Keukentafelgesprekken

Preventieve leefstijlgesprekken bij senioren thuis



Handleiding

Handleiding
Keukentafelgesprekken

Preventieve leefstijlgesprekken bij senioren thuis

September 2013

Paula van Herreveld,
Indigo Drenthe

Céline Crajé , PhD
Hanzehogeschool Groningen,
Lectoraat Transparante Zorgverlening

INHOUD

Voorwoord 1

Hoofdstuk 1 Inleiding en achtergrond 2
1.1 Vergrijzing 2
1.2 Kwetsbare ouderen 2
1.3 Ontstaansgeschiedenis interventie 'Keukentafelgesprekken' 3
1.4 Omschrijving interventie 'Keukentafelgesprekken' 4
1.5 Doel van interventie 5
1.6 Doelgroep 6

Hoofdstuk 2 Aanpak keukentafelgesprekken 7
2.1 Bereiken doelgroep (werving deelnemers) 7
2.2 Gesprekken 8
2.2.1 Gesprek 1 8
2.2.2 Gesprek 2 10
2.2.3 Gesprek 3 11
2.2.4 Afronding 11
Casus 1 11
Casus 2 12
2.3 Kosten 14

Hoofdstuk 3 Theoretische onderbouwing 15
3.1 Motiverende gespreksvoering 15
3.1.1 Fasen van gedragsverandering (transtheoretisch model) 16
Casus 3 18
3.2 Conclusie onderzoek 20
3.2.1 effecten van de interventie keukentafelgesprekken 20
3.2.2 evaluatie 20

Hoofdstuk 4 Functieomschrijving van hulpverlener 21

Referenties

Bijlagen

Bijlage 1	10 stappen plan
Bijlage 2	Actie kaart
Bijlage 3	Wervingstekst hulpverlener
Bijlage 4	Voorbeeld flyer en poster
Bijlage 5	Voorbeeld persbericht

Voorwoord

In deze handleiding wordt de methode van de preventieve interventie ‘Keukentafelgesprekken’ beschreven. De interventie keukentafelgesprekken heeft als doel om de zelfredzaamheid en onafhankelijkheid van kwetsbare ouderen in stand te houden en zo mogelijk te verbeteren. De interventie Keukentafelgesprekken is in 2012-2013 als pilot project uitgevoerd onder een groep van 80 ouderen in de provincie Drenthe. Daarbij is de haalbaarheid van interventie onderzocht, Hierbij werd onder andere gekeken naar gezondheidseffecten, de waardering van de deelnemers en succesfactoren. De uitkomsten van dit onderzoek zijn gebruikt als handvatten voor deze handleiding. In de handleiding zijn praktijkvoorbeelden (case studies) opgenomen.

HOOFDSTUK 1 INLEIDING EN ACHTERGROND

1.1 Vergrijzing in Nederland

Nederland vergrijst. Dit betekent dat het percentage ouderen (mensen van 65 jaar en ouder) in de bevolking toeneemt ten opzichte van de rest van de bevolking. In 2011 waren er 2,6 miljoen 65-plussers (16% van de bevolking), in 2040 zullen dit er 4,6 miljoen zijn (26% van de bevolking, Sanderse, Verwey en De Beer, 2012). Eén van de oorzaken van de toenemende vergrijzing is de geboortegolf na de tweede wereldoorlog. Een andere oorzaak is de stijgende levensverwachting. Zo is de kans dat een 65-jarige man 80 wordt met tien procent gestegen in het afgelopen decennium, van 52% naar 63% (Stoeldraijer en Garssen, 2011). Ouderen vormen de komende jaren dus een steeds groter deel van de Nederlandse bevolking, en worden daarnaast steeds ouder. Dit proces wordt dubbele vergrijzing genoemd (Van Campen, 2011).

1.2 Kwetsbare ouderen

Ouderdom komt vaak met meerdere gebreken. Bij ouderen stapelen kleine (lichamelijke, psychische en sociale) gebreken zich vaak op, waardoor iemand kwetsbaar kan worden voor ernstigere gezondheidsproblemen. Deze gezondheidsproblemen kunnen leiden tot beperkingen in het dagelijks functioneren, en de afhankelijkheid van zorg. Dit proces wordt kwetsbaarheid genoemd.

> Kwetsbaarheid bij ouderen is het proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (Van Campen, 2011).

Kwetsbaarheid kan gemeten worden met vragenlijsten als de Groningen Frailty Indicator (Steverink et al., 2001) of Tilburg Frailty Indicator (Gobbens et al., 2011), waarin vragen worden gesteld over het lichamelijke, sociale en psychische functioneren. Kwetsbaarheid blijkt een betere voorspeller te zijn dan iemands leeftijd voor opname in een ziekenhuis/verpleeghuis en vroegtijdig overlijden (Schuurmans et al., 2004).

In 2011 was van de zelfstandig wonende 65-plussers ongeveer een kwart van de mensen kwetsbaar. Bij ouderen die in een verzorgingshuis wonen is dit percentage hoger: 80%. Volgens demografische schattingen zal het percentage kwetsbare

ouderen in de toekomst ongeveer gelijk blijven (rond de 25% bij zelfstandig wonende ouderen). Door de vergrijzing zal het absolute aantal kwetsbare ouderen wel toenemen van 2010 tot 2030, van 700.000 naar ongeveer 1 miljoen (Van Campen, 2011).

Kwetsbaarheid kan tijdelijk of blijvend zijn. Blijvende kwetsbaarheid komt vaker voor bij mensen boven de 80 jaar, vrouwen, verweduwden en mensen met een lage opleiding (Van Campen, 2011). Blijvende kwetsbaarheid komt vaker voor bij mensen die één of meerdere chronische ziekten of beperkingen hebben, roken, weinig bewegen, overgewicht hebben en denken weinig invloed te hebben op het eigen leven. Vaak is er een wisselwerking tussen deze factoren. Iemand die bijvoorbeeld lichamelijk beperkt is en zich moeilijk kan bewegen is vaker te zwaar. Daarnaast speelt ook de leefstijl een belangrijke rol. Zo zijn roken, veel (ongezond) eten en te weinig bewegen risicofactoren voor bijvoorbeeld hart- en vaatziekten en overgewicht, waardoor de kans op kwetsbaarheid toeneemt. Het verbeteren van de leefstijl kan het risico op kwetsbaarheid verminderen.

Als risicofactoren en beginnende kwetsbaarheid op tijd gesignaleerd worden, kunnen er maatregelen genomen worden om verdere toenemende kwetsbaarheid te beperken. Echter, ongeveer 40% van de kwetsbare ouderen ontvangt geen zorg. Dus hoewel juist deze groep ouderen een verhoogde kans heeft op problemen, wordt deze groep vaak niet bereikt (Harbers et al., 2009; Schippers et al., 2009). Vroegtijdige signalering van kwetsbaarheid bij ouderen (door bijvoorbeeld de huisarts of WMO ambtenaar) kan het percentage kwetsbare ouderen dat geen zorg ontvangt verlagen en tehuisopname uitstellen (Van Campen 2011, p15).

