



MKBA Odensehuis Amsterdam

- Het rendement van indicatievrije dagbesteding voor mensen met dementie -

Opgesteld door:

LPBL: Merei Lubbe en Veroni Larsen

Op verzoek van: Het Odensehuis Amsterdam en gemeente Amsterdam

Datum: oktober 2025



Inhoud

1. Inleiding.....	1
1.1. Aanleiding en vraagstelling.....	1
1.2. Aanpak en leeswijzer.....	1
2. Het Odensehuis Amsterdam.....	3
2.1. Probleemanalyse en werkwijze	3
2.2. Effecten in beeld.....	6
3. Effectiviteit.....	9
3.1. Doelgroep.....	9
3.2. Kosten Odensehuis	12
3.3. Effectiviteit.....	12
4. Resultaat MKBA	16
4.1. Resultaten terugkijkend	16
4.2. Doorkijk naar de toekomst (potentie).....	20
5. Conclusie en advies	24
Bijlagen	
Bijlage I. Acht stappen van een MKBA.....	26
Bijlage II. Werkwijze EffectenArena en dossieranalyse	28
Bijlage III. Kengetallen zorg- en trajectkosten.....	31
Bijlage IV. Kengetallen ziektelast- RIVM.....	31
Bijlage V. Literatuurlijst	32
Bijlage VI. Cockpit Potentie-scenario	33



1. Inleiding

1.1. Aanleiding en vraagstelling

Het Odensehuis in Amsterdam is sinds 2009 een ontmoetingsplek voor mensen met (beginnende) dementie of geheugenproblemen, mantelzorgers, hun familie en vrienden. In de ondersteuning staan laagdrempeligheid, gezamenlijke verantwoordelijkheid en eigen regie centraal. Een diagnose of (tot voor kort) een indicatie zijn niet nodig om mee te mogen doen. Deelnemers (mensen met dementie, mantelzorgers en vrijwilligers) zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de organisatie: iedereen doet naar vermogen mee en in principe is niet zichtbaar wie 'ziek' is en wie niet. Deelnemers en mantelzorgers bepalen zelf wanneer en hoe vaak ze willen komen: niets hoeft en alles kan. Het streven is dat er een ecosysteem ontstaat, waarin mensen met dementie zo lang mogelijk zelfstandig kunnen functioneren en op een plezierige manier deel kunnen nemen aan de samenleving.

Uit eerder onderzoek naar vergelijkbare interventies is gebleken dat deelnemers en mantelzorgers veel meerwaarde ervaren. Het gaat in de eerste plaats om een prettige dagbesteding, vermindering van eenzaamheid en ervaren steun (kwaliteit van leven). Daarnaast dragen de Odensehuizen mogelijk ook bij aan het voorkomen of uitstellen van zwaardere vormen van zorg. De verwachting is dat de meerwaarde van de Odensehuizen in de toekomst alleen maar zal toenemen, vanwege de dubbele vergrijzing en de daarmee gepaard gaande extra vraag naar zorg en ondersteuning.

De gemeente Amsterdam en het Odensehuis willen daarom graag zicht krijgen op het (potentiële) maatschappelijke rendement van de interventie. In het kader van de toekomstige financiering van het Odensehuis is de verdeling van de kosten en de baten daarbij een specifiek aandachtspunt. LPBL is gevraagd om hiervoor een maatschappelijke kosten baten analyse (MKBA) op te stellen van het Odensehuis.

Een MKBA brengt op systematische wijze alle voor- en nadelen van een interventie onder één noemer. Dat gebeurt door de effecten van het Odensehuis te vergelijken met de situatie waarin dit er niet zou zijn. De baten worden net als de kosten uitgedrukt in euro's. Dit geldt ook voor de zaken die niet direct een prijskaartje hebben, zoals kwaliteit van leven of je veilig voelen. Een MKBA kijkt dus naar zowel financiële als ook immateriële waarden. Daarnaast worden alle partijen betrokken in de analyse, dus niet alleen de partijen die investeren, maar ook de deelnemers zelf en hun omgeving. Tot slot geeft een MKBA inzicht in de belangrijkste sleutels voor succes: welke werkzame mechanismen dragen bij aan het succes? En bij wie vallen de kosten en de baten? Deze inzichten kunnen worden toegepast bij het verder opschalen en doorgroeien van het Odensehuis.

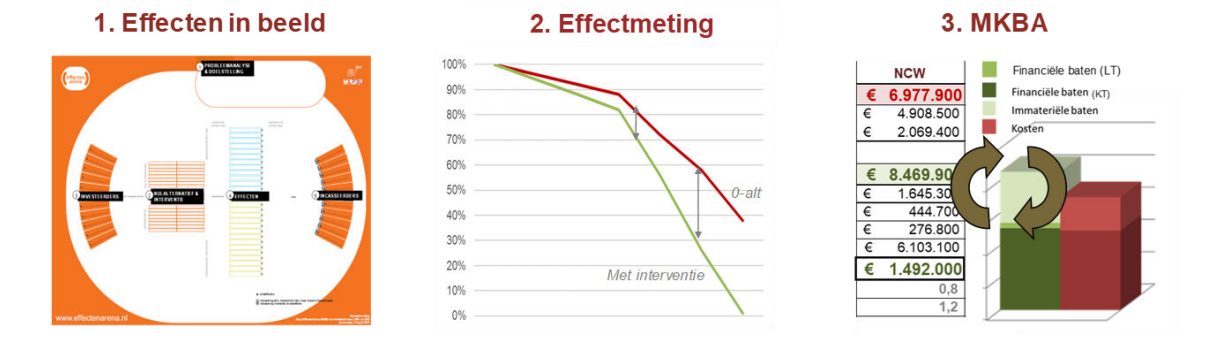
1.2. Aanpak en leeswijzer

Voor onze aanpak houden wij op hoofdlijnen het stappenplan aan uit de handreiking 'Werken aan maatschappelijk rendement, een handreiking voor opdrachtgevers van MKBA's in het sociale domein' gepubliceerd door het Ministerie van BZK¹, zie ook de bijlage voor een korte toelichting op de methodiek. De MKBA is dan ook uitgevoerd in onderstaande drie stappen:

¹ LPBL i.o.v. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Den Haag, februari 2011



Figuur 1.1: aanpak in 3 stappen



1. *Interventie en effecten in beeld.* Dit betreft het voorbereidende werk voor het opstellen van het model. Op basis van toegezonden stukken en een workshop EffectenArena op 1 juli 2025 met direct betrokkenen (o.a. medewerkers van het Odensehuis, bestuurder, casemanager dementie, vrijwilligers en mantelzorgers), is de werkwijze beschreven en afgezet tegen de 'reguliere' manier van werken. De verwachte effecten van het Odensehuis voor de deelnemers, mantelzorgers en andere leden van de maatschappij zijn beschreven (beleidstheorie). Hoofdstuk 2 geeft het resultaat hiervan.
2. *Doelgroep en effectiviteit.* In stap twee hebben we de doelgroep en de effectiviteit in kaart gebracht door een data- en dossieranalyse: wie zijn de deelnemers van het Odensehuis en in hoeverre leidt hun deelname tot effecten (bijvoorbeeld voorkomen kosten, stabilisatie of kwaliteit van leven) die anders niet waren opgetreden? Het gaat daarbij om de *netto*-effectiviteit, dus ten opzichte van het nulalternatief. Immers, als het Odensehuis er niet was geweest, hadden sommige deelnemers ook dagbesteding gehad (maar dan in een andere vorm). Hoofdstuk 3 geeft hiervan de resultaten.
3. *Opstellen MKBA.* In de derde stap is het MKBA-model opgesteld. Het effectenschema is daarbij te zien als de 'architectuur' van het model. Op basis van de aangeleverde informatie zijn kosten en netto-effectiviteit bepaald. Daar waar geen cijfers bekend zijn doen we onderbouwde aannames op basis van kengetallen of literatuuronderzoek. We laten zien wat dit betekent in termen van maatschappelijke kosten en baten. Tevens kijken we naar de potentie van het Odensehuis in de toekomst. De resultaten hiervan staan in hoofdstuk 4.

De rapportage sluit af met een aantal conclusies (hoofdstuk 5).



2. Het Odensehuis Amsterdam

In dit hoofdstuk beschrijven we de probleemanalyse en werkwijze van het Odensehuis Amsterdam (paragraaf 2.1). Daarna gaan we dieper in op de verwachte effecten (de beleidstheorie, paragraaf 2.2).

2.1. Probleemanalyse en werkwijze

Het Odensehuis vindt zijn oorsprong in Denemarken, in de stad Odense. Daar ontstond in 2000 een laagdrempelig initiatief voor en door mensen met beginnende dementie en hun mantelzorgers. In een ontspannen sfeer kunnen zij elkaar ontmoeten en informatie en advies krijgen. Geïnspireerd door een werkbezoek opende een groep betrokken inwoners uit Amsterdam in 2009 het eerste 'Odensehuis'.

Toenemende zorgvraag door dubbele vergrijzing

Op dit moment hebben we in Nederland te maken met een dubbele vergrijzing: er zijn méér ouderen en de gemiddelde leeftijd in deze groep stijgt omdat mensen ouder worden. In Nederland is inmiddels 20,8 procent van de bevolking 65-plus en de verwachting is dat dit zal toenemen naar 28 procent in 2050. In 1990 was dit nog 12,8 procent². Dit speelt, zij het in mindere mate, ook in Amsterdam. In 2024 was 13,8 procent van de bevolking boven de 65, in 2050 is dit naar verwachting 17 procent³. Daarmee neemt ook het aantal mensen met dementie toe. Eén op de tien mensen krijgt de ziekte⁴. Bij mensen boven de 85 jaar is dit zelfs één op twee. De verwachting is dat in 2030 twee keer zoveel mensen aan de ziekte van Alzheimer zullen lijden als in 2018⁵.

De vraag naar zorg neemt door deze ontwikkeling toe. Daarbij worden mensen gestimuleerd om zo lang mogelijk thuis te wonen. Enerzijds om druk op verpleeghuizen te verminderen, anderzijds omdat veel mensen dat graag willen⁶. Het is dus vooral de behoefte aan ondersteuning thuis die groeit. Daarbij kan worden gedacht aan thuiszorg, individuele ondersteuning, dagbesteding en huisartsenzorg. De kosten van de zorg lopen dan ook op. Om deze kostenstijging te beperken is in Amsterdam de ambulante begeleiding van ouderen vanuit de WMO al vervallen.

Personele krapte en onbenut vrijwilligerspotentieel

Naast de toename van de kosten is ook de personele krapte in de zorg een probleem. Dit wordt veroorzaakt door de hierboven toegenomen zorgvraag in met name de langdurige zorg. Maar ook andere problemen spelen een rol, zoals een hoog ziekteverzuim door de hoge werkdruk, hoge uitstroom en veel parttimers.

Mantelzorgers kunnen de gaten die vallen maar beperkt opvangen. Het aantal mantelzorgers per hulpbehoevende oudere zal naar verwachting dalen⁷. Meer dan in het verleden hebben zij zelf betaald werk en/of opgroeiende kinderen. Ook wonen mantelzorgers vaak niet in de buurt van oudere familieleden. Voor de mensen die wél mantelzorg geven neemt het risico op overbelasting toe.

² CBS, dashboard bevolking

³ Onderzoek en statistiek Amsterdam, '[Amsterdam vergrijs](#)'.

⁴ Hersenstichting en Dementia in Europe Yearbook 2019; Estimating the prevalence of dementia in Europe

⁵ Bron: [Herseninstituut](#)

⁶ '[Langer leven, beter zorgen](#)', proefschrift M. Bär, Erasmus Universiteit 2024

⁷ [Toekomstverkenning mantelzorg aan ouderen 2040](#), SCP 2019



Tegelijkertijd constateren betrokkenen dat er een groot potentieel aan vrijwilligers is, dat nu nog deels onbenut blijft. Dat zijn enerzijds mensen, vooral vitale ouderen, die nu nog geen vrijwilligerswerk doen maar dat wel zouden willen en anderzijds vrijwilligers die méér zouden kunnen en willen doen⁸.

De weg naar formele zorg wordt soms moeilijk gevonden

Mensen die de diagnose dementie krijgen wachten vaak met hulp vragen of weten niet goed waar zij moeten zijn⁹. Schaamte of ontkenning van het eigen ziektebeeld kunnen daarbij een rol spelen. Hierdoor kunnen problemen oplopen en/of steunsystemen overbelast raken. Het risico is dat de eerstvolgende stap dan meteen zware zorg is¹⁰.

Het Odensehuis wil een antwoord bieden op deze opgaven. Het Odensehuis biedt een stem en een plek aan mensen met dementie en hun naasten en/of mantelzorgers. Het is een informatie-, advies- en ontmoetingsplek voor mensen met (beginnende) dementie, mantelzorgers en hun familie en vrienden. Er is ruimte voor ontmoeting, ondersteuning, activiteiten en advies. “Bij het Odensehuis ben je niet ziek maar ben je bezig”

Werkwijze Odensehuis

Na het eerste Odensehuis zijn er inmiddels Odensehuizen in vier stadsdelen in Amsterdam en meer dan 70 in heel Nederland. Ieder Odensehuis heeft zijn eigen ‘kleur’ en werkwijze, maar voor allemaal geldt dat het een ontmoetingsplek is in een ongedwongen sfeer voor mensen met dementie en hun naasten. Om deel te nemen aan de (gratis) activiteiten in het Odensehuis is geen diagnose, indicatie of doorverwijzing nodig. Iedereen kan binnenlopen en meedoen.

