



Werkplaats Sociaal Domein
Zuid-Holland Zuid



Programma Ondersteuning Langer Thuiswonende Ouderen Thema vroegsignalering Resultaten Fase 1

15072024

Marielle Hobbelen

m.l.c.hobbelen@hr.nl

Marleen Roodnat

m.roodnat@welzijncapelle.nu

Hans Roskam

h.roskam@welzijncapelle.nu

Annemiek Hamers

a.hamers@welzijncapelle.nu

Netty Verschoor

n.verschoor@rijmondokters.nl



Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	3
1.1 Achtergrond.....	3
1.2 Inrichting projectvroegsignalering.....	4
1.3 Fase van het project vroegsignalering.....	4
1.4 Projectdoel, Hoofd- en deelvragen.....	4
1.5 Onderzoeksopzet.....	5
2. Kwetsbaarheid.....	6
2.1 Theoretisch perspectief op kwetsbaarheid.....	6
2.2 Componenten kwetsbaarheid in het onderzoek.....	6
3. Uitkomsten in 5 hypothesen.....	8
3.1 Inleiding.....	8
3.2 De betekenis van kwetsbaarheid.....	8
3.3 Met waardigheid zichzelf zijn.....	10
3.4 Maatwerk en domeinoverstijgend samenwerken.....	11
4. Mogelijk vervolg.....	12
Bijlage 1 Modellen.....	13
Bronnen.....	14



1.1 Achtergrond

Langer thuis wonen is een wens die veel ouderen hebben. Het ministerie van VWS sluit op deze wens aan middels een subsidie voor de uitvoering van een regionale kennisagenda die speciaal gericht is op versterking van de ondersteuning en zorg voor zelfstandig wonende ouderen. De Werkplaats Sociaal Domein Zuid-Holland heeft samen met betrokken partners een kennis- en ontwikkelagenda opgesteld voor de periode 2023-2025: 'Programma Ondersteuning Langer Thuiswonende Ouderen (POLTO)'. De projecten en activiteiten die ontwikkeld worden, richten zich in de kern op zingeving: **zinvol ouder worden en zijn** is het uiteindelijke doel. Tevens dragen deze projecten en activiteiten bij aan het formuleren van een nieuw perspectief op ouder worden en zijn gericht op de krachten van ouderen en hun bijdrage aan onze samenleving.

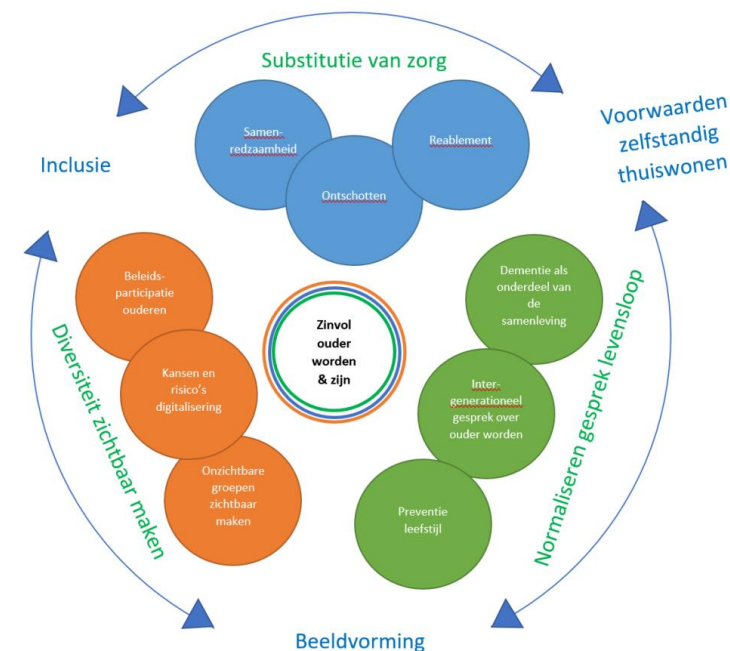
Eén van de projecten van de werkplaats Sociaal Domein ZHZ is het thema 'Vroegsignalering'. Dit project focust zich op het (door) ontwikkelen van een wijkgerichte en domeinoverstijgende aanpak op het gebied van signalering en preventie van toenemende kwetsbaarheid. Aspecten waar in dit project aandacht voor is, zijn substitutie van de zorg, het ontschotten van zorg en welzijn en samenredzaamheid. Verschillende partijen uit zorg, welzijn en vertegenwoordigers van ouderen werken samen om ouderen zo lang mogelijk gelukkig thuis te laten wonen. Het project werkt vanuit het principe van reablement.

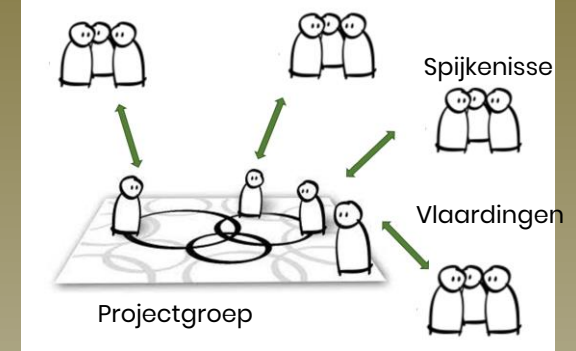
Professionals uit het medisch en sociaal domein geven aan dat ouderen lang wachten om kwetsbaarheden bespreekbaar te maken. Organisaties in de wijk signaleren soms een behoefte aan ondersteuning, maar soms ook niet. Als ouderen in een latere stadium in beeld komen, is vaak meer (medische) ondersteuning nodig, terwijl op een eerder moment andere vormen van contact of ondersteuning voldoende helpend zouden kunnen zijn geweest. Ook speelt een rol dat signalen die bij verschillende professionals binnen komen, niet met elkaar gedeeld (kunnen) worden, terwijl de combinatie van deze signalen wellicht zou leiden tot eerdere acties. Hoe ouderen zelf denken over kwetsbaarheid en welke ondersteuningsbehoefte zij zelf zouden willen ontvangen, is nog onvoldoende bekend.

De Werkplaatsen Sociaal Domein zijn regionale samenwerkingsverbanden van hogescholen, gemeenten, partners in het medisch-sociaal domein, sociaal ondernemers en burgers. Op landelijk niveau hebben de Werkplaatsen zich verenigd in de Associatie Werkplaatsen Sociaal Domein, ondersteund door Movisie. Voor de werkplaats Sociaal Domein Zuid Holland Zuid is een kennis- en ontwikkelagenda vastgesteld. In de periode 2023-2025 worden drie projecten uitgevoerd:

- Vroegsignalering
- Dementievriendelijke samenleving
- Vrijwillige inzet.

