

Anja Machielse

Ouderen in sociaal isolement

Ervaren baat van hulp

Colofon

Opdrachtgever: Movisie, Effectiviteit

Auteur: Dr. A. Machielse

Eindredactie: Ethiscript

Vormgeving: Ontwerpburo Suggestie & illusie

Fotografie: Niels Blekemolen

Druk: Libertas

ISBN: 978-90-8869-116-4

Bestellen: www.movisie.nl

© 2015 Movisie

Deze publicatie is tot stand gekomen dankzij financiering van het ministerie van VWS.



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Ouderen in sociaal isolement

Ervaren baat van hulp

“Je kan merken dat als je investeert in mensen, echt qua tijd, dat er ook wat haalbaar is. Natuurlijk, wij willen grote stappen nemen. Dat is veel leuker, maar dat gaat niet met deze mensen. Maar ik denk altijd, je kan al je doelen bijstellen. Je begint met een kasteel en je eindigt met een hutje op de hei. Wat ik wel ervaar, is dat de redelijke tijdinvestering niet voldoende is om tot een totale verandering te komen. Dat kan natuurlijk ook niet, maar de voldoening om iemand iets te zien groeien in zijn alleen zijn, en het meer aanvaarden ervan, is natuurlijk al voldoende winst. De vraag is natuurlijk: ‘blijft dit beklijven?’ Dit is altijd de vraag in de hulpverlening en de meeste van deze cliënten zijn wel blijvend bij ons, om zo nu en dan met iets te helpen. Ze zijn dan bekend en ze zullen geen schroom meer hebben omdat er een vertrouwensband is gegroeid.”
(een maatschappelijk werker uit het onderzoek)

Inzicht in sociale interventies

De sociale sector heeft als doel een positieve bijdrage te leveren aan de maatschappij. Daar besteedt men veel tijd en aandacht aan. Maar wat levert het nou eigenlijk op? En hoe kom je daar achter? Sommige beroepen uit de sociale sector bestaan al meer dan honderd jaar. Zijn we nu ook honderd jaar wijzer geworden? Deze vragen beantwoordt Movisie in 'Effectieve sociale interventies'. Een onderdeel van het project Effectieve sociale interventies is het onderzoeksprogramma 'Inzicht in sociale interventies'. In dit onderzoeksprogramma doet Movisie in samenwerking met universiteiten en andere kennisinstituten onderzoek in de sociale sector.

Het doel van de onderzoeken is tweeledig. Enerzijds vergroten ze de kennis over werkzame elementen in de sociale sector. Anderzijds bieden ze inzicht in hoe passende kennis over effectiviteit kan worden verzameld. De onderzoeken starten vanuit de dagelijkse praktijk. Door observatie op de werkvloer en interviews met de professional en cliënten of burgers wordt inzicht verkregen in wat wel en niet werkt. Dit rapport is het resultaat van het twintigste onderzoek in de reeks Inzicht in sociale interventies.

Inhoudsopgave

Voorwoord	8
Samenvatting	10
1 De ervaren baat van persoonlijke begeleidings- trajecten voor structureel sociaal geïsoleerde ouderen: probleemformulering	16
1.1 Aanleiding voor het onderzoek	16
1.2 De interventie: persoonlijke begeleidingstrajecten	18
1.3 Doel- en vraagstelling	20
1.4 Onderzoeksstrategie en onderzoeksgroep	21
1.5 Dataverzameling	22
1.6 Verloop van het onderzoek	24
1.7 Kwaliteit en bruikbaarheid van het onderzoek	25
1.8 Leeswijzer	27
2 Sociaal isolement: definitie, achtergronden en interventies	28
2.1 Inleiding	28
2.2 Definitie (en afbakening) sociaal isolement	28
2.3 Achtergronden en gevolgen	29
2.4 Sociale interventies bij sociaal isolement	32
2.5 Interventieprofielen	33
2.6 Effectiviteit van interventies bij sociaal isolement	35
3 De ‘ervaren baat’ benadering	38
3.1 Inleiding	38
3.2 Evidence based practise in de sociale sector	38
3.3 De ‘ervaren baat’ benadering	41
3.4 Praktijkkennis van de professional	42
3.5 De ervaringskennis van de cliënt	43
3.6 Analytisch kader	44
3.7 Nadere specificatie van de onderzoeksvragen	46

4	Het verloop van persoonlijke begeleidingstrajecten	49
4.1	Inleiding	49
4.2	Aanleiding voor het contact met de hulpverlening	49
4.2.1	Ouderen melden zichzelf aan	50
4.2.2	Ouderen worden door anderen aangemeld	50
4.2.3	Ouderen worden 'gevonden' door het ouderenwerk	52
4.3	Contactlegging en acceptatie van hulp	53
4.3.1	Contactlegging	53
4.3.2	Acceptatie van hulp	54
4.4	De persoonlijke begeleidingstrajecten	57
4.4.1	Afbakening van de doelgroep	57
4.4.2	Bespreken van sociaal isolement	59
4.5	Afronden van de begeleidingstrajecten	61
4.5.1	Afsluiten van de begeleiding	61
4.5.2	Overgang naar 'reguliere' hulpverlening	62
4.5.3	Overdracht naar een andere hulpverlener	64
4.6	Samenvatting	66
5	Ervaren baat van de trajecten volgens de professionals	67
5.1	Inleiding	67
5.2	De professionele diagnose	67
5.2.1	Compenseerders en buitenstaanders	67
5.2.2	Hoopvollen en overlevers	69
5.3	Keuzes, belemmeringen en grenzen	73
5.3.1	Afspraken maken	73
5.3.2	Verloop van de gesprekken	73
5.3.3	De cliënt in beweging krijgen	75
5.3.4	Nieuwe problemen of een terugval	77
5.4	Resultaten	78
5.4.1	Sociaal netwerk uitgebreid	78
5.4.2	Oude contacten aangehaald	80
5.4.3	Praktische problemen opgelost	81
5.4.4	Zorgmijdend gedrag doorbroken	82
5.4.5	Vervuiling aangepakt	82
5.4.6	Een professioneel vangnet	83
5.4.7	Geen duidelijke resultaten	85
5.5	Samenvatting	86

6	Ervaren baat van de trajecten volgens de ouderen	88
6.1	Inleiding	88
6.2	Behoeften van de ouderen	88
6.2.1	Acute hulp	88
6.2.2	Praktische hulp	89
6.2.3	Sociale activiteiten	91
6.2.4	Persoonlijke contacten	92
6.2.5	Contacten met kinderen herstellen	95
6.2.6	Levenseinde	96
6.2.7	Emotionele steun	98
6.3	De hulpverlening	99
6.3.1	De relatie met de ouderenwerker	99
6.3.2	Eigen regie	100
6.4	Resultaten	101
6.4.1	Op eigen kracht verder	101
6.4.2	Aanspreekpunt	101
6.4.3	Vangnet	102
6.4.5	Emotionele steun	103
6.4.6	Geen resultaten	104
6.5	Samenvatting	104
7	Relationele afstemming	106
7.1	Inleiding	106
7.2	Erkenning van de cliënt	106
7.2.1	Ervaringen van de professionals	106
7.2.2	Ervaringen van de ouderen	109
7.3	Emotionele nabijheid	111
7.3.1	Ervaringen van de professionals	111
7.3.2	Ervaringen van de ouderen	116
7.4	Afgestemd besluiten	118
7.4.1	Ervaringen van de professionals	118
7.4.2	Ervaringen van de ouderen	121
7.5	Exclusiviteit van de relatie	123
7.6	Samenvatting	126

8	Conclusie	128
8.1	Inleiding	128
8.2	Uitvoeringsproces (implementatie-effectiviteit)	129
8.3	Ervaren baat volgens de professional (experiëntiële effectiviteit)	133
8.4	Ervaren baat volgens de ouderen (experiëntiële effectiviteit)	137
8.5	De kwaliteit van de relatie	140
8.6	Conclusie over de interventie	142
9	Evaluatie van de onderzoeksmethodiek (‘ervaren baat’ benadering)	147
9.1	Inleiding	147
9.2	Motivatie voor de ‘ervaren baat’ benadering	148
9.3	De onderzoeksstrategie	150
9.4	Passend onderzoek voor het sociale domein	155
9.5	Conclusie over de onderzoeksmethodiek	156
	Literatuur	159
	Over de auteur	167
	Bijlagen	168
	Bijlage I: Topiclijst interviews professionals	168
	Bijlage II: Topiclijst interviews ouderen	170
	Bijlage III: Onderzoeksmateriaal	172
	Bijlage IV: Overzicht respondenten in de typologie	176

Voorwoord

Eenzaamheid en sociaal isolement zijn thema's die de laatste jaren hoog op de maatschappelijke agenda staan. Dit past bij het vigerende overheidsbeleid, dat gericht is op een krachtige sociale gemeenschap, waarin onderlinge betrokkenheid, participatie en zelfredzaamheid belangrijke waarden zijn. In dit verband vraagt de overheid nadrukkelijk aandacht voor interventies om eenzaamheid en sociaal isolement terug te dringen. In de zomer van 2014 lanceerde staatssecretaris Van Rijn een actieplan om de aanpak van eenzaamheid en sociaal isolement te intensiveren en duurzaam te verankeren op lokaal niveau (Van Rijn, 2014). Voor gemeenten betekent dit dat ze maatwerkvoorzieningen moeten bieden ter ondersteuning van de zelfredzaamheid en de participatie van burgers die daar op eigen kracht, of met hulp van anderen uit hun sociale netwerk niet of onvoldoende toe in staat zijn.

