# Aan Tafel!

*Rapportage haalbaarheidsonderzoek naar de preventieve interventie Keukentafelgesprekken voor kwetsbare ouderen*

**M. C. Crajé, PhD**

**A.P.G. Cloostermans, MSc**

Dit onderzoekstapport bevat een verslag over de interventie ‘Keukentafelgesprekken’. De interventie Keukentafelgesprekken maakte deel uit van een breder project met als doel het verbeteren van de gezondheid van ouderen in Drenthe (Gezond Doen!), opgezet door Indigo Drenthe en De Zorgzaak Hoogeveen. De opzet van de interventie Keukentafelgesprekken was dat een gespreksvoerder maximaal 3 maal bij de oudere thuis kwam, om samen met iemand uit zijn/haar sociale omgeving de leefstijl van de oudere te bespreken en indien gewenst, een plan van aanpak af te spreken om de leefstijl te verbeteren. Door het op deze wijze betrekken van de sociale omgeving kon ook een indruk worden verkregen van de draagkracht en zienswijze van de bewuste “naaste”.

Dit onderzoeksverslag bevat zowel een procesbeschrijving van de uitvoering van de interventie (hoofdstuk 3) als een bespreking van de onderzoeksvragen met betrekking tot de haalbaarheid van de interventie (hoofdstuk 4).

Graag willen we de volgende mensen bedanken, zonder wiens hulp en inzet dit verslag niet tot stand was gekomen: Louisa Drost, Paula van Herreveld, Nicolette Moes en Jaap ter Velde. Daarnaast willen we alle deelnemers en hun “naasten” die deel hebben genomen aan het onderzoek bedanken, die ons hiervoor veelal thuis zeer gastvrij hebben ontvangen.

Het onderzoek is mogelijk gemaakt door ZonMw subsidie ‘PreventieKracht Dichtbij huis’ (50-50705-98-220).

**Inhoud**

**1. Inleiding**

1.1 Vergrijzing in Nederland 2

1.2 Kwetsbare ouderen 2

1.3 Landelijk beleid ouderenzorg 3

1.4 Ouderen in Drenthe en preventieprogramma Gezond Doen! 4

1.5 Preventieve huisbezoeken bij ouderen 5

1.6 Interventie Keukentafelgesprekken 5

1.7 Doel en onderzoeksvragen 6

1.8 Opzet onderzoeksverslag 9

**2. Methoden**

2.1 Onderzoeksmethoden 10

2.1.1 Vragenlijsten 10

2.1.2 Diepte-interviews 11

2.1.3 SWOT analyse 11

` 2.1.4 Logboeken gespreksvoerders 13

2.2 Dataverzameling en data-analyse per onderzoeksvraag 13

**3. Resultaten: deelnemers, uitvoer van interventie en competenties gespreksvoerders**

3.1 Deelnemers 16

3.1.2 Steunsysteem 17

3.2 Procesbeschrijving: uitvoer van de interventie 19

3.2.1 Werving 20

3.2.2 Aantal gesprekken en tijdspad 21

3.2.3 Inhoud en opbouw van de gesprekken 22

3.3 Competenties gespreksvoerders 25

3.3.1 Verschillen tussen gespreksvoerders 26

**4. Resultaten: onderzoeksvragen**

4.1 Bereik 28

4.2 Uitvoering 30

4.3 Gezondheidseffecten 34

4.4 Evaluatie 37

4.5 Implementatie 40

**5. Discussie en conclusies**

5.1 Haalbaarheid van de interventie 44

5.2 Randvoorwaarden 49

**Referenties** **51**

**Bijlagen**

1. Vragenlijst deelnemer 55

2. Vragenlijst steunsysteem 80

3. Topiclijst diepte-interview deelnemer 88

4. Topiclijst diepte-interview gespreksvoerdergespreksvoerder 90

5. SWOT analyse 1 92

6. SWOT analyse 2 101

7. Competenties van de gespreksvoerder 107

8. Wervingsactiviteiten 108

9. Tekstfragmenten diepte-interviews deelnemers 110

10. Tekstfragmenten diepte-interviews gespreksvoerders 119

11. BRAVO-scores 136

# 1. Inleiding

## *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 gestegen van 52% naar 63% in het afgelopen decennium (Stoeldraijer en Garssen, 2011). Ouderen vormen de komende jaren dus een steeds groter deel van de Nederlandse bevolking, en worden daarnaast steeds ouder (de verwachting is dat van de ouderen in 2050 40% 80 jaar of ouder is). 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 ernstiger 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 voor opname in een ziekenhuis/verpleeghuis en vroegtijdig overlijden dan iemands leeftijd. (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 een stuk 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 meer chronische ziekten of beperkingen hebben, roken, weinig bewegen, overgewicht hebben en/of 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 Landelijk Beleid ouderenzorg*

Naar aanleiding van bovengenoemde problemen heeft de overheid beleid opgesteld voor ouderenzorg. In het rapport van de gezondheidsraad (2009) wordt geadviseerd om het beleid van ouderenzorg te richten op het bevorderen van de zelfredzaamheid en het verbeteren van preventieve maatregelen. Gezond ouder worden vergt een gezonde leefstijl op de gebieden van voeding, bewegen, alcoholgebruik en roken. Omdat een gezonde leefstijl niet voor iedereen vanzelfsprekend is, ziet de overheid het als een taak om preventieve maatregelen te nemen om een

gezonde leefstijl te bevorderen (VWS 2009, p 42). Preventieve initiatieven zijn bijvoorbeeld: beweegprogramma's voor ouderen, valpreventie projecten en voedingsadviezen.

Ondanks de vele initiatieven is er weinig bekend over de effectiviteit van preventieve maatregelen op het gebied van ouderenzorg. Er is meer bekend over factoren die tot beperkingen in het functioneren kunnen leiden dan over preventieve maatregelen die dat proces tegengaan (Harbers, 2009). Het ministerie van VWS is daarom geïnteresseerd in preventieve interventies als de keukentafelgesprekken om ouderen te kunnen ondersteunen (VWS, 2009).

### *1.4 Ouderen in Drenthe en preventieprogramma Gezond Doen!*

In de provincie Drenthe treedt de vergrijzing sterker op dan gemiddeld in de rest van Nederland. In Drenthe is 16,5% van de bevolking 65 jaar of ouder, tegenover 14,5% in de rest van Nederland (Bos, Zanden & Campman, 2008). Om de gezondheid van ouderen in Drenthe te bevorderen is het preventieproject 'Gezond Doen!' opgezet. Gezond Doen is een samenwerking van Indigo Drenthe (organisatie voor geestelijke gezondheidszorg) en de Zorgzaak Hoogeveen (thuiszorg organisatie).

Het preventieproject 'Gezond Doen!' heeft als doel de gezondheid van ouderen in Drenthe te behouden en te bevorderen door middel van het stimuleren van een gezonde leefstijl. Het project bestaat uit 3 programma's:

1) Gezondheidschecks
2) Leefstijlinterventies,
3) Keukentafelgesprekken

Het eerste programma bestaat uit het aanbieden van algemene voorlichting en gezondheidschecks (bijvoorbeeld op voorlichtingsavonden of in de zorgbus), waarbij deelnemers een individueel leefstijladvies krijgen. Bij het tweede programma worden cursussen aangeboden waarin ouderen gestimuleerd worden om hun leefstijl te verbeteren. Belangrijke thema's binnen de cursussen zijn het stimuleren van (meer) bewegen, adviezen geven over oud(er) worden en depressie. De eerste twee programma's zijn gericht op alle 65-ers in Drenthe. Het derde programma is specifiek gericht op kwetsbare ouderen. Hoewel kwetsbare ouderen vaak een steuntje in de rug zouden kunnen gebruiken, ontvangen kwetsbare ouderen vaak geen hulp/zorg (Van Campen, 2011). Daarom is de interventie 'Keukentafelgesprekken' opgezet: hierbij wordt actief op zoek gegaan naar kwetsbare ouderen, door middel van een serie preventieve huisbezoeken bij de deelnemer thuis wordt

geprobeerd de leefstijl te verbeteren. Om deelname laagdrempelig te maken is deelname aan de Gezond Doen! – programma's gratis.

### *1.5 Preventieve huisbezoeken bij ouderen*

De wetenschappelijke data met betrekking tot de effectiviteit van preventieve huisbezoeken bij ouderen is inconsistent (Rubinstein en Stuck, 2001). De effectiviteit van preventieve huisbezoeken wordt vaak geëvalueerd aan de hand van sterftecijfers, opname in ziekenhuis en/of verpleeghuis, gerapporteerde fysieke en psychische gezondheid, beperkingen en activiteiten van het dagelijks leven. In systematische reviews worden enerzijds positieve effecten van preventieve huisbezoeken gerapporteerd (Elkan et al., 2001; Stuck et al., 2002; Fagerstrom et al 2008; Stuck en Kane 2008), terwijl in andere studies geen significante effecten gevonden zijn (Bouman et al., 2000; Van Haastrecht et al., 1993). Sommige studies rapporteren dat preventieve huisbezoeken grotere effecten hebben binnen bepaalde subpopulaties, zoals vrouwen (Vass et al., 2007), ouderen boven de 80 jaar (Vass et al., 2002) of mensen met relatief goede gezondheid (Stuck et al., 2002). Echter, andere auteurs stellen dat er met preventieve huisbezoeken juist bij ouderen met een slechte gezondheid winst te behalen is (Melis et al, 2010; Van Rossum et al, 1993). Als succesfactoren voor het slagen van preventieve huisbezoeken worden genoemd: goed opgeleide 'home visitors' (Avlund et al., 2007; Vass et al., 2007), een multidisciplinaire aanpak (Stuck en Kane, 2008), meerdere follow up bezoeken (>5, Stuck et al., 2002), en het betrekken van het netwerk (Vass et al., 2002).

Samengevat: er is nog geen consensus ten aanzien van de effecten van preventieve huisbezoeken, hoe deze huisbezoeken het beste uitgevoerd kunnen worden en bij welke groepen het meeste effect verwacht kan worden. Dit onderzoek naar de haalbaarheid van de interventie keukentafelgesprekken kan meer inzicht geven in succesfactoren voor preventieve huisbezoeken bij ouderen.

### *1.6 Interventie Keukentafelgesprekken*

In deze paragraaf wordt een korte beschrijving gegeven van de interventie keukentafelgesprekken. Voor een uitgebreide beschrijving van de methodiek van de keukentafelgesprekken wordt verwezen naar de handleiding (Van Herreveld en Crajé, 2013).

Bij de interventie keukentafelgesprekken komt de gespreksvoerder[1] maximaal 3 maal bij de deelnemer thuis, om samen met iemand uit het steunsysteem (bijvoorbeeld partner, mantelzorger, vriend(in)) de leefsituatie van de deelnemer te bespreken. Uitgangspunt is om de eigen kracht van de deelnemer en zijn/haar steunsysteem aan te spreken. Zo kan niet alleen een oplossing gecreëerd worden die dicht bij de deelnemer ligt, maar kan er ook gekeken worden naar de draagkracht en zienswijze van het steunsysteem. Tijdens de keukentafelgesprekken wordt gebruik gemaakt van diverse gesprekstechnieken zoals motiverende gespreksvoering (Miller en Rolnick, 2005). Er wordt geen leefstijladvies voorgeschreven, maar samen met de oudere wordt gezocht naar een hem of haar passende oplossing. De gesprekken zijn informeel en de gespreksvoerder kan zich aanpassen aan het tempo van de oudere (Bugelli & Crowther, 2008). Het resultaat van de gesprekken is een actieplan waar de oudere zelf achter staat en waar het steunsysteem aan kan meewerken, zodat de doelen haalbaar zijn.

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 geëvalueerd op verschillende gebieden:  Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding, Ontspanning (zowel lichamelijk als psychisch), oftewel BRAVO. Bij het eerste gesprek wordt besproken/onderzocht op welk leefstijldomein een verbetering mogelijk is. De doelstelling zal bij elke individuele deelnemer anders liggen.
Naast de motiverende gespreksvoering worden ook andere technieken gebruikt. Zo wordt in elk eerste gesprek de ‘wondervraag’ gesteld: ‘wat zou er morgen veranderd zijn als er vannacht een wonder gebeurt? (zie o.a. Bannink, 2006). De kracht van de vraag is dat hij de aandacht van de cliënt heel snel verschuift van het probleem naar de gewenste toekomst. Daarnaast wordt er een actieplan met haalbare doelen opgesteld. De gespreksvoerders houden logboeken bij waarin voor elke deelnemer verslagen van de gesprekken worden vastgelegd en waarin ook (het antwoord op) de wondervraag en het actieplan worden beschreven.

### *1.7 Doel en onderzoeksvragen*

Aangezien er nog geen consensus is over de haalbaarheid en effecten van preventieve huisbezoeken bij ouderen, is het doel van deze studie om door praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek te

[1] Voor een beschrijving van de competenties van de gespreksvoerder zie bijlage 7 en de handleiding

toetsen of de methode van keukentafelgesprekken zoals gehanteerd in het preventieprogramma Gezond Doen! haalbaar is.

Omdat haalbaarheid een rekbaar begrip is hebben we haalbaarheid opgesplitst in zes deelonderwerpen: 1) bereik, 2) uitvoering, 3) gezondheidseffecten, 4) evaluatie, 5) implementatie en 6) randvoorwaarden. Naar aanleiding van deze onderwerpen zijn zes deelvragen opgesteld. Voor elke deelvraag is vooraf een criterium vastgesteld om de haalbaarheid te evalueren[2].

1) Bereik: wordt de beoogde doelgroep bereikt en waarom (niet)?

De doelgroep bestaat uit ouderen (65+) die kwetsbaar zijn en/of een lage SES hebben. De kwetsbaarheid wordt gemeten met de Groningen Frailty Indicator (Steverink et al., 2001), waarbij vragen worden gesteld over onder andere het lichamelijke, sociale en psychische domein. De scores variëren tussen 0 en 15, waarbij 0 staat voor niet kwetsbaar en 15 voor zeer kwetsbaar. Een score van 4 of hoger wordt als indicator voor kwetsbaarheid gezien. De SES wordt gemeten aan de hand van opleiding (zie tabel 1). Een opleidingsniveau van 3 of lager wordt beschouwd als een laag opleidingsniveau (Bos, Van der Zanden en Campman, 2008). Ook werd er in de vragenlijst en diepte-interviews gevraagd naar de motivatie om mee te doen met de gesprekken.

Tabel 1. Opleidingsniveaus voor het bepalen van de Sociaal Economische Status

1 = minder dan zes klassen lagere school

2 = zes klassen lagere school, lom-school, mlk school

3 = meer dan lagere school, basisschool zonder verder afgesloten opleiding

4 = ambachtsschool

5 = mulo/mms/mavo/mbo

6 = hbs/gymnasium/atheneum

7 = universiteit / hoger onderwijs

(indeling volgens Minimale Data Set, Nationaal Programma Ouderenzorg, 2012)

*Criterium:* '*We beschouwen de doelgroep als bereikt als de interventie wordt uitgevoerd met 75 ouderen en als 75% daarvan binnen de doelgroep valt.'*

[2] zie ook subsidie-aanvraag ZonMw projectnet nummer 50-50705-98-220.

2) Uitvoering: is het mogelijk de interventie Keukentafelgesprekken uit te voeren zoals deze is bedoeld?

De keukentafelgesprekken vinden plaats met gebruikmaking van diverse gesprekstechnieken. Zo wordt bijvoorbeeld de 'wondervraag' gesteld: 'wat zou er morgen veranderd zijn als er vannacht een wonder gebeurt?'. Daarnaast wordt er een actieplan opgesteld met haalbare doelen. Een ander kenmerk van de keukentafelgesprekken is dat iemand uit het steunsysteem van de oudere bij de gesprekken betrokken is. De gespreksvoerders houden logboeken bij waarin voor elke deelnemer verslagen van de gesprekken worden geschreven en waarin ook de wondervraag en het actieplan worden beschreven.

<u>Criterium:</u> '*We beschouwen de interventie uitgevoerd zoals bedoeld als 1) er bij elk gesprek iemand uit het steunsysteem aanwezig is geweest, 2) bij 75% een actieplan is opgesteld, en 3) bij 75% de wondervraag is gesteld.*

3) Gezondheidseffecten: wat zijn de effecten van de interventie in de vorm van verandering van het gezondheidsgedrag ?

De effecten van de interventie worden gemeten door middel van vragenlijsten waarin gevraagd wordt naar veranderingen op de zogenaamde BRAVO gebieden: Bewegen, Roken, Alcoholgebruik, Voeding en Ontspanning. Bij elk BRAVO criterium wordt gevraagd naar 1) de situatie na afloop van de gesprekken en 2) of er in het afgelopen half jaar iets veranderd is. Tenslotte wordt er aan de deelnemers gevraagd of er iets is verbeterd in hun situatie en of die verandering is toe te schrijven aan de keukentafelgesprekken. Tevens worden een aantal diepte-interviews afgenomen, waardoor we meer inzicht proberen te krijgen in factoren die (niet) hebben bijgedragen aan veranderingen. Ter illustratie worden er een aantal casusbeschrijvingen opgenomen in het eindverslag. De casusbeschrijvingen zijn gebaseerd op de logboeken van de gespreksvoerders.

<u>Criterium:</u> '*We beschouwen de interventie als effectief als er bij 50% van de deelnemers een verbetering heeft plaatsgevonden op het gebied van gezondheidsgedrag.*

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

Met behulp van vragenlijsten wordt de waardering van de deelnemer en het steunsysteem uitgevraagd. Tevens worden een aantal diepte-interviews afgenomen, waardoor we meer inzicht proberen te krijgen in hoe de gesprekken ervaren zijn en de factoren die daarbij een rol spelen.

*Criterium*: '*We beschouwen de interventie als positief beoordeeld als 75% van de ouderen en de steunsystemen als rapportcijfer een 6 of hoger geeft.'*

5) Implementatie: is de interventie implementeerbaar en waarom (niet)?

Er zal een focusgroep worden samengesteld bestaande uit de gespreksvoerders, projectleider, onderzoeker, en andere betrokkenen waarin de interventie wordt besproken en geëvalueerd door middel van een SWOT-analyse.

*Criterium:' De interventie wordt als implementeerbaar beschouwd, als dit door 80% van de relevante stakeholders als zodanig wordt benoemd en als de uitkomsten van de SWOT analyse zijn verwerkt in de interventie'*

6) Randvoorwaarden

Randvoorwaarden hebben betrekking op bestuurlijk draagvlak, organisatorische capaciteit en inbedding, financiële en professionele waarborging en succes- en faalfactoren. De randvoorwaarden worden beschreven in het kader van de hierboven beschreven onderzoeksvragen (zie hiervoor de discussie, hoofdstuk 5.2).

### *1.8 Opzet onderzoeksrapport*

In hoofdstuk 2 wordt beschreven welke methoden er gebruikt zijn om de haalbaarheid van de interventie Keukentafelgesprekken te onderzoeken. In Hoofdstuk 3 worden de gegevens over deelnemers en een procesbeschrijving van de uitvoering van de interventie gegeven. In hoofdstuk 4 worden de onderzoeksvragen met betrekking tot de haalbaarheid behandeld. In hoofdstuk 5 worden ten slotte de resultaten samengevat en adviezen voor de toekomst gegeven.

# 2. Methoden

De onderzoeksvragen werden onderzocht met verschillende methodes; deze worden uitgelegd in 2.1. In 2.2 wordt per onderzoeksvraag besproken welke methode gebruikt werd om de onderzoeksvraag te onderzoeken.

## *2.1 Onderzoeksmethoden*

Voor het onderzoeken van de onderzoeksvragen werd gebruik gemaakt van 3 methoden: vragenlijsten, diepte-interviews, SWOT analyses en logboeken gespreksvoerders.

### *2.1.1 Vragenlijsten*

De vragenlijsten zijn afkomstig uit de database van vragenlijsten van het Nationaal Programma Ouderenzorg. Hierin zijn gevalideerde vragenlijsten opgenomen voor het meten van bijvoorbeeld het algemeen dagelijks functioneren, de gezondheid, het psychisch welbevinden en de kwaliteit van leven (Nationaal Programma Ouderenzorg, 2012). De database is opgezet om het mogelijk te maken nationale programma's binnen de ouderenzorg te evalueren en met elkaar te kunnen vergelijken. Voor zowel de deelnemer (de oudere) als voor de mantelzorger (in ons geval het steunsysteem) worden vragenlijsten beschreven.

Om effecten van interventies te kunnen meten moet de vragenlijst voor en na de interventie bij de deelnemers worden afgenomen. Echter, bij een pilot trial bij een paar proefpersonen bleek dat het vooraf afnemen van de vragenlijst zoveel weerstand opriep dat mensen vaak niet meer mee wilden doen aan de gesprekken. Daarom is in overleg met ZonMw besloten om alleen achteraf een vragenlijst af te nemen. Bij die gelegenheid werd wel gevraagd naar de situatie voorafgaand aan de interventie.

Als de deelnemer toestemming gaf om mee te doen aan het onderzoek, werd er een informed consent formulier ingevuld. Drie maanden na afloop van het laatste keukentafelgesprek kwam een onderzoeker (die niet bij de interventie was betrokken) bij de deelnemers langs om de vragenlijsten af te nemen. In de meeste gevallen werden de vragenlijsten samen met de onderzoeker ingevuld. Het afnemen van de vragenlijst duurde ongeveer 45 minuten.

Ook werd geprobeerd om tegelijk met de deelnemer een afspraak met het steunsysteem te maken voor de afname van de vragenlijst. Als dit niet mogelijk was, werd de vragenlijst opgestuurd. Als de

vragenlijst binnen 3 weken niet teruggestuurd was, werd er nog een keer gebeld met het steunsysteem.

De door ons gebruikte vragenlijst voor de deelnemers is weergegeven in bijlage 1 en de vragenlijst voor het steunsysteem is weergeven in bijlage 2.

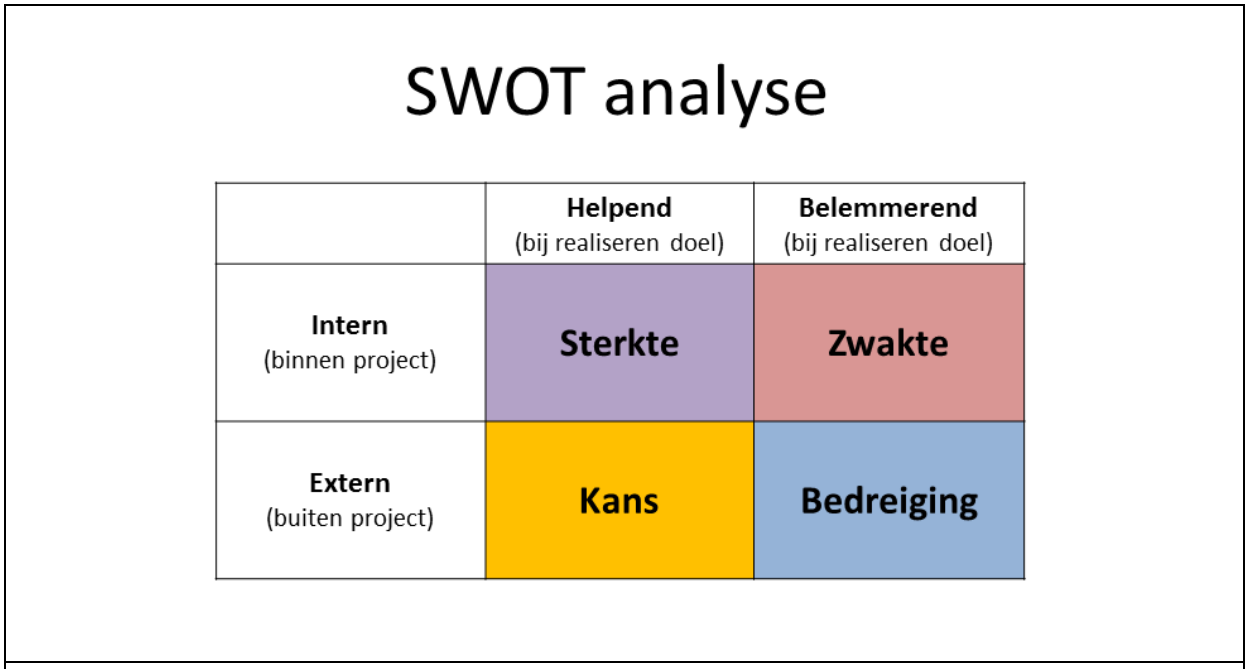
### *2.1.2 Diepte-interviews*

Bij een aantal deelnemers (n=11) is een diepte interview afgenomen. Een diepte-interview is een kwalitatieve onderzoeksmethode die specifiek geschikt is om ideeën en opvattingen over een bepaald onderwerp te achterhalen (Hennink, Hutter en Bailey, 2002). Het doel van de diepte-interviews was om te onderzoeken hoe deelnemers de keukentafelgesprekken ervaren hadden, waarom er wel of geen verandering in de leefstijl had plaatsgevonden en hoe het contact met de hulpverlener was geweest. Ook zijn er diepte-interviews (n=4) afgenomen met de uitvoerders van de interventie (de gespreksvoerders). Vooraf was een topiclijst samengesteld (zie bijlage 3 en 4). De gesprekken werden opgenomen op bandrecorder en uitgewerkt in een transcript.

De transcripts van de interviews werden naderhand met behulp van een kwalitatieve inhoudsanalyse geanalyseerd (Charmaz, 2009). Hierbij werden de interviews eerst in segmenten (stukken tekst met hetzelfde onderwerp) verdeeld. Daarna werd elk stuk tekst gelabeld met een code. Hierdoor konden tenslotte teksten met dezelfde codes worden gegroepeerd (bijlage 9 en 10). In de tekst van dit onderzoeksrapport zijn citaten van deelnemers en gespreksvoerders weergegeven ter illustratie.

### *2.1.3 SWOT-analyse*

Een SWOT-analyse is een methode om sterke en zwakke punten van een project (of organisatie) te analyseren. Er worden hierbij factoren benoemd die het project beïnvloeden. Deze factoren worden ingedeeld in 4 categorieën: sterktes (Strenghts), zwaktes (Weaknesses), kansen (Opportunities) en bedreigingen (Threats) (figuur 1). In een SWOT-analyse worden factoren benoemd op 2 dimensies: 1) werken factoren positief of negatief (zijn factoren *helpend* of *belemmerend)* in het realiseren van gestelde doelen? en 2) zijn factoren intern of extern? (zijn factoren eigenschappen van de organisatie/project of iets buiten de organisatie/project). Een positieve interne factor is een sterkte, een positieve externe factor is een kans, een negatieve interne factor is een zwakte en een negatieve externe factor is een bedreiging.




Figuur 1.

Overzicht van de factoren in een SWOT-analyse op 2 dimensies: intern versus extern en helpend versus belemmerend.

Wanneer een SWOT-analyse wordt uitgevoerd wordt bij voorkeur gebruik gemaakt van een heterogeen samengesteld team. Er zijn binnen dit onderzoek twee SWOT analyses uitgevoerd, één in het begin van het project (februari 2012) en één in een later stadium (april 2013). Bij beide SWOT analyses waren dezelfde deelnemers uitgenodigd en werd dezelfde vraag gesteld:

***"Wat zijn de sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen van de interventie Keukentafelgesprekken met het oog op het verbeteren van de situatie voor ouderen en de beoogde doelen ten opzichte van effect en bereik?"***

De SWOT analyse bestond uit 3 stappen

1) Individueel opschrijven van krachten, zwaktes, bedreigingen en kansen
2) Discussie waarin clusteringen van 3 a 4 thema' s binnen krachten, zwaktes, bedreigingen en kansen gemaakt werden
3) Onderzoeker trekt conclusies en stuurt dit naar alle deelnemers voor feedback/accordering.

### *2.1.4 Logboeken gespreksvoerders*

De gespreksvoerders hielden tijdens de interventie logboeken bij waarin belangrijke punten van de gesprekken werden gerapporteerd, bijvoorbeeld in welke mate de sociale omgeving betrokken was bij de interventie, (het antwoord op) de wondervraag en het actieplan. De casusbeschrijvingen in dit rapport zijn gebaseerd op de logboeken.

## *2.2 Data verzameling en data-analyse per onderzoeksvraag*

Hieronder wordt per deelvraag de gebruikte onderzoeksmethode besproken.

1) Bereik: wordt de beoogde doelgroep bereikt en waarom (niet)?
   *Criterium:* '*We beschouwen de doelgroep als bereikt als de interventie wordt uitgevoerd met 75 ouderen en als 75% daarvan binnen de doelgroep valt.'*

   Om de kwetsbaarheid en Sociaal Economische Status van deelnemers te bepalen werden de vragen over GFI (14-28) en vragen over opleiding (vraag 8) gesteld (zie Bijlage 1). Het percentage deelnemers met een lage SES of een hoge score op de GFI werd berekend om te bepalen of aan het vooraf gestelde criterium werd voldaan. Om te bepalen waarom mensen hadden meegedaan aan de Keukentafelgesprekken werd in vraag 74 van de vragenlijst naar de motivatie om mee te doen gevraagd. Dit onderwerp kwam ook aan de orde in de diepte-interviews.

2) Uitvoering: is het mogelijk de interventie Keukentafelgesprekken uit te voeren zoals deze is bedoeld?
   *Criterium:* '*We beschouwen de interventie uitgevoerd zoals bedoeld als 1) er bij elk gesprek iemand uit het steunsysteem aanwezig is geweest, 2) bij 75% een actieplan is opgesteld, en 3) bij 75% de wondervraag is gesteld.*

   De uitvoering werd geëvalueerd aan de hand van 3 aspecten 1) aanwezigheid steunsysteem, 2) aanwezigheid actieplan en 3) het stellen van de wondervraag. Deze gegevens werden uit de logboeken van de gespreksvoerders gehaald. Voor elk aspect werd het percentage gesprekken berekend dat voldeed aan het aspect.

3) Gezondheidseffecten: wat zijn de effecten van de interventie in de vorm van verandering van het gezondheidsgedrag?

*Criterium:* '*We beschouwen de interventie als effectief als er bij 50% van de deelnemers een verbetering heeft plaatsgevonden op het gebied van gezondheidsgedrag.*

De gezondheidseffecten werden gemeten met vragen uit de vragenlijst over de Beweging (vraag 50 en 51), Roken (vraag 54 en 55), Alcohol (vraag 61 en 62), Voeding (vraag 58, 59 en 60) en Ontspanning (uitgesplitst in sociale contacten (vraag 69) en stemming (vraag 63-67)). Bij elk BRAVO criterium werd gevraagd naar 1) de situatie na afloop van de gesprekken en 2) of er iets veranderd was in het afgelopen half jaar. Ten slotte werd er aan de deelnemers gevraagd of er iets was verbeterd in hun situatie (vraag 79) en of die verandering was toe te wijzen aan de keukentafelgesprekken (vraag 80). Om te bepalen of het vooraf gestelde criterium behaald werd, zijn 2 percentages berekend. Ten eerste is berekend welk percentage van de deelnemers een verbetering rapporteerde op één van de BRAVO gebieden. Ten tweede is het percentage berekend van deelnemers die aangaven dat er iets in hun situatie was verbeterd. Het criterium was behaald als beide percentages groter waren dan 50%.

4) Evaluatie: wordt de interventie positief beoordeeld door de oudere en het steunsysteem en waarom?
   *Criterium*: '*We beschouwen de interventie als positief beoordeeld als 75% van de mensen een 6 of hoger geeft.'*

Met behulp van vragenlijsten werd de waardering van de deelnemer (vraag 74-81) en het steunsysteem (vraag 19-22) uitgevraagd. Het gemiddelde (rapport)cijfer en de range werden berekend om te bepalen of aan het criterium werd voldaan. Ook werd aan de deelnemers en het steunsysteem gevraagd wat ze (niet) prettig hebben gevonden aan de gesprekken.

5) Implementatie: is de interventie implementeerbaar en waarom (niet)?

Er werd een focusgroep samengesteld bestaande uit de gespreksvoerders, projectleider, onderzoeker, en andere betrokkenen waarin de implementatie van de interventie werd besproken en geëvalueerd door middel van een SWOT-analyse.

*Criterium:' De interventie wordt als implementeerbaar beschouwd, als dit door 80% van de relevante stakeholders als zodanig wordt benoemd en als de uitkomsten van de SWOT analyse zijn verwerkt in de interventie'*

De uitkomsten van de SWOT analyses zijn samengevat en er werd een overzicht van de sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen beschreven. Ook werd aan elke deelnemer van de SWOT-analyse gevraagd of de interventie implementeerbaar geacht werd.

# 3. Resultaten: deelnemers, uitvoering van de interventie en competenties gespreksvoerders

Om een beeld te krijgen hoe de uitvoering van de keukentafelgesprekken in de praktijk verliep worden hier de karakteristieken van de deelnemers en het verloop van de gesprekken beschreven. De bevindingen in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op gegevens uit de vragenlijsten, logboeken en diepte-interviews met deelnemers en gespreksvoerders.

## *3.1 Deelnemers*

Oorspronkelijk waren er 112 aanmeldingen voor de keukentafelgesprekken. Hiervan kwamen 23 mensen niet in aanmerking voor de gesprekken omdat er geen hulpvraag of probleem in de leefstijl was. Uiteindelijk hebben er 89 mensen meegedaan met de gesprekken. Van de 89 deelnemers die meerdere malen bezocht zijn voor de Keukentafelgesprekken zijn de gegevens van 17 deelnemers (19%) niet meegenomen in het onderzoek (1 overleden, 7 wegens ziekte en 9 gaven geen toestemming voor het onderzoek). De rest van deze analyse richt zich op de overige 72 deelnemers. In figuur 2 is de werving van deelnemers systematisch weergeven.




Figuur 2
Flow-chart deelnemers onderzoek

Van de 72 deelnemers aan het onderzoek waren er 52 vrouwen en 20 mannen. Hun gemiddelde leeftijd was 74 jaar (range 55-91 jaar). Het merendeel van de deelnemers had de Nederlandse nationaliteit (n=69), de drie deelnemers met een andere nationaliteit waren afkomstig uit Indonesië

(n=2) en Servië (n=1). De meeste deelnemers kwamen uit de regio Hoogeveen (60%), 30% kwam uit de regio Assen en 10% uit de regio Coevorden.

Ongeveer de helft van de deelnemers (45%) werd doorverwezen door een andere zorgverlener. De andere deelnemers werden bereikt via Indigo cursussen, via iemand anders (bijvoorbeeld andere deelnemer of mantelzorger), of hadden zichzelf aangemeld, bijvoorbeeld na een voorlichting of het lezen van een advertentie in de krant. In tabel 2 is weergegeven hoe de verdeling van de werving was onder de deelnemers, en welk percentage van de deelnemers voldeed aan de doelgroepseis (GFI > 3 en/of lage SES).