In onderstaande beschrijving van de werkwijze gaan we uit van de Amsterdamse Odensehuizen. Daar draait het om informeren & bewust worden, meedoen & ontmoeten en eigen regie. Om de effecten goed in kaart te brengen onderscheiden we vier hoofdlijnen in de werkwijze:

- **Dagbesteding.** Het Odensehuis is een indicatievrije plek waar mensen *direct* naar toe kunnen. Er is geen indicatie(proces) nodig en er is geen wachtlijst. Het is dus op verschillende manieren laagdrempelig. Daarnaast kunnen mensen komen als het nodig is. Ze zijn daarin *flexibel*. De dagdelen (zoals bij een indicatie) staan niet vast. Je kunt komen zoveel als je wil. Overigens heeft een deel van de mensen inmiddels, vanwege de financiering, wél een Wmo-indicatie dagbesteding. Er zijn Odensehuizen in vier stadsdelen. De openingstijden en het aantal beschikbare plekken verschillen per locatie, zie het volgende hoofdstuk. Er is altijd tenminste één professional aanwezig per locatie. Tijdens de dagbesteding zijn er activiteiten (zie hieronder) en wordt er samen gekookt en gegeten. Voor veel deelnemers is dit ook een manier om een warme maaltijd binnen te krijgen. In de werkwijze wordt bewust gebruik gemaakt van de kracht van de groep: door onderlinge uitwisseling ontstaat (h)erkenning. De *benadering en bejegening* van de deelnemers is daarbij heel belangrijk. Deelnemers worden niet als patiënten aangesproken, “je bent niet je ziekte”. Het gaat om mensen

⁸ Zie onder meer: [Trends Vrijwillige inzet](#), NL voor Elkaar, 2024, Geven in Nederland, 2024 en Demos, maart 2024

⁹ Alzheimer Nederland

¹⁰ Alzheimer Nederland “Ondanks alle signalen moeten mensen met dementie nog langer wachten op hulp van een casemanager dementie”, oktober 2022



onder en met elkaar. Er is kortom geen betutteling, maar het uitgangspunt is wat mensen wél kunnen. Deelnemers helpen elkaar en werken samen met de vrijwilligers en de professionals.

- **Fysieke plek voor ontmoeting:** Het Odensehuis is een plek in de buurt, waar mensen elkaar kunnen ontmoeten: mensen met dementie, mantelzorgers, vrijwilligers én buurtbewoners. Coördinatoren spelen hier een actieve rol in. In de eerste plaats kennen zij de deelnemers en verbinden hen ook aan elkaar. Naast lotgenotencontact kan het ook gaan om praktisch contact, bijvoorbeeld het samen reizen naar de locatie. Ook voor mantelzorgers is er lotgenotencontact, waarbij er ook plaats is voor het uitwisselen van praktische tips en tricks (zie ook hieronder). Vrijwilligers spelen een belangrijke rol in de dagelijkse gang van zaken. Tot slot worden ook buurtbewoners betrokken. Zo is er in Zuidoost een vanzelfsprekende uitwisseling met de bezoekers van het Huis van de Wijk en zijn er in Zuid tegels gelegd om het loopje naar de supermarkt makkelijker te maken. Odensehuizen in Oost en Zuidoost hangen op straat bordjes met pijlen en logo op om deelnemers naar de juiste ingang te wijzen bij activiteiten. Verder onderhouden de coördinatoren contact met andere zorg- en welzijnsorganisaties in de buurt, onder meer via netwerkbijeenkomsten. De activiteiten in de buurt zijn (mede) gericht op een dementievriendelijke buurt en stad.
- **Activiteiten.** Tijdens de dagbesteding worden activiteiten georganiseerd die zijn gericht op plezier, creativiteit en beweging. In de organisatie van de activiteiten is (ook) een rol weggelegd voor de mensen die regelmatig in het Odensehuis komen. In principe levert iedere deelnemer een bijdrage aan het reilen en zeilen van het Odensehuis¹¹. Voorbeelden van de activiteiten zijn 'de culturele apotheek', schilderen, yoga, boksen en museumbezoek. Ook worden er excursies en wandelingen in de buurt georganiseerd. Daarnaast zijn er activiteiten die zijn gericht op lotgenotencontact en (het omgaan met) geheugenproblematiek, zoals de Gedachtenkamer. De precieze invulling sluit zoveel mogelijk aan bij de wensen van de deelnemers zelf en kan daarom verschillen per locatie.
- **Steun voor mantelzorgers.** In het Odensehuis zijn lotgenotengroepen voor mantelzorgers, waar zij steun vinden bij elkaar. Daarnaast wisselen ze informatie en advies uit, en wordt er voorlichting gegeven. Voor de mantelzorgers is belangrijk dat er tegelijkertijd een activiteit voor de mensen met dementie is, anders zouden zij niet komen, zo blijkt uit ervaring. Daarnaast kunnen de mantelzorgers terecht bij de coördinatoren voor informatie en advies en emotionele ondersteuning. Dit gaat in de vorm van één-op-één gesprekken, telefonisch of via whatsapp.

Nulalternatief

Als het Odensehuis er niet zou zijn, zou een deel van de mensen óók naar dagbesteding gaan, maar dan van een andere aanbieder, bijvoorbeeld een Ontmoetingscentrum, dagbesteding in een (woon)zorgcentrum, een Alzheimercafé of een buurthuis. Deze zou deels op indicatie zijn (Wmo of WLZ), deels een (andere) open inloop. Inhoudelijk zouden de activiteiten vaak minder aansluiten bij de individuele wensen (en dus plezier) en minder gericht zijn op het vormen van een community. Ook voor de ondersteuning van mantelzorgers is daar minder ruimte. De traditionele dagbesteding is meer gericht op het eenvoudigweg hebben van een daginvulling, met een vaste structuur / dagritme.

¹¹ Bron: www.odensehuis.nl

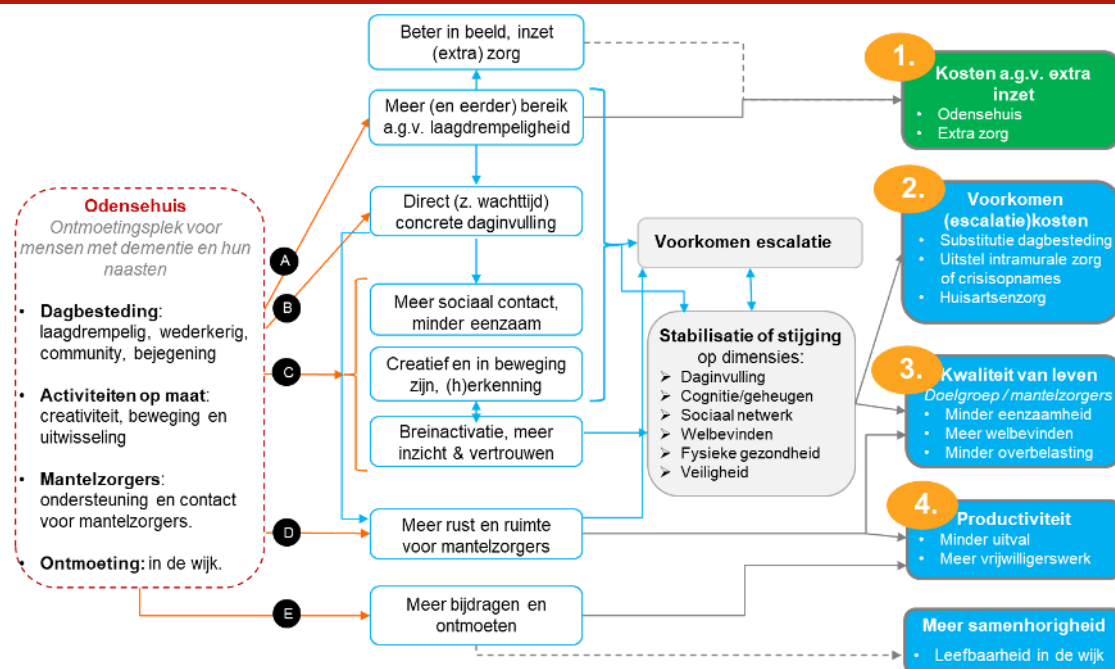


2.2. Effecten in beeld

De werkwijze in het Odensehuis leidt tot een aantal bedoelde en onbedoelde effecten ten opzichte van het beschreven nulalternatief. Deze zijn onderzocht in een MKBA EffectenArena-bijeenkomst op 1 juli 2025. De effecten zijn in onderstaande figuur gevangen in één schematische weergave. We noemen dit de beleidstheorie.

Door de pijlen in de figuur te volgen, kan een beeld worden gevormd van de effecten die van het Odensehuis worden verwacht. Links in de figuur staat de werkwijze, met daarnaast de directe effecten hiervan. De resulterende maatschappelijke kosten en baten staan in het schema helemaal rechts in de blauwe blokken.

Figuur 2.1. Verwachte effecten van het Odensehuis



Bron: LPBL, o.b.v. workshop met betrokkenen

Op hoofdlijnen heeft het Odensehuis vijf *verwachte* directe effecten die hieronder besproken worden.

- **Meer en eerder bereik.** Door de laagdrempeligheid en flexibiliteit worden er meer en andere deelnemers bereikt dan bij de traditionele dagbesteding met indicatie. Ook komen mensen mogelijk in een eerder stadium van hun ziekte. De nauwe samenwerking met andere organisaties in de buurt moet daaraan bijdragen: als zij het Odensehuis kennen, kunnen zij mensen doorverwijzen of meenemen. Door het onderscheidende aanbod van activiteiten op maat is het Odensehuis ook aantrekkelijk voor mensen die zich niet thuis voelen in de traditionele dagbesteding. Soms wordt in het Odensehuis gesignaleerd dat iemand meer zorg nodig heeft dan die nu ontvangt. In dat geval kan de coördinator het lijntje leggen met de formele zorg. Meer en eerder bereik zorgt dus op korte termijn voor meer kosten maar leidt er naar verwachting toe dat mensen uiteindelijk langer thuis kunnen blijven wonen en in sommige gevallen ook tot het voorkomen van escalatie en daarmee gepaard gaande zware zorg (zie verder onder B).



- **Directe daginvulling.** Mensen kunnen direct en zonder indicatie terecht. Dat betekent dat zij ook vanaf het moment van aanmelden een daginvulling hebben. Dat leidt in de eerste plaats tot meer structuur in hun leven en regelmatig een (gezonde en warme) maaltijd. Voor de deelnemers met dementie of geheugenproblematiek leidt dat tot meer actief en meer samen zijn. Zij leven minder teruggetrokken thuis, zijn minder eenzaam en doen meer mee. Al deze effecten resulteren in meer kwaliteit van leven. Voor hun mantelzorgers leidt dit tot meer rust en ruimte (zie onder D).

Zoals genoemd bij de nulsituatie, zou er zónder het Odensehuis voor een aantal deelnemers ook kosten gemaakt worden voor dagbesteding. In dit geval is er sprake van substitutie. De kosten voor het Odensehuis zijn in dat geval niet *extra* maar in plaats van het oude. Daarnaast zijn er mensen die zónder het Odensehuis een grotere kans zouden hebben op escalatie (ernstig verward gedrag, verwaarlozing van zichzelf en het huis) met mogelijk crisisinterventies of eerder en meer intramurale zorg als gevolg.

- **Plezier en ontspanning.** De activiteiten in het Odensehuis zijn, zoals hierboven al genoemd, gericht op creativiteit, beweging en cognitieve activering. Door het gevarieerde aanbod, met zoveel mogelijk maatwerk, ervaren deelnemers ontspanning en plezier. Mensen met dementie, hun mantelzorgers en naasten vinden daarnaast troost bij elkaar. Een mix van de groep van licht tot meer zwaar, van 'gewoon' buurtgenoot, beginnende dementie tot ernstiger ziek, draagt bij aan het gevoel onderdeel te zijn van een community. Ook de bejegening helpt hierbij. Je wordt gezien als mens, en niet als patiënt. Het effect is dat mensen zich weer onderdeel van een gemeenschap voelen. Er is (h)erkenning voor wat er speelt. Je bent hierin ook niet alleen (je hebt lotgenoten).
- Effecten voor **mantelzorger.** Door de dagbesteding krijgen mantelzorgers meer rust en ruimte. De mogelijkheden om even een moment voor zichzelf te hebben, of om allerlei praktische zaken te regelen, nemen toe. Ook voor hen is er dus een toename in kwaliteit van leven. Voor werkende mantelzorgers neemt het risico op een burn-out en uitval op het werk af. Daarnaast vinden mantelzorgers bij het Odensehuis concrete informatie en advies over hoe zij om kunnen gaan met mensen met dementie.
- **Bijdragen en ontmoeten.** De activiteiten van en de positieve verhalen over het Odensehuis kunnen bijdragen aan een andere beeldvorming over dementie. Dit leidt er toe dat potentiële deelnemers eerder komen, maar ook tot buurtbewoners die vrijwilliger willen zijn en een meer dementievriendelijke buurt. Dat wil zeggen: minder onbekendheid met en angst voor mensen met dementie en dus bijvoorbeeld meer behulpzaamheid op straat en in winkels.

Succesfactoren en randvoorwaarden

In de workshop EffectenArena, maar ook in de interviews, kwam naar voren dat het activiteitsaanbod van Het Odensehuis mensen aantrekt die zich niet snel thuis zouden voelen in een meer reguliere setting. Met andere woorden: daardoor komen er mensen die anders thuis zouden zitten. Naast de hierboven genoemde activiteiten gaat het bijvoorbeeld om stembevrijding, yoga en de kunstprojecten.



Een belangrijk aandachtspunt is dat mensen voldoende vaak komen, dat wil zeggen: tenminste één keer per week. Voor mensen met dementie is het moeilijk om gewend te raken aan een 'nieuwe' omgeving als zij minder vaak komen. Daarnaast is regelmatig komen ook een voorwaarde voor het optreden van (een deel van) de effecten, zoals het bieden van structuur, een gezonde maaltijd en gezelschap. Bij een (te) lage frequentie is het dan ook niet waarschijnlijk dat deelname leidt tot uitstel van opname.

Als mensen al in een vroeg stadium van geheugenproblemen of dementie worden bereikt, is het waarschijnlijker zij zich snel 'thuis' gaan voelen bij het Odensehuis. Dat vergroot vervolgens de kans dat mensen blijven komen als de ernst van de dementie toeneemt. Het is daarom belangrijk dat er goede contacten zijn met bijvoorbeeld huisartsenpraktijken, zodat zij snel na de diagnose kunnen wijzen op de mogelijkheden.