In de gemeente Rotterdam vormt de aanpak van sociaal isolement al vele jaren een speerpunt van het ouderenbeleid. Centrale doelstellingen zijn het activeren van de eigen kracht en het sociale netwerk om de zelfredzaamheid van ouderen te versterken en mogelijke belemmeringen voor participatie weg te nemen. In december 2014 is een Rotterdamse 'Coalitie Erbij' opgericht, een stedelijk netwerk van welzijnsorganisaties dat de Rotterdamse aanpak van sociaal isolement verder gaat ontwikkelen. De coalitie bouwt voort op de reeds aanwezige kennis over instrumenten, interventies en begeleidingsvormen. De aanpak is gericht op alle Rotterdamse ouderen die zich eenzaam voelen. Binnen de aanpak is er speciale aandacht voor ouderen die niet over een ondersteunend sociaal netwerk beschikken en in een zorgwekkend sociaal isolement verkeren.

Dit boek gaat over de hulpverlening aan deze laatste groep: sociaal geïsoleerde ouderen bij wie de problematiek hardnekkig en complex is. Omdat standaardinterventies voor deze ouderen niet werken, krijgen zij hulp in persoonlijke begeleidingstrajecten. Dit boek laat zien hoe het uitvoeringsproces van deze trajecten verloopt en welke resultaten de trajecten opleveren.

Het boek biedt relevante informatie voor diverse groepen lezers. Voor (aankomende) *sociale professionals* die in hun dagelijks werk te maken krijgen met sociaal geïsoleerde ouderen, biedt het een inkijk in de hulpverlening aan deze mensen. Het laat zien hoe de begeleiding verloopt, met welke dilemma's de professionals worden geconfronteerd, wat de ouderen van de hulpverlening verwachten, hoe zij de ontvangen hulp ervaren en waarderen en welke mogelijkheden er zijn om de situatie van deze ouderen te verbeteren of te stabiliseren (hoofdstuk 4 tot en met 7).

Beleidsmakers en managers vinden in dit boek informatie die relevant is voor de inrichting van de uitvoeringspraktijk. Voor hen zijn de hoofdstukken over de interventieprofielen en de conclusies over de onderzochte interventie van belang (hoofdstukken 2 en 8). Die maken duidelijk wat de hulpverlening aan deze doelgroep vraagt in termen van intensiteit van de inzet, deskundigheid en randvoorwaarden.

Voor *onderzoekers* zijn vooral de hoofdstukken over de evaluatiemethode relevant (hoofdstukken 3 en 9). Beschreven wordt waarom de 'ervaren baat' benadering geschikt is om de resultaten van interventies bij een complexe doelgroep te beoordelen en wat de meerwaarde is ten opzichte van traditionele evaluatiemethoden.

Zonder de medewerking van velen zou dit boek niet tot stand zijn gekomen. Mijn dank gaat in de eerste plaats uit naar alle ouderen die bereid waren om langdurige gesprekken met mij te voeren over hun levens en hun ervaringen met de hulpverlening. Hun verhalen hebben diepe indruk op mij gemaakt. Verder dank ik alle professionals die aan het onderzoek hebben meegewerkt: voor de logboeken en de (vele) gesprekken, maar vooral voor hun bereidheid mij in contact te brengen met de ouderen die zij begeleiden.

Samenvatting

Sociaal isolement is een belangrijk thema tegen de achtergrond van het vigerende overheidsbeleid dat gericht is op zelfredzaamheid en participatie. Mensen die in een sociaal isolement leven, beschikken niet over een netwerk van familie, vrienden of bekenden die zo nodig mantelzorg of andere vormen van steun kunnen bieden. Als ze (tijdelijk of structureel) hulpbehoevend worden, zijn ze volledig aangewezen op professionele hulp. Daarnaast nemen sociaal geïsoleerde burgers minder deel aan maatschappelijke activiteiten en sociale verbanden. Hierdoor wordt sociaal isolement gezien als een vraagstuk dat niet alleen negatief uitwerkt voor de betrokkenen zelf, maar ook maatschappelijke gevolgen heeft. Tegen deze achtergrond zijn de afgelopen jaren veel interventies ontwikkeld om sociaal isolement te verminderen of te voorkomen. Uit evaluatieonderzoeken blijkt echter dat de meeste interventies niet leiden tot het opheffen van sociaal isolement. In dit onderzoek gaan we na wat dit betekent: zijn de interventies niet effectief of leveren ze andere belangrijke opbrengsten op?

De interventie

Dit onderzoek gaat over de effectiviteit van persoonlijke begeleidingstrajecten voor sociaal geïsoleerde ouderen met structurele, complexe problematiek. Deze trajecten zijn bedoeld voor sociaal geïsoleerde ouderen (55-plus) die cliënt zijn bij een organisatie voor welzijn of maatschappelijke dienstverlening en kampen met problemen op meerdere levensterreinen. De ouderen worden gedurende langere tijd intensief begeleid door een maatschappelijk werker, een ouderenwerker of een ouderenadviseur. De beroepskracht krijgt de ruimte om wekelijks anderhalf tot twee uur aan de oudere te besteden. De individuele wensen en kwaliteiten van de ouderen vormen het uitgangspunt van de interventie. Om te voorkomen dat de sociaal geïsoleerde oudere afhankelijk wordt van de professional, is de begeleiding in principe tijdelijk (variërend van een half jaar tot een jaar). De interventie is ontwikkeld door twee Rotterdamse welzijnsorganisaties: Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Centrum (SMDC) en Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Delfshaven (SMDD) en wordt door verschillende Rotterdamse welzijnsorganisaties uitgevoerd.

De belangrijkste doelstelling van de trajecten is probleemreductie, door het vinden en zo nodig ontwikkelen van passende en effectieve interventies die aansluiten bij deze doelgroep. Elk persoonlijk begeleidingstraject start met een grondige analyse van de achtergronden van het sociaal isolement van de cliënt. Die analyse is bedoeld om aangrijpingspunten te vinden voor de keuze of de ontwikkeling van

passende interventies. De aanpak is integraal: niet alleen het sociaal isolement, maar alle problemen waar de cliënt mee te maken heeft worden, zo mogelijk, aangepakt. Interventies die tegelijkertijd plaatsvinden worden op elkaar afgestemd.

Een tweede doelstelling is kwaliteitsverbetering van de hulpverlening aan deze doelgroep. Door de deskundigheid van de professionals in het bestrijden van sociaal isolement te vergroten, kan de kwaliteit van de hulpverlening worden verbeterd.

Doelstelling

Dit onderzoek is gericht op twee soorten effectiviteit: de effectiviteit van het uitvoeringsproces (*implementatie-effectiviteit*) en de door personen uit de doelgroep zelf ervaren effectiviteit van de interventie (*experientiële effectiviteit*). Voor de evaluatie is gebruik gemaakt van de 'ervaren baat' benadering. Uitgangspunt van deze benadering is dat niet alleen objectief meetbare effecten van interventies van belang zijn om de effectiviteit van een interventie te beoordelen, maar dat ook subjectief ervaren effecten van de interventie, ofwel ervaren baat, van belang zijn. In de 'ervaren baat' benadering worden de resultaten van een interventie beoordeeld op de mate waarin de hulpverlening aansluit bij de wensen en behoeften van de cliënten. Daarbij wordt een breed domein van opbrengsten en resultaten beschreven, namelijk de ervaren baat van de interventie voor de ouderen zelf én voor de professionals die hen begeleiden. De centrale onderzoeksvraag luidt: *Wat is de ervaren baat van persoonlijke begeleidingstrajecten voor sociaal geïsoleerde ouderen met structurele en complexe problematiek? Welke kennis levert de 'ervaren baat' benadering op over de mogelijkheden en grenzen van de hulpverlening aan sociaal geïsoleerde ouderen en hoe relevant is deze kennis voor het verbeteren van de hulpverlening aan deze ouderen?*

Methode

Het onderzoek is uitgevoerd door middel van *deskresearch* (logboeken), *face-to-face* interviews en focusgroepen. Om te beginnen zijn logboeken bestudeerd waarin professionals van zes Rotterdamse welzijnsorganisaties rapporteren over de voortgang van persoonlijke begeleidingstrajecten met sociaal geïsoleerde cliënten. Voor dit onderzoek zijn 36 logboeken geselecteerd die betrekking hebben op ouderen die structureel sociaal geïsoleerd zijn en bij wie complexe problematiek speelt. Daarnaast zijn interviews gehouden met 25 sociaal geïsoleerde ouderen en 17 professionals die veel ervaring hebben met persoonlijke begeleidingstrajecten voor sociaal geïsoleerde ouderen. De selectie van de ouderen vond plaats in overleg met de begeleidende professionals; zij maakten de toegang tot de doelgroep mogelijk en legden het eerste contact. Een deel van de ouderen en vrijwel alle professionals zijn meerdere malen geïnterviewd.

Gedurende de looptijd van het onderzoek zijn twee focusgroepgesprekken gehouden met professionals. Beide gesprekken hadden betrekking op hun ervaringen met de persoonlijke begeleidingstrajecten in het algemeen en met bepaalde casussen in het bijzonder. Ook zijn de tussentijdse onderzoeksbevindingen besproken.

Conclusies: het uitvoeringsproces

Het onderzoek naar de persoonlijke begeleidingsprocessen biedt ten eerste inzicht in het uitvoeringsproces van de interventie en de mate waarin dat in lijn is met de vooraf bepaalde werkwijze (implementatie-effectiviteit). De interventie is gericht op ouderen (55-plus) voor wie standaardoplossingen niet van toepassing zijn omdat ze al vele jaren in een sociaal isolement leven en problemen hebben op meerdere levensterreinen. De ouderen in de begeleidingstrajecten behoren tot deze doelgroep. Het gaat om ouderen die al langere tijd bekend zijn bij de betrokken organisaties omdat ze 'reguliere' vormen van hulp krijgen, of om 'nieuwe' cliënten die zijn aangemeld door derden vanwege sociaal isolement of daarmee samenhangende problemen. Een enkele oudere heeft zichzelf aangemeld vanwege problemen op het sociale terrein.