**Tabel 2. Hoe kwamen de deelnemers bij de keukentafelgesprekken terecht? En vielen deze deelnemers binnen de doelgroep?**

| Werving | Percentage | % doelgroep |
|---|---|---|
| Andere zorgverlener (poh, GGZ, thuiszorg) | 46% | 78% |
| Indigo cursus | 8% | 66% |
| Via iemand anders | 14% | 60% |
| Zelf aangemeld | 32% | 60% |

### *3.1.2 Steunsysteem*

De opzet van de keukentafelgesprekken was dat de gesprekken plaatsvonden met de oudere en iemand uit diens steunsysteem, bijvoorbeeld de partner, kinderen of andere mantelzorger. In de praktijk bleek het niet altijd mogelijk te zijn om het steunsysteem te betrekken. In 54% (n=39) van de gevallen was het steunsysteem bij alle gesprekken aanwezig, bij 25% (n=18) van de gevallen was er een systeem zijdelings betrokken en bij 21% (n=15) was er geen steunsysteem betrokken bij de interventie. Met zijdelings betrokken wordt bedoeld dat het steunsysteem telefonisch op de hoogte werd gehouden (door de gespreksvoerder of de deelnemer) of alleen benaderd kon worden om de vragenlijst in te vullen. De gemiddelde leeftijd van het steunsysteem was 58 jaar (range 35-78). Er waren 17 mannen en 29 vrouwen. 35% was de partner van de deelnemer, 28% een (schoon)zoon/dochter en 37% was een zorgverlener (bijvoorbeeld huishoudelijke hulp).

In casusbeschrijvingen 1 en 2 zijn 2 voorbeelden opgenomen hoe het steunsysteem betrokken was bij de keukentafelgesprekken. Uit casusbeschrijving 1 blijkt dat er een verschil kan zijn tussen de inschatting van de situatie door de deelnemer en het steunsysteem. Casusbeschrijving 2 is een voorbeeld van een structurele toepassing van een leefstijlverandering die met de keukentafelgesprekken is ingezet, waarbij het steunsysteem een belangrijke rol speelt.

**Casus 1, dhr H**

Dhr H  woont alleen in een klein Drents dorpje. Hij is vijf jaar geleden weduwnaar geworden en sindsdien heeft het leven zijn glans verloren. Hij zit voornamelijk voor zich uit te staren in zijn stoel. Hij verwaarloost zichzelf en het huishouden.  Zijn zoon en schoondochter zorgen voor het huishouden en deels voor de persoonlijke hygiëne van vader. Als de zoon overspannen thuis komt te zitten en schoondochter hoogzwanger is, geven zij bij de Zorgzaak aan de zorg voor vader niet meer aan te kunnen.

Gesprek 1

Dhr heeft begeleiding gehad van de GGZ, maar dat was alleen maar gespitst op zijn alcoholgebruik. Hij drinkt erg veel: 10 flesjes per dag. Als hij wel onder de mensen is en afleiding heeft dan geniet hij daar wel van. Maar eenmaal thuis, vervalt hij weer in piekeren en verdriet. Hij wil echter niet naar een dagopvang of iets dergelijks. Dhr heeft een hond, zodat hij nog wel naar buiten gaat. En hij kookt zelf.
Het valt op dat dhr erg vergeetachtig is. Hij is bij GGZ onderzocht, maar zijn cognitieve functies bleken intact. Volgens schoondochter speelt dhr met zijn vergeetachtigheid. De gespreksvoerder vermoedt dat het meer te maken heeft met zijn verstoorde rouw en depressieve klachten. De gespreksvoerder zal maatschappelijk werk bellen om te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om dhr ondersteuning te bieden.

Actieplan: dhr gaat meer activiteiten ondernemen, zodat hij meer onder de mensen is en meer afleiding heeft.

Gesprek 2

De gespreksvoerder treft dhr buiten aan, druk bezig in de tuin. Hij zegt ook dat het beter gaat. Hij is na het vorige bezoek naar de huisarts gegaan voor antidepressiva en neemt die nu dagelijks in. Hij heeft weer meer zin om dingen te ondernemen. Het is niet duidelijk of het maatschappelijk werk nu al is geweest. Dhr is erg vergeetachtig en kan dat niet vertellen. Hij zegt wel geminderd te zijn met bier en nu maar 3 flesjes per dag te drinken. Er was helaas niemand van het systeem aanwezig om dit te checken

Gebeld met de zoon. Ze hebben nog niets van het maatschappelijk werk gehoord.
Antidepressiva lijkt wel aan te slaan. Qua activiteiten onderneemt dhr weinig tot niets. Het was een toevalstreffer dat hij in de tuin was.

Gesprek 3

Volgens dhr gaat het een stuk beter met hem. Hij doet meer dingen en drinkt minder. Verdriet slijt ook. Hij zegt dat hij het prima zo vindt. Hij wil eigenlijk niet dat zijn zoon zich zorgen maakt. Zoon wil dat hij meer dingen onderneemt, maar dhr zegt dat hij dat niet wil.

Schoondochter geeft aan dat ze vindt dat het nog steeds niet goed gaat, maar ze vindt het ook moeilijk om los te laten en te accepteren dat het zijn eigen keus is om bijvoorbeeld niet te douchen.
Zoon zegt dat het maatschappelijk werk is geweest en dat ze af hebben gesproken dat het geen zin heeft om dhr te activeren, terwijl hij dat zelf niet wil. Dhr vindt het wel prettig als er iemand langs komt, dus dat blijft maatschappelijk werk doen.

Na afloop

Dhr is tevreden hoe het nu gaat. Zoon en schoondochter kunnen hun zorgen meer loslaten: zij zagen meer problemen dan hun vader ervoer.

**Casus 2, mevrouw A**

Mevrouw A woont in een klein appartementje binnen een verzorgingshuis. Er is een gemeenschappelijke woonkamer waar ze samen met andere bewoners 3 keer per dag eet, koffie/thee drinkt. Mevrouw A vindt het er gezellig. Ze houdt erg van handwerken en ze maakt van alles. Mevrouw A heeft 2 dochters die ver weg wonen.

Gesprek 1

Mw. A. ervaart al jaren problemen met het slapen. Ze heeft van alles al geprobeerd zoals cafeïne vrije koffie, warme melk, afleiding door radio, lezen als ze wakker ligt etc. De gespreksvoerder stelt voor om aan de cursus 'slapen kun je leren' deel te nemen, zodat mevrouw er ook zelf actief mee bezig is. De verzorging op de hoogte gebracht en uitgenodigd om bij de keukengesprekken als 'steunsysteem' op te treden. Verzorging uitgenodigd voor 2e gesprek.

Actieplan: Slaapgedrag verbeteren door de cursus 'slapen kun je leren'

Gesprek 2

Er wordt aan mevrouw A en verzorgende uitgelegd wat de cursus ('Slapen kun je leren' ) inhoudt. Mevrouw A vindt het erg spannend om alleen naar de cursus te gaan. Daarom zal de gespreksvoerder de eerste cursusbijeenkomst meegaan.

Gesprek 3

Eerste cursusbijeenkomst

Na afloop

Mevrouw A heeft bij de cursus geleerd om haar gevoelens en slaap te registreren in een dagboek. De verzorging helpt hierbij en neemt dit regelmatig (wekelijks) samen met mevrouw A door. Het doet mevrouw A goed om regelmatig bewust stil te staan bij haar gevoelens en gedachten. Ze heeft niet het idee dat het slapen verbeterd is. De verzorging vindt echter dat het slapen wel verbeterd is.

## *3.2 Procesbeschrijving: uitvoer van de interventie*

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de interventie in de praktijk werd uitgevoerd. Eerst wordt besproken hoe er naar deelnemers is gezocht (werving). Daarna wordt besproken hoe de gesprekken werden uitgevoerd: hoeveel gesprekken werden er gevoerd, wat was de tijd tussen 2 gesprekken, en wat was de opbouw binnen de gesprekken. Ten slotte wordt ingegaan op competenties van de gespreksvoerders en verschillen tussen gespreksvoerders.

### *3.2.1 Werving*

Voor het vinden van deelnemers voor de interventie keukentafelgesprekken is contact gezocht met 12 wooninstellingen en 23 organisaties (bijvoorbeeld thuiszorg, GGZ, ouderen consultenten, mantelzorgorganisaties). Indien mogelijk werden er binnen deze (woon)organisaties voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd waarbij bijvoorbeeld een gezondheidsquiz[3] werd gedaan en daarnaast informatie werd gegeven over de Keukentafelgesprekken. Ook is er bij cursussen van Gezond Doen! Programma 2 informatie gegeven over de Keukentafelgesprekken en zijn er flyers uitgedeeld. In Bijlage 8 is een overzicht van de wervingsactiviteiten weergegeven.

De werving van deelnemers verliep vooral in het begin moeizaam. In deze fase werd vooral contact gezocht met zorgverleningsinstanties

> *Gespreksvoerder*: '*Iedereen vond het wel een leuk project, en iedereen kende wel mensen die eenzaam zijn, maar daar kwam gewoon niks van. En ik stuitte bij collega's ook op veel weerstand. Die hadden zoiets van: je komt in onze keuken kijken en wat kun je beter dan wij..? Dat was heel lastig. Die wilden niet dat ik bij hun mensen kwam'*

> *Gespreksvoerder: 'het viel me inderdaad op hoeveel projecten er toen liepen. Iedereen had wat en was uit dezelfde fuik aan het vissen.'*

Een andere wervingsmethode die werd geprobeerd was contact zoeken met enkele mondige bewoners van een wooninstelling voor ouderen en via hen proberen in contact te komen met kwetsbare ouderen

> *Gespreksvoerder: 'Toen heb ik vier mondige dames gevonden, en gevraagd of die met mij mee wilden denken. Toen heb ik koekjes gekocht en zijn we bij één van de dames op de koffie gegaan. Toen zijn we alle bewoners van de flat doorgegaan en toen hebben we gekeken van: wie is er eenzaam, over wie maak je je zorgen. En daar kwamen ook weer vier namen uit. En toen heb ik aan de dames gevraagd of die die vier mensen wilden vragen of ik eens langs kon komen en of zij dan ook mee wilden als systeem. En daar ben ik toen ook bij vier mensen langs gegaan. En dat was het dan ook weer. Dat werkte dan even, maar ook niet echt.'*

[3] De gezondheidsquiz: een quiz met 14 stellingen over één van de BRAVO leefstijlgebieden waarbij de senioren d.m.v. een groen of rood kaartje kunnen aangeven of ze het met de stelling eens zijn. De bedoeling is om zo een (groeps)gesprek op gang te brengen over gezondheid. Een voorbeeld van zo`n stelling is: 'Ouderdomssuiker (Diabetes type 2) komt alleen bij ouderen voor'

Een andere strategie was het organiseren van de gezondheidsquiz.

> *Gespreksvoerder: '.. toen heb ik de gezondheidsquiz bedacht. Die heb ik daar gehouden, en daar was radio Drenthe ook bij, dat was heel leuk. En er waren iets van 45 mensen. En dat liep als een trein. En ik kreeg een aantal aanmeldingen voor keukentafelgesprekken en er waren aanmeldingen voor de gezondheidschecks, en toen bleef het toch weer hangen. Ik kreeg daar 2 of 3 keukentafelgesprekken uit.'*

Een nadeel van deze wervingsmethode was dat vaak de wat mondiger, actieve ouderen hier op af kwamen en niet de doelgroep:

> *Gespreksvoerder: 'Mensen die naar zo'n voorlichting komen dat zijn mensen die toch al actief zijn.. en de doelgroep schoten we net voorbij'.*

Uiteindelijk bleek het totaal van alle netwerkactiviteiten en mond-tot-mond reclame genoeg publiciteit te genereren en werden er genoeg deelnemers voor het project gevonden.

> Gespreksvoerder: '*En zo ging het viavia lopen… en toen gingen de cursussen wat lopen, en kregen we mond-tot-mond reclame en zo ging het lopen. (…) En toen mensen mij wat meer gingen kennen, ouderenwerkers of maatschappelijk werkers, die belden mij soms ook wel direct, van: wil je daar eens kijken. Toch wel mond tot mond reclame'* .

### *3.2.2 Aantal gesprekken en tijdspad*

Met de meeste deelnemers werden 3 gesprekken gevoerd (n = 58, 80%), bij 12 deelnemers (17%) werden 2 gesprekken gevoerd en bij 2 deelnemers 1 gesprek (3%). De gemiddelde tijd tussen gesprek 1 en 2 was 26 dagen (ongeveer 4 weken) en de gemiddelde tijd tussen gesprek 2 en 3 was 37 dagen (ongeveer 5 weken). Vooraf was gepland om de 3 gesprekken binnen 5 weken af te ronden. Echter, in de praktijk bleek deze periode te kort.

> *Gespreksvoerder: 'Dat werkte niet. Want als je gedrag wil veranderen of mensen wil motiveren om eens naar buiten te gaan of naar een koffieochtend…dat lukt niet binnen 5 weken. En dan ook de laatste keer evalueren, dat gaat gewoon te snel. Dus daar zijn we weer afgestapt. Plus dat ik het zelf ook niet in m'n agenda kon doen.'*

Daarom is er niet strikt vastgehouden aan deze 5 weken, maar is de timing per individuele deelnemer aangepast.

Over het algemeen werd het aantal van 3 gesprekken als goed ervaren.

> Gespreksvoerder: *' Over het algemeen was 3 voldoende. (…) Er zat ook wel wat druk op. Ook voor de hulpverlener zelf. Als je open eind hebt, dan kun je ook een keer denken van ik heb mijn dag niet, we doen wat rustiger aan en de volgende keer dan gaan we er weer meer tegenaan. Bij alle partijen zat er de druk op van: drie keer dat is het. '*
>
> Gespreksvoerder: *'En mensen weten van te voren , het is maar 3 keer, maar goed, ik ben met name bij wat eenzame mensen geweest, en dan was het wel een goed idee om er een vervolg aan te geven. Niet zozeer dat ík dat dan moest doen, maar dat er een andere instantie een vervolg aan geeft, want je merkt toch dat mensen het heel prettig vinden dat ze toch een keer hun verhaal kwijt kunnen. Dan is 3 keer wel voldoende om een inschatting te maken van: het zou fijn zij als die-en-die instantie er bij betrokken wordt of dat iemand die richting op gaat, maar het is nog niet klaar. '*
>
> Deelnemer:' *… het was goed zo. Ik ben wel iemand van 'ik zoek hulp'. Maar ik wil er ook wel weer vanaf!'*
>
> Deelnemer: '*nadat ze 3 keer geweest was, vond ik dat ik veel geleerd had, en ik probeer nu om het zelf zo goed mogelijk te doen'*

Er werden echter ook nadelen genoemd aan het aantal van 3 gesprekken.

> Gespreksvoerder: *'Ik denk wel om een eerste aanzet te maken. Maar als je echt wat wil bereiken dan moet je na een aantal weken of maanden weer terugkomen. Ik ben heel benieuwd of mensen na een paar weken nog dingen deden die we hadden afgesproken. (…) Mensen beginnen vol goede moed en dan ga ik weg, en wat dan? Bijvoorbeeld met piekeren, dan ging het echt wel beter, en dan dacht ik: nu moet je het ook gaan vasthouden als ik niet meer kom. Daar ben ik wel echt benieuwd naar of ze dat dan nog doen.*
>
> Gespreksvoerder:'*je kon iets in werking zetten, ja, maar wat ik wel jammer vond, was dat er geen follow-up of evaluatie was. Je weet niet hoe het heeft uitgepakt.'*

### *3.2.3 Inhoud en opbouw van de gesprekken*

Er werden maximaal 3 gesprekken van 2 uur gevoerd met de deelnemer. De gesprekken vonden plaats bij de deelnemer thuis. In het eerste gesprek werd kennisgemaakt met de deelnemer, de

deelnemer werd geïnformeerd over de gesprekken en zoveel mogelijk op het gemak gesteld. Vervolgens werd de leefstijl geëvalueerd en eventuele problemen gesignaleerd.

> Gespreksvoerder: '*En dan was vaak het eerste gesprek heel oriënterend, van: wie bent u, wat doet u, waar loopt u tegenaan in het dagelijks leven en welke mensen zitten in uw systeem'.*

Ten slotte werd er een actieplan gemaakt, dit werd ingevuld op de cliëntkaart. Op de cliëntkaart werden doelen en afspraken genoteerd.

> Gespreksvoerder: '*En dat plan bleef ook achter bij de deelnemer, en die ook wist van: dit is besproken en deze actie is voor mij, en mijn acties had ik dan ook opgeschreven'*

In het tweede gesprek wordt besproken hoe het werken aan het doel is verlopen en wat de oudere of zijn/haar steunsysteem nog nodig hebben om hier verder mee aan de slag te gaan.

> Gespreksvoerder": *'… kijken wat er in de tussen tijd is gebeurd. Hoe gaat het met iemand, en kijken naar de acties die iemand al heeft ondernomen…. Hoe loopt dat dan? Wat zijn de struikelblokken. Want eigenlijk was het na 2 gesprekken wel de bedoeling dat iemand die kant wel wat op gemanoeuvreerd was'*

In het derde gesprek werd tenslotte het hele traject geëvalueerd en besproken hoe de oudere zijn/haar behaalde doel in stand kon houden nu de hulpverlener niet meer terug kwam. Eventueel werd besproken of het zinvol was om de oudere door te verwijzen naar een ketenpartner.

> Gespreksvoerder: *'En terugkijkend: wat heeft u bereikt en wat wilt u nog bereiken. Kunt u dat zelf, of hebt u daar iemand anders bij nodig?.'*

Voor een uitgebreide beschrijving van de inhoud van de gesprekken en praktische handvatten, wordt verwezen naar de handleiding (Van Herreveld en Crajé, 2013). In casusbeschrijvingen 3 en 4 worden 2 voorbeelden gegeven van de opbouw van de 3 gesprekken.

**Casus 3: de heer K.**

Dhr K. woont zelfstandig in een kleine woning. Hij is erg actief: hij 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. Dit is de reden dat de heer K is opgegeven voor de keukentafelgesprekken 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 haar vader teveel over zijn verdriet 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 gespreksvoerder zal onderzoeken wat de mogelijkheden voor een rouwgroep

zijn.

Actieplan: 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 wat hij precies wil. De gespreksvoerder 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, en zal de heer K hiervoor opgeven.

**Casus 4, mevrouw V**

Mw V is 36 jaar getrouwd geweest met een gewelddadige man. Hij heeft haar vele malen mishandeld. Nu heeft ze sinds 5 jaar nieuwe man. Mw V is haar hele leven al angstig en gespannen geweest. De laatste tijd heeft ze ook veel lichamelijke klachten. Daardoor neemt de angst toe. Behandeling bij GGZ is niet aangeslagen. Mw V piekert erg veel. Na een gezondheidscheck heeft mevrouw zich aangemeld voor de keukentafelgesprekken.

Gesprek 1

Ook de echtgenoot van mevrouw V is aanwezig. Haar echtgenoot geeft aan dat hij soms niet weet hoe hij met de angst en piekeren van mevrouw om moet gaan. Er wordt afgesproken dat de gespreksvoerder volgende keer het piekercursusboek en een CD met ontspanningsoefeningen meeneemt. Verder wordt uitleg gegeven over ademhalingstechnieken.

Actieplan: angst en piekeren verminderen

Gesprek 2

Met het echtpaar de eerste 2 hoofdstukken van de piekercursus doorgenomen en ze helpende gedachten laten formuleren. Mevrouw gaat maar 2x per dag met hun hondje lopen in plaats van 4x, omdat ze bang is voor een vrouw uit de buurt. Dit als voorbeeld genomen en mevrouw gaat nu met behulp van een helpende gedachte weer 4x lopen, samen met haar man. Verder gaat ze starten met een ‘piekerkwartier’. Mevrouw wil wel contact met een hulpverlener. De gespreksvoerder gaat dit regelen binnen Indigo. Ook wordt er een afspraak gemaakt met de huisarts om de mogelijkheden te bespreken.

Gesprek 3

Het gaat weer de goede kant op met mevrouw. Na een gesprek met de huisarts is besloten om met antidepressiva te starten en mevrouw krijgt gesprekken met een psycholoog in de huisartsenpraktijk.

Na afloop

Het gaat steeds beter met mevrouw, ze durft weer alleen te gaan wandelen en ze kan het piekeren meer loslaten.

### *3.3.2 Competenties van de gespreksvoerder*

Als aan de verschillende gespreksvoerders gevraagd werd wat ze als belangrijke kenmerken van de gespreksvoerder zagen, kwam hieruit naar voren dat een combinatie van initiatief nemen (met name wat betreft werving) en juist het initiatief bij de oudere leggen belangrijk is.

> Gespreksvoerder:*' je moet heel veel zelf initiatief nemen. En ook durven. Mensen bellen. Dingen bedenken voor de werving. Je moet niet afwachtend zijn, heel pro-actief zijn.'*
>
> Gespreksvoerder*: 'Heel gechargeerd, (wat je niet moet zijn is) het type wijkverpleegster die de mouwen opstroopt. Je moet niet iemand zijn die heel probleemgericht is. Je moet heel open zijn. .. dat je het probleem bij mensen laat. Dat je niet makkelijk zegt: dat wil ik wel even voor u regelen. Een stukje autonomie. Maar ook de druk van het probleem bij mensen zelf laat. Een bepaalde lijdensdruk, een probleem heeft een bepaalde lijdensdruk, die moet je niet te snel bij mensen weghalen. Want juist die lijdensdruk is ook vaak de drijfveer om iets te gaan doen.'*
>
> Gespreksvoerder: '*En als verpleegkundige ben ik wel een beetje gewend om te denken voor mensen, dat mag nou steeds minder. En bij de keukentafelgesprekken was dat heel belangrijk, dan ga je uit van wat mensen zelf willen of kunnen.'*

Daarnaast werd het goed kunnen luisteren en tijd nemen vaak genoemd als een belangrijke eigenschap, zowel bij de gespreksvoerders als de deelnemers:

> Gespreksvoerder: *'Je moet een tandje terug nemen ook, niet alleen met je eigen doel daar zitten. … Bij ouderen gaat het anders dan bij volwassenen. Die hebben behoefte aan dat het op een rustiger tempo gaat. Dat is iets wat je moet willen en kunnen. '*
>
> Gespreksvoerder: '*in eerste instantie een luisterend oor. Dat je rust uitstraalt als je bij iemand komt. En als die behoefte er is, laat dat eerste gesprek maar wat gaan, luister. Dat sowieso. Afgezien van de gespreksvaardigheden en dat je de wegen weet te bewandelen om iets te regelen, is luisteren het belangrijkst'*

Deelnemer:' *Andere mensen luisteren niet altijd, en die denken dan van: daar heb je haar weer te zeuren. Maar dat was met dit niet zo. Ze luisteren en ze weten precies hoe jij je voelt. Weet je wel….'*

Een lijst van competenties van de gespreksvoerder is te vinden in bijlage 7. Ook worden deze verder behandeld in de handleiding (Van Herreveld en Crajé, 2013).

### *3.3.1 Verschillen tussen gespreksvoerders*

Er waren meerdere gespreksvoerders werkzaam bij de interventie keukentafelgesprekken. In tabel 3 zijn enkele eigenschappen van de gesprekken per gespreksvoerder weergegeven. Hieruit blijkt dat er verschillen zijn in de uitvoering bij de verschillende gespreksvoerders, met name wat betreft het betrekken van het steunsysteem en rapportage. Het bleek voor gespreksvoerders niet altijd duidelijk te zijn wat er van ze verwacht werd. Op het moment van de uitvoering van de keukentafelgesprekken was de handleiding nog niet beschikbaar. Een duidelijke handleiding en training blijken echter van groot belang.

Gebruiker: *' Het wordt wel heel erg aan de creativiteit van de hulpverlener overgelaten. Maar er zit natuurlijk wel een bepaalde structuur in, van wat doe je het eerste gesprek, wat doe je het tweede gesprek. En dat was niet zo heel duidelijk omschreven vond ik.'*

Gebruiker: '*We waren niet zo goed voorbereid als we zouden willen. Dat kon ook niet echt, want het was een project dat al een tijdje draaide in Drenthe Noord en ZuidWest, en we moesten zo inhaken. Als we vanaf het begin af aan hadden meegedraaid hadden we beter die technieken kunnen leren.'*

Gebruiker (over het niet stellen van de wondervraag): *'ik heb de vraag niet durven stellen, omdat ik niet goed weet wat ik er mee zou moeten'*

| Tabel 3. Uitvoering van de interventie door verschillende gespreksvoerders. | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Gespreks voerder** | **deelnemers** | **% uitval** | **Gesprekken** | **% systeem** | **% systeem zijdelings** | **% wonder vraag** | **% actieplan** |
| 1 | 66 | 9% | 2.7 | 63% | 22% | 84% | 97% |
| 2 | 13 | 7% | 2.7 | 23% | 39% | 77% | 85% |
| 3 | 6 | 33% | 3 | 66% | 33% | 100% | 100% |
| 4 | 4 | 75% | 3 | 0% | 0% | 0% | 0% |

% uitval = percentage deelnemers dat uitviel voor onderzoek, gesprekken = aantal gesprekken dat gemiddeld gevoerd werd, % systeem = percentage deelnemers waarbij steunsysteem betrokken was, % systeem zijdelings = percentage deelnemers waarbij steunsysteem zijdeling betrokken was, % wondervraag = percentage deelnemers waarbij wondervraag gerapporteerd is, % actieplan = percentage deelnemers waarbij actieplan gerapporteerd is.

**HOOFDSTUK 4: Resultaten: onderzoeksvragen**

Het doel van het onderzoek was om de haalbaarheid van de interventie Keukentafelgesprekken te bepalen. Hiervoor zijn 5 deelvragen en criteria opgesteld met betrekking tot 1) bereik, 2) uitvoering, 3 gezondheidseffecten, 4) evaluatie en 5) implementatie. De resultaten wat betreft de haalbaarheid worden in dit hoofdstuk beschreven.

## *4.1 Bereik: wordt de beoogde doelgroep bereikt en waarom (niet)?*

De doelgroep bestaat uit ouderen (65+) die kwetsbaar zijn en/of een lage SES hebben. Het vooraf gestelde criterium was: '*We beschouwen de doelgroep als bereikt als de interventie wordt uitgevoerd met 75 ouderen en als 75% daarvan binnen de doelgroep valt.'*

Er hebben in totaal 89 mensen meegedaan met de interventie, dus het eerste criterium is behaald. Niet alle deelnemers hebben meegedaan met het onderzoek om verschillende redenen (zie 3.1), waardoor de onderzoeksgroep uiteindelijk bestond uit 72 deelnemers. De doelgroep was gedefinieerd als ouderen die kwetsbaar zijn (i.e., een score van 4 of hoger op de GFI) en/of een lage Sociaal Economische Status (SES, zie 1.7).

De gemiddelde score op de GFI was 4,2 (range 0-13), waarbij 56% van de deelnemers een score van 4 of hoger had op de GFI. Het gemiddelde opleidingsniveau was 4,4 (range 1-7), waarvan 30% van alle deelnemers een lage opleiding had. Deelnemers werden geclassificeerd als doelgroep wanneer zij of een lage score op de GFI of een lage SES hadden. In totaal viel 70% van de deelnemers *aan het onderzoek* binnen de doelgroep. Van de deelnemers aan *de interventie die niet* hebben meegedaan aan het onderzoek is niet met zekerheid te zeggen of zij als doelgroep geclassificeerd konden worden.

In tabel 4 is een overzicht gegeven van kwetsbaarheid en SES per regio. Uit tabel 4 blijkt dat de doelgroepseis wordt voldaan bij 100% van de deelnemers uit Coevorden (versus 65% in Assen en 67 in Hoogeveen, zie tabel 3). In totaal kwam echter slechts 9% van de deelnemers uit deze regio (zie 3.1). Bij vervolgonderzoek kan het lonend zijn om meer deelnemers uit Coevorden te werven, zodat de spreiding van deelnemers in de verschillende regio's verbeterd wordt en er wellicht meer deelnemers zijn die binnen de doelgroep vallen.

| Tabel 4. Percentage deelnemers dat kwetsbaar is (een score van 4 of meer op de GFI), het percentage deelnemers met een lage SES (op basis van opleiding) en het percentage deelnemers dat binnen de doelgroep valt (lage SES of score van 4 of hoger op de GFI) per regio. | | | |
|---|---|---|---|
| **Regio** | **% kwetsbaar** | **% lage SES (opleiding)** | **% doelgroep** |
| Hoogeveen | 54% | 26% | 67% |
| Assen | 50% | 32% | 64% |
| Coevorden | 86% | 43% | 100% |
| Totaal | 56% | 30% | 70% |

### Motivatie

Aan de deelnemers werd gevraagd waarom ze mee hadden gedaan met de interventie. Hierbij kon gekozen worden uit (meerdere antwoorden mogelijk): ik hoefde er niet voor op pad (13x aangekruisd), ik vond het fijn dat mijn netwerk betrokken werd (8x aangekruisd), ik was al langer bezorgd over mijn gezondheid (7x aangekruisd) en anders (open vraag). De antwoorden die bij 'anders' ingevuld zijn, zijn zoveel mogelijk geclusterd (zie tabel 5). De meest genoemde redenen om mee te doen waren dat iemand anders had aangeraden om mee te doen en dat mensen ondersteuning zochten bij een probleem.

> Deelnemer: *'Nou ik heb het gedaan omdat ik toen nog niet zo lekker in mijn vel zat toen, hoe zal ik het zeggen. ik heb toen gewoon ja gezegd'*

Daarnaast waren mensen benieuwd wat het was en of het voor hen iets zou kunnen opleveren

> Deelnemer: '*Ik dacht, waarom ook niet. Het kan ons altijd wat opleveren'*

> Deelnemer: '*ik vond het sowieso een heel positief gebaar van een goede instelling. Het voelde voor mij als een echte mogelijkheid om daar zelf uit te komen en eventueel samen met mijn partner'*

| Tabel 5. Waarom heeft u meegedaan met de keukentafelgesprekken? | |
|---|---|
| **Reden** | **Aantal keer genoemd** |
| Iemand anders (zorgverlener, steunsysteem) raadde me aan om mee te doen | 37 |
| Ik was benieuwd wat het was | 3 |
| Ik wil graag ondersteuning bij …(specifiek probleem, bijvoorbeeld piekeren) | 11 |

| | |
|---|---|
| Ik vind het gezellig dat er iemand langskomt | 2 |

**Conclusie**

Er hebben in totaal 89 mensen deelgenomen aan de interventie Keukentafelgesprekken, waarvan 72 meededen aan het onderzoek. Van de onderzoeksgroep voldeed 70% aan de doelgroepseis (score van 4 of hoger op de GFI of een lage SES). Van de andere 17 deelnemers aan de interventie is niet met zekerheid te zeggen of zij als doelgroep geclassificeerd konden worden**.** Het vooraf gestelde criterium is dus vrijwel behaald.

## *4.2 Uitvoering: is het mogelijk de interventie Keukentafelgesprekken uit te voeren zoals deze is bedoeld?*

De keukentafelgesprekken vinden plaats met gebruikmaking van diverse gesprekstechnieken. Zo wordt bijvoorbeeld de 'wondervraag' gesteld: 'wat zou er morgen veranderd zijn als er vannacht een wonder gebeurt?'. Daarnaast wordt er een actieplan opgesteld, met haalbare doelen. Een ander kenmerk van de keukentafelgesprekken is dat er iemand uit het steunsysteem van de oudere betrokken is bij de gesprekken. Het vooraf gestelde criterium was*: 'We beschouwen de interventie uitgevoerd zoals bedoeld als 1) er bij elk gesprek iemand uit het steunsysteem aanwezig is geweest (100%), 2) bij 75% een actieplan is opgesteld, en 3) bij 75% de wondervraag is gesteld.*

**1. Betrekken van het steunsysteem**

De opzet van de keukentafelgesprekken was dat de gesprekken plaatsvonden met de oudere en iemand uit diens steunsysteem, bijvoorbeeld de partner, kinderen of andere mantelzorger. In de praktijk bleek het niet altijd mogelijk te zijn om deze persoon erbij te betrekken. In 25% (n=18) van de gesprekken was het steunsysteem bij alle gesprekken aanwezig, bij 54% (n=39) was er een steunsysteem zijdelings betrokken en bij 21% (n=15) was er geen steunsysteem betrokken. Met zijdelings betrokken wordt bedoeld dat het steunsysteem telefonisch op de hoogte werd gehouden of alleen benaderd kon worden om de vragenlijst in te vullen. In totaal was er dus bij 79% van de deelnemers een steunsysteem betrokken, waardoor het vooraf gestelde criterium niet gehaald is.

Uit de diepte-interviews met de gespreksvoerders blijkt dat de redenen dat het steunsysteem niet was betrokken bij de gesprekken vaak waren dat deelnemers hun kinderen niet wilden belasten of dat de kinderen geen tijd konden of wilden maken.

> Gespreksvoerder (over het betrekken van het steunsysteem): *'Dat liep niet. In een klein aantal waren ze er vanaf het begin af aan bij. De oorspronkelijke opzet was natuurlijk dat zij een probleem hadden of zagen dat hun vader of moeder te weinig bewoog ofzo, en dat we dan zouden proberen die oudere te motiveren om meer te bewegen of meer naar buiten te gaan. Nou dat werkte eigenlijk niet. Want vaak zijn kinderen steunsysteem. Die hebben gewoon geen tijd of geen zin om 3 gesprekken aanwezig te zijn. Die vonden het allang best als ik dingen overnam. Of ze woonden aan de andere kant van Nederland, dus dan kwamen ze niet. Dus dat werkte niet zoals het zou moeten. '*
>
> Gespreksvoerder: ' *Ze (deelnemers) vonden het bezwaarlijk om een beroep te doen op hun kinderen, die willen ze zo weinig mogelijk belasten. En eigenlijk pas een beroep op ze doen als het ECHT nodig is. Ze hadden vaak wel kinderen die ook werkten, en dat was dan ook weer bezwaarlijk omdat dat zou betekenen dat een van hun kinderen vrij zou moeten nemen. Ik weet niet hoe het anders was gelopen als ik 's avonds of in het weekend langs was geweest.'*

**2. Actieplan**

Bij het eerste gesprek werd een actieplan opgesteld met haalbare doelen. Voorbeelden van geformuleerde actieplannen zijn[4]:

- 'Piekercursus doornemen'
- 'Meneer gaat op eigen houtje op zoekt naar activiteit binnen Welzo'
- 'Maatje zoeken om mee te wandelen'

Om inzicht te krijgen in de inhoud van de actieplannen, zijn de actieplannen geclusterd in categorieën: praten (mogelijkheid bieden om hart te luchten), piekercursus aanbieden[5] , coaching (bijvoorbeeld als iemand het eng vindt om naar nieuwe vereniging te gaan), doorverwijzen (naar andere cursus, hulpverlener of instantie), sociale contacten vergroten (bijvoorbeeld naar buurthuis

[4] Deze actieplannen waren beschreven in de logboeken van de gespreksvoerders

[5] De piekercursus is een evidenced based cursus waarbij in 3 bijeenkomsten het piekeren wordt aangepakt door o.a. te werken met G schema`s.

gaan)(zie tabel 6). De actieplan betrof meestal meerdere doelen (34%). Een voorbeeld hiervan is casusbeschrijving 5.

Bij 93% van de deelnemers was een actieplan opgesteld, waardoor het vooraf gestelde criterium gehaald is.