Definitieve agenda





Dit verslag gaat in op de bevindingen van fase 1 in de context van Capelle aan den IJssel. Een vergelijkbaar onderzoek heeft plaats gevonden in Spijkenisse en in Dordrecht. In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat het beeld van de drie contexten met elkaar overeenkomt.

1.2 Inrichting project vroegsignalering

Programmaraad

Eens in de vier maanden komt een Programmaraad bijeen, waarin overkoepelend de voortgang van projecten besproken wordt. Ook is er ruimte voor het introduceren van nieuwe onderwerpen. Aan de Programmaraad nemen deel: Welzijn Capelle, Rijnmonddokters, SOL, Brede Raad 010, Gemeente Vlaardingen, Stichting Welzijn Ouderen Spijkenisse, Genero, Hogeschool Rotterdam en Hogeschool In Holland.

Projectgroep Vroegsignalering

De werkplaats Sociaal Domein ZHZ werkt samen met zes partners, te weten Lab Positieve Gezondheid Sterrenburg, Welzijn Capelle, Stichting Welzijn Ouderen Spijkenisse, Drechtdokters, Rijnmonddokters en gemeente Vlaardingen. De projectleden komen maandelijks samen in een leeratelier om leerervaringen te delen en de voortgang van projectactiviteiten te monitoren en hierin besluiten te delen. Op wijk niveau zijn ouderen in de besluitvorming en uitvoer actief betrokken.

1.3 Fase van het project Vroegsignalering

Het thema vroegsignalering kent **twee fasen**.

Fase 1: Ouderen zijn geïnterviewd over hun ondersteuningsbehoefte op (mogelijke) kwetsbaarheden. Een brede groep professionals zowel uit het medisch als uit het sociaal domein zijn geïnterviewd over hun huidige aanpak en behoefte op het gebied van ondersteuning bij het signaleren van kwetsbaarheden van inwoners. In onderhavig verslag leest men de belangrijkste bevindingen.

Fase 2: Op grond van de resultaten uit de eerste fase worden interventies door de betrokken organisaties ingezet om middels een gerichte wijkaanpak de ondersteuningsbehoefte van kwetsbare bewoners te verbeteren. Initiële gedachte was dat het hierbij gaat om het vormen van slimmer samenwerken maar ook om het versterken van ouderen in het vroegtijdig bespreekbaar maken van hun kwetsbaarheden.

1.4 Projectdoel, Hoofd- en deelvragen

Doel: Het ontwerpen van een aanpak van vroegsignalering voor Capelle aan den IJssel.

Hoofd- en deelvragen

In het project staat de volgende hoofdvraag centraal:

‘Hoe kunnen professionals en andere partners (vroeg)tijdig signaleren welke ondersteuningsbehoefte nodig is voor thuiswonende ouderen die kwetsbaar worden en zijn?’

Voor Fase 1:

1. Wat is een geschikte definiëring van vroegsignalering van kwetsbaarheid van ouderen in de wijk?
2. Welke best practices zijn reeds bekend en worden of werden ingezet op het gebied van vroegsignalering van kwetsbaarheid van ouderen in de wijk?
3. Wat is het beleid van betrokken gemeenten als het over het signaleren van en interveniëren bij kwetsbaarheid gaat?
4. Welke partijen spelen in de wijk of kunnen in de wijk een rol spelen bij vroegsignalering van kwetsbaarheid van ouderen in de wijk?
5. Hoe kan de samenwerking tussen deze partijen (verder) vorm krijgen om te komen tot een optimale wijkaanpak van vroegsignalering van kwetsbaarheid van ouderen in de wijk?
6. Welke rol kunnen en willen ouderen zelf innemen als het gaat om vroegsignalering van kwetsbaarheid van ouderen in de wijk?

1.5 Onderzoeksopzet Fase 1

Fase 1 is uitgevoerd in drie gemeenten, te weten Capelle aan den IJssel (wijken Fascinatio en Middelwatering), Spijkenisse (wijken Noord en De Akkers) en Dordrecht (wijk Sterrenburg). Dit verslag is geschreven voor Capelle aan den IJssel.

Literatuuronderzoek

Twee studenten van de Hogeschool Rotterdam hebben een literatuuronderzoek uitgevoerd en ouderen geïnterviewd om de betekenis van kwetsbaarheid te kunnen formuleren.

Masterclass

In elke gemeente is gestart met een bijeenkomst van betrokkenen (In Capelle aan den IJssel was dit met medewerkers van Welzijn Capelle en ouderen) om het onderzoek toe te lichten en om theorieën te bespreken over 'ouder worden', 'kwetsbaarheid' en 'modellen die organisaties gebruiken om risico's met betrekking tot kwetsbaarheid te signaleren'.

Training

Op basis hiervan hebben 4 professionals en 1 oudere zich aangemeld om in de wijken van Capelle aan den IJssel te gaan interviewen. Deze groep van 4 professionals en 1 ouderen heeft een training over interviewen gevolgd, gegeven door de docent-onderzoeker van de Hogeschool Rotterdam.

Focusgroepen

Vervolgens zijn twee focusgroepen georganiseerd met ouderen, één in de wijk Fascinatio en één in de wijk Middelwatering. De focusgroepen zijn bezocht door 18 ouderen en 4 professionals in de wijk Middelwatering en 15 ouderen en 5 professionals in de wijk Fascinatio. In Fascinatio waren 6 Chinese ouderen aanwezig, waarvoor een vrijwilliger aanwezig was die de vertaling verzorgde. Met ouderen is nagedacht over:

- Wat de term 'kwetsbaarheid' voor ouderen inhoudt
- Welke aspecten kwetsbaarheid omvat
- Welke ondersteuningsbehoeften ouderen hebben als het gaat over kwetsbaarheid.

Interviews

De 4 professionals en 1 oudere hebben in totaal in beide wijken 16 ouderen geïnterviewd. Kenmerken van deze ouderen zijn:

- Leeftijd van 65 tot 100 (1 van 55)
- Mannen en vrouwen
- Alleenwonenden of met partner
- 3 bewoners van Chinese afkomst (Fascinatio)

Eén professional en de docent-onderzoeker hebben 15 professionals uit het formele en informele circuit geïnterviewd:

- Lelie Zorggroep (thuiszorgmedewerker)
- Aafje (wijkverpleging)
- De Vierstroom (casemanager dementie),
- Gereformeerde Gemeente Capelle aan den IJssel
- Woningbouwcorporatie Havensteder
- Welzijn Capelle (ouderencoaches, wijkmaatschappelijk werkers, buurtcoaches)
- HSB de Vijverhof, seniorenvoorlichters
- Vrijwilliger Huis van de Wijk
- Buurtgroep Fascinatio

Bijeenkomst Uitkomsten fase 1

Na afronding van de onderzoeksactiviteiten is een bijeenkomst georganiseerd door de docent-onderzoeker, twee betrokken medewerkers van Welzijn Capelle en één medewerker van Rijnmonddokters. In deze bijeenkomst zijn de belangrijkste resultaten gepresenteerd aan betrokken bewoners en professionals en in diallogetafels besproken.