De methodiek van de persoonlijke begeleidingstrajecten is inhoudelijk niet gedetailleerd beschreven, maar alle professionals werken vanuit twee uitgangspunten. Ze starten met een grondige analyse van de situatie en omstandigheden van de oudere en hanteren een integrale aanpak waarbij problemen op verschillende levensterreinen in onderlinge samenhang worden aangepakt. Het onderzoek maakt duidelijk dat de open werkwijze voor deze doelgroep niet alleen wenselijk maar ook noodzakelijk is. De openheid biedt professionals de ruimte om het tempo en de inhoud van de hulpverlening aan te laten sluiten bij de specifieke kenmerken van ouderen die tot de doelgroep behoren. De professionals leveren maatwerk dat zoveel mogelijk is afgestemd op de mogelijkheden en ambities van de ouderen die ze begeleiden. Maatwerk bij deze doelgroep vereist in vrijwel alle gevallen een integrale aanpak. Sociaal isolement is namelijk zelden een enkelvoudig probleem en het oplossen van andere problemen is vaak meer urgent dan de aanpak van het isolement.

De persoonlijke begeleidingstrajecten zijn in principe tijdelijk. Het onderzoek laat echter zien dat slechts een klein deel van de trajecten echt wordt afgesloten; een enkele oudere kan na de interventie weer op eigen kracht verder, maar zelfs dan proberen de professionals een vinger aan de pols te houden, zodat ze bij eventuele nieuwe problemen tijdig kunnen ingrijpen. Bij het merendeel van de ouderen kan het intensieve traject op termijn worden afgebouwd naar een minder intensief contact met een lagere frequentie. Dat is het geval als de meest urgente problemen zijn aangepakt en geen verdere resultaten te verwachten zijn. Soms worden

lichtere vormen van hulp ingezet, zoals een vrijwilliger voor contactbezoek of een hulpdienst voor praktische ondersteuning, maar ook dan blijft de professional op de achtergrond als vangnet fungeren. De meeste ouderen blijven in beeld bij de professionals tot ze overlijden of worden opgenomen in een verpleeg- of verzorgingshuis. Ouderen met ernstige psychiatrische problematiek worden overgedragen naar specialistische thuiszorg of psychiatrische hulp.

Conclusies: ervaren baat

In dit onderzoek worden de resultaten niet louter opgevat in termen die samenhangen met het geformuleerde probleem – in dit geval sociaal isolement – maar in termen van ervaren baat. De belangrijkste vraag daarbij is of de hulp voldoende oplevert voor de hulpvrager en of deze wordt geboden op een manier die recht doet aan de positie en betekenisgeving van deze hulpvrager.

De doelstelling van de onderzochte interventie is de afname van eenzaamheidsgevoelens en/of de vergroting van het sociale netwerk en het vinden en zo nodig ontwikkelen van passende en effectieve interventies die aansluiten bij deze doelgroep. Het onderzoek laat echter zien dat het verminderen van eenzaamheid of het opheffen van sociaal isolement bij deze doelgroep vrijwel nooit lukt. Dat wil echter niet zeggen dat de hulp niet nodig is en dat er geen belangrijke opbrengsten zijn. Uit het onderzoek blijkt dat de persoonlijke begeleidingstrajecten wel degelijk belangrijke 'baten' opleveren, zowel in de ogen van de professionals als van de ouderen zelf.

De professionals proberen zoveel mogelijk aan te sluiten bij de (ervaren) hulpvragen van de ouderen en het domein waarop hulp wordt geboden is dan ook zeer breed. Sociaal isolement wordt opgevat als een probleem dat verweven is met problemen op andere levensterreinen. De hulp die in de trajecten wordt geboden is vooral gericht op het weghalen van belemmeringen voor de zelfstandigheid en het vergroten van de zelfredzaamheid: door het oplossen van praktische problemen, het geven van emotionele steun, het bieden van een aanspreekpunt of het vormen van een professioneel vangnet. Hoewel de professionals vinden dat ze bij deze doelgroep weinig kunnen bereiken, ervaren de ouderen de hulp als uiterst belangrijk, ook als hun problemen niet (allemaal) zijn opgelost. Hoewel het opheffen van sociaal isolement de belangrijkste doelstelling van de begeleidingstrajecten is, blijkt het isolement voor de meeste ouderen niet het probleem waaraan ze willen of kunnen werken. Ze lopen tegen andere problemen aan die meer urgent zijn en die hun zelfstandigheid bedreigen. De baten liggen voor hen op het vlak van ervaren aandacht, steun en betrokkenheid van de professional. De professionals vormen voor hen een belangrijk aanspreekpunt en in veel gevallen ook een vangnet. De kwaliteit van de

relatie tussen de professional en de cliënt vertegenwoordigt een waarde op zich en resultaten moeten steeds in de context van die relatie worden gezien.

De ervaren baat is groter naarmate de professional beter bij de oudere weet aan te sluiten. Deze relationele afstemming is van belang om te bepalen welke interventies mogelijk en wenselijk zijn.

Professionals investeren daarom veel in de relatie. Ze proberen hun handelen af te stemmen op het tempo, de ambities en de mogelijkheden van de ouderen en zoeken permanent naar het juiste evenwicht tussen bemoeien en laten, tussen sturen en afwachten. De ouderen investeren ook in het contact met de professional; de relatie levert immers erkenning en emotionele nabijheid van de professional op, voorwaarden voor het nemen van afgestemde besluiten. Soms gaan ze (te) ver mee in plannen van de professional omdat ze iets 'terug' willen doen of de professional niet willen teleurstellen.

Hoewel de professionals en de ouderen beiden in de relatie investeren, weten ze dat het om een zakelijke relatie gaat die in principe van tijdelijke aard is. Dit besef is van belang omdat te grote afhankelijkheid averechts kan werken; dat risico is het grootst bij ouderen die een sterke behoefte hebben aan contacten met anderen. Als de relatie met de professional die behoefte invult, is er geen reden meer om zelf actief te worden. Een persoonlijk begeleidingstraject is een intensieve interventie die (tijdelijk) nodig is om bij deze doelgroep de achtergronden en de vraag goed in beeld te krijgen. Door deze tijdelijke investering is het mogelijk om de hulpverlening beter af te stemmen op de specifieke situatie en te voorkomen dat de situatie verder verslechtert. De opgebouwde relatie bepaalt ook het vervolg. In de meeste gevallen wordt het contact niet afgesloten, maar wordt de begeleiding geleidelijk afgebouwd tot een laagfrequent 'vangnet'-contact. Het voordeel daarvan is dat er bij nieuwe problemen of een terugval al een relatie bestaat waarbinnen dit opgemerkt en aangepakt kan worden.

De onderzoeksmethode

In dit onderzoek is de 'ervaren baat' benadering gebruikt om te beoordelen wat de hulpverlening aan sociaal geïsoleerde ouderen met complexe problematiek oplevert. Deze onderzoeksbenadering is geschikt voor het beoordelen van interventies voor doelgroepen met complexe problematiek waarbij de professionals niet volgens een duidelijk omschreven protocol kunnen werken. Het onderzoek biedt inzicht in de afwegingen die professionals maken, de twijfels die ze hebben en de strategieën die ze hanteren om aan te sluiten bij de behoeften en waarden van de ouderen die ze begeleiden. Door een triangulatie van databronnen en dataverzamelmethode is hierover relevante informatie verkregen.

De 'ervaren baat' benadering biedt een dieper inzicht in de opbrengsten van een interventie dan mogelijk is met een meer objectieve effectmeting waarin wordt beoordeeld of de beoogde doelstellingen worden bereikt. Het belangrijkste verschil met meer traditionele evaluatiemethoden is dat het domein waarop de resultaten van de interventie worden gemeten, breder is. Het gaat niet alleen om de oplossing van problemen, maar vooral om de subjectieve beleving van de hulpverlening. In dit onderzoek is dat een meerwaarde gebleken. Hoewel de begeleidingstrajecten in de meeste gevallen niet tot netwerkontwikkeling of sociale activering leiden, wordt wel duidelijk dat andere belangrijke resultaten worden geboekt. Het onderzoek laat zien dat behoeften op het sociale vlak voor veel ouderen geen prioriteit hebben, maar dat de daaruit voortvloeiende problemen op andere levensterreinen voor hen belangrijker zijn. De interventie levert voor de meeste ouderen veel op: persoonlijke aandacht, emotionele steun, het oplossen van praktische problemen, een grotere zelfredzaamheid, een aanspreekpunt waar ze hun problemen mee kunnen delen of een vangnet dat er eerst niet was, waardoor verslechtering van de situatie kan worden voorkomen. Hoewel het sociaal isolement in de meeste gevallen niet kan worden aangepakt, is dat wel mogelijk voor de problemen die ermee verweven zijn. Daarmee kunnen de schadelijke gevolgen van het isolement waar de ouderen wél onder lijden, worden verminderd.