**Tabel 6. Actieplan**

| Thema | Uitleg | Percentage |
|---|---|---|
| Doorverwijzing | Doorverwijzen naar andere zorgverlener | 17 % |
| Sociale contacten | Vergroten van sociale contacten | 11 % |
| Praten | Mogelijkheid bieden om te ventileren / van zich af te praten | 10 % |
| Piekercursus | Piekercursus aanbieden – op basis van Indigo cursus 'Stoppen met piekeren' | 13 % |
| Coaching | Ondersteuning bieden bij probleem | 7% |
| Multi | Meerdere doelen | 34% |
| Overig | | 1% |
| Geen actieplan | | 7% |

**Casus 5 mevrouw B**

Mevrouw B 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 65e 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

<u>Gesprek 1</u>

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 in verband met hartritmestoornissen. Ze wil haar kinderen niet belasten, er is dus niemand uit haar steunsysteem aanwezig bij het gesprek.

Doelstelling: stemming en mobiliteit verbeteren

<u>Gesprek 2</u>

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

<u>Gesprek 3</u>

Samen met de gespreksvoerder wordt een overzicht van de financiële situatie gemaakt. Ook wordt

besproken dat mevrouw voor haar somberheid hulp kan zoeken bij een psycholoog.

Na afloop

Mevrouw B vertelt dat ze zich er door de gesprekken 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 bewonersraad 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. Wondervraag

In de keukentafelgesprekken worden diverse gesprekstechnieken gebruikt. Hierbij wordt onder andere de 'wondervraag' gesteld: 'wat zou er morgen veranderd zijn als er vannacht een wonder gebeurt?'. Voorbeelden van geformuleerde antwoorden op de wondervraag zijn:

- 'dat iemand af en toe een praatje komt maken'

- 'dat ik beter met mijn man kan praten'

- 'dat de kinderen dichterbij wonen'

De antwoorden die gegeven werden op de wondervragen zijn gecategoriseerd naar de BRAVO gebieden Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding en Ontspanning. Omdat niet alle wondervragen hieronder te categoriseren waren zijn hier ook de categorieën '*Sociale contacten'* en '*multidisciplinair*' (als iemand meerdere leefstijlgebieden wilde oppakken, bijvoorbeeld meer bewegen en gezonder eten) aan toegevoegd. In tabel 7 is weergegeven hoe vaak elk thema aan bod kwam. De meeste deelnemers (49%) wilden iets veranderen aan het leefstijlaspect 'ontspanning' (spanning, angst, piekeren).

Bij 80% van de deelnemers werd een wondervraag gedefinieerd (zie tabel 7), waardoor het vooraf gestelde criterium gehaald is.

**Tabel 7. Thema's wondervragen**

| **Thema** | **Percentage** |
|---|---|
| Bewegen | 10% |
| Roken | 0% |
| Alcohol | 0% |
| Voeding | 0% |
| Ontspanning | 49% |

| | |
|---|---|
| Sociale contacten | 11% |
| Multidisciplinair | 10% |
| Geen | 20% |

**Conclusie**

Wat betreft uitvoer konden de gesprekken worden uitgevoerd zoals gepland op 2 van de 3 aspecten (actieplan en wondervraag). Het betrekken van het steunsysteem bleek vaak lastig te zijn, omdat deelnemers hun steunsysteem niet wilden belasten, of omdat het voor het steunsysteem lastig was om in te plannen, bijvoorbeeld omdat ze ver weg woonden of overdag moesten werken.

### *4.3 Gezondheidseffecten: wat zijn de effecten van de interventie 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.*
Om te bepalen of het vooraf gestelde criterium behaald werd, zijn 2 percentages berekend. Ten eerste is berekend welk percentage van de deelnemers een verbetering rapporteerde op 1 van de BRAVO gebieden. Ten tweede is het percentage berekend van deelnemers die aangaven dat er iets in hun situatie was verbeterd.

Het gezondheidsgedrag werd geëvalueerd op de gebieden Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding en Ontspanning (BRAVO). In bijlage 11 wordt van elk leefstijlgebied wordt beschreven wat de situatie nu is, en of de leefstijl veranderd is het afgelopen half jaar. Om de onderzoeksvraag 3 te kunnen beantwoorden is van elke deelnemer vastgesteld of de deelnemer een verbetering rapporteerde op één (of meer) van de BRAVO-leefstijlgebieden (zie tabel 8). Hieruit bleek dat bij 53% van de deelnemers een verbetering op ten minste 1 van de leefstijlgebieden heeft gerapporteerd. De meeste verbeteringen werden gerapporteerd op het gebied 'ontspanning' (zie bijlage 11).

**Tabel 8. Aantal BRAVO gebieden waarop een verbetering heeft plaatsgevonden**

| **Aantal gebieden** | **Percentage** |
|---|---|
| **0** | 47% |
| **1** | 25% |
| **2** | 18% |

| | |
|---|---|
| **3** | 6% |
| **4** | 4% |

In de vragenlijst werd tevens aan de deelnemers gevraagd of er iets was verbeterd in hun situatie (vraag 79) en of deze verbetering was toe te wijzen aan de keukentafelgesprekken (vraag 80). 51% van de deelnemers gaf aan dat de situatie was verbeterd (47% geen verandering en 2% een verslechtering). Van de deelnemers die een verbetering rapporteerden gaf 48% aan dat dit geheel was toe te schrijven aan de keukentafelgesprekken, 50% gaf aan dat het deels was toe te schrijven aan de keukentafelgesprekken en 2% gaf aan dat de verandering ergens anders door kwam.

> Deelnemer: '*Dat is niet alleen door (gespreksvoerder) gekomen, maar (gespreksvoerder) heeft me toch echt een steun in de richting gegeven. Nee ik vond het fijn dat (gespreksvoerder) er was.'*
>
> Deelnemer: '*(gespreksvoerder) is een onderdeel van dat ik me beter voel. Ik heb een hele tijd gehad dat ik om 4 uur 's nachts wakker werd met angst gevoelens, dan vat je de slaap niet meer. Dan ga ik een boterham eten en kan ik weer slapen.'*

Vaak benoemden deelnemers dat ze door de keukentafelgesprekken een zetje in de rug of een praktisch handvat hadden gekregen om hun leefstijl aan te passen. Ook werden ze door de keukentafelgesprekken zich bewust van hun eigen leefstijl of manier van denken.

> Deelnemer: '*Het objectieve gesprek is vooral voor mij heel belangrijk geweest. Want ik ben namelijk erg emotioneel geweest tijdens dat gesprek, en daarna ook. Nou heb je natuurlijk sowieso niet zo'n goede kijk op jezelf, dus de objectieve kijk van (gespreksvoerder) heeft mij daar zeker bij geholpen om mijn probleem in te zien.'*
>
> Deelnemer: '*… een duwtje in de goede richting te geven. Niet zo'n tunnelvisie van: het gaat slecht, en het blijft slecht gaan. En gewoon een beetje om je heen kijken. En dat heeft bij mij zeker geholpen.'*

Vaak hangen veranderingen op verschillende leefstijlgebieden met elkaar samen. In casusbeschrijving 6 wordt beschreven hoe een verbetering in de mobiliteit ook kan leiden tot meer sociale contacten.

| **Casus 6: mevrouw Z** |
|---|

Mevrouw Z. komt oorspronkelijk uit Servië. Ze is op jonge leeftijd wees geworden. Twaalf jaar geleden is ze 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 mevrouw Z. zoveel aangekomen dat ze zich nauwelijks zelf kan bewegen. Mevrouw Z. is depressief en 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.

Gesprek 1

Mevrouw Z en haar echtgenoot zijn 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 gespreksvoerder 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.

**Conclusie**

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.

### *4.4 Evaluatie: wordt de interventie positief beoordeeld door de oudere en het steunsysteem en waarom?*

De interventie werd beoordeeld door de deelnemers en het steunsysteem. Het vooraf gestelde criterium was: '*We beschouwen de interventie als positief beoordeeld als 75% van de mensen een 6 of hoger geeft.'*

**Deelnemers**

Deelnemers beoordeelden de keukentafelgesprekken met gemiddeld een 7.7 (range 6-10). Geen enkele deelnemer gaf de gesprekken een onvoldoende. 84% van de deelnemers zou de keukentafelgesprekken aanraden aan andere mensen. Ook werd in de vragenlijst (vraag 76 en 77) aan de deelnemers gevraagd wat ze prettig en minder prettig vonden aan de gesprekken. Dit was een open vraag, de antwoorden zijn zoveel mogelijk geclusterd (zie tabel 9). Het meest gegeven antwoord was dat mensen het fijn vonden dat er naar ze geluisterd werd

> Deelnemer: ' *Nou ja ik kan goed met (gespreksvoerder) praten, laat ik het zo zeggen… (gespreksvoerder) kan heel goed je op je gemak stellen, en vragen stellen en ook je uit laten praten enzo.'*

Daarnaast werden praktische tips gewaardeerd.

> Deelnemer: '*(gespreksvoerder) zei van: probeer nou, dan moet je maar tot 10 tellen en dan moet je wat doen. En dat heb ik toen ook gedaan, en dat hielp. Dus ik ben dat nu weer van plan. Als ik weer zoiets heb, dan moet ik eerst even tot 10 tellen. Rustig aan, en dan door.'*

**Tabel 9. Wat vond u prettig aan de keukentafelgesprekken?**

| Thema | Uitleg | Aantal keer genoemd |
|---|---|---|
| Sociaal | Het was fijn dat er iemand langskwam | 6 |
| Inzicht | Door de gesprekken heb ik meer inzicht gekregen | 5 |
| Gespreksvoerder | Ik vond de gespreksvoerder bekwaam | 6 |
| Luisteren | Het was fijn dat er echt naar me geluisterd werd | 30 |
| Praktisch | Ik kreeg praktische tips | 8 |
| Mogelijkheden | Ik weet nu welke mogelijkheden/faciliteiten er zijn[1] | 4 |

| | |
|---|---|
| Overig | 6 |
| Niet ingevuld | 7 |

[1] met mogelijkheden wordt bedoeld mogelijkheden om bijvoorbeeld een cursus of activiteiten te volgen.

Op de vraag wat mensen minder prettig vonden werd in 83% van de gevallen gezegd dat ze geen verbeterpunten hadden. Verbeterpunten die genoemd werden waren zijn weergegeven in tabel 10. Omdat hier geen systematische trend in te ontdekken valt, is de interventie niet aangepast op basis van deze punten.

**Tabel 10. Wat vond u minder prettig aan de keukentafelgesprekken?**

| **Opmerking** | **Aantal keer genoemd** |
|---|---|
| De piekercursus was te kort | 2 |
| Het contact met Welzo (waarnaar iemand was doorverwezen) is gestrand | 1 |
| Ik vond het moeilijk om tijd te vinden voor de gesprekken | 1 |
| Ik vond het moeilijk om over mijn ziekte te praten | 1 |
| Telefoon van de gespreksvoerder ging vaak af | 1 |
| Ik voelde me gedwongen om me in te schrijven voor een cursus | 1 |
| Ik vond het vervelend om een toestemmingsformulier voor het onderzoek te moeten ondertekenen. | 1 |
| Het was een dubbel gevoel dat ik enerzijds wilde dat mijn echtgenoot niets wist van de gesprekken, maar dat voelde ook niet goed. | 1 |
| Ik ben er niks wijzer van geworden. | 1 |
| Ik wil liever een vrouwelijke hulpverlener | 1 |
| Niet ingevuld | 61 |

**Steunsysteem**

Het steunsysteem beoordeelde de keukentafelgesprekken met gemiddeld een 7.0 (range 6-10). Ook werd er gevraagd aan het steunsysteem wat ze prettig vonden aan de gesprekken. Dit was een open vraag, de antwoorden zijn zoveel mogelijk geclusterd (zie tabel 11). Het meest gegeven antwoord wat mensen prettig vonden aan de keukentafelgesprekken was dat ze het idee hadden dat er goed geluisterd werd. Daarnaast werden de praktische tips en de kwaliteiten van de gespreksvoerder genoemd.

| Tabel 11.Wat vond u prettig aan de keukentafelgesprekken? | | |
|---|---|---|
| **Thema** | **Uitleg** | **Aantal keer genoemd** |
| Gezelligheid | Naaste vond het gezellig om bezoek te hebben | 5 |
| Luisteren | Er werd naar mijn naaste geluisterd | 11 |
| Gespreksvoerder | Kwaliteiten/benadering van gespreksvoerder | 9 |
| Praktisch | Er werden praktische tips gegeven | 7 |
| Mijn zorg | Mijn zorg uitspreken | 1 |
| Niet ingevuld | | 13 |

De meeste steunsystemen hadden geen verbeterpunten. De punten die zijn ingebracht zijn weergegeven in tabel 12. Ook hier geldt dat er geen systematische trend in de opmerkingen zit, en dus is de interventie niet aangepast op basis van deze punten.

| Tabel 12. Wat vond u minder prettig aan de keukentafelgesprekken? | |
|---|---|
| **Onderwerp** | **Aantal keer genoemd** |
| …als moeder verdrietig/boos werd | 1 |
| (interventie was) te kort, graag hogere frequentie | 1 |
| gemis aan diepgang. Hulpverlener kreeg vaak telefoon tijdens de gesprekken | 1 |
| de uitkomst, naaste heeft nog steeds geen maatje | 1 |
| Communicatie naar mij (steunsysteem) was afwezig | 1 |
| Niet ingevuld | 41 |

**Conclusie**

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 gespreksvoerder prettig in de omgang vonden. Als prettige ervaringen werd ook de oprechte belangstelling (luisteren) en het krijgen van praktische tips genoemd.

### *4.5 Implementatie: is de interventie implementeerbaar en waarom (niet)*

Het vooraf gestelde criterium was*: 'De interventie wordt als implementeerbaar beschouwd, als dit door 80% van de relevante stakeholders als zodanig wordt benoemd en als de uitkomsten van de SWOT analyse zijn verwerkt in de interventie'*

In twee SWOT analyses werden sterke punten, zwakke punten, kansen en bedreigingen voor de implementatie van de interventie keukentafelgesprekken benoemd. Er zijn twee SWOT analyses uitgevoerd: één vlak na de start van het project en één aan het eind van het project. De uitkomsten van de SWOT analyses staan uitvoerig beschreven in Bijlagen 5 en 6. Hieronder zullen eerst de belangrijkste uitkomsten van de beide SWOT analyses samengevat worden en vervolgens wordt een conclusie getrokken op basis van beide analyses.

**SWOT analyse 1**

Alle deelnemers van de SWOT analyse vonden de interventie implementeerbaar, mits er genoeg financiële middelen zijn om de interventie uit te voeren. Een overzicht van de eerste SWOT analyse is weergegeven in tabel 13.

De sterktes van de interventie werden met name gevonden in de methodiek: de laagdrempelige benadering waarbij de eigen kracht van de deelnemer voorop staat (empowerment). Ook de samenwerking met andere zorgverleners werd als een sterkte benoemd.

Kansen liggen er in het politieke klimaat (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) en een groeiende doelgroep. Ook de mogelijkheid van het integreren van de keukentafelgesprekken in de multidisciplinaire wijkaanpak werd als een kans gezien.

Zwaktes van de interventie werden gedefinieerd als het ontbreken van een handleiding en een taakomschrijving van de gespreksvoerder. Ook was er op dat moment één gespreksvoerder actief waardoor de uitvoering van het project afhankelijk was van één persoon.

Bedreigingen van de interventie werden gevonden in de financiering (hoe kunnen de gesprekken gefinancierd worden als de subsidie stopt), de concurrentie (niet alle zorgverleners willen doorverwijzen) en bureaucratische processen (onderhandelingen en eisen van verzekeraars om de gesprekken vergoed te krijgen).

| Tabel 13. SWOT analyse 1 | |
|---|---|
| **Sterktes** | **Zwaktes** |
| 1. Samenwerking andere zorgverleners | 1. Afhankelijk van 1 gespreksvoerder |
| 2. Laagdrempeligheid | 2. Functieomschrijving SPV mist |
| 3. Empowerment methode | 3. Beschrijving methode mist |
| **Kansen** | **Bedreigingen** |
| 1. Groeiende doelgroep | 1. Financiering |
| 2. Past binnen integrale wijkaanpak | 2. Concurrentie |
| 3. Past binnen WMO | 3. Bureaucratie |

**SWOT analyse 2**

Alle deelnemers van de SWOT analyse vonden de interventie implementeerbaar, mits er genoeg financiële middelen zijn om de interventie uit te voeren. De samenvatting van de tweede SWOT analyse is weergegeven in tabel 14.

De sterktes van de interventie werden met name gevonden in de methodiek: de laagdrempelige benadering waarbij de eigen kracht van de deelnemer (en steunsysteem) voorop staat. Een voorbeeld hiervan is casusbeschrijving 7. Ook de mogelijkheid voor de gespreksvoerder om een persoonlijke invulling te geven aan de gespreken werd als positief benoemd.

Kansen liggen er in het politieke klimaat (interesse voor preventieve interventies wat betreft ouderen) en een groeiende doelgroep.

Zwaktes van de interventie waren de afhankelijkheid van eigenschappen van de gespreksvoerder (de als positief beschreven mogelijkheid voor persoonlijke invulling zorgt tevens voor veel variatie en een lastig overdraagbare methode), de tijdrovende (en dus dure) werving en de niet probleemloze aansluiting bij bestaande zorg (zie bijvoorbeeld casusomschrijving 7).

Bedreigingen van de interventie werden gedefinieerd als concurrentie (niet elke organisatie wil doorverwijzen en er zijn tegenwoordig veel verschillende keukentafelgesprekken). Verwijzers naar de keukentafelgesprekken waren vaak huishoudelijk medewerkers. Door recente bezuinigen verdwijnen veel van deze mensen uit de zorg. Ten slotte is financiering van de gesprekken een bedreiging. Verzekeraars hebben strenge eisen voor de vergoeding van interventies. Op dit moment hebben deelnemers een verwijzing van de huisarts nodig en moeten daarvoor mogelijk eerst hun eigen risico betalen. Dit kan een drempel zijn voor deelnemers om mee te doen.

| Tabel 14. SWOT analyse 2 | |
|---|---|
| **Kansen** | **Bedreigingen** |
| 1. Groeiende doelgroep | 1. Financiering |
| 2. Politieke agenda | 2. Concurrentie |
| | 3. Ontslagen bij verwijzers |
| **Sterktes** | **Zwaktes** |
| 1. Persoonlijke benadering | 1. Afhankelijk van eigenschappen gespreksvoerder |
| 2. Laagdrempeligheid | 2. Werving kost veel tijd |
| 3. Empowerment methode | 3. Aansluiting bij bestaande zorg |
| 4. Betrekken steunsysteem | |

**Casus 7, mevrouw F**

Mw vertelt dat ze erg eenzaam is. Ze heeft geen sociale contacten en ziet haar kinderen ook al jaren niet meer. Ze is gescheiden van haar man, die een verhouding begon met de buurvrouw toen mw. 4 jaar geleden ernstig ziek op bed lag. Door deze ziekte is ze nog erg zwak.

Gesprek 1

Mevrouw heeft last van geesten die haar de hele dag door bellen. Ze heeft al allerlei paragnosten ingeschakeld, maar dat heeft niet mogen baten. Toch heeft ze sinds gisteren het idee dat ze weg zijn.
Het huis van mw. hangt vol foto`s van Sai Baba. Mevrouw zou graag anderen ontmoeten die in zijn leer geloven. Ze geeft aan dat ze verder geen hulp van andere instanties ontvangt. Ze wil graag iets doen aan haar eenzaamheid en de sociale contacten uitbreiden.

Doelstelling: Mevrouw aanmelden voor cursus ‘Met Lef’ en netwerkcoach inschakelen om netwerk te vergroten.

Gesprek 2

Mevrouw blijkt begeleid te worden door de Psychiatrische Thuiszorg (PTZ) ouderen. Maar mevrouw kan niet goed vertellen waar die begeleiding uit bestaat. De PTZ ouderen is op de hoogte gesteld van bezoek keukentafelgesprekken, dat Humanitas is ingeschakeld en dat mevrouw een cursus wil volgen.
Mevrouw heeft nog steeds last van geesten en gaat hiervoor naar een alternatieve genezer. Verder is er discussie met haar ex-man over alimentatie.

Bij het aanmelden van mevrouw F bij de cursus ontstaat er discussie met de GGZ. Zij vinden dat mevrouw niet mee kan doen aan de cursus vanwege haar hallucinaties. Na overleg wordt besloten dat mevrouw toch mee kan doen, omdat mevrouw goed kan functioneren

Gesprek 3

Geen bijzonderheden

Na afloop

Mevrouw kan goed meedoen met de cursus. Haar probleem (hallucinaties) staat niet op de voorgrond en juist door het gezonde stuk in mevrouw aan te spreken fleurt ze helemaal op. Er is ook een afspraak gemaakt met de netwerk coach.

**Vergelijking SWOT analyse 1 en 2**

Er zijn veel overeenkomsten binnen de beide SWOT analyses, met name wat betreft sterktes, kansen en bedreigingen. De sterktes van de interventie werden benoemd op het gebied van de (unieke) methodiek. Er liggen kansen voor de interventie in de groeiende de doelgroep en het politieke klimaat met een nadruk op preventie. Bedreigingen liggen met name op het organisatorische en financiële vlak: hoe kunnen de gesprekken gefinancierd worden? Daarnaast is een structurele samenwerking met zorgverleners voor verwijzing noodzakelijk. Omdat de keukentafelgesprekken en bestaande zorg niet naadloos aansluiten, kan dit wringen. Verschillen zijn vooral te vinden in de zwaktes. De zwaktes die bij de eerste SWOT analyse werden gerapporteerd, zijn geprobeerd te ondervangen (zie hieronder), de interventie is aangepast. De zwaktes die bij de tweede SWOT analyse naar voren kwamen zijn de (niet probleemloze) aansluiting met bestaande zorg en de tijdrovende (en dus dure) werving van deelnemers.

**Implementatie uitkomsten SWOT analyse in methodiek**

Naar aanleiding van de eerste SWOT analyse zijn acties ondernomen om de zwaktes aan te pakken: er is gestart met het schrijven van een handleiding/draaiboek. Daarnaast zijn er meer gespreksvoerders ingezet om de interventie uit te voeren.

Naar aanleiding van de tweede SWOT analyse blijkt dat er grote verschillen zijn tussen gespreksvoerders, een goede handleiding is noodzakelijk om dit te ondervangen. De inmiddels bestaande handleiding is verder uitgebreid. Ook wordt in de handleiding specifiek aandacht besteed aan het opbouwen van een goed zorgnetwerk, zodat de aansluiting bij bestaande zorg gewaarborgd is.

**Conclusie**

De deelnemers van de SWOT-analyse waren van mening dat de interventie implementeerbaar is, mits er voldoende financiële middelen zijn om het project te waarborgen. Met name de werving van deelnemers en het opbouwen van een goed lokaal zorgnetwerk is tijdrovend (en dus kostbaar). De uitkomsten van de eerste SWOT analyse zijn geïmplementeerd in de interventie. Aan beide criteria is dus voldaan.

# 5. Conclusies

Door de toenemende vergrijzing in Nederland wordt er steeds meer gezocht naar methoden om ouderen te ondersteunen in het proces van 'gezond ouder worden', bijvoorbeeld door leefstijlinterventies. In dit kader is door Indigo Drenthe en de Zorgzaak Hoogeveen het project Gezond Doen! opgezet, een preventieproject voor ouderen in Drenthe. Eén van de deelprogramma's van de Gezond Doen is de interventie Keukentafelgesprekken. Bij deze interventie wordt actief op zoek gegaan naar kwetsbare ouderen die leefstijlondersteuning zouden kunnen gebruiken. Door middel van een serie preventieve bezoeken bij de deelnemer thuis wordt geprobeerd wordt de leefstijl te verbeteren. In dit onderzoeksverslag is de haalbaarheid van de interventie onderzocht. In dit laatste hoofdstuk zal de haalbaarheid van de interventie geëvalueerd worden aan de hand van de vooraf opgestelde criteria. Er wordt beschreven of de criteria behaald zijn en waarom (niet). Daarna zullen randvoorwaarden besproken worden. Ten slotte worden er adviezen gegeven voor het uitvoeren van interventies als deze.

In de periode maart 2012-januari 2013 is de interventie keukentafelgesprekken uitgevoerd bij 89 deelnemers, waarvan 72 deelnemers (52 vrouw/20 man, gemiddelde leeftijd 74 jaar) hebben meegedaan met het onderzoek. De deelnemers waren afkomstig uit verschillende regio's in Drenthe: regio Hoogeveen (61%), regio Assen (30%) en regio Coevorden (9%).

## *5.1 Haalbaarheid van de interventie Keukentafelgesprekken*

De haalbaarheid van de interventie keukentafelgesprekken is geëvalueerd aan de hand van 5 criteria:

1) bereik, 2) uitvoering, 3 gezondheidseffecten, 4) evaluatie en 5) implementatie. Deze criteria worden hieronder besproken.

**1) Bereik: wordt de beoogde doelgroep bereikt en waarom (niet)?**

Het vooraf gestelde criterium was: '*We beschouwen de doelgroep als bereikt als de interventie wordt uitgevoerd met 75 ouderen en als 75% daarvan binnen de doelgroep valt'.*

De interventie is uitgevoerd met 89 deelnemers, waarvan 72 deelnemers hebben meegedaan aan het onderzoek. Binnen de onderzoeksgroep voldeed 70% aan de doelgroepseis, waarmee het vooraf gestelde criterium (net) niet is gehaald. Van de 17 deelnemers die niet meededen aan het onderzoek kunnen we niet met zekerheid zeggen of ze binnen de doelgroep vielen.

Onze interventie was gericht op ouderen die kwetsbaar waren (een score van 4 of hoger op de GFI) of een lage Sociaal Economische Status hadden. Omdat de deelnemers pas achteraf de vragenlijst invulden, was het mogelijk dat niet alle deelnemers voldeden aan de 'doelgroepseis'. In totaal bleek dat 30% van de onderzoeksgroep achteraf niet binnen de doelgroep viel. Als er vooraf een korte scan wordt afgenomen bij de deelnemers voor aanvang van de gesprekken kan dit voorkomen worden. Echter, we hebben hier niet voor gekozen, omdat uit een pilotonderzoek bleek dat het afnemen van een vragenlijst bij het eerste gesprek veel mensen afschrikt om mee te doen.
Daarom is het interessant om te kijken welke wervingsmethode resulteerde in de meeste deelnemers die voldoen aan de 'doelgroepseis' (zie tabel 2). Werving via andere zorgprofessionals bleek niet alleen te resulteren in de meeste deelnemers, maar percentueel ook in de meeste deelnemers die vallen binnen de doelgroep. Het lijkt dus lonend om te investeren in een goed zorgnetwerk, zodat de werving via andere zorgprofessionals geborgd is.
Daarnaast bleek dat aan de doelgroepseis voldaan werd bij 100% van de deelnemers uit Coevorden (versus 65% in Assen en 67 in Hoogeveen, zie tabel 3). In totaal kwam echter slechts 9% van de deelnemers uit deze regio. De spreiding van deelnemers in de verschillende regio's zou verbeterd kunnen worden.

**2) Uitvoering: is het mogelijk de interventie Keukentafelgesprekken uit te voeren zoals deze is bedoeld?**

Het vooraf gestelde criterium was: *'We beschouwen de interventie uitgevoerd zoals bedoeld als 1) er bij elk gesprek iemand uit het steunsysteem aanwezig is geweest, 2) bij 75% een actieplan is opgesteld, en 3) bij 75% de wondervraag is gesteld. '*

Wat betreft uitvoer konden de gesprekken worden uitgevoerd zoals gepland op 2 van de 3 aspecten (aspect 2 en 3). Het bleek echter niet altijd mogelijk om aan aspect 1 te voldoen: het steunsysteem te betrekken bij de keukentafelgesprekken. Dit had verschillende redenen: deelnemers wilden hun steunsysteem niet belasten, ouderen hadden geen steunsysteem of het steunsysteem kon (of wilde?) niet aanwezig zijn. Vaak wonen kinderen ver(der) weg en is het niet haalbaar om afspraken zo te plannen dat de gespreksvoerder en de kinderen er tegelijk kunnen zijn. Er werd in dergelijke gevallen geprobeerd om het steunsysteem zoveel mogelijk telefonisch te betrekken. Deze bevindingen suggereren dat er bij dergelijke interventies niet zonder meer vanuit worden gegaan dat het steunsysteem betrokken zal (kan) zijn.

Om te onderzoeken of de keukentafelgesprekken andere effecten hadden of anders werden beoordeeld wanneer er wel of geen steunsysteem aanwezig was, hebben we een extra analyse

gedaan. In deze analyse hebben we de waarden vergeleken van deelnemers met steunsysteem (zowel betrokken als zijdelings betrokken) en zonder steunsysteem, op de uitkomstmaten: 1) is er een verandering opgetreden op minimaal 1 van de BRAVO gebieden, 2) was er volgens de deelnemers iets veranderd in hun situatie en 3) welk cijfer er werd gegeven aan de interventie (zie tabel 15). Er werden geen statistisch significante verschillen tussen groepen gevonden, wat suggereert dat het wel of niet betrekken van het steunsysteem geen effect heeft op gerapporteerde veranderingen op de BRAVO, gerapporteerde veranderingen in de situatie of de beoordeling van de interventie Keukentafelgesprekken. Het wel of niet betrekken van het steunsysteem lijkt dus geen cruciale rol te spelen in de behaalde effecten. Mogelijk is hier een mediërend effect van de op-maat interventie en de competenties van de gespreksvoerders .

**Tabel 15. Zijn er verschillen op uitkomstmaten als er wel of geen systeem was?**

| Thema | Systeem (n=57) | Geen systeem (n=15) | Toets |
|---|---|---|---|
| Verandering op minimaal 1 BRAVO gebied | 28 verbetering<br>29 geen verbetering | 10 verbetering<br>5 geen verbetering | $\chi(2)=1.47$, $p = 0.23$ |
| Verandering in situatie | 27 verbetering<br>29 hetzelfde<br>1 verslechtering | 10 verbetering<br>5 hetzelfde<br>0 verslechtering | $\chi(2)=1.98$, $p = 0.87$ |
| Beoordeling (cijfer) | 7.6 | 7.9 | $T(2) = 0.86$, $p = 0.40$ |

De conclusie kan echter niet worden getrokken dat het betrekken van het steunsysteem niet nuttig of belangrijk is (zie bijvoorbeeld casusomschrijving 1 en 2). Meer onderzoek op dit gebied is noodzakelijk: bijvoorbeeld: zijn er situaties waarin het betrekken van het steunsysteem een duidelijke meerwaarde heeft? Zijn er bijvoorbeeld bepaalde persoonseigenschappen of hulpvragen die bij voorkeur betrokkenheid van het steunsysteem vergen?

Ook lijkt het van belang om te onderzoeken wat de motivatie van het steunsysteem is om wel of geen ondersteuning te bieden aan hun partner, ouder, vriend(in), etc. Onderzoek kan inzicht geven in de attitudes en emoties die tot de beslissing leiden om een naaste wel of niet ondersteuning te bieden. Zo kan het zijn dat familieleden te weinig competenties (denken te) hebben, of opzien tegen de rolverwarring echtgenoot/verpleger of dochter/verzorgster. Resultaten van zulk onderzoek zouden kunnen leiden tot innovaties op het gebied van mantelzorgondersteuning, een taak die door de overheid steeds nadrukkelijker aan de burger wordt toegewezen.

**3) Gezondheidseffecten: wat zijn de effecten van de interventie 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 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.

Uit de analyses van de wondervragen en actieplannen kwam naar voren dat (ont)spanning een thema is waar de meeste deelnemers mee aan de slag wilden bij de gesprekken (zie 4.2). De meeste deelnemers hadden behoefte aan mentale ondersteuning, veelal op het gebied van eenzaamheid, piekeren, angstige gevoelens en somberheid. De leefstijlgebieden alcohol, bewegen, roken en voeding werden zeer zelden genoemd in de doelstellingen. Omdat eenzaamheid strikt genomen niet tot de BRAVO behoort, is in de handleiding keukentafelgesprekken de BRAVO checklist uitgebreid tot BRAVOS (bewegen, roken, alcohol, voeding, ontspanning, en sociale contacten).

Hoewel een groot deel van de deelnemers aangaf dat er verbetering was op één van de leefstijlgebieden, kan de vraag gesteld worden of drie gesprekken voldoende zijn voor het teweegbrengen van een structurele gedragsverandering. Volgens de literatuur over preventieve huisbezoeken bij ouderen zijn minimaal 5 gesprekken vereist om opname in een verpleeghuis te vertragen (Stuck et al 2002). Verder onderzoek naar keukentafelgesprekken met verschillende aantallen gesprekken kan hier meer inzicht in geven. Ook is het belangrijk om een controlegroep mee te nemen zodat onderzocht kan worden of behaalde resultaten toegewezen kunnen worden aan de interventie of dat ze toeval zijn.

Mochten drie gesprekken niet voldoende zijn, dan kan een deelnemer worden doorverwezen naar een andere zorgverlener/cursus om de leefstijlverandering verder te bewerkstelligen of voor meer ondersteuning. Dit is in een groot aantal gevallen gebeurd bij de keukentafelgesprekken. Ook daarom is een goed zorgnetwerk belangrijk.

**4) Evaluatie: wordt de interventie positief beoordeeld door de oudere en het steunsysteem en waarom?**

Het vooraf gestelde criterium was: '*We beschouwen de interventie als positief beoordeeld als 75% van de mensen een 6 of hoger geeft.'*

Deelnemers beoordeelden de keukentafelgesprekken met gemiddeld een 8.0 (100% van de deelnemers gaf een 6 of hoger) en het steunsysteem beoordeelde de keukentafelgesprekken met een 7.9 (100% gaf een 6 of hoger). Er werd voldaan aan het vooraf gestelde criterium.

De interventie keukentafelgesprekken werd heel positief beoordeeld, door zowel de deelnemers als het steunsysteem. Punten die met name als erg positief werden ervaren waren praktische tips en de ervaring dat er oprecht naar deelnemers geluisterd werd. De opzet dat gespreksvoerders relatief veel tijd hadden om de gesprekken te voeren, wordt dus erg positief ervaren. Ook de gespreksvoerders geven aan het prettig te vinden om tijd te hebben om eens rustig met deelnemers om de tafel te kunnen gaan zitten. Zij geven aan dat het bij ouderen belangrijk is om tijd te nemen om een band op te bouwen

> Gespreksvoerder: *'Het is belangrijk om een tandje terug te schakelen en niet meteen tot je doelstelling te komen'*
>
> Gespreksvoerder: *' ik denk wel omdat je meer tijd hebt, dat je een betere klik krijgt, waardoor mensen meer open staan om andere dingen te veranderen'*

**5) Implementatie: is de interventie implementeerbaar en waarom (niet)?**

Het vooraf gestelde criterium was *' De interventie wordt als implementeerbaar beschouwd, als dit door 80% van de relevante stakeholders als zodanig wordt benoemd en als de uitkomsten van de SWOT analyse zijn verwerkt in de interventie'*

Alle deelnemers van de SWOT-analyse waren van mening dat de interventie implementeerbaar is, mits er voldoende financiële middelen zijn om het project te waarborgen. De uitkomsten van de eerste SWOT analyse zijn geïmplementeerd in de interventie. Aan beide criteria is dus voldaan. Hieronder zullen de sterktes, kansen, bedreigingen en kansen zoals die benoemd zijn in de beide SWOT analyses besproken worden.
De interventie wordt als sterk beoordeeld op het gebied van de (unieke) methodiek, waarbij de nadruk ligt op het aanspreken van de eigen kracht van de deelnemer (en eventueel zijn/haar eigen omgeving). De kansen liggen in de toenemende vergrijzing en het politieke klimaat. Door de toenemende vergrijzing is de verwachting dat de doelgroep groeit en er een groeiende behoefte is aan deze interventie. Ook is het politieke klimaat met een nadruk op preventie en het aanspreken van eigen kracht gunstig voor het implementeren van de interventie keukentafelgesprekken.