Tot slot werd door meerdere gesprekspartners gewezen op de kracht van de gemengde samenstelling van de deelnemersgroep en de essentiële rol van buurtbewoners en vrijwilligers bij het creëren van een community. Sprekende voorbeelden zijn bijvoorbeeld de buurtbewoners die minder mobiele deelnemers brengen en halen, of de buurtbewoners die de rol van een mantelzorger tijdelijk overnamen toen die moest worden opgenomen in het ziekenhuis. Met andere woorden: voor een veerkrachtige gemeenschap is het belangrijk dat deze gemêleerd is, en niet alleen bestaat uit de meest kwetsbaren.



3. Effectiviteit

Om de maatschappelijke kosten en baten te kunnen bepalen is inzicht nodig in de effectiviteit. *Hoeveel deelnemers kunnen langer thuis blijven? Bij hoeveel treedt een verbetering op in kwaliteit van leven? En bij hoeveel komt dit door deelname aan het Odensehuis?* Om deze vragen te beantwoorden konden we beschikken over de deelnemersregistratie uit de periode van juli 2024 tot en met juni 2025. Dat is aangevuld met een steekproefbestand van 70 personen. Dat bestand bevat naast persoonskenmerken als leeftijd, geslacht en mantelzorgers, ook informatie over de manier waarop ze bij het Odensehuis zijn aangemeld, de problematiek bij aanvang en de waargenomen ontwikkelingen.

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de belangrijkste resultaten van de analyse: wie zijn de deelnemers (3.1)? Wat zijn de kosten (3.2) en tot welke effecten heeft deelname aan het Odensehuis geleid (3.3)?

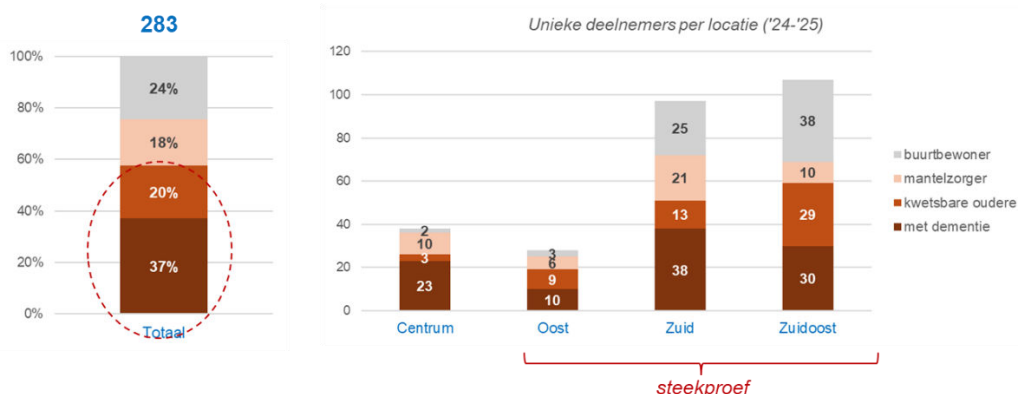
3.1. Doelgroep

Locaties en unieke bezoekers

Het Odensehuis was in de onderzochte periode actief in vier stadsdelen. In de loop van dat jaar is de locatie Centrum (tijdelijk) gesloten in verband met een verhuizing. In onze analyse rekenen we met álle unieke deelnemers uit de onderzochte periode, dus inclusief Centrum. Daarmee laten we de aantallen aansluiten bij de kosten. Voor de kenmerken van de deelnemers en de effectiviteit maken we gebruik van een steekproef, getrokken uit deelnemers van Oost, Zuid en Zuidoost (zie hieronder). Vanwege de tijdelijke sluiting zijn daarin geen deelnemers van Centrum meegenomen. Vanwege de vergelijkbare doelgroep en werkwijze is de verwachting dat dit niet van invloed is op de gevonden resultaten.

In totaal had het Odensehuis 283 unieke bezoekers in het onderzochte jaar (gecorrigeerd voor mensen die niet of nauwelijks komen). Hiervan had 57% geheugenproblemen/dementie of was anderszins kwetsbaar (kwetsbare 'doelgroep'). De verhouding tussen de verschillende groepen deelnemers verschilt per locatie. Zuid en Centrum kennen relatief veel ouderen met dementie en mantelzorgers, Zuidoost bereikt juist veel andere kwetsbare ouderen en buurtbewoners terwijl het aandeel mensen met dementie wat kleiner is bij de beide andere locaties. Het Odensehuis heeft de ambitie om uit te breiden in Zuidoost en om een grotere, eigen locatie te vinden voor in Oost.

Figuur 3.1. Unieke bezoekers, totaal en per locatie



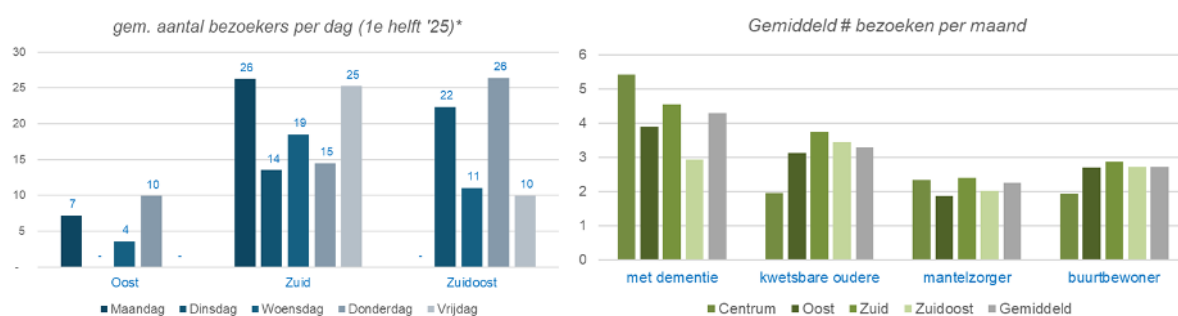
Bron: Deelnemersbestand Odensehuis, bewerking LPBL



- Zuid is de oudste locatie van het Odensehuis, in Amsterdam, maar ook in Nederland. Het Odensehuis beschikt hier over een eigen 'huis', met een grote zaal, een keuken en diverse kleinere activiteitenruimtes. Zuid is vijf dagen in de week open en de onderzoeksperiode kwamen hier bijna 100 unieke bezoekers. De drukste dagen zijn maandag en vrijdag met gemiddeld meer dan 25 bezoekers.
- Het Odensehuis in Zuidoost heeft drie locaties, die ieder één dag per week geopend zijn: buurthuis No Limit (Ganzenhoef, dinsdag), Buurtcentrum Holendrecht (donderdag) en het Amstagebouw in Nellestein (vrijdag, sinds januari 2025). Daarnaast zijn er culturele uitstapjes en wandelingen op woensdag. Zuidoost had in het onderzochte jaar iets meer dan 100 unieke bezoekers.
- Het Odensehuis in Oost is op dit moment aanzienlijk kleiner dan de andere locaties, met ongeveer 40 unieke bezoekers in één jaar. Dat wordt enerzijds verklaard door de doorstart die hier is gemaakt, maar ook door de beperkte ruimte (aan het Robert Kochplantsoen) waar de locatie over beschikt. Het Odensehuis in Oost is open op maandag, woensdag en donderdag.
- Het Odensehuis Centrum heeft per 1 oktober 2024 de locatie Huis van de Tijd verlaten en is in dat stadsdeel elders opnieuw begonnen met nieuwe activiteiten (vanaf mei 2025). Eerst in Wijkcentrum d Oude Stadt, in de Kerkstraat en later in Vereniging Ons Genoegen in de Jordaan.

De rechterkant van onderstaand figuur laat de bezoekfrequentie per maand zien. Mensen met dementie en kwetsbare ouderen komen gemiddeld ongeveer één keer per week. In Zuid en Centrum is dit iets hoger dan gemiddeld, in Zuidoost juist iets lager. Dit is in overeenstemming met de openstelling van de locaties. Mantelzorgers komen gemiddeld 2 keer per maand, buurtbewoners/vrijwilligers 3 keer. Het totaal aantal bezoeken van juli 2024 tot en met juni 2025 was circa 10.000¹².

Figuur 3.2. Overzicht aanmeldingen, verwijzers en deelnemers



Bron: Deelnemersbestand Odensehuis, bewerking LPBL, *voor Centrum onvoldoende gegevens beschikbaar

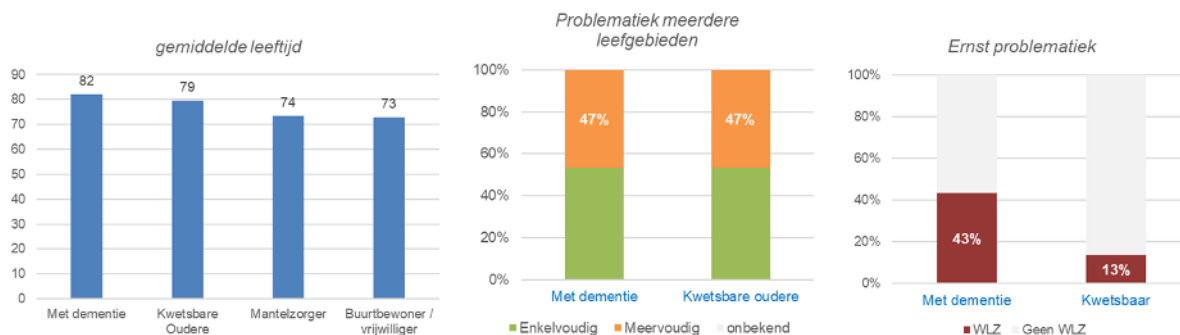
¹² Hierbij merken we op dat de locatie Centrum enkele maanden gesloten is geweest. Potentieel ligt het aantal bezoekers dus nog iets hoger, rond de 11.000



Kenmerken

Uit de deelnemers in Oost, Zuid en Zuidoost is een steekproef getrokken. Daarbij lag de nadruk op de kwetsbare groep. De casussen in de steekproef zijn besproken met de coördinatoren in de drie stadsdelen. Het geeft, naast informatie over de effectiviteit, meer zicht op de kenmerken van de deelnemers van het Odensehuis. In onderstaande figuren zijn de belangrijkste zichtbaar gemaakt.

Figuur 3.3. Kenmerken deelnemers: leeftijd en problematiek



Bron: Steekproefbestand Odensehuis, bewerking LPBL (n=70)

De gemiddelde leeftijd van de kwetsbare groep (ouderen met dementie en overige kwetsbare ouderen) is rond de 80 jaar. Mantelzorgers en buurtbewoners / vrijwilligers zijn gemiddeld iets jonger. Ongeveer de helft van de kwetsbare doelgroep heeft problemen op meerdere leefgebieden. Dat wil zeggen dat zij, naast de dementie of geheugenproblematiek, sociaal geïsoleerd zijn en/of lichamelijke problematiek hebben. Een maat voor de *ernst* van de problematiek is het hebben van WLZ-indicatie. Die wordt immers pas toegekend als iemand niet meer zelfredzaam is c.q. zelfstandig thuis kan wonen. Dit geldt voor één derde van de kwetsbare doelgroep (43% bij dementie en 13% bij overig kwetsbaar).

Onderscheid naar vier typen deelnemers

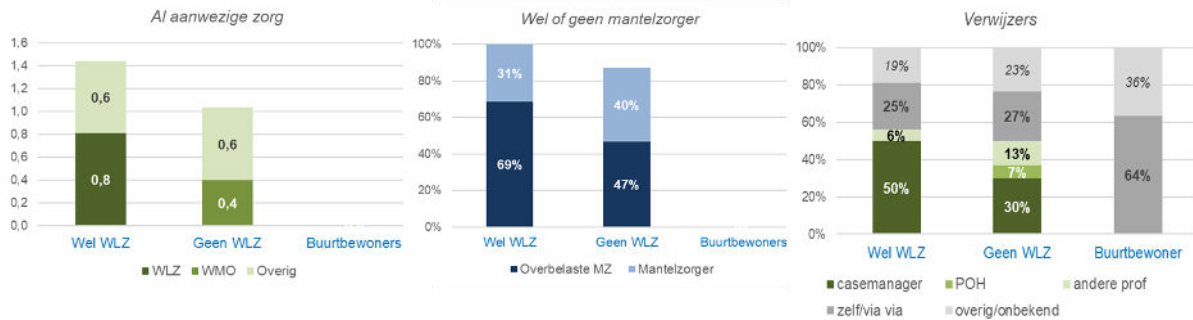
In het vorige hoofdstuk is het effectenschema gepresenteerd en beschreven. Op hoofdlijnen zijn er, naast de extra kosten, drie typen effecten, namelijk: voorkomen kosten, kwaliteit van leven en productiviteit. De mate waarin deze effecten optreden verschilt per deelnemer. We kunnen daarbij onderscheid maken naar vier typen:

1. Kwetsbare ouderen met ernstige problematiek - mét een WLZ-indicatie (20%);
2. Kwetsbare ouderen met lichtere problematiek - zónder een WLZ-indicatie (40%);
3. Buurtbewoners / vrijwilligers (20%);
4. Mantelzorgers (20%).

Binnen de groepen verschillen de kenmerken, zoals onderstaand figuur laat zien. De meest kwetsbare groep (deelnemers mét een WLZ-indicatie) heeft het vaakst ook andere zorg en ondersteuning - gemiddeld 1,4 trajecten bij een WLZ-indicatie. Bij deelnemers zonder een WLZ-indicatie is dit gemiddeld 1,0 traject. Ze hebben ook vaker een mantelzorger, waarvan een groter deel overbelast is (69% bij de groep mét een WLZ-indicatie en 47% bij de groep zonder WLZ-indicatie). Tot slot worden zij vaker doorverwezen door professionele hulpverleners. Daarbij valt overigens op dat meeste professionele doorverwijzingen komen van de casemanagers dementie. Andere professionals, zoals huisartsen of het Buurteam, worden weinig genoemd.



