

# **Zelfredzaamheid en participatie van kwetsbare burgers**

Resultaten van een pilot-onderzoek met de IPA

Maart 2014

---

## Inhoud

Samenvatting	3
1 Achtergrond	4
2 Resultaten (zelf)redzaamheid en participatie	6
3 Gebruik en belang van hulp en ondersteuning	13
4 Respons en ervaringen met het invullen van de enquête	17
5 Betrouwbaarheid van de vragenlijst	18
6 Toepassingsmogelijkheden voor gemeenten	19
7 Conclusies en discussie	20
Bijlage 1. Toelichting IPA	22
Bijlage 2. Deelname aan de pilot	23
Bijlage 3 Kenmerken van respondenten	24

---

## Samenvatting

Deze rapportage bevat de resultaten van een pilotmeting van zelfredzaamheid en participatie bij cliënten die onder de Wmo (gaan) vallen. Doel van de pilot was de vragenlijst “Impact op Participatie en Autonomie” (IPA) te testen als uitkomstmeter voor zelfredzaamheid en participatie. De IPA is een bestaande en gevalideerde vragenlijst, ontwikkeld door Nivel. De vragenlijst is door cliënten zelf ingevuld en had een hoge respons (54%).

De pilot laat zien dat zelfredzaamheid en participatie meetbaar zijn. De IPA meet uitkomsten van beleid en levert kwantitatieve informatie op die aansluit bij de Wmo beleidsdoelen. Daarmee kunnen gemeenten concrete en meetbare maatschappelijke doelen formuleren en komt uitkomststuring een stap dichterbij. Gemeenten kunnen de IPA gebruiken om zicht te krijgen op de cliënten die vanuit de Awbz overkomen naar de Wmo (nulmeting).

De pilot is uitgevoerd bij mensen met fysieke/somatische beperkingen (thuiszorgcliënten, voornamelijk ouderen), een licht verstandelijke beperking en psychische problematiek. Voor alle drie de groepen blijkt de IPA een geschikt instrument, al hebben mensen met een licht verstandelijke beperking wel ondersteuning nodig bij het invullen van de vragenlijst. Voor de overgrote meerderheid van thuiszorgcliënten was de vragenlijst eenvoudig in te vullen. Dat kost ongeveer een kwartier.

De groep thuiszorgcliënten die heeft deelgenomen is van voldoende omvang om statistisch betrouwbare conclusies te trekken. De inhoudelijke resultaten zijn op deze groep gebaseerd en geven een goed beeld van de informatie die deze wijze van uitkomstmeting oplevert. Naast harde scores genereert de IPA inhoudelijke informatie die aanknopingspunten biedt voor beleid, zoals inzicht in het functioneren van kwetsbare groepen en de belangrijkste beperkingen die zij ondervinden, het bereik van formele ondersteuning en de aanwezigheid van hulp uit eigen kring.

Uit de resultaten blijkt dat mensen in de huidige situatie (Awbz/Wmo) op de belangrijkste leefdoelgebieden redelijk tot goed functioneren. Mobiliteit is verreweg het belangrijkste leefdoelgebied voor de kwaliteit van leven, en juist daar ondervinden cliënten de grootste beperkingen. Cliënten die alleen wonen ervaren hun functioneren, opvallend genoeg, beter dan zij die met hun partner of anderen samenwonen. De ondersteuning vanuit het eigen netwerk heeft daarop een significant positief effect.

---

## 1 Achtergrond

Veel gemeenten worstelen met de vraag wat het maatschappelijke effect is van de zorg en ondersteuning die zij aanbieden aan mensen die op eigen kracht onvoldoende kunnen meedoen in de samenleving. Tegenover de grote inzet van publieke middelen staat opvallend weinig inzicht in de effecten die daarmee worden bereikt. Het doel, zoals dat in de Wmo wordt geformuleerd: bevordering van zelfredzaamheid en participatie, wordt breed onderschreven. Maar wat dat precies is en hoe het kan worden bereikt, is veel minder duidelijk. Ook over de effectiviteit van inspanningen die gemeenten en zorg/welzijnsaanbieders op dit gebied leveren, is maar weinig bekend.

Nu de taken en verantwoordelijkheden van gemeenten in het sociale domein toenemen en er minder middelen beschikbaar zijn, beseffen gemeenten dat zij hun sociale beleid en uitvoering op een andere leest moeten schoeien. Er moet meer vraaggestuurd worden gewerkt, er moet meer samenhang komen in voorzieningen, er ontstaan nieuwe samenwerkingsvormen en er zal een groter beroep moeten worden gedaan op de eigen kracht en ‘samenkracht’ van mensen. Tegelijkertijd willen gemeenten waarborgen dat kwetsbare inwoners niet tussen wal en schip vallen, maar blijvend in staat worden gesteld te participeren in de samenleving.

### Inzicht in uitkomsten noodzakelijk

Eén van de kernelementen in de nieuwe aanpak is het sturen op uitkomsten. Door het resultaat voorop te stellen, komt de focus te liggen waar hij hoort: bij de maatschappelijke meerwaarde die met de ingezette middelen wordt gerealiseerd. Door uitkomsten centraal te stellen, kunnen ongewenste volumeprykkels, die samenhangen met sturen op ‘productie’, verdwijnen. Bovendien ontstaat er meer ruimte voor maatwerk en innovatie. Sturen op uitkomsten vereist echter wel dat er duidelijkheid bestaat over de gewenste uitkomsten en hoe je die kunt meten. Zoals gezegd, is daarover nog maar weinig kennis en informatie voorhanden.

### IPA als uitkomstmeter

In het afgelopen jaar heeft NYFER in opdracht van het Transitiebureau Wmo en in samenwerking met zes grote gemeenten een Handreiking “Sturen op uitkomsten in de Wmo” opgesteld.<sup>1</sup> In dit document worden de

---

<sup>1</sup> NYFER, 2013: *Sturen op uitkomsten in de Wmo. Investeren in maatschappelijke participatie*. Het rapport is te vinden op [www.invoeringwmo.nl](http://www.invoeringwmo.nl) en op [www.nyfer.nl](http://www.nyfer.nl)

mogelijkheden verkend om in de nieuwe Wmo op uitkomsten te sturen. De Handreiking biedt praktische informatie over wat de relevante uitkomsten in de Wmo zijn, hoe die kunnen worden gemeten en hoe gemeenten hun organisatie en financiering daarop kunnen inrichten. Ook wordt een meetinstrument gepresenteerd waarmee zelfredzaamheid en participatie van kwetsbare ouderen en mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking kunnen worden gemeten: de vragenlijst ‘Impact op Participatie en Autonomie’ (IPA). De IPA is een bestaande vragenlijst, waarmee zelfredzaamheid en participatie worden gemeten vanuit het perspectief van de betrokkene zelf. De vragenlijst stelt het functioneren van mensen (dus niet hun beperkingen) centraal en sluit naadloos aan bij de doelstellingen van de Wmo. De IPA voldoet aan methodologische eisen van betrouwbaarheid en responsiviteit en is door vrijwel iedereen eenvoudig in te vullen: de vragen zijn praktisch van aard en het taalgebruik is afgestemd op een breed publiek (voor meer achtergronden zie bijlage 1).

