de vragenlijst invult, leest u de vragen dan als van toepassing zijnd op uw organisatie. Plaats a.u.b. een kruisje bij het antwoord van uw keuze, tenzij anders aangegeven. Als u geen project heeft uitgevoerd, beantwoord dan de vragen 1 tot en met 5).

1. Van welke projecten bent u inhoudelijk op de hoogte? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)
 - ¹ Gezond & Vitaal (voorheen: "Goed Oud Worden") van TNO Verouderingsonderzoek
 - ² De Gezondheidstelefoon van de Unie KBO
 - ³ Activiteiten bewegen, spel en sport door bewegingsleiders van het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen, voorheen Landelijke Stichting MBvO
 - ⁴ Activerend huisbezoek van het NIZW i.s.m. Odyssee
 - ⁵ Opleiding tot seniorvoorlichter van de Transfergroep van de Hogeschool Rotterdam e.o. i.s.m. Odyssee
 - ⁶ Stad in Evenwicht (voorheen: "Wijzer Wonen") van de Stichting Consument en Veiligheid
 - ⁷ Programma 50+ vrouwen: de zorg in eigen hand van het Centrum voor Vrouwegezondheidszorg (Aletta) en de Algemene Bond voor Ouderen (ANBO) i.s.m. Odyssee
 - ⁸ Grijs op eigen Wijs - Vrouwengroepen 60+ van de Unie KBO

2. Heeft uw organisatie één van de volgende projecten wel eens uitgevoerd?
(meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- ¹ Gezond & Vitaal (voorheen: "Goed Oud Worden")
- ² De Gezondheidstelefoon
- ³ Activiteiten bewegen, spel en sport door bewegingsleiders
- ⁴ Activerend huisbezoek
- ⁵ Opleiding tot seniorvoorlichter
- ⁶ Stad in Evenwicht (voorheen: "Wijzer Wonen")
- ⁷ Programma 50+ vrouwen: de zorg in eigen hand
- ⁸ Grijs op eigen Wijs - Vrouwengroepen 60+
- ⁹ Geen / Weet niet (ga door naar vraag 3 en 4)

3. Als u géén van deze projecten heeft uitgevoerd, wat was daar dan de belangrijkste reden van?
(meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- ¹ Past niet binnen de doelstelling / filosofie van de organisatie
- ² Er is reeds een vergelijkbaar aanbod
- ³ Meerwaarde is onduidelijk
- ⁴ Sluit niet aan bij de behoefte van de doelgroep
- ⁵ Is moeilijk te organiseren (werving, begeleiding)
- ⁶ Vraagt te veel inzet van personeel (capaciteit)
- ⁷ Vraagt te grote financiële investering
- ⁸ Is niet het juiste moment
- ⁹ Anders, namelijk

4. Wilt u in de toekomst één van deze projecten gaan uitvoeren?

- ¹ Ja (ga door naar vraag 5)
- ² Nee (sla vraag 5 over)
- ⁹ Weet niet

5. Welke projecten wilt u in de toekomst uitvoeren?

- ¹ Gezond & Vitaal (voorheen: "Goed Oud Worden")
 - ² De Gezondheidstelefoon
 - ³ Activiteiten bewegen, spel en sport door bewegingsleiders
 - ⁴ Activerend huisbezoek
 - ⁵ Opleiding tot seniorvoorlichter
 - ⁶ Stad in Evenwicht (voorheen: "Wijzer Wonen")
 - ⁷ Programma 50+ vrouwen: de zorg in eigen hand
 - ⁸ Grijs op eigen Wijs - Vrouwengroepen 60+
 - ⁹ Anders, namelijk (bijvoorbeeld aangepaste projecten of variaties op deze projecten: graag omschrijven)
-

6. De vragenlijst heeft vanaf deze vraag betrekking op één door uw organisatie uitgevoerd project. Kunt u aangeven op welk project uw antwoorden betrekking hebben?