1.3 Ontstaansgeschiedenis interventie 'Keukentafelgesprekken'

De interventie Keukentafelgesprekken maakte bij het ontstaan deel uit van een breder interventie programma gericht op ouderen in Drenthe: 'Gezond Doen!' Om de duidelijk te maken hoe de interventie 'Keukentafelgesrpekken' in een ketengerichte aanpak kan vallen, wordt hier het hele programma van Gezond Doen kort beschreven. Echter, de interventie 'keukentafelgesprekken' kan ook als losse interventie uitgevoerd worden.

Het preventieproject 'Gezond Doen!' had als doel de zelfredzaamheid en gezondheid van ouderen in Drenthe te behouden en te bevorderen door middel van het stimuleren van een gezonde leefstijl. Het project bestond uit 3 subprogramma's: 1) algemene signalering en voorlichting, 2) leefstijlinterventies en 3)signalering, voorlichting en preventie achter de voordeur. Het eerste subprogramma bestaat uit

het aanbieden van algemene voorlichting en gezondheidschecks (op voorlichtingsavonden of in de zorgbus), waarbij deelnemers een individueel leefstijladvies krijgen. Het tweede subprogramma is het aanbieden van cursussen waarbij ouderen een stap kunnen maken in het verbeteren van hun leefstijl. Belangrijke thema's binnen de cursussen zijn het stimuleren van (meer) bewegen, stoppen met piekeren en adviezen geven over oud(er) worden en depressie. De eerste twee subprogramma's waren gericht op alle 65+-ers in Drenthe. Het derde subprogramma, de keukentafelgesprekken, was specifiek gericht op kwetsbare ouderen. Hoewel kwetsvare ouderen vaak een steuntje in de rug zouden kunnen gebruiken, ontvangen kwetsbare ouderen vaak geen hulp/zorg (Van Campen, 2011). Vaak hebben deze ouderen een lage SES en zijn ze weinig gemotiveerd om zelf hun leefstijl te veranderen. Het is dan ook niet aannemelijk dat kwetsbare ouderen zelf aan de eerste twee deelprogramma's zullen meedoen. Daarom is de interventie 'Keukentafelgesprekken' opgezet: hierbij wordt actief op zoek gegaan naar kwetsbare ouderen, waarna en door middel van een serie preventieve huisbezoeken bij de deelnemer thuis geprobeerd wordt de leefstijl te verbeteren. Om deelname laagdrempelig te maken is deelname aan de Gezond Doen - projecten gratis.

1.4 Korte omschrijving interventie 'Keukentafelgesprekken'

Bij de keukentafelgesprekken komt een hulpverlener maximaal 3 maal bij de deelnemer thuis, om samen met iemand uit het steunsysteem de leefsituatie van de deelnemer te bespreken. De precieze methode wordt beschreven in hoofdstuk 2. Uitgangspunt is om de eigen kracht van de deelnemer en zijn/haar zorgsysteem aan te spreken, dat wil zeggen dat er gebruik gemaakt wordt van wat de deelnemer en het systeem nog allemaal zelf kunnen. Er wordt gebruik gemaakt van het 'gezonde' deel en niet van de beperkingen. Zo kan niet alleen een oplossing gecreëerd worden die dicht bij de deelnemer ligt, maar kan er ook gekeken worden naar de draagkracht en gedachten van de mantelzorger. Tijdens de keukentafel gesprekken wordt gebruik gemaakt van technieken uit motiverende gesprekstechnieken, (zie hoofdstuk 3). Er wordt geen leefstijladvies voorgeschreven, maar samen met de senior wordt gezocht naar een hem of haar passende oplossing. De gesprekken zijn informeel en de hulpverlener kan zich aanpassen aan het tempo van de oudere (Bugelli & Crowther, 2008). Het resultaat van de gesprekken is een actieplan waar de senior zelf achter staat en waar het zorgsysteem aan kan meewerken, zodat de doelen haalbaar zijn.

1.5 Doel van de interventie

Het doel van de interventie Keukentafelgesprekken is het behouden en stimuleren van de onafhankelijkheid en zelfredzaamheid van (kwetsbare) ouderen, door middel van het verbeteren van de leefstijl. De leefstijl wordt gedefinieerd op verschillende gebieden: **B**ewegen, **R**oken, **A**lcohol, **V**oeding, **O**ntspanning (zowel lichamelijk als psychisch)en **S**ociale contacten, oftewel BRAVOS. Bij het eerste gesprek zal besproken/onderzocht worden op welk leefstijldomein een verbetering mogelijk is (zie 2.2.1) en er wordt een doel gesteld om de leefstijl te verbeteren.

(Hoofd)Doel:

Na maximaal 3 keukentafelgesprekken, is er met de senior (en het systeem) een haalbaar (en vastgelegd) plan gemaakt om de leefstijl van de senior te verbeteren en de senior heeft handvatten om een leefstijlverandering te realiseren en vast te houden.

Subdoelen

Verhogen kennis: senior en systeem hebben kennis over de verschillende leefstijlgebieden: **B**ewegen, **R**oken, **A**lcohol, **V**oeding, **O**ntspanning (zowel lichamelijk als psychisch) **S**ociale contacten, en kunnen aangeven wat hun eigen situatie is met betrekking tot de BRAVOS leefstijlgebieden.

Vaststellen probleem en oplossing: De senior en zijn/haar systeem zijn in staat, indien er een probleem is op één van deze leefstijlgebieden, dit probleem te formuleren en stellen in samenwerking met de uitvoerder een haalbaar doel op waar tijdens de periode van de keukentafelgesprekken aan gewerkt gaat worden. De senior en zijn/haar systeem weten wat ze moeten doen om de leefstijl te verbeteren. Het doel en het plan worden vastgelegd op de cliënt kaart.

Verhogen eigen effectiviteit : De senior en zijn/haar systeem geven aan voldoende handvatten te hebben om ook ná afloop van de keukentafelgesprekken zijn/haar behaalde doel in stand te houden of er aan te werken.

1.6 Doelgroep

De doelgroep van de keukentafelgesprekken zijn senioren (65 jaar en ouder) in de provincie Drenthe, met een probleem/vraag op één van de BRAVOS leefstijlgebieden Voor een optimaal resultaat is het aan te bevelen dat iemand uit de omgeving van de senior deelneemt aan de gesprekken.

Contra indicatie

- Senioren met een acuut psychiatrische toestandsbeeld
- Suïcidaliteit
- Senioren die onder invloed verkeren van alcohol en/of drugs
- Senioren met ernstige agressieproblematiek waarbij de veiligheid van de keukentafel gesprekvoerder in het geding komt
- Senioren met een dementieel beeld
- Senioren met communicatieproblemen

HOOFDSTUK 2 AANPAK KEUKENTAFELGESPREKKEN

2.1 Bereiken van de deelnemers

De aanmelding van de deelnemer voor de interventie keukentafelgesprekken kan gebeuren door 1) de senior zelf, 2) het naaste zorgsysteem (partner, kind, mantelzorger) of 3) vanuit externe zorgaanbieders van de senior. Externe zorgaanbieders zijn bijvoorbeeld:

- zorginstellingen zoals huisartsen, POH GGZ, OGGZ en thuiszorg.
- welzijnsinstellingen: AMW en ouderenwerkers.
- maatschappelijke diensten: sociale dienst en project problematisch wonen

Om alle bovenstaande mensen/instellingen te bereiken wordt er gebruik gemaakt van PR materiaal, zoals flyers, posters en persberichten. Een voorbeeld hiervan is te vinden in bijlage 4 en 5.
Er wordt op een pro actieve manier aandacht gevraag door de hulpverlener voor de keukentafelgesprekken. Dit betekent dat de hulpverlener afspraken maakt met netwerkpartners om langs te komen en uitleg te geven.