Bedreigingen liggen op het financiële vlak: hoe kunnen de gesprekken gefinancierd worden? Met name de werving van deelnemers en het opbouwen van een goed lokaal zorgnetwerk is tijdrovend (en dus kostbaar). Een tweede bedreiging is de niet probleemloze aansluiting met bestaande zorg. Voor de werving van deelnemers is samenwerking met zorgverleners noodzakelijk. Sommige zorgverleners zijn huiverig om hun eigen cliënten door te verwijzen. Goede publiciteit en afspraken met andere zorgverleners zijn noodzakelijk om het project te laten slagen.
De zwaktes van het project werden gedefinieerd op het gebied van het ontbreken van een duidelijke methodiek en dus interne consistentie. Momenteel is er handleiding voor de interventie keukentafelgesprekken ontwikkeld (Van Herreveld en Crajé, 2013).

**Conclusie**

De interventie keukentafelgesprekken is geëvalueerd op 5 criteria: bereik, uitvoering, gezondheidseffecten, evaluatie en implementatie. Aan de criteria gezondheidseffecten, evaluatie en implementatie werd voldaan: meer dan 50 % van de deelnemers rapporteerde een gezondheidsverbetering, de interventie werd positief geëvalueerd door zowel deelnemers als hun steunsysteem en de interventie werd als implementeerbaar beschouwd door relevante stakeholders. Aan de criteria bereik en uitvoering is niet geheel voldaan. Wat betreft bereik voldeden niet alle deelnemers aan de doelgroepseis. Uit de analyses bleek dat deelnemers die via andere zorgverleners waren geworven vaker in de doelgroep vielen. Meer nadruk op werving via andere zorgverleners en werving in regio's waarin de doelgroep sterker vertegenwoordigd is kan helpen om de doelgroepseis te halen. Wat betreft de uitvoering bleek het lastig te zijn om het steunsysteem te betrekken bij de interventie. Het kan dus niet als vanzelfsprekend worden beschouwd dat het steunsysteem zal meewerken. Nader onderzoek is hier zeker op zijn plaats.

## *5.2 Randvoorwaarden*

Op basis van de hierboven beschreven punten uit de haalbaarheidsanalyse en de SWOT analyses zijn de volgende randvoorwaarden geformuleerd.

**Financiering**

Zowel gespreksvoerders als deelnemers noemen het hebben van tijd een belangrijke kwaliteit van de gesprekken. Ook werving en het investeren in een goed zorgnetwerk kost veel tijd. Hiervoor is financiële ruimte nodig.

**Uitgebreid (zorg)netwerk**

Om de doelgroep (kwetsbare ouderen) te bereiken is een breed professioneel zorgnetwerk essentieel. De meeste deelnemers zijn via andere zorgverleners bij het project betrokken geraakt. Daarnaast bleek dat deelnemers die via andere zorgverleners bij het project betrokken zijn geraakt vaker voldoen aan de eisen van kwetsbaarheid. Het is daarom ook belangrijk dat contacten met andere zorgverleners goed zijn.

**Competenties van de gespreksvoerder van de gesprekken**

Voor het slagen van de interventie zijn competenties van de gespreksvoerders essentieel. Ook moet er een goede handleiding zijn waar de gespreksvoerder houvast aan hebben bij het uitvoeren van de interventie. De competenties van de gespreksvoerder zijn beschreven in bijlage 7 en in de handleiding. Een goede selectieprocedure voor het aanstellen van gespreksvoerders is noodzakelijk.

**Referenties**


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

Banking F (2006). *Oplossingsgerichte vragen.* Amsterdam: hartcourt.

Bouman A, Van Rossum E, Nelemans P, Kampen GIJM, Knipschild P ( 2008). Effects of intensive home visiting programs for older poeple with poor health status: a systematic review. *BMC healt Services research, 8,* 74-78*.*

Bos C, van Zanden N, Campman N (2008). Ouderenonderzoek Drenthe 2007. GGD Drenthe 4-2009.

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

Charmaz K (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage Publications ltd.

Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, Williams D, Brummell K (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal,* 323, 1-9

Fagerstrom J, Wikblad A, Nilsson J (2008). An integrative research review of preventive home visits among older people – in an individual health resource perspective a vision or a reality? *Scandinavian Journal of caring Scensei, 23, 558-568*

Gezondheidsraad (2009). Preventie bij ouderen, focus op zelfredzaamheid. Den Haag, Gezondheidsraad, 2009.

Gobbens R, Luijkx KG, Schols JMGA (2011). Tilburg Frailty Indicator. Instrument om fragiele ouderen op te sporen. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, *121*(2), 52-57.

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.

Hennink M, Hutter I, Bailey A (2002) Qualitative Research methods. Singapore: Sage Publishers.

Melis RJF, Van Eijken MIJ, Boon ME, Olde Rikkert MGM, Van Achterberg, T (2010). Process evaluation of a trial evaluating a multidisciplinary nurse-led home visiting programme for vulnerable older people. *Disability and Rehabilitation, 32(11),* 937-946.

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

Nationaal Programma Ouderenzorg (2012).*Minimale DataSet Nationaal Programma Ouderenzorg-verantwoording,* Gedownload op 20 december 2012: http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/fileadmin/www.npoz.nl/documenten/toolkits/mds-verantwoording.pdf

Rubinstein, L.Z., & Stuck, A.E. (2001). Preventive home visits for older people: defining criteria for success. *Age and Ageing, 30,* 107-109

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 JPJ, 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

Stuck AE, Egger M, Hammer E, Minder CE, Beck JC (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. Systematic review and meta-regression analysis. *Journal of American Medicine Association, 287(88),* 1022-1028

Stuck AE, Kane RL (2008). Whom do preventive home visits help? *Journal of American Geriatrics Society, 56,* 561-563.

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

Van Haastrecht JCM, Diederiks JPM, Van Rossum E, De Witte L Crebolder HJFM (2000). Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *British Medical Journal ,* 320*, 754-758.*

Van Herreveld P, Crajé C (2013). *Handleiding Keukentafelgesprekken.* Beilen: Indigo Drenthe.

Van Rossum E, Frederiks CMA, Philipsen H, Portengen K, Wiskerke J, Knipschild P (1993). Effects of preventive home visits to elderly people. *British Medical Journal,* 307, 27-32

Vass M, Avlund K, Hendriksen C, Andersen CK, Keiding N. (2002). Preventive home visits to older people in Denmark. *Aging Clinical and Experimental Research,* 14*,* 509-515.

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? Zeitschrift Gerontologie und Geriatrie, 40, 209-216.

VWS (2009). Brief aan de kamer over versterking preventieve gezondheidszorg ouderen, 15 oktober 2009.

Bijlagen

**Bijlage 1. Vragenlijst deelnemer**




Vragenlijst Onderzoek Keukentafelgesprekken

**Deelnemer**

Geachte Mevrouw / Mijnheer,

Ongeveer vier maanden geleden heeft u meegedaan aan onze keukentafelgesprekken. U heeft toen aangegeven te willen deelnemen aan het onderzoek naar deze nieuwe zorgvorm. Door deel te nemen aan het onderzoek werkt u mee aan het verbeteren van de zorg voor ouderen.

Wij zijn benieuwd naar uw ervaringen en hebben daarom deze vragenlijst opgesteld. De gegevens die u invult zullen anoniem worden verwerkt en alleen voor het onderzoek gebruikt worden.

Instructies bij de vragenlijst

- Het invullen van de vragenlijst neemt maximaal 1 uur in beslag.
- Als u de vraag niet goed begrijpt of niet goed weet wat u in moet vullen, dan kunt u de onderzoeker om hulp vragen.
- Sommige vragen lijken ‘dubbel’, maar we verzoeken u ze toch in te vullen. Ze zijn bedoeld om uw situatie nog eens van een andere kant te bekijken.

Hartelijk bedankt voor uw deelname!

---

In te vullen door onderzoeker:

Deelnemercode:

Datum:

**Persoonlijke Gegevens**

Wilt u hieronder uw gegevens invullen?

1. Geboortedatum: _____ - _____ - _____
2. Geslacht: ☐ man ☐ vrouw
3. Postcode (alleen cijfers): _____ _____ _____ _____
4. In welk land bent u geboren?
   - ☐ Nederland
   - ☐ Anders namelijk_____
5. In welk land is uw vader geboren?
   - ☐ Nederland
   - ☐ Anders namelijk_____
6. In welk land is uw moeder geboren?
   - ☐ Nederland
   - ☐ Anders namelijk_____
7. Wat is uw burgerlijke staat?
   - ☐ Gehuwd
   - ☐ Gescheiden
   - ☐ Weduwe / Weduwnaar / Partner Overleden
   - ☐ Ongehuwd
   - ☐ Samenlevend, Ongehuwd

8. Wat is uw hoogst genoten opleiding?

☐ minder dan zes klassen lagere school

☐ zes klassen lagere school, lom-school, mlk-school

☐ meer dan lagere school, basisschool zonder verder afgesloten opleiding

☐ ambachtsschool

☐ mulo / mms / mavo / middelbaar beroepsonderwijs

☐ hbs / gymnasium / atheneum

☐ universiteit / hoger onderwijs

9. Wat is uw woonsituatie?

☐ zelfstandig alleen

☐ zelfstandig met ander(en)

☐ verzorgingshuis sinds ____-____-_____

☐ verpleeghuis sinds _____-____-_____

10. Waaruit bestaat uw inkomen?

☐ Alleen AOW

☐ AOW met aanvullend pensioen

11. Hoe zou u uw financiële situatie kenmerken?

☐ Ik heb moeite om elke maand rond te komen

☐ Ik kom precies rond van het geld dat ik heb

☐ Ik houd elke maand een beetje geld over

☐ Ik houd elke maand veel geld over

## Gezondheid en ziekten

**De volgende vragen gaan over uw gezondheid. Kruis het hokje aan van het antwoord dat het beste bij u past.**

12. Hoe is uw gezondheid op dit moment?

- ☐ Uitstekend
- ☐ Erg goed
- ☐ Goed
- ☐ Redelijk
- ☐ Slecht

13. Hoe was uw gezondheid een half jaar geleden (voor de keukentafelgesprekken)?

- ☐ Uitstekend
- ☐ Erg goed
- ☐ Goed
- ☐ Redelijk
- ☐ Slecht

**Deze vragen gaan over uw situatie van de afgelopen maand. Omcirkel het antwoord dat het beste bij deze situatie past.**

14. Kunt u geheel zelfstandig* boodschappen doen? **Ja / Nee**

15. Kunt u geheel zelfstandig* buitenshuis rondlopen (rondom huis of naar de buren)? **Ja / Nee**

16. Kunt u zich geheel zelfstandig* aan- en uitkleden? **Ja / Nee**

17. Kunt u geheel zelfstandig* van en naar het toilet gaan? **Ja / Nee**

18. Ondervindt u problemen in het dagelijks leven doordat u slecht ziet? **Ja / Nee**

19. Ondervindt u problemen in het dagelijks leven doordat u slecht hoort**? Ja / Nee**

20. Bent u de afgelopen 6 maanden veel afgevallen zonder dat u dat wilde? **Ja / Nee**

21. Gebruikt u op dit moment 4 of meer verschillende soorten medicijnen? **Ja / Nee**

22. Heeft u klachten over uw geheugen? **Ja / Soms/ Nee**

23. Ervaart u wel eens een leegte om u heen? **Ja / Soms/ Nee**

24. Mist u wel eens mensen om u heen? **Ja / Soms/ Nee**

25. Voelt u zich wel eens in de steek gelaten? **Ja / Soms/ Nee**

26. Heeft u zich de laatste tijd somber of neerslachtig gevoeld? **Ja / Soms/ Nee**

27. Heeft u zich de laatste tijd nerveus of angstig gevoeld? **Ja / Soms/ Nee**

28. Als u een rapportcijfer zou moeten geven voor uw lichamelijke fitheid, waarbij een 1 staat voor heel slecht, en een 10 staat voor uitstekend, wat zou dit cijfer dan zijn?

**Met zelfstandig bedoelen we: zonder enige vorm van hulp van iemand. Gebruik maken van hulpmiddelen als stok, rollator, rolstoel, geldt als zelfstandig.*

**29. De volgende vragen gaan over de ziekten en aandoeningen die u hebt of hebt gehad.**

Zet een kruisje bij de ziekten en aandoeningen die u hebt of hebt gehad in de afgelopen 12 maanden. U kunt meer dan één antwoord aankruisen.

☐ Suikerziekte

☐ Beroerte, hersenbloeding, herseninfarct of TIA

☐ Hartfalen

☐ Een vorm van kanker (kwaadaardige aandoening)

☐ Astma, chronische bronchitis, longemfyseem of CARA / COPD

☐ Onvrijwillig urineverlies (incontinentie)

☐ Gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën

☐ Botontkalking (osteoporose)

☐ Gebroken heup

☐ Andere botbreuken dan gebroken heup

☐ Duizeligheid met vallen

☐ Prostaatklachten door goedaardige prostaatvergroting

☐ Depressie

☐ Angst- / paniekstoornis

☐ Vergeetachtigheid

☐ Gehoorproblemen

☐ Problemen met zien

**De volgende vragen hebben betrekking op uw gezondheid voor de keukentafelgesprekken (circa een half jaar geleden) en na de keukentafelgesprekken (op dit moment).**

**30. Lopen**

**Een half jaar geleden (voor de keukentafelgesprekken)…**

☐ had ik geen problemen met lopen.

☐ had ik enige problemen met lopen.

☐ was ik bedlegerig.

**Op dit moment…**

☐ heb ik geen problemen met lopen.

☐ heb ik enige problemen met lopen.

☐ ben ik bedlegerig.

**31. Zelfzorg**

**Een half jaar geleden (voor de keukentafelgesprekken)…**

☐ had ik geen problemen om mezelf te wassen of aan te kleden.

☐ had ik enige problemen om mezelf te wassen of aan te kleden.

☐ was ik niet in staat om mezelf te wassen of aan te kleden.

**Op dit moment…**

☐ heb ik geen problemen om mezelf te wassen of aan te kleden.

☐ heb ik enige problemen om mezelf te wassen of aan te kleden.

☐ ben ik niet in staat om mezelf te wassen of aan te kleden.

**32. Dagelijkse activiteiten (bijv. werk, studie, huishouden, gezin en vrije tijd):**

**Een half jaar geleden (voor de keukentafelgesprekken)…**

☐ had ik geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten.

☐ had ik enige problemen met mijn dagelijkse activiteiten.

☐ was ik niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren.

**Op dit moment…**

☐ heb ik geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten.

☐ heb ik enige problemen met mijn dagelijkse activiteiten.

☐ ben ik niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren

**33. Stemming**

**Een half jaar geleden (voor de keukentafelgesprekken)…**

☐ was ik niet angstig of somber.

☐ was ik matig angstig of somber.

☐ was ik erg angstig of somber.

**Op dit moment…**

☐ ben ik niet angstig of somber.

☐ ben ik matig angstig of somber.

☐ ben ik erg angstig of somber.

## 34. Hersenfuncties zoals geheugen, aandacht en denken

**Een half jaar geleden (voor de keukentafelgesprekken)…**

☐ had ik geen problemen met mijn geheugen, aandacht en denken.

☐ had ik enige problemen met mijn geheugen, aandacht en denken.

☐ had ik ernstige problemen met mijn geheugen, aandacht en denken

**Op dit moment**

☐ heb ik geen problemen met mijn geheugen, aandacht en denken.

☐ heb ik enige problemen met mijn geheugen, aandacht en denken.

☐ heb ik ernstige problemen met mijn geheugen, aandacht en denken

**Taken en bezigheden in het dagelijkse leven**

**De volgende vragen hebben betrekking op uw taken en bezigheden voor de keukentafelgesprekken (circa een half jaar geleden) en na de keukentafelgesprekken (op dit moment). Kruis het antwoord aan dat op u van toepassing is**

**35. Heeft u hulp nodig bij het baden of douchen?**

a. Een half jaar geleden : ☐ **JA.** ☐ **NEE**

b. Op dit moment: ☐ **JA** ☐ **NEE**

**36. Heeft u hulp nodig bij het aankleden?**

a. Een half jaar geleden : ☐ **JA.** ☐ **NEE**

b. Op dit moment: ☐ **JA** ☐ **NEE**

**37. Heeft u hulp nodig bij het kammen van uw haar of het scheren?**

a. Een half jaar geleden : ☐ **JA.** ☐ **NEE**

b. Op dit moment: ☐ **JA** ☐ **NEE**

**38. Heeft u hulp nodig met naar het toilet gaan?**

a. Een half jaar geleden : ☐ **JA.** ☐ **NEE**

b. Op dit moment: ☐ **JA** ☐ **NEE**

**39. Maakt u gebruik van incontinentiemateriaal?**

a. Een half jaar geleden : ☐ **JA.** ☐ **NEE**

b. Op dit moment: ☐ **JA** ☐ **NEE**

**40. Heeft u hulp nodig bij het opstaan uit een stoel?**

a. Een half jaar geleden : ☐ **JA.** ☐ **NEE**

b. Op dit moment: ☐ **JA** ☐ **NEE**

**41. Heeft u hulp nodig bij het lopen?**

a. Een half jaar geleden : ☐ **JA.** ☐ **NEE**

b. Op dit moment: ☐ **JA** ☐ **NEE**

**42. Heeft u hulp nodig bij het eten?**

a. Een half jaar geleden : ☐ **JA.** ☐ **NEE**

b. Op dit moment: ☐ **JA** ☐ **NEE**

**43. Heeft u hulp nodig bij het gebruiken van de telefoon?**

a. Een half jaar geleden : ☐ **JA.** ☐ **NEE**

b. Op dit moment: ☐ **JA** ☐ **NEE**

**44. Heeft u hulp nodig bij het reizen?**

a. Een half jaar geleden : ☐ **JA.** ☐ **NEE**

b. Op dit moment: ☐ **JA** ☐ **NEE**

**45. Heeft u hulp nodig bij het boodschappen doen?**

a. Een half jaar geleden : ☐ **JA.** ☐ **NEE**

b. Op dit moment: ☐ **JA** ☐ **NEE**

**46. Heeft u hulp nodig bij het bereiden van een maaltijd?**

a. Een half jaar geleden : ☐ **JA.** ☐ **NEE**

b. Op dit moment: ☐ **JA** ☐ **NEE**

**47. Heeft u hulp nodig bij huishoudelijk werk?**

a. Een half jaar geleden : ☐ **JA.** ☐ **NEE**

b. Op dit moment: ☐ **JA** ☐ **NEE**

**48. Heeft u hulp nodig bij het innemen van medicijnen?**

a. Een half jaar geleden : ☐ **JA.** ☐ **NEE**

b. Op dit moment: ☐ **JA** ☐ **NEE**

**49. Heeft u hulp nodig bij het omgaan met geld?**

a. Een half jaar geleden : ☐ **JA.** ☐ **NEE**

b. Op dit moment: ☐ **JA** ☐ **NEE**

## Leefgewoontes

**De volgende vragen hebben betrekking op uw leefgewoontes voor de keukentafelgesprekken (circa een half jaar geleden) en na de keukentafelgesprekken (op dit moment).**

50. Hoeveel beweegt u gemiddeld per dag? (Met bewegen wordt bedoeld: wandelen, huishoudelijke bezigheden, boodschappen doen)

- ☐ minder dan 15 minuten
- ☐ 15-30 minuten
- ☐ 30-45 minuten
- ☐ 45-60 minuten
- ☐ meer dan 60 minuten

51. Is dit meer of minder dan een half jaar geleden?

- ☐ Veel meer
- ☐ Iets meer
- ☐ Ongeveer hetzelfde
- ☐ Iets minder
- ☐ Veel minder

52. Hoe vaak komt u buiten per week?

Wilt u hier het aantal keren per week dat u naar buiten gaat invullen? : _____

Hoe lang bent u per week buiten (in minuten)?: _____

53. Is dit meer of minder dan een half jaar geleden?

- [ ] Veel meer
- [ ] Iets meer
- [ ] Ongeveer hetzelfde
- [ ] Iets minder
- [ ] Veel minder

54. Hoeveel rookt u?

- [ ] Ik rook niet
- [ ] minder dan 5 per dag
- [ ] minder dan 20 per dag
- [ ] meer dan 20 per dag

55. Is dit meer of minder dan een half jaar geleden?

- [ ] Veel meer
- [ ] Iets meer
- [ ] Hetzelfde
- [ ] Iets minder
- [ ] Veel minder

56. Wilt u hier invullen hoe vaak u naar activiteiten zoals sport, buurthuis, vereniging o.i.d. per week gaat?

Vul hier het aantal keren per week in: _____

57. Is dit meer of minder dan een half jaar geleden?

- ☐ Veel meer
- ☐ Iets meer
- ☐ Ongeveer hetzelfde
- ☐ Iets minder
- ☐ Veel minder

58.Hoeveel fruit eet u gemiddeld per dag?

- ☐ geen
- ☐ 1 stuk fruit
- ☐ 2 of meer stukken fruit

59. Hoeveel groente eet u gemiddeld per dag?

- ☐ geen
- ☐ 1 opscheplepel
- ☐ 2 of meer opscheplepels

60. Is uw eetpatroon gezonder of ongezonder dan een half jaar geleden?

- ☐ Veel gezonder
- ☐ Iets gezonder
- ☐ Ongeveer hetzelfde
- ☐ Iets minder gezond
- ☐ Veel minder gezond

61. Hoeveel alcohol drinkt u?

- ☐ Geen
- ☐ 0-5 glazen per week
- ☐ 5-10 glazen per week
- ☐ 10-20 glazen per week
- ☐ meer dan 20 glazen per week

62. Is dit meer of minder dan een half jaar geleden?

- ☐ Veel meer
- ☐ Iets meer
- ☐ Ongeveer hetzelfde
- ☐ Iets minder
- ☐ Veel minder

## Hoe u zich voelt

**De volgende vragen gaan over hoe u zich een half jaar geleden voelde en hoe u zich nu voelt. Probeer het antwoord zo algemeen mogelijk te geven (dus ga af op hoe u zich de afgelopen maand voelde, niet alleen vandaag).**

### 63. Hoe vaak was u erg nerveus?

a. Een half jaar geleden:

- ☐ Altijd
- ☐ Heel vaak
- ☐ Redelijk vaak
- ☐ Soms
- ☐ Bijna nooit
- ☐ Nooit

b. De afgelopen maand:

- ☐ Altijd
- ☐ Heel vaak
- ☐ Redelijk vaak
- ☐ Soms
- ☐ Bijna nooit
- ☐ Nooit

### 64. Hoe vaak voelde u zich kalm en rustig?

Een half jaar geleden:

- ☐ Altijd
- ☐ Heel vaak
- ☐ Redelijk vaak
- ☐ Soms
- ☐ Bijna nooit
- ☐ Nooit

b. De afgelopen maand:

- ☐ Altijd
- ☐ Heel vaak
- ☐ Redelijk vaak
- ☐ Soms
- ☐ Bijna nooit
- ☐ Nooit

**65. Hoe vaak voelde u zich neerslachtig en somber?**

a. Een half jaar geleden:

- ☐ Altijd
- ☐ Heel vaak
- ☐ Redelijk vaak
- ☐ Soms
- ☐ Bijna nooit
- ☐ Nooit

b. De afgelopen maand:

- ☐ Altijd
- ☐ Heel vaak
- ☐ Redelijk vaak
- ☐ Soms
- ☐ Bijna nooit
- ☐ Nooit

**66. Hoe vaak voelde u zich gelukkig?**

a. Een half jaar geleden:

- ☐ Altijd
- ☐ Heel vaak
- ☐ Redelijk vaak
- ☐ Soms
- ☐ Bijna nooit
- ☐ Nooit

b. De afgelopen maand:

- ☐ Altijd
- ☐ Heel vaak
- ☐ Redelijk vaak
- ☐ Soms
- ☐ Bijna nooit
- ☐ Nooit

**67. Hoe vaak voelde u zich zo somber dat niets u kon opvrolijken**

a. Een half jaar geleden:

- ☐ Altijd
- ☐ Heel vaak
- ☐ Redelijk vaak
- ☐ Soms
- ☐ Bijna nooit
- ☐ Nooit

b. De afgelopen maand:

- ☐ Altijd
- ☐ Heel vaak
- ☐ Redelijk vaak
- ☐ Soms
- ☐ Bijna nooit
- ☐ Nooit

## Sociale activiteiten

68. Hoe vaak per week heeft u contact met andere mensen zoals buren of familie?

Wilt u hier het aantal keren per week dat u contact heeft met andere mensen invullen: _____

69. Is dit meer of minder dan een half jaar geleden?

- ☐ Veel meer
- ☐ Iets meer
- ☐ Ongeveer hetzelfde
- ☐ Iets minder
- ☐ Veel minder

70. Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen uw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd?

a. Een half jaar geleden:

☐ Voortdurend

☐ Meestal

☐ Soms

☐ Zelden

☐ Nooit

b. Op dit moment:

☐ Voortdurend

☐ Meestal

☐ Soms

☐ Zelden

☐ Nooit

## Kwaliteit van Leven

**De volgende vragen gaan over uw 'kwaliteit van leven'. Daarmee wordt bedoeld of u tevreden met uw leven bent, of u plezier in uw leven hebt en of uw leven u voldoening geeft. Wilt u het hokje aankruisen bij het antwoord dat het beste bij u past?**

71. Hoe is in het algemeen uw kwaliteit van leven?

- ☐ Erg goed
- ☐ Goed
- ☐ Redelijk
- ☐ Slecht
- ☐ Erg slecht

72. Welk rapportcijfer geeft u uw leven op dit moment?

Rapportcijfer (Vul hier een cijfer van 0-10 in) : _____

73. Hoe is in het algemeen uw kwaliteit van leven, in vergelijking met een half jaar geleden (vóór de keukentafelgesprekken)?

- ☐ Veel beter
- ☐ Iets beter
- ☐ Ongeveer hetzelfde
- ☐ Iets slechter
- ☐ Veel slechter

## Keukentafelgesprekken

**De volgende vragen gaan over hoe u de keukentafelgesprekken ervaren hebt.**

74. Wat motiveerde u om aan de keukentafelgesprekken deel te nemen (meerdere antwoorden mogelijk)?

- ☐ Ik hoefde er niet voor op pad
- ☐ Ik vond het prettig dat iemand uit mijn netwerk betrokken werd
- ☐ Ik was al langer bezorgd over mijn gezondheid
- ☐ Anders, nl:

75. Welk cijfer geeft u de keukentafelgesprekken?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

76. Wat vond u het meest prettig aan de keukentafelgesprekken?

77. Wat vond u het minst prettig?

78. Zou u de keukentafelgesprekken aan anderen aanraden?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Ja, als:…

79. Is er sprake van verbetering in uw situatie sinds de keukentafelgesprekken?

- ☐ Veel beter
- ☐ Iets beter
- ☐ Ongeveer hetzelfde
- ☐ Iets slechter
- ☐ Veel slechter

80. Zijn deze veranderingen toe te wijzen aan de keukentafelgesprekken?

☐ Ja helemaal

☐ Nee

☐ Gedeeltelijk

81. Bent u door de keukentafelgesprekken bij andere hulpverlening gekomen? Zo ja, welke?

| |
|---|
| |

**Uw zorggebruik**

82. Hebt u in de afgelopen 12 maanden gebruik gemaakt van een van de volgende vormen van zorg? (aankruisen welke antwoordmogelijkheden op u van toepassing zijn, meerdere antwoorden mogelijk)?

☐ opgenomen geweest in het ziekenhuis

☐ huisarts

☐ thuiszorg, wijkverpleging, gezinsverzorging, alfahulp

☐ tijdelijke opname in verpleeghuis of verzorgingshuis

☐ dagopvang, dagbehandeling

## Afsluiting

83. Heeft iemand u geholpen bij het invullen van deze vragenlijst?

☐ Nee, ik heb de lijst alleen ingevuld.

☐ Ja, iemand heeft mij geholpen met het invullen van de lijst.

Hebt u nog opmerkingen, schrijf ze dan hieronder op:

**Bijlage 2. Vragenlijst systeem**

Vragenlijst Onderzoek
Keukentafelgesprekken

## Naaste van Deelnemer

Beste mijnheer/mevrouw,

Iemand die u goed kent heeft meegedaan met ons project 'Keukentafelgesprekken' (deze persoon wordt aangeduid met 'naaste'). Om een goed beeld te krijgen van de effecten van deze gesprekken willen we ook graag weten hoe de omgeving van de deelnemer deze gesprekken ervaren heeft. Zijn er dingen veranderd? Waren er dingen die u goed (of niet goed vond)? Misschien heeft u ideeën hoe we deze gesprekken kunnen verbeteren. Daarom hebben we deze vragenlijst opgesteld. We waarderen het erg als u deze invult!

Uw antwoorden worden anoniem verwerkt en uw gegevens worden niet verder verspreid.

Als u deze vragenlijst invult, heeft dit geen invloed op de zorg die u of uw naaste

ontvangt.

Alvast hartelijk bedankt!

## Aanwijzingen bij deze vragenlijst

- Het invullen van de vragenlijst kost u ongeveer 15 minuten.
- Als u leest 'uw naaste', dan gaat de vraag over de persoon die mee heeft gedaan aan de keukentafelgesprekken
- Als de vragen over u gaan, staat er 'uzelf'.
- Lees elke vraag eerst helemaal door voordat u antwoord geeft.
- Kruis dan het antwoord aan dat het beste bij u past.
- Kruis bij elke vraag maar één antwoord aan.
- Als u meer dan één antwoord aan mag kruisen, dan wordt dat bij de vraag genoemd.
- Bent u klaar, kijk dan of u geen vragen vergeten bent.

## Persoonlijke Gegevens

Vul s.v.p. hieronder uw gegevens in.

1. Geboortedatum: _____ - _____ - _____

2. Geslacht: ☐ man ☐ vrouw

3. Postcode (alleen cijfers): ☐☐☐☐

## Gegevens van uw naaste

Vul hieronder in:

4. Geboortedatum van uw naaste: _____ - _____ - _____

5. Geslacht van uw naaste: ☐ Man ☐ Vrouw

6. Postcode van uw naaste (Vul Alleen de vier cijfers in): _____

## Relatie met uw naaste

7. Wat is uw relatie met uw naaste?

Ik ben.....

☐ Echtgenoot / Echtgenote / Levenspartner

☐ (Schoon) zus / broer / zwager

☐ (Schoon) dochter / zoon

☐ Anders, namelijk .....

8. Woont u samen met uw naaste?

☐ Ja

☐ Nee

## Gezondheid van Uzelf

9. Hoe is in het algemeen uw gezondheid?

- ☐ Uitstekend
- ☐ Erg goed
- ☐ Goed
- ☐ Redelijk
- ☐ Slecht

10. Hoe is in het algemeen uw gezondheid in vergelijking met een half jaar geleden?

- ☐ Veel beter
- ☐ Iets beter
- ☐ Ongeveer hetzelfde
- ☐ Iets slechter
- ☐ Veel slechter

## Kwaliteit van Leven

De volgende vragen gaan over uw 'kwaliteit van leven'. Daarmee wordt bedoeld wat u van uw leven vindt. Bijvoorbeeld of u tevreden met uw leven bent, of u plezier in uw leven hebt en of uw leven u voldoening geeft. Kruis het hokje aan van het antwoord dat het beste bij u past.

11. Hoe is in het algemeen uw kwaliteit van leven?

- ☐ Uitstekend
- ☐ Erg goed
- ☐ Goed
- ☐ Redelijk
- ☐ Slecht

Welk rapportcijfer geeft u uw leven op dit moment?

Rapportcijfer (Vul hier een cijfer van 0-10 in) : _____

12. Hoe is in het algemeen uw kwaliteit van leven, in vergelijking met een jaar geleden, voor de keukentafelgesprekken?

☐ Veel beter

☐ Iets beter

☐ Ongeveer hetzelfde

☐ Iets slechter

☐ Veel slechter

## Zorg voor uw naaste

13. Wilt u hier een schatting invullen van het aantal uren zorg dat u per week besteedt aan uw naaste? Met zorg worden de volgende zaken bedoeld: huishoudelijke taken, persoonlijke verzorging en verplaatsing buitenhuis.

Aantal uren zorg: _____

14. Is het aantal uren zorg dat u verleent naar aanleiding van de keukentafelgesprekken en mogelijk daaruit volgende zorg veranderd?

☐ Nee

☐ Ja, iets minder uren

☐ Ja, veel minder uren

☐ Ja, iets meer uren

☐ Ja, veel meer uren

15. Hoe zwaar ervaart u de zorg aan uw naaste? Wilt u hier een cijfer invullen tussen 0 en 10 waarbij 0 staat voor niet zwaar en 10 voor zeer zwaar.

Cijfer tussen 0 en 10: _____

16. Ervaart u de zorg aan uw naaste anders naar aanleiding van de keukentafelgesprekken?

☐ Nee

☐ Ja, iets zwaarder geworden

☐ Ja, veel zwaarder geworden

☐ Ja, iets lichter geworden

☐ Ja, veel lichter geworden

17. Is uw relatie met uw naaste naar aanleiding van de keukentafelgesprekken veranderd?

☐ Ja, de relatie is verbeterd

☐ Ja, de relatie is verslechterd

☐ Nee, de relatie is niet veranderd

18. Zijn er andere veranderingen opgetreden op het gebied van de zorg voor uw naaste of uw relatie met uw naaste die u wilt vermelden?

## Waardering Keukentafelgesprekken

19. Welk cijfer geeft u de keukentafelgesprekken?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

20. Wat vond u het meest prettig aan de keukentafelgesprekken?

21. Wat vond u het minst prettig?

22. Zou u de keukentafelgesprekken aan anderen aanraden?

☐ Ja

☐ Nee

☐ Dat hangt er van af nl. :

## Evaluatie

23. Is er sprake van verbetering in de situatie van uw naaste sinds de keukentafelgesprekken?

- ☐ Veel beter
- ☐ Iets beter
- ☐ Ongeveer hetzelfde
- ☐ Iets slechter
- ☐ Veel slechter

24. Zijn deze veranderingen toe te wijzen aan de keukentafelgesprekken?

- ☐ Nee
- ☐ Ja, helemaal
- ☐ Ja, gedeeltelijk, nl.:

25. Op welk van de volgende gebieden heeft u verbetering ervaren bij uw naaste (meerdere antwoorden mogelijk) ?

☐ Beweging

☐ Roken

☐ Drinken

☐ Voeding

☐ Ontspanning / stress

☐ Sociaal contact

☐ Geen verbetering

☐ Anders, namelijk:

## Afsluiting

Hebt u nog opmerkingen, wilt u die dan hieronder schrijven?