Figuur 3.4. Verdeling van de typen naar aanwezige zorg, mantelzorgers en verwijzers¹³



Bron: Steekproefbestand Odensehuis, bewerking LPBL (n=70)

3.2. Kosten Odensehuis

Zoals eerder aangegeven had het Odensehuis in het onderzochte jaar 283 unieke deelnemers. In 2024 waren de totale kosten € 757.400 euro, waarvan de personeelskosten de grootste post zijn (€ 513.800). De gemiddelde kosten per deelnemer zijn bijna € 2.700 euro per jaar. Uit de steekproef blijkt dat de gemiddelde doorlooptijd van de deelnemers ongeveer 2 jaar is. Dat brengt de gemiddelde *totale* kosten per deelnemer op circa € 5.350.

Figuur 3.5. Totale kosten Odensehuis, 2024

1.	Kosten Odensehuis	Per deelnemer (o.b.v. 2024)		
		2024	283 per jaar	24 maanden per traject
	Personeel (vast en interim)	€ 513.839	€ 1.816	€ 3.631
	Huisvesting	€ 9.829	€ 35	€ 69
	Kosten activiteiten	€ 131.375	€ 464	€ 928
	Algemene lasten	€ 102.358	€ 362	€ 723
	Totaal	€ 757.401	€ 2.676	€ 5.353

Bron: Jaarrekening Odensehuis, bewerking LPBL (n=70)

3.3. Effectiviteit

Het effectenschema in het vorige hoofdstuk laat zien dat er verschillende effecten worden verwacht van het Odensehuis. De belangrijkste zijn: 1. voorkomen maatschappelijke kosten, 2. een toename aan kwaliteit van leven en 3. een toename van de productiviteit. In het onderstaande onderzoeken wij in hoeverre deze effecten ook daadwerkelijk worden bereikt. We presenteren steeds eerst de totaal gemeten effecten (*bruto-effectiviteit*) en maken vervolgens een inschatting van het deel dat toe te schrijven is aan (de werkwijze van) het Odensehuis (*netto-effectiviteit*).

1. Voorkomen maatschappelijke kosten

Voor het bepalen van de voorkomen kosten kijken we als eerst naar de zogeheten *substitutie*. Dat zijn de kosten die anders (als het Odensehuis er niet zou zijn geweest) óók zouden zijn gemaakt. Het gaat om dagbesteding uit de Wmo en de WLZ en om inloopvoorzieningen.

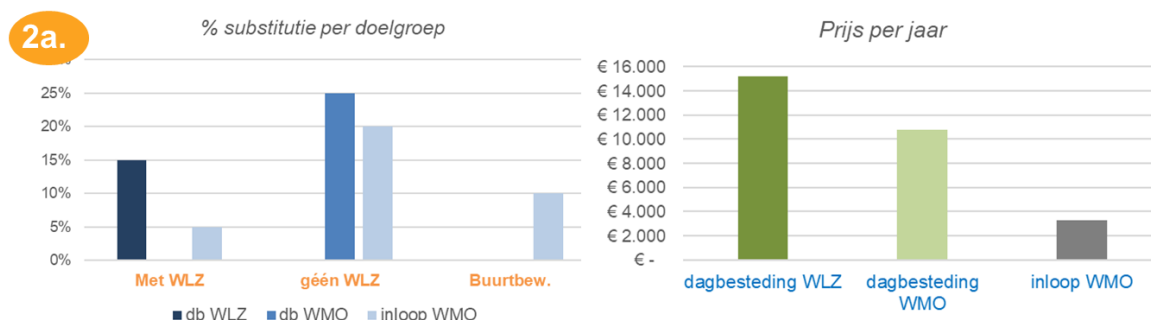
¹³ Mantelzorgers worden hier buiten beschouwing gelaten. Zij zijn weliswaar een aparte groep, maar zijn per definitie gekoppeld aan deelnemers uit type 1 of 2.



De linkerkant van onderstaand figuur laat zien dat 15 procent van de WLZ doelgroep en 25 procent van de overige kwetsbare ouderen ook zónder het Odensehuis naar dagbesteding zou gaan.¹⁴ In de eerste groep gaat het om dagbesteding vanuit de WLZ, in de tweede groep vanuit de Wmo en (in minder mate) inloopvoorzieningen. Voor veel deelnemers geldt echter zij zónder het Odensehuis waarschijnlijk moeilijk ergens anders zouden aarden. In totaal zou slechts ongeveer een vijfde van de deelnemers uit groep 1 en 2 zonder het Odensehuis naar een dagbesteding uit de Wmo of WLZ gaan.

De rechterkant van onderstaand figuur toont de gemiddelde prijzen van de trajecten die gesubstitueerd worden¹⁵. Bij een doorlooptijd van twee jaar zijn de totale baten ruim €980.000

Figuur 3.6. Voorkomen maatschappelijke kosten door substitutie



Bron: Steekproefbestand Odensehuis, bewerking LPBL (n=70)

Naast voorkomen kosten door substitutie is er sprake van voorkomen escalatiekosten. Het gaat dan met name om een uitstel van opname in een tehuis en een enkele keer om een voorkomen crisis-opname. In de steekproef was er in totaal bij ongeveer een kwart de kwetsbare groep (44% bij type 1 en 13% bij type 2) sprake van uitstel van opname¹⁶. Dit is het bruto-effect. Niet alles is echter toe te schrijven aan het Odensehuis. Dat geldt met name voor deelnemers die ook in de nulsituatie naar een dagbesteding waren gegaan. Daarnaast zagen we eerder al dat de kwetsbare deelnemers meestal ook andere ondersteuning thuis hebben, die óók bijdraagt aan uitstel van opname. Onderstaand figuur laat de voorkomen escalatie per type deelnemer zien, met de correcties voor substitutie en de attributie. De attributie, dat deel dat we, na de correctie voor substitutie, toe kunnen schrijven aan het Odensehuis, ligt gemiddeld voor alle groepen op 50 procent¹⁷. Het netto-effect voor de kwetsbare doelgroep als geheel komt daarmee op 7%. De figuur maakt ook duidelijk dat de eerste groep, de deelnemers met ernstige problematiek, de meeste voorkomen escalaties kent.

Een opname in een tehuis met een Zorg Zwaartepakket 5 (de meest afgegeven indicatie voor mensen met dementie) kost jaarlijks € 120.000. Het aantal maanden uitstel is op basis van de steekproefanalyse niet te bepalen. We maken daarom gebruik van kengetallen uit ander onderzoek. De resultaten daarvan

¹⁴ Sommigen gaan náást het Odensehuis naar andere dagbesteding. In dat geval is er geen sprake van substitutie maar van een additionele voorziening.

¹⁵ Inclusief vervoer (50%)

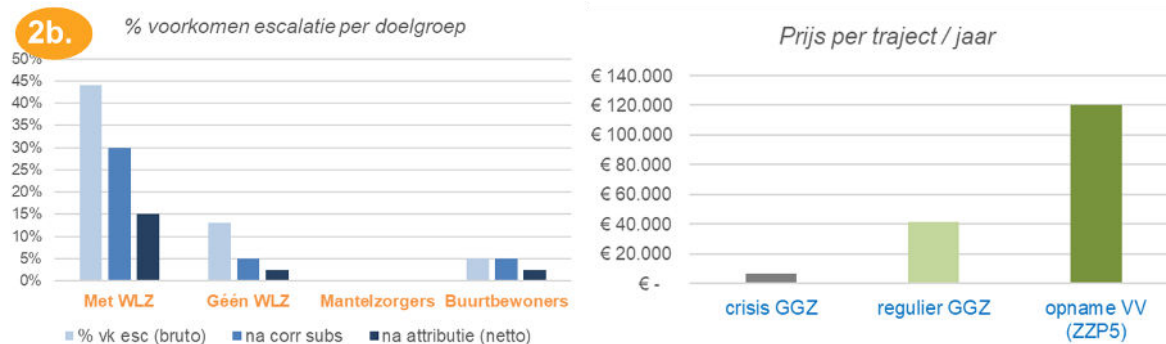
¹⁶ Dit is vergelijkbaar met de bevindingen van o.a. Droës (2004)

¹⁷ Bepaald op basis van het aantal overige ondersteunende trajecten



lopen uiteen van 3 tot 6 maanden uitstel¹⁸. Wij rekenen hier met het gemiddelde: 4,5 maand uitstel van opname. In de gevoeligheidsanalyse bekijken we wat het effect is van meer of minder maanden. De totale maatschappelijke baat door voorkomen escalatie bedraagt € 525.000.

Figuur 3.7. Voorkomen maatschappelijke kosten door voorkomen escalatie



Bron: Steekproefbestand Odensehuis, bewerking LPBL (n=70)

Uit de steekproef blijkt dat het aandeel voorkomen escalaties het grootst is in Zuid¹⁹. Hoewel het gaat om kleine aantallen, kunnen we voorzichtig concluderen dat dit de mogelijke *potentie* weergeeft voor de andere stadsdelen. Zuid is immers de langstlopende locatie met de meest uitgebreide openingstijden. We komen hier later op terug.

2. Toename kwaliteit van leven

Mensen met dementie en hun naasten krijgen te maken met verlies aan kwaliteit van leven. Voor mensen met dementie uit zich dat in meer eenzaamheid en meer depressieve gevoelens en een verminderd zelfbeeld en meer gedragsproblemen²⁰. Ook voor mantelzorgers is het belastend en leidt het, naast stress, vaak tot eenzaamheid²¹. Passende dagbesteding kan deze negatieve ontwikkeling dempen of stabiliseren. Hoe groot dit effect is, is niet goed te bepalen op basis van de steekproef door het ontbreken van een goede controlegroep. Wel is er (wetenschappelijk) onderzoek beschikbaar naar vergelijkbare interventies. De gevonden effectiviteit loopt daarin uiteen: van 5 procent verbetering op negatieve gevoelens en gedragsproblematiek tot 20 procent²².

In de MKBA rekenen we deze (potentiële) verbetering in kwaliteit van leven alleen toe aan deelnemers en buurtbewoners die anders geen daginvulling hadden gehad én die regelmatig komen (d.w.z. tenminste één dag)²³. De totale bijbehorende baten zijn € 392.000 euro²⁴. Hierbij wijzen wij wel op het eerder genoemde aandachtspunt dat het voor mensen met dementie of geheugenproblematiek belangrijk is

¹⁸ Zie bijvoorbeeld het onderzoek van Droës (2004 en 2005), PriceWaterhouseCoopers (2024), Thé (2025) en de overzichtspublicatie van Vilans.

¹⁹ Een bruto-effect van 45% en na correctie voor substitutie 25%.

²⁰ Droës (1994, 2004, 2005)

²¹ Ib idem

²² Droës (2004, 2005 en 2019), Thé (2025). Let op: verbetering is dus eigenlijk minder verslechtering.

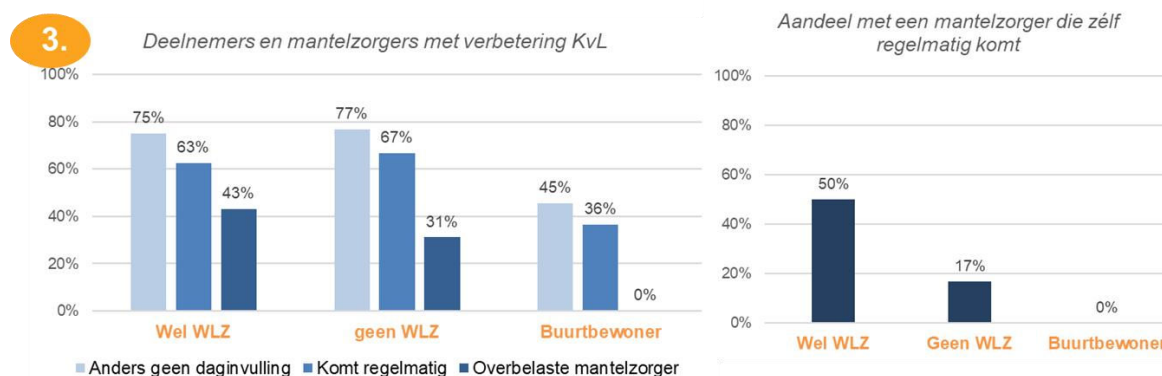
²³ Voor de mensen die anders ook daginvulling hadden gehad zou dan immers een dubbel telling ontstaan: de baat van de substitutie is namelijk al meegenomen.

²⁴ Zie het volgende hoofdstuk voor een meer uitgebreide toelichting op de berekening.



om regelmatig te komen. Anders moeten zij immers steeds opnieuw wennen. In de gevoeligheidsanalyse rekenen we daarom ook door wat het resultaat is met een kleiner effect op kwaliteit van leven.

Figuur 3.8. Percentage deelnemers met verbetering van kwaliteit van leven



Bron: Steekproefbestand Odensehuis, bewerking LPBL

Voor overbelaste mantelzorgers van deelnemers die regelmatig naar het Odensehuis gaan, betekent dit rust en ruimte. In de WLZ doelgroep heeft naar schatting 43 procent van de deelnemers zo'n mantelzorger (70% van de deelnemers die regelmatig komen). In de niet-WLZ groep gaat het naar schatting om 31 procent. Eerder onderzoek komt op een toename in kwaliteit van leven voor deze mantelzorgers van ongeveer 10 procent²⁵. De totale bijbehorende baten zijn ruim €100.000 euro.

Daarbij komt nog de baat van mantelzorgers die zélf regelmatig komen en ondersteuning en plezier vinden in de activiteiten en lotgenoten groepen. Het aandeel deelnemers met zo'n mantelzorger is weergegeven in de rechterkant van figuur 3.8. We veronderstellen dit effect op ook ongeveer 10 procent. De bijbehorende baat is circa € 40.000 euro.