In september worden aanvullende gesprekken gevoerd met beleidsmedewerker van de gemeente, huisartsen en fysio- en ergotherapeuten.



Hoofdstuk 2

2.1 Theoretisch perspectief op kwetsbaarheid

Kwetsbaarheid uit zich op verschillende manieren. Het wordt omschreven als een staat van verhoogde fragiliteit, verminderde veerkracht en verminderd functioneren bij ouderen (Dent, Kowal, & Hoogendijk, 2016). Hierbij benadrukt de definitie het multidimensionale karakter van kwetsbaarheid, waarbij fysieke, mentale en sociale aspecten worden meegenomen.

Eerder onderzoek heeft verschillende instrumenten en schalen opgeleverd voor het meten van kwetsbaarheid. Voorbeelden van deze schalen zijn:

- de Tilburg Frailty Index (TFI) (Gobbens et al., 2010)
- de Evaluative Frailty Index for Physical Activity (EFIP) (De Vries, et al., 2013).

Bij de TFI worden fysieke en mentale functies beoordeeld en gekwantificeerd om hiermee de mate van kwetsbaarheid aan te geven. Bij beide schalen wordt daarnaast ook ingegaan op het sociaal functioneren, zoals gevoelens van eenzaamheid, toegang hebben tot steun (bij beide schalen) en het kunnen deelnemen aan activiteiten in de omgeving (bij de EFIP) (De Vries, et al., 2013).

Verder onderzoek heeft ertoe geleid dat schalen ontwikkeld zijn, die zich naast het meten van de fysieke aspecten ook richten op het bepalen van een (al dan niet) gezonde leefstijl. De gedachte is dat een gezonde leefstijl kwetsbaarheid kan voorkomen, dan wel kan uitstellen. Daarnaast zal een gezonde leefstijl de ongewenste effecten van kwetsbaarheid verminderen of uitstellen (Wind et al., 2019). Voorbeelden van deze modellen zijn:

- Conceptueel model (Khalil & Gobbins, 2023)
- Positieve gezondheid (Huber, 2015)
- Leefstijlroer (www.artsenleefstijl.nl, 2024)
- ZRM-matrix (<https://www.zelfredzaamheidmatrix.nl/>, 2024).

2.2 Componenten kwetsbaarheid in het onderzoek

Om te komen tot een multidisciplinaire wijkaanpak waarin ondersteuning van kwetsbare ouderen centraal staat, waarbij gewerkt wordt vanuit de gedachte van reablement, is het van belang om inzicht te verkrijgen in hoe ouderen zelf denken over hoe kwetsbaar ze zijn en welke ondersteuning zij hierin zouden willen ontvangen. In het onderzoek is om deze reden gekozen om te werken met een brede definitie van kwetsbaarheid, waarin een uitvraging plaats vindt op acht gebieden. Deze acht gebieden komen voort uit het uitwerken en naast elkaar leggen van de diverse modellen.

De acht componenten omvatten:

- **Fysieke kwetsbaarheid:** de aanwezigheid van lichamelijke ziekten en beperkingen
- **Mentale kwetsbaarheid:** de aanwezigheid van geheugenproblemen, stemming- en of coördinatieproblemen
- **Voeding, bewegen en slapen:** de mate waarin er moeite is met zelfzorg en waarin het volgen van een gezonde leefstijl bemoeilijkt wordt
- **Verlies van zingeving:** het gevoel dat het leven niet of minder van betekenis is
- **Niet meer mee kunnen doen in de samenleving:** verlies van deelname aan activiteiten in de samenleving (deelname aan verenigingen of clubs) of het gevoel dat men geen stem meer heeft in de samenleving (op wijk of gemeenteniveau)
- **Wonen:** de mate waarin er beperkingen zijn om veilig te kunnen wonen, of dat de woning niet meer past bij de mogelijkheden, de afwezigheid van een prettige leefomgeving
- **Financiën:** de mate waarin er moeite is om de eigen financiën op orde te houden, beschikken over te weinig inkomen en/of leefgeld, het hebben van schulden en/of stress om noodzakelijke betalingen te verrichten
- **Sociale steun:** verlies van mensen om zich heen, geen mensen om zich heen om hulp aan te kunnen vragen, verlies van betekenisvolle relaties.

In september worden aanvullende gesprekken gevoerd met beleidsmedewerker van de gemeente, huisartsen en fysio- en ergotherapeuten.

In de bijlage zijn enkele modellen opgenomen die door betrokken organisaties in zorg en welzijn gebruikt worden voor het signaleren van risico's op gebied van gezondheid en welzijn.

De acht componenten zijn voor de interviews vorm gegeven in 8 geplastificeerde kaartjes. In de interviews konden ouderen kiezen op welke gebieden zij zich op dit moment kwetsbaar voelen of gevoeld hebben. Vervolgens is uitgevraagd welke ondersteuning zij hierbij ontvangen hebben, door wie deze ondersteuning is aangeboden, hoe zij deze ondersteuning ervaren en welke behoeften zij verder hebben. Voor de overige kaartjes is uitgevraagd op welke wijze zij in de toekomst ondersteund zouden willen worden als zij hierop kwetsbaar zouden geraken.

De acht componenten zijn aan professionals in de interviews voorgelegd, waarop vervolgens uitgevraagd is op welke componenten zij ondersteuning aanbieden, vanuit welk theoretisch perspectief zij hierin werken, hoe de samenwerking met anderen verloopt, welke dilemma's zij hierin ervaren en welke behoeften zij hebben.





3. Uitkomsten in vijf hypothesen

3.1 Inleiding

Op basis van de uitkomsten van het onderzoek zijn vijf hypothesen geformuleerd. In een bijeenkomst, georganiseerd door de docent-onderzoeker, twee betrokken medewerkers van Welzijn Capelle en één medewerker van Rijnmonddokters, zijn deze hypothesen zijn voorgelegd aan professionals en bewoners. Vervolgens zijn aan dialoogtafels gesprekken gevoerd over de mate waarin de hypothesen herkend worden. Aan de dialoogtafels namen formele en informele partners en bewoners deel. Een deel van de bewoners had meegewerkt aan de interviews.