### **Pilot met de IPA**

Om de praktische bruikbaarheid van de IPA voor uitkomstmeting in de Wmo te testen, heeft NYFER de vragenlijst in het najaar van 2013 uitgezet onder cliënten van zes zorginstellingen verspreid over het land: twee instellingen die extramurale zorg aan mensen met licht verstandelijke beperkingen (LVB) resp. psychische aandoeningen leveren en vier instellingen die thuiszorg aanbieden aan voornamelijk ouderen (zie bijlage 2). In deze rapportage worden de resultaten van de pilot weergegeven en van commentaar voorzien.

---

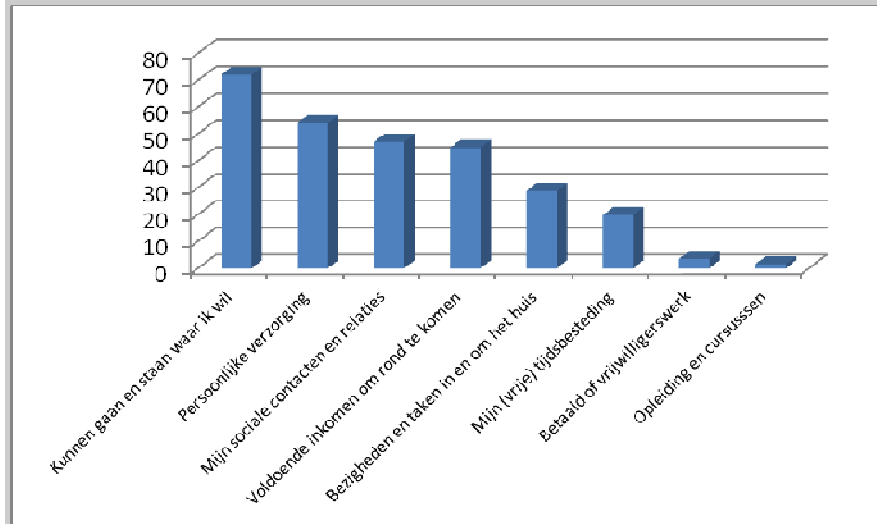
## 2 Resultaten (zelf)redzaamheid en participatie

De IPA vraagt mensen naar hun zelfredzaamheid en participatie, zoals zij dat zelf ervaren. Daarbij gaat het vooral om praktische zaken, zoals kunnen gaan en staan waar men wil, het huishouden kunnen (laten) doen zoals men wil, sociale contacten kunnen onderhouden e.d. mét de hulp en ondersteuning die men daarbij krijgt. Het gaat er dus niet om of iemand beperkingen heeft, maar of hij of zij naar eigen oordeel behoorlijk kan functioneren in het dagelijks leven. Er wordt onderscheid gemaakt naar verschillende leefdomeinen:

- *mobiliteit*: kan men gaan en staan waar men wil en wanneer men wil;
- *zelfverzorging*: kan men zelf bepalen hoe en wanneer men zichzelf verzorgt;
- *bezigheden en taken in en om het huis*: kan men zelf bepalen hoe en wanneer taken in en om het huis gedaan worden, zoals de verzorging en opvoeding van kinderen, huishoudelijke werkzaamheden, onderhoud van de tuin e.d.
- *geldbesteding*: kan men rondkomen van het inkomen en geld besteden zoals men zelf wil;
- *tijdsbesteding en ontspanning*: kan men zelf bepalen wat men doet in de (vrije) tijd en wanneer men dat wil doen;
- *sociale contacten en relaties*: hoe vaak heeft men sociale contacten en hoe worden die ervaren;
- *betaald of vrijwilligerswerk*: doet men betaald of vrijwilligerswerk en heeft men voldoende mogelijkheden om daar een goede invulling aan te geven;
- *onderwijs, cursussen en opleidingen*: heeft men mogelijkheden opleidingen of cursussen naar keuze te volgen.

Figuur 1 laat zien welke domeinen mensen zelf noemen als de belangrijkste om het leven te kunnen leiden zoals zij willen. Daarbij kunnen drie mogelijkheden worden aangekruist (figuur 1).

Figuur 1 De belangrijkste zaken om te leven zoals ik wil, zijn:



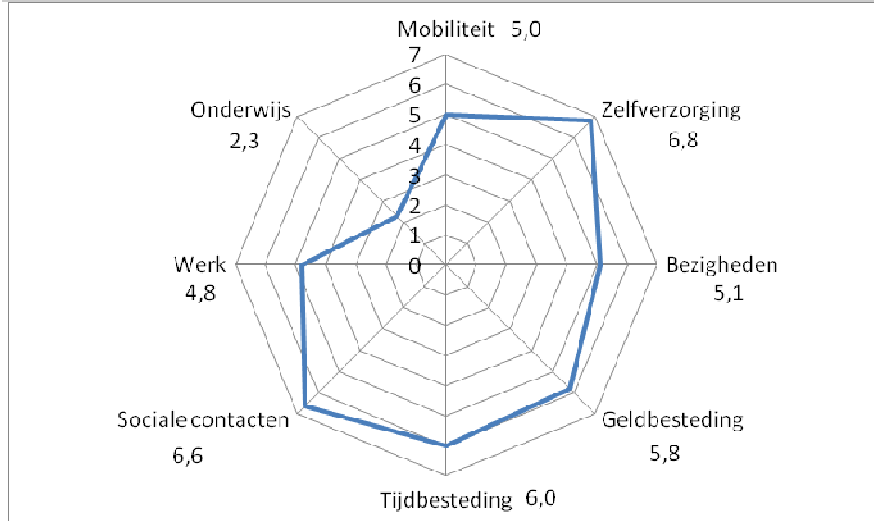
N=479

Uit de antwoorden blijkt dat mobiliteit – kunnen gaan en staan waar men wil – voor thuiszorgcliënten de belangrijkste factor is voor de kwaliteit van leven: 72% noemt dit bij de drie belangrijkste zaken. Daarna worden persoonlijke verzorging (54%), sociale contacten (47%) en voldoende inkomen (45%) genoemd. Bezigheden en taken in en om het huis en (vrije)tijdsbesteding worden minder vaak genoemd (29 resp. 20%). En maar heel weinig mensen noemen betaald of vrijwilligerswerk of de mogelijkheid om cursussen of opleidingen te volgen als belangrijkste factoren die het welbevinden bepalen. Dat heeft uiteraard te maken met het feit dat het hier voornamelijk gaat om ouderen.

### Waar ervaart men de belangrijkste beperkingen?

Vervolgens is gevraagd hoe mensen naar hun eigen oordeel op deze leefdoelgebieden functioneren. Daarbij kon men kiezen uit 'zeer goed', 'goed', 'redelijk', 'matig' of 'slecht'. De score wordt bepaald als het ongewogen gemiddelde van de antwoorden op de betreffende vragen. Figuur 2 toont de resultaten.