- ¹ Gezond & Vitaal (voorheen: "Goed Oud Worden")
- ² De Gezondheidstelefoon
- ³ Activiteiten bewegen, spel en sport door bewegingsleiders
- ⁴ Activerend huisbezoek
- ⁵ Opleiding tot seniorvoorlichter
- ⁶ Stad in Evenwicht (voorheen: "Wijzer Wonen")
- ⁷ Programma 50+ vrouwen: de zorg in eigen hand
- ⁸ Grijs op eigen Wijs - Vrouwengroepen 60+
- ⁹ Geen / Weet niet

7. Is dit project eenmalig uitgevoerd?

- ¹ Ja (ga door naar vraag 8)
- ² Nee (sla vraag 8 over)
- ⁹ Weet niet

8. Zo nee, hoe vaak is dit project uitgevoerd?

- ¹ Twee keer
- ² Drie keer
- ⁹ Anders (graag invullen hoe vaak)

9. In welk jaar is dit project voor het laatst uitgevoerd:

- ¹ 2000
- ² 1999
- ³ 1998
- ⁴ 1997 of eerder

10. Is dit project tijdens de uitvoering aangepast?

- ¹ Ja (ga door naar vraag 11)
- ² Nee (sla vraag 11 over)
- ³ Weet niet

11. Als dit project tijdens de uitvoering is aangepast, wat is dan gewijzigd?

- ¹ De naam
- ² De aanbiedingsvorm (zoals duur, frequentie, type begeleiding)
- ³ Inhoudelijk
- ⁴ Anders, namelijk (graag omschrijven)

.....

KENMERKEN VAN HET PROJECT

Hieronder staan een aantal stellingen en vragen, over het door uw organisatie uitgevoerde project. Als u geen project heeft uitgevoerd, kunt u deze vragen overslaan. Wilt u a.u.b. het antwoord van uw keuze aankruisen (in het daarvoor bestemde hokje) en de open vragen kort beantwoorden?

Het project.....

- | | geheel eens | eens | eens noch oneens | oneens | geheel oneens | kan ik niet beoordelen |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 12. leverde voor uw organisatie zichtbare resultaten op. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 13. was voor uw organisatie een nieuw soort activiteit in het kader van het beleid Gezondheid, Zorg & Welzijn Ouderen (GZWO). | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 14. was een manier om uw als organisatie in de regio te profileren. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 15. was zeer eenvoudig op kleine schaal uit te voeren. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 16. was het soort activiteit waarvan uw collega's vinden dat erin geparticipeerd zou moeten worden. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 17. was het soort activiteit waarin u goed met uw collega's kon samenwerken. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 18. vereiste de inzet van teveel personeel. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 19. vergde teveel overleg met intermediairen. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 20. gaf bij grootschalige invoering grote coördinatieproblemen. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 21. vergde teveel organisatie en coördinatie. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 22. betekende een ontoelaatbare taakverzwaring voor de organisatoren. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

Het project.....

- | | geheel
eens | eens | eens
noch
oneens | oneens | geheel
oneens | kan ik niet
beoordelen |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 23. vroeg een grote financiële investering van uw organisatie. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 24. was moeilijk te organiseren omdat de werving van deelnemers in de regio moeizaam verliep. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 25. was moeilijk te organiseren omdat je afhankelijk was van de bereidheid van mensen (paraprofessionals, vrijwilligers) om te participeren. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 26. was gemakkelijk te organiseren omdat binnen uw organisatie personeel vrijgemaakt kon worden. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 27. was gemakkelijk te organiseren omdat vrijwilligers (huisbezoekers, telefonisten, seniorvoorlichters) aangetrokken konden worden. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 28. was gemakkelijk te organiseren omdat het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid steun bood. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 29. was een effectievere activiteit om het gedrag (kennis, attitude, gedrag) van veel ouderen te beïnvloeden dan andere vergelijkbare activiteiten voor ouderen. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 30. was een effectievere manier om veel ouderen te bereiken dan andere vergelijkbare activiteiten voor ouderen. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 31. kostte minder tijd om te organiseren dan andere vergelijkbare activiteiten voor ouderen. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

Het project.....

- | | geheel eens | eens | eens noch oneens | oneens | geheel oneens | kan ik niet beoordelen |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 32. paste goed in het huidige GZWO-beleid van uw organisatie. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 33. werd binnen uw organisatie door veel medewerkers als belangrijk ervaren. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 34. paste binnen de taakomschrijving van medewerkers die het GZWO-beleid uitvoeren. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 35. had binnen uw organisatie meer prioriteit dan andere activiteiten voor ouderen. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 36. Had u voldoende informatie (beschrijving van de projecten, richtlijnen - en werkplannen voor uitvoering) om het project goed uit te kunnen voeren? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ¹ Ja
<input type="checkbox"/> ² Nee
<input type="checkbox"/> ⁹ Weet niet | | | | | | |
| 37. Had uw organisatie een budget beschikbaar gesteld om het project te financieren? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ¹ Ja (sla vraag 38 over)
<input type="checkbox"/> ² Nee (ga door naar vraag 38)
<input type="checkbox"/> ⁹ Weet niet | | | | | | |
| 38. Als geen budget aanwezig was, hoe is het project dan gefinancierd? (graag kort omschrijven) | | | | | | |
| | | | | | | |