De gehanteerde onderzoeksbenadering kan tot slot een kwaliteitsimpuls leveren aan de kennisontwikkeling in de sociale sector. Het onderzoek voegt kennis toe aan de beschikbare kennis over interventies bij sociaal geïsoleerde ouderen door de focus te richten op de experiëntiële kennis van de professionals en de cliënten. Zij zijn 'experts' die informatie hebben over hun eigen praktijk en over hun eigen leven. Hun expertise is aanvullend op de meer objectieve metingen die de betrokken organisaties zelf bijhouden, namelijk over het aantal afgeronde trajecten, het aantal mensen dat geactiveerd is naar sociale activiteiten, de gemiddelde tijdsinvestering per cliënt, et cetera. De professionals beschikken over een breed handelingsrepertoire dat aansluit bij de problemen en hulpvragen van de cliënten. Ze hebben kennis over de valkuilen bij deze doelgroep (passiviteit, afhankelijkheid, terugval, routines) en over de grenzen van de hulpverlening (realistische verwachtingen). Op basis van deze experiëntiële kennis kunnen professionals betere diagnoses stellen en zijn ze beter in staat om realistische en haalbare doelen te formuleren. De experiëntiële kennis dient tevens als grondslag voor het nemen van weloverwogen beslissingen over de interventies die ze inzetten bij cliënten die in vergelijkbare situaties verkeren. Het beoordelen van de resultaten van sociale interventies met de 'ervaren baat' benadering levert veel informatie op die het mogelijk maakt om de professionele inzet bij deze complexe doelgroep beter te prioriteren en te sturen en daarmee praktijkinnovatie en kwaliteitsbevordering te realiseren.

De ervaren baat van persoonlijke begeleidingstrajecten voor structureel sociaal geïsoleerde ouderen: probleemformulering

1.1 Aanleiding voor het onderzoek

De laatste jaren is er steeds meer aandacht voor de werkzaamheid en effectiviteit van sociale interventies. De verantwoording van sociale interventies en het zichtbaar maken van resultaten daarvan is van belang om inzicht te krijgen in de effectiviteit van investeringen van organisaties en de inspanningen van sociale professionals. Daarnaast zijn deze inzichten nodig om de kwaliteit van de hulp- en dienstverlening in zorg en welzijn te verbeteren.

Om inzicht te krijgen in de *effectiviteit* van interventies worden verschillende wetenschappelijke benaderingen gehanteerd. Het heersende paradigma daarbij is Evidence Based Practice (EBP), ontwikkeld in de medische wereld en gericht op het 'bewijzen' van de werkzaamheid van bepaalde methoden of interventies. In deze EBP-benadering ligt de nadruk op objectieve variabelen, gestandaardiseerde meetmethoden en het toetsen van vooraf geformuleerde normen en benchmarks. Deze (smalle) EBP-benadering lijkt echter niet geschikt om de effecten van interventies in de *sociale* sector te meten. Ook levert het nauwelijks relevante kennis en inzichten op voor het verbeteren van de kwaliteit en de effectiviteit van sociale praktijken (zie bijvoorbeeld Garretsen, Rodenburg & Bongers, 2003; Hermans, 2005; Potting et al., 2010; Steyaert, Biggelaar & Peels, 2010; Van der Zwet, Beneken genaamd Kolmer & Schalk, 2011). Dit hangt samen met het complexe karakter van interventies in de sociale sector, waarin universele normen en benchmarks voor de gewenste interventie-effecten vaak ontbreken. Bovendien zijn allerlei voorwaarden van EBP-onderzoek niet aanwezig (zoals de standaardisering van methoden, de mogelijkheid een controlegroep in te zetten en mogelijkheden voor het doen van voor- en nametingen) (Van Weert et al., 2004). Sociaal werk is per definitie 'mensenwerk', dat wil zeggen dat professionals niet alleen theoretische kennis over regels, richtlijnen

en methodische voorschriften gebruiken, maar ook praktijkkennis die zij hebben opgedaan in het werken met individuele cliënten (Melief, 2003; Van der Laan, 2005). In sociale hulpverlening is bovendien van belang hoe cliënten zelf de interventies ervaren (Hermans, 2005).

In een bredere opvatting van EBP wordt gesteld dat inzicht in de resultaten van interventies niet alleen een *objectieve* evaluatie van meetbare effecten vraagt maar ook inzicht in *subjectieve* ervaringen. Behalve kennis uit empirisch evaluatieonderzoek zijn ook de praktijkkennis van sociale professionals en de ervaringsdeskundigheid van cliënten nodig om werkelijk inzicht te krijgen in de opbrengsten van hulpverlening (Sackett et al., 2000). Deze brede opvatting lijkt beter van toepassing voor het sociale domein en de interventies die daarin plaatsvinden. Dat geldt vooral voor sociale interventies die gericht zijn op zeer kwetsbare doelgroepen met complexe problematiek. Eenduidige methoden voor het beoordelen van de effectiviteit van interventies leveren dan geen volledig beeld op (Machielse, 2011a).

Een voorbeeld van complexe problematiek is sociaal isolement. Dit vraagstuk krijgt de laatste jaren veel aandacht in de beleidscontext van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), die ervan uitgaat dat burgers bij problemen en tegenslagen in eerste instantie een beroep doen op mensen uit hun eigen omgeving. Omdat mensen in een sociaal isolement niet over dergelijke ondersteunende contacten beschikken, worden uiteenlopende interventies ingezet voor deze doelgroep. Uit evaluatieonderzoek blijkt dat de meeste interventies weinig effectief zijn (Bartlett et al., 2012; Cattan et al., 2005; Dickens et al., 2011, Findlay, 2003; Fokkema & Van Tilburg, 2006). Dit kan samenhangen met het gegeven dat evaluatieonderzoek zich over het algemeen beperkt tot het in beeld brengen van resultaten die (min of meer) objectief meetbaar zijn, zoals uitbreiding van het netwerk of vermindering van eenzaamheidsgevoelens. Resultaten die meer subjectief zijn en niet met bestaande instrumenten kunnen worden gemeten, blijven hierdoor onzichtbaar. De vraag is echter of dit strookt met de ervaring van de cliënten zelf en van de professionals die hen begeleiden.

Dit boek presenteert de resultaten van een onderzoek naar de effectiviteit van persoonlijke begeleidingstrajecten voor sociaal geïsoleerde ouderen met complexe problematiek. De evaluatievorm die daarvoor wordt gebruikt is de 'ervaren baat' benadering. Daarin worden de effecten van interventies niet louter beoordeeld in termen van (opgeloste) problemen, maar wordt een breed domein van opbrengsten en resultaten beschreven: de ervaren baat van de interventie voor de ouderen zelf en voor de sociale professionals die hen begeleiden. Het onderzoek geeft antwoord op de vraag welke resultaten de interventies opleveren voor ouderen uit de

doelgroep en of de 'ervaren baat' benadering een geschikte methode is om deze resultaten inzichtelijk te maken.

Dit hoofdstuk start met een beschrijving van de sociale interventie die in dit onderzoek centraal staat: persoonlijke begeleidingstrajecten voor sociaal geïsoleerde ouderen (1.2). Daarna volgen paragrafen over de doel- en vraagstelling voor dit onderzoek (1.3), de onderzoekstrategie en de onderzoeksgroep (1.4) en de dataverzameling en -verwerking (1.5). Het hoofdstuk sluit af met enkele opmerkingen over de kwaliteit en bruikbaarheid van het onderzoek (1.6) en een leeswijzer voor dit boek (1.7).

1.2 De interventie: persoonlijke begeleidingstrajecten voor sociaal geïsoleerde ouderen

De sociale interventie¹ die in dit onderzoek centraal staat zijn 'Persoonlijke begeleidingstrajecten voor sociaal geïsoleerde ouderen' (zie kaders). Deze trajecten zijn gericht op sociaal geïsoleerde ouderen (55-plus) die cliënt zijn bij een organisatie voor welzijn of maatschappelijke dienstverlening en kampen met problemen op meerdere levensterreinen (zie H2 voor een uitgebreide beschrijving van de doelgroep). De ouderen worden gedurende langere tijd intensief begeleid door een maatschappelijk werker, een ouderenwerker of een ouderenadviseur.² De interventie is ontwikkeld door twee Rotterdamse welzijnsorganisaties: Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Centrum (SMDC) en Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Delfshaven (SMDD).

De persoonlijke begeleidingstrajecten zijn te typeren als kleinschalig, intensief, tijdelijk maatwerk. De trajecten zijn gericht op een *beperkt* aantal sociaal geïsoleerde cliënten die op *individuele* basis door een beroepskracht worden begeleid. De aanpak is *intensief* omdat de beroepskracht de ruimte krijgt om wekelijks anderhalf tot twee uur aan de betrokkene te besteden. De aanpak is *tijdelijk* om te voorkomen dat de sociaal geïsoleerde oudere afhankelijk wordt van de professional. De interventie is *maatwerk* omdat de individuele wensen en kwaliteiten van de ouderen het uitgangspunt vormen. De belangrijkste doelstelling van de interventie is probleemreductie, door het vinden en zo nodig ontwikkelen van passende en effectieve interventies die aansluiten bij deze doelgroep. Een tweede doelstelling is kwaliteitsverbetering van de interventiepraktijk voor deze doelgroep. Deze laatste doelstelling is ingegeven door het feit dat veel cliënten in de *caseload* van

1 De globale opzet was: 14 uur voor intakegesprekken en het opstellen van een hulpverleningsplan, 32 uur voor de uitvoering van de plannen en 4 uur voor de evaluatie (SMDD, 2006).

2 De globale opzet was: 14 uur voor intakegesprekken en het opstellen van een hulpverleningsplan, 32 uur voor de uitvoering van de plannen en 4 uur voor de evaluatie (SMDD, 2006).

organisaties voor welzijn en maatschappelijke dienstverlening sociaal geïsoleerd zijn, maar dat de kennis over succesvolle interventiestrategieën op het gebied van probleemreductie te kort schiet. Door de deskundigheid van de professionals in het bestrijden van sociaal isolement te vergroten, kan de kwaliteit van de hulpverlening worden verbeterd (SMDD, 2006; SMDC, 2006).