**Figuur 2 Oordeel thuiszorgcliënten over het functioneren op verschillende leefdomeinen (schaal 0-10)**



Scores: 10 = zeer goed, 7,5 = goed, 5 = redelijk, 2,5 = matig, 0 = slecht  
 Vragen over werk en onderwijs zijn voor veel respondenten (veelal ouderen) niet van toepassing en niet ingevuld. Uitslagen op deze domeinen hebben daardoor weinig betekenis.

Het oordeel van respondenten over hun (zelf)redzaamheid en participatie op verschillende leefdomeinen varieert. De rapportcijfers lopen uiteen van 5,0 tot 6,8 voor de domeinen die bij iedereen een rol spelen. Autonomie op het gebied van zelfverzorging laat de hoogste score zien (score 6,8). Daarbij gaat het om zaken zoals wassen, aankleden, zichzelf verzorgen, naar het toilet kunnen gaan, zelf bepalen wanneer men wil opstaan, eten, drinken e.d., al dan niet met de hulp die men daarbij krijgt.

Ook op het gebied van sociale contacten en relaties vinden mensen dat zij redelijk tot goed kunnen functioneren (score 6,6). Het zwaarstwegend daarbij is de omgang met dierbaren.

Over de mate waarin zij kunnen gaan en staan waar zij willen, en bezigheden/taken in en om het huis kunnen (laten) uitvoeren, zijn de ondervraagden het minst positief (score 5,0 en 5,1). Gaan en staan binnenshuis gaat redelijk goed, maar met name de uitstapjes over langere afstanden vormen een knelpunt: 38% van de mensen geeft aan dat hun (zelf)redzaamheid op dat gebied slecht is. Bij de bezigheden in en om het huis worden vooral beperkingen gevoeld bij het doen of laten doen van zwaarder huishoudelijk werk.

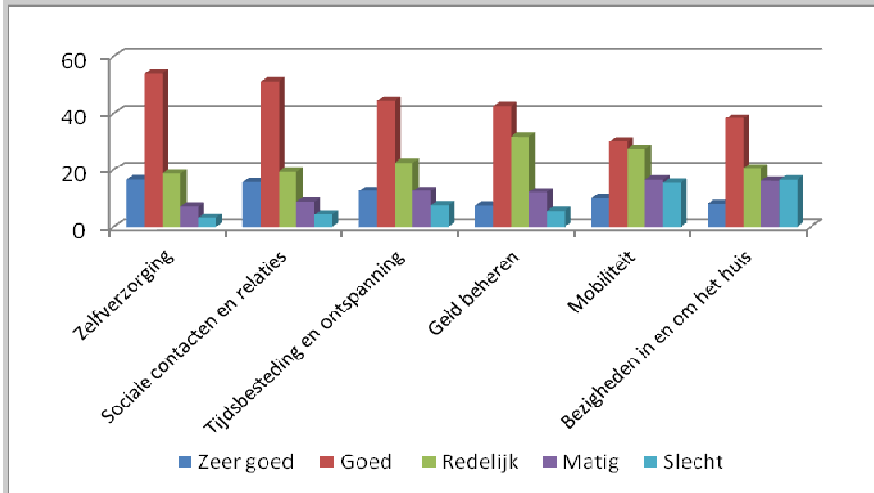


Op het gebied van geldbesteding is mensen gevraagd of zij met hun inkomen kunnen betalen wat zij echt nodig vinden en of zij hun geld kunnen besteden zoals zij dat zouden willen. Hier is de gemiddelde score 5,8. Ongeveer 18% vindt hun mogelijkheden op dit gebied 'matig' of 'slecht'.

De lage scores op het gebied van (betaald) werk en cursussen/opleidingen hebben maar beperkte zeggingskracht, omdat deze vragen slechts door weinig respondenten zijn ingevuld. De thuiszorgcliënten die aan de pilot hebben deelgenomen zijn voornamelijk ouderen (gemiddelde leeftijd 80 jaar) van wie er maar weinig betaald of vrijwilligerswerk doen c.q. opleidingen en cursussen volgen. De meeste respondenten geven aan dat zij daar ook geen behoefte aan hebben. Wel is het opvallend dat degenen die deze vragen wel hebben beantwoord, vrij negatief oordelen over de mogelijkheden op dit gebied. Van de 66 mensen die de vraag over mogelijkheden om betaald of vrijwilligerswerk te doen hebben beantwoord, noemt een derde de mogelijkheden matig of slecht. En van de 32 mensen die de mogelijkheden hebben beoordeeld om opleidingen of cursussen te volgen, noemt tweederde deze mogelijkheden matig of slecht.

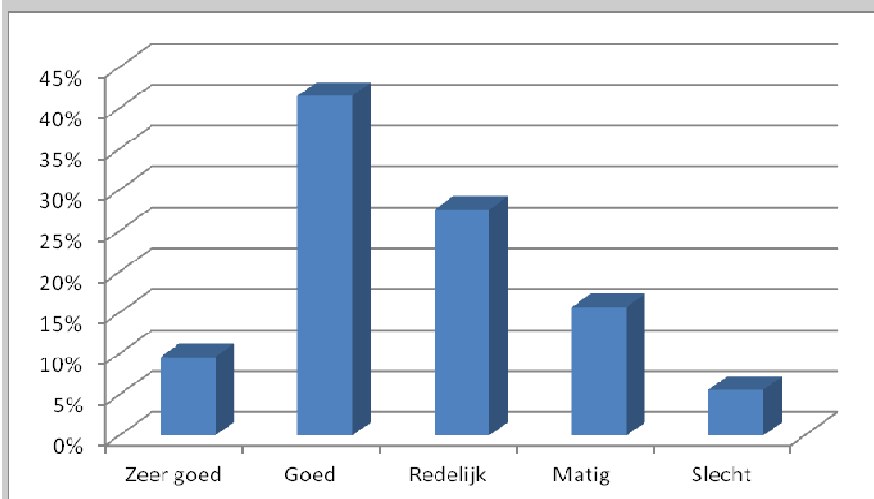
Naast het gemiddelde beeld dat uit de rapportcijfers naar voren komt, is het relevant om naar de spreiding te kijken (figuur 3). Dan blijkt dat één op de drie mensen (32%) matig tot slecht in staat is te gaan en staan waar zij willen. Eveneens één op de drie (33%) beoordeelt zijn mogelijkheden om bezigheden en taken in en om het huis te (laten) doen als matig of slecht. 20% heeft moeite om zelf te bepalen hoe zij hun (vrije) tijd invullen en 18% heeft moeite om financieel rond te komen. Mogelijkheden tot zelfverzorging worden door maar weinig mensen (3%) als slecht beoordeeld. Ook mogelijkheden om sociale contacten en relaties te onderhouden worden door weinigen (5%) als slecht beoordeeld.

Figuur 3 Spreiding in ervaren (zelf)redzaamheid per leefdomein



Naast het oordeel over het functioneren op de onderscheiden leefdomeinen is mensen ook nog eens in algemene bewoordingen gevraagd of zij kunnen leven op de manier zoals zij het willen. Ruim de helft antwoordt dat zij goed tot zeer goed kunnen leven zoals zij willen. 27% beoordeelt dit als redelijk, 16% als matig en 6% als slecht (figuur 4).