Om de doelgroep optimaal te bereiken vindt de werving ook pro actief plaats; er worden bv voorlichtingen in buurthuizen georganiseerd. Dit zijn laagdrempelige bijeenkomsten, bv een quiz met stellingen over gezondheid, waarbij senioren tevens uitleg krijgen over de keukentafelgesprekken en ter plekke een afspraak hiervoor kunnen maken.
Voor meer informatie over deze quiz kunt u contact opnemen met Indigo Drenthe.
De hulpverlener kan ook aanschuiven bij koffieochtenden van de kerk, tijdens maaltijden in seniorenrestaurants of bij andere activiteiten die voor senioren worden georganiseerd.
Een belangrijk aspect in de hele werving is namelijk dat de hulpverlener actief zijn/haar gezicht laat zien. Dit blijkt een belangrijke voorwaarde te zijn voor senioren om te besluiten een afspraak te maken voor een keukentafelgesprek.

2.2 Gesprekken

Er worden maximaal 3 gesprekken van 2 uur gevoerd met de senior. De opbouw en inhoud van de drie gesprekken zal hieronder beschreven worden. Vervolgens worden 2 casussen beschreven, waarin de opbouw van de 3 gesprekken naar voren komt.
De uitvoerder van de keukentafelgesprekken wordt hieronder als hulpverlener aangeduid, dit kan een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV), maatschappelijk werker of verpleegkundige zijn (zie H 4 voor competenties).

2.2.1 Gesprek 1

De onderdelen voor het eerste gesprek zijn: een afspraak gemaakt met de deelnemer, deelnemer op gemak stellen, leefstijl uitvragen en doel stellen. . Deze onderdelen worden hieronder beschreven

2.2.1. Afspraak maken 1e gesprek

De hulpverlener belt de deelnemer op om een afspraak met de senior te maken. De keukentafelgesprekken vinden altijd plaats bij de senior of zijn/haar systeem thuis. Is het van te voren al duidelijk dat iemand van het systeem betrokken is, dan wordt ook met hem/haar telefonisch contact opgenomen om een gezamenlijke afspraak met de senior te maken.

Introductie: deelnemer op gemak stellen

Essentieel voor een goed gesprek is om iemand op zijn gemak te stellen. Om de deelnemer op zijn/haar gemak te stellen, kan de hulpverlener beginnen met een babbeltje over koetjes en kalfjes (zie ook tip 1). Nadat het ijs wat gebroken is kan de hulpverlener iets vertellen over het doel van de keukentafelgesprekken en over de BRAVOS leefstijlgebieden.

Tip 1 Breken van het ijs /iemand op gemak stellen Een handige werkwijze is om van buiten naar binnen te werken: Begin eerst over het weer of over de tuin. Daarna een stapje verder over hoe iemand woont, het huis, de inrichting. En daarna over de persoon zelf.

Leefstijl uitvragen

De volgende stap is dat iemand de ruimte krijgt om iets te vertellen de eigen situatie, bijvoorbeeld door te vragen waarom iemand zich heeft opgegeven, of door wat te

vertellen over BRAVOS gebieden en te vragen of daar wat speelt. Belangrijk is om niet meteen overal op in te gaan, want dit kan senioren overvallen doordat het te snel gaat. Meestal komt er meteen wel een probleem op tafel. Is dat niet het geval dan vraagt de hulpverlener er specifiek naar. Hij/zij maakt gebruikt van zijn/haar observaties. Bijvoorbeeld: als er een rollator in de kamer staat, vraagt de hulpverlener hoe het met lopen gaat en of de senior nog wel buiten komt om te wandelen. Mogelijk is dit namelijk een belemmering voor de senior. Het kan ook zijn dat tijdens het gesprek duidelijk wordt dat de senior weinig contact heeft met de kinderen. De hulpverlener richt zich dan op dit onderwerp en vraagt door naar andere sociale contacten en evt. eenzaamheid. Het is natuurlijk niet de bedoeling dat de hulpverlener problemen opzoekt die er niet zijn, maar door gebruik te maken van de observaties en het gesprek die richting uit te sturen komen er vaak wel problemen op tafel waar de senior mee zit en iets aan wil doen. Belangrijk tijdens alle gesprekken is dat de hulpverlener niet star vast houdt aan het onderwerp. De meeste senioren vinden het fijn om het over van alles te hebben en wijden uit. De kunst is om dan op een prettige manier weer terug te gaan naar de problemen op BRAVOS gebied zonder dat de senior het gevoel heeft dat hij/zij zijn/haar verhaal niet kan doen.

Tip 2 maken van aantekeningen

Leg uit waarom je aantekeningen maakt. Dat kunnen sommige senioren heel lastig vinden: “er wordt iets opgeschreven, wat heb ik nu gezegd?”. Zeg bijvoorbeeld: ‘u vraagt zich misschien af wat ik allemaal opschrijf, ik schrijf vragen op, zodat ik u die later niet vergeet te stellen’

Tip 3 gevoelsreflecties

Een ander aandachtspunt is, is dat de hulpverlener iemand in de gaten houdt hoe de senior erbij zit: is iemand gespannen of juist niet gespannen. Dit allemaal om de senior op zijn/haar gemak te stellen. Opmerkingen in de trant van: ‘ we kennen elkaar nog niet en dan vraag ik wel naar persoonlijke dingen. Dat is voor u vast vreemd’ kunnen daarbij helpen. Belangrijk hierbij is om duidelijk te maken dat wat men vertelt binnen het traject blijft.

Tip 4 even iets anders doen

Ook help het vaak om iets totaal anders tussendoor te doen. Bv een kopje koffie inschenken voor de senior, helpen met het bestellen van een boek via internet etc. Dit verstevigt de band tussen de senior en hulpverlener en wekt vertrouwen op.

Doelen formuleren

Aan het eind van het eerste gesprek wordt het doel helder geformuleerd door de hulpverlener en vraagt deze aan de betrokkenen of ze zich er in kunnen vinden. Als dat zo is, dan worden er concrete afspraken gemaakt hoe er aan dit doel gewerkt gaat worden (zie casus 1 en 2).

De hulpverlener schrijft dit doel en de afspraken om dit te bereiken op een Actiekaart (bijlage 2) en laat deze bij de senior achter. Op deze Actiekaart staan de contactgegevens, zodat de senior, indien nodig, de hulpverlener kan bereiken, het doel waar aan gewerkt gaat worden en de afspraken op welke manier er aan dit doel gewerkt gaat worden. Ook wordt er een afspraak gemaakt voor het 2e gesprek.

Betrekken van het systeem

Mocht er geen systeem bij de keukentafelgesprekken betrokken zijn dan leent het 1e gesprek er zich voor om daar eens naar te vragen. Het ijs tussen de senior en de hulpverlener is gebroken, het wordt wat persoonlijker en vertrouwelijker. Dan kun je prima vragen of er iemand in de omgeving is die zich zorgen maakt over de senior. En of het goed is om die dan even te bellen en uit te leggen wat we bespreken tijdens het keukentafelgesprek. En eventueel uit te nodigen bij het 2e gesprek.