Hartelijk dank voor uw medewerking!

## Bijlage 3. Topiclijst diepte-interview deelnemer

**Introductie**

- voorstellen interviewer
- doel interview: inzicht verkrijgen in ervaringen van het ouder worden, waar loopt iemand tegenaan? En hoe kunnen keukentafelgesprekken daarbij steun bieden?
- Het gaat ons om uw mening, er is dus geen goed of fout
- Het interview heeft niks te maken/ geen invloed op zorg die u ontvangt.
- Gegevens worden vertrouwelijk/anoniem verwerkt
- Bandrecorder om interview uit te kunnen werken, de opname wordt gewist

**Vragen**

1) U heeft enkele keukentafel gesprekken gehad met …. (hulpverlener). Kunt u daar iets over vertellen?

➔ Hoe gingen die gesprekken in zn werk?

➔ Hoe bent u bij de keukentafelgesprekken gekomen? (werving)

➔ Waarom deed u mee? Wat deed u besluiten om mee te doen?

➔ Waren er dingen die u wilde veranderen in uw leven? Zijn deze ook veranderd? Hoe is dat gegaan?

2) Hoe heeft u de keukentafelgesprekken ervaren?

➔ Wat vond u (niet) goed? En waarom?

➔ heeft u verbeterpunten?

3) Kunt u wat vertellen over het contact met …(hulpverlener)

➔ Hoe zou u hulpverlener omschrijven?

➔ Hoe kwam hulpverlener op u over?

➔ Wat vond u (minder) prettig aan hulpverlener?

➔ Hoe zou uw ideale hulpverlener eruit zien?

4) Kunt u vertellen of er iets veranderd is in uw leven door de keukentafelgesprekken?

➔ Wat is er veranderd (op welk gebied)? En waarom? En hoe?

➔ Heeft hulpverlnener ervoor gezorgd dat er iets veranderd is?

➔ Zo ja: waarom? Welk gedrag van … (hulpverlener) heeft er voor gezorgd dat er iets veranderd ?

➔ Zo nee: waarom niet? Wat had hulpverlener moeten doen om het wel verandering teweeg te brengen?

5) een fade out vraag…. Wat algemenere positieve vraag….

Zou u de keukentafelgesprekken aanraden aan andere mensen?

Waarom wel/niet?

U heeft mij heel veel verteld. SAMENVATTEN. Ik heb geen vragen meer. Heeft u zelf nog dingen toe te voegen, zijn we nog belangrijke dingen vergeten? of is er iets wat u nog kwijt wilt? Wat vond u van dit interview?

Dan wil ik u hartelijk bedanken voor het interview. Nogmaals, de gegevens worden anoniem verwerkt en de opname zal worden gewist. Ik heb de informatie over dit interview op papier gezet, dan kunt u het nog eens nalezen (als u wilt). Ook staan hier mijn contactgegevens op, mochten er nog vragen zijn of er schiet u nog wat te binnen!

Let op:

- doorvragen waar nodig
- probeer doorvragen met ‘maar’ of ‘ja maar’ te vermijden, dat klinkt alsof je de woorden van respondent in twijfel trekt.

**Bijlage 4 Topiclijst diepte-interview gespreksvoerder**

1. Je bent later bij de keukentafelgesprekken betrokken geraakt, ik meen door een interne vacature, kun je vertellen waarom je daarop gereageerd hebt?

- wat sprak je aan?

2. Kun je eens vertellen hoe de keukentafelgesprekken in zn werk gingen bij jou?

- hoe vond je mensen om mee te doen (werving)

- hoe ging een gesprek in zn werk?

- wat deed je bij elk gesprek, kun je van elk gesprek een soort 'draaiboek' geven?

- het idee was om bij elke deelnemer een doel te stellen en daaraan te werken,

- het idee was om aan leefstijl te werken, hoe bepaalde je of er een probleem in leefstijl was?

- het uitgangspunt was dat er een steunsysteem betrokken was, hoe ging je daarmee om? wat deed je als er geen steunsysteem was?

Het doel van de keukentafelgesprekken is om de zelfredzaamheid van ouderen te vergroten, denk je dat deze interventie daarvoor geschikt is?

- waarom wel/niet?
- Denk je dat 3 gesprekken voldoende was?

3. Wat zijn volgens jou belangrijke eigenschappen voor een gespreksvoerder van de gesprekken?

- Opleiding?

- Vaardigheden?

- Competenties?

- zijn er ook eigenschappen die mensen ongeschikt maken?

4. Hoe vond je het om deze interventie uit te voeren?

- wat waren positieve punten en waarom?
- Wat waren negatieve punten en waarom?
- Wat vond je makkelijk en moeilijk?
- Als je dit opnieuw kon doen zou je dan dingen anders doen en wat?

5. Je hebt veel ervaring met deze doelgroep en nu dus ook met deze interventie. Als je carte blanche kon krijgen om zelf te doen wat je denkt dat belangrijk en nuttig is, wat zou je dan doen?

- waarom?
- Hoe?

**Bijlage 5 SWOT analyse 1 (8 februari 2012)**

Door: Anne Cloostermans

### *Deelnemers*

Voor een goede SWOT-analyse is het belangrijk een diverse groep van zes tot acht deelnemers te vragen. Naast de lijst deelnemers hieronder was nog een ouderenwerker van Welzijn gevraagd. Hij kon helaas niet aanwezig zijn. Ook is er overwogen ouderen die deel hebben genomen aan de keukentafelgesprekken te vragen. Uiteindelijk is ervoor gekozen dit niet voor deze eerste analyse te doen, maar mogelijk wel voor een tweede analyse.

- *Reina Alberts (Zorgconsulent, Zorgzaak)*
- *Paula van Herreveld (SPV Keukentafelgesprekken, Indigo)*
- *Jaap te Velde (Manager Preventie & Projectleider Indigo)*
- *Louisa Drost (Senior Onderzoeker, Indigo)*
- *Nicolette Moes (Senior Preventiefunctionaris, Indigo)*
- *Anne Cloostermans (Junior Onderzoeker, Indigo)*

### *Vraagstelling*

De gebruikte vraagstelling voor de SWOT-analyse waar vervolgens in de sessie over is gesproken luidde:

*"Wat zijn de sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen van de interventie Keukentafelgesprekken met het oog op het verbeteren van de situatie voor ouderen en de beoogde doelen ten opzichte van* effect en bereik?"

Aan de hand van deze vraagstelling zijn eerst individueel de kansen en sterktes van het project op post-it's geschreven en daarna de zwaktes en bedreigingen.

### ***Ruwe Data***

De ruwe data (in de tabel hieronder) van de SWOT-analyse zijn alle teksten die zijn geschreven op de post-it's en vervolgens op de flap-over zijn geplakt. De clusteringen van post-it's aan de hand van de discussie tijdens de bijeenkomst komen later aan bod.

| Sterktes | Kansen | Bedreigingen | Zwaktes |
|---|---|---|---|
| ONDERZOEKS EIGEN KRACHT SYSTEEM | MULTI-DISCIPLINAIR KIJKEN EN HULP BIEDEN | CONCURRENTIE IN CLIENT TOEWIJZING | LAST VAN DE ROOK EN VERVELENDE HONDEN |
| SYSTEEM IS VAAK BLIJ DAT ER IETS GEBEURD | MEER MET MINDER BELEID | CONCURRERENDE PRODUCTEN (WELZIJN) | VEEL KILOMETERS IN DE AUTO, KAN EFFECTIEVER |
| BETREKKEN VAN HET SYSTEEM RONDOM DE CLIENT | TE INTEGREREN MET BUURT EN WIJKGERICHT WERKEN | CONCURRENTIE IN KEUKENTAFELGESPREKKEN | DRIE GESPREKKEN BINNEN 5/6 WEKEN NIET HAALBAAR, MISSCHIEN NIET HANDIG OOK VANWEGE EFFECTEN |
| MENSEN VINDEN HET FIJN DAT ER IEMAND THUIS KOMT EN DAT ZE NERGENS HEEN HOEVEN. | INTEGREREN IN WIJKAANPAK | HOE VERHOUDT DEZE AANPAK ZICH MET CONCURRENTIE IN DE ZORG | NIET MOGELIJK 3 GESPREKKEN IN 5 WEKEN |
| LAAGDREMPELIG, BIJ CLIENT THUIS | VERGRIJZING / GROTE DOELGROEP | WIE BETAALT WAT? | STAAT OF VALT MET COMPETENTIE SPV |
| LAAGDREMPELIG | MOGELIJK BEREIK MOEILIJKE DOELGROEP | BORGING; HOE VERDER NA ZONMW? | WERKWIJZE PERSOONS AFHANKELIJK (OPL. NIVEAU, MI, EIGEN KRACHT |
| LAAGDREMPELIG (GEEN VERWIJZING VAN HUISARTS | GROEIENDE DOELGROEP | NOG FINANCIEN IN 2013? | UITVOER HANGT NU AAN 1 PERSOON |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NODIG) | | | |
| RUIM DE TIJD VOOR GESPREK | PAST IN NIEUWE WERKEN | WMO GELDEN BESTEDEING? BESLISSING BIJ GEMEENTEN | ALS IK MIJN BEEN BREEK LIGT HET PROJECT STIL |
| AANDACHT VOOR CLIENT | TOENEMENDE BEHOEFTE GEMEENTE VOOR 'OMDENKEN' | BEZUINIGINGEN | TE VEEL WERK VOOR 1 SPV |
| PERSOONLIJK CONTACT | PAST IN WMO GEDACHTE | HOE GAAT GEZOND DOEN IN KETEN DOOR? | 1 SPV, AFHANKELIJKHEID |
| PERSOONLIJKE AANDACHT | ONDERZOEK NAAR PRODUCT | PARTIJEN NIET WILLEN SAMENWERKEN EN VERWIJZEN | COMPETENTIES NODIG? FUNCTIE OMSCHRIJVING ONTBREEKT |
| SLUIT AAN BIJ DE VRAAG | EENZAAMHEID BLIJKT NIET ZON GROOT PROBLEEM ZOALS UIT ALLE ONDERZOEKEN BLIJKT | PAST NIET IN BESTAANDE SYSTEMEN | AFHANKELIJK VAN SUBSIDIE |
| INTEGRAAL MET THUISZORG, WELZO, PSYCHE, SOURCE | LIFESTYLE IS TRENDING, BELEID ETC. | BUREAUCRATISCHE ADMINISTRATIE | AFHANKELIJK VAN SAMENWERKINGSPARTNERS |
| SAMENWERKING TUSSEN PARTIJEN | | TE VEEL PAPIEREN IN TOEKOMST | WEER EEN HULPVERLENER ERBIJ |
| GOEDE SAMENWERKING | | WAT ALS FINANCIERS DE KEUKENTAFEL | TOEGANKELIJKHEID |

| | | | |
|---|---|---|---|
| MET NETWERK | | VERPLICHTEN | HULPMIDDELEN |
| NETWERK BETREKKEN | | VERGT CREATIVITEIT | MOET CREATIEF ZIJN MET WERVING |
| INTERCOLLEGIALE CONTACTEN, MAKKELIJK TE BENADEREN | | NIET LEEFSTIJL, NIET BRAVO MAAR RUST EN ZELFREDZAAMHEID. | WEINIG AANDACHT VOOR BRAV, MEER VOOR O. MISSCHIEN OOK DOOR ACHTERGROND SPV |
| DEEL VAN BREDE ZORG, DOORVERWIJZING MOGELIJK | | METHODIEK: NIET ALS AANVULLING WORDT GEZIEN OP BESTAANDE | SYSTEEM WERKT NIET ALTIJD MEE |
| METHODE GERICHT OP HAALBARE DOELEN | | PREVENTIEMOGELIJKHEDEN BENOEMEN | SYSTEEM ER ELKE KEER BIJ LUKT BIJNA NIET |
| IEMAND IN ZIJN KRACHT ZETTEN | | NADRUK OP GEZONDHEID, NIET EIGEN PLAN | VERGT LOYALE MEDEWERKING SYSTEEM, BRDREIGING DOOR FAMILIERUZIES |
| BEWEZEN EFFECTIEVE METHODIEKEN WORDEN TOEGEPAST (MI EN EIGEN KRACHT) | | ALS BRAVO NIET, WAT WEL EN HOE KOMEN WE DAAR? | SOMS MOEILIJK OM HULPVERLENERSBRIL AF TE ZETTEN |
| KORTDUREND | | | INBEDDING OP WIJKNIVEAU NIET HELDER |
| ERVAREN SPV | | | PRIVACY CLIENT / WET |
| DUIDELIJKE | | | CULTURELE VERSCHILLEN |

| | | | |
|---|---|---|---|
| STRUCTUUR IN STAPPEN | | | |
| KAN SNEL AFSPRAAK MAKEN | | | TE VRIJBLIJVEND |
| GEEN ADMINISTRATIEVE ROMPSLOMP | | | LOKALE KEUZES IN WMO/POLITIEK |
| GERICHT OP BREDE LEEFSTIJL | | | BEGRIPPEN VANUIT WMO GEZONDHEIDSZORG |
| VEEL AANDACHT VOOR MENSEN | | | |

### *Clusteringen*

Aan de hand van de ruwe data zijn alle gegevens in een discussie geclusterd tot drie sterktes, drie zwaktes, drie kansen en drie bedreigingen.

**Sterktes**

- ***Samenwerking**:* Een kracht van de keukentafelgesprekken is dat er goede banden zijn met andere partijen zoals Welzijn en Thuiszorg. Door deze korte lijnen is het mogelijk om naar elkaar door te verwijzen en elkaar verder te helpen.
- ***Laagdrempelig:*** De keukentafelgesprekken zijn laagdrempelig niet alleen voor de cliënten maar ook voor andere organisaties. Het is gemakkelijk om een afspraak te maken, mensen hoeven er niet voor de deur uit en er is geen verwijzing van de huisarts nodig.
- ***Empowerment Methodiek:*** Hier zijn een aantal zaken geclusterd die te maken hebben met de manier van werken. Een belangrijke punt hierin is de persoonlijke aandacht voor de cliënt en betrekken van het steunsysteem van de cliënt. Het feit dat er in de kortdurende keukentafelgesprekken wordt gewerkt aan haalbare doelen en wordt uitgegaan van de eigen kracht van de cliënt staat centraal en wordt gezien als een sterkte van de methodiek.

**Kansen**

- ***Groeiende doelgroep:*** Door de vergrijzing van Nederland en nog specifieker Drenthe liggen er mogelijkheden voor de keukentafelgesprekken om verder uit te breiden.
- ***Integreren in multi-disciplinaire wijkaanpak:*** De keukentafelgesprekken passen goed binnen de toenemende behoefte om meer wijkgericht te gaan werken, dit biedt mogelijkheden om de keukentafelgesprekken op termijn hierin te integreren, wat kansen biedt voor het voortbestaan van de keukentafelgesprekken.
- ***WMO-proof:*** Omdat de keukentafelgesprekken goed passen binnen de WMO gedachte biedt dit mogelijkheden voor toekomstige financiering en goede plaatsing binnen het geheel aan zorg.

**Zwaktes**

- ***Uitvoering Methodiek*****:** Omdat de keukentafelgesprekken nog in de kinderschoenen staan is het nog onduidelijk hoe de methodiek optimaal uitgevoerd moet worden. De methodiek wordt momenteel niet uitgevoerd zoals deze is beschreven. Zo blijkt het bijvoorbeeld niet mogelijk te zijn drie gesprekken in vijf weken te plannen en is het niet altijd mogelijk het steunsysteem te activeren om deel te nemen. Hierdoor blijft de methodiek vaag en overdracht onmogelijk.
- ***Eisen Pakket / Functie Omschrijving:*** In het verlengde van de eerste zwakte ligt dit tweede gevoelige punt van de keukentafelgesprekken. De interventie wordt momenteel uitgevoerd door 1 SPV met een specifieke achtergrond in de verslavingszorg. Een duidelijke functieomschrijving voor de SPV is er nog niets.
- ***Afhankelijkheid:*** Dit punt komt op verschillende wijzen terug in de keukentafelgesprekken. Zo is de interventie afhankelijk van 1 SPV en ligt de interventie stil als zij er niet is. Zij geeft daarbij aan dat het te veel werk is in een te groot spreidingsgebied waardoor de methodiek niet als omschreven wordt uitgevoerd. Ook is er sprake van afhankelijkheid in de werving, ondanks goede samenwerking met een aantal partners is dit niet met alle mogelijke partners het geval. Hieruit volgen dan ook geen verwijzingen. Ook zijn momenteel bijna alle keukentafelgesprekken uitgevoerd naar aanleiding van de partners en niet uit zelfstandige aanmelding wat zorgt voor afhankelijkheid van de partners waar wel goed mee wordt samengewerkt.

**Bedreigingen**

- **Financiering:** Momenteel worden de keukentafelgesprekken gefinancierd door een subsidie van ZonMw. De financiering na dit traject is echter nog onduidelijk.
- **Concurrentie:** De gedachte achter de keukentafelgesprekken en de goede samenwerking tussen partijen die daarvoor nodig is staat haaks op de concurrentie die aan de orde is door de privatisering van de zorg. Het zorgt ervoor dat er niet wordt doorverwezen en partijen de ouderen bij zich willen houden. Daarnaast ontstaat er een situatie waarin er concurrerende producten ontstaan die samenwerking nog verder in de weg staan.
- **Bureaucratische rompslomp:** Zolang de keukentafelgesprekken worden gefinancierd vanuit ZonMw is er weinig papierwerk en kunnen er veel uren aan zorg worden besteed. Het risico bestaat dat als de keukentafelgesprekken verplicht worden gesteld door bijvoorbeeld de zorgverzekeraars hier veel bureaucratische processen bij komem kijken die de uitvoering van de gesprekken in de weg staan en hierdoor de laagdrempeligheid van de interventie kunnen schaden.

### *Aanbevelingen, Interpretatie en Actiepunten*

Door de sterktes en zwaktes met elkaar te confronteren wordt het mogelijk strategische acties te bepalen waardoor de sterktes beter benut worden en bedreigingen en zwaktes worden verbeterd of onder controle gehouden worden. Soms kunnen zwaktes zelfs positief gebruikt worden.

**Meer onafhankelijke werving**

Om niet meer afhankelijk te zijn van de samenwerkingspartners voor deelnemers aan de keukentafelgesprekken is het belangrijk om zelf op verschillende manieren de keukentafelgesprekken bij de mensen thuis te krijgen zodat meer ouderen zichzelf aanmelden (Denk aan krantenartikelen enz.). De keukentafelgesprekken moeten gaan leven. Hiernaast is het belangrijk om in de werving het systeem mee te nemen. Juist omdat het systeem soms niet mee wil werken is het belangrijk om vanuit die doelgroep te denken in plaats van alleen aan de ouderen (Denk aan veertigers, vijftigers: huishoudbeursen, senioren zumba etc.).

**Functieomschrijving**

Het maken van een goede functieomschrijving voor de SPV is cruciaal voor de toekomst van de keukentafelgesprekken en een goede uitvoering van de keukentafelgesprekken. Door een functieomschrijving wordt de overdraagbaarheid van de keukentafelgesprekken vergroot en wordt

het mogelijk meerdere SPV's aan te nemen die de keukentafelgesprekken kunnen uitvoeren wat de afhankelijkheid verkleind. Voor een goede functieomschrijving is het misschien nodig om verschillende mensen keukentafelgesprekken te laten voeren om te kijken welke capaciteiten nu vereist zijn.

**Methodiek beschrijven**

De keukentafelgesprekken worden momenteel anders uitgevoerd dan beschreven door verschillende factoren. Zo liggen de gesprekken vaak meer dan twee weken uit elkaar. Dit lijkt een positief effect te hebben voor de keukentafelgesprekken, omdat ouderen dan langer de tijd hebben om te werken aan gedragsverandering. Echter is het belangrijk voor een consequente uitvoering en overdraagbaarheid van de interventie om te komen tot een goede beschrijving van de methodiek. Dit is onderdeel van het onderzoek. Omdat het een haalbaarheidsonderzoek betreft is een doelstelling van het onderzoek om te komen tot een dergelijke beschrijving. Daar waar blijkt dat het niet mogelijk is de interventie uit te voeren zoals oorspronkelijk gedacht zal er gekeken moeten worden of de interventie nog effectief lijkt te zijn als deze wijzigingen zijn doorgevoerd (bijv. Met betrekking tot het aantal gesprekken, de tijdsspanne en het aanwezig zijn van het steunsysteem.)

**Extra SPV**

Het aannemen van een extra SPV is om veel redenen aan te raden. Ten eerste is de interventie dan niet afhankelijk van maar 1 SPV. Ten tweede is het spreidingsgebied nu te groot voor 1 SPV en zou het goed zijn als een deel wordt overgenomen door een tweede SPV. Ten derde is het door deze belemmeringen nu niet mogelijk om de interventie uit te voeren zoals oorspronkelijk bedacht is, met een tweede SPV moet het bijvoorbeeld wel mogelijk zijn om de gesprekken in een korter tijdsbestek te plannen.

**Goede Communicatie**

Voor de toekomst van de keukentafelgesprekken is het noodzakelijk om te werken aan een goede communicatie. Zo is het bijvoorbeeld belangrijk om meer betrokken partijen te werven die nu nog niet deel willen nemen aan de keukentafelgesprekken. Ook is het nodig voor de toekomstige financiering dat er al wordt gewerkt aan communicatie met gemeenten en zorgverzekeraars over de toekomst van de keukentafelgesprekken. Ook als het mogelijk is de keukentafelgesprekken te integreren met een wijkaanpak is het noodzakelijk hier nu al de contacten met betrokkenen voor te leggen. Hieruit volgt de volgende aanbeveling:

**Stakeholderanalyse**

Om goede communicatie op te zetten kan het van groot belang zijn om een stakeholder-analyse uit te voeren. Een dergelijke analyse laat niet alleen zien wie alle betrokkenen zijn, wie de concurrenten zijn en met wie er in gesprek gegaan moet worden over financiering. Een dergelijke analyse kan ook aangeven hoe je dit dan moet doen. Wie hou je alleen op de hoogte, met wie en hoe probeer je samen te werken en wat voor verdere strategieën zijn mogelijk? Als het enigszins mogelijk is, is een dergelijke analyse een aanrader omdat er veel verschillende partijen betrokken zijn bij de keukentafelgesprekken. De mogelijkheden om de keukentafelgesprekken in een multidisciplinaire wijkaanpak kunnen in een dergelijke analyse ook beschreven worden. Omdat de keukentafelgesprekken direct linken aan wijkgericht wijken is het een goede optie om een concepthoofdstuk Stakeholderanalyse voor de wijkaanpak te gebruiken wat in het afstudeeronderzoek van de onderzoeker staat beschreven.

**Laagdrempeligheid behouden en overige zaken**

Om de laagdrempeligheid van de keukentafelgesprekken te behouden als kracht is het een goed idee om rekening te houden met mogelijke toekomstige bureaucratische rompslomp en hoe deze vermeden kan worden. Het is daarom van belang om financiering van de keukentafelgesprekken zo simpel mogelijk te maken en binnen te keukentafelgesprekken alvast te kijken of het mogelijk is om met vaste formats te werken voor de gesprekken en te werken aan een plan voor financiering. De kracht van de gesprekken zit hem in persoonlijke aandacht en een sterkte vraaggerichte empowerment methodiek. Het is van belang te ten allen tijde te behouden en de SPV's moeten daarvoor ook beschikbaar zijn en blijven.

**Bijlage 6 SWOT analyse 2 (2 april 2013)**

Door: Céline Crajé

## Deelnemers

Aanwezig:

- *Louisa Drost (Senior Onderzoeker, Indigo)*
- *Nicolette Moes (Senior Preventiefunctionaris, Indigo)*
- *Paula van Herreveldt (SPV Keukentafelgesprekken, Indigo)*
- *Céline Crajé ( Onderzoeker, Indigo/Hanzehogeschool)*

Afwezig

- *Reina Alberts (Zorgconsulent, Zorgzaak)*
- *Jaap te Velde (Manager Preventie & Projectleider Indigo)*

## *Methode*

*De gebruikte vraagstelling voor de SWOT-analyse luidde:*

***"Wat zijn de sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen van de interventie Keukentafelgesprekken met het oog op het verbeteren van de situatie voor ouderen en de beoogde doelen ten opzichte van effect en bereik?"***

Aan de hand van deze vraagstelling zijn eerst individueel de categorieën kansen, sterktes, zwaktes en bedreigingen van het project op post-its geschreven. Vervolgens is er een clustering aangebracht binnen de categorieën.

## Ruwe Data

De ruwe data (in de tabel hieronder) van de SWOT-analyse zijn alle teksten die zijn geschreven op de post-it's.

| Sterktes | Zwaktes | Kansen | Bedreigingen |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| Haalbare doelen die samen met de cliënt worden gemaakt | Als gespreksvoerder moet je je hulpverlenerspet afzetten | Groeiende populatie | Strenge criteria zorgverzekeraars |
| Betrekken steunsysteem | Vereist specifieke vaardigheden van de hulpverlener | Doelgroep verruimen naar < 65 jaar | Rationalisering van zorg werkt liever met protocollen dan met creativiteit |
| Persoonlijk | Hang af van persoonlijk functioneren hulpverlener | Groeiende doelgroep | Onderscheiden in een woud van keukentafelgesprekken |
| Vakkundige SPV | Werving vergt creativiteit en flexibiliteit | Kan betrokkenheid naaste verhogen | Concurrentie |
| Goed luisteren | Werving kost veel tijd | Kan zelfvertrouwen (en dus welzijn) oudere vergroten | Zorgnetwerk noodzakelijk |
| Flexibel | Doelgroep kwetsbaar vereist screening | Deelnemers lijken de aandacht op deze manier prettig te vinden, daarmee odnerscheiden we ons van andere interventies | Deelnemers moeten verwijzing van de HA hebben en is deel van eigen risico kwijt |
| Tijd voor mensen | Veel reistijd, duur product | Breder inzetten binnen Indigo | Financieen |
| laagdrempelig | Interventie is breed, dus beschrijven is | Goed product voor gemeente | Financiering |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | lastig in protocollen | | |
| laagdrempelig | 3 gesprekken is weinig voor het realiseren van een gedragsverandering | Politieke agenda | Ontslagen in de thuiszorg beperkt verwijzingen (signaalfunctie) |
| laagdrempelig | Onhaalbare doelen opstellen | Kan kans dat iemand thuis kan blijven wonen vergroten | Ontslagen in de zorg (dit zijn verwijzers) |
| Je zit er niet als hulpverlener maar kijkt naar wat mensen zelf kunnen | Veronderstelt betrokkenheid van de naaste | Kosten beheersen door in kleinere regio's te werken | Bezuinigingen |
| Samenwerking met netwerkpartners | | | |
| Zorgnetwerk | | | |
| Gericht op eigen kracht | | | |
| Gesprekken vinden plaats in de thuissituatie | | | |
| Methodiek is vraaggericht | | | |
| Op maat aanpak | | | |
| Systeem wordt betrokken en mag meedenken | | | |

## Clusteringen

Aan de hand van de ruwe data zijn alle gegevens in een discussie geclusterd

***Sterktes***

- **Laagdrempelig:** De keukentafelgesprekken zijn laagdrempelig niet alleen voor de cliënten maar ook voor andere organisaties. Het is gemakkelijk om een afspraak te maken en mensen hoeven er niet voor de deur uit.
- **Eigen kracht:** De nadruk ligt op het aanspreken van iemand kracht en het gezonde functioneren. Mensen nemen dan zelf verantwoordelijkheid en zijn dan niet afhankelijk van de hulpverlener. En het is een veel positievere benadering dan als je alleen maar kijkt naar iets wat mensen niet kunnen.
- **Betrekken van systeem/naasten:** Door de methode die we gebruiken is het mogelijk om het systeem te betrekken in de situatie, of in elk geval het gesprek aan te gaan. Dit zorgt voor een betere afstemming met het al bestaande steunsysteem, en het inzetten van het steunsysteem waar mogelijk.
- **Persoonlijke benadering:** De Gespreksvoerder is niet gebonden aan een strak protocol. Dit wordt gezien als een sterkte omdat er hulpverlening op maat geboden kan worden.

***Zwaktes***

- **Afhankelijkheid van individuele eigenschappen Gespreksvoerder**: de individuele vaardigheden en kwaliteiten van de Gespreksvoerder spelen een belangrijke rol spelen. De resultaten lijken per Gespreksvoerder te verschillen (bij 1 Gespreksvoerder is er bijvoorbeeld veel uitval). Er moet een duidelijke functiebeschrijving komen van de Gespreksvoerder, zodat werving van Gespreksvoerders gericht kan gebeuren.
- **Aansluiting zorg**: de interventie sluit niet naadloos aan bij bestaande zorg. Het was daarom, met name in het begin, lastig om mensen te werven.
- **Werving**: De werving kost veel tijd, creativiteit en flexibiliteit. Dit kost dus zowel geld, en het vraagt vaardigheden van de SPV om de werving succesvol uit te voeren.

***Kansen***

- **Groeiende populatie:** Door de vergrijzing van Nederland en nog specifieker Drenthe liggen er mogelijkheden voor de keukentafelgesprekken om verder uit te breiden.

- **Politieke agenda**: Er is momenteel veel aandacht voor interventies als de keukentafelgesprekken, zowel landelijk (staatssecretaris) als op gemeente niveau (WMO).

***Bedreigingen***

- **Financiering**: Deelnemers moeten een verwijzing van de huisarts hebben en het kan zijn dat ze eerst het eigen risico moeten betalen. Dit kan een drempel zijn om mee te doen.
- **Ontslagen in de (thuis)zorg**: er vallen veel ontslagen in de( thuis)zorg. Hierdoor vallen veel verwijzers weg.
- **Concurrentie**: De gedachte achter de keukentafelgesprekken en de goede samenwerking tussen partijen die daarvoor nodig is staat haaks op de concurrentie die aan de orde is door de privatisering van de zorg. Het zorgt ervoor dat er niet wordt doorverwezen en partijen de ouderen bij zich willen houden. Daarnaast ontstaat er een situatie waarin er concurrerende producten ontstaan die samenwerking nog verder in de weg staan. Daarnaast is het nodig om duidelijk te zijn waar we ons kunnen onderscheiden in 'het woud van keukentafelgesprekken'.

## Conclusies

### Unieke aanpak

De keukentafelgesprekken onderscheiden zich van andere interventies door de unieke aanpak (op maat, uitgaan van eigen kracht, vraaggestuurd en bij mensen thuis). Juist deze eigenschappen worden gewaardeerd door de deelnemers. Een nadeel van deze aanpak is dat de overdraagbaarheid van de interventie lastig is. Er wordt gewerkt aan een draaiboek. Daarnaast is het een aandachtspunt dat het wenselijk is om ons te onderscheiden van andere keukentafelgesprekken.

### Methodiek: Betrekken steunsysteem

Eén van de methodieken van de interventie keukentafelgesprekken is het betrekken van het steunsysteem (partner, kind, buurvrouw, mantelzorger, etc) bij de gesprekken. Dit blijkt in de praktijk in veel gevallen niet haalbaar. Het steunsysteem vindt het wel fijn om telefonisch op de hoogte gehouden te worden, maar kan (of wil) niet bij de gesprekken zijn. Dit is een belangrijk gegeven: het is dus niet vanzelfsprekend dat er een steunsysteem is dat betrokken kan worden.

**Zorgnetwerk**

De interventie keukentafelgesprekken sluit niet naadloos aan bij bestaande zorg. Bijvoorbeeld: sommige instellingen zijn terughoudend met doorverwijzen naar de keukentafelgesprekken. Veel verwijzers zijn huishoudelijk medewerkers. Momenteel worden veel van deze medewerkers ontslagen, waardoor dus ook onze verwijzers verdwijnen uit de zorg.

**Financiële plaatje / politieke ontwikkelingen**

Vanuit de politiek (staatssecretaris) is er aandacht voor preventieve interventies zoals de keukentafelgesprekken. De interventie past binnen wegen die worden ingeslagen in de gezondheidszorg, waarbij bijvoorbeeld zelfmanagement en ontzorgen belangrijke thema's zijn. Dit biedt kansen voor een vervolg van het project. Een bedreiging is de financiering van de gesprekken. Verzekeraars hebben strenge eisen voor de vergoeding van interventies. Op dit moment hebben deelnemers een verwijzing van de huisarts en moeten daarvoor eerst eigen risico betalen. Dit kan een drempel zijn om mee te doen.