Figuur 4 Mijn mogelijkheid om te leven op de manier zoals ik het wil is:

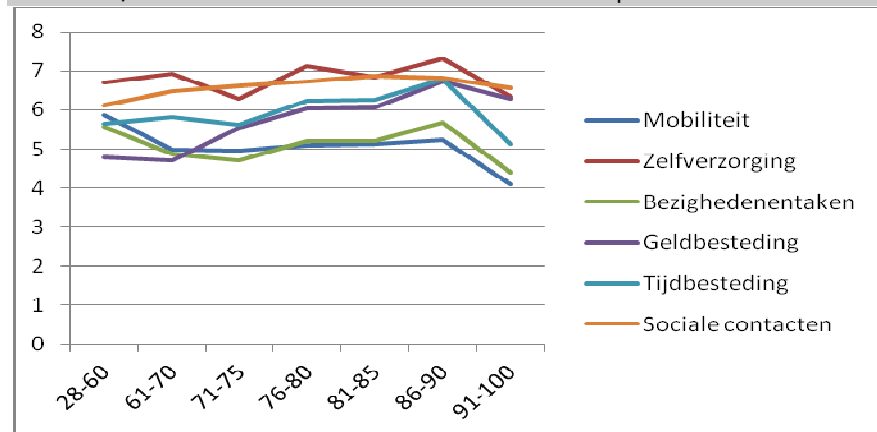


N=446

## Verschillen naar leeftijd, geslacht en woonsituatie

De IPA maakt het mogelijk om te analyseren of er verschillen tussen bijvoorbeeld mannen en vrouwen, jongeren en ouderen, samenwonenden en alleenwonenden zijn in de mate van zelfredzaamheid en participatie. Uit de analyses komt geen samenhang tussen geslacht en zelfredzaamheid naar voren. Ook is er geen systematisch verband tussen leeftijd en zelfredzaamheid tot een leeftijd van ongeveer 87 jaar. Boven die leeftijd is er een duidelijke afname in de zelfredzaamheid zoals mensen die ervaren. Dat geldt voor alle leefdomeinen (figuur 5).

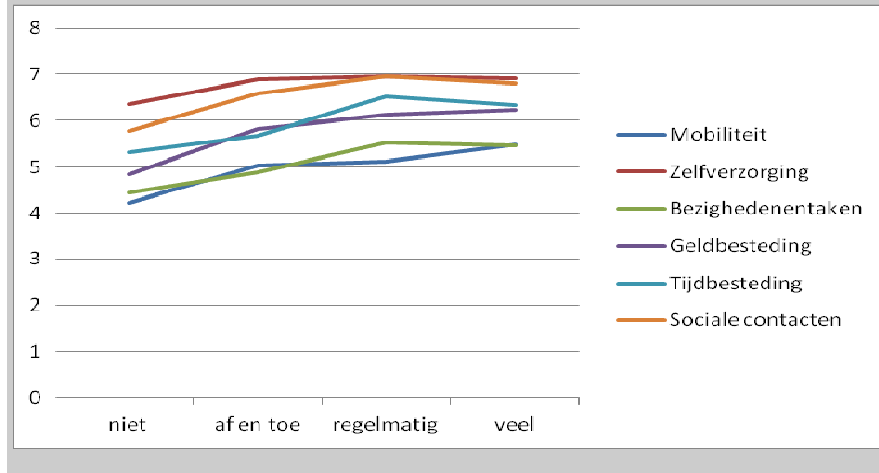
**Figuur 5 Tot circa 87 jaar geen samenhang tussen leeftijd en ervaren zelfredzaamheid, daarna een afname van zelfredzaamheid op alle leefdomeinen**



Mensen die samenwonen met hun partner of anderen (bijvoorbeeld kinderen of broer/zus) blijken minder zelfredzaam dan mensen die alleen wonen. Dit is significant voor alle leefdomeinen behalve sociale contacten en relaties.

Een andere belangrijke uitkomst is dat mensen die informele ondersteuning ontvangen van bijvoorbeeld kinderen, familie, burens of vrijwilligers, beter scoren wat betreft ervaren (zelf)redzaamheid dan mensen die geen of weinig informele ondersteuning ontvangen (figuur 6). Informele hulp verbetert het ervaren functioneren op alle leefdomeinen.

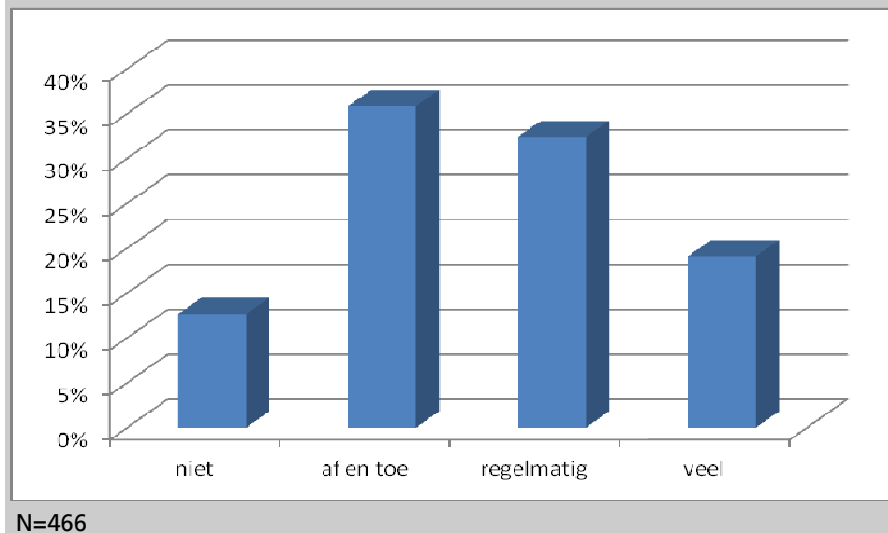
Figuur 6 Meer informele ondersteuning gaat samen met meer zelfredzaamheid



### 3 Gebruik en belang van hulp en ondersteuning

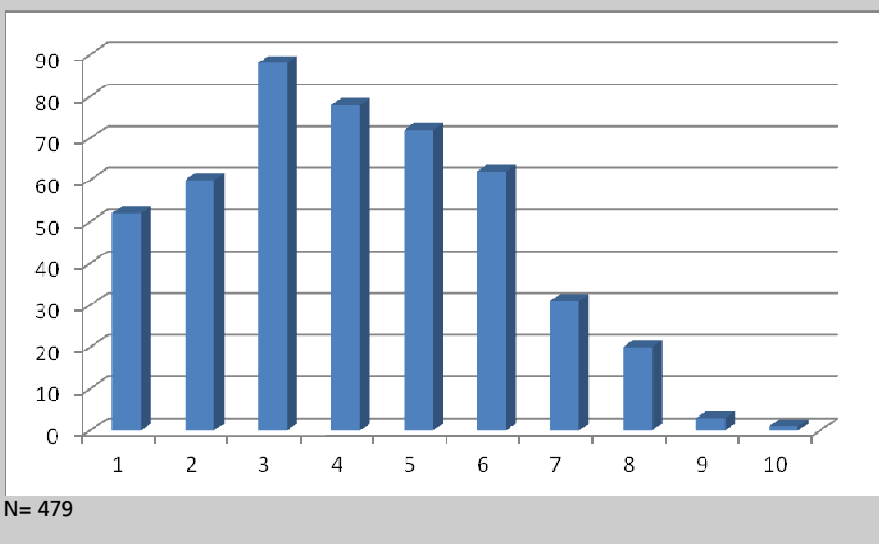
De IPA brengt ook in kaart welke (vormen van) professionele en informele ondersteuning mensen ontvangen en hoe belangrijk zij die ondersteuning vinden. Bijna 90% van de respondenten wordt geholpen door familie en vrienden. In een derde van de gevallen (36%) is dat incidenteel; 32% krijgt regelmatig (1 à 2 keer per week) en ongeveer één op de vijf mensen krijgt veel ondersteuning (meer dan 2 keer per week hulp van familie en vrienden). Dertien procent van de mensen krijgt geen ondersteuning uit het eigen netwerk.