2.2 Gesprek 2

Het doel van het tweede gesprek is om te evalueren wat er voor vooruitgang is geboekt met betrekking tot de gestelde doelen. Tussen het eerste en tweede gesprek zit ongeveer 2a 3 weken. Dit is lang genoeg om een eerste begin te maken met het geformuleerde doel en kort genoeg om iedereen ‘op scherp’ te houden.

Opening

In het tweede gesprek wordt weer begonnen met koetjes en kalfjes en wordt er door de hulpverlener gevraagd naar de zaken die belangrijk zijn voor de oudere. Bijvoorbeeld, de hulpverlener heeft in het eerste gesprek gehoord dat de senior een verjaardag heeft en tijdens het tweede gesprek wordt gevraagd hoe dat is geweest.

Doelen en leefstijl

Daarna wordt besproken hoe het werken aan het doel is verlopen en wat de senior of zijn/haar systeem nog nodig hebben om hier verder mee aan de slag te gaan.

Tip 5 Lijdensdruk en eigen kracht
Wat erg belangrijk is, is dat de hulpverlener probeert om de deelnemer zelf dingen te laten doen, en niet teveel te helpen, door bijvoorbeeld te zeggen: “dat wil ik wel even voor u regelen.” Een stukje autonomie is erg belangrijk en ook de druk van het probleem bij mensen zelf laten. Een bepaalde lijdensdruk moet niet te snel bij mensen weg worden gehaald. Want juist die lijdensdruk is ook vaak de drijfveer om iets te gaan doen.

2.2.3 Gesprek 3

Tijdens het tweede en derde gesprek zit ongeveer een maand, zodat de senior (en systeem) de tijd heeft om met zijn/haar doel aan de slag te gaan. Het laatste gesprek verloopt volgens hetzelfde stramien als de andere 2 gesprekken. Met als enige verschil dat nu het hele traject wordt geëvalueerd en besproken wordt hoe de senior zijn/haar behaalde doel in stand kan houden nu de hulpverlener niet meer terug komt. Ook wordt er besproken of het zinvol is om de senior door te verwijzen naar een ketenpartner.

2.2.4 Afronding

Indien de verwijzing naar de Keukentafelgesprekken via een externe zorgaanbieder is gegaan, stuurt de hulpverlener een kort briefje met de bevindingen naar deze zorgaanbieder.
Natuurlijk alleen maar met toestemming van de senior.

Casus 1: mevrouw Z
Mevrouw Z. (66j) komt oorspronkelijk uit Servië. Ze is op jonge leeftijd wees geworden. Ze is 12 jaar geleden getrouwd met een Nederlandse man en toen naar Nederland gekomen. Een paar jaar geleden is haar gezondheid sterk achteruit gegaan. Ze heeft veel lichamelijke klachten (suikerziekte, fybromyalgie, gewrichtsslijtage, artrose). Mede door medicijngebruik is ze zoveel aangekomen dat ze zich nauwelijks zelf kan bewegen. Mevrouw Z. is depressief. Mevrouw Z. ligt de hele dag in een bed dat in de kamer staat. Ze is al 3 jaar niet naar buiten geweest, behalve voor het hoogst noodzakelijke (arts bezoeken). Mevrouw Z is totaal afhankelijk van de zorg van haar man. Een vriendin zag de advertentie van de keukentafelgesprekken in de krant en heeft mevrouw opgegeven.

<u>Gesprek 1</u>
Naast mevrouw, is haar echtgenoot aanwezig bij het gesprek. Mevrouw voelt zich niet lekker

en ligt in bed. Ze vertelt tot in alle details over kwalen die ze heeft.. Er wordt met mevrouw besproken dat het goed zou zijn om weer eens naar buiten te gaan en weer in beweging te komen. Mevrouw zit dit niet zo zitten. Haar man zou wel graag zien dat ze weer eens naar buiten zou gaan.

Doelstelling:
De doelstellingen van de keukentafelgesprekken zijn 1) mevrouw de kans te geven haar hart te luchten en 2) haar te stimuleren om weer naar buiten te gaan.

Gesprek 2
Mevrouw is ziek geweest en praat veel over haar lichamelijke klachten. Omdat haar man heeft aangegeven dat hij graag zou willen dat mevrouw weer naar buiten gaat, maar mevrouw niet altijd naar hem luistert, wordt afgesproken dat er een maatje wordt gezocht om mee naar buiten te gaan.

Gesprek 3
Er komt een opbouwwerker langs om te kijken wat hij kan betekenen in de situatie van mevrouw. Er kan een vrijwilliger langskomen om met mevrouw te oefenen op de scootmobiel en er is een plekje voor mevrouw in een inloopcentrum. Hier kan mevrouw wekelijks een kopje koffie komen drinken en een praatje maken met andere mensen.

Na afloop
De SPV spreekt nog een keer met mevrouw af in het inloopcentrum. Mevrouw kwam zelf op de scootmobiel en was voor het eerst sinds 3 jaar weer eens onder de mensen.

Casus 2: de heer K.

Dhr K. (72j) woont zelfstandig in een kleine woning. Hij is actief en brengt een aantal keer per week de post rond en hij doet 2 keer per week vrijwilligerswerk. Hij gaat door de week elke dag eten bij een buurtcentrum. Sinds 10 jaar is de heer K weduwnaar, en daar heeft hij nog veel verdriet over. De heer is opgegeven voor het project door welzijnswerk.

Gesprek 1
Ook de dochter van de heer K is aanwezig bij het gesprek. De heer K zou graag wat minder aan zijn verdriet over zijn overleden echtgenote willen denken als hij alleen is. Volgens zijn dochter praat de heer hier teveel over met iedereen en zou het goed zijn als hij dit een plek kan geven. Ook zou zijn dochter graag willen dat haar vader haar minder belast met zijn

verdriet, omdat het haar (in elk geval op dit moment) teveel wordt. Er wordt besloten dat de SPV zal onderzoeken wat de mogelijkheden voor een rouwgroep zijn.

Doelstelling:
De heer kan naar een rouwgroep

Gesprek 2
Er is helaas op dit moment geen plek in de rouwgroep. Over een paar maanden begint een nieuwe groep, waar de heer terecht kan. Een andere optie is dat er een maatje wekelijks langskomt via een maatjesproject van Humanitas. De heer K en zijn dochter zullen dit samen uitzoeken

Gesprek 3
Er is een afspraak gemaakt met Humanitas voor het maatjesproject. De dochter is bang dat dhr niet goed zal kunnen verwoorden dat hij precies wil. De SPV adviseert om dit samen vooraf goed te bespreken en hem het gesprek zelf te laten voeren.

Na afloop
De afspraak bij Humanitas is goed verlopen en er komt wekelijks iemand bij de heer op bezoek om koffie te drinken en te praten. De heer K is hier erg tevreden over. De dochter houdt in de gaten wanneer de nieuwe rouwgroep begint.