## Bijlage 7 Competenties van de gespreksvoerder

De gespreksvoerder van de keukentafelgesprekken is bij voorkeur een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige, Maatschappelijk Werker of verpleegkundige. Het is belangrijk dat de gespreksvoerder 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
- Neem initiatief
- is enthousiast
- is vriendelijk en begripvol

## Bijlage 8 Wervingsactiviteiten

| Overzicht van wervingsactiviteiten | |
|---|---|
| Regio | Activiteit/contact |
| **Noord (regio Assen)** | |
| *Wooninstellingen* | |
| Amstelflat | Voorlichtingsmiddag (n = 45), posters |
| Zorggroep Drenthe | Geen interesse/medewerking |
| Stroomflat | Voorlichtingsmiddag, posters |
| De Conmponist | Gezondheidsquiz |
| Else van der Laan huis | Flyer verspreid onder medewerkers |
| Lariks / Pitteloo | Overleg opbouwwerker + advertentie buurtkrant +inloopmiddag |
| *Organisaties* | |
| Welzo (welzijnsorganisatie) | Flyer naar medewerkers |
| Ouderen GGZ Noord Drenthe | Geen interesse/medewerking |
| Interzorg (thuiszorg organisatie) | Flyer verspreid onder medewerkers |
| Ouderen Consultatiebureau | Flyer verspreid onder medewerkers |
| Zorgzaak | Contactpersoon geeft namen door van aantal potentiele deelnemers |
| *Cursussen*[1] | |
| Kunst van het ouder worden Eelde | Presentatie +flyers |
| Kunst van het ouder worden Assen (2x) | Presentatie +flyers |
| **West (regio Hoogeveen)** | |
| *Wooninstellingen* | |
| Westeres | Flyer verspreid onder medewerkers |
| Zaaier en Maaier | Geen interesse/medewerking |
| seniorenflat | Flyers uitgedeeld onder bewoners |
| Irenehuis Meppel | Geen interesse/medewerking |
| Tockenshuis Zuidwolde | Gezondheidsquiz |
| seniorenflat | Aangebeld bij bewoners |

| | |
|---|---|
| *Organisaties* | |
| Ouderen GGZ West Drenthe | Presentatie gegeven voor medewerkers |
| SWW | informatie gestuurd |
| Consultatiebureau ouderen Beilen | Flyers naar clienten+medewerkers |
| Buurtcentrum Weideblik | Gezondheidsquiz |
| Maatschappelijk werk | Flyer verspreid onder medewerkers |
| Dominees en pastoraal werkers | uitleg gegeven en flyers verspreid |
| Humanitas | Flyer verspreid onder medewerkers |
| Opleider ouderenadviseurs | Geen interesse |
| Ouderenwerkers Meppel | Voorlichting gegeven aan medewerkers |
| Welzijn Meppel | Geen interesse/medewerking |
| Psychiatrische thuiszorg ouderen | Geen interesse ivm privacy |
| | |
| *Cursussen*[1] | |
| **Oost (regio Coevorden)** | |
| *Wooninstellingen* | |
| | |
| *Organistaties* | |
| Ouderen GGZ Oost Drenthe | Geen interesse/medewerking |
| Welzijn 2000 | Voorlichting medewerkers (bezorgers maaltijden) en cliënten |
| Praktijkondersteuners huisartsen (n=3) | Voorlichting gegeven aan POH's |
| ANBO | Voorlichting voor cliënten |
| ICARE | Geen interesse/medewerking |
| GGZ | Geen interesse/medewerking |
| | |
| *Cursussen*[1] | |
| Kunst van het ouder worden (Dalen) | Presentatie +flyers |
| Kunst van het ouder worden (Schoonoord) | Presentatie +flyers |
| Gezondheidsquiz (Coevorden) | Presentatie +flyers |
| Gezondheidsquiz (Geesbrug) | Presentatie +flyers |

**Bijlage 9 Tekstfragmenten diepte-interviews met deelnemers**

Hieronder staan tekstfragmenten uit de diepte-interviews weergegeven, gegroepeerd per code. Elke tabel heeft een ander onderwerp. Vetgedrukte teksten zijn teksten van de interviewer.

| **Werving** | |
|---|---|
| Deelnemer 1 | Nou ik werd gebeld, of eigenlijk eerst gevraagd op de cursus waar ik geweest ben voor Stop met piekeren.<br><br>… en toen hebben ze gevraagd of ik daaraan mee wou doen. Heb ik ja gezegd en dan zou er iemand contact met me opnemen, en dat is gebeurd dus.' |
| Deelnemer 2 | Naja hij (poH) heeft toen gezorgd dat ik toen met (gespreksvoerder) samenkwam. En dat is toen gebeurd. En toen is zij een aantal keer geweest. |
| Deelnemer 4 | Ik heb ons opgegeven, er stond een advertentie bij ons in de krant. |
| Deelnemer 5 | Via stichting Indigo die de gesprekken aanbood via de huisarts, en toen als extra verwijzing dat de gesprekken ook thuis plaats konden vinden. |
| Deelnemer 6 | dat zal via de GGZ zijn gegaan |
| Deelnemer 8 | Ik ben bij die cursus (CC: Mindfulness) geweest en daar was (gespreksvoerder) bij, en zij gaat waarschijnlijk die cursussen doen, of zij heeft daar inspiratie uit opgedaan om die (CC: Keukentafel)gesprekken te gaan houden ofzo, en uh, toen vroeg zij dus, of er mensen waren met wie zij eens persoonlijk het gesprek aan kon gaan. En zodoende is zij bij mij thuis geweest. |
| Deelnemer 9 | Nou…ik was een keer bij mijn dokter…niet mijn eigen dokter trouwens, en toen had ik het er zo over dat ik zo nerveus was, nou toen zei hij' dan gaat u eens naar… uh….(CC: Praktijk Ondersteuner Huisarts) het was in de weide (CC: gezondheidscentrum)…nou ja daar moest ik dan heen. En die man die man die wist niet wat hij met me aan moest, want ik heb natuurlijk geen probleem, behalve dat ik zo vreselijk druk was enzo<br><br>…alles veel te vlug en dat ik niet ging nadenken enzo. Nou hij wist niet wat hij met me aan moest denk ik, en toen heeft hij (gespreksvoerder) ingeschakeld en die is hier toen geweest. |
| Deelnemer 11 | ja van die cursus (stoppen met piekeren) |

| **Motivatie** | |
|---|---|
| Deelnemer 1 | Nou ik heb het gedaan omdat ik toen nog niet zo lekker in mijn vel zat toen, hoe zal ik het zeggen..ik heb toen gewoon ja gezegd. Ze hadden ook meer gevraagd toen op die cursus, en er was toen verder niemand.. Dus eh.. en er waren ook een paar, die waren de laatste keren niet op komen dagen…op de cursus. |
| Deelnemer 2 | Nou ik zit psychisch een beetje in de knoei, en dat wordt de laatste tijd heb ik het idee weer wat beter, maar vandaag gaat het weer even wat minder |

| | |
|---|---|
| Deelnemer 3 | Bij mij was het meer nieuwsgierigheid. Wat houdt het nou precies in? Waar zijn ze mee bezig? Misschien is het wel verstandig om mee te doen. Baat het niet, het schaadt ook niet. |
| Deelnemer 4 | Ik dacht, waarom ook niet. Het kan ons altijd wat opleveren |
| Deelnemer 5 | ik vond het sowieso een heel positief gebaar van een goede instelling. Het voelde voor mij als een echte mogelijkheid om daar zelf uit te komen en eventueel samen met mijn partner |
| Deelnemer 6 | ik wil haar (CC: partner)niet altijd tot last zijn, met mijn probleem. Daar wilde ik gewoon vanaf<br><br>**en toen kwam dit op uw pad…. Had u anders ook hulp gezocht?**<br><br>nee, daar had ik niet aan gedacht |
| Deelnemer 8 | Ik denk gewoon mijn behoefte om er steeds maar over te willen praten.<br><br>Om daar nou een keer uit te komen. Ik heb daar de laatste keer wel eens gezegd, want die cursus (‘Op verhaal komen’, CC) is bijna afgelopen,..dat gaat ook weer allemaal over vroeger: ik moet het geloof ik maar eens allemaal afsluiten. En dat is best wel moeilijk. Dat moet je maar kunnen. Als je daar dus over gepraat hebt, en iedereen probeert daar dan zijn uh zijn visie op te geven, dat is toch heel plezierig. Ik heb toch veel gehad aan beide cursussen, maar ook aan de gesprekken met Paula. |

| **Effect: is er een verbetering? Wat is er veranderd?** | |
|---|---|
| Deelnemer 1 | Ja, ik zit nu wel lekkerder in mijn vel.<br><br>Dat ik meer voor mezelf opkwam, en eh…als er ergens wat is waarvan ik denk, dat lijkt me wel wat, dat ik dan toch op af durf te stappen.<br><br>ik vind wel dat, net als ik net al gezegd heb dat ik overal wel op durf af te stappen. Dus… En als er wat is wat ik niet zeker weet, dan vraag ik op de man af, want ik durf ook al op de man af te zeggen als ik ergens niet mee eens ben.<br><br>Dat is niet alleen door (gespreksvoerder) gekomen, maar (gespreksvoerder) heeft me toch echt een steun in de richting gegeven. Nee ik vond het fijn dat (gespreksvoerder) er was. |
| Deelnemer 2 | Ja ik kan niet zeggen dat dit precies is veranderd. Maar wel over het algemeen gunstiger. |
| deelnemer 3 | Bij mij is er nagenoeg niets veranderd. Ik ben wel bewuster geworden met het eten van vlees. (gespreksvoerder) heeft aangegeven dat er een link is tussen vlees en prostaatkanker, dit wist ik niet. Ik ben nu bewust bezig dat ik niet te veel vlees neem. Ik eet nu wel minder vlees. Ik eet hierdoor ook veel minder vlees,ik eet nog wel vlees, misschien is het beter om hier helemaal mee te stoppen, want dit gaf (gespreksvoerder) aan, hier ben ik wel veel bewuster mee bezig nu. |
| Deelnemer 4 | In plaats van vlees eten we nu iets anders, zoals vis. Het verminderen in vlees heb ik ook van (gespreksvoerder) geleerd. |

| | |
|---|---|
| Deelnemer 5 | Ik kan nu objectiever en beter naar mijzelf kijken. Ik schoof het meer naar mijn partner af, terwijl het probleem eigenlijk bij mijzelf lag<br><br>het ging na een tijdje met slapen wel beter. Door er beter en rustiger naar te kijken. Ik heb mijzelf er gewoon in uitgeput. Totdat dit niet meer ging en ik moe en uitgeput van mijzelf was geworden. |
| Deelnemer 6 | dat ik wat makkelijker dingen van me af kan zetten…kan relativeren. |
| Deelnemer 7 | Ik ga me ook steeds minder aantrekken van het gedrag van mn kinderen |
| Deelnemer 8 | mijn doel is natuurlijk om daar een keer klaar mee te komen, met dat gedoe van vroeger, het heeft mn hele leven beïnvloed, en ik zit nu weer op die cursus (op verhaal komen), en daar zeggen ze ook van: ik heb verschrikkelijke kritiek op mezelf he, niks is, alles wat ik doe vind ik niet goed, en dat is moeilijk om daar mee te leven<br><br>… probeert dus om mij mijn eigenwaarde te leren kennen. Daar heeft (gespreksvoerder) ook enorm haar best voor gedaan. En uh…ik heb het als heel prettig ervaren. Dat wil niet zeggen dat ik nu ineens veranderd ben,… want dat zelfkritiek dat blijf je toch steeds de kop op steken |
| Deelnemer 9 | **Wat was uw doel voor de gesprekken?**<br><br>ja, dat ik probeer wat rustiger te worden.<br><br>**en is dat gelukt?**<br><br>ja, dat ging hartstikke goed. Maar ja, toen ik die nare periode heb gehad is dat helemaal weggeëbd en ik was toen wel heel rustig, want ja, als je pijn hebt dan ben je rustig, dus…en toen …deed mijn man ook alles voor me, ik deed haast niks. En nou voel ik me weer beter en ja… dan komt het weer opborrelen |

| **Effect: waarom is er iets veranderd?** | |
|---|---|
| Deelnemer 1 | Dat is niet alleen door (gespreksvoerder) gekomen, maar hij heeft me toch echt een steun in de richting gegeven. Nee ik vond het fijn dat hij er was. |
| Deelnemer 2 | En toen zeiden we; we moeten iets doen, u moet afleiding zoeken. Bewegen, of in beweging, niet alleen hier maar zitten.<br><br>**Heeft (gespreksvoerder) zelf ervoor gezorgd dat er iets is verandert is in uw leven, heeft ze iets gezegd, iets gedaan waardoor je iets…?**<br><br>Lastig lastig, ik merk wel je voelt je beter na de gesprekken.<br><br>**Hoe dat dan? Je voelt je kwikker, lekkerder in je vel?**<br><br>Zij is een onderdeel van dat ik me beter voel. Ik heb een hele tijd gehad dat ik om 4 uur ’s nachts wakker werd met angst gevoelens, dan vat je de slaap niet meer. Dan ga ik een boterham eten en kan ik weer slapen.<br><br>**Gaat dit beter sinds de gesprekken?**<br><br>Ja dit gaat ergens weer wat beter. De laatste tijd schrik ik niet meer om 4-5 uur |

| | |
|---|---|
| | wakker. |
| Deelnemer 4 | Het is meer een eyeopener geweest. Het ging er vooral om de inhoud, niet het gedrag. We hebben ons uit onszelf opgegeven voor de keukentafelgesprekken. Het komt vanuit onszelf. Hierdoor is het waarschijnlijk anders dan bij andere mensen. |
| Deelnemer 5 | Het objectieve gesprek is vooral voor mij heel belangrijk geweest. Want ik ben namelijk erg emotioneel geweest tijdens dat gesprek, en daarna ook. Nou heb je natuurlijk sowieso niet zo'n goede kijk op jezelf, dus de objectieve kijk van (gespreksvoerder) heeft mij daar zeker bij geholpen om mijn probleem in te zien.<br><br>Vooral het objectieve kijken en goed luisteren naar mij. Een klein beetje spiegelen, 'u maakt zich wel heel veel zorgen om uw man'. Hij heeft goed doorgevraagd, psychologische vragen. Ik kon het op dat moment niet goed overzien, ik zat er middenin. |
| Deelnemer 6 | … een duwtje in de goede richting te geven. Niet zo'n tunnelvisie van: het gaat slecht, en het blijft slecht gaan. En gewoon een beetje om je heen kijken. En dat heeft bij mij zeker geholpen. In elk geval…de wurgaapjes (CC: zo worden zorgen/stress genoemd) die heb ik van me afgegooid.<br><br>dat boek van (boek over omgaan met piekeren),…. Ik heb niet alles ingevuld, maar wel gelezen. Maar je gaat anders handelen, na die gesprekken. Je wordt er toch wat rustiger van.<br><br>(tip van gespreksvoerder:) Wissel eens van plek, bekijk het van de andere kant. En dat vond ik wel nuttig<br><br>Kijk de problemen tussen mij en mijn familie kunt u niet oplossen. Dat tussen haar (partner) en haar kinderen kunt u ook niet oplossen. Maar goed, dat moeten we zelf. Maar daar hebben we denk ik toch nog wel handvatten voor nodig hoor. Zeker ik. |
| Deelnemer 9 | en ze gaf dus advies hoe ik rustig kon worden. En dat heeft me geholpen!<br><br>**U zei dat (gespreksvoerder) u heeft geleerd om tot 10 te tellen, en heeft ze u nog meer dingen geleerd?**<br><br>Nou ja, dat ik probeer rustig te worden, en niet alles in 1 keer wil. Ik wil alles tegelijk doen, en dan..ja… dan heb ik het alweer gedaan en dan denk ik 'ooo nee even wachten'. Een veel te overhaastig moeten…<br><br>… een heleboel dingen tegelijk. En dan denk ik: nee.. even wachten: eerste dat even afmaken. O ja is ook zo. En daar word ik soms ook wel moe van, van mezelf.<br><br>**en dat is na die gesprekken wel beter geworden, dat u dingen eerst afmaakt?**<br><br>Ja voordat ik met het volgende begin. Dat heb ik me wel voorgenomen, daar heb ik wel mn best voor gedaan.<br><br>**en heeft ze u nog iets gegeven om te lezen ergens over of…?**<br><br>Ze heeft ons een CD gegeven. Ja Dat is ook zo.<br><br>Echtgenoot: niet gebruikt<br><br>Nee die hebben we niet gebruikt |

| | |
|---|---|
| | Echtgenoot: we proberen het zelf op te lossen.<br><br>Ja dat was iets me uh…<br><br>Echtgenoot: CD ligt nog boven. Je mag hem wel terug hebben, maar we hebben hem niet gebruikt.<br><br>We proberen het zelf op te lossen. |
| Deelnemer 11 | **en…u vertelde dat u zich veel beter voelt nu, wat is er bij u veranderd?**<br><br>Toch met die cursus….echt …het staat ook in die brief van…het kwam gewoon warm bij mij binnen. Echt waar, toen ze dat zei…ik werd er zo blij van. En ja… dat heb ik vastgehouden en dat zit er nog. En dat was het. En hoe (gespreksvoerder) dat allemaal vertelde en hoe ze dat doet, dat is heel moeilijk uit te leggen. Dat zou ik niet kunnen vertellen<br><br>**Maar u kreeg er dus een goed gevoel van, en dat gevoel kunt u steeds weer oproepen als het ware?**<br><br>Dat hou ik wel vast. En dan denk ik daar weer aan. En dan doe ik zo (geeft zichzelf een schouderklopje)… ik heb nooit waardering gehad, en daarom is dat wel prettig.<br><br>**want wat moest u dan doen, u gaf uzelf een schouderklopje?**<br><br>ja, ze deed het dan voor, en toen ik dat deed! Het vlamde door me heen<br><br>**o ja?**<br><br>Ja, dat kan geen mens begrijpen natuurlijk, maar ik heb zulke emoties meegemaakt, en dit was een goede emotie. |

| **Hoe vond u de gesprekken?** | |
|---|---|
| Deelnemer 1 | Ja, ik heb dat als prettig ervaren, want anders had ik misschien na de eerste keer al gezegd van dat het niet meer hoefde.<br><br>Ik vond het fijn dat hij ook vroeg, “Kunnen we nog een afspraak maken voor de volgende keer, een vervolg afspraak..” Als ik dat niet prettig ervaar durf ik nu te zeggen van; nou liever niet. |
| Deelnemer 4 | Ik vond het heel plezierig, er zijn altijd dingen waar je normaal niet bij nadenkt. Vooral ging ik hierna nadenken over eten, over de voeding. Na de gesprekken merk ik dat ik bewuster ben gaan eten |
| Deelnemer 5 | (dat de gesprekken thuis waren ).. was in mijn situatie wel erg prettig, omdat ik op dat moment hoopte dat mijn partner ook deel wilde gaan nemen aan de gesprekken.<br><br>Als iemand gewoon rustig luistert en als het met je partner gewoon niet gaat omdat ik er veel te veel bovenop zit, ja dan is het prettig als iemand andersdan even rustig naar je luistert. |
| Deelnemer 7 | Ik vond dat alles heel goed is gegaan en dat kwam heel goed over. |

| | |
|---|---|
| Deelnemer 8 | Dat was heel leuk! Ja! Ze zei probeer nou rustig te wezen. Ze zei van: probeer nou, dan moet je maar tot 10 tellen en dan moet je wat doen. En dat heb ik toen ook gedaan, en dat hielp. Dus ik ben nu weer van plan. Als ik weer zoiets heb, dan moet ik eerst even tot 10 tellen. Rustig aan, en dan door. |
| Deelnemer 9 | We vonden het heel leuk dat ze kwam. |
| Deelnemer 10 | Nou dat ik het plezierig vond. Ze was belangstelling. We hebben over van alles en nog wat gepraat. Over wat ik doe, en wat me bezig houdt. En daar vroeg ze ook naar. Eigenlijk kwamen deze vragen op hetzelfde neer, en daar heb ik op dezelfde manier op geantwoord eigenlijk. Ja ik vond het plezierige gesprekken. |
| Deelnemer 11 | t is misschien ook een beetje aandacht dat je krijgt…. Maar zij begrijpt je zo goed. Wat je hebt. Andere mensen luisteren niet altijd, en die denken dan van: daar heb je haar weer te zeuren. Maar dat was met dit niet zo. Ze luisteren en ze weten precies hoe jij je voelt. Weet je wel…. |

| **Gespreksvoerder** | |
|---|---|
| Deelnemer 1 | Nou hij kwam nogal leuk over, hij kwam ook goed op tijd dus… |
| Deelnemer 2 | Ze wist van aanpakken. Ze was goed en aardig, ik kon het goed met haar vinden.<br><br>Ze was een vriendelijke tante, een vriendelijke open uitstraling |
| Deelnemer 3 | … heb ik ervaren als een leuke vent. Hij heeft een eyeopener geplaatst. Hij zet je aan het nadenken. Het waren prettige gesprekken. |
| Deelnemer 4 | Open iemand. Komt gemoedelijk over. Hij haalt de goede dingen eruit. |
| Deelnemer 5 | Een heel integer iemand, hij kan goed luisteren en erg zorgzaam en behulpzaam. Hij probeerde toch advies te geven op de vragen die ik stelde. De vraag die ik hem stelde ging over medicatie, hoe kan ik mijzelf sterker maken voor de winter, zodat ik in de winter niet achteruit zou gaan. Ik heb zijn advies zeer gewaardeerd. |
| Deelnemer 6 | Het is geen geneuzel van een psychiater of een psycholoog, die als een spons alles uit je opneemt en als je weg bent knijpt hij hem uit. Nee dit heeft toch iets meer waarde. |
| Deelnemer 7 | En het was ook dat je heel goed met haar kon praten. Je hebt ook enkele mensen waar je niet goed mee praten kunt<br><br>**waardoor denkt u dat dat kwam, dat u goed met haar kon praten?**<br><br>ja…de openheid en eerlijkheid<br><br>**ja… en u zegt van: ze is heel open en eerlijk, kunt u daar een voorbeeld van geven waar dat uit blijkt?**<br><br>…onder andere …dat ze zegt van 'je moet niet teveel hooi op je vork nemen, of aardappels in je mandje, want vandaag of morgen ga je door je rug heen' Mentaal he? |
| Deelnemer 8 | Nou ja ik kan goed met haar praten, laat ik het zo zeggen<br><br>zij kan heel goed je op je gemak stellen, en vragen stellen en ook je uit laten praten |

| | |
|---|---|
| | enzo.<br><br>Waarom kan ik met (gespreksvoerder) goed praten…. Uhm….ja..dat weet ik eigenlijk niet. Op mijn leeftijd, en mijn hele leeftijd eigenlijk niet: wij zijn geen praters. Dat openen wat jullie allemaal hebben meegekregen, op school, leesbeurten, noem maar wat op, dat heb ik nooit gehad. Ik was heel..uh.. in mezelf, ook met praten met mijn kinderen heb ik best wel moeite. Ik zal mijn kinderen nooit vertellen wat ik Paula verteld heb, bedoel ik maar. Wat dat betreft ging het eigenlijk heel goed. Ging dat, ja…hoe moet ik dat nou zeggen, ik ben blij dat ik dan eens kan praten. Dat is iets wat ik mijn hele leven nog nooit heb kunnen doen. Mijn zus die nu overleden is, daar kon ik ook heel goed mee praten. Wij hadden dezelfde ervaringen uit onze jeugd. Mijn andere zussen die jonger zijn, die hebben dat niet. Die zeggen dan: waar heb je het over, wat maak je je druk . Die begrijpen niet dat mijn leven daardoor beïnvloed is. En dat kon ik dus met Paula wel, ik kon het haar allemaal vertellen, en ik kon er met haar over praten |
| Deelnemer 9 | een heel aardige vrouw hoor. Ze luistert goed en ja… ja hoor. |
| Deelnemer 10 | belangstellend en vriendelijk.<br><br>**vind u dat belangrijke eigenschappen?**<br><br>jawel, dat denk ik wel dat dat belangrijk is als je dit werk doet. |
| Deelnemer 11 | Leuk, leuke meid<br><br>**Wat vond u leuk aan haar?**<br><br>ja…. Ik praat graag met haar. Weet ik veel,…. Het begrijpen, ja.ja, verder ken ik haar natuurlijk ook niet, maar ik vond het een leuke meid. Ik ben blij dat er naar toe geweest ben. |

| **Ideale hulpverlener** | |
|---|---|
| Deelnemer 1 | Nou een begrijpende in ieder geval, begripvol…nou..lastig..<br><br>Nou wat ik verder nog kwijt wil…nou ik heb eerder wel eens een maatschappelijk werkster gehad, maar dat haakte dan na verloop ook gewoon af. Ik vond wel dat de, ook omdat jij er nou ook nog op terug komt, ik vind dit toch veel positiever toen ik daar was. Dan had ik die en dan weer een ander, nooit een keer dezelfde.<br><br>**U vond het dus fijn dat iedere keer dezelfde persoon weer terugkwam?**<br><br>Ja, nou het was zo dat vroeger, ik moest aan iemand wennen. Bijvoorbeeld de kapper, daar moet je ook aan wennen. Als je een goede hebt, dan houd je die. En dat gebeurde ook heel veel.<br><br>**Dat was zo bij de maatschappelijke werkers?**<br><br>Ja, dan ging die weer weg en dan kwam die weer en dat ging iedere keer maar zo.<br><br>**U vond dat niet prettig?**<br><br>Nee, totaal niet leuk. Dat vond ik bij het de gesprekker wel heel fijn, dat dezelfde weer kwam. |

| | |
|---|---|
| DEELNEMER 2 | Dat verschilt. Bepaalde steun dat je eraan moet hebben, en dat ze goede adviezen krijgt. |
| Deelnemer 5 | Ja, ik praat makkelijker met een vrouw dan met een man. Ik kan meer open zijn bij een vrouw. Voor de rest is (gespreksvoerder) een prima man hoor, maar een vrouw had ik prettiger gevonden. |

| **Aanraden gesprekken aan andere mensen** | |
|---|---|
| Deelnemer 3 | Je gaat alles even bij langs en dan krijg je er even een ander beeld van. |
| Deelnemer 4 | Ja, als iemand er mij naar zou vragen zou ik het hen adviseren. Ik ken zo geen mensen die ik denk dat het nodig hebben. Baat het niet het schaadt ook niet.<br><br>Het zou natuurlijk voor de één meer werken dan voor de ander. |
| Deelnemer 5 | ik zou de keukentafelgesprekken wel aan andere mensen aanbevelen. Ik heb niet veel geld om bijvoorbeeld naar een psycholoog te gaan, dus deze gratis en laagdrempelige hulp is voor mij heel prettig geweest. |
| Deelnemer 8 | zeker! Ja. Er zitten zoveel mensen vast. En zeker ook oudere mensen. Omdat wij nooit gepraat hebben. |
| Deelnemer 10 | jawel hoor, het is belangrijk voor mensen die alleen zijn, dat er mensen zijn die naar ze luisteren.<br><br>**…..waarom is dat belangrijk?**<br><br>Dat weet ik niet. Dat voel ik zo aan…..<br><br>**voor u is dat belangrijk?**<br><br>je bent natuurlijk altijd samen geweest. Wij hadden een goed sociaal leven samen, maar ook apart. Mijn man had dingen, en ik had dingen. We waren erg belangstellend voor elkaars leven, elkaars dingen |

| **Verbeterpunten** | |
|---|---|
| Deelnemer 5 | Maar misschien voor een volgende keer, ik praat makkelijker tijdens een wandeling bijvoorbeeld, als je even uit je thuissituatie bent en minder in je eigen hoofd gekeerd je misschien tot andere inzichten komt. Maar dit is mijn eigen ervaring. |
| Deelnemer 4 | Voldoende aantal gesprekken, geen verbeterpunten. |
| Deelnemer 6 | nee af en toe contact …ja…zou ik wel…nuttig vinden. Vooral om je eens te wijzen op het feit: je bent toch weer verkeerd bezig. Zo heeft ze dat nooit gezegd hoor. Maar je bent weer verkeerd bezig, want je graaft je eigen graf. Ja. Ik denk dat het wat dat betreft wel zinnig is, als …ja…met enige regelmaat, dat hoeft natuurlijk niet elke week, of 2 weken of elke maand, maar..dat je toch weer eens een keer met je neus op de feiten wordt gedrukt, en zegt van…, op een nette manier hoor, want ze is helemaal niet grof geweest, dat ze gwoon zegt van' als je dat nou zo bekijkt of zo bekijkt' |
| Deelnemer 9 | **en waren er ook dingen die u niet prettig vond in de gesprekken?** |

| | |
|---|---|
| | nee<br><br>**nee?**<br><br>ging allemaal prima<br><br>**en vond u 3 keer genoeg, of had ze wel vaker mogen komen?**<br><br>Nee, nadat ze 3 keer is geweest vond ik wel dat ik veel geleerd heb, en ik probeer om het zo goed mogelijk te doen. Nou dat is gewoon goed gegaan. Wel voldoende |
| Deelnemer 11 | nou nee…. Het was goed zoals het geweest is. Ik ben wel iemand van: ik zoek hulp, maar ik wil er ook wel weer een keer vanaf, weet je |

**Bijlage 10 Tekstfragmenten diepte-interviews met gespreksvoerders**

Hieronder staan tekstfragmenten uit de diepte-interviews weergegeven, gegroepeerd per code. Elke tabel heeft een ander onderwerp. Vetgedrukte teksten zijn teksten van de interviewer.

| **Motivatie** | |
|---|---|
| Gespreksvoerder 1 | |
| Gespreksvoerder 2 | Ik heb gereageerd op een vacaturemelding dat er iemand vanuit de verpleegkundige discipline voor een aantal uren per week gezocht werd. En ik heb erop gereageerd omdat het me enerzijds wel leuk leek om eens vanuit de 1e lijn te werken, en anderzijds was ik hele benieuwd in hoeverre ik met mijn achtergrond als voedingsdeskundige, in hoeverre daar een rol voor weggelegd was. Dat zal al een beetje in die vacature, dat het dagelijks leven werd meegenomen, en ik was benieuwd wat ik daarin kon doen. |
| Gespreksvoerder 3 | via onze leidinggevende, die heeft ons gevraagd, of wij dat in Emmen zouden willen doen samen met Paula. |
| Gespreksvoerder 4 | Onze leidinggevende wist dat er een vacature was, en omdat wij al werkten bij de afdeling ouderen sloot dat mooi aan. En aangezien wij daar wel ruimte voor hadden, zijn we 4 uur in de week op dit project gaan werken |

| **Opbouw gesprekken** | |
|---|---|
| Gespreksvoerder 1 | Dan vroeg ik eerst: hoe gaat het met uw gezondheid, dan kan dan op alle gebieden zijn…met bewegen en dan noemde ik die BRAVO gebieden. Of u wilt wat meer onder de mensen komen, speelt dat ook bij u.. en vaak was dat wel zo. De meeste mensen piekerden heel veel, of sliepen slecht, of zagen echt weinig mensen. En die waren dan niet op de hoogte van de mogelijkheden van SWW, of een ouderenrestaurant, dat soort dingen. En dan was het vaak al voldoende als ik vroeg of een ouderen adviseur langs wilde komen om dat te vertellen, en dat was dan vaak al voldoende.<br><br>**en als er dan een probleem was vastgesteld, wat gebeurde er dan? Dan maakten jullie samen een plan?**<br><br>Ja dan probeerde ik eerst of ze naar een cursus konden, bijvoorbeeld stoppen met piekeren. En als dat er niet was, dan ging ik kijken of ik de cursus bij mensen thuis kon geven, het liefst met de partner erbij. Bijvoorbeeld echtpaar x. En dan kwam ik voor die vrouw, maar dan zat die man er ook bij en die wist dan ook wat zijn vrouw voor huiswerk moest doen. Dat was heel leuk, die was er heel actief mee bezig En dan deden ze samen de ontspanningsoefeningen. Dus dat ik denk ik wat ik het meeste heb gedaan.<br><br>**En wat deden jullie dan in het 2e en 3e gesprek?**<br><br>P: als we de piekercursus deden, wat waren 3 bijeenkomsten, dus dat kon ook mooi in 3 gesprekken. Maar bij anderen… bij het eerste gesprek stelden we een doel, bij het 2e gingen we kijken of het haalbaar was en of ze al wat hadden |

| | |
|---|---|
| | gedaan, en de 3e was een soort evaluatie. |
| Gespreksvoerder 2 | Ja, in principe werden er 3 gesprekken gepland. Het eerste gesprek was meestal een kennismakingsgesprek, met een stukje voorlichting wat het project inhield. Er waren toch wel een paar onduidelijkheden, mensen hadden zich wel opgegeven maar hadden niet precies in de gaten wat de bedoeling was. En dan was vaak het eerste gesprek heel oriënterend, van: wie bent u, wat doet u, waar loopt u tegenaan in het dagelijks leven en welke mensen zitten in uw systeem. En aan het eind van het eerste gesprek, dat lag er soms aan, soms hadden mensen zoveel te vertellen dan deed ik dat in het tweede gesprek, maar als het allemaal liep, dan werd de kaart ingevuld: waar loopt men tegenaan en wat wil men bereiken. Het tweede gesprek was wat meer verdieping in de problematiek. Een stukje voeding werd daar meegenomen. Als daar behoefte aan was, en er waren problemen met voeding, bijvoorbeeld overgewicht, dan deed ik bij het tweede gesprek een vetmeting. En dan keken we nog even naar kaart, of die nog klopte. En dat zat vaak tussen het tweede en derde gesprek wat meer tijd, zodat deelnemers konden kijken hoe het loopt in hun leven en het derder gesporek was meer: hoe loopt het. En terugkijken: wat heeft u bereikt en wat wilt u nog bereiken. Kunt u dat zelf, of hebt u daar iemand anders bij nodig. Dat is het zo een beetje in vogelvlucht geschetst. |
| Gespreksvoerder 3 & 4 | **en dat deden jullie dan in het eerste gesprek, het formulier invullen?**<br><br>4: ja dat wisselde wat… afhankelijk van wat er allemaal ter tafel kwam. Soms kwam er het eerste gesprek zoveel, dat we zeiden: we gaan hier volgende keer op door en dan vullen we het dan wel in.<br><br>**En in het 2e gesprek gingen jullie daar op verder?**<br><br>4: Sowieso kijken wat er in de tussen tijd is gebeurd. Hoe gaat het met iemand, en kijken naar de acties die iemand al heeft ondernomen…. Hoe loopt dat dan? Wat zijn de struikelblokken. Want eigenlijk was het na 2 gesprekken wel de bedoeling dat iemand die kant wel wat op gemanoevreerd was. |

| **Systeem** | |
|---|---|
| Gespreksvoerder 1 | Dat liep niet. In een klein aantal waren ze er vanaf het begin af aan bij. De oorspronkelijke opzet was dat natuurlijk dat zij een probleem hadden of zagen dat hun vader of moeder te weinig bewoog ofzo, en dat we dan zouden proberen die oudere te motiveren om meer te bewegen of meer naar buiten te gaan. Nou dat werkte eigenlijk niet. Want vaak zijn kinderen steunsysteem. Die hebben gewoon geen tijd of geen zin om 3 gesprekken aanwezig te zijn. Die vonden het allang best als ik dingen overnam. Of ze woonden aan de andere kant van Nederland, dus dan kwamen ze niet. Dus dat werkte niet zoals het zou moeten.<br><br>**Denk je dat effect heeft gehad op de resultaten?**<br><br>Ik weet natuurlijk niet hoe het was gegaan als het wel volgens het boekje was gegaan. Maar, de mensen die ik heb gesproken van het steunsysteem vonden het soweiso wel prettig dat ik bij hun ouder op bezoek kwam en dat ik dan wel, ook al was het telefonisch, met ze praatte. Of via de mail, dat gebeurde ook wel veel. Ze zeiden dat ze dat wel prettig vonden en zich daardoor minder zorgen maakten. Maar ik weet niet hoe het anders was geweest. Dan hadden we soweiso minder mensen gehad. |

| | |
|---|---|
| Gespreksvoerder 2 | ik probeerde het systeem er ook bij te betrekken. Maar als ik zo terugkijk, dan viel mij dan op, over het algemeen waren mensen vrij zelfstanding, dat ze wel tegen dingen aanliepen, maar dat ze hun kinderen zo min mogelijk wilden belasten. En een enkele keer kreeg ik wel een telefoonnummer, maar eigenlijk maar heel weinig dat een deelnemer zei van: dan nodig ik mn dochter uit, of mn zoon. Dat had ik van tevoren anders gedacht, met een dochter erbij of een andere mantelzorger, maar dat is ook een beetje de praktijk met ouderenwerk, daar zijn vaak wat grotere problemen en daar zit vaak met een eerste gesprek al het systeem. Maar heel veel ouderen die ik tegenkwam die hadden zoiets van: 'ik wil niet mijn dochter belasten'. Dat lukte mij vaker niet dan wel. Partners waren een ander probleem, die waren vaak wel aanwezig…<br><br>Dat was dus een moeilijkheid, om toch duidelijk te maken dat het goed was als de kinderen erbij waren, maar dat lukt niet altijd.<br><br>**Waarom lukte dat dan niet?**<br><br>Ze vonden het bezwaarlijk om een beroep te doen op hun kinderen, die willen ze weinig mogelijk belasten. En eigenlijk pas een beroep op ze doen als het ECHT nodig is. Ze hadden vaak wel kinderen die ook werkten, en dat was dan ook weer bezwaarlijk omdat dat zou betekenen dat een van hun kinderen vrij zou moeten nemen. Ik weet niet hoe het anders was gelopen als ik 's avonds of in het weekend langs was geweest. Dit werd in elk geval door een grote groep zo aangeduid.<br><br>(…)<br><br>Omdat het nog bij henzelf ligt. De kinderen sparen. Of voor slechtere dagen…terwijl als ik dat zo met hen besprak..dat kidneren het wel aanboden, dat was wel gek. Men was ook wel geïnteresseerd van: wat voor project is dat, waar doe je aan mee? Die interesse was er wel. Men bood ook wel aan: kan ik wat doen. Maar een groot aantal mensen (deelnemers) zei: ik kan het alleen wel af. |
| Gespreksvoerder 3 & 4 | 3: Als je met systeem familie bedoelt, dan was dat bij mij maar bij 1 gesprek het geval, en 1 meneer had zoiets van dat kan ik zelf, maar die was verwezen door de SPV-er bij de HA en dat is later zijn systeem geworden. En ik had een aantal mensen in het verzorgingshuis, en daarvan was de verzorgende het systeem<br><br>**En was het makkelijk of moeilijk om het systeem erbij te betrekken?**<br><br>3: verzorging niet, dat was goed uit te leggen, het hoe en waarom, en men wilde graag meewerken. En bij 1 mw was de dochter, maar goed, die woonde ver, dus dat ging vaak telefonisch. En 1 keer was die lijfelijk aanwezig. Die was van heel goede wil, maar die kon niet vaker…<br><br>**(aan 4): en hoe was dat bij jou?**<br><br>4: Ik heb maar 1 keer het systeem erbij gehad en dat was goed, betrokken, meedenkend….<br><br>**en waarom waren er bij de anderen geen systeem?**<br><br>4: ja goede vraag… omdat ze al zo ziek waren, en daar waren ze dan al zo druk mee bezig. Ik weet het eigenlijk niet meer zo goed. |