39. Vond u dat er voldoende geld beschikbaar was om het project te financieren?

- ¹ Ja
- ² Nee
- ⁹ Weet niet

40. Heeft u een projectadministratie (in tijd / financiële investeringen) bijgehouden van het project?

- ¹ Ja
- ² Nee
- ⁹ Weet niet

41. Weet u dat u met betrekking tot de opzet van de projecten sinds 2000 ondersteuning kunt krijgen van het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid?

- ¹ Ja
- ² Nee

42. Heeft u gebruik gemaakt van de ondersteuning van het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid?

- ¹ Ja (ga door naar de vragen 43 en 44)
- ² Nee (sla de vragen 43, 44, 45 over)
- ⁹ Weet niet

43. Van welke vorm van ondersteuning heeft u gebruik gemaakt?

- ¹ Advisering
- ² Informatiematerialen
- ³ Begeleiding
- ⁴ Scholing en opleidingsmogelijkheden voor beroepskrachten en vrijwilligers
- ⁹ Anders, namelijk

44. Was u tevreden met de ondersteuning van het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid?

- ¹ Ja (sla vraag 45 over)
- ² Nee (sla vraag 45)
- ⁹ Weet niet

45. Kunt u kort omschrijven waarom u niet tevreden was met de ondersteuning van het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid?

.....

DE CHECKLIST VOOR ZELFEVALUATIE VAN DE PROJECTEN

Hieronder staan vragen die betrekking hebben op het gebruik van de checklist. Wilt u a.u.b. het antwoord van uw keuze aankruisen, tenzij anders aangegeven.

46. Bent u bekend met de checklist voor zelfevaluatie, een vragenlijst waarmee u in teamverband de projecten kunt evalueren?

- ¹ Ja
- ² Nee

47. Weet u dat de checklist op de website van het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid is te vinden?

- ¹ Ja
- ² Nee

48. Heeft u de checklist van de website afgehaald?

- ¹ Ja
- ² Nee
- ⁹ Niet van toepassing

49. Was de checklist eenvoudig te vinden op de website?

- ¹ Ja
- ² Nee
- ⁹ Niet van toepassing

50. Heeft u de checklist gebruikt bij het evalueren van de kwaliteit en voortgang van het project?

- ¹ Ja
- ² Nee
- ⁹ Niet van toepassing

51. Als u de checklist heeft gebruikt, vond u dit een prettige manier van evalueren?

- ¹ Ja
- ² Nee
- ⁹ Niet van toepassing

52. Wat vond u van de checklist in het algemeen? Kunt u dit met een rapportcijfer uitdrukken?

.....

53. Is het project op een andere wijze geëvalueerd?

- ¹ Ja
- ² Nee
- ⁹ Niet van toepassing

54. Zo ja, op welke wijze heeft dat dan plaatsgevonden? (graag omschrijven)

.....

55. Is de informatie uit de evaluatie teruggekoppeld naar het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid?

- ¹ Ja
- ² Nee
- ⁹ Anders, namelijk

56. Is de informatie uit de evaluatie binnen uw organisatie teruggekoppeld?

- ¹ Ja
- ² Nee
- ⁹ Anders, namelijk

57. Waarom heeft u de checklist niet gebruikt?

- ¹ Te moeilijk
- ² Te lang
- ³ Geen tijd
- ⁴ Geen zin
- ⁵ Geen motivatie van andere teamleden
- ⁶ Nut niet inzien
- ⁹ Anders, namelijk (graag kort omschrijven):

58. Bent u van plan de checklist in de toekomst te gebruiken voor de evaluatie van projecten?

- ¹ Ja
- ² Nee
- ⁹ Niet van toepassing

59. Heeft u verder nog opmerkingen, aanvullingen of suggesties ter verbetering van de checklist? (graag kort omschrijven)

.....

BELEID VAN UW ORGANISATIE

Hieronder staan vragen over het gevoerde beleid binnen uw organisatie; Heeft u geen "ouderen-voor-ouderen" projecten uitgevoerd, dan zijn wij wel geïnteresseerd in uw antwoorden. Wilt u a.u.b. het antwoord van uw keuze aankruisen, tenzij anders aangegeven.