Figuur 7 Informele ondersteuning aan cliënten thuiszorg



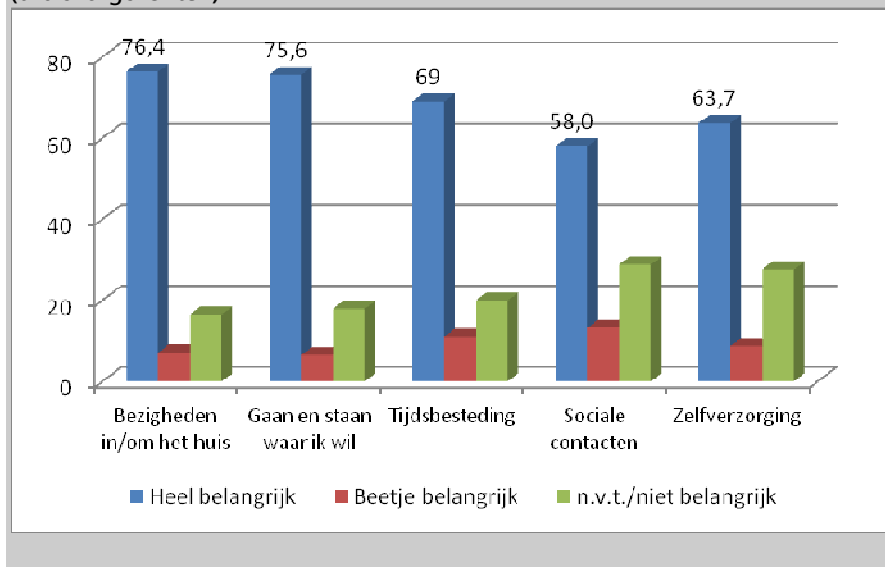
Alle respondenten hebben daarnaast professionele ondersteuning, in de vorm van hulpmiddelen (rollator, scootmobiel, woningaanpassing, traplift), voorzieningen als een regiotaxi of maaltijdvoorziening, of huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, dagbesteding, etc. (zie bijlage 3 voor een overzicht van ondersteuningsvormen). Huishoudelijke hulp, particulier of van de thuiszorg, is de meest voorkomende vorm van ondersteuning (88% van de cliënten), gevolgd door persoonlijke verzorging (53%) en ondersteuning bij mobiliteit (rollator 66%, regiotaxi 48%). Meestal gaat het om een arrangement van meerdere vormen van ondersteuning, variërend van één tot tien. Gemiddeld ontvangen respondenten 4 vormen van hulp of hulpmiddelen.

**Figuur 8** Indeling cliënten thuiszorg naar aantal ondersteuningsvormen



De formele en informele ondersteuning is voor de meeste cliënten erg belangrijk voor hun functioneren op vrijwel alle leefdoeinen. Figuur 9 laat dat zien.

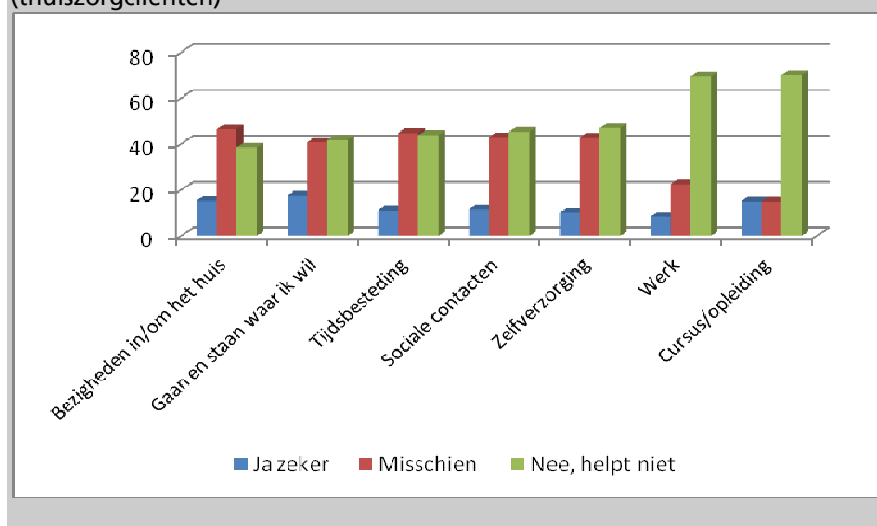
**Figuur 9** Belang van ondersteuning bij functioneren op leefdoeinen (thuiszorgcliënten)



De ondersteuning wordt vooral belangrijk gevonden om taken en bezigheden in en om het huis te kunnen verrichten en te kunnen gaan en staan waar men wil; ruim 75% noemt de ondersteuning heel belangrijk om op deze gebieden goed te kunnen functioneren. Ondersteuning op het gebied van werk en opleidingen is voor veel cliënten niet van toepassing en wordt ook het minst belangrijk gevonden.

Aan respondenten is ook gevraagd of hun functioneren op de verschillende leefdoelgebieden zou kunnen verbeteren als zij meer of andere ondersteuning zouden krijgen. Uit de antwoorden blijkt dat ongeveer één op de zes mensen denkt dat hun zelfredzaamheid met betrekking tot taken in en om het huis zou kunnen verbeteren met meer of andere ondersteuning. Een zelfde uitkomst is er op het gebied van mobiliteit. Dit zijn precies ook de twee terreinen waarop mensen hun zelfredzaamheid het laagst waarden (figuur 2 op bladzijde 7). Ongeveer één op de tien mensen denkt dat hun mogelijkheden om sociale contacten te onderhouden, hun (vrije) tijd te besteden en zich zelf te verzorgen kunnen verbeteren met meer ondersteuning. De overigen weten niet of dat zou helpen of denken dat het niet helpt. Op het gebied van werk en cursussen zien maar weinig respondenten verbeterpotentie.