3. Toename productiviteit

Een deel van de mantelzorgers zou zónder het Odensehuis in een burn-out terecht komen en niet meer kunnen werken. Kengetallen van Alzheimer Nederland laten zien dat dit voor ongeveer 3 procent van de mantelzorgers geldt. Eerder zagen we dat de overbelasting daalt met circa 10 procent als gevolg van deelname aan het Odensehuis²⁶. Het verlies aan productiviteit als gevolg van een burn-out is € 60.000 per persoon per jaar²⁷. De totale baten komen op ca € 17.000

Uit de steekproef blijkt dat de meeste buurtbewoners / vrijwilligers ook zonder het Odensehuis vrijwilligerswerk hadden gedaan, maar dat enkele buurtbewoners specifiek hiervoor kiezen. Het gaat om 0 tot 10 procent van de vrijwilligers. We rekenen in het basisscenario met 5 procent. Dat zijn vier extra vrijwilligers en ongeveer € 30.000 euro aan maatschappelijke baten²⁸. In de gevoeligheidsanalyse laten we zien wat het effect is van minder (0%) of méér (10%) extra vrijwilligers door het Odensehuis.

²⁵ Droës, 2019

²⁶ We rekenen hier opnieuw alleen met de mantelzorgers van deelnemers die regelmatig komen en die anders geen dagbesteding zouden hebben.

²⁷ Arboned, *Hoe herkent en voorkomt u een burn-out?*, 2023

²⁸ Zie het volgende hoofdstuk voor een meer uitgebreide toelichting op de berekening van de baten.



4. Resultaat MKBA

In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van de MKBA. We zetten de (extra) kosten die worden gemaakt af tegen de totale maatschappelijke baten die daar tegenover staan. Deze baten worden net als de kosten uitgedrukt in euro's. Dit geldt ook voor zaken die niet direct een prijskaartje hebben, zoals kwaliteit van leven. In het algemeen geldt dat de (maatschappelijke) baten te bepalen zijn door "hoeveelheid x prijs", bijvoorbeeld "1 persoon minder in dagbesteding elders" x "prijs van dagbesteding". Het MKBA-model is dan ook gebaseerd op twee soorten input:

- gegevens over de effectiviteit van de aanpak (*hoeveelheid*);
- informatie over de waarde (*prijs*).

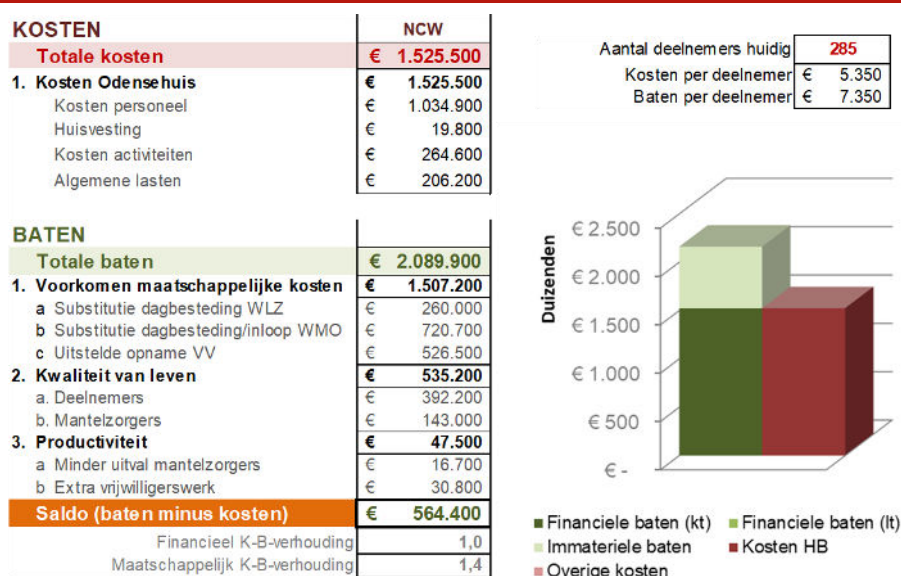
Om de effectiviteit te bepalen is gebruik gemaakt van gegevens uit de dossieranalyse en literatuuronderzoek, zie voor de resultaten het voorgaande hoofdstuk. Dit hoofdstuk start met een overzicht van de maatschappelijke kosten en baten van het Odensehuis en een toelichting op de baten (4.1), gevolgd door een gevoeligheidsanalyse. Daarna volgt een doorkijk naar de toekomst, waarin de ambities van het Odensehuis zijn meegenomen (4.2).

4.1. Resultaten terugkijkend

Maatschappelijke kosten en baten – terugkijkend

Wanneer we de kosten voor het Odensehuis afzetten tegen de baten, resulteert een positief maatschappelijk rendement. De maatschappelijke kosten-batenverhouding is 1,4. Dat wil zeggen dat iedere geïnvesteerde euro terugkijkend ongeveer € 1,40 oplevert. Als we de immateriële baten van meer kwaliteit van leven voor de deelnemers en de mantelzorgers buiten beschouwing laten, is het resultaat break-even. De financiële kosten-batenverhouding is in dat geval 1,0.

Figuur 4.1. Resultaat MKBA Odensehuis – terugkijkend²⁹



Bron: LPBL, MKBA-model Odensehuis

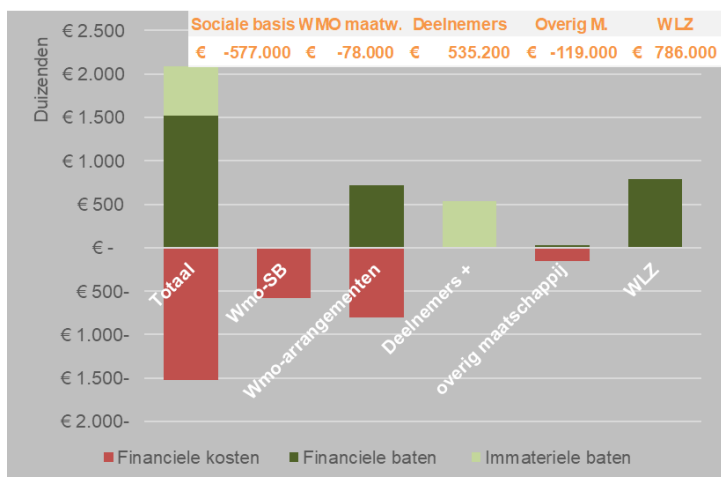
²⁹ Kosten en baten van (afgerond) 285 deelnemers met een gemiddelde doorlooptijd van 2 jaar



Kosten en baten per partij

Naast de totale maatschappelijke kosten en baten is het in het geval van het Odensehuis ook belangrijk om naar de kosten en baten per betrokken partij te kijken. Onderstaand figuur geeft dit overzicht.

Figuur 4.2. Verdelingseffecten: kosten en baten per actor



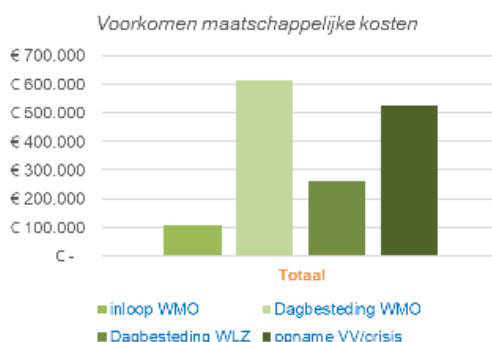
Bron: LPBL, MKBA-model Odensehuis

De kosten van het Odensehuis worden vrijwel volledig gedragen door de gemeente Amsterdam. Het grootste deel zijn individuele arrangementen (Wmo-maatwerk). Daarnaast ontvangt het Odensehuis subsidie vanuit het programma 'Sociale Basis'. Ongeveer 10 procent van de kosten wordt gedragen door fondsen en projectsubsidies. Tegenover de kosten van de gemeente staan ook besparingen, door substitutie van andere Wmo-dagbesteding. Uiteindelijk zijn de kosten voor de gemeente echter groter dan de baten: het financiële saldo is € 655.000 negatief. Een groot deel van de financiële baten vallen bij de WLZ (c.q. het zorgkantoor) door de besparingen op dagbesteding en de uitgestelde opnames in woonvoorzieningen. In dit basisscenario is die winst € 786.000. Deelnemers en hun mantelzorgers zijn de andere grote baathebbers in de vorm van meer kwaliteit van leven.

De verdelingseffecten laten daarmee in één oogopslag de werking van het stelsel zien: de gemeente investeert in een laagdrempelige voorziening en bekostigt deze vanuit de sociale basis en de Wmo. Dit leidt tot minder druk op en kosten bij de zwaardere zorgvoorzieningen en tot meer kwaliteit van leven bij de inwoners (wat ook een reden is voor de gemeente om dit te doen).

Voorkomen maatschappelijke kosten

De belangrijkste baten in de MKBA zitten in de voorkomen maatschappelijke kosten en dan met name de substitutie van dagbesteding en uitstel van opname in een tehuis. Het plaatje hiernaast geeft een samenvatting van de bevindingen uit het vorige hoofdstuk (gebaseerd op hoeveelheid x prijs). De som van deze baten is 1,5 miljoen euro.





Toename kwaliteit van leven

Een tweede belangrijk effect is het welbevinden van de deelnemers. De dagbesteding biedt structuur en plezier. Het geeft rust en ruimte. Deelnemers worden gezien en er is een grote onderlinge betrokkenheid. We waarderen dit in de MKBA onder de noemer 'Kwaliteit van leven'. Om deze baat in euro's uit te drukken maken we gebruik van Quality Adjusted Life Years (QALY's): een begrip dat afkomstig is uit de gezondheidseconomie en een maat vormt voor de kwaliteit van leven (zie box).

Box 4.3. QALY's

QALY's (Quality Adjusted Life Years) zijn gewonnen gezonde levensjaren, waarbij de kwaliteit van leven wordt uitgedrukt in een getal tussen 0 en 1. Eén staat daarbij voor de waarde van één volledig gezond levensjaar. Een lagere waarde geeft de waarde van leven met een ziekte. Een levensjaar met een waarde van bijvoorbeeld 0,5 QALY betekent dat iemand evenveel waarde hecht aan een jaar met een bepaalde ziekte als aan een half jaar in volle gezondheid. In de QALY indicator zitten ook zaken als levensgeluk of zelfstandigheid. Hoewel QALY's vaak discussie oproepen -zowel over de waarde van een QALY als over het principe- is het gebruik ervan wetenschappelijk gangbaar en goed gefundeerd. Voor het bepalen van de ziektelast worden enquêtes uitgevoerd. Het RIVM heeft hiervoor een lijst met kengetallen per ziekte of aandoening.

Het verlies aan kwaliteit van leven door dementie ligt tussen de 0,16 (bij lichte tot matige dementie) en 0,30 (bij ernstige dementie). Voor bijvoorbeeld angst-, persoonlijkheids-, en stemmingsstoornissen en burn-out ligt het rond de 0,2³⁰. In totaal leidt het Odensehuis tot (afgerond) 11 gewonnen gezonde levensjaren. Dit is inclusief het effect van de verbetering op de mantelzorgers. Voor MKBA's worden QALY's vaak in euro's gewaardeerd. De bedragen die hiervoor gebruikt worden variëren van € 20.000 tot € 100.000 per gewonnen levensjaar. Inmiddels is hiervoor een richtlijn ontwikkeld waarbij een waarde van € 50.000 wordt voorgeschreven³¹. In voorliggende MKBA gebruiken we deze waarde. Aldus in euro's uitgedrukt is de winst in kwaliteit van leven € 535.000.

Toename productiviteit

In het vorige hoofdstuk hebben we de netto-effectiviteit bepaald voor minder risico op burn-out en meer vrijwilligerswerk. Naar verwachting lopen ongeveer 3 mantelzorgers een risico op burn-out. Dit wordt met 10% verlaagd. De kosten van een burn-out zijn volgens onderzoek van Arboned € 60.000³². De extra productiviteit door voorkomen burn-out in deze MKBA bedragen zijn € 17.000³³.

De maatschappelijke waarde van het vrijwilligerswerk wordt berekend aan de hand van de waardering voor de geleverde diensten. Gemiddeld levert een vrijwilliger bij het Odensehuis 288 uur per jaar³⁴. Het totaal aantal uren extra vrijwilligershulp in het afgelopen jaar ten opzichte van het nulalternatief komt daarmee op ongeveer 1.025. De waardering van één uur vrijwilligershulp bedraagt € 12,50³⁵. De totale waardering van het extra vrijwilligerswerk komt daarmee op ruim € 25.000. Daarbij komt nog een extra waardering voor de vrijwilliger. Ze investeren hun tijd, maar ontlenen hier ook waarde aan - in de vorm

³⁰ Bron RIVM ziektelastmodellen en MKBA van overleven naar leven, zie ook bijlage voor een toelichting

³¹ Koopmans et al, *Werkwijze voor kosten-baten analyse in het sociale domein*, 2016.

³² Voornamelijk werkgeverslasten door verzuim (gemiddeld 242 dagen), zie Arboned, *Hoe herkent en voorkomt u een burn-out?*, 2023.

³³ $2,8 \times 10\% \times 60.000 = € 17.000$

³⁴ Uit FM zorg blijkt dat zij gemiddeld 3 keer per maand komen. We gaan uit van 8 uur per dag.

³⁵ Verbooy et al (2018), gecorrigeerd met de consumentenprijsindex



van zingeving. Anders zou men het immers niet doen. Wij rekenen met een surplus van 25 procent³⁶. Dit is het stukje dat vrijwilligers meer waarde ontlenen dan dat hen dit in bestede uren kost. Per saldo gaat het om nog ongeveer € 5.000.

Gevoeligheidsanalyse

De maatschappelijke kosten en baten van het Odensehuis zijn berekend op basis van de steekproef en literatuuronderzoek. De steekproef heeft voldoende omvang om betrouwbare uitspraken te kunnen doen. Dat neemt niet weg dat er sprake is van onzekerheden. In deze paragraaf voeren we daarom een gevoeligheidsanalyse uit op een aantal variabelen. Dit geeft inzicht in de bandbreedte van de resultaten.