De volgende hypothesen zijn geformuleerd en besproken:

Hypothese 1: De betekenis die ouderen geven aan hun kwetsbaarheden maakt dat ze vooral praktische ondersteuningsvragen hebben aan professionals

Hypothese 2: Doordat ouderen een andere betekenis aan hun kwetsbaarheid geven, zoeken zij in eerste instantie vooral steun bij dierbaren.

*Hypothese 3: Ouderen vragen om het inzetten op het ondersteunen om met waardigheid zichzelf (weer) te kunnen zijn. Daarmee is **zingeving** en **mee kunnen doen** de kern van een wijkaanpak.*

*Hypothese 4: Inzet op vroegsignalering vraagt om **maatwerk**, waarbij rekening gehouden wordt met de **drijfveren** en het **levensverhaal** van ouderen*

*Hypothese 5: Vroegsignaleren vraagt dus om een **holistische** (=domeinoverstijgende) **samenwerking** tussen ouderen en mantelzorger, familie, wijkbewoners, informele en formele partners, waarbij **de oudere zelf de regie heeft**.*

De hypothesen zijn toegelicht en met betrokken ouderen en professionals besproken.

3.2 De betekenis van kwetsbaarheid

Hypothese 1: De betekenis die ouderen geven aan hun kwetsbaarheden maakt dat ze vooral praktische ondersteuningsvragen hebben aan professionals

Hypothese 2: Doordat ouderen een andere betekenis aan hun kwetsbaarheid geven, zoeken zij in eerste instantie vooral steun bij dierbaren.

In gesprek met ouderen komt naar voren dat ouderen in wisselende mate te maken hebben met kwetsbaarheid. Echter allen benoemen dat kwetsbaarheid toeneemt of dat zij verwachten hier in de toekomst in toenemende mate mee te maken te hebben. De voorgelegde kaartjes worden herkend als componenten van kwetsbaarheid.

Van de acht kwetsbaarheden worden fysieke en mentale kwetsbaarheden als eerste benoemd. Bij **fysieke kwetsbaarheid** denken ouderen aan beperkingen zoals doofheid, zichtverlies, knie- en heupslijtage of klachten na vallen, reuma, hartklachten en suikerziekte. Hierbij wordt ondersteuning benoemd door huisarts, specialisten diëtisten en fysio- en ergotherapie. Bij **mentale kwetsbaarheid** worden geheugenproblemen, somberheid en het ontvangen van ondersteuning na verlies. Ondersteuning is ontvangen van PoH, psycholoog, wooncoaches en specialisten.

Op **gebied van voeding, slapen en bewegen** benoemen ouderen beperking in flexibiliteit in bewegen, uithoudingsvermogen, de moeite die het kost om te komen tot uitgebalanceerde maaltijden en moeite met slapen doordat men piekert, vanwege ziekten of alleen als gevolg van het ouder worden. Ouderen ontvangen hulp in de huishouding van de thuiszorg en hebben oefeningen onder begeleiding van de fysiotherapeut. Voor het slapen wordt soms gebruik gemaakt van slaapmedicatie. Ouderen beseffen dat het belangrijk is om gezond te eten, maar zijn soms geneigd om niet voor zichzelf te koken. Dit komt voort uit het feit dat men niet graag alleen eet of dat er beperkingen zijn in beweging waardoor koken minder gemakkelijk af gaat. Ook het doen van boodschappen kan een rol spelen. Een boterham of soep is dan een gemakkelijk alternatief.



Op gebied van **wonen** ervaren ouderen soms kwetsbaarheid. Een deel van de ouderen woont prettig. Voor sommige ouderen wordt het huis te groot of vraagt de tuin om te veel onderhoud. Dit lost men vaak zelf nog op door inzet van familie. Ouderen ervaren soms ook moeite om contacten in de directe leefomgeving te (blijven) onderhouden, waardoor men zich eenzaam kan voelen. Ondersteuning op het gebied van wonen zijn aanpassingen in het huis (installeren traplift, stoelen) en hulp met klussen in en om het huis. Het gaat ook over hulp bij het vinden van een gelijkvloerse woning. In het geval het gaat om het sociale aspect van wonen, wordt het bezoeken van activiteiten van het huis van de wijk genoemd.

Een deel van de ouderen zorgt zelf voor de **financiën**, een deel wordt hierin ondersteund door familie. Vooral digitale activiteiten om financiën te kunnen regelen wordt ondersteund of overgenomen door familie. Ouderen zijn over het algemeen zuinig, men heeft geleerd om rond te komen met wat men heeft. Men heeft armoede gekend. Logischerwijs zijn er ook ouderen die niet goed uitkomen met geld. Deze groep is onvoldoende onderzocht. Ondersteuning wordt genoemd in de vorm van financiële regelingen zoals de WMO, huursubsidie.

Wat opvalt is dat ouderen vooral praktische ondersteuning noemen als het gaat om de inzet van professionals. Op de gebieden **sociale steun, meedoen in de samenleving** en **zingeving** denken ouderen vooral aan hun dierbaren. Ouderen noemen (klein) kinderen als belangrijkste bron van **sociale steun**. Ouderen die samenleven, zijn bij toenemende kwetsbaarheid van één van beide partners, elkaars mantelzorger. Het gaat hierbij soms om een beperkte activiteit maar vaak ook om langdurige inzet. Partners kunnen zich in deze situatie wegcijferen om langer thuis wonen van de zieke partner mogelijk te maken. Daarbij hoort soms ook het minder contact met anderen. Wanneer de partner uiteindelijk overlijdt of opgenomen wordt, zijn het verdriet en gevoelens van eenzaamheid groot. Ook verlies van kinderen is moeilijk (**mentaal, sociale steun, zingeving**). Sommige ouderen kunnen hun draai dan moeilijk of niet meer vinden.

Ouderen hebben te maken met dierbaren die overlijden. Het wegvallen van het eigen netwerk, wordt veel genoemd. Het gaat om familie, maar ook om vrienden of contacten op clubs, waar men lid van was.

Ondersteuning na verlies, is nodig en soms gezocht en ontvangen. Het gaat over de gebieden van **mentale kwetsbaarheid, sociale steun en zingeving**. Dit kan leiden tot gevoelens van existentiële eenzaamheid. Uit onderzoek blijkt dat het ervaren van eenzaamheid één van de grootste uitdagingen is waar ouderen mee te maken krijgen.