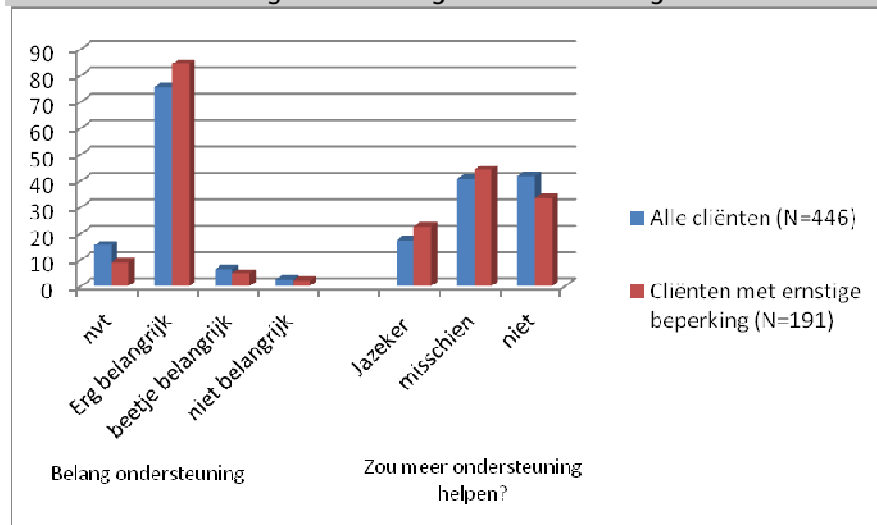
**Figuur 10** Zou meer of andere ondersteuning uw functioneren verbeteren? (thuiszorgcliënten)



Het is interessant om na te gaan of mensen die zich in hun functioneren het meest beperkt voelen, ook het grootste belang hechten aan ondersteuning. Figuur 11 laat zien dat dit voor mobiliteit inderdaad opgaat: de mensen die

zich het meest beperkt voelen in hun bewegingsvrijheid, vinden ondersteuning belangrijker dan mensen met minder beperkingen, zoals men zou verwachten. Ook blijkt dat mensen met de ernstigste beperkingen meer dan gemiddeld verwachten dat hun functioneren zou kunnen verbeteren met meer of andere vormen van ondersteuning.

**Figuur 11 Mensen met de ernstigste beperkingen\* op het gebied van mobiliteit hechten het grootste belang aan ondersteuning**



\* Cliënten met ernstige beperkingen zijn degenen die hun zelfredzaamheid op het gebied van mobiliteit als matig of slecht ervaren.

Het geheel overziend blijkt dat respondenten mét de bestaande ondersteuning (zowel formeel als informeel) naar hun eigen oordeel over het algemeen in staat zijn redelijk tot goed te functioneren op belangrijke leefdoelgebieden. De relatief lage score voor mobiliteit is een belangrijk punt van aandacht, te meer omdat respondenten dit als de belangrijkste voorwaarde aanmerken om hun leven te kunnen leiden zoals zij willen.



---

## 4 Respons en ervaringen met het invullen van de enquête

De IPA is uitgezet bij zes zorginstellingen in verschillende delen van het land. Medewerkers van de instellingen hebben de vragenlijst uitgereikt aan cliënten met een toelichting op het doel van de enquête en het verzoek de enquête in te vullen. Er heeft vooraf geen selectie plaatsgevonden van cliënten die al dan niet aan de pilot zouden meewerken. De vragenlijsten zijn bij een volgend bezoek van de verzorgende of begeleider weer ingenomen.

De respons onder thuiszorgcliënten is met 54% goed. Vrijwel alle vragenlijsten werden volledig ingevuld, wat duidt op begrijpelijke vragen en een acceptabele lengte. Dat wordt bevestigd door de positieve reacties van diverse cliënten die de IPA een fijne, makkelijke vragenlijst vonden.

Cliënten hadden zelf de verantwoordelijkheid om de vragenlijst in te vullen. De verzorgenden die de vragenlijst aan thuiszorgcliënten hebben overhandigd en ook weer ingenomen, hebben daarbij niet geholpen. Uit sommige toelichtende opmerkingen (“meneer/mevrouw heeft ..”) blijkt dat een aantal cliënten wel hulp heeft gehad bij het invullen, mogelijk van familie of vrienden.

Respondenten met licht verstandelijke beperkingen bleken vaak niet in staat de vragenlijst helemaal zelfstandig in te vullen. Hier hebben verzorgenden regelmatig een helpende hand geboden, bijvoorbeeld wanneer vragen niet goed werden begrepen. Voor 14 van 31 ondervraagden bleek de vragenlijst te moeilijk om zonder hulp in te vullen. Voor mensen met een psychische beperking was de vragenlijst goed in te vullen. Begeleiders rapporteerden als positief neveneffect dat de vragenlijst nuttige aanknopingspunten biedt om met cliënten of hun familie in gesprek te gaan over hun functioneren.

Professionals van de betrokken thuiszorginstellingen oordelen positief over de IPA enquête. Naast herkenning vonden zij een aantal resultaten ook opvallend en nuttig als aanknopingspunten voor beleid. Voorbeelden daarvan zijn de brede aanwezigheid van informele ondersteuning bij hun cliënten, de welzijnsverhogende rol van mobiliteit en de vraag naar ondersteuning voor klussen in en om het huis.

---

## 5 Betrouwbaarheid van de vragenlijst

De IPA is door Nivel getest op interne consistentie, reproduceerbaarheid, validiteit en responsiviteit. Op al deze aspecten voldoet het instrument aan wetenschappelijke vereisten.<sup>2</sup> De tests zijn uitgevoerd onder patiënten met (voornamelijk) chronische aandoeningen, zoals multiple sclerose, arthritis, dwarslaesie en bezoekers van een huisartsenpraktijk.

Omdat NYFER de vragenlijst heeft uitgezet onder een andere populatie (thuiszorgcliënten), is met behulp van factoranalyse onderzocht of het instrument ook voor deze doelgroep valide is.<sup>3</sup> De items met betrekking tot 'werk' en 'opleiding' zijn hierbij buiten beschouwing gelaten, omdat de betreffende vragen door weinig respondenten zijn ingevuld en deze items voor de doelgroep minder relevantie hebben. Tabel 1 geeft de Cronbach's alpha voor de verschillende participatiedomeinen.<sup>4</sup>

Geschiktheid van de domeinen voor het meten van zelfredzaamheid		
	N	alpha
mobiliteit	452	0,78
zelfverzorging	462	0,79
bezigheden en taken in en om het huis	438	0,78
geldbesteding	451	0,83
tijdsbesteding en ontspanning	442	0,79
sociale contacten en relaties	447	0,82

De analyse bevestigt dat de IPA ook voor thuiszorgcliënten een geschikte vragenlijst is om autonomie en participatie (zelfredzaamheid) te meten.

Vervolgens is getest of de afzonderlijke vragen bijdragen aan het verklaren van het functioneren op het betreffende domein. Ook dat levert positieve resultaten op. Ten slotte is onderzocht of er samenhang is tussen de scores van respondenten op zelfredzaamheid en hun algemene beoordeling van de kwaliteit van leven. De samenhang is significant op 99% betrouwbaarheidsniveau. Een uitgebreid verslag van de meetresultaten is op verzoek bij NYFER verkrijgbaar.

---

<sup>2</sup> Voor een uitgebreide toelichting en meetresultaten, zie [www.meetinstrumentenzorg.nl](http://www.meetinstrumentenzorg.nl).

<sup>3</sup> NYFER heeft in dit onderzoek nauw samengewerkt met de Utrecht School of Economics van de Universiteit Utrecht.