SMDC: Schakelen in sociaal isolement

In het project *Schakelen in Sociaal Isolement* worden sociaal geïsoleerde ouderen intensief begeleid door ouderenadviseurs van Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Centrum (SMDC, 2006). De persoonlijke begeleidingstrajecten duren in principe één jaar, waarbij de ouderen gemiddeld enkele malen per maand één tot anderhalf uur worden bezocht.³ De gemiddelde tijdsinvestering per cliënt ligt op ongeveer veertig uur per jaar (SMDC, 2011). De bedoeling is de frequentie en intensiteit van de begeleiding geleidelijk af te bouwen tot een 'regulier' hulpverleningscontact.

SMDD: Persoonlijke Intensieve Projecten (PIT)

In het project *PIT tegen sociaal isolement* bij ouderen worden structureel sociaal geïsoleerde ouderen intensief begeleid door ouderenadviseurs van de Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Delfshaven (SMDD, 2006). De ouderenadviseur krijgt de ruimte om gedurende een half jaar wekelijks ongeveer twee uur aan de betrokken cliënt te besteden. Dit betekent dat per cliënt gemiddeld vijftig uur aan het traject wordt besteed (SMDD, 2011).⁴ Gestreefd wordt naar afronding van het traject binnen een half jaar.

De globale werkwijze is als volgt:

- Elke persoonlijk begeleidingstraject start met een grondige analyse van de achtergronden van het sociaal isolement van de cliënt. Deze analyse is gericht op de volgende aspecten: de sociale competenties van de cliënt, de wensen en ambities van de cliënt, het netwerk van de cliënt, de belemmeringen waar de cliënt mee te maken heeft. De analyse biedt aangrijpingspunten voor de keuze of de ontwikkeling van een passende interventie.

3 De globale opzet was: een eerste intensieve fase van ongeveer drie maanden waarin de ouderenadviseur zich richt op (nader) kennismaken met de cliënt en diens levensverhaal, vertrouwen winnen en het regelen van praktische zaken (vooral veel administratieve en juridische zaken). Daarna volgt een fase die minder intensief is qua tijdsinvestering (SMDC, 2006).

4 De globale opzet was: 14 uur voor intakegesprekken en het opstellen van een hulpverleningsplan, 32 uur voor de uitvoering van de plannen en 4 uur voor de evaluatie (SMDD, 2006).

- De aanpak is integraal: niet alleen het sociaal isolement, maar alle problemen waar de cliënt mee te maken heeft worden, zo mogelijk, aangepakt. Interventies die tegelijkertijd plaatsvinden, worden op elkaar afgestemd.

Voor de evaluatie van deze interventie is gebruik gemaakt van de zogenoemde ‘ervaren baat’ benadering (Melief, Flikweert & Broenink, 2002; Van der Laan, 2003, zie H3 voor een uitgebreide toelichting). Deze benadering gaat ervan uit dat niet alle relevante effecten van interventies met objectieve variabelen of meetinstrumenten te meten zijn, maar dat ook subjectief ervaren effecten ofwel ervaren baat van belang zijn om een interventie te beoordelen. Daarbij wordt niet alleen naar uitkomsten gekeken, maar ook naar onderliggende processen en mechanismen (Melief, 2003).

1.3 Doel- en vraagstelling

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is tweeledig. De eerste doelstelling is het evalueren van persoonlijke begeleidingstrajecten van sociaal geïsoleerde ouderen met structurele, complexe problematiek. De kennis over elementen van de interventie die een heilzame of negatieve invloed hebben, kan worden benut voor het verbeteren van sociale interventies voor groepen met structurele, complexe problematiek.

De tweede doelstelling is het uittesten van de ‘ervaren baat’ benadering als vorm van evaluatieonderzoek voor interventies bij kwetsbare groepen met complexe problematiek. Uitgangspunt daarbij is de ervaring dat de resultaten van dergelijke interventies met andere soorten evaluatieonderzoek niet goed te meten zijn. Immers, algemeen aanvaarde scores of niveaus voor de gewenste interventie-effecten ontbreken en de gebruikers genereren zelf hun eigen normen (Melief, 2003; Van der Laan, 2003). Dit onderzoek zal duidelijk maken of deze benadering inzichten kan bieden die relevant zijn voor de sociale interventiepraktijk.

Vraagstelling

Om deze doelstellingen te realiseren is de volgende vraagstelling geformuleerd.

- 1 Wat is de ervaren baat van persoonlijke begeleidingstrajecten voor sociaal geïsoleerde ouderen met structurele en complexe problematiek?
- 2 Welke kennis levert de ‘ervaren baat’ benadering op over de mogelijkheden en grenzen van de hulpverlening aan sociaal geïsoleerde ouderen en hoe relevant is deze kennis voor het verbeteren van de hulpverlening aan deze ouderen?

Deelvragen

Om de vraagstelling te beantwoorden, zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld.

- 1 Hoe verlopen persoonlijke begeleidingstrajecten bij sociaal geïsoleerde ouderen met structurele, complexe problematiek?
- 2 Wat is de ervaren baat van deze begeleidingstrajecten volgens de begeleidende professionals?
- 3 Wat is de ervaren baat van deze begeleidingstrajecten volgens de sociaal geïsoleerde ouderen?
- 4 Hoe stemmen de professionals de hulpverlening af op de wensen en behoeften van de ouderen?
- 5 Welke resultaten van de interventie worden zichtbaar door de 'ervaren baat' benadering in te zetten als vorm van evaluatieonderzoek?
- 6 Op welke wijze kunnen deze resultaten worden benut voor het verbeteren van de hulpverlening aan deze ouderen?

1.4 Onderzoeksstrategie en onderzoeksgroep

Het onderzoek is gericht op twee soorten effectiviteit, namelijk de effectiviteit van het uitvoeringsproces (*implementatie-effectiviteit*) en de ervaren effecten van de interventie door personen uit de doelgroep zelf (*experiëntiële effectiviteit*) (Davies, 2005). De implementatie-effectiviteit wordt in beeld gebracht door de begeleidende professionals te vragen hoe de begeleidingstrajecten met de ouderen verlopen. De experiëntiële effectiviteit of ervaren baat wordt in beeld gebracht door aan de gebruikers van de onderzochte interventie zelf te vragen wat hun problemen en vragen waren bij aanvang van de interventie en in hoeverre ze ten aanzien daarvan baat van de interventie hebben ondervonden. Omdat de professionele expertise of praktijkkennis van betrokken professionals weer andere zaken aan het licht kan brengen dan de ervaringskennis van de ouderen zelf, is ook het oordeel van de professionals gevraagd (Hermans, 2005).

De professionals

Alle respondenten van het onderzoek zijn doelgericht geselecteerd (*purposive sampling*) op basis van vooraf gestelde criteria (*criterion based sampling*) (Evers, 2005). In de eerste plaats zijn sociale professionals van *SMDC en SMDD* geselecteerd

omdat zij de interventie hebben ontwikkeld en jarenlange ervaring hebben met het begeleiden van ouderen in sociaal isolement. Daarnaast zijn professionals van andere Rotterdamse welzijnsorganisaties in het onderzoek betrokken, namelijk van Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Alexander (MDA), Stichting Welzijn Feijenoord (SWF), Stichting Charlois' Welzijn (CW), Stichting Humanitas Rotterdam en Thermiek Welzijn (TW). Deze professionals zijn geselecteerd omdat ze veel ervaring hebben met persoonlijke begeleidingstrajecten voor sociaal geïsoleerde ouderen. Tot slot zijn enkele 'nieuwe' professionals bij het onderzoek betrokken, namelijk van Radar Uitvoering, de organisatie die de cliënten van SMDC na de aanbesteding heeft overgenomen (zie bijlage III voor een overzicht).

De ouderen

Een deel van de sociaal geïsoleerde ouderen is geselecteerd op basis van logboeken die de deelnemende professionals hebben bijgehouden over de persoonlijke begeleidingstrajecten met sociaal geïsoleerde ouderen. Voor het onderzoek zijn 36 logboeken geselecteerd die betrekking hebben op ouderen die structureel sociaal geïsoleerd zijn en bij wie complexe problematiek speelt. Een deel van deze cliënten is vervolgens geselecteerd voor een persoonlijk interview. Daarnaast zijn – in overleg met de professionals – nieuwe cliënten geselecteerd die te maken hebben met een structurele vorm van sociaal isolement. Ook deze cliënten zijn geïnterviewd.

De selectie van cliënten vond plaats op inhoudelijke gronden: het streven was een maximale variatie van de doelgroep structureel sociaal geïsoleerden te bereiken, door een evenredig aantal van de vier typen met structureel sociaal isolement uit de typologie van interventieprofielen (zie bijlage IV). Bij de selectie van cliënten fungeerden de professionals als *poortwachters*, dat wil zeggen dat zij de toegang tot de doelgroep mogelijk maakten en het eerste contact legden (vgl. Evers, 2005). Deze werkwijze heeft tot gevolg dat alleen informatie is verzameld over ouderen die bekend zijn bij de betrokken welzijnsinstellingen.

1.5 Dataverzameling

De data voor dit onderzoek zijn verzameld door middel van deskresearch (logboeken), face-to-face interviews en focusgroepen.

Logboeken

Studie van 36 logboeken over de voortgang van de persoonlijke begeleidingstrajecten van sociaal geïsoleerde cliënten met structurele problematiek. De logboeken zijn tussen 2007 en 2011 geschreven door professionals van zes Rotterdamse organisaties in het kader van een eerder onderzoek naar de aanpak van sociaal isolement bij ouderen (Machielse & Hortulanus, 2011). De logboeken bevatten casusbeschrijvingen

met relevante informatie over de betreffende ouderen, verslagen van intakegesprekken, bezoek- en reflectieverlagen en verslagen van intervisiebijeenkomsten waarin de cliënten zijn besproken. De geselecteerde logboeken zijn bestudeerd op de volgende thema's: contactlegging/kennismaking met de cliënt, aanleiding voor de hulpverlening; vraag en behoefte van de cliënt, ervaringen tijdens het begeleidingstraject, voortgang en resultaten van de begeleiding.