Zingeving en meedoen in de samenleving

Verbonden aan sociale steun is het gevoel er nog toe te doen. Dit kan op niveau van familie, de buurt of de samenleving zijn. Zinnvolle invulling van de dag kunnen ouderen moeten veranderen, vanwege afnemende mobiliteit en zicht, gehoorproblemen of ziekte. Men kan minder gemakkelijk erop uit, heeft bijvoorbeeld vervoer nodig om te komen waar men wil zijn, waar voorheen nog de auto gepakt kon worden.

Meedoen wordt opgevat als participeren in activiteiten in de buurt of in de wijk en deelname aan bestuur of het doen van vrijwilligerswerk. Ouderen noemen het wegvallen van degelijke vaste activiteiten, waar men zin aan beleefde. Zij noemen ook dat het gemak waar men zich kon bewegen in de samenleving, verandert. De ene oudere gaat er op uit en vindt weer iets. Sommigen hebben een drukke agenda. Anderen ervaren alsnog geen aansluiting en blijven soms dan maar thuis. Ouderen noemen in de gesprekken ook hun zorgen om mensen die door niemand bereikt worden. In het onderzoek naar 100-jarigen wordt aan de slag blijven en een positieve blik genoemd, als kenmerk van ouderen die hun leven (opnieuw weer) vorm kunnen (blijven) geven.

‘Ja, ik heb best wel een flinke familie, ze zijn wel allemaal ouder. Ik heb nog een zus dan en mijn broers nou ja, die zijn allemaal veel ouder. Dus ja, dat wordt ook minder. Maar echt, als er iets is, dan staan we altijd wel voor elkaar met mekaar klaar, hè’

‘Je moet het zelf doen. Niemand hangt jouw slingers op. Ik ben zelf gaan kijken. Ik houd van tekenen. Nu organiseer ik een ochtend waar ik met andere ga tekenen.’



3. Uitkomsten in vijf hypothesen

3.3 Met waardigheid zichzelf zijn

*Hypothese 3: Ouderen vragen om het inzetten op het ondersteunen om met waardigheid zichzelf (weer) te kunnen zijn. Daarmee is **zingeving** en **mee kunnen doen** de kern van een wijkaanpak.*

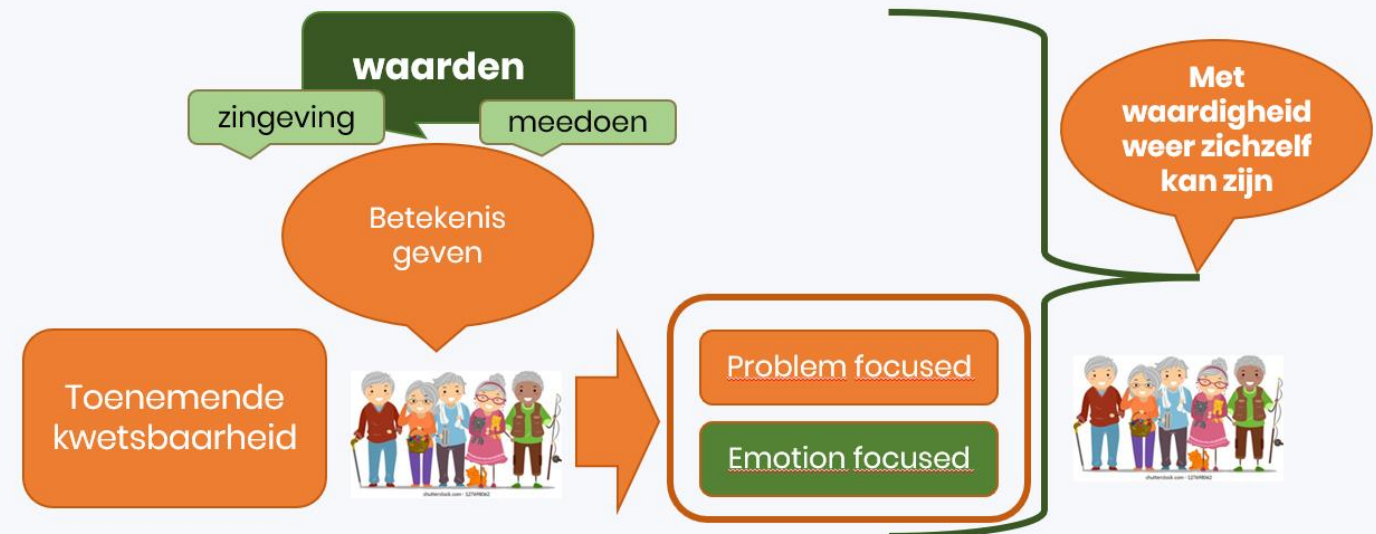
Ouderen accepteren het gegeven dat zij te maken krijgen met een toenemende kwetsbaarheid. Zij richten zich hierdoor niet op het signaleren van gezondheidsrisico's. Zolang zij in staat zijn om de rol die ze hebben, vorm te geven, is de focus op het leven zoals zij gewend zijn. Een huisarts wordt bezocht als de (vooral) fysieke kwalen het dagelijks leven zodanig beïnvloeden, dat het noodzakelijk is. Zoals Nies en Munnichs (Linders, Nies ea., 2023) aangeven, gaat het bij ouderen niet om wat er gebeurt, maar hoe men zich hiertoe verhoudt. Dit gaat in op hoe de ervaringen geordend worden en de beoordeling van de oudere of iets in het leven past en het leven dus continuïteit kan krijgen, of dat men er toch wat mee moet. Dit noemt men cognitieve appraisal. Ouderen gaat daarbij eerder uit van een benadering die emotion-focused is. Dit wil zeggen dat zij de emotie aanpassen en anders tegen een situatie aan kijken.

Professionals willen graag de toenemende risico's analyseren, zijn vaker op zoek naar de oorzaak en een passende oplossing. Hiermee ligt de focus op het aanpakken van het probleem, een strategie die problem-focused is.

Doordat ouderen anders tegen de situatie van toenemende kwetsbaarheid aankijken, tonen zij flexibiliteit en passen coping strategieën toe om met waardigheid zichzelf te kunnen (blijven) zijn. Nadenken over hoe het zal zijn als de kwetsbaarheid toeneemt, doet men bij voorkeur niet.

'Soms ben ik de hele dag bezig met het huishouden, vroeger was ik veel sneller. Ik had nog tijd over om te borduren en breien. Dat deed ik graag. Nu lukt dat niet meer, mijn handen doen het niet meer. Maar zie je het uitzicht dat ik heb. Prachtig toch al die bomen. Ja daar geniet ik echt van' (73-jarigen).'

'ik loop wel met een rollator, maar ik ben even snel als iemand die zonder rollator loopt' (93-jarige).'