Tabel 4.4. Gevoeligheidsanalyse (t.o.v. basisscenario MKBA)

Variabele	Effect op saldo MKBA	Effect op saldo gemeente	KB-verhouding (Fin)
1. Substitutie dagbesteding			
- 10% i.p.v. 15% WLZ-db	- € 72.000	-	KB-verhouding = 1,3 (1,0)
- 20% i.p.v. 15% WLZ-db	+ € 72.000	-	KB-verhouding = 1,4 (1,1)
- 20% i.p.v. 25% Wmo-db	- € 108.000	- € 123.000	KB-verhouding = 1,3 (0,9)
- 30% i.p.v. 25% Wmo-db	+ € 108.000	+ € 123.000	KB-verhouding = 1,4 (1,1)
2. Voorkomen escalatie			
- 10% i.p.v. 13% voorkomen	- € 119.000	-	KB-verhouding = 1,3 (0,9)
- 15% i.p.v. 13% voorkomen	+ € 80.000	-	KB-verhouding = 1,4 (1,1)
- 3 maanden uitstel i.p.v. 4,5	- € 172.000	-	KB-verhouding = 1,3 (0,9)
- 6 maanden uitstel i.p.v. 4,5	+ € 172.000	-	KB-verhouding = 1,5 (1,1)
3. Kwaliteit van leven			
- 5% i.p.v. 15% verbetering	- € 262.000	-	KB-verhouding = 1,2 (1,0)
- 20% i.p.v. 15% verbetering	+ € 131.000	-	KB-verhouding = 1,5 (1,0)

Bron: LPBL, MKBA-model Odensehuis

Op basis van het bovenstaande concluderen we dat de maximale bandbreedte van de kosten-baten-verhouding ligt tussen 0,9 en 1,8³⁷, ofwel: het maatschappelijk rendement van het Odensehuis is vrijwel zeker positief. De tabel laat verder zien dat de resultaten in de eerste plaats gevoelig zijn voor de mate waarin opname in een tehuis kan worden voorkomen. Dat komt door de hoge prijs van die trajecten. Verder merken we op dat het saldo voor de gemeente alleen verbetert bij méér substitutie met Wmo-dagbesteding. Daarnaast wordt het *maatschappelijk* saldo (en niet het financieel saldo) sterk beïnvloed door de effecten op kwaliteit van leven.

³⁶ Gemiddelde verschil tussen 'willingness to pay' en 'willingness to accept' (zie Verbooy et al, 2018). Dit komt overeen met de gehanteerde kengetallen van het CPB voor dit surplus.

³⁷ Bepaald door alle minimale waarden in te vullen en alle maximale waarden.



4.2. Doorkijk naar de toekomst (potentie)

Een belangrijke meerwaarde van de uitgevoerde analyse is niet alleen het getal onder de streep maar ook de mogelijkheden die het opgestelde model biedt voor het doorrekenen van scenario's voor doorontwikkeling, opschaling en verduurzaming. Dit staat centraal in deze paragraaf. We berekenen daarbij de maatschappelijke kosten en baten van een potentie-scenario, waarin we de ambitie van het Odensehuis om uit te breiden in Oost en Zuidoost verwerken.

1. Uitbreiding in Zuidoost

Het Odensehuis in Zuidoost heeft nu drie locaties, die ieder slechts één dag in de week open zijn. Er is voor juist deze locaties gekozen omdat in die buurten weinig alternatieven zijn voor ouderen met dementie. De ambitie is om op iedere locatie / buurt ten minste drie dagen open te zijn. Deze ambitie is als volgt vertaald naar de invoer van het MKBA-model:

- Het bereik in Zuidoost wordt naar verwachting groter, met een voorzichtige schatting komen we op circa 100 *extra* deelnemers³⁸, ongeveer een verdubbeling van het huidige aantal.
- Er zijn ook extra kosten. Die zijn nu nog niet duidelijk, en onder meer afhankelijk van de keuze voor een eigen locatie of onderdeel zijn (blijven) van een al bestaande voorziening. Vooralsnog hebben we gerekend met een extrapolatie van de huidige kosten *per bezoek*, namelijk € 78. Bij gemiddeld 3,3 bezoeken per deelnemer komt dat neer op € 330.000 extra kosten per jaar.
- Zuidoost heeft nu relatief weinig uitstel van opnames, onder meer omdat iedere locatie maar één dag open is. Door de extra openstelling neemt het aantal bezoeken per deelnemer naar verwachting toe. Daardoor wordt ook het genoemde effect in potentie groter. In dit potentiescenario veronderstellen we het gelijk aan het gemiddelde van Zuid en Oost³⁹.

Het resultaat van het bovenstaande is een verbetering van het maatschappelijk rendement van het Odensehuis (als geheel). De kosten-baten verhouding stijgt naar 1,5. Dat wil zeggen dat iedere geïnvesteerde euro € 1,50 oplevert. Ook in financieel opzicht is het saldo nu positief. Onderstaand figuur laat dit zien. Omdat in dit scenario vooral de effecten op voorkomen kosten in de WLZ toenemen, stijgen de baten daar meer dan evenredig, naar ruim € 1,2 miljoen.

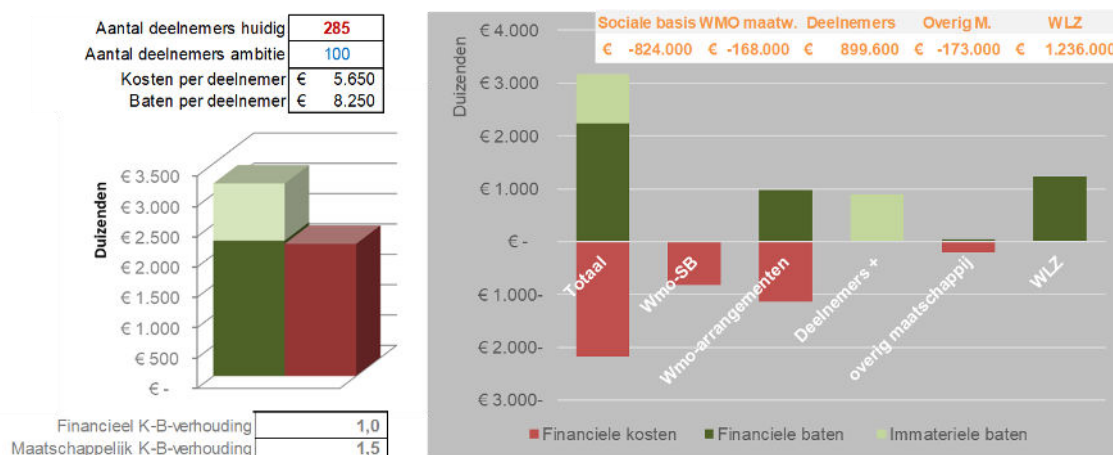
Een aandachtspunt daarbij is wel de samenstelling van de deelnemers. In Zuidoost zijn nu, in vergelijking met de andere stadsdelen, relatief weinig bezoekers met dementie (28% tegenover 39% in Zuid en 36% in Oost). Om de hier geraamde effecten ook te laten optreden is het belangrijk dat dit aandeel toeneemt.

³⁸ Dit is gedaan via twee methodes. In de eerste hebben we een inschatting gemaakt van het aantal unieke bezoekers per locatie (factor 2,25 (3 keer zoveel open x 0,75 i.v.m spreiding van unieke bezoekers over de dag) x het huidige aantal per locatie). Dit is vermenigvuldigd met 1,8 (dit is de verhouding tussen het totaal aantal unieke bezoekers in Zuidoost en de som van de unieke bezoekers per locatie). De uitkomst van deze schatting was 240 unieke bezoekers. In de tweede methode hebben we het aantal unieke bezoekers van Zuid als uitgangspunt genomen en dit vermenigvuldigd met 3 en vervolgens met 60% om te corrigeren voor de beperktere openstelling. De uitkomst van deze schatting was 180 unieke bezoekers.

³⁹ Gemiddeld 40% in de WLZ-doelgroep en 5% in de niet-WLZ doelgroep



Figuur 4.4. Potentie-scenario Odensehuis – uitbreiding in Zuidoost



Bron: LPBL, MKBA-model Odensehuis

2. Een eigen locatie in Oost

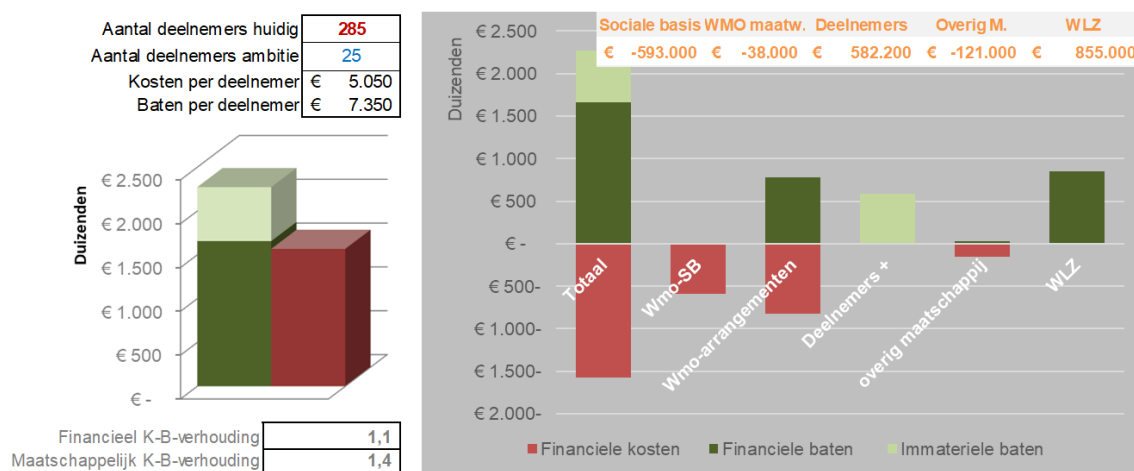
Het Odensehuis in Oost huurt nu drie dagen in de week een ruimte aan het Robert Kochplantsoen. Dit voormalige woonzorgcentrum in Jeruzalem fungeert nu als broedplaats en biedt plaats aan verschillende sociale initiatieven in de buurt. De gehuurde ruimte is echter klein en beschikt bijvoorbeeld niet over een echte keuken. Groei van het aantal deelnemers is dan ook nauwelijks mogelijk. Daarnaast moet het gebouw op afzienbare termijn plaatsmaken voor nieuwbouw van appartementen. Het Odensehuis is daarom op zoek naar een nieuwe, beter passende en liefst eigen locatie in Oost. In de MKBA vertalen we dit als volgt naar een potentiescenario:

- We gaan uit van een voorzichtige schatting waarbij het aantal deelnemers stijgt naar 65 unieke deelnemers (+25) en het aantal openingsdagen in eerste instantie gelijk blijft.
- Er zijn ook extra kosten, maar die zijn, net als in Zuidoost, nu nog niet duidelijk. We rekenen in dit scenario alleen met een toename van de huisvestingskosten en activiteitenlasten en veronderstellen dat de personele kosten gelijk blijven (omdat de groepen nu zo klein zijn dat er sprake is van overcapaciteit). Dat betekent dat met dezelfde personele kosten méér deelnemers worden bereikt.
- Naar verwachting blijven de effecten gelijk. Bezoekers komen immers niet vaker, alleen het bereik wordt groter.

Het resultaat van het bovenstaande betekent een verbetering van het maatschappelijk rendement. De kosten-baten verhouding van het Odensehuis (als geheel) stijgt licht, maar blijft 1,4. Wel is het resultaat nu ook positief in financieel opzicht. Onderstaand figuur laat dit zien.



Figuur 4.4. Potentie-scenario Odensehuis – grotere locatie in Oost



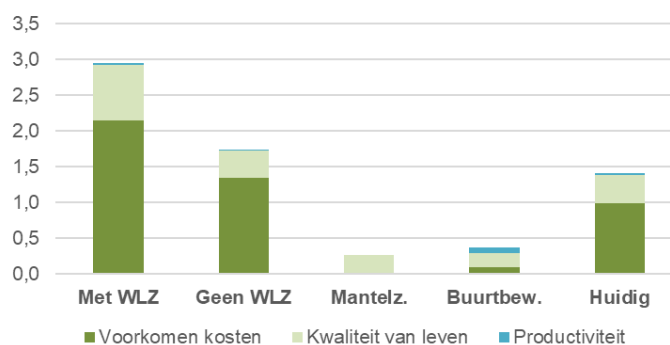
Bron: LPBL, MKBA-model Odensehuis

3. Sleutelfactoren voor (meer) effectiviteit

Terugkijkend zijn er enkele beslissende succesfactoren te benoemen die bijdragen aan de effectiviteit van het Odensehuis. Daarbij gaat het in de eerste plaats om het direct, flexibel en indicatievrij terecht kunnen, en de bejegening in combinatie met het onderscheidende aanbod aan activiteiten. Dat maakt het Odensehuis een prettige plek om te zijn, voor zowel mensen met dementie en hun mantelzorgers als voor buurtbewoners en vrijwilligers.

Deze gemengde samenstelling van de deelnemersgroep is ook in zichzelf een belangrijke succesfactor van het Odensehuis. Enerzijds vanwege de balans in draagkracht, veiligheid en zelfredzaamheid in de groep, maar anderzijds ook vanwege het maatschappelijk rendement. Onderstaand figuur laat de gemiddelde kosten-batenverhouding per type deelnemer zien. Aangezien je die ene plek en die ene euro maar één keer kunt uitgeven gaat het erom om een zo optimaal mogelijke samenstelling te behouden.