Face-to-face interviews met ouderen

Semigestructureerde interviews met 25 structureel sociaal geïsoleerde ouderen die een persoonlijk intensief begeleidingstraject volgen of hebben gevolgd. Het gaat om 11 ouderen van wie logboeken zijn bijgehouden en 14 ouderen die later in begeleiding zijn gekomen. De interviews zijn afgenomen in de periode 2012-2014 met behulp van een topiclijst (zie bijlage II). Belangrijkste thema's van de interviews waren: levensloop/life events; aanwezigheid sociale steun; aanleiding voor de hulpverlening; contactlegging/kennismaking met de hulpverlener; wensen en behoeften met betrekking tot de hulpverlening; inhoud van de hulpverlening/interventies; ervaringen tijdens het begeleidingstraject; oordeel over voortgang en resultaten van de begeleiding. Vier ouderen zijn meerdere malen geïnterviewd (twee ouderen twee keer, twee ouderen drie keer), met tussenliggende periodes van één tot drie jaar.

Face-to-face interviews met professionals

Semigestructureerde interviews met 17 professionals die structureel sociaal geïsoleerde ouderen hebben begeleid of nog begeleiden (3 van SMDC; 5 van SMDD/SON; 2 van Humanitas, 2 van MDA; 2 van Thermiek; 3 van Radar (zie bijlage III)).

De interviews zijn afgenomen aan de hand van een topiclijst (zie bijlage I). Belangrijkste thema's van de interviews waren: visie op sociaal isolement; contactlegging; mogelijke interventies; verwachtingen van de begeleidingstrajecten; ervaringen tijdens de begeleidingstrajecten; oordeel over de voortgang en resultaten van de begeleiding. In de interviews werd ingegaan op het begeleiden van sociaal geïsoleerde ouderen in algemene zin en op het verloop van het begeleidingstraject van specifieke cliënten. Vrijwel alle professionals zijn meerdere malen geïnterviewd (twee of drie keer).

Focusgroepen met professionals

Twee inhoudelijk voorbereide en georganiseerde groeps gesprekken met professionals die structureel sociaal geïsoleerde cliënten begeleiden of hebben begeleid. Het eerste gesprek vond plaats bij de start van dit onderzoek (eind 2012) met vijftien professionals van alle betrokken organisaties. Het tweede groepsinterview vond in maart 2014 plaats met acht professionals die van 2007 tot 2011 PIT-trajecten hadden begeleid bij SMDD en nu vergelijkbare trajecten uitvoeren bij Stichting Ouderenwerk Noord (nu SOL

Ouderen). Beide gesprekken hadden betrekking op de ervaringen van professionals met de persoonlijke begeleidingstrajecten in het algemeen en met bepaalde casussen in het bijzonder. Ook zijn de tussentijdse onderzoeksbevindingen besproken.

Dataverwerking

De digitale logboeken van de geselecteerde ouderen zijn integraal beschikbaar gesteld aan de onderzoeker. De interviews en focusgroepgesprekken zijn op audiotape vastgelegd en getranscribeerd. Alle data zijn vervolgens geanalyseerd met behulp van MAXQDA11, een softwareprogramma voor de verwerking van kwalitatief onderzoeksmateriaal. Het onderzoeksmateriaal is vervolgens ontrafeld met behulp van een analytisch kader, dat bepalend was voor de ordening van het materiaal en de samenhang tussen begrippen (Wester & Peters, 2004: 76) (zie H3.6 voor een beschrijving van dit analytische kader).

1.6 Verloop van het onderzoek

Aanbestedingen in de gemeente Rotterdam tijdens de onderzoeksperiode hebben ingrijpende gevolgen gehad voor de leidende organisaties van dit onderzoek: SMDD en SMDC. Beide organisaties zijn opgeheven en (deels) opgegaan in nieuw gevormde welzijnsorganisaties (zie bijlage III). De ontwikkelingen in de Rotterdamse welzijnssector en de organisatieveranderingen die daarvan het gevolg waren, hadden grote invloed op de uitvoering van het onderzoek. Het opheffen van SMDD en SMDC betekende dat veel professionals die sociaal geïsoleerde cliënten begeleidden werden ontslagen en niet langer aan het onderzoek konden deelnemen. Enkele professionals zijn bij de nieuw gevormde organisaties in dienst gekomen; zij konden de begeleiding van hun cliënten voortzetten (onder de voorwaarden van de nieuwe organisaties). In de meeste gevallen hebben 'nieuw' in dienst gekomen professionals (een deel van) de reeds bekende cliënten overgenomen. Dit had serieuze gevolgen voor de voortgang van dit onderzoek.

- Ten eerste werden in de nieuw gevormde organisaties vaak andere zwaartepunten gelegd en andere werkwijzen gehanteerd in de begeleiding van cliënten dan bij SMDD en SMDC het geval was. Een belangrijk verschil is dat de professionals in de nieuw gevormde organisaties meer nadruk legden op het aanboren van de eigen kracht van cliënten en nadrukkelijk het eigen netwerk van de cliënten bij de hulpverlening trachtten te betrekken. Voor de ouderen in de persoonlijke begeleidingstrajecten betekende dit dat de vertrouwde professional met wie ze een band hadden opgebouwd, werd vervangen door professionals die een andere opdracht hadden dan hun voorgangers en minder tijd konden besteden aan persoonlijke begeleiding.

- Veel nieuw aangestelde professionals hadden aanvankelijk moeite om de 'oude' cliënten te bereiken; de relatie die door de vorige professionals vaak met veel moeite was opgebouwd, werd niet altijd vanzelfsprekend voortgezet met de nieuwe professional. Cliënten die door de onderzoeker werden gevolgd, waren tijdelijk buiten beeld omdat de nieuw aangestelde professional nog geen contact had kunnen leggen. In enkele gevallen ontstond zelfs de situatie dat de onderzoeker nog wel contact met een bepaalde cliënt had, terwijl deze geen contact meer had met een professional.

Deze ontwikkelingen maakten bijstelling van het oorspronkelijke onderzoeksplan noodzakelijk. Schema 2 geeft de verschillen tussen de beoogde en feitelijke databronnen aan.

Schema 2 – Beoogde en feitelijke databronnen van het onderzoek

	Beoogd aantal	Feitelijk aantal
Logboeken	10	36
Selectie cliënten uit logboeken voor interview	5	11
Nieuwe cliënten voor interview	10	14
Aantal cliënten dat twee of drie maal is geïnterviewd	10	4
Professionals voor interview	10	17

Voor dit onderzoek naar de ervaren baat van de persoonlijke begeleidingstrajecten zijn vooral cliënten en professionals gevolgd van de ontwikkelaars van de interventie, namelijk SMDD en SMDC. Daarnaast is een kleiner aantal cliënten en professionals van de overige genoemde organisaties bij het onderzoek betrokken.

1.7 Kwaliteit en bruikbaarheid van het onderzoek

Om de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek te optimaliseren zijn verschillende strategieën gehanteerd. Vanwege de complexiteit van het onderwerp zijn verschillende bronnen en methoden van dataverzameling gebruikt. Hierdoor was het mogelijk zowel breedte als diepte te krijgen in de onderzochte casuïstiek. Over de meeste casussen in het onderzoek is informatie verkregen vanuit verschillende bronnen (logboeken van professionals, interviews met cliënten en professionals en/of focusgroepgesprekken met professionals), verzameld op verschillende momenten in de tijd, waardoor meer diepgang is bereikt in de interpretatie van de resultaten en een gevarieerd beeld van de werkelijkheid is ontstaan. Dit biedt de

mogelijkheid om door de 'presentation of the self' heen te kijken (Goffman, 1959), dat wil zeggen dat de wijze waarop de cliënt zich presenteert aan de onderzoeker slechts één van de informatiebronnen is waarop bevindingen worden gebaseerd. Daarnaast zijn regelmatige 'member checks' uitgevoerd door de follow-up interviews met geselecteerde respondenten (vooral professionals) om *feedback* te krijgen op de interpretaties. De betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek zijn ook verhoogd door een nabespreking van alle interviews met de cliënten met de begeleidende professional die het contact had gelegd.

Tijdens de analyse zijn uitgebreide memo's en een reflexief dagboek bijgehouden om de voortgang van het onderzoek te monitoren en wijzigingen in de aanpak te motiveren en vast te leggen. Tot slot zijn de (tussentijdse) bevindingen van het onderzoek besproken met de professionals, in persoonlijke interviews en in focus-groepgesprekken, om zo tot intersubjectieve overeenstemming tussen onderzoeker en professionals te komen (*peer examination*).

Externe validiteit

In dit onderzoek is geen sprake van statistische generalisatie. De externe validiteit van de resultaten en conclusies is afhankelijk van de aannemelijkheid of aanvaardbaarheid waarmee de onderzoeksresultaten ook zouden kunnen gelden voor sociaal geïsoleerde ouderen die niet in dit onderzoek zijn betrokken. Op grond van mijn persoonlijke ervaring met projecten om sociaal isolement bij ouderen te bestrijden in andere Nederlandse steden (onder andere in Amersfoort, Nieuwegein en Utrecht), stel ik vast dat bepaalde kenmerken van de onderzochte personen ook worden aangetroffen bij niet-onderzochte casussen, waardoor sprake is van een hoge mate van *analoge generalisatie* (Smaling, 2000: 161). Tegelijk is het niet waarschijnlijk dat de onderzochte groep de hele doelgroep van ouderen in een structureel sociaal isolement vertegenwoordigt. De onderzochte ouderen in dit onderzoek hebben allen contact met een hulpverlenende instantie. Ook waren ze bereid tot een persoonlijk interview met de onderzoeker. De resultaten zijn daarom niet generaliseerbaar naar sociaal geïsoleerde ouderen die niet bereikt worden door de hulpverlenende instellingen.