2.3 Kosten

Personele kosten:

Per gesprek 2 uur: 1 1/2 gesprekstijd (directe tijd) en 1/2 uur indirecte tijd (reistijd, verslag, overleg derden) à €80 per uur = €160 euro

De gesprekken vinden plaats binnen de geïndiceerde preventie. Dat betekent dat deelnemers een verwijsbrief van de huisarts nodig hebben en er een gedeelte van hun eigen risico van de zorgverzekering afgaat. dat zal ongeveer €83,50 per gesprek zijn.

implementatie:

- netwerkcontacten (die heb je nodig voor verwijzing deelnemers keukentafelgesprekken en plannen voorlichtingsactiviteiten) ongeveer 4 uur per week à €80 = €320
- train de trainer: deze voorlichting duurt ongeveer 2 uur = €160 euro (maar dat zal misschien 1x per half jaar voorkomen)
- voorlichtingen voor de doelgroep (Kunst vh ouder worden, gezondheidsquiz). Dit is in het kader van de werving voor de keukentafelgesprekken. Ongeveer 2 voorlichtingen per maand.: 2 uur voorlichting en 2 uur reistijd, spullen klaar zetten, flyers ophangen van te voren etc = 4 uur per voorlichting = €320
- zaalhuur is gemiddeld €15 euro per dagdeel. Dus bij 2 voorlichtingen per maand: €30,-

HOOFDSTUK 3 THEORETISCHE ACHTERGROND

Het doel van de keukentafelgesprekken is om een verandering in de leefstijl teweeg te brengen. Voor veel mensen is hiervoor een structurele gedragsverandering vereist. Een belangrijke theorie over gedragsverandering die ten grondslag liggen aan de keukentafelgesprekken is de motiverende gespreksvoering met daarbij fasen van gedragsverandering (transtheoretisch model).

3.1 Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering is een methode die voortkomt uit de zelfreguleringstheorie van Miller en Rollnick (2005). Volgens de zelfreguleringstheorie is een gedragsverandering afhankelijk van hoe iemand de situatie beoordeelt. Zolang de situatie dusdanig is dat het binnen acceptabele grenzen valt (bijvoorbeeld iemand is te zwaar en heeft nergens last van), dan is er geen verandering noodzakelijk, en zal de persoon niet veranderen. Maar wanneer er iets gebeurt waardoor de situatie verandert en de situatie valt buiten de acceptatie grenzen (degene krijgt last van zere knieën als gevolg van het overgewicht), dan kan een gedragsverandering noodzakelijk worden. Volgens de theorie van zelfregulering is het ontwikkelen van een discrepantie tussen de huidige en gewenste situatie nodig om een verandering te bewerkstelligen.
De kern van motiverende gesprekstechnieken is dat iemands motivatie om te veranderen het fundament is van verandering. De methode is dan ook ontworpen om motivatieproblemen op te lossen die een gedragsverandering verhinderen.
Hoe kan iemand gemotiveerd worden? Volgens de principes van motiverende gespreksvoering moet de zorgverlener proberen om verandertaal uit te lokken bij de cliënt. Verandertaal is spraakgebruik dat tot zelfmotivatie leidt (bijvoorbeeld: het noemen van voordelen van verandering: ‘als ik lichter zou zijn, dan heb ik minder last van zere knieën’).
Hierbij probeert de zorgverlener niet om de cliënt te overtuigen dat het beter zou zijn gedrag te veranderen, maar door met de cliënt op zo’n manier in gesprek te gaan dat beweegredenen voor verandering worden uitgesproken door de cliënt.
Er zijn vier algemene principes binnen de motiverende gespreksvoering die de zorgverlener kan toepassen:

1) Het uitdrukken van empathie (de zorgverlener luistert naar de cliënt zonder een oordeel te vellen, waarbij ambivalentie wordt gezien als een normaal proces in gedragsverandering)

2) Het ontwikkelen van discrepantie (op een dusdanige manier vragen stellen dat nadelen van het oude gedrag groter worden en voordelen kleiner)
3) Het meebewegen met weerstand (weerstand hoeft niet worden te bestreden en nieuwe perspectieven kunnen worden uitgelokt).
4) Het ondersteunen van persoonlijke effectiviteit (als iemand gelooft dat hij/zij gedrag kan veranderen is dat een goede motivatie, maar ook de steun van de zorgverlener kan bijdragen aan dat vertrouwen).

3.1.1 Fasen van gedragsverandering (Transtheoretisch model)

Het transtheoretisch model van Prochaska en Diclemente[57] beschrijft welke stadia mensen doorlopen voordat zij bereid zijn hun gedrag aan te passen. Het model is gebaseerd op empirisch onderzoek in de verslavingszorg, maar recent onderzoek laat zien dat dit model ook toegepast kan worden op het veranderen van beweeggedrag .[50] Het model bevat 6 fasen (zie Figuur 4), die volgens Prochaska en Diclemente achtereenvolgens doorlopen worden. Voordat het nieuwe gedrag gehandhaafd wordt, komt het vaak voor dat iemand terugvalt in een vorige fase. De verschillende fases worden hieronder uitgelegd:

1. *Precontemplatie fase of voorbeschouwingsfase*
   De cliënt heeft (nog) geen intentie om te veranderen. In sommige gevallen erkent de cliënt
   ook niet dat er een probleem is.
   -> Taak van de hulpverlener: cliënt bewust laten worden van probleem, voor- en nadelen van (niet) veranderen bespreken.

2. *Contemplatiefase of overpeizingsfase*
   De cliënt is zich bewust van probleem en overweegt om iets te veranderen. De motivatie om te veranderen is aanwezig, maar cliënt onderneemt nog geen actie.
   -> Taak de hulpverlener: eerste stappen om te veranderen bespreken.

3. *Voorbereidingsfase*
   Cliënt maakt pas keuze om iets te veranderen als hij zich bewust is van probleem, probleem erkent en vertrouwen heeft om te veranderen. Cliënt maakt plan om te veranderen.
   -> Taak de hulpverlener: haalbare doelstellingen formuleren en eigen effectiviteit stimuleren.

4. *Actie fase*

Cliënt onderneemt actie om te veranderen. De eigenlijke behandeling vindt in deze fase

plaats.

-> Taak de hulpverlener: positieve bevestiging geven, plan van onderhoud maken en onderzoeken welke mogelijke barrières er zijn om nieuwe gedrag vol te houden.