Figuur 4.5. Kosten-baten verhouding per type deelnemer



Bron: LPBL, MKBA-model Odensehuis

Het is dus bij de verdere ontwikkeling van het Odensehuis belangrijk om hier oog voor te houden: is de verhouding tussen mensen met lichte en zware problematiek en met buurtbewoners nog optimaal? In dit verband is samenwerking met andere partijen dan ook cruciaal. Bijvoorbeeld met huisartsenpraktijken, zodat mensen die net hun diagnose hebben gekregen hun weg naar het Odensehuis vinden. Maar



ook met andere sociale initiatieven, zodat voldoende betrokken buurtbewoners het Odensehuis leren kennen en mee willen doen (zoals bijvoorbeeld met Resto van Harte in Zuidoost).

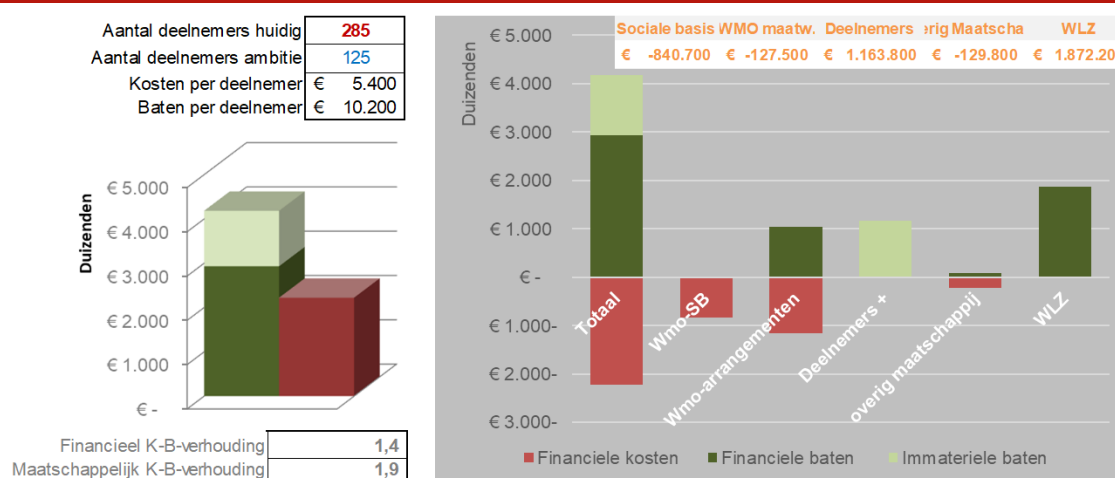
Tot slot wijzen we op deze plaats nog op een andere randvoorwaarden voor het optreden van de effecten, namelijk de frequentie van bezoek. Dit is nu voor de kwetsbare doelgroepen gemiddeld één keer per maand. De analyse van het steekproefbestand laat zien dat de effectiviteit van het Odensehuis met dit gemiddelde vergelijkbaar is met de uitkomsten uit ander onderzoek. Desondanks is het een belangrijk aandachtspunt: als de gemiddelde frequentie lager wordt, is het niet waarschijnlijk dat de gevonden effecten nog in dezelfde mate zullen optreden.

Op basis van het voorgaande hebben we een laatste scenario doorgerekend. Hierin 'optimaliseren' we de doorontwikkeling van het Odensehuis. Eerder al zagen we dat de voorgenomen uitbreiding in Zuidoost en Oost leiden tot een verbetering van het maatschappelijk resultaat. Daarnaast bieden ook de in dit rapport gesignaleerde aandachtspunten en sleuteffecten nog mogelijkheden. We 'draaien' daarbij – naast uitbreiding - aan de volgende 'knoppen':

- Een versterking van de community door meer betrokken buurtbewoners die door het Odensehuis vrijwilligerswerk gaan doen (10% meer vrijwilligers i.p.v. 5%);
- Meer samenwerking waardoor mensen al in eerder stadium van hun ziekte naar het Odensehuis komen (gemiddeld 6 maanden 'opnamewinst' in plaats van 4,5);
- Deelnemers die vaker naar het Odensehuis komen, waardoor voorkomen escalatie en kwaliteit van leven toenemen (respectievelijk 10% i.p.v. 7% netto-effect en 20% i.p.v. 15%).

In dit potentiescenario levert iedere geïnvesteerde euro in het Odensehuis in maatschappelijk opzicht bijna het dubbele op: de maatschappelijke kosten-baten verhouding is 1,9. Ook in financieel opzicht is wordt het resultaat dan positief (1,4). Het beeld van de verdelingseffecten blijft onveranderd: de gemeente investeert terwijl deelnemers, hun naasten en de langdurige zorg de baathebbers zijn.

Figuur 4.6. Potentie Odensehuis – ambitie gerealiseerd en aandachtspunten / sleuteffecten ingevuld



Bron: LPBL, MKBA-model Odensehuis



5. Conclusie en advies

Het Odensehuis, een laagdrempelige ontmoetingsplek voor mensen met dementie en hun naasten

De dubbele vergrijzing en stijging van zorgkosten vragen om initiatieven waarin ánders wordt gewerkt in het begeleiden van mensen met dementie. Het Odensehuis is zo'n initiatief. Het is een plek in de buurt, waar mensen elkaar kunnen ontmoeten: mensen met dementie, mantelzorgers, vrijwilligers én buurtbewoners. Het Odensehuis is indicatievrij. Er is geen wachtlijst en mensen kunnen komen op momenten dat zij dat willen of nodig hebben, zij zijn daarin flexibel. De *benadering en bejegening* van de deelnemers is daarbij heel belangrijk. Deelnemers worden niet als patiënten aangesproken, "je bent niet je ziekte". Tijdens de dagbesteding worden activiteiten georganiseerd die zijn gericht op plezier, creativiteit en beweging. Het aanbod is onderscheidend van de meer reguliere dagbesteding en vaak maatwerk. Er zijn ook lotgenotengroepen en ondersteuning voor mantelzorgers.

Uit de analyse blijkt dat het Odensehuis de beoogde effecten ook weet te bereiken. Naast het voorkomen van kosten voor andere vormen van dagbesteding, draagt het bij aan uitstel van opnames in een tehuis en tot meer kwaliteit van leven, zowel voor de deelnemers zelf als voor hun mantelzorgers. In de opgestelde Maatschappelijke Kosten Baten Analyse (MKBA) zijn deze effecten voorzien van een prijskaartje en daarmee vertaald naar maatschappelijke baten.

Maatschappelijk rendabel, winst valt in de langdurige zorg

Terugkijkend op het afgelopen jaar laat de MKBA zien dat Het Odensehuis in maatschappelijk opzicht een positief rendement heeft. Eén euro geïnvesteerd levert de maatschappij als geheel € 1,40 op. Er zijn voorkomen zorgkosten, door de substitutie van dagbesteding en door uitstel van opname in een tehuis. Daarnaast zitten de belangrijkste baten in een toename aan kwaliteit van leven voor de deelnemers en hun mantelzorgers. Ook is er nog een kleine baat door extra vrijwilligerswerk.

Bij de verdeling van de kosten en baten zien we dat kwetsbare deelnemers en hun mantelzorgers 'profiteren' in de vorm van een toename aan kwaliteit van leven. De kosten van het Odensehuis worden vrijwel volledig gedragen door de gemeente Amsterdam. Daar staan besparingen op andere vormen van dagbesteding tegenover. Een groot deel van de financiële baten valt echter bij de langdurige zorg (c.q. het zorgkantoor). De verdelingseffecten laten daarmee in één oogopslag de werking van het stelsel zien: de gemeente investeert in een laagdrempelige voorziening, bekostigd vanuit de sociale basis en de Wmo. Dit leidt tot minder kosten bij de zwaardere zorgvoorzieningen en tot meer kwaliteit van leven bij de inwoners.

Aandachtspunten voor de toekomst: uitbreiding, samenstelling en samenwerking

Het Odensehuis heeft de ambitie om uit te breiden in de stadsdelen Oost en Zuidoost. Een eerste doorrekening met behulp van het ontwikkelde MKBA-model laat zien dat dit in potentie maatschappelijk rendabel is. Met name de uitbreiding van de openstelling in Zuidoost biedt kansen: het is te verwachten dat bereik en effectiviteit van het Odensehuis daardoor toenemen.

Uit de analyse komen enkele succesfactoren die belangrijk zijn voor de doorontwikkeling van het Odensehuis. Daarbij gaat het in de eerste plaats om het *direct, flexibel en indicatievrij* terecht kunnen, en de bejegening in combinatie met het onderscheidende aanbod aan activiteiten. Dat maakt het

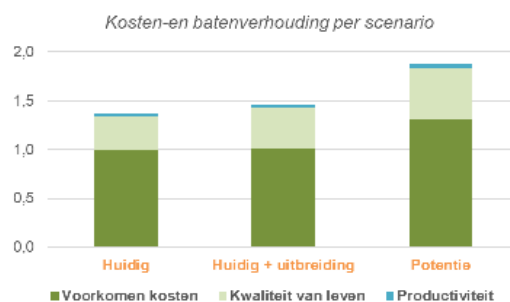


Odensehuis een prettige plek om te zijn, voor zowel mensen met dementie en hun mantelzorgers alsook voor buurtbewoners en vrijwilligers. Het is belangrijk om dit bij de doorontwikkeling te behouden.

Deze *gemengde samenstelling* van de deelnemersgroep - een mix van meer en minder kwetsbaar, mantelzorgers en betrokken buurtbewoners - is ook in zichzelf een belangrijke succesfactor van het Odensehuis. Vanwege de balans in draagkracht, veiligheid en zelfredzaamheid in de groep, maar ook vanwege het maatschappelijk rendement. Het is dus belangrijk om hier ook in de toekomst oog voor te houden. Wij adviseren dan ook om dit mee te laten wegen bij het denken over eventuele nieuwe financieringsmodellen: het is belangrijk dat dit niet ten koste gaat van de diversiteit in de deelnemersgroep.

In de derde plaats adviseren we om (nog) *meer samenwerking* te zoeken met partners in de wijk. Bijvoorbeeld met huisartsenpraktijken, zodat mensen die net hun diagnose hebben gekregen hun weg naar het Odensehuis vinden. Maar ook met andere sociale initiatieven, zodat voldoende betrokken buurtbewoners het Odensehuis leren kennen en mee willen doen (zoals bijvoorbeeld met Resto van Harte in Zuidoost). Alleen op die manier kan er echt sprake zijn van community-vorming.

Het figuur hiernaast laat de uitkomsten van de verschillende potentie-scenario's zien. Als het lukt om naast de uitbreiding in Oost en Zuidoost, ook de bovengenoemde succesfactoren toe te (blijven) passen of te versterken, kan het maatschappelijk rendement nog verder stijgen. Iedere geïnvesteerde euro levert dan bijna het dubbele op.



Kortom: het Odensehuis is een heel mooi voorbeeld van hoe een laagdrempelig initiatief een bijdrage kan leveren aan de maatschappelijke vraagstukken die ontstaan door de dubbele vergrijzing. Het leidt tot een aanzienlijke besparing in de langdurige zorg, maar vooral tot een prettiger leven voor kwetsbare ouderen en hun naasten!

-0-0-0-



Bijlage I. Acht stappen van een MKBA

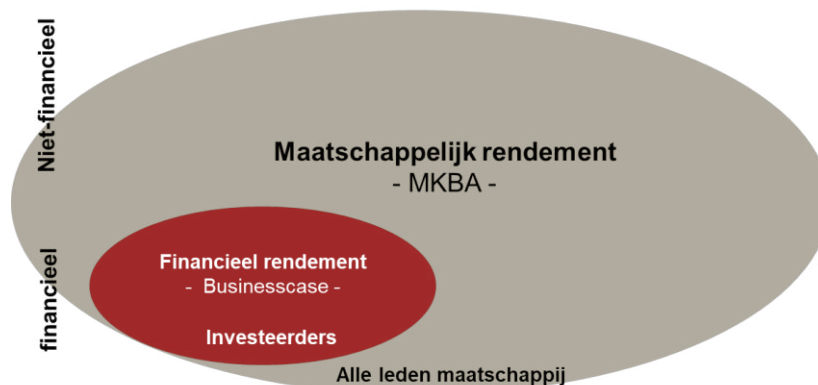
Een maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) brengt op een systematische en samenhangende manier alle door een project veroorzaakte effecten in kaart en vergelijkt deze met de situatie waarin het project niet wordt uitgevoerd (het nulalternatief). De baten van het project worden net als de kosten uitgedrukt in euro's. Dit geldt ook voor de zaken die geen direct prijskaartje hebben, zoals geluidsoverlast, een mooi uitzicht of je veilig voelen. Als de baten vervolgens groter zijn dan de kosten, dan zorgt het project voor een toename van de maatschappelijke welvaart.

Een MKBA geeft de volgende inzichten:

- welke positieve en negatieve effecten zijn er?
- Hoe verhouden de kosten zich tot de baten?
- Welke risico's en onzekerheden zijn er?
- Wie profiteert en wie betaalt?

Kenmerk van een MKBA is dat de effecten voor alle individuen binnen de maatschappij in kaart worden gebracht en dus niet alleen voor de initiatiefnemers. De MKBA vindt zijn oorsprong in de economische (welvaarts)theorie. Basisidee is dat voorkeuren van individuen in de maatschappij leidend moeten zijn bij afwegingen in overheidsbeleid en dat deze voorkeuren in geld uit te drukken zijn.

Figuur BI.1. Wat is een MKBA?