Bruikbaarheid

Een andere vorm van externe validiteit heeft betrekking op de *overdraagbaarheid* van het onderzoek, in de zin van *bruikbaarheid* of *benuttingswaarde* (Smaling, 2000: 164). Bij deze vorm van generalisatie bepaalt niet de onderzoeker maar de lezer (of gebruiker) van het onderzoeksrapport of er analogieën bestaan tussen de onderzochte personen en niet-onderzochte personen en zo ja, welke. Het gaat dan om lezers die vanuit hun (beroepsmatige) achtergrond kunnen bepalen of er voldoende relevante overeenkomsten zijn om aannemelijk te maken dat de

onderzoeksconclusies ook in die niet-onderzochte situatie zouden kunnen gelden. Om deze vorm van validiteit te vergroten, is in de loop van het onderzoek regelmatig gesproken met mensen uit de praktijk, ook uit organisaties die niet in het onderzoek waren betrokken. In deze gesprekken is gebleken dat de ervaringen in het onderzoek breed worden herkend.

1.8 Leeswijzer

Dit rapport is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 schetst de doelgroep van de onderzochte interventies, namelijk sociaal geïsoleerde ouderen. Daarbij wordt ingegaan op de achtergronden en gevolgen van sociaal isolement, de heterogeniteit van de doelgroep en de problemen die professionals ervaren bij het beoordelen van de effectiviteit van hun inspanningen. Hoofdstuk 3 bevat een beschrijving van de 'ervaren baat' benadering en het analysekader van dit onderzoek.

In de hoofdstukken 4 tot en met 7 worden de onderzoeksresultaten gepresenteerd: het verloop van de onderzochte interventie (H4), de ervaringen van de professionals (H5) en de cliënten (H6) en de relationele afstemming tussen beiden (H7). Daarna volgen de conclusies over de ervaren baat van de persoonlijke begeleidingstrajecten (H8). Het boek eindigt met een evaluatie van de 'ervaren baat' benadering als vorm van evaluatieonderzoek (H9).

Sociaal isolement: definitie, achtergronden en interventies

2

2.1 Inleiding

In veel gemeenten staat het bestrijden van sociaal isolement hoog op de agenda. Sociaal isolement is immers een belangrijk thema tegen de achtergrond van het Wmo-beleid, dat erop gericht is dat alle burgers participeren in de samenleving en zo lang mogelijk zelfstandig kunnen leven. Dit hoofdstuk gaat in op een aantal inhoudelijke aspecten van dit thema. Allereerst: wat is sociaal isolement en welke definitie van sociaal isolement is in dit onderzoek gehanteerd? (2.2). Daarna komen de achtergronden en gevolgen van sociaal isolement aan bod: persoonlijke en maatschappelijke factoren die een rol spelen bij het ontstaan (en het voortbestaan) van sociaal isolement (2.3). Vervolgens wordt ingegaan op sociale interventies die gericht zijn op het tegengaan of terugdringen van sociaal isolement (2.4). Daarna volgt een beschrijving van de 'typologie van interventieprofielen' die is ontwikkeld als hulpmiddel voor het kiezen van passende interventies en begeleidingsvormen voor mensen die in een sociaal isolement verkeren (2.5). Tot slot volgen enkele opmerkingen over de mogelijkheden om resultaten van sociale interventies bij sociaal isolement zichtbaar te maken en de problemen die zich daarbij voordoen (2.6).

2.2 Definitie (en afbakening) sociaal isolement

Sociaal isolement is een term die op zeer uiteenlopende wijzen wordt gebruikt en gedefinieerd. Over het algemeen verwijst de term naar een meer *objectief* gegeven, namelijk het feitelijk ontbreken van sociale relaties in het persoonlijke leven.⁵ In dit onderzoek verstaan we onder sociaal isolement het ontbreken van *ondersteunende* relaties in het persoonlijke leven; het gaat dan om relaties met familie, vrienden en bekenden waar mensen in geval van nood op terug kunnen vallen voor praktische, emotionele of gezelschapssteun (Machielse, 2006a, 2011a).⁶

In deze benadering wordt sociaal isolement nadrukkelijk onderscheiden van *eenzaamheid*, een aanverwant thema dat veel beleidsmatige aandacht krijgt. Bij

5 Er zijn ook auteurs die spreken over ervaren sociaal isolement (*perceived isolation*) of over *feelings of social isolation* (zie bijvoorbeeld Cacioppo & Cacioppo, 2014; Steptoe et al., 2012). In die definities zijn eenzaamheid en sociaal isolement niet duidelijk van elkaar onderscheiden.

6 In deze benadering staat de mate van sociale steun die iemand kan genereren centraal. Deze invalshoek is ontleend aan het onderzoek naar sociale contacten van Hortulanus, Machielse en Meeuwesen (2002, 2003, 2006).

eenzaamheid gaat het om een *subjectief* ervaren verschil tussen de gewenste en de feitelijk aanwezige relaties; omdat het aantal contacten minder is dan men wenst of omdat de kwaliteit van de aanwezige contacten niet aan iemands behoefte voldoet. In beide gevallen wordt het gemis als onplezierig of stresserend ervaren en gaat het gepaard met negatieve gevoelens (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2007: 14). Eenzaamheid en sociaal isolement gaan niet altijd samen. Mensen kunnen zeer geïsoleerd leven zonder dat ze last hebben van eenzaamheidsgevoelens. Dat is in het bijzonder het geval bij mensen die al lange tijd in een sociaal isolement verkeren en aan de situatie gewend zijn geraakt (Machielse, 2006a, 2011a). Ook een klein netwerk kan voldoen, als de kwaliteit van de aanwezige relaties maar aansluit bij iemands behoefte. Andersom is een groot netwerk geen garantie tegen eenzaamheid. Mensen kunnen een netwerk met veel familie en vrienden hebben, maar zich desondanks eenzaam voelen. Dat is bijvoorbeeld het geval na het overlijden van een dierbare; het verlies daarvan is niet gemakkelijk te compenseren of op te vangen. Als eenzaamheidsgevoelens lang aanhouden, ontstaat het risico op sociaal isolement. Mensen die langdurig eenzaam zijn, zien hun netwerk in de loop der tijd kleiner worden of verdwijnen; mensen haken zelf vaak af omdat ze het lastig vinden om met de eenzaamheid om te gaan of omdat ze het gevoel hebben dat ze tekort schieten in het contact. Anderzijds trekken veel eenzamen zich zelf terug uit het sociale leven omdat de aanwezige contacten niet aan hun behoefte voldoen (Machielse, 2006a).

2.3 Achtergronden en gevolgen

Uit onderzoek blijkt dat er geen cruciale factor vast te stellen is die het ontstaan van sociaal isolement kan verklaren of voorspellen (Hortulanus, Machielse & Meeuwesen, 2003). Wel zijn er risicofactoren aan te wijzen die een rol spelen bij het ontstaan ervan, zoals het niet (meer) hebben van een partnerrelatie, een hoge leeftijd, een slechte (fysieke en mentale) gezondheid, geringe maatschappelijke participatie, economische achterstand, gebrekkige sociale vaardigheden, langdurige mantelzorgtaken en etniciteit (zie bijvoorbeeld Cacioppo & Hawkey, 2003; Meeuwesen, 2006; Pinguart & Sörensen, 2009; Sundström et al., 2009; Victor, Scambler & Bond, 2009). Vaak is er sprake van verschillende persoonlijke problemen die met elkaar verweven zijn en zich in de loop der tijd steeds meer opstapelen. Het gaat dan bijvoorbeeld om gezondheidsproblemen, problemen met opleiding en werk of financiële problemen (Hortulanus et al., 2003).

Ingrijpende levensgebeurtenissen

In veel gevallen is de problematiek ontstaan na een ingrijpende levensgebeurtenis, zoals het overlijden van de partner, een echtscheiding, het afnemen van de

gezondheid, het verlies van werk of een verhuizing. Deze gebeurtenissen kunnen tot een afname van het aantal contacten leiden en een negatieve spiraal in gang zetten waarbij problemen op verschillende levensterreinen zich opstapelen. Wanneer mensen niet in staat zijn om de benodigde steun te mobiliseren en nieuwe ondersteunende relaties aan te gaan, kunnen ze de regie over hun leven verliezen en in een sociaal isolement terecht komen (Machielse, 2006a, 2011a). Sociaal isolement kan ook vroeg in het leven ontstaan, bijvoorbeeld door bepaalde persoonlijke eigenschappen, psychosociale problemen, of door problematische omstandigheden in de vroegere gezinssituatie (Machielse, 2003, 2006a). Anderen hebben door problematische omstandigheden in de vroegere gezinssituatie nooit een goed functionerend netwerk kunnen opbouwen of de sociale competenties niet kunnen ontwikkelen die daarvoor nodig zijn. Ze vinden geen aansluiting bij anderen en hebben het gevoel dat ze niet passen in de samenleving. De perspectieven voor deze mensen verschillen sterk. Soms blijven ze in de beschermende omgeving van het ouderlijk huis ('nestblijvers'), anderen vinden een partner die geborgenheid kan bieden. Weer anderen keren zich min of meer af van de samenleving en proberen een leven op te bouwen zonder anderen. Voor hen is sociaal isolement een overlevingsstrategie geworden (Machielse, 2006a, 2012).