5. *Consolidatiefase*

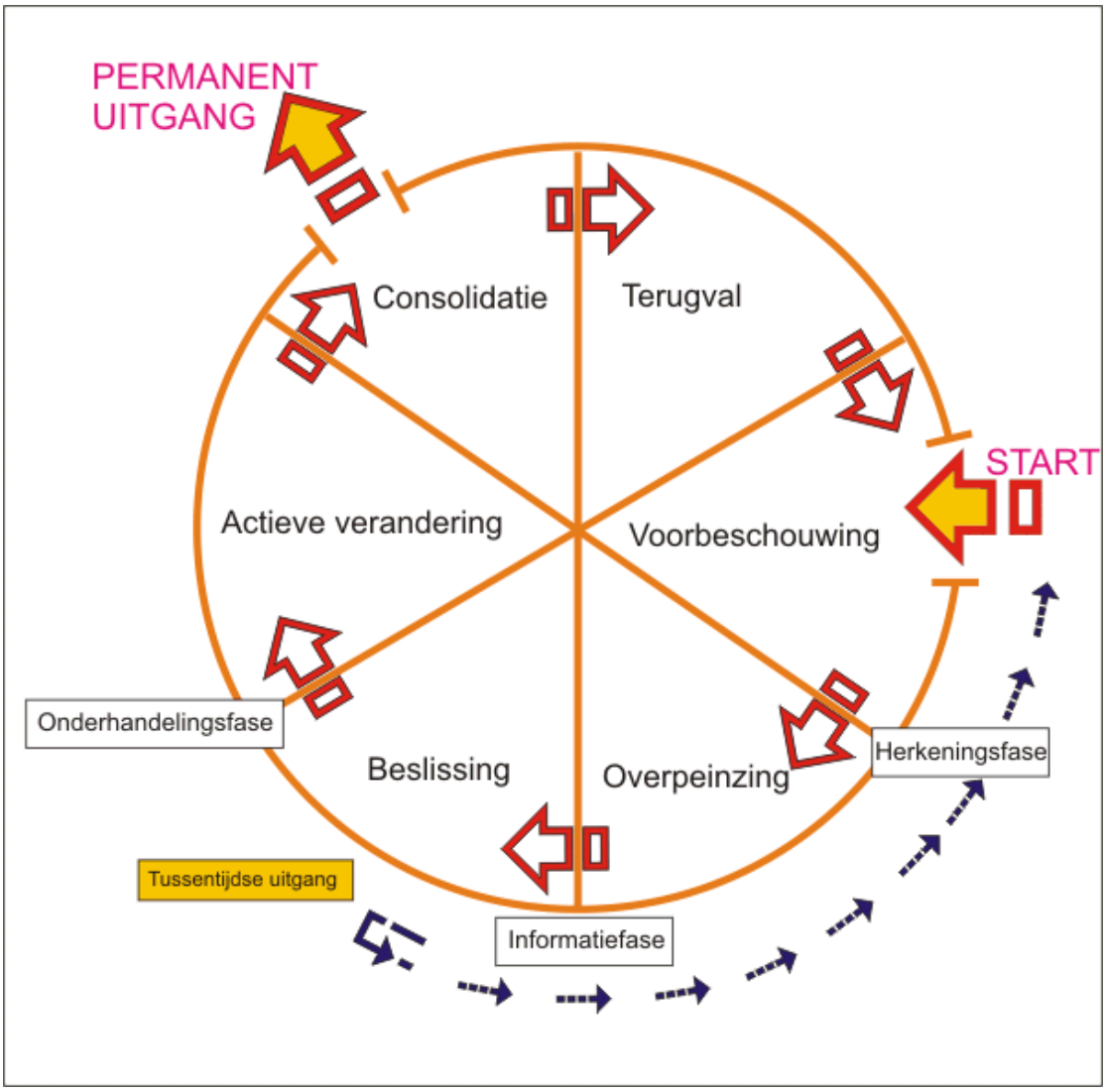
Cliënt probeert om verandering in dagelijks leven te integreren

-> taak de hulpverlener: positieve bevestiging geven en onderzoeken wat er voor heeft gezorgd dat gedrag veranderd is.

6. *Terugvalfase*

Het lukt een cliënt niet altijd om de gedragsverandering vast te houden. De cliënt hoeft echter niet van voren af aan te beginnen, er is geleerd van de vorige keer.

-> Taak de hulpverlener: actie bedenken om terugval op te vangen



Casus 3 geeft een illustratie hoe gesprekken kunnen leiden tot een motivatie om iets te veranderen.

Casus 3 mevrouw B

Mevrouw B (72j) woont zelfstandig in een huurwoning. Ze heeft altijd voor andere mensen gezorgd. Na de scheiding van haar echtgenoot heeft ze haar 4 jonge kinderen alleen opgevoed, met minimale middelen. Haar kleinzoon heeft jarenlang bij haar ingewoond, omdat haar dochter niet voor hem kon zorgen. Rond haar 65^{e} waren er veel veranderingen: haar inwonende kleinzoon ging op zichzelf wonen en haar moeder, vriend en hond kwamen te overlijden. Mevrouw had hier veel verdriet van. Toen ze ernstige hartproblemen kreeg is ze van de een op de andere dag gestopt met roken en drinken. Hierdoor is ze veel in gewicht aangekomen. Daarnaast kwakkelt mevrouw met haar gezondheid. Doordat ze geen hond meer heeft is de prikkel om elke dag naar buiten te gaan verdwenen. Haar grote passie

is een zangkoor in de stad. Mevrouw heeft zich zelf voor de keukentafelgesprekken opgegeven na het lezen van een advertentie in de krant

Gesprek 1

Mevrouw voelt zich somber, en mist de mensen om haar heen. Ze maakt zich zorgen over haar gezondheid, ze is enkele malen met de ambulance naar het ziekenhuis gebracht ivm hartritmestoornissen. Ze wil haar kinderen niet belasten, er is dus niemand uit haar zorgsysteem aanwezig.

Doelstelling: stemming en mobiliteit verbeteren

Gesprek 2

De financiële situatie van mevrouw komt aan orde. Mevrouw kan eigenlijk maar net rondkomen. Ze denkt erover na om een goedkopere woning te gaan zoeken, dichterbij het de stad.

Gesprek 3

Samen met de SPV wordt er een overzicht van de financiële situatie gemaakt. Ook wordt er besproken dat mevrouw voor haar somberheid kan gaan praten met een psycholoog bij de GGZ.

Na afloop

Mevrouw B vertelt dat ze door de gesprekken zich er van bewust werd dat het goed voor haar zou zijn om te verhuizen. Haar oude woning riep teveel herinneringen op. Inmiddels is ze verhuisd naar een kleinere en goedkopere aanleunwoning dichterbij de stad. Dit geeft haar veel rust en ze voelt zich thuis. Ze is optimistisch om nieuwe contacten te maken in haar nieuwe buurt (ze heeft zich bijvoorbeeld aangemeld voor de cliëntenraad van het appartementencomplex). Er zijn tot dusverre geen hartritmestoornissen geweest. De gesprekken met de psycholoog hebben haar goed gedaan. Ook overweegt ze een nieuwe hond te nemen, zodat ze weer vaker buiten komt.

3.2 Conclusie onderzoek

Hieronder beschrijven we 2 belangrijke conclusies die uit het onderzoek naar de effectiviteit van de keukentafelgesprekken in het project Gezond Doen naar voren zijn gekomen.

3.2.1 Wat zijn de effecten van de interventie keukentafelgesprekken in de vorm van verandering van het gezondheidsgedrag?

Het vooraf gestelde criterium was: '*We beschouwen de interventie als effectief als er bij 50% van de deelnemers een verbetering heeft plaatsgevonden op het gebied van gezondheidsgedrag.* 53% van de deelnemers heeft een verbetering op één van de BRAVO leefstijlgebieden gerapporteerd. De meeste verbetering werd behaald op het leefstijlgebied ontspanning. Ook rapporteerde 51% van de deelnemers dat hun situatie positief was veranderd, en dat dit (deels) was toe te wijzen aan de keukentafelgesprekken. Het vooraf gestelde criterium is dus behaald. Het merendeel van de deelnemers gaf aan dat de verandering (deels) was veroorzaakt door de keukentafelgesprekken. Deelnemers gaven vaak aan dat ze meer inzicht hadden gekregen in hun eigen situatie en praktische tips hadden gekregen om hun leefstijl te verbeteren.