| **Werving** | |
|---|---|
| Gespreksvoerder 1 | Ten eerste moet je mensen zien te vinden. En dat bleek heel erg lastig. Ik heb heel veel tijd gestoken in netwerkcontacten opbouwen. Ik ben overal geweest, bij elke welzijnsinstelling in Drenthe, mantelzorgers, wijkagenten, teams van de GGZ die met ouderen te maken hebben. Het laatste jaar hebben we nog wel iets van 25 instanties bezocht, thuiszorgorganisaties, etc. Ik heb daar wel een lijst van, die zal ik opsturen.<br><br>Dat werkte allemaal niet. Iedereen vond het wel een leuk project, en iedereen kende wel mensen die eenzaam zijn, maar daar kwam gewoon niks van. En ik stuitte bij collega's ook op veel weerstand. Die hadden zoiets van: je komt in onze keuken kijken en wat kun je beter dan wij..? Dan was heel lastig. Die wilden niet dat ik bij hun mensen kwam. Ik vroeg of ik een dagje mee mocht lopen om te kijken waar ouderen tegenaanlopen….dus dat was heel erg lastig. Dus dat werkte allemaal niet. Dus toen ben ik naar een wijkagent of een gebiedsregisseur van de gemeente Assen van een probleemwijk waar veel laagopgeleide ouderen wonen. Er is daar 1 seniorenflat met veel problemen, wara de GGZ vaak komt, omdat er oerlast is. En toen heb ik contact gezocht met de huismeester, die woont daar ook, die was heel betrokken bij de bewoners. Toen heb ik samen met haar een voorlichting georganiseerd, met een quiz met prijzen, want ik dacht dan komen mensen wel. En toen heb ik de gezondheidsquiz bedacht. Die heb ik daar gehouden, en daar was radio Drenthe ook bij, dat was heel leuk. En er waren iets van 45 mensen. En dat liep als een trein. En ik kreeg een aantal aanmeldingen voor keukentafelgesprekken en er waren aanmeldingen voor de gezondheidschecks, en toen bleef het toch weer hangen. Ik krege daar 2 of 3 keukentafelgesprekken uit.<br><br>Toen heb ik het in een flat ernaast nog een keer gedaan, maar daar kreeg ik vooral de mondige oudjes. Echt de eenzamen die kwamen natuurlijk weer niet. Toen heb ik 4 mondige dames gevonden, en gevraagd of die met mij wilden denken. Toen heb ik koekjes gekocht en zijn we bij 1 van de dames op de koffie gegaan. Toen zijn we alle bewoners van de flat doorgegaan en toen hebben we gekeken van: wie is er eenzaam, over wie maak je je zorgen. En daar kwamen ook weer 4 namen uit. En toen heb ik aan de dames gevraagd of die hen wilden vragen of ik eens langs kon komen en of zij dan ook mee wilden als systeem. En daar ben ik toen ook bij 4 mensen langs gegaan. En dan was het dan ook weer. Dat werkte dan even, maar ook niet echt.<br><br>Toen heb ik alle dominees van Hoogeveen aangeschreven, want ik had van een collega gehoord dat die in het kerkblaadje hadden geschreven dat zij zich wilden bezighouden met eenzaamheid. Maar ook daar geen reactie op. Dus dat werkte ook niet.<br><br>En toen wilden we het nog 1 week proberen, en anders het project maar stopzetten. Want die andere projecten liepen ook voor geen meter. En toen heb ik collega's gevraagd of zij ouders of opa's of oma's hadden die in aanmerking kwamen…. en zo ben ik aan een paar mensen gekomen. En via een moeder van een collega kwam ik in contact met de beheerder van een serviceflat in Hoogeveen. Die is toen alle deuren langs gegaan, waravan zij dacht dat die er wel behoefte aan hadden, en zo had ik er weer een stuk of 5.<br><br>Toen ging SWW zich er mee bemoeien, toen hebben we samen met SWW voorlichting opgezet. Geflyerd, posters opgehangen in de supermarkt.. En toen begon het eindelijk te lopen. Bij de voorlichting kwamen iets van 45 mensen. We hadden het ook zo gedaan dat mensen zich direct konden opgeven voor cursussen of keukentafelgesprekken. En toen gaven mensen zich wel op. En bij de voorlichting heb ik ook gevraagd of er 5 mensen waren die mee wilden denken, |

| | |
|---|---|
| | een soort denktank. En daar zijn we mee om de tafel gaan zitten, om te brainstormen hoe we mensen uit de buurt konden bereiken… nou daar kwam ook niet veel uit moet ik zeggen. Maar mensen voelden zich wel wat meer betrokken. En zo ging het viavia lopen… en toen gingen de cursussen wat lopen, en kregen we mond-tot-mond reclame en zo ging het lopen.<br><br>**Is er nou iets aan te wijzen waardoor het ging lopen? Als je nou nog een keer zo'n project wilt opzetten: wat is dan de beste wervingsmethode?**<br><br>Een quiz, maar samen met een welzijnsinstelling. Daar kwamen de meeste aanmeldingen uit. Later, hebben we ook cursussen georganiseerd in samenwerking met een welzijnsorganisatie, en daar kwamen ook wel weer mensen uit binnen. En toen mensen mij wat meer gingen kennen, ouderenwerkers of maatschappelijk werkers, die belden mij soms ook wel direct, van: wil je daar eens kijken. Toch wel mond tot mond reclame.<br><br>**Het is dus wel een hele investering geweest.**<br><br>**Dat is wel belangrijk om te weten: hoe kom je bij die mensen achter de voordeur? Hoe vind je ze.**<br><br>Toch door heel veel te netwerken. Als mensen je kennen gaat het makkelijker. Alleen maar bellen of mailen werkt niet. Je moet er continu heen.<br><br>En wat trouwens ook goed werkt: op een gegeven moment hebben we een advertentie in de krant gezet. Van dat je gratis mee kon doen met de gesprekken. Toen belden heel veel mensen.<br><br>**In de lokale krantjes?**<br><br>Echt veel mensen belden. Ze konden mij direct bellen, en ik werd platgebeld<br><br>**en vielen die mensen dan ook binnen de doelgroep?**<br><br>nee… dat niet. Ik denk de helft wel. Plus dan mensen zelf belden, dus dan had je niet het systeem erbij. Dus dat voldeed niet aan het doel van het project. Dus het systeem schakelde ik dan later in. Maar het werkte wel met het woordje gratis.<br><br>---<br><br>We hebben trouwens onze (wervings)strategie nog wel veranderd, want we dachten van: we moeten het systeem er meer bij in hebben. Dus toen hebben we allemaal nieuwe folders gemaakt gericht op mantelzorgers, van 'maakt u zich zorgen over uw ouder?' en dat hebben we ook op allerlei webistes van de AMBO en vrouwenplein gezet. Maar dat werkte helemaal niet. Volgens mij heeft er niemand gebeld, of niet veel in elk geval. |
| Gespreksvoerder 2 | Er waren een aantal die via Paula's moeder van het project hadden gehoord of een flyer hadden gekregen. Een paar heb ik via een collega, een PoH, die had de flyer aan een aantal mensen gegeven die hadden gereageerd. En Paula is een keer op de radio geweest, dara kwamen ook weer 1 of 2 aanmeldingen van. Meestal belden de mensen een algemeen nummer, en ik kreeg ze dan in 2e instantie de clienten toegewezen.<br><br>We hebben in het eerste half jaar, toen maakten we ons zorgen over de instroom, toen hebben we een aantal voorlichtingen gehouden in Zuid West Drenthe, waar ik werk, over voeding bij de thuiszorg. Dus niet bij de wijkverpleging, maar bij de |

| | |
|---|---|
| | huishoudelijke dienst. Een algemeen praatje, daar was ook wel behoefte aan<br><br>**dus dat was voor mensen die werken bij de thuiszorg, niet hun clienten?**<br><br>ja, professionele werkers, met de oproep: mochten jullie binnen jullie werkgebied mensen hebben die behoefte hebben aan dit project, laat ze dan weten dat het er is. En datzelfde geldt natuurlijk voor hun eigen omgeving. En daar hebben we een drietal middagen voor georganiseerd en dat leverde bar weinig op. We hadden gedacht van: ze komen bij zoveel ouderen over de vloer, dat moet wel wat opleveren.<br><br>**Wat is bar weinig? 1 of 3 of 0?**<br><br>0 of 1. Dat is best wel weinig. Daar is best veel tijd in gaan zitten, en we vroegen ons wel af van hoe kan dat? Je hebt een hele grote groep die bij mensen langskomen. De voorlichting hadden we opgedeeld in een stukje algemeen over voeding en ouderen, en 1/3 van die lezing ging over het project, dus we hebben er best veel aandacht aan besteed.<br><br>**Kun je verklaren waarom dat weinig heeft opgeleverd?**<br><br>Nou wat ik later hoorde, vanaf de leidinggevende…die vroeg van :zijn er nog aanmeldingen… dat het idee leefde: zo gauw er problemen waren dat andere organisatoes, zoals de GGZ, of thuiszorg, aanwezig waren en dat het probleemgebied voldoende was afgedekt en dat het dan niet nodig was dat nog een ander iets ernaast zou gaan doen. Dat is wel interessant natuurlijk. Ik heb ook een mevrouw bezocht die behoorlijk in de hulpverlening zat en die had wel behoefte aan een keuekntafelgesprek, het sloot het niet uit. Heel jammer, maar op de manier is het niet gelukt.<br><br>Die voorlichtingen bij wijkteams die genereerden niks. Je hebt een groep waarvan je van tevoren dacht, die moeten in beeld komen, wat sociaal zwakkeren, Ik denk dat die verhouding er niet helemaal is uitgekomen. Ik denk dat we naar verhouding veel goed opgeleide, financieel iets beter gesitueerde mensen hadden. Mara bij deze groep is er zeker ook wel behoefte. Maar die groep die daar onder zit… waar vang je die nou? Soms zijn daar de problemen al wat groter. Het is heel moeilijk om die groep te pakken te krijgen. Je hebt het over de huisartsen, maar ik denk dat je die groep bij de huisartsen ook niet altijd in beeld zijn, maar meer bij de PoH. Maar dan zijn er vaak al problemen. Dan zijn er al afspraken voor somatische problemen of systeem problemen.<br><br>Dat was wel het verschil. Je hebt natuurlijk een soort voorselectie, omdat mensen zichzelf hadden opgegeven. Je had dan wel de iets actievere clientèle |
| Gespreksvoerder 3 & 4 | 4: Mensen die naar zon voorlichting komen dat zij mensen die toch al actief zijn..en de doelgroep schoten we net voorbij. Als je kijkt wat verzorgingshuizen allemaal aanbieden qua activiteiten, daar kun je elke dag 2 programma's doen. Mensen die toch actief zijn, die hebben al een heel scala aan mogelijkheden.<br><br>3: En buiten verzorgingshuizen wordt ook veel georganiseerd. Ik begreep dat er vanuit de gemeente onder dezelfde noemer ook keukentafelgesprekken worden aangeboden. En je hebt welzijnswerkers en de sedma En ook die hebben projecten.<br><br>4: vorig jaar zijn er heel veel van deregeljke projecten geweest dt viel me wel op |

| | |
|---|---|
| | 3: dat is moeilijk denk ik. Want wij zij bijv ook in Nieuw Buinen geweest, op een gezondheidsmarkt, en daar heb je de wat jongere ouderen, dus een stapje voor het verzorgingstehuis, maar ook daar kwam niet veel….maar het was wel goed voor ons netwerk. Wij hebben veel mensen ontmoet en als ingang gebruikt om te vragen of de kunst van het ouder worden konden geven bij die instellingen<br><br>3: maar het viel me inderdaad op hoeveel projecten er toen liepen. Iedereen had wat en was uit dezelfde fuik aan het vissen. Ik denk dat je je doelgroep kan bereiken door samen te gaan werken met thuiszorgorganisaties, huisartsen, die komen wel bij die zwakkeren…en misschien ook wel bij teamleiders in verzorgingshuizen… |

| **Hulpvraag** | |
|---|---|
| Gespreksvoerder 1 | Dat is hoe ze dat zelf aangeven. Ik kan er wel dingen van vinden. Want ik kwam ook wel bij mensen die heel weinig sociale contacten hadden, maar die zeiden van: daar heb ik helemaal geen behoefte aan, ik ben helemaal niet eenzaam. Terwijl ik dan dacht van: nou jeetje, je zal maar zo moeten leven. Dus dat bepaal ik niet zelf. Als zij daar problemen door ondervinden of hun familie, dan is er een probleem |
| Gespreksvoerder 2 | Dat was wel iets wat ik vaak tegenkwam: dat ouderen tegen hun grenzen aanliepen, fysiek en mentaal en daar wel behoefte aan hadden om daar over te praten: wanneer lever je in, hoe lang ga je door met dingen, wanneer ga ik verhuizen, wanneer doe ik een beroep op de kinderen, hoe lang behoud ik mijn zelfstandigheid… dat kwam heel vaak weer terug.<br><br>Bij een grote groep was het ‘behoud van autonomie’ of ‘het oplossen van knelpunten’. Maar het was ook vaak wat praktische dingen, een soort stok achter de deur voor iemand. Bij de derde afspraak, bijvoorbeeld bij een mw met een conflict met haar huisarts, dan spraken we af: als u volgende keer weerkomt, dan heb ik dat probleem met mijn huisarts besproken. Een soort stok achter de deur. Of… iemand die had samen met haar man, die durfde niet meer in de auto te rijden, om dan samen een ritje te maken. Heel praktisch. Of mensen die een beslissing zouden nemen over bijvoorbeeld verhuizen. Wat ik eerder al zei, een stukje autonomie speelt mee. Maar ook het helder krijgen, door er ook met kinderen over te praten. Dat er een concreet doel kwam. |
| Gespreksvoerder 3 &4 | 4: eenzaam, heel veel eenzaamheid. Accepteren dat je ouder wordt, het afnemen van krachten, dat wel heel veel. En wat me erg opviel, dingen komen ook terug, in het hele leven. Dingen van minderwaardigheid: van: dat kan ik toch niet. Alsof het als het ware weer uitvergroot terugkomt, of nooit weg is geweest natuurlijk, maar dat was wel heel opvallend. Dat ik vroeg: hier heeft u vroeger ook mee geworsteld, en dat klopte ook vaak. En dat dat misschien eerst vaak wordt opgevangen omdat er een baan is of kinderen of een echtgenoot die je meesleept…dat viel mee. |

| **benadering/eigen kracht** | |
|---|---|
| Gespreksvoerder 1 | Wat ik steeds hoorde van mensen is dat ze het gewoon heel prettig vonden dat er aandacht voor ze was. Als hulpverlener zit je 40 minuten bij iemand, en dan moet je alweer weg, maar ik had natuurlijk veel meer tijd. Dta vonden ze heel prettig. En we deden ook dingen die er niks mee te maken hadden, geen moeilijke dingen ofzo. Bij een mevrouw die veel schilderde, dan gingen we uitgebreid alle schilderijen bekijken. Daar was veel meer ruimte voor, dat was heel prettig, maar volgens mij vinden volwassenen dat ook prettig. Dus ik denk dat dat voor elk leeftijd wel prettig is.<br><br>---<br><br>ik vond het vooral heel leuk, omdat het zo laagdrempelig was. En dat ik echt gevoel had dat ik wel wat bijdroeg voor de mensen. En netwerken vond ik heel erg leuk. En dat ik zelf heel erg kon bepalen welke kant ik op wilde, dat ik vrij werd gelaten. Er was eigenlijk niet zoveel wat ik niet leuk vond. Eigenlijk alleen in het begin toen de werving niet lukte. Maar toen dat eenmaal ging lopen vond ik dat ook wel heel erg leuk.<br><br>Het grootste verschil met reguliere contacten is dat je meer tijd hebt, dat je wat rustiger doet, dat je kan kijken wat mensen zelf kunnen doen. EN voor de rest is het net als met reguliere hulpverlening. Het moet klikken, je moet affiniteit hebben, je moet kunnen schakelen, dingen te bedenken om mensen te motiveren, systeem betrekken. Dat moet in de gewone hulpverlening ook. |
| Gespreksvoerder 2 | Het mooie is dat de keuekntafelgesprekken, er is geen verwijzing, er is geen aangeduid probleem. We krijgen alle ruimte. Bij reguliere aanmelding bij de GGZ is er vaak wel een wat groter probleem aanwezig. Ik vond het voor mezelf heel prettig dat je met een heel brede kijk iemand aanhoort. Als professional bij de geheugenpoli heb je al gauw de neiging om met een kokerview tegen het probleem aan te kijken<br><br>---<br><br>Ik vond het wel mooi bij een aantal mensen, te horen wat hen bezighield. Soms dan zag ik wel andere problemen. Maar als zij dat dan niet zo ervaarden dan was ik bij dit project niet in de positie om te vragen van hoe zit het hiermee en daarmee? Zij gaven aan wat hun probleem was. Een volwaardiger relatie is het dan, dan als iemand wordt verwezen door een huisarts. Iemand heeft zelf de touwtjes in handen. Als iemand dahct na 2 x het is klaar, dan was het ook klaar. Ook al zag je nog wel andere problemen.<br><br>**Ik vind het wel interessant dat je dat zegt. Want het idee is wel, dat als we hier in de toekomst verder mee willen gaan, dat je dan een verwijsbrief van je huisarts nodig hebt. Dat gaat om financiering natuurlijk. Maar jij zegt dus eigenlijk, dat als dat niet zo is, dat dan de relatie veel gelijkwaardiger is.**<br><br>Zoals het hier in elkaar zat wel. Kijk met een verwijsbrief, ik begrijp wel dat dat nodig is voor de financiering..<br><br>**ja, maar het is dan wel iets wat je inhoudelijk terugziet in hoe de gesprekken gaan.**<br><br>H: Ja want een huisarts zal dan ergens een probleem moeten ervaren wat hij in de verwijsbrief verwerkt. En bij deze groep was het zo, dat het soms heel verrassend was dat er toch een knelpunt was waar ze de ruimte voor kregen, maar waarvoor |

| | |
|---|---|
| | ze nooit voor naar een huisarts waren gegaan. Daar zit wel een spanningspunt in.<br><br>---<br><br>Om minder met kant en klare oplossingen te werken. het werk wat ik doe bij de geheugenpoli en ouderenpsychiatrie dat gaat meer zo van: er wordt een probleem gedefinieerd, en dat is dan ook wel vaak een probleem. En dan heb je toch meer kokervisie<br><br>---<br><br>Het zit ook meer in de coaching en supervisie rol, dan in het klassieke ziektemodel. Er zit wel een spanningsveld omdat huisartsen heel erg op problemen gericht zijn. Je moet dan een soort mix vinden. Want in 3 gesprekken kun je met veel mensen een hele eind komen. En dat mensen niet te afhankelijk van je worden, dat ze autonomie houden en een stukje lijdensdruk, daar gaat de coaching dan om. |
| Gespreksvoerder 3 & 4 | …. En als verpleegkundige ben ik wel een beetje gewend om te denken voor mensen, dat mag nou steeds minder. En bij de keukentafelgesprekken was dat heel belangrijk, dan ga je uit van wat mensen zelf willen of kunnen.<br><br>ja om uit te gaan van hun kracht. Er was een meneer, die heb ik doorverwezen naar een andere instantie in zn woonplaats, dat hadden we dan samen bedacht, en die meneer heeft dan in 1e instantie zelf contact gelegd. Ik ben dan degene die heeft gezocht, van wat zijn de mogelijkheden hier, en hij was degene die contact opnam.<br><br>**Vond je dat moeilijk om de regie uit handen te geven?**<br><br>3: ja goed…<br><br>4: Nou ja regie, het is meer van: ik regel het wel even.<br><br>3: Dat is vaak de kortste klap, en je weet zeker of iets lukt of niet en of er nog iets anders moet gebeuren… zo werken wij meestal…. Maar het is ook prettig om te ervaren dat mensen zelf heel veel kunnen.<br><br>---<br><br>3: terwijl dat eigenlijk een mw was die niet verder kwam dan: ik slaap niet goed. En wat kun je dan zelf? Ja, ik slaap niet goed..<br><br>**En hoe heb je dat dan doorbroken?**<br><br>3: nou op een gegeven moment…. Ik kende haar al, en op gegeven moment heb ik gezegd: de verzorging doet goed zn best: geen koffie met caffeine, warme melk, wat er ook bedacht werd, de verzorging werkt mee. De dokter schrijft slaapmedicatie voor, dat is gebeurd. Ik zei: de enige die eigenlijk nog niet actief is geweest, was die mw zelf. En toen had ze zoiets van: weet je, als dit een kans heeft, wil ik het wel proberen..<br><br>**en toen is ze de cursus slapen kun je leren gaan doen**…<br><br>3: en het is een vrouw altijd op de achtergrond, en de cursus was in een ander verzorgingshuis, en zij kwam daar en durfde iets te zeggen, en ik zat met open mond te kijken. En dat er iemand van de verzorging meekomt, en die is alle bijeenkomsten van de cursus geweest om zelf en samen met haar dingen te ervaren en leren. En ik moet eerlijk zeggen, dat is een grote winst voor mij, ik wist |

| | |
|---|---|
| | dat Indigo bestond, maar hoe en wat niet, maar nu weet ik dat wel. Dat is een grote winst voor mij. Door er aan mee te doen kom je er achter wat ze te bieden hebben.<br><br>3:… en aan de andere kant sluit het aan bij een slag in ons werk, om meer de gezonde dingen te benaderen, kijken wat ze nog wel kunnen…<br><br>4: herstelgericht.<br><br>3: in die zin sloot dat mooi hier op aan. Natuurlijk is dat niet helemaal nieuw. Maar als je al jaren je kunstje doet verwaterd het soms een beetje…<br><br>4: je denkt al snel dat je het beter weet… |

| **Methode** | |
|---|---|
| Gespreksvoerder 1 | Ik begon meestal meestal…mensen hadden een aanleiding waarom ik kwam. Of ze hadden zelf gebeld of hun familie had gebeld of ze waren doorverwezen en dat gebruikte ik dan om binnen te komen. **E**n dan vertelde ik eerst wat over het hele project, dus ook over de gezondheidschecks en de cursussen en dan vertelde ik wat over de keukentafelgesprekken en dat we dan samen zouden kijken of er op 1 of ander gebied een probleem was. En dan vroeg ik: waar zou ik u mee kunnen helpen. En dan kwam er heel vaak niks. Dan hadden ze het in de krant gelezen of iemand had ze doorgestuurd. Maar al pratende, ik begin altijd over koetjes en kalfjes zo van 'wat woont u leuk' of 'lekker weertje', en dan komen ze eigenlijk vanzelf wel. De foto's van de kinderen, daar pieker ik zoveel over, want ik heb zo weinig contact… en zo kom je wel in gesprek. |
| Gespreksvoerder 2 | Wat belangrijk is…. Meestal belde ik mensen, dan hadden we even een kort gesprekje waarin ik me voorstelde en dan maakten we een afspraak. En dan is het zaak, eerste 10 minuten om iemand op zn gemak te stellen. Veel mensen zijn het niet gewend dat er iemand bij hen thuiskomt en over hun situatie een gesprek gaat voeren.<br><br>**Hoe doe je dat, iemand op zn gemak stellen?**<br><br>wat belangrijk is, is dat je iemand in de gaten houdt. Is iemand gespannen, niet gespannen, je kent iemand nog niet. Dat leg je ook uit: 'ik ken u niet, dat is voor u vast vreemd', dus je maakt de situatie bespreekbaar. Je maakt ook duidelijk dat wat men vertelt binnen het traject blijft. Je wordt niet gelijk persoonlijk. Over het algemeen zeg ik tegen leerlingen: je moet buiten beginnen. Begin maar over het weer, of over de tuin. En dan een stapje verder van hoe iemand woont, het huis. En dan weer een stapje verder van: goh u heeft zich opgegeven voor het project. En dan weer een stapje verder dat je iemand de ruimte geeft: kunt u iets vertellen over uw sittuatie. En dan ga je niet direct overal op in. Ik leg ook even uit waarom ik aantekeningen maak. Dat kunnen sommige ouderen heel lastig vinden: hij schrijft iets op, wat heb ik nu gezegd? Maar dan leg ik even uit dat ik vaak vragen opschrijf die ik later stel. Ik probeer wel om iemand even op zn gemak te stellen. |

| | |
|---|---|
| | En vaak is dat ook in de beginfase bij een kopje thee of koffie. En als iemand een beetje op gang komt. Soms is er een partner bij probeer je er ook bij te betrekken. En zo ga je dan stapje voor stapje iemands situatie verkennen. En als iemand vrij gesloten is, dan hoef je dat niet te forceren, je hebt er immers 3 gesprekken voor. Je bent niet zo heel direct. Vooral in de beginfase, met wat open vragen, en zo langzamerhand spits je het wat toe op gebieden die men aangeeft. En dan krijg je wat kerngebieden voor het 2e gesprek.<br><br>**En wat doe je dan bij het 2e gesprek? Dan vulden jullie de clientkaart in?**<br><br>Nou vaak wel bij het eind van het eerste gesprek, maar bij een antal ook bij het 2e gesprek.<br><br>**Hoe ging dat dan in zn werk? Jullie vulden dat samen in?**<br><br>ja… we vulden in waar iemand aan wilde werken, of veranderen, of onderzoeken. En het waren vaak wel algemene dingen, en daarin stond ook hoe iemand daar mee aan de slag wilde gaan |

| **Aantal gesprekken** | |
|---|---|
| Gespreksvoerder 1 | Dat werkte niet. Want als je gedrag wil veranderen of mensen te motiveren om eens naar buiten te gaan of naar een koffieochtend…dat lukt niet binnen 5 weken. En dan ook de laatste keer evalueren, dat gaat gewoon te snel. Dus daar zijn we weer afgestapt. Plus dat ik het zelf ook niet in mn agenda kon doen. Omdat in het begin deed ik alles in mn eentje, in heel Drenthe, dat lukte niet.<br><br>C: Je zei van: het kost tijd om gedrag te veranderen… denk je dat 3 gesprekken voldoende is?<br><br>P: Nee, dat denk ik niet. Ik denk wel om een eerste aanzet te maken. Maar als je echt wat wil bereiken dan moet je na een aantal weken of maanden weer terugkomen. Ik ben heel benieuwd of mensen na een paar mensen nog dingen deden die we hadden afgesproken. (…) Mensen beginnen vol goede moed en dan ga ik weg, en wat dan? Bijvoorbeeld met piekeren, dan ging het echt wel beter, en dan dacht ik: nu moet je het ook gaan vasthouden als ik niet meer kom. Daar ben ik wel echt benieuwd naar of ze dat dan nog doen. |
| Gespreksvoerder 2 | ik heb een paar mensen ontmoet, 2, daar was het na 2 gesprekken al rond. Dan waren de doelen al behaald. Maar ik had ook een mevrouw, daar hadden we het bij het eerste gesprek eigenlijk al opgelost.<br><br>Over het algemeen was 3 voldoende. Want ga je er meer doen, hou je een open. Er waren wel een aantal mensen die het heel prettig vonden om te praten. Maar dan krijg je eigenlijk een beetje regulier begeleidingscontact en dat was niet de opzet van het project. EN ik denk ook dat als je niet duidelijk maakt van dit zijn 3 gesprekken, dat een aantal meer achterover waren gaan leunen, als je een open eind. Als je zou zeggen, ik kom u de komende tijd 1 x in de 3 weken bezoeken. Er zat ook wel wat druk op. Ook voor de hulpverlener zelf. Als je open eind hebt, dan kun je ook een keer denken van ik heb mijn dag niet, we doen wat rustiger aan en de volgdende keer dan gaan we er weer meer tegenaan. Bij alle partijen zat er de |

| | |
|---|---|
| | druk op van: drie keer dat is het.<br><br>Nou.Een aantal dingen kun je niet afmaken in 3 gesprekken.<br><br>(…)<br><br>Je kan niet met de huisrarts om de tafel, je kunt niet bellen, wnat je bent geen medebehandelaar. Dat ben je wel bij de GGZ. Daar kun je nog hulptroepen inschakelen, je kunt zeggen de psychiater van de GGZ zal er nog een snaar kijken en overleggen met uw huisarts. Maar dan houdt het op. Dat je dat dan los moet laten |
| Gespreksvoerder 3 &4 | 3: En mensen weten van te voren , het is maar 3 keer, maar goed, ik ben met name bij wat eenzame mensen geweest, en dan was het wel een goed idee om er een vervol g aan te geven. Niet zozeer dat ik dat dan moest doen, maar dat er een andere instantie een vervolg aan geeft, want je merkt toch dat mensen het heel prettig vinden dat ze toch een keer hun verhaal kwijt kunnen. Dan is 3 keer wel voldoende om een inschatting te maken van: het zou fijn zij als die-en-die instantie er bij betrokken wordt of dat iemand die richting op gaat, maar het is nog niet klaar.<br><br>4: ik heb maar 1 keer gehad dat dat echt is gelukt. Maar ik heb ook een paar keer gehad dat mensen lichamelijk zo ziek waren (1 is zelfs vrij kort erna overleden), dan ziet hele traject er heel anders uit. Ik heb zelf een keer de cursus 'stoppen met peikeren gegeven, dus dat was vaker dan 3 keer. … omdat dat niet bij haar in de buurt werd gegeven en het bezwaarlijk om zover te reizen…<br><br>**kon je daar dan mee aan de slag, in 3 gesprekken, qua aantal?**<br><br>4: nee in 3 gesprekken niet. Je pakt er dan uit wat het meest actueel is. En vaak al sje het ene aanpakt dan pak je het andere ook wel aan. Als je bijvoorbeeld bezig gaat met eenzaamheid dan pak je ook wel vaak de activiteiten aan of andersom. Het haakt dan vaak wel in elkaar.<br><br>**Vond je het dan ook een nuttige interventie**<br><br>4: Ja hoor<br><br>**Had je na 3 keer ook het gevoel dat je iets in werking kon zetten?**<br><br>4: je kon iets in werking zetten, ja, maar wat ik wel jammer vond, was dat er geen follow-up of evaluatie was. Je weet niet hoe het heeft uitgepakt. Die mevrouw aan wie ik de piekercursus heb gegeven die had echt zoiets van: hier heb ik wat aan! Maar patronen zijn hardnekkig, zit je niet over een half jaar weer bij de huisarts met dezelfde klachten? |

| **Competenties gespreksvoerder** |
|---|

| | |
|---|---|
| Gespreksvoerder 1 | Ik heb zelf 3 mensen opgeleid, en ik zag wel een groot verschil tussen SPV-ers en verpleegkundigen. De SPV is heel erg gewend om out-region te werken en zn eigen gang te gaan. En de verpleegkundigen die ook in een kliniek hebben gewerkt, die hebben een heel andere manier van naar mensen kijken. SPV-ers kijken naar: wat kan je nog wel, wat kun je zelf. En mensen uit een kliniek, die kijken meer:'wat is er allemaal aan de hand, wat zijn de problemen?' en hoe kunnen we dat overnemen? Een beetje pamperen.Dat is wel een verschil. En alle 3 vonden ze de werving heel moeilijk.<br><br>**Wat zijn belangrijke eigenschappen die je moet hebben?**<br><br>je **moet heel veel zelf initiatief nemen.** En ook durven. Mensen bellen. Dingen bedenken voor de werving. Je moet niet afwachtend zijn, heel pro-actief zijn. Ik had wel eens het idee dat bijvoorbeeld niet altijd het systeem gebeld werd. En dan zei ik: je moet die mensen bellen, je moet zeggen waar je mee bezig bent en dan gebeuerde dan niet, Misschien vonden ze het onzin, ik weet niet zo goed wat hen ervan weerhield. Maar je moet het wel doen. Je moet zelf heel actief zijn.<br><br>**en qua vaardigheden, qua opleiding? Bijvoorbeeld qua Motiverende Gesprekstechnieken?**<br><br>ja ook…. Maar ook de verslaglegging is heel belangrijk, voor het onderzoek. Dat moet je netjes bijhouden. Het zijn ook meer persoonlijke vaardigheden. Het gaat erom dat je ene band met mensen kan maken (…). Dta is sowieso in ons werk, de klik moet er zijn. Dat is bij ouderen ook heel belangrijk.<br><br>**Je moet een tandje terug nemen ook, niet alleen met je eigen doel daar zitten**. Maar dat is ook meer mijn stijl, dus ik weet niet of dat DE stijl is. Met een gezellig thee kransje, en dan komt het allemaal wel. Dat is heel belangrijk. Bij ouderen gaat het anders dan bij volwassenen. Die hebben behoefte aan dat het op een rustiger tempo gaat. Dat is iets wat je moet willen en kunnen.<br><br>J**e moet dus wel een balans vinden in gas terug nemen en wel tot een doel komen**<br><br>ja precies, je moet wel doorpakken en doorvragen, maar op een rustige manier.<br><br>**Moet je dan een ook een affiniteit hebben om met ouderen te werken?**<br><br>ja dat sowieso. Als je ze allemaal maar zeurderig vindt heeft het geen zin.<br><br>**In de handleiding staat dat er technieken gebruikt worden van motivational interviewing. Moeten mensen daar ook een cursus voor doen?**<br><br>ja dat wel. Anders weet je niet hoe dat werkt. Dat hebben de andere 3 niet gedaan. MI is iets dat je niet zomaar doet. Er zijn natuurlijk wel basis gespreksvoeringsvaardighden die iedereen die dit vak doet moet kunnen, zoals open vragen stellen, bekrachtigen en noem maar op. Maar er zitten wel extra technieken bij, met name als er wat weerstand komt. Maar ik vond wel dat er weinig weerstand was hoor. Ik had veel meer verwacht. Omdat de opzet was dat bezorgde systemen hun ouders opgaven die niks wilden veranderen, dus ik dacht dan komt er weerstand. Maar dat was eigenlijk niet. Eigenlijk iedereen waar ik geweest was, die wilde wel iets. |
| Gespreksvoerder 2 | Ik denk dat wel dat je met een SPV-er aardig uit de voeten kunt. En het is voor de doelgroep 60+ wel handig als je ervaring met de doelgroep hebt en dat je breed moet kunnen kijken. Vaak zit er wat maatschappelijk werk in, over financieen is wel vaak gesproken, en over regelingen die er zijn. Op zich zijn maatschappelijk |