60. Wie neemt binnen uw organisatie de beslissing om activiteiten in het kader van GZWO op te starten?

- ¹ De directie
- ² De staf
- ³ De uitvoerders
- ⁴ Anders, namelijk

61. Staat men binnen uw organisatie open voor nieuwe projecten in het algemeen?

- ¹ Ja
- ² Nee
- ⁹ Weet niet

62. Is binnen uw organisatie het doel dat "ouderen-voor-ouderen" projecten, of projecten die daarop gebaseerd zijn, structureel in het beleid worden opgenomen?

- ¹ Ja
- ² Nee
- ⁹ Weet niet

ALGEMENE VRAGEN

Tenslotte staan hier de laatste afsluitende vragen; deze zijn ook van toepassing als u geen project heeft uitgevoerd.

63. Bent u:

- ¹ Man
- ² Vrouw

64. In welke organisatie bent u werkzaam?

.....

65. Hoelang bent u werkzaam bij deze organisatie?

.....jaar

66. Wat is uw functie?

.....

67. Hoeveel uur per week werkt u gemiddeld?

.....uur / per week

68. Heeft u zich persoonlijk beziggehouden met de uitvoering van het project?

- ¹ Ja
- ² Nee

69. Hoeveel mensen houden zich in totaal bezig met activiteiten op het terrein van GZWO?

70. Hoe belangrijk vindt u persoonlijk activiteiten op het terrein van GZWO?

- ¹ Zeer belangrijk
- ² Belangrijk
- ³ Belangrijk noch onbelangrijk
- ⁴ Zeer onbelangrijk
- ⁹ Weet niet

71. Heeft u veel of weinig ervaring in het samenwerken met landelijke organisaties, zoals het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid?

- ¹ Zeer veel
- ² Veel
- ³ Veel noch weinig
- ⁴ Weinig
- ⁵ Zeer weinig
- ⁹ Weet niet

72. Heeft u veel of weinig ervaring in het samenwerken met lokale organisaties op het terrein van GZWO?

- ¹ Zeer veel
- ² Veel
- ³ Veel noch weinig
- ⁴ Weinig
- ⁵ Zeer weinig
- ⁹ Weet niet

73. Heeft u veel of weinig ervaring met het coördineren en organiseren van de activiteiten voor ouderen?

- ¹ Zeer veel
- ² Veel
- ³ Veel noch weinig
- ⁴ Weinig
- ⁵ Zeer weinig
- ⁹ Weet niet

74. Bent u iemand die meestal bereid is om nieuwe activiteiten uit te proberen?

- ¹ Zeker wel
- ² Wel
- ³ Neutraal
- ⁴ Niet
- ⁵ Zeker niet
- ⁹ Weet niet

75. Wat zou er de komende jaren moeten veranderen om beleid voor ouderen op het terrein van GZWO te verbeteren (graag omschrijven)?

.....

76. Hieronder kunt u overige aanvullingen / opmerkingen / suggesties plaatsen.

.....

Hartelijk dank voor uw medewerking!

*U kunt de vragenlijst in de bijgevoegde antwoordvelop retour zenden aan
TNO Preventie en Gezondheid.*

Bijlage D Voorbeeld korte omschrijving projecten

Voorbeeld korte omschrijving projecten

Korte beschrijving van de projecten:

Gezond & Vitaal (voorheen Goed Oud Worden)

Oudere voorlichters bieden leeftijdgenoten groepsgewijze voorlichting in zes wekelijkse bijeenkomsten over gezondheid en een gezonde leefstijl; dit wordt gecombineerd met het aanleren van oefeningen van een bewegingsprogramma door professionele bewegingsdocenten.

Bewegingsspelers

Ouderen deskundig maken, zodat zij in staat zijn voor andere ouderen recreatieve groepsbewegingsactiviteiten op te zetten en te leiden.

Seniorenvoorlichting

Ouderen opleiden tot voorlichters, zodat zij over ieder thema van gezondheid, wonen en welzijn adequate voorlichting kunnen geven.

Thuis in Evenwicht (voorheen Wijzer Wonen)

Via een drietal fasen worden activiteiten uitgevoerd om privé valongevallen te voorkomen: (bewustwording, productinformatie en het aanbieden van advies aan huis en full-service bij kleine woningaanpassingen door opgeleide leeftijdgenoten)

50+ vrouwen: de zorg in eigen hand

50+ vrouwen begeleiden zes themabijeenkomsten over vrouw zijn, ouder worden en gezond blijven (doel: bevorderen gezondheid, bewustwording en zelfredzaamheid).