3.4 Maatwerk en domeinoverstijgend samenwerken

Hypothese 4: Inzet op vroegsignalering vraagt om maatwerk, waarbij rekening gehouden wordt met de drijfveren en het levensverhaal van ouderen

Hypothese 5: Vroegsignaleren vraagt dus om een holistische (=domeinoverstijgende) samenwerking tussen ouderen en mantelzorger, familie, wijkbewoners, informele en formele partners, waarbij de oudere zelf de regie heeft.

Om inzicht te krijgen in de waarden die onderliggend zijn aan het besluit van ouderen om emotion focused of problem focused aan de slag te gaan bij een toenemende kwetsbaarheid, is inzicht nodig in het levensverhaal van een oudere. In het levensverhaal komen onderliggende waarden naar voren. In de gesprekken is stil gestaan bij de inzet van professionals op dit moment. In hoeverre is er aandacht voor het individuele verhaal, hoe sluit men aan op datgene wat voor een oudere van betekenis is?

Professionals die met ouderen werken, tonen inzicht in verhalen (thuiszorgmedewerker, buurtcoaches, professionals en vrijwilligers werkzaam in activiteiten in de wijk). Er zijn initiatieven om samen te werken en van elkaars expertise gebruik te maken, wanneer het nodig is. Zo wordt de geestelijk verzorger gevraagd om met een bewoner in gesprek te gaan of pakt de wooncoach een vraag op uit de zorg op.

Op niveau van beleid worden samenwerkingsverbanden vormgegeven, zoals Krimpen Capelle Verbonden en Samen Kracht, beide netwerken waarin professionals vanuit zorg en welzijn elkaar ontmoeten en verbindingen maken. Deze samenwerkingen zijn opstartend en bieden perspectief.

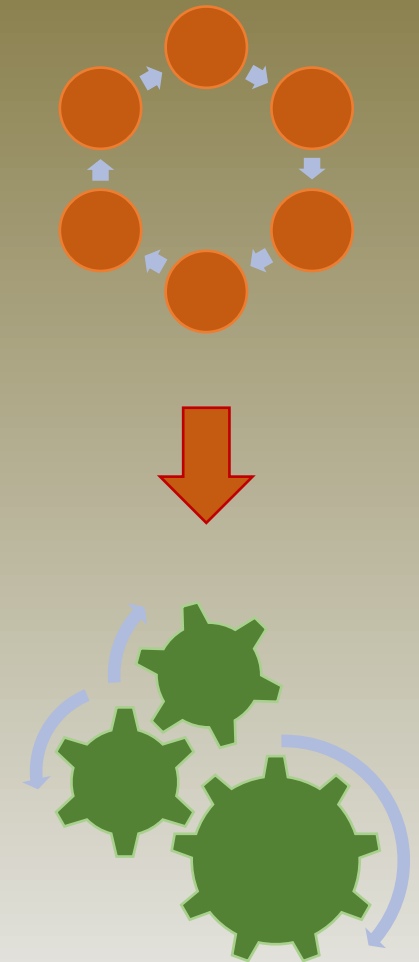
Toch merken professionals dat in veel gevallen zij in beeld komen in een situatie waar de oudere meer zorg nodig heeft. Ook zijn nog niet altijd de organisaties in het werken op elkaar aangesloten. Het komt voor dat een contact met een organisatie wegvalt, als de medewerker bijvoorbeeld van baan verandert. Professionals noemen een behoefte aan een sociale kaart, aan duidelijkheid aan wie wat doet, zeker bij complexe casuïstiek.

Professionals noemen dat niemand de regie heeft bij vroegsignalering. In het geval er dementie wordt geconstateerd, heeft de casemanager dementie deze rol. In een situatie waarin er geen sprake is van dementie, maar waar wel een 'niet-pluis gevoel' is, is er nog geen vaste professional die dan in beeld komt. Een wooncoach zou een logische keuze zijn als regievoerder, meent men.

Dit betekent dat op dit moment het initiatief bij de ouderen zelf ligt. Soms vraagt een kind om ondersteuning, als zij het gevoel hebben dat er zorg nodig is. Ouderen zonder netwerk komen vaak laat in beeld. Zeker als zij zelf geen ondersteuning willen. Professionals noemen 'langzame zorg'. Daarbij wordt eerst ingezet op het maken van contact en het bouwen aan vertrouwen. Daarna kunnen pas andere interventies die nodig zijn, ingezet worden.

Professionals herkennen de behoefte aan maatwerk. Niet altijd is er tijd of een professional beschikbaar, terwijl men zelf ervaart dat een andere vorm van ondersteuning of zorg wellicht meer passend zou zijn. Professionals tonen bewustwording van het belang van het werken vanuit zingeving. Zij geven aan hierin meer scholing te willen ontvangen of over extra tools te willen beschikken om vanuit zingeving ondersteuning vorm te geven. In sommige gevallen verwijst men door naar een geestelijk verzorger.

Indien een oudere behoefte heeft aan ondersteuning, tonen de gesprekken ook hun moeite met het vinden van de juiste ondersteuningsroute. Zij ervaren afhankelijkheid van het systeem zoals zorg en welzijn nu is ingericht. Menig oudere heeft moeite met deze afhankelijkheid. Als illustratie betreft het bijvoorbeeld de afhankelijkheid van het vervoer, of het niet meer zelf kunnen uitvoeren van een bepaalde huishoudelijke activiteit, terwijl de huishoudelijk hulp het anders aanpakt. Ouderen die over een ruimere beurs beschikken, kunnen vaker een keuze maken om op eigen wijze hun ondersteuning vorm te geven. Financiële ruimte geeft dus mogelijkheid tot eigen regie in plaats van afhankelijkheid van het systeem.



4. Mogelijk vervolg

In een situatie waarin ouderen zelf een andere copingstrategie hanteren om met toenemende kwetsbaarheid om te gaan en er geen logische plek is waar signaleren binnen komen, is een andere route nodig om tot vroegsignalering te komen.

In het onderzoek tonen ouderen zich ontvankelijk voor activiteiten en initiatieven die bijdrage aan wat voor hen van waarde is. Dus inzet op zingeving en mogelijkheden bieden om mee te doen. De ene oudere is de ander niet, dus daarmee is maatwerk en dus een divers aanbod noodzakelijk.