3.2.2 Evaluatie: wordt de interventie positief beoordeeld door de oudere en het steunsysteem en waarom?

Deelnemers beoordelen de keukentafelgesprekken met gemiddeld een 7.7 (100% van de deelnemers gaf een 6 of hoger). Het steunsysteem beoordeelde de keukentafelgesprekken met een 7.0 (100% gaf een 6 of hoger). Het criterium dat 75% van de deelnemers en hun steunsysteem de interventie ene 6 of hoger moest geven is behaald.

Deelnemers gaven aan dat ze het fijn vonden dat er naar ze geluisterd werd, dat ze praktische tips hadden gekregen, meer inzicht hadden gekregen in hun situatie en mogelijkheden, en de uitvoerder prettig in de omgang vonden. Als prettige ervaringen werd ook de oprechte belangstelling (luisteren) en het krijgen van praktische tips genoemd.

HOOFDSTUK 4 FUNCTIEOMSCHRIJVING

Competenties uitvoerder keukentafelgesprekken

De uitvoerder van de keukentafelgesprekken is bij voorkeur een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige, Maatschappelijk Werker of verpleegkundige. Het is belangrijk dat de uitvoerder van de keukentafelgesprekken niet alleen over goede gespreksvaardigheden (waaronder technieken uit motiverende gespreksvoering) beschikt, maar ook over vaardigheden beschikt om deelnemers te werven. Om senioren en hun systeem te bereiken is het noodzakelijk om gebruik te maken van netwerkpartners. Zij zijn namelijk verwijzers naar de keukentafelgesprekken. Ook is het noodzakelijk om andere manieren van werving uit te proberen, zoals het geven van voorlichtingen aan senioren om ze zo enthousiast te krijgen voor een keukentafelgesprek. Competenties die hiervoor van belang zijn:

Kennis

- heeft een brede kennis op het gebied van leefstijl en methodes om leefstijl te verbeteren
- Weet wanneer in geval van ernstige psychiatrische problematiek iemand doorverwezen moet worden naar betreffende instelling.
- Weet welke mogelijkheden er zijn op het gebied van lokale projecten, zorginstellingen, etc.

Vaardigheden

- kan meeveren met gespreksonderwerp, via ‘babbelen’ to-the-point komen
- kan “hulpverleningspet’ afzetten en niet diagnosticeren en behandelen
- beschikt over basis gespreksvaardigheden, aangevuld met vaardigheden van de MGV, dus:
    - openvragen stellen
    - reflecteren
    - bevestigen
    - samenvatten
    - ambivalentie verkennen
    - uitlokken verandertaal
    - omgaan met weerstand
- is zowel in staat om aan te sluiten bij de senior als bij zijn/haar systeem

- helpt de senior en zijn/haar systeem met het formuleren van hun persoonlijk doel op een BRAVOS leefstijlgebied.
- kan hierbij een eigen doel loslaten tijdens het gesprek, maar het bij de ouderen en zijn/haar systeem laten
- kan contacten leggen met netwerkpartners
- is creatief en flexibel in het opzetten van wervingsmethodes
- kan voorlichtingen maken, aanpassen en geven aan senioren en netwerkpartners. Dit is belangrijk omdat het geven van voorlichtingen een succesvolle wervingsmethode bleek te zijn.

Houding

- heeft affiniteit met senioren
- kan zich inleven in de situatie
- heeft geduld
- kan goed luisteren
- neemt initiatief
- is enthousiast
- is vriendelijk en begripvol
- is coachend

Referenties

Ajzen I, Fishbein M (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Avlund, K., Vass, M., Kvist, K., Hendriksen, C., & Keiding, N. (2007). Educational intervention toward preventive home visitors reduced functional decline in community-living older women. *J clin Epidemiology, 60,* 954-962

Bugelli, T., Crowther, T. (2008). Motivational Interviewing and the older population in psychiatry. Psychiatric Bulletin, 32, 23-25

Chandler SM, Giovanucci M (2004). Family group conferences transforming traditional child welfare policy and practice. Family court review 42: 216-231.

De Kleine Gids (2005). Eigen kracht conferentie. Wolters Kluwen.

Eigen Kract Centrale (2013). Wat is een eigen kracht conferentie? Geraadpleegd op 4 maart 2013: http://www.eigen-kracht.nl/nl/inhoud/wat-is-een-eigen-kracht-conferentie

Gobbens, R., Luijkx, K.G., & Schols, J.M.G.A. (2011). Tilburg Frailty Indicator. Instrument om fragiele ouderen op te sporen. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, *121*(2), 52-57.

Hayden (2008). Family Group Conferences—are they an effective and viable way of working with attendance and behaviour problems in schools? British Educational Research Journal, 35, 205-220

Harbers MM (RIVM). Ouderen: Wat is het bereik en wat zijn de effecten? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Preventie\Gericht op doelgroepen\Ouderen, 3 december 2009.

MacGarrel EF, Hipple NK (2004). Family Group Conferencing and Re-Offending Among First-Time Juvenile Offenders: The Indianapolis Experiment. Justice Quarterly, 24, 221-246

Miller AR, Rollnick S (2005). Motiverende gespreksvoering. Gorinchem: Ekklesia.

Sanderse C (RIVM), Verweij A (RIVM), Beer J de (NIDI). Bevolking: Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst? Gedownload op 1 mei 2012: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM,. http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/toekomst/ (geraadpleegd 27 augustus 2012)

Schippers A, Albers B, Kuijper M, Marx R, Overbeek M van, Visser G. Zorg voor morgen. Schets van preventieve zorg voor ouderen. Utrecht: Vilans, 2009

Schuurmans H, Steverink N, Lindenberg S, Frieswijk N, Slaets JPJ (2004). Old or frail: what tells us more? *Journal of Gerontology, 59,* 962-965.

Steverink, N., Slaets, J.P.J., Schuurmans, H., & Lis, M. van (2001). Measuring frailty: development and testing of the Groningen Frailty Indicator (GFI). The Gerontologist, 41, special issue 1, 236-237.

Stoeldraijer, L., Garssen, J. (2011). Levensverwachting ouderen sterk gestegen. *Webmagazine CBS, 23-11-2011.* Gedownload op 1 mei 2012: http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2011/2011-3511-wm.htm

Van Campen, C. (2011). Kwetsbare ouderen. Sociaal Cultureel Planbureau, Den Haag.

Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Philipson, L., Riis, P. (2007). Preventive home visits to older people in Denmark. Why, how, by whom and when? Z Gerontol Geriat, 40, 209-

Bijlage 1

10 Stappenplan

Stap 1

Je hebt kennis over vergrijzing in Nederland en kwetsbare ouderen

- Nederland vergrijst en daardoor neemt het percentage kwetsbare ouderen toe
- Kwetsbaarheid bij ouderen is het proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten

Stap 2

Je weet de criteria van de doelgroep die in aanmerking komt voor de keukentafelgesprekken

- Senioren 65+
- Het liefst samen met 1 persoon uit het systeem (familie, mantelzorg, hulpverlening etc.) van de senior.
- Senior zelf of iemand uit het systeem maakt zich zorgen over de leefstijl of zorgsituatie van de senior.
- Er is sprake van complexe leefstijlproblematiek en/of eenzaamheid.