Grijs op eigenWijs: vrouwengroepen 60+

60+ vrouwen begeleiden 10 bijeenkomsten over uiteenlopende vragen die een nieuwe levensfase rond het zestigste levensjaar oproepen (doel: een positieve bijdrage leveren aan het zelfvertrouwen, het zelfbeeld en de sociale vaardigheden).

de Gezondheidstelefoon

Ouderen informeren leeftijdgenoten over voorzieningen rond gezondheid, wonen en welzijn door middel van een landelijke informatietelefoon.

Activerend Huisbezoek

Gespecialiseerde vrijwilligers bezoeken geïsoleerd levende ouderen thuis en stimuleren hen om sociale netwerken en voorzieningen in de buurt te benutten.

Bijlage E Voorbeeldbrief aan sleutelinformanten

Voorbeeldbrief aan sleutelinformanten

Geachte heer/mevrouw,

In Nederland zijn de afgelopen jaren verschillende innovatieve projecten ontwikkeld, gericht op Gezondheid, Zorg & Welzijn van Ouderen (GZWO). Deze projecten zijn gebaseerd op het zogenoemde voor-en-door ouderen-principe; dit betekent dat senioren worden ingezet als voorlichters, adviseurs of ondersteuners voor leeftijdgenoten. Deze activiteiten zijn vanaf 1999 gebundeld in het Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid bij Odyssee te Berg en Dal. In de bijlage treft u een korte beschrijving van de projecten en een brochure van Odyssee.

In opdracht van Zorgonderzoek Nederland (ZON) voert TNO Preventie en Gezondheid in Leiden momenteel een zogenoemde 'monitorstudie' uit. Het doel van deze studie is inzicht te verkrijgen in het proces van implementatie en inbedding van de voor-en-door ouderen projecten in het lokaal ouderenbeleid en het in kaart brengen van de belemmerende en bevorderende factoren hierbij. Hiertoe worden vragenlijsten uitgezet bij organisaties die de afgelopen jaren bij de projecten betrokken waren.

Daarnaast worden open interviews gehouden over het (lokaal) ouderenbeleid in het algemeen. Deze interviews zullen in de vorm van een telefonisch vraaggesprek plaatsvinden en u bent gevraagd hieraan deel te nemen. Het interview zal ongeveer 30 minuten in beslag nemen en is gepland op DATUM. In de bijlage treft u een aantal vragen, die als uitgangspunt voor het interview zullen dienen. Wij verzoeken u deze vragen voor het interview door te nemen, zodat het telefoongesprek tot 30 minuten kan worden beperkt. Het interview wordt afgenomen door Brigitte Bloem. De gegevens uit het interview worden door TNO Preventie en Gezondheid anoniem verwerkt. De resultaten uit het vragenlijstonderzoek en de interviews zullen worden omgezet in aanbevelingen voor verbeteringen van het ouderenbeleid op het terrein van GZWO. Van de resultaten uit deze studie zult u een rapportage ontvangen.

Mocht u verdere vragen hebben, dan kunt u contact opnemen met drs. Marja Westhoff (op alle werkdagen, met uitzondering van vrijdag: tel. 071 - 518 17 33) of Brigitte Bloem op maandag en dinsdag: tel. 071 - 518 18 84).

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking,
Met vriendelijke groet, namens het projectteam,

Dr. M. Hopman-Rock, projectleider

Bijlage: Brochure Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid
Omschrijving van de projecten.
Basisvragen open interview (telefonisch)

Bijlage F Basisvragen interview sleutelinformanten

Basisvragen interview sleutelinformanten

Basisvragen open interview in het kader van de monitorstudie *voor-en-door-ouderen* projecten (Ageing Well)

1. Algemene vragen:
 - Naam organisatie
 - Functie
 - Hoelang werkzaam in deze functie

2. Neemt u (of uw organisatie) initiatieven in het kader van het lokaal ouderenbeleid:
Ja: welke initiatieven zijn dat:
 - Beleidsontwikkeling en / of ondersteuning
 - Publiciteit
 - Belangenbehartiging
 - Voorlichting
 - Samenwerken met andere organisaties
 - Uitvoering van projecten (waaronder Ageing Well projecten)
 - Andere initiatieven

3. Betreft u de doelgroep ouderen bij de voorbereiding, ontwikkeling en uitvoering van projecten voor ouderen in het algemeen en Ageing Well projecten in het bijzonder?
 - Ja, hoe gebeurt dat?
 - Nee, waarom niet?