<sup>4</sup> Een waarde boven 0,7 duidt aan dat de factor bijdraagt aan het verklaren van 'zelfredzaamheid'.

---

## 6 Toepassingsmogelijkheden voor gemeenten

Gemeenten kunnen de IPA gebruiken om inzicht te verkrijgen in de zelfredzaamheid en participatie van cliëntengroepen die vanuit de Awbz overkomen naar de Wmo. Daarmee krijgen zij de beschikking over een ‘nulmeting’ van de (zelf)redzaamheid en participatie zoals cliënten die zelf ervaren. Op basis daarvan kunnen concrete, meetbare doelen worden geformuleerd voor de Wmo. Door de meting een jaar later te herhalen kan worden vastgesteld of de doelen worden bereikt.

De IPA biedt ook inzicht in het gebruik dat mensen maken van formele en informele voorzieningen. Veel gemeenten werken aan nieuwe doelmatiger vormen van ondersteuning en willen zwaarder inzetten op de eigen kracht en ‘samenkracht’ van hun inwoners. Met de IPA kan worden nagegaan wat deze veranderingen voor mensen betekenen in termen van zelfredzaamheid en participatie. Daarmee is de IPA een instrument voor kwaliteitsbewaking.

Door over de jaren heen te monitoren hoe de zelfredzaamheid en participatie van kwetsbare inwoners zich ontwikkelen gegeven het aanbod van formele en informele ondersteuning, krijgen gemeenten steeds meer inzicht in de effectiviteit van ondersteuningsarrangementen. Hierdoor kunnen zij doelmatiger inkopen en komt ‘sturen op uitkomsten’ een stap dichterbij.

Last but not least, stelt de IPA gemeenten in staat rechtstreeks van hun inwoners te horen wat belangrijk is voor hun zelfredzaamheid en participatie en welke voorzieningen daaraan bijdragen.

---

## 7 Conclusies en discussie

Het algehele beeld dat naar voren komt uit de meting met de IPA vragenlijst onder thuiszorgcliënten is dat van een groep ouderen die redelijk tot goed functioneren met de ondersteuning die zij ontvangen vanuit de Wmo en Awbz regelingen.

De opgave waar gemeenten en aanbieders voor staan, is om de komende jaren de (zelf)redzaamheid van een groeiende groep ouderen op peil te houden of te verbeteren tegen lagere kosten. Een IPA meting kan als nulmeting (referentiewaarde) dienen om de effecten van de nieuwe Wmo op (zelf)redzaamheid van ouderen aan af te meten. Het is daarmee een instrument voor kwaliteitsbewaking.

Tegelijkertijd bieden de resultaten van het onderzoek een aantal concrete aanknopingspunten voor het nieuwe Wmo beleid. De belangrijkste daarvan zijn:

- ✓ een algemene aanname is dat meer integraliteit en minder versnippering in het aanbod van ondersteuning tot grotere doelmatigheid zal leiden. Het onderzoek laat zien welke combinaties van ‘producten’ veel voorkomen. Op basis daarvan kunnen gemeenten en zorginstellingen bezien of er winst te behalen valt in het bundelen van producten;
- ✓ het meest opvallende resultaat van dit onderzoek is de grote rol die mobiliteit lijkt te spelen bij de zelfredzaamheid van ouderen. Tegelijkertijd wordt het functioneren op dit domein vrij laag gewaardeerd, met name waar het mobiliteit buitenshuis en over grotere afstanden betreft. Veel mensen die zich beperkt voelen in hun mogelijkheden te gaan en staan waar zij willen, denken dat er mogelijkheden zijn om dit te verbeteren.

Het is heel wel denkbaar dat mobiliteit een kritische succesfactor is in de zelfredzaamheid van ouderen. Dat kan betekenen dat verbeteringen daarin een zodanige positieve uitwerking hebben op het welbevinden van mensen, dat ze een remmend effect hebben op de behoefte aan ondersteuning op andere leefdomeinen. Een soortgelijk effect is aangetoond voor het hebben van werk bij mensen met een psychiatrische of licht verstandelijke beperking.

In de wetenschap dat de groep ouderen in de toekomst fors zal groeien en bestaat uit mensen die een grotere actieradius gewend zijn, is een nieuwe kijk op mobiliteit wellicht aan de orde. Faciliteiten in de algemene en collectieve sfeer die het ouderen mogelijk maken zich te blijven verplaatsen, ook als zij met beperkingen te maken krijgen, zouden weleens veel kosteneffectiever kunnen blijken dan individuele vervoersvoorzieningen. Een scootmobiel-proof OV is geen gekke gedachte;

- ✓ het animo om vrijwilligerswerk te doen is gering onder de respondenten. De hoge leeftijd (55% is ouder dan 80 jaar) speelt daarbij waarschijnlijk een rol. Dit toont wel aan dat het wederkerigheidsprincipe dat sommige gemeenten willen gebruiken in de Wmo, grenzen kent. In het geval van ondersteuning aan ouderen lijkt het zinvoller om buiten de cliëntengroep, bijvoorbeeld onder jongere en vitalere ouderen, te zoeken naar mensen die vrijwilligersdiensten willen verrichten;
- ✓ de grootste beperkingen ondervinden ouderen op het gebied van klussen en bezigheden in en om het huis. De tuin, onderhoud aan het huis en het zwaardere huishoudelijk werk worden hierbij vaak genoemd. Ook hier zou meer ondersteuning kunnen helpen volgens de ouderen zelf. Een goedkope klussendienst die ouderen zelf betalen voorziet wellicht in die behoefte. Maar ook de aanwezigheid van geschikte seniorenwoningen is een aandachtspunt voor gemeentelijk beleid;
- ✓ ten slotte is het van belang om alert te zijn op veranderende behoeften van een nieuwe generatie ouderen. Zo blijkt dat cliënten die graag een cursus zouden volgen, vaak niet kunnen vinden wat zij zoeken. Het gaat nu om een kleine groep (minder dan 10% van de respondenten), maar het zou weleens om een voorhoedegroep kunnen gaan. Het is zaak die vraag te blijven volgen en de ontwikkeling van cursusaanbod aan te moedigen. Dat kan in de collectieve maar ook in de commerciële sector: de nieuwe generatie ouderen beschikt ook over meer bestedingsruimte.

---

## Bijlage 1. Toelichting IPA

De IPA is een vragenlijst die in 1998 vanuit de revalidatiegeneeskunde door Nivel is ontwikkeld om de zelfredzaamheid en participatie van mensen met een beperking te meten.<sup>5</sup> De vragenlijst wordt in binnen- en buitenland gebruikt en voldoet aan wetenschappelijke vereisten van betrouwbaarheid, validiteit en responsiviteit.