In gesprek om vorm te geven aan een interventie in fase 2 van het project vroegsignalering, is het idee ontstaan om een bloeizone te creëren in een beperkte context, een appartementencomplex. In deze bloeizone gaat de projectgroep aan de slag om:

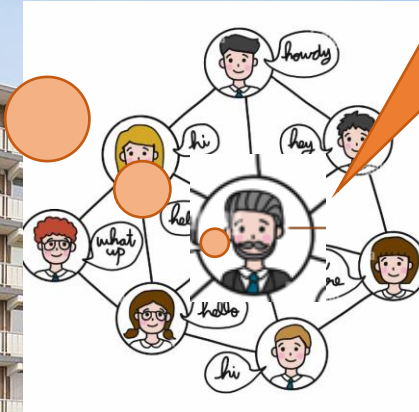
- laagdrempelig ontmoetingen te laten ontstaan, waardoor mogelijk nieuwe verbindingen gemaakt kunnen worden.
- diversiteit in het aanbod te creëren om zo aan te sluiten op interesse en kwaliteiten die een grotere groep van ouderen aanspreekt.
- Kennisdeling in het aanbod, zodat informatie over bijvoorbeeld leefstijl, financiële regelingen nog meer laagdrempelig en toegankelijk aangeboden worden.

De gedachte is om door laagdrempelig te ontmoeten en verbinden, ouderen wiens netwerk weggefallen is of kleiner wordt, de mogelijkheid geboden wordt om zorgen bespreekbaar te maken. Dat leidt voor fase 2 tot een nieuwe hypothese:

'Focus op ontmoeten, verbinden en zingeving zorgt voor vroegsignalering'.

Ik maak mij zorgen
over....
Ik zou graag....
Hoe moet ik...
Ik mis...
Zou ik vragen of...

Maatje om
mee te
sparen
Of een
maatje die
signaleert



De Tilburg Frailty Indicator
Gobbens R.J.J., van Aken M.A.M., Lujckx K.G., Wijnen-Sponselee M.T.H., Schols J.M.G.A., The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. J Am Med Dir Assoc 2010; 11(5):344-355.

Onderdeel A Determinanten van fragiliteit

- Wat is uw geslacht? ☐ man ☐ vrouw
- Wat is uw leeftijd? jaar
- Wat is uw burgerlijke staat? ☐ gehuwd of samenwonend ☐ ongehuwd ☐ gescheiden ☐ weduwnaar/weduwe
- Wat is uw geboorteland? ☐ Nederland ☐ Nederlands Indië ☐ Suriname ☐ Nederlandse Antillen ☐ Turkije ☐ Marokko ☐ Anders, namelijk:
- Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgemaakt? ☐ geen of lager onderwijs ☐ middelbaar onderwijs ☐ hoger beroepsopleiding of universiteit
- In welke categorie valt het netto maandinkomen van uw huishouden? ☐ € 600,- of minder ☐ € 601,- tot en met € 900,- ☐ € 901,- tot en met € 1200,- ☐ € 1201,- tot en met € 1500,- ☐ € 1501,- tot en met € 1800,- ☐ € 1801,- tot en met € 2100,- ☐ € 2101,- of meer
- Hoe gezond vindt u alles bij elkaar uw manier van leven? ☐ gezond ☐ niet gezond, niet ongezond ☐ ongezond
- Heeft u twee of meer ziekten en/of chronische aandoeningen? ☐ ja ☐ nee
- Heeft u het afgelopen jaar één of meerdere van de volgende gebeurtenissen meegemaakt? ☐ ja ☐ nee
- het overlijden van een dierbaar persoon
- een ernstige ziekte van uzelf
- een ernstige ziekte van een dierbaar persoon
- een scheiding, verbrekking duurzame, intieme relatie
- een verkeersongeval
- een misdrijf
- Bent u tevreden met uw woonomgeving? ☐ ja ☐ nee

Onderdeel B Componenten van fragiliteit

B1 Lichamelijke componenten

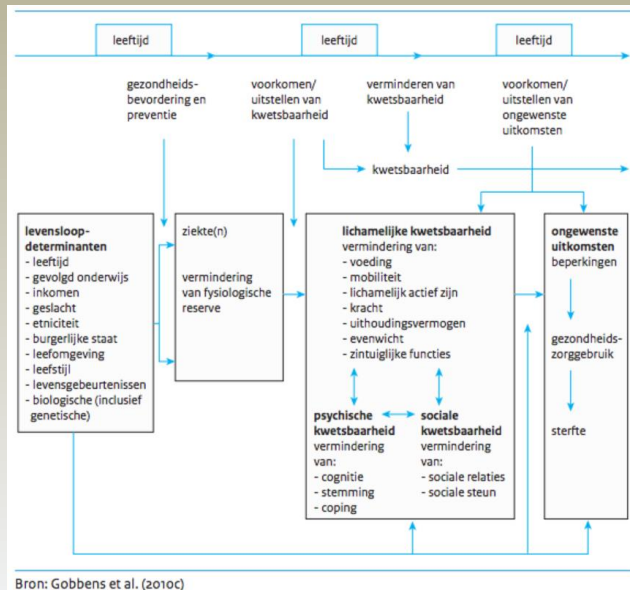
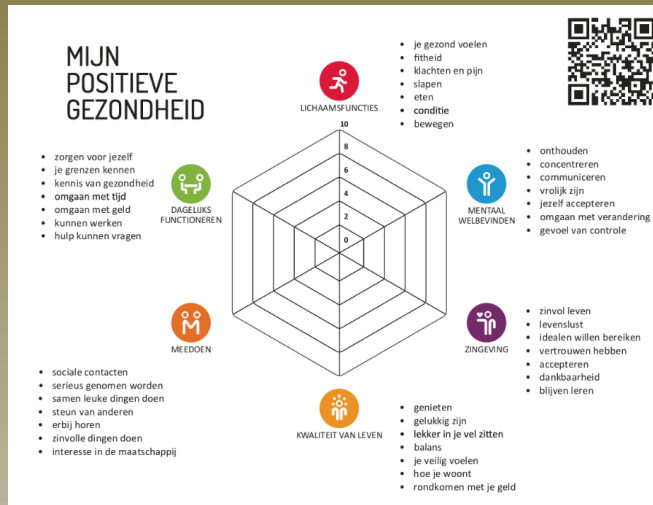
- Voelt u zich lichamenlijk gezond? ☐ ja ☐ nee
- Bent u de afgelopen periode veel afgevallen zonder dit zelf te willen? ☐ ja ☐ nee
- slecht lopen? ☐ ja ☐ nee
- het slecht kunnen bewaren van uw evenwicht? ☐ ja ☐ nee
- slecht horen? ☐ ja ☐ nee
- slecht zien? ☐ ja ☐ nee
- weinig kracht in uw handen? ☐ ja ☐ nee
- lichamenlijke moeheid? ☐ ja ☐ nee

B2 Psychische componenten

- Heeft u klachten over uw geheugen? ☐ ja ☐ soms ☐ nee
- Heeft u zich de afgelopen maand somber gevoeld? ☐ ja ☐ soms ☐ nee
- Heeft u zich de afgelopen maand nerveus of angstig gevoeld? ☐ ja ☐ soms ☐ nee