4. Welke problemen komt u tegen bij de ondersteuning, opstelling of uitvoering van lokaal ouderenbeleid?
 - Negatieve houding collegae
 - Negatieve houding leidinggevenden
 - Negatieve houding van bij projecten betrokken personen
 - Problemen met de financiering
 - Problematisch om ouderen voor de projecten te werven
 - Moeilijke afstemming tussen het lokaal ouderenbeleid en regiovisie
 - Capaciteitsproblemen
 - Gebrek aan deskundigheid
 - Andere prioritering (b.v. keuze voor jongeren)
 - Moeizame samenwerking met lokale partijen (bv. door verkokering)
 - Andere problemen

5. Wat loopt goed bij de uitvoering van lokaal ouderenbeleid? Wat zijn bevorderende factoren in de samenhang van lokaal ouderenbeleid:
 - Bundeling Ageing Well projecten in Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid
 - Gemakkelijke verkrijgbaarheid projectmaterialen
 - Gemakkelijke verkrijgbaarheid projectsubsidies
 - Informatiebijeenkomsten / congressen
 - Wet- en regelgeving
 - Samenwerking met andere organisaties
 - Ander factoren

6. Wat is een goede manier om kennis over beleid en uitvoering te verspreiden?
 - Brochures
 - Expertmeetings
 - Studiedagen / congressen
 - Publiciteit
 - Andere manieren

7. Heeft u behoefte aan ondersteuning op het terrein van lokaal ouderenbeleid?
Ja: op welke gebieden:
 - Allochtone ouderen
 - Bewegingsstimulering voor ouderen
 - Naar leeftijdsdifferentiatie (bijvoorbeeld: 55-65 jaar, 55-75 jaar, 75 jaar en ouder)
 - Andere behoeften

8. Heeft u nog algemene opmerkingen of suggesties? (Bijvoorbeeld toekomstperspectief van (lokaal) ouderenbeleid en projecten voor ouderen)?

Bijlage G Overzicht projecten Kenniscentrum

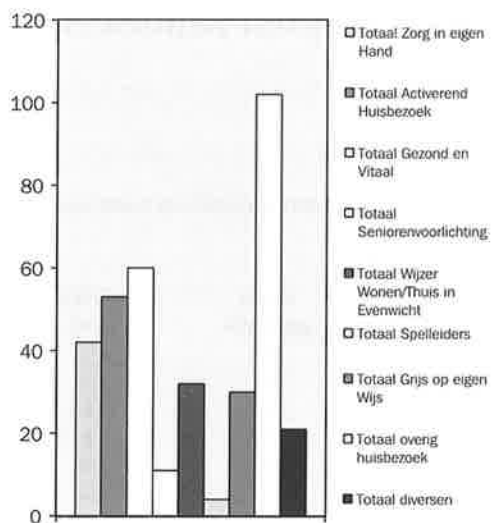
Overzicht projecten Kenniscentrum

Tabel 1 Overzicht per provincie en per soort projecten op basis van projectoverzicht maart 2001

Provincies	Aantal gemeentes 2000	Aantal gemeentes 2001	Aantal projecten 2000	Aantal projecten 2001
Groningen	1	9	1	10
Friesland	8	10	9	14
Drenthe	2	13	5	22
Overijssel	4	11	4	12
Flevoland	2	3	12	13
Gelderland	13	20	16	27
Utrecht	8	16	15	27
Noord-Holland	12	20	18	36
Zuid-Holland	32	41	58	76
Zeeland	3	8	4	9
Noord-Brabant	28	40	44	65
Limburg	4	11	6	14
Nationaal			2	4
Totaal	117	202	194	329

Tabel 2 Overzicht per soort projecten op basis van projectoverzicht maart 2001

PROGRAMMA	ORGANISATOR	DEELNEMERS/ VRIJWILLIGERS
Totaal Zorg in eigen Hand	42	547
Totaal Activerend Huisbezoek	53	396
Totaal Goed Ouder Worden/ Gezond en Vitaal	60	1200
Totaal Seniorenvoorlichting	11	100
Totaal Wijzer Wonen/Thuis in Evenwicht	32	360
Totaal Spelleiders	4	66
Totaal Grijs op eigenWijs	30	400
Totaal overig huisbezoek	102	1027
Totaal diversen	21	350



Figuur 1: Overzicht soorten projecten tot maart 2001