Maatschappelijke context

Sociaal isolement is niet los te zien van maatschappelijke ontwikkelingen die zich de afgelopen decennia hebben voorgedaan en die belangrijke gevolgen hebben voor de sociale verbanden die mensen met elkaar aangaan (Machielse, 2006a). In de moderne samenleving kunnen mensen minder terugvallen op vanzelfsprekende verbanden, zoals familierelaties en relaties in de buurt, en moeten ze hun sociale leven meer zelf gestalte geven (Giddens, 2002). De gevolgen van deze maatschappelijke ontwikkelingen voor het alledaagse sociale leven worden nog eens versterkt door veranderingen in het overheidsbeleid. In Nederland wordt, evenals in andere westerse verzorgingsstaten, steeds meer nadruk gelegd op de zelfredzaamheid van burgers. De overheid verwacht dat burgers niet leunen op voorzieningen van de verzorgingsstaat maar zelf verantwoordelijkheid nemen en oplossingen vinden voor hun problemen (Veldheer et al., 2012; Verhoeven & Tonkens, 2013). In de 'participatiesamenleving' moeten alle burgers actief participeren in de samenleving en verantwoordelijkheid nemen voor het welzijn van henzelf en van medeburgers (Verkooijen et al., 2014). De veronderstelling daarbij is dat burgers bereid en in staat zijn om elkaar te helpen en dat ze over een sterk en vitaal netwerk beschikken dat ze zo nodig kunnen inschakelen (Scheffers, 2014).

Sociale competenties

In de huidige samenleving wordt van burgers verwacht dat ze een netwerk hebben

waarop ze een beroep kunnen doen bij problemen of tegenslagen. Het opbouwen en in stand houden van een ondersteunend netwerk vereist echter sociale competenties, zoals (zelf)vertrouwen en sociale vaardigheden. Sociale competenties hebben ook invloed op de wijze waarop mensen omgaan met moeilijke situaties of gebeurtenissen, de zogenaamde *copingstrategieën* (Lazarus & Folkman, 1987). Een copingstrategie bepaalt hoe iemand reageert op problemen en stressvolle situaties. Mensen met voldoende sociale competenties hanteren over het algemeen een actieve strategie om met problemen en tegenslagen om te gaan. Ze zoeken naar manieren om de situatie te veranderen of het verlies te compenseren en proberen de negatieve emoties een plek te geven. Belangrijk daarbij is het mobiliseren of benutten van sociale steun; het gaat dan vooral om emotionele en praktische steun van de partner, familie, vrienden en burens, zo nodig aangevuld met professionele steun van organisaties of instellingen (bijvoorbeeld van een maatschappelijk werker of een andere deskundige). Mensen met minder goed ontwikkelde sociale competenties gebruiken eerder passieve strategieën bij het omgaan met problematische situaties (Hortulanus et al., 2003). Ze vragen niet om hulp maar trekken zich terug, vermijden contacten met anderen of ontkennen de problemen. Vaak vormen de negatieve gebeurtenissen een markeringspunt in negatieve zin. Angst, schaamte en het gevoel grip te verliezen op alle levensterreinen zijn vaak het gevolg (zie onder andere Houben, 2009; Machielse, 2006a).

Sociale competenties zijn niet alleen van belang bij het omgaan met ingrijpende gebeurtenissen. Ze zijn ook nodig om actief deel te nemen aan het sociale en maatschappelijke leven. Mensen met minder sociale competenties missen de vanzelfsprekende omgeving van vertrouwde instituties, zoals de kerk of de buurt, en volgen vaak een passieve strategie. Ze trekken zich dan geleidelijk terug uit het sociale en maatschappelijke leven (Côté & Levine, 2002).

Gevolgen

Wanneer mensen geen deel uitmaken van sociale verbanden, heeft dat een negatieve invloed op hun levenskwaliteit. Door het ontbreken van sociale steun werken negatieve gebeurtenissen langer door in hun leven. Ook leidt het tot gezondheidsproblemen, een afname van het welbevinden en de ervaren kwaliteit van leven, een lagere mate van maatschappelijk welzijn en het gevoel maatschappelijk nuttig te zijn (zie bijvoorbeeld Brewer, 2005; Cacioppo & Hawkey, 2003; Cartwright & Findlay, 2002; House, Landis & Umberson, 1988; Nicholson, 2012; Owen, 2001; Pantell et al., 2013; Steptoe et al., 2012; Tomaka, Thompson & Palacios, 2006). Bovendien resulteert sociaal isolement in een verzwakking van de (vaak toch al geringe) sociale competenties, waardoor de situatie in de loop der tijd vaak verergert (Hortulanus et al., 2003, 2006). Naarmate sociaal isolement langer duurt, zien we vaak een neerwaartse spiraal. Er ontstaan dan ook problemen op andere levensterreinen, zoals

lichamelijke gezondheidsproblemen, psychische problemen, financiële problemen, problemen met zelfzorg, dagbesteding of vervuiling. In sommige gevallen vertonen mensen overlastgevend gedrag waardoor de relaties met de sociale omgeving steeds meer verstoord raken en een situatie van sociale uitsluiting ontstaat. Veel sociaal geïsoleerden weten de weg niet meer te vinden naar professionele instellingen en vertonen zorgmijndend gedrag (Machielse, 2006a).

2.4 Sociale interventies bij sociaal isolement

Sociaal isolement is een belangrijk thema voor beleid en interventies. De motivatie hiervoor wordt gevonden in centrale doelstellingen van het vigerende overheidsbeleid, dat gericht is op participatie en zelfredzaamheid (Tweede Kamer, 2004/2005; VWS, 2014). Sociaal isolement vormt een ernstige bedreiging van iemands zelfredzaamheid, gedefinieerd als het vermogen om met zo weinig mogelijk overheidssteun een zelfstandig leven te leiden (De Boer & Van der Lans, 2011). Deze definitie van zelfredzaamheid ligt ten grondslag aan de Wmo en gaat ervan uit dat burgers beschikken over een netwerk van personen die hen praktisch, emotioneel en sociaal kunnen ondersteunen. Mensen die in een sociaal isolement leven, beschikken niet over een netwerk van familie, vrienden of bekenden. Als ze (tijdelijk of structureel) hulpbehoevend worden, zijn ze volledig aangewezen op professionele hulp (Machielse, 2003, 2006b). In de context van het huidige overheidsbeleid is dit een zorgelijke situatie. Te meer omdat de normen voor opname in een verzorgingshuis of verpleeghuis de laatste jaren zijn aangescherpt (www.hervorminglangdurigezorg.nl). Daarnaast is sprake van geringe sociale en maatschappelijke participatie van sociaal geïsoleerde burgers. Ze participeren niet in sociale verbanden, nemen minder deel aan maatschappelijke activiteiten en zijn nauwelijks betrokken bij de samenleving (Machielse, 2006b). Hierdoor wordt sociaal isolement gezien als een probleem dat niet alleen negatief uitwerkt voor de betrokkenen zelf, maar ook maatschappelijke gevolgen heeft (Van Rijn, 2014).

Tegen deze achtergrond zijn de afgelopen jaren in Nederland (evenals in andere westerse landen) veel interventies ontwikkeld om sociaal isolement (onder ouderen) te verminderen of te voorkomen. Voorbeelden daarvan zijn laagdrempelige activiteiten waar mensen elkaar kunnen ontmoeten, of vriendschapscurssussen waarin ze leren betekenisvolle relaties met anderen aan te gaan. Uit evaluatieonderzoeken blijkt echter dat veel interventies niet effectief zijn (Bartlett et al., 2012; Cattan et al., 2005; Dickens et al., 2011; Findlay, 2003; Greaves & Farbus, 2006; Machielse, 2006b; Masi et al., 2011). De geringe effectiviteit hangt samen met de *heterogeniteit* van de doelgroep. De oorzaken van eenzaamheid en sociaal isolement lopen sterk uiteen, de problematiek kan zich op verschillende manieren manifesteren en

de mogelijkheden om de situatie te verbeteren zijn vaak beperkt. Diverse onderzoeken maken duidelijk dat interventies alleen succesvol zijn als ze zijn toegesneden op de specifieke situatie van een cliënt en aansluiten bij de strategieën die mensen hanteren om met hun situatie om te gaan (Findlay, 2003; Fokkema & Van Tilburg, 2006; Machielse, 2006b). Ook de achtergrond van de problematiek is van belang; hangen de eenzaamheidsgevoelens samen met een bepaalde verlieservaring, zoals het overlijden van een partner, of zijn ze meer existentieel en lopen ze als een rode draad door iemands leven? Daarnaast zijn de sociale competenties van belang: hanteert iemand een actieve of een passieve copingstrategie en is hij bereid en in staat om de nodige hulp en steun in te roepen?

2.5 Interventieprofielen

De heterogeniteit van de doelgroep wordt inzichtelijk gemaakt in de zogenaamde 'typologie van interventieprofielen'. Deze typologie brengt enige ordening aan in de verscheidenheid van omstandigheden, ambities en mogelijkheden van de doelgroep en laat zien welke soorten interventies geschikt kunnen zijn voor specifieke typen ouderen (Machielse, 2011). De typologie is gebaseerd op drie indicatoren die cruciaal zijn voor het kiezen van een passende interventiestrategie: 1) de duur (persistentie) van de situatie, 2) de motivatie (handelingsoriëntatie) van de persoon met betrekking tot sociale participatie en 3) de copingstrategie die een cliënt hanteert bij het omgaan met moeilijke situaties (actief of passief).

1 De duur (persistentie) van het isolement

Een eerste dimensie heeft betrekking op de duur of persistentie van het isolement. De vraag is hier of het sociaal isolement (recentelijk) is ontstaan door ingrijpende levensgebeurtenissen, of dat de sociale problematiek reeds vroeg in het leven is begonnen.

De twee hoofdcategorieën zijn:

- *situationele problematiek*: personen die door aanwijsbare, recente omstandigheden of gebeurtenissen in een sociaal isolement dreigen te komen of reeds in een isolement zijn geraakt;
- *structurele problematiek*: personen die al vele jaren in een sociaal isolement verkeren, waarbij de aanleiding niet (meer) duidelijk is.