Je weet de contra indicatie:

- Senioren met een acuut psychiatrische toestandsbeeld
- Suïcidaliteit
- Senioren die onder invloed verkeren van alcohol en/of drugs
- Senioren met ernstige agressieproblematiek waarbij de veiligheid van de keukentafel gesprekvoerder in het geding komt

Stap 3

Je hebt kennis over wat de interventie keukentafelgesprekken inhoudt

- Maximaal 3 gesprekken bij senior thuis
- Systeem wordt er zoveel mogelijk bij betrokken

- Het doel van de interventie Keukentafelgesprekken is het behouden en stimuleren van de onafhankelijkheid en zelfredzaamheid door middel van het verbeteren van de leefstijl
- De leefstijl wordt gedefinieerd op verschillende gebieden: **B**ewegen, **R**oken, **A**lcohol, **V**oeding, **O**ntspanning (zowel lichamelijk als psychisch) **S**ociale contacten, oftewel BRAVOS

Stap 4

Je beschikt over de kennis, vaardigheden en juiste houding voor het voeren van de keukentafelgesprekken

- Zie handleiding competenties

Stap 5

Je beschikt over specifieke kennis en vaardigheden van de Motiverende gespreksvoering

- openvragen stellen
- reflecteren
- bevestigen
- samenvatten
- ambivalentie verkennen
- uitlokken verandertaal
- omgaan met weerstand

Stap 6

Je maakt een concreet plan van aanpak wat betreft de werving

- Je maakt gebruik van de sociale kaart van je regio en maakt afspraken met netwerkpartners om ze informatie te geven over de keukentafelgesprekken
- Je organiseert bijeenkomsten voor senioren om ze ,naast het bezorgen van een leuke activiteit, informatie te geven over de keukentafelgesprekken
- Je maakt een plan om persberichten en andere PR activiteiten op te starten

Stap 7

Je start de wervingsactiviteiten op

Stap 8

Je inventariseert vanuit je wervingsactiviteiten welke senioren in aanmerking komen voor een keukentafelgesprek en maakt een afspraak met hen

De aanmelding van de deelnemer voor de interventie keukentafelgesprekken kan gebeuren door

- de senior zelf
- het naaste zorgsysteem (partner, kind, mantelzorger)
- externe zorgaanbieders van de senior

Stap 9

Je start met de keukentafelgesprekken

- maximaal 3 gesprekken van 2 uur
- gesprek 1: Samen met de deelnemer en als het even kan met iemand van het systeem wordt een probleem op een BRAVOS leefstijlgebied in kaart gebracht en een haalbaar doel geformuleerd
- Dit alles wordt op de Actiekaart geschreven en bij de senior achter gelaten
- gesprek 2: Tijdens een evt. tweede en derde gesprek wordt gekeken of het doel haalbaar is en wat de deelnemer en het systeem er voor nodig hebben om het uit te voeren
- gesprek 3: het traject wordt geëvalueerd en er worden afspraken gemaakt rondom evt. doorverwijzing naar andere ketenpartners.

Stap 10

Je maakt afspraken over het verwerken van de gegevens

- Indien de verwijzing naar de Keukentafelgesprekken via een externe zorgaanbieder is gegaan, stuur je een kort briefje met de bevindingen naar deze zorgaanbieder

Bijlage 2

De Actie kaart

Actiekaart Keukentafelgesprek

Naam ……..
Adres ……
Woonplaats ……..
Datum ……..

Uw persoonlijk plan

Dit wil ik bereiken

……

……

Dat wil ik doen door

……

……

Vervolgafspraken ……

……

Als u nog vragen heeft over de keukentafelgesprekken en/of uw persoonlijk plan kunt u mij bereiken via het algemene telefoonnummer van Indigo: 0592 – 334197 of via mijn mobiele nummer:.....

Bijlage 3

Voorbeeld wervingstekst

Wervingstekst : Wat verwachten wij van de hulpverlener?

Wij zijn op zoek naar een enthousiaste hulpverlener die het een uitdaging vindt om met senioren en iemand van hun systeem om de tafel te gaan zitten en ze te motiveren om iets aan hun probleem op een **BRAVOS** leefstijlgebied te gaan doen. Ervaring in ambulante hulpverlening en ervaring met of je willen verdiepen in de vaardigheden in Oplossinggericht werken, Eigenkracht conferentie en Motivational intervieuwing.

Aangezien het netwerken en vinden van deze senioren een zeer groot en wezenlijk onderdeel van dit project is, verwachten wij dat de hulpverlener een vlotte babbel heeft, creatief is en niets uit de weg gaat om zijn/haar doel te behalen.
Ook het geven en organiseren van voorlichtingen voor senioren behoort tot je takenpakket.

Verder verwachten we dat je je registratie goed bijhoudt en punctueel bent. Er is een wetenschappelijk onderzoek aan dit onderdeel gekoppeld en hiervoor is het essentieel dat je alle gegevens zorgvuldig bijhoudt.

Bijlage 4

Voorbeeld flyer en poster zoals in het project Gezond Doen gebruikt is



Informatieve ochtend voor senioren

"Gezond ouder worden".

Dinsdag 25 oktober van 10.00-12.00 uur in

De Bastion

Wilhelminasingel 9, Coevorden

Wij bieden u een afwisselend programma:

- informatie over gezondheid en ouder worden
- kennismaken met andere senioren in uw wijk
- meedoen met de gezondheidsquiz en een leuke prijs winnen
- een afspraak voor een gratis gezondheidscheck
- een kopje koffie met wat lekkers erbij!

De bijeenkomst is gratis en u hoeft zich niet vooraf op te geven.

Wij hopen u 25 oktober te ontmoeten.

de ZorgZaak
Centrum voor Flexibele (Thuis)Zorg en Arbeid

welzijn2000

indigo>

Bijlage 5

Voorbeeld persbericht zoals in het project Gezond Doen gebruikt is

de ZorgZaak
Centrum voor Flexibele (Thuis)Zorg en Arbeid

indigo>

mentale ondersteuning
direct en dichtbij

PERSBERICHT

Assen, 23 februari 2012

Informatieve ochtend over gezondheid voor senioren in de Componist

- **Donderdag 23 februari jl. is er in het wijkcentrum De Componist een leuke voorlichtingsochtend voor senioren over gezond ouder worden gehouden. De bijeenkomst had de vorm van een quiz waarbij leuke prijzen te winnen vielen. Dit in het kader van het gezondheidsprogramma 'Gezond doen! '.**

Wat biedt het programma 'Gezond Doen!' nog meer

Het programma 'Gezond Doen!' organiseert tot eind van dit jaar kosteloos diverse cursussen voor senioren in Assen zoals 'Gezondheid in Balans', 'Op verhaal komen' en 'Stoppen met piekeren' Voor meer informatie over deze cursussen kunt u contact opnemen met de coördinator van de cursussen van Indigo telefoon: (06) 52 56 17 24
Verder biedt het programma gratis gezondheidschecks. Hiervoor kunt u een afspraak maken met de verpleegkundige van de Zorgzaak op nummer: 06-20107500

Huisbezoek

Wanneer iemand zorgen over de gezondheid van zichzelf of van iemand in zijn of haar omgeving heeft, kan een verpleegkundige van Gezond Doen! op huisbezoek komen voor een keukentafelgesprek. Dit gesprek kan rechtstreeks aangevraagd worden bij de verpleegkundige via telefoonnummer (06) 22 78 59 99.

InfoPlein
wonen welzijn zorg

GEZOND DOEN!