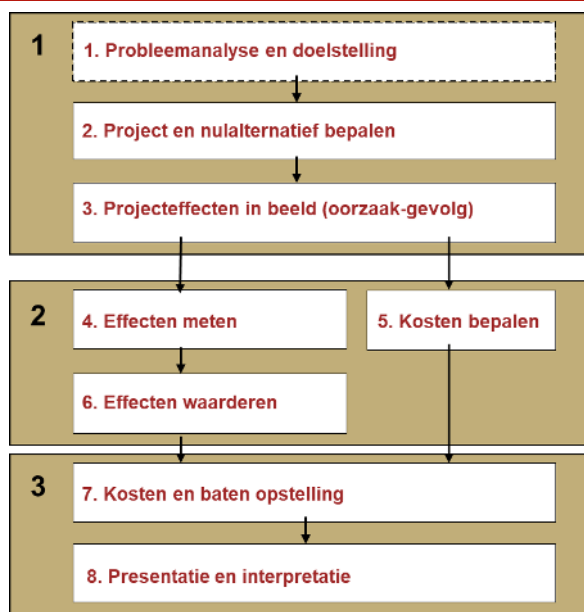
Bron: LPBL

De MKBA systematiek in het sociaal domein volgt zoveel mogelijk de in Nederland gangbare OEI-methodiek. Deze methodiek is vanaf 1998 ontwikkeld in opdracht van het ministerie van Verkeer en Waterstaat en het ministerie van Economische Zaken⁴⁰. Onderstaand stappenplan is hierop geïnspireerd.

⁴⁰ De kern van de methodiek is aanvankelijk vastgelegd in de zogeheten OEI-leidraad: Eijgenraam, Koopmans, *et. al.*, 2000: *Evaluatie van infrastructuurprojecten; leidraad voor kosten-batenanalyse, Deel I: Hoofdrapport & Deel II: Capita Selecta*. Gelijktijdig werd een aantal onderliggende deelstudies gepubliceerd. In latere jaren volgden meerdere aanvullingen op de leidraad.



Figuur BI.2. Stappenplan MKBA



Bron: LPBL o.b.v. OEI-leidraad



Bijlage II. Werkwijze EffectenArena en dossieranalyse

De MKBA – EffectenArena

De MKBA-EffectenArena is een door LPBL en SEV ontwikkeld instrument⁴¹, gericht op het gezamenlijk doordenken en doorleven van de essentie van een project. In een 3 uur durende workshop met projectleden en/of andere stakeholders worden de relaties tussen investeringen, maatregelen en effecten gezamenlijk uitgedacht en opgetekend op een A2-vel: de Arena. Dit stimuleert het blootleggen van de gedachtegang: hoe gaat deze interventie bepaalde effecten teweeg brengen? Het biedt daarmee de kans om de gedachtegang te delen en te toetsen: klopt de redenering, zijn de verwachtingen reëel? Wie investeert, wie profiteert? De MKBA-Arena vormt ook de eerste stap op weg naar een MKBA en neemt de betrokkenen mee in de gedachtegang die daarbij hoort.

In een of meer groepen van 3 tot 5 man/vrouw worden de volgende stappen doorlopen:

1. Beschrijven van de probleem- en doelstellingen van het project;
2. Expliciteren van het project en het referentiealternatief: wat zal er waarschijnlijk gebeuren als de investering niet plaatsvindt ;
3. Benoemen van de partijen die investeren in het project;
4. Identificeren van de directe en indirecte effecten van de interventie en het trekken van pijlen tussen project en effect. Met een onderscheid tussen bedoelde en onbedoelde effecten;
5. Benoemen van de partijen die baat hebben bij of last hebben van de effecten en deze door middel van pijlen koppelen aan de effecten.

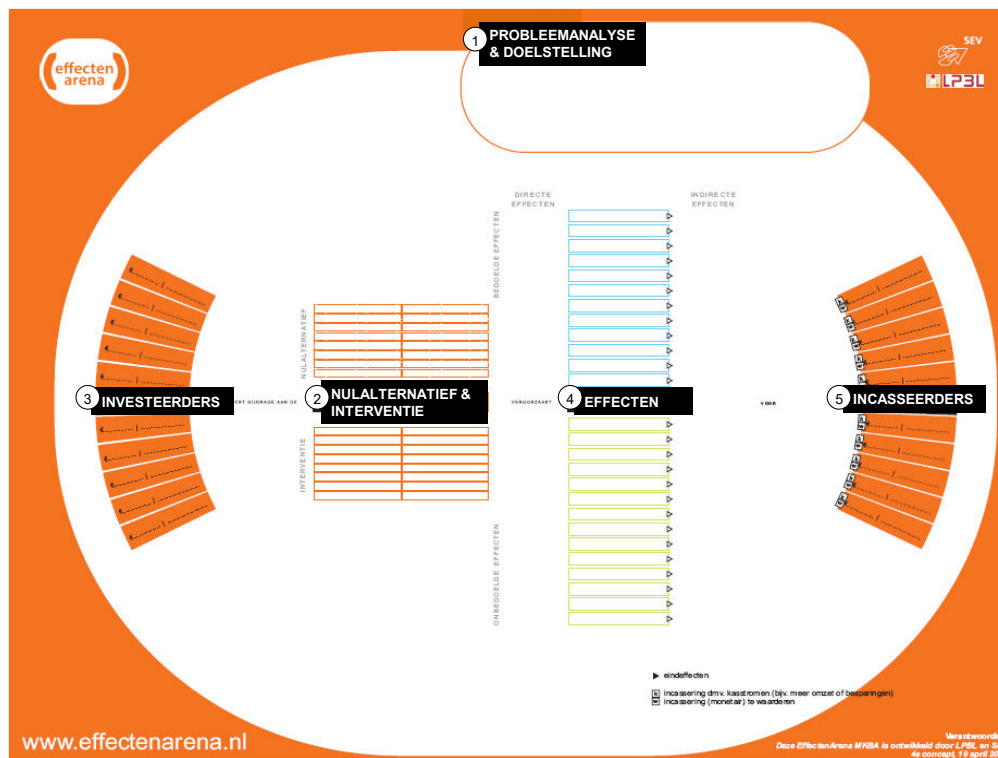
De term *Arena* is niet voor niets gekozen. Het is wenselijk dat mensen met verschillende achtergronden deelnemen aan de sessies en gemengd in groepen zitten. Zo komen verschillen in visies en verwachtingen expliciet aan de orde. Daarbij wordt niet zelden intensief gediscussieerd. In de praktijk blijken mensen enthousiast over het instrument, omdat het:

- dwingt concreet te maken welke toegevoegde waarde het project heeft;
- expliciet maakt wie profiteert, hetgeen een aanleiding kan zijn af te spreken nieuwe partijen bij het project te betrekken;
- helpt om de MKBA een minder theoretische exercitie te maken en dichter bij het projectteam te brengen.

⁴¹ Gebaseerd op de effectenarena van de SEV



Figuur BII.1. MKBA-EffectenArena



Bron: LPBL en SEV

Dossieranalyse

Voor het kunnen opstellen van de MKBA zijn gegevens nodig over de doelgroep van de aanpak. Idealiter komt deze informatie uit een registratiesysteem, waarin een aantal basisgegevens wordt bijgehouden. Echter, vaak is in deze informatie in het systeem ontoereikend. Met een steekproefsgewijze dossieranalyse hebben wij een snelle en pragmatische manier ontwikkeld om toch veel informatie krijgen. In essentie komt het erop neer dat we een projectleider systematisch interviewen over een (aselect getrokken) aantal van hun casussen.

Werkwijze

Uit het registratiesysteem wordt een aselechte steekproef van deelnemers getrokken. Voor deze deelnemers wordt een dossieranalyse gedaan, in een interview met de medewerker. Voor iedere casus gaan we tijdens het interview in op de volgende aspecten:

- *Algemene informatie over de deelnemer en het huishouden*
 - huishoudsamenstelling, inkomensbron, minima ja/nee, LVB of GGZ
- *Situatie van de deelnemer bij aanvang van het traject:*
 - problemen per leefgebied c.q. de zwaarte van de casus
 - lopende trajecten/zorg bij aanvang casus
- *Welke interventies zijn gepleegd*
 - ingeschakelde specialisten of juist schrappen van externe zorg



- door het project (zelf, inzetten netwerk/eigen kracht) etc.
- actief inzetten van specifieke interventies zoals schuld hulpverlening, begeleiding naar werk.
- *Situatie per leefgebied nu of bij inactief worden van de casus*

Exceldatabase t.b.v. kwantitatieve analyse

In een Exceldatabase worden de resultaten van de interviews tijdens het gesprek systematisch geturfd. Op die manier worden kwantitatieve analyses mogelijk. De ervaring leert dat het bespreken van 10 casussen in één uur haalbaar is.



Bijlage III. Kengetallen zorg- en trajectkosten

Figuur III.1. Kengetallen gemiddelde zorg- en trajectkosten (per traject / per jaar)

Inloopvoorzieningen	€	3.250
Dagbesteding Wmo	€	9.237
Dagbesteding Wmo - inclusief vervoer	€	12.312
Dagbesteding WLZ	€	13.668
Dagbesteding WLZ - inclusief vervoer	€	16.742
Crisisopname GGZ	€	6.475
Langdurig Verblijf GGZ	€	73.730
Langd.-Verblijf VV, zzp 4	€	75.920
Langd.-Verblijf VV, zzp 5	€	120.450

Bronnen: Marktconsultatie gemeente Amsterdam, Vektis, Zilveren Kruis

Bijlage IV. Kengetallen ziektelast- RIVM

Figuur IV.1. Ziektelast gewichten (Qaly's)

	QALY's
Stemmingsstoornissen	0,210
Schizofrenie	0,570
Autisme	0,259
Angststoornissen	0,175
Persoonlijkheidsstoornissen	0,183
Gedragsstoornissen	0,060
Verstandelijke Beperking	0,392
Aandoeningen gerelateerd aan alcohol	0,238
Aandoeningen gerelateerd aan drugs	0,238
ADHD	0,033
Burn-out (overspannen, surmenage, aanpassingsstoornis, stress-gerelateerde stoornis)	0,187
Dementie - licht	0,030
Dementie - matig	0,293
Dementie - ernstig	0,266

Bron: RIVM

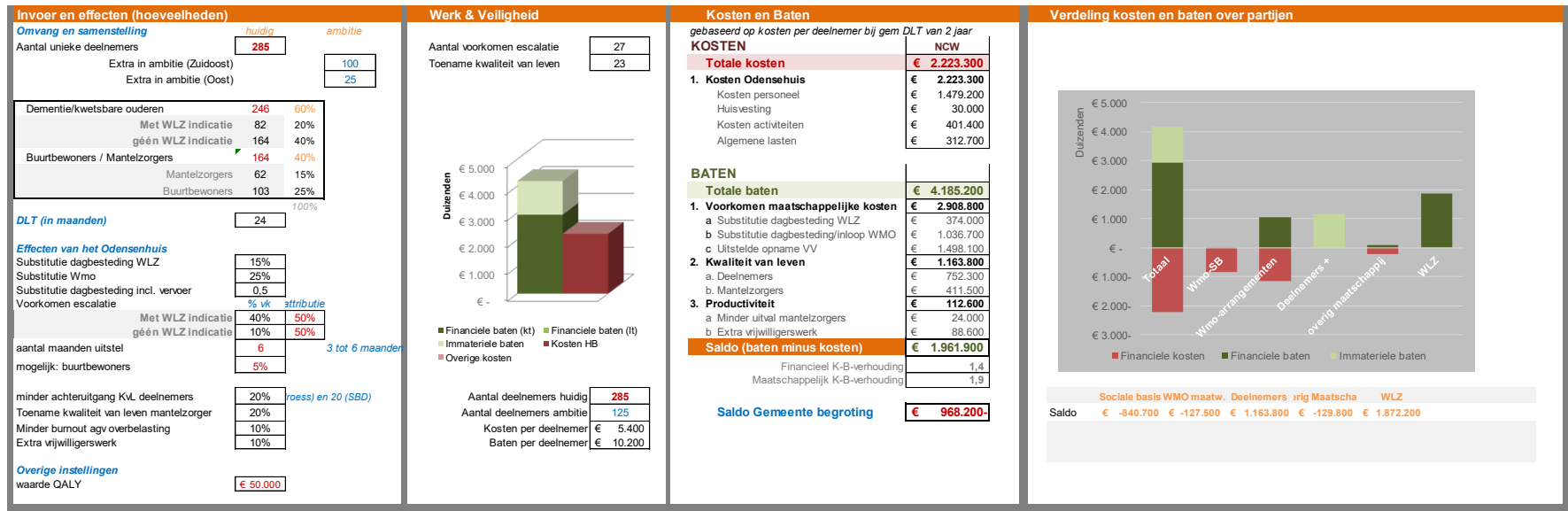


Bijlage V. Literatuurlijst

- Dröes, R.M. et al, Amsterdamse Ontmoetingscentra: *Een nieuwe vorm van ondersteuning voor dementerende ouderen en hun verzorgers*, 1994
- Droës, R.M. et al, *Gecombineerde ondersteuning in Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun mantelzorgers vergeleken met reguliere dagbehandeling*, Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 2005 (2005)
- Droës, R.M. et al, *Utilization, effect, and benefit of the individualized Meeting Centers Support Program for people with dementia and caregivers*, Clinical Interventions of Aging, 2004
- Droës, R.M. et al, *Onderzoek naar de behoefte aan een inloophuis voor mensen met dementie en hun mantelzorgers in Amsterdam*, 2008
- Droës, R.M. et al, *Linking DemenTalent to Meeting Centers for people with dementia and their caregivers: a process analysis into facilitators and barriers in 12 Dutch Meeting Centers*, 2019
- Haagsma et al, *Deriving disability weights for the Netherlands: findings from the Dutch disability weights measurement study*, Population Health Metrics, 2024
- Movisie, *Een fijne dag voor mensen met dementie*, 2023
- PriceWaterhouseCoopers, *Businesscase DemenTalent*, 2023
- PriceWaterhouseCoopers, *Eindrapportage doorrekening casemanagement dementie*, 2024
- Thé, A.M., *Opbrengsten van Sociale Benadering Dementie*, 2025
- Ven, R. van de, *Uitstel opname in verpleeghuis door casemanagement dementie*, Huisarts en Wetenschap, mei 2022
- Verbooy et al, *Time Is Money: Investigating the Value of Leisure Time and Unpaid Work*, 2018
- Vilans, *Interventiebeschrijving ontmoetingscentra*, Utrecht, 2024



Bijlage VI. Cockpit Potentie-scenario



Bron: LPBL, MKBA-model Odensehuis

-0-0-0-