| | |
|---|---|
| | werkers daar ook goed in. Een aantal gezondheidsproblemen, mentale problemen, systeemproblemen, en een aantal somatische problemen. Het stokpaardje van mij is natuurlijk voeding. Dat kwam bij een aantal heel duidelijk voren. Dan heb je het over overgewicht, of verkeerde voeding, of vragen over voeding. Ik denk dat je wel heel breed moet kijken. Je moet wel behoorlijk deskundig zijn.<br><br>**En qua vaardigheden, bijvoorbeeld gesprekstechnieken?**<br><br>dat zit daar al een beetje ingebakken. Als je als professional werkt, invoegen in systemen, dan moet je dan wel onder de knie hebben. EN ook omdat je maar 3 gesprekken hebt, zul je dat methodisch goed in de vingers moeten hebben. Dat je dat goed afbakent in een gesprek.<br><br>**Zijn er ook eigenschappen die mensen ongeschikt maken als gespreksvoerder?**<br><br>H: Ja. Heel gechargeerd, het type wijkverpleegster die de mouwen opstroopt. Je moet niet iemand zijn die heel probleemgericht is. Je moet heel open zijn.<br><br>**Bedoel je dan: dat je het niet voor iemand wilt oplossen?**<br><br>Ja dat hoort daar bij, dat je het probleem bij mensen. Dat je niet makkelijk wilt scoren door tezeggen: dat wil ik wel even voor u regelen. Een stukje autonomie. Maar ook de druk van het probleem bij mensen zelf laat. Een bepaalde lijdensdruk, een probleem heeft een bepaalde lijdensdruk, die moet je niet te snel bij mensen weghalen. Want juist die lijdensdruk is ook vaak de drijfveer om iets te gaan doen.<br><br>**…en dat bevordert de eigen autonomie**<br><br>ja, zo gauw je dat ervaart, iemand lijdt, dat je dan denkt van: oh dat weet ik wel. Want dan ga je in instanties denken. Terwijl je het vermogen van iemand zelf dan niet aanspreekt. Het is een soort uienschil eigenlijk. De kern is iemand zelf, en als die het probleem niet kan oplossen, dan ga je een schil verder, dat zijn de naasten: de partner, of de buurvrouw, en een schil verder weer is iemand wat kerkelijk ingebed, of de buurt of vereder familieleden. En de professionele instanties zitten aan de buitenkant<br><br>---<br><br>Ik denk wel dat die wat meer coachende, interview rol belangrijk is, en dat iemand breed georiënteerd<br><br>---<br><br>je moet in de brede zin kijken naar de somatiek. Veel mensen hadden somatische klachten, dus dara moet je wel in onderlegd zijn. Je hoeft natuurlijk niet alles te weten. Maar ook op het gebied van medicatie en voeding moet je wel het een en ander weten. En ook ervaring met ouderen, in welke levensfase zit iemand. En de systemen doorzien: hoe leeft iemand, met partner, familie. En toch wat achterover gaan zitten, waar we het eerder over hadden |
| Gespreksvoerder 3 &4 | 3: ja,,, maar ik denk in eerste instantie een luisterend oor. Dat je rust uitstraalt als je bij iemand komt. En als die behoefte er is, laat dat eerste gesprek maar wat gaan, luister. Dat sowieso. Afgezien van de gespreksvaardigheden en dat je de wegen weet te bewandelen om iets te regelen, is luisteren het belangrijkst<br><br>**waarom is dat zo belangrijk?** |

| | |
|---|---|
| | 3: Nou de mensen waar ik kwam hadden dat juist heel erg gemist. Mensen van de thuiszorg komen langs om hun ding te doen, en die moeten snel weer verder… mensen in het verzorgingstehuis hebben altijd een pieper en die gaat ook altijd. Dus dat hebben mensen als prettig ervaren dat je er zit, tijd hebt voor diegene, dat is heel belangrijk. En je moet in 3 keer iets opbouwen, en ook weer afbreken… maar voor zo'n eerste contact denk ik…gewoon luisteren<br><br>3: en het luisterend oor…het hele verhaal vertellen. Dan kom je ook wel bij aanknopingspunten waar het probleem kan zitten. En mensen willen natuurlijk ook wel graag vertellen wat er wel allemaal goed gaat! Het zijn geen psychiatrisch patiënten bij de keukentafelgesprekken, je hebt het over mensen die redelijk zelfstandig zijn en dat ook graag zo willen houden.<br><br>3: hmm ja, en kennis van de sociale kaart is handig<br><br>**wat bedoel je daarmee?**<br><br>3: Soms is het handig om iemand door te verwijzen naar, dus dan is het handig als je op de hoogte bent van wat er lokaal voor faciliteiten zijn.<br><br>4: gespreksvaardigheden…<br><br>**C: En zijn er dan ook eigenschappen die mensen ongeschikt maakt om deze interventie uit te voeren?**<br><br>4: vast wel, maar ik zou het niet weten….te haastig, te oplossingsgericht.. |

| **Training / voorbereiding van gespreksvoerders** | |
|---|---|
| Gespreksvoerder 2 | Nou wat jij nu probeert te omscrijven, ik denk dat dat goed is. Het wordt wel heel erg aan de creativitiet van de hulpverlener overgelaten. Maar er zit natuurlijk wel een bepaalde structuur in, van wat doe je het eerste gesprek, wat doe je het tweede gesprek. En dat was niet zo heel duidelijk omschreven vond ik. |
| Gespreksvoerder 3 &4 | **C niet genoeg training in gehad dat je je daar niet zeker genoeg voor voelde (voor het stellen van de wondervraag)**<br><br>K: nee<br><br>**C: Dus dat is wel een belangrijke tip**<br><br>K: ja je moet mensen wel gereedschap meegeven. Als je wilt dat ik een gat in de |

| | |
|---|---|
| | muur moet boren en je geeft me een handboortje, dan wordt het heel lastig.<br><br>**C: en vonden jullie dat jullie in die zin voldoende voorbereid waren op de gesprekken?**<br><br>K: nee niet echt. Dat kon ook niet echt, want het was een project dat al een tijdje draaide in Drenthe Noord en ZuidWest, en we moesten zo inhaken. Als we vanaf het begin af aan hadden meegedraaid hadden we beter die technieken kunnen leren.<br><br>A: We waren er 1 keer bij dat Paula de keukentafelgesprekken deed, en goed, dan zit je daarbij, en dan denk je van: dat kan ik zelf ook wel. Maar dan doe je het zelf en dan kom je erachter hoe het gaat bij zon wondervraag en je krijgt dan zo'n antwoord…en dan denk je van: hier mis ik wat. |

| **Clientkaart** | |
|---|---|
| Gespreksvoerder 2 | , die werd overhandigd. Het was een proces van bewustwording en planning, het werd gezamenlijk ingevuld. Het invullen van die kaart speelde daarin een belangrijke rol. En die kaart werd dan eigendom van iemand.<br><br>**en die konden ze dan op de koelkast plakken en dan dachten ze er elke dag even aan** ja iemadn hing die op de koelkast of verscheurde hem f lijstte hem in, dat is helemaal jouw kaart. Wat erop staat is alleen voor jou. En dat kreeg dan meer vorm. |
| Gespreksvoerder 3 &4 | eerst de hulpvraag van diegene vaststellen, en dan werd er een plan gemaakt. En dat plan bleef ook achter bij de deelnemer, en die ook wist van: dit is besproken en deze actie is voor mij, en mijn acties had ik dan ook opgeschreven. En dat stond dan op dat formulier.<br><br>**en dat formulier bleef dus achter bij de deelnemer..?**<br><br>4: ja, die vulde je ook samen in. |

| **Wondervraag** | |
|---|---|
| Gespreksvoerder 3 & 4 | **C: even kijken…..1 van de uitgangspunten van de keukentafelgesprekken was dat er werd gewerkt volgens de methoden van motivational interviewing, en de 1 van de technieken die daarbij aan de orde kwam was het stellen van de wondervraag. Hebben jullie daar ook mee gewerkt?**<br><br>K: ik niet<br><br>A:ja<br><br>**C: hoe vond je dat, werk je daar vaker mee?**<br><br>A: nou nee. Paula heeft een spoedcursus gegeven aan ons, en zelf hebben we |

| | |
|---|---|
| | zoiets van dat we dat we goed kunnen gebruiken in het werk, dus we willen wel graag dat daar wat meer aandacht aan besteed wordt. Maar ja, de wondervraag wel gesteld. Maar dan was ook vaak….bij 1 mw was haar echtgenoot net overleden, en als die er maar weer was.<br><br>**C: dus in die zin vond je dat je er niet zo heel veel aan had of mee kon?**<br><br>A: nou ja goed…weet je. Ik ben mij die techniek nog niet zo eigen…. Ik kan de wondervraag wel stellen, maar hetgeen wat daarbij hoort ben ik mij nog niet eigen.. Dan krijg je een antwoord, en daar kun je dan niet zoveel mee. Het natuurlijk prcies zoals iemand zich voelt, alleen het is dan wel punt<br><br>K: het blijft zo in de leegte hangen<br><br>A: ja<br><br>K: ja dat had ik ook wel, of de angst<br><br>**C: want je zei dat je er niet mee had gewerkt, of wel mee had gewerkt?**<br><br>K: niet, ik heb de vraag niet durven stellen, omdat ik niet goed weet wat ik er mee zou moeten |

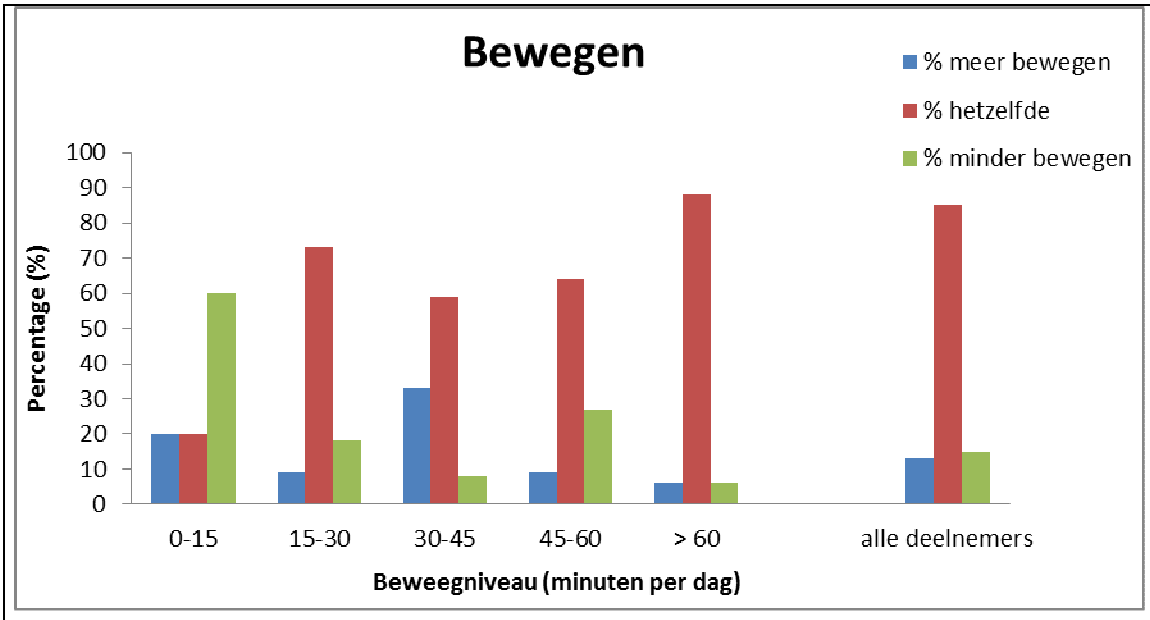
**Bijlage 11 BRAVO scores**

**Bewegen**

Aan de deelnemers werd gevraagd hoeveel ze per dag bewegen (NB: dit is dus ten tijde van de nameting). Onder bewegen wordt sporten verstaan, maar ook dagelijkse activiteiten zoals boodschappen doen en het huishouden. Deelnemers werden op basis van hun beweegniveau ingedeeld in 5 categorieën (zie tabel 1 en figuur 1). Per beweegcategorie is gekeken of er een verbetering, een verslechtering of geen verandering in het beweegniveau gerapporteerd werd over het afgelopen half jaar. De meeste mensen gaven aan dat er geen verandering had plaatsgevonden in hun beweegniveau. Een aantal mensen gaf aan minder te bewegen, deze mensen zaten vooral in de groep mensen die erg weinig bewegen (< 15 minuten). In totaal geeft 13% van de deelnemers aan meer te bewegen dan een half jaar geleden. De grootste beweegtoename zat in de groep mensen die voorafgaand aan de keukentafelgesprekken minder dan 30 minuten bewoog, en die nu wel 30-45 minuten beweegt.

**Tabel 1. Bewegen**

| Beweegniveau nu (na keukentafelgesprekken) | % deelnemers | % meer bewegen | % hetzelfde | % minder bewegen |
|---|---|---|---|---|
| 0-15 | 7 | 20 | 20 | 60 |
| 15-30 | 15 | 9 | 73 | 18 |
| 30-45 | 17 | 33 | 59 | 8 |
| 45-60 | 15 | 9 | 64 | 27 |
| > 60 | 46 | 6 | 88 | 6 |
| alle deelnemers | 100 | 13 | 72 | 15 |



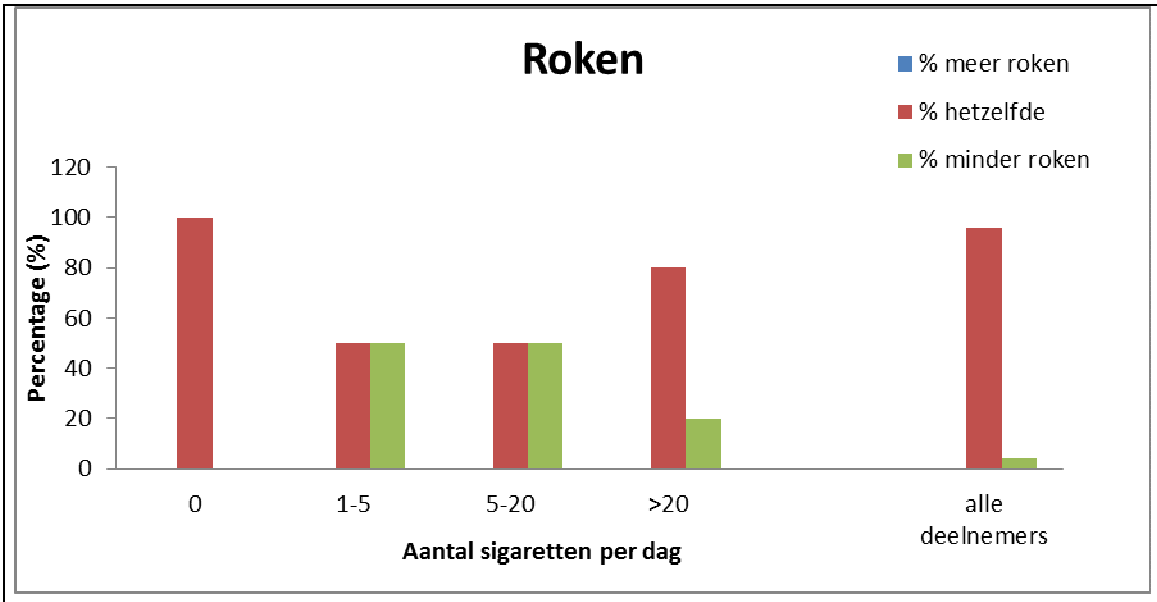

**Figuur 1 Percentage deelnemers waarvan beweegniveau was verslechter, gelijk gebleven of verbeterd uitgesplitst naar het beweegniveau ten tijde van de nameting.**

### Roken

Gemiddeld rookte 12% van de deelnemers (zie tabel 2 en figuur 2, bewegen, NB: dit is dus ten tijde van de nameting). Van de mensen die rookten gaf 33% aan het afgelopen half jaar minder te zijn gaan roken. Er is niemand begonnen met roken of meer gaan roken.

**Tabel 2. Roken**

| Hoeveel roken nu (na de keukentafelgesprekken) | % deelnemers | % meer roken | % hetzelfde | % minder roken |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 88 | 0 | 100 | 0 |
| 1-5 | 3 | 0 | 50 | 50 |
| 5-20 | 3 | 0 | 50 | 50 |
| >20 | 6 | 0 | 80 | 20 |
| alle deelnemers | 100 | 0 | 96 | 4 |




**Figuur 2 Percentage deelnemers dat meer of minder was gaan roken, of dat niet was veranderd uitgesplitst naar het aantal sigaretten dat iemand rookte ten tijde van de nameting**

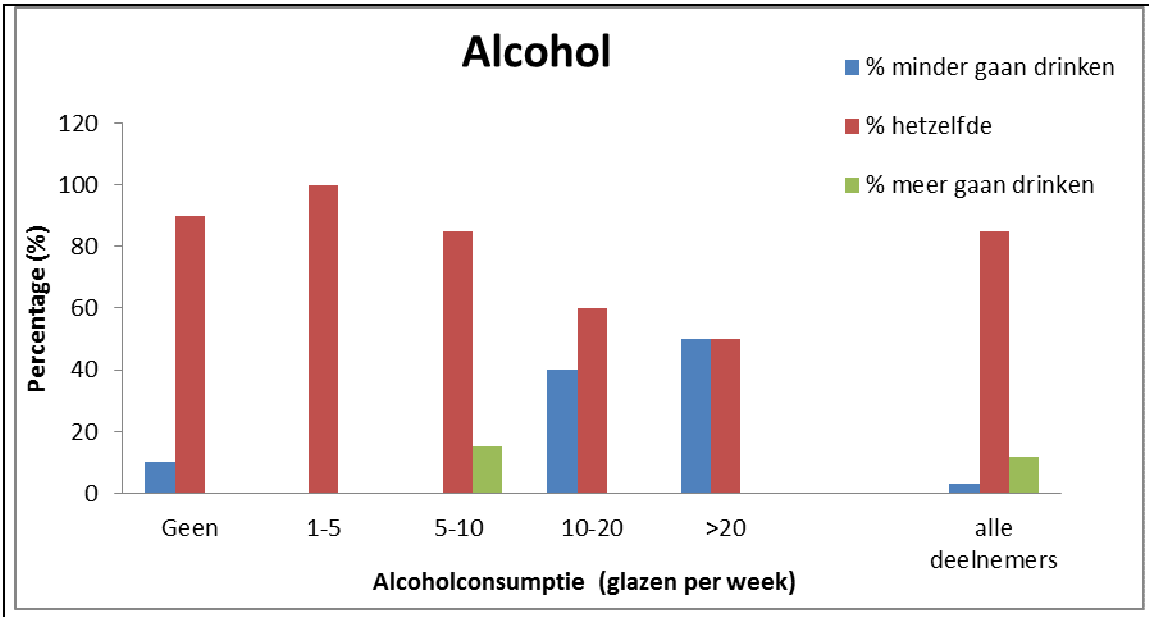
### Alcoholgebruik

74% van de deelnemers gaf aan geen alcohol te drinken en 26% van de deelnemers gaf aan wekelijks ten minste 1 glas alcohol te drinken (zie tabel 3 en figuur3, dit is dus ten tijde van de nameting). Bij het merendeel (85%) van de deelnemers was er niks veranderd aan hun alcoholgebruik. Van de deelnemers die aangaven 10-20 glazen per week te drinken is 40% minder alcohol gaan drinken. Van de deelnemers die aangaven meer dan 20 glazen per week te drinken is 50% minder alcohol gaan drinken. De deelnemers die meer alcohol zijn gaan drinken dronken nu 5-10 glazen per week en ervoor minder.

**Tabel 3. Alcohol**

| Hoeveel alcohol drinkt u? nu (na de keukentafelgesprekken) | % deelnemers | % minder gaan drinken | % hetzelfde | % meer gaan drinken |
|---|---|---|---|---|
| Geen | 74 | 10 | 90 | 0 |
| 1-5 glazen per week | 6 | 0 | 100 | 0 |
| 5-10 glazen per week | 10 | 0 | 85 | 15 |
| 10-20 glazen per week | 7 | 40 | 60 | 0 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| > 20 glazen per week | 3 | 50 | 50 | 0 |
| Totaal | 100 | 3 | 85 | 12 |




**Figuur 3. Percentage deelnemers dat meer of minder alcohol was gaan drinken of dat niet was veranderd uitgesplitst naar het alcoholconsumptie per week ten tijde van de nameting**

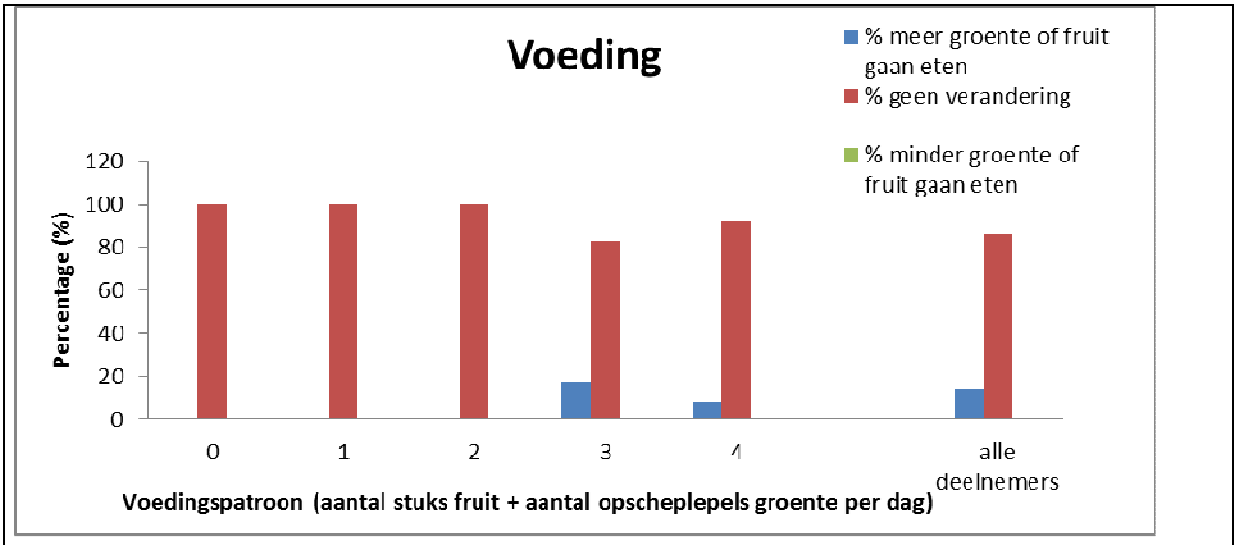
## Voeding

Het voedingspatroon werd geëvalueerd aan de hand van de groente en fruit consumptie per dag (zie tabel 4 en figuur 4, NB: dit is dus ten tijde van de nameting). In totaal gaf 14% van de deelnemers aan meer groente en fruit te zijn gaan eten. Niemand was minder groente of fruit gaan eten.

**Tabel 4. Voeding**

| Hoeveel groente en fruit eet u per dag? nu (na de keukentafelgesprekken) | % deelnemers | % meer groente of fruit gaan eten | % geen verandering | % minder groente of fruit gaan eten |
|---|---|---|---|---|
| Geen | 3 | 0 | 100 | 0 |
| 1 stuk fruit of 1 opscheplepel groente | 3 | 0 | 100 | 0 |
| 1 stuk fruit of 1 opscheplepel | 10 | 0 | 100 | 0 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| groente of 2 stuks fruit of 2 opscheplepels groente | | | | |
| 1 stuk fruit en 2 opscheplepels groente of 2 opscheplepels groente en 1 stuk fruit | 30 | 17 | 83 | 0 |
| 2 stuks fruit en 2 opscheplepels groente | 52 | 8 | 92 | 0 |
| Totaal | 100 | 14 | 86 | 0 |




**Figuur 4 Percentage deelnemers waarbij voedingspatroon is verbeterd, verslechterd of hetzelfde is gebleven, uitgesplitst naar voedingspatroon ten tijde van de nameting**

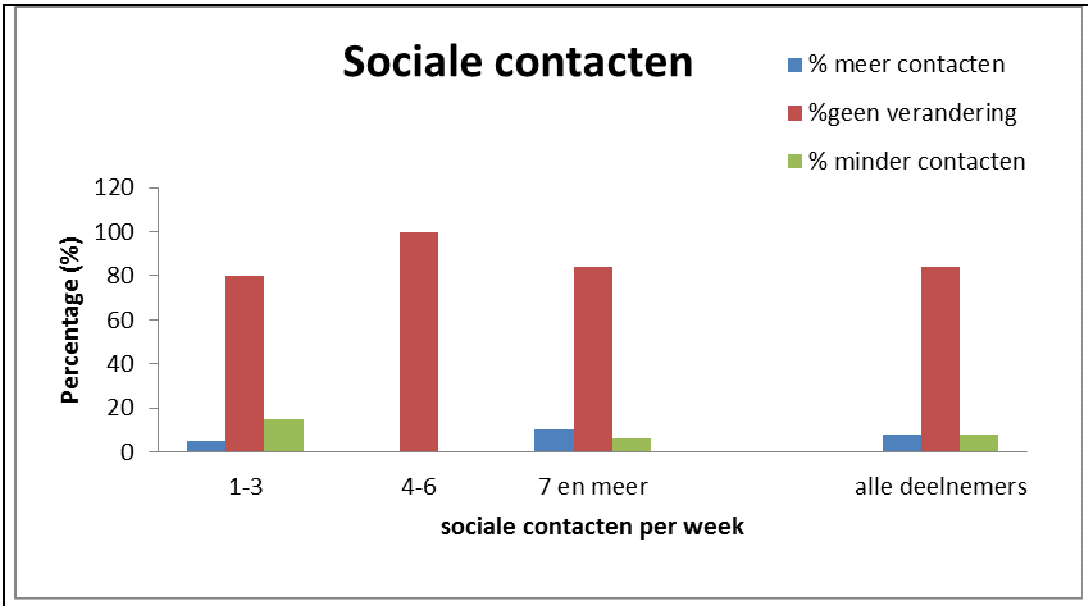
### Ontspanning

Ontspanning is opgesplitst in sociale contacten en stemming.

*Sociale contacten* werd gemeten aan de hand van het aantal dagen per week dat iemand contact had met andere mensen (zie tabel 5 en figuur 5, NB: dit is dus ten tijde van de nameting). 34% van de deelnemers had minder dan dagelijks contact met andere mensen. In totaal gaf 8% van de deelnemers aan dat ze meer contact hadden gekregen met andere mensen, 8% had minder contact met andere mensen en bij 84 % was er geen verandering opgetreden.

**Tabel 5. Sociale contacten**

| Hoe vaak heeft u contact met andere mensen per week? | % deelnemers | % meer contacten | %geen verandering | % minder contacten |
|---|---|---|---|---|
| 1-3 keer per week | 28 | 5 | 80 | 15 |
| 4-6 keer per week | 6 | 0 | 100 | 0 |
| Dagelijks of meer | 66 | 10 | 84 | 6 |
| Totaal | 100 | 8 | 84 | 8 |



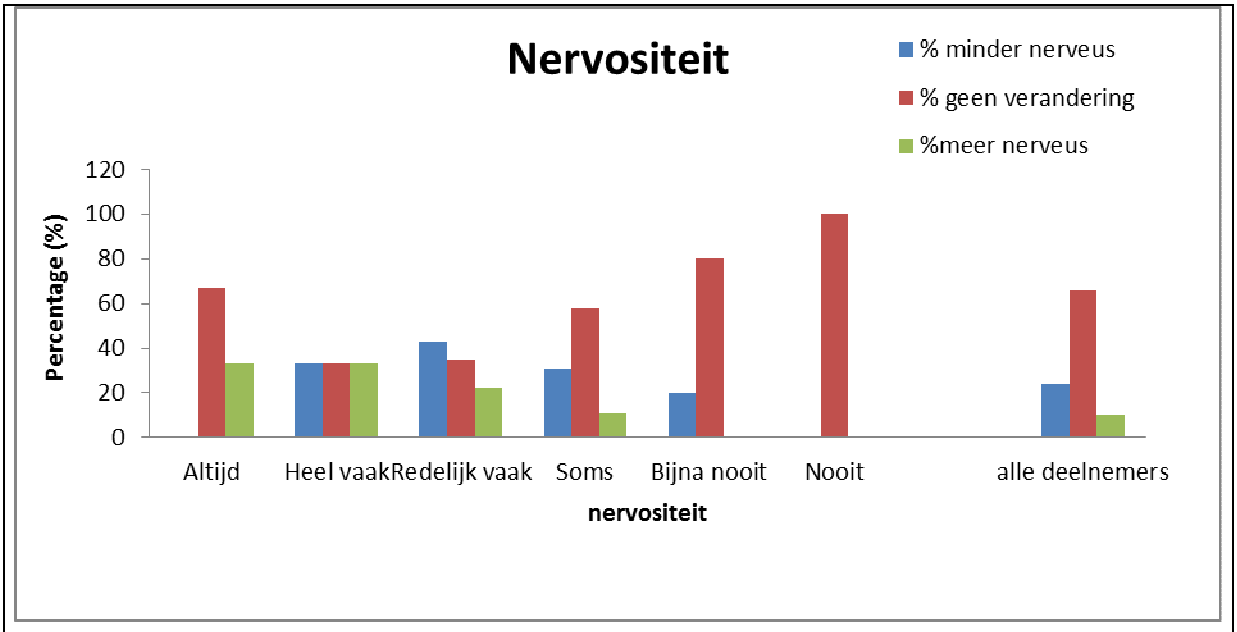

**Figuur 5 Percentage deelnemers aantal sociale contacten is verbeterd, verslechterd of hetzelfde is gebleven, uitgesplitst naar aantal sociale contacten ten tijde van de nameting**

*Stemming* werd geëvalueerd aan de hand van nervositeit en neerslachtigheid/somberheid (zie tabel 6/7 en figuur 6/7, NB: dit is dus ten tijde van de nameting). 30% van de deelnemers voelt zich redelijk vaak tot altijd nerveus, en 30% voelt zich redelijk vaak tot altijd somber. Op het gebied van nervositeit was er een verbetering bij 24% van de deelnemers, en op het gebied van somberheid was er een verbetering bij 23% van de deelnemers.

**Tabel 6 Nervositeit**

| Hoe vaak voelt u zich | % deelnemers | % minder nerveus | % geen verandering | %meer nerveus |
|---|---|---|---|---|

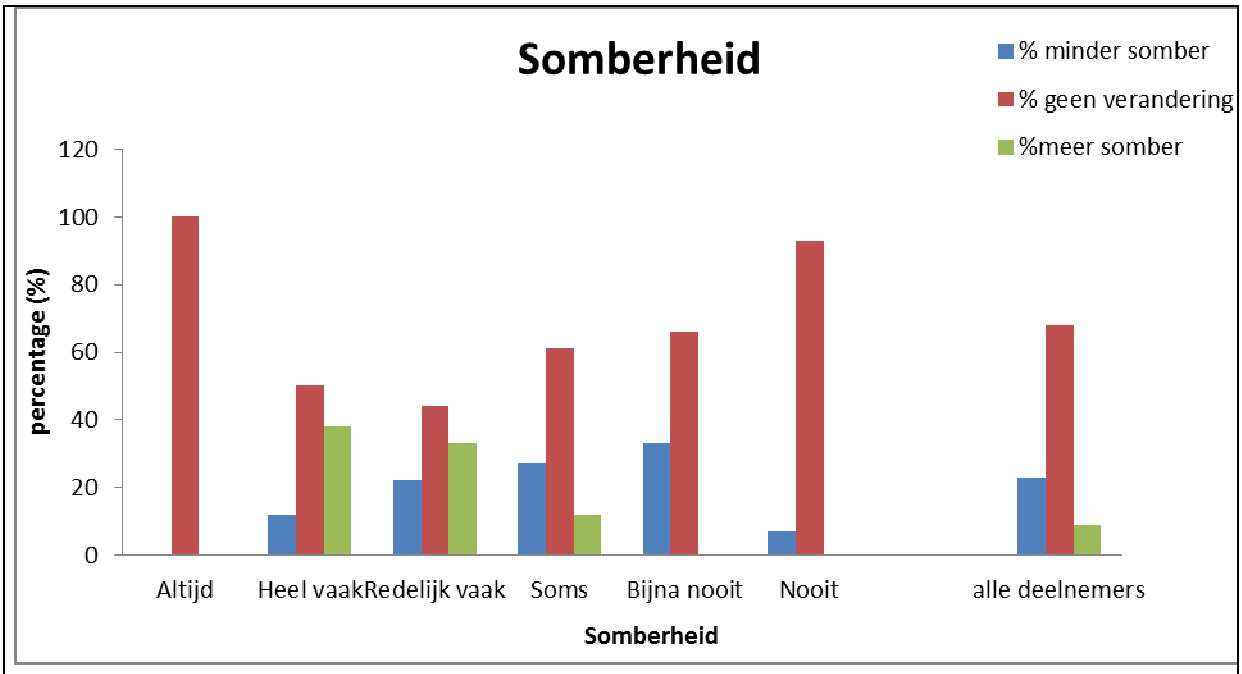
| **nerveus? nu (na de keukentafelgesprekken)** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Altijd | 6 | 0 | 67 | 33 |
| Heel vaak | 4 | 33 | 33 | 33 |
| Redelijk vaak | 20 | 43 | 35 | 22 |
| Soms | 26 | 31 | 58 | 11 |
| Bijna nooit | 28 | 20 | 80 | 0 |
| Nooit | 16 | 0 | 100 | 0 |
| Totaal | 100 | 24 | 66 | 10 |




**Figuur 6 Percentage deelnemers waarbij nervositeit is verbeterd, verslechterd of hetzelfde is gebleven, uitgesplitst naar nervositeit ten tijde van de nameting**

| **Tabel 7. Neerslachtigheid en somberheid** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Hoe vaak voelt u zich neerslachtig of somber? nu (na de keukentafelgesprekken)** | **% deelnemers** | **% minder somber** | **% geen verandering** | **%meer somber** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Altijd | 5 | 0 | 100 | 0 |
| Heel vaak | 12 | 12 | 50 | 38 |
| Redelijk vaak | 13 | 22 | 45 | 33 |
| Soms | 25 | 27 | 61 | 12 |
| Bijna nooit | 25 | 33 | 67 | 0 |
| Nooit | 20 | 7 | 93 | 0 |
| Totaal | 100 | 23 | 68 | 9 |




**Figuur 7 Percentage deelnemers waarbij neerslachtigheid is verbeterd, verslechterd of hetzelfde is gebleven, uitgesplitst naar neerslachtigheid ten tijde van de nameting**