B3 Sociale componenten

- Kunt u goed omgaan met problemen? ☐ ja ☐ nee
- Woon u alleen? ☐ ja ☐ nee
- Mist u wel eens mensen om u heen? ☐ ja ☐ soms ☐ nee
- Ontvangt u voldoende steun van andere mensen? ☐ ja ☐ nee



KWETSBAAR OUDEREN HERKENNEN EN SAMENWERKEN

TOENEMENDE KWETSBAARHEID BIJ OUDEREN KAN ZICH OP VERSCHILLENDE MANIEREN UTMANEN. GEHEESMIDDELEN KUNNEN HIER DE OORZAAK VAN ZIJN. DE APOTHEKER HERKENNT DEZE SIGNALLEN EN KAN SAMEN MET ANDERE BETROKKENEN DE JUISTE ONDERSTEUNING BIJEN.

VERGETAAGTHED

WILDEBID

ONDERVOEDING

GOEDE SAMENWERKING

MEER WETEN? KIK OP KNMP.NL

Leefstijlroer

Wanneer wij het over leefstijl hebben, bedoelen wij zes pijlers die samen de lichamenlijke en geestelijke gezondheid van de mens beïnvloeden. Vereniging Arts en Leefstijl heeft deze pijlers vormgegeven in het Leefstijlroer.

Het Leefstijlroer is een hulpmiddel ter ondersteuning van het gesprek van de zorgprofessional met zijn patiënt. Het Leefstijlroer geeft handvatten om de juiste koers te bepalen voor een gezonde leefstijl. Het laat zien dat de patiënt zelf aan het roer staat en kan bijsturen.

De zes pijlers zijn:

- Voeding
- Beweging
- Verbinding
- Ontspanning
- Middelen
- Slaap

Het Leefstijlroer

Alle rechten voorbehouden. Niet mag openbaar gemaakt worden in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opname of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Scoreformulier welzijnsmatrix

Betekenis score

5	Zeer tevreden
4	Tevreden
3	Niet tevreden en niet ontevreden
2	Ontevreden
1	Zeet ontevreden

Financiën

Zijn er inkomensondersteunende voorzieningen? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Bezit van financiële vaardigheden: internetbankieren, administratie, begripen van brieven, inkomsten en uitgaven, kan iemand rondkomen? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

In welke mate is er sprake van schulden? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Lichamenlijke gezondheid

In hoeverre is er sprake van klachten en pijn? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

In hoeverre zijn er belemmeringen in het lichamenlijk functioneren? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Daag- en nachtrime: hoe gaat het slapen? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Hoe gaat het met de vitaliteit en conditie? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Geestelijke gezondheid

In hoeverre kent iemand zijn grenzen? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Hoe gaat het onthouden en de concentratie? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Hoe staat het met het zelfbeest? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

In hoeverre is er sprake van eigen regie of controle? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Sociaal netwerk

Zijn er buren, familie of vrienden? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Wat is de kwaliteit van de relaties? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Hoe zijn de huseelijke relaties? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

In welke mate wordt er praktische en/of emotionele steun ontvangen van anderen? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Participatie

In hoeverre is er dagbivulling? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Is er verbinding met sport en/of vereniging? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

In welke mate is er verbinding met de (woon)wijk? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Activering

In welke mate is er (betaald) werk, opleiding, vrijwilligerswerk of dagbesteding? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen

Hoe gaat het plannen en organiseren van het huishouden? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

In hoeverre is er sprake van zelfzorg? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

In hoeverre zijn er hulpmiddelen nodig? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Hoe gaat het koken en de voeding? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

In hoeverre is er sprake van mantelzorg? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Woonomgeving

In hoeverre is er sprake van autonome en stabiele huisvesting? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

In hoeverre is er een gevoel van veiligheid? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

In welke mate is er sprake van woonplezier? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Zingeving

In hoeverre wordt het leven als zinvol ervaren? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

In hoeverre voelt iemand zich erbij horen of medeoen? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Heeft betrokken doelen of dromen die hij/zij wil realiseren? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

In welke mate is er sprake van row- en verlieservaringen die centraal staan? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Bolwijn, M. (2024). *Honderd 100-jarigen: een uniek gezelschapje rasoptimisten*, Geraadpleegd op 15 maart 2024, [Honderd 100-jarigen: Een uniek gezelschapje rasoptimisten \(volkskrant.nl\)](https://volkskrant.nl)

De Vries N.M., Staal J.B., Olde Rikkert M.G., & M.W., N.-v. d. S. (2013). *Evaluative frailty index for physical activity (EFIP): a reliable and valid instrument to measure changes in level of frailty*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23224216/>

Dent, E., Kowal, P., & Hoogendijk, E. O. (2016). *Frailty measurement in research and clinical practice: A review*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27039014/>

Hubert, M. (2021). *Positieve Gezondheid*. <https://www.iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/>

Khalil A.H., & Gobbens, J.J. (2023). *What If the Clinical and Older Adults' Perspectives about Frailty Converge? A Call for a Mixed Conceptual Model of Frailty: A Traditional Literature Review*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38132064/>

Leefstijlroer. (2024). Vereniging Arts en Leefstijl. <https://www.artsenleefstijl.nl/leefstijlroer>

Leclaire, A. (donderdag 25 januari 2024) *Meedoen aan de samenleving is voor veel mensen te moeilijk geworden, ziet hoogleraar Anja Machielse*. Geraadpleegd op 1 maart 2024 [Meedoen aan de samenleving is voor veel mensen te moeilijk geworden, ziet hoogleraar Anja Machielse \(vn.nl\)](https://www.vn.nl)

Linders, L., Nies, H. ea. (2023) *Ouderen als oplossing*. Van Gennip: Eindhoven

Penninx, K. (2015), *Kiezen en verbonden blijven*. Coutinho: Bussum

Ploeg, van der, E.S. (2016). *Werken met kwetsbare thuiswonende ouderen*. Bohn Stafleu van Loghum: Houten

Scherder, E. (2022). *Oud worden, jong blijven*. Prometheus: Amsterdam

Wind, A., te Velde, B., Neumann, R., Zwart, H., & Blom, A. (2021). *Kwetsbare ouderen thuis handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk*. <https://www.beteroud.nl/tips-tools/tools/handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis>

Wind A., & B., t. V. (2019). *Kwetsbare ouderen thuis, handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk*. <https://www.kwetsbareouderenthuis.nl/docs/handreiking/handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis-mei-2019.pdf>