De IPA meet hoe mensen in het dagelijks leven functioneren op een achttal leefdoelgebieden:

- mobiliteit (gaan en staan waar en wanneer men wil)
- zelfverzorging
- bezigheden en taken in en om het huis
- geldbesteding
- tijdsbesteding en ontspanning
- sociale contacten en relaties
- betaald werk of vrijwilligerswerk
- onderwijs, cursussen en opleiding

Sterke punten van de IPA (in vergelijking met andere vragenlijsten) zijn:

- de IPA neemt het perspectief en de ervaring van de cliënt zelf als uitgangspunt
- de IPA meet het functioneren (*performance*) van mensen, mét de hulp en/of hulpmiddelen die zij hebben
- de IPA sluit goed aan bij de leefdoelgebieden (prestatievelden) die in de Wmo centraal staan
- de vragenlijst is generiek (los van specifieke beperkingen) en daarmee geschikt voor iedere volwassene
- de IPA voldoet aan methodologische eisen van betrouwbaarheid en responsiviteit
- de vragen zijn eenvoudig in te vullen: het taalgebruik is afgestemd op een breed publiek.

NYFER heeft de IPA, in overleg met Nivel, aangevuld met een aantal vragen die inzicht geven in de vraag hoe belangrijk de ontvangen hulp en ondersteuning zijn voor het zelfstandig functioneren van mensen.

---

<sup>5</sup> Cardol, M., 2004: *Vragenlijst 'Impact op Participatie en Autonomie'*, Nivel, Utrecht. Voor een bespreking van de IPA zie ook [www.meetinstrumentenzorg.nl](http://www.meetinstrumentenzorg.nl).

---

## Bijlage 2. Deelname aan de pilot

De pilot heeft plaatsgevonden onder cliënten van zes zorginstellingen die actief zijn op het gebied van extramurale zorg aan ouderen, mensen met een verstandelijke beperking en mensen met psychische problemen. Tabel B1 toont de deelnemende zorginstellingen en aantallen respondenten. De pilot omvat 479 personen die thuiszorg ontvangen, voornamelijk ouderen, 32 mensen met een verstandelijke beperking en 17 mensen met psychische problematiek.

Tabel B1. Deelnemers aan de IPA-pilot

Zorginstelling	Locatie	Regio	Doelgroep	Aantal resp.
Aveleijn	Borne	Twente	LVB	32
Zorggroep Elde	Boxtel	Boxtel e.o.	ouderen	154
Livio	Enschede	Twente	thuiszorg	89
Evean	Purmerend	Zaanstreek	thuiszorg	88
Evean	Krommenie	Zaanstreek	thuiszorg	67
Sensire	Varsseveld	Achterhoek	thuiszorg	81
RIBW	Enschede	Twente	psychische problematiek	17
Totaal				528

Zes vragenlijsten zijn terzijde gelegd, omdat slechts een gering aantal vragen is ingevuld. Dit betekent dat 522 respondenten in het onderzoek zijn betrokken. Ook in deze vragenlijsten zijn soms vragen overgeslagen, maar wanneer meer dan 60% van de vragen per onderwerp is ingevuld, zijn deze antwoorden in de analyse meegenomen.

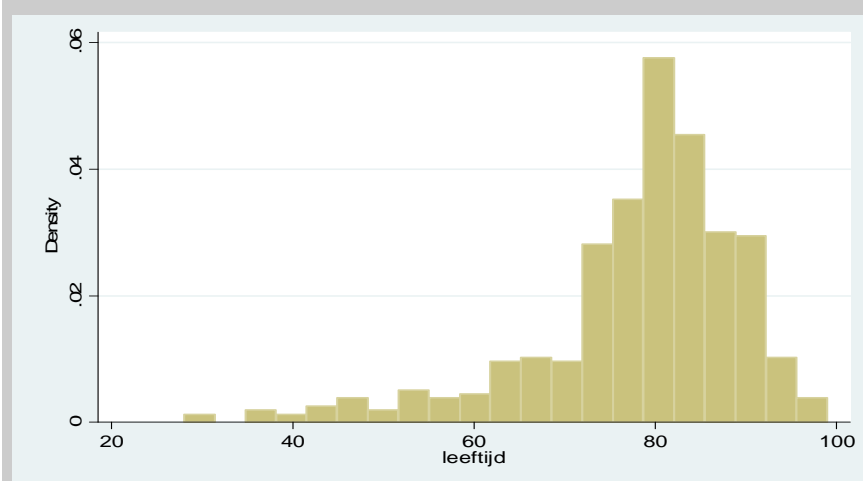
### Bijlage 3 Kenmerken van respondenten

De vragenlijst is uitgezet onder mensen die thuiszorg ontvangen (voornamelijk ouderen), en op kleine schaal ook onder mensen die extramurale begeleiding ontvangen op grond van een verstandelijke beperking of een psychische stoornis. De kenmerken van deze groepen verschillen aanzienlijk van elkaar. Omdat alleen de groep thuiszorgcliënten van voldoende omvang was om statistisch betrouwbare uitkomsten te genereren, zijn in deze rapportage alleen de uitkomsten voor thuiszorgcliënten gepresenteerd.

#### Persoonskenmerken

Ontvangers van thuiszorg zijn vooral ouderen: het zwaartepunt ligt bij mensen tussen de 80 en 90 jaar oud.

Figuur B1 Leeftijdsopbouw respondenten thuiszorg



N=479

72% van de respondenten is vrouw, 28% betreft mannen. Bijna tweederde van de cliënten woont alleen, iets minder dan een derde woont met zijn/haar partner en 3,4% van de cliënten woont samen met anderen, bijvoorbeeld broer of zus. 88% van de cliënten heeft inkomen uit Aow; daarvan heeft ongeveer een kwart alléén Aow, de overigen Aow met een aanvullend pensioen. Acht procent heeft een arbeidsongeschiktheids- of Wajonguitkering, soms aangevuld met een andere vorm van inkomen. Slechts twaalf cliënten (2,6%) hebben inkomen uit betaald werk.



Tabel B2 Overzicht kenmerken cliënten thuiszorg

Geslacht	vrouw	338	72.1%
	man	131	27.9%
Leeftijd	jonger dan 40 jaar	6	1.3%
	40-50 jaar	12	2.6%
	50-60 jaar	19	4.1%
	60-70 jaar	37	8.0%
	70-80 jaar	132	28.6%
	80-90 jaar	197	42.6%
	ouder dan 90 jaar	59	12.8%
Woonsituatie	alleen	303	64.9%
	met partner	148	31.7%
	met anderen	16	3.4%
Ondersteuning van familie, vrienden	niet	59	12.7%
	af en toe	167	35.8%
	regelmatig	151	32.4%
	veel	89	19.1%
Professionele hulp/hulpmiddelen	rollator	314	65.6%
	rolstoel	125	26.1%
	scootmobiel	100	20.9%
	traplift	45	9.4%
	woningaanpassing	168	35.1%
	vervoersvoorziening	228	47.6%
	maaltijdvoorziening	110	23.0%
	hh. hulp (thuiszorg of part.)	420	87.7%
	persoonlijke verzorging	253	52.8%
	individuele begeleiding	41	8.6%
	dagbesteding	42	8.8%
	maats.werk/schuldh/bewindv	15	3.1%
Inkomen/uitkering	inkomen uit werk	12	2.6%
	Aow	404	88.0%
	Wwb (bijstandsuitkering)	11	2.4%
	arbeidsongeschiktheidsuitkering	30	6.5%
	Wajong uitkering	8	1.7%
	pensioen	296	64.5%
	anders	22	4.8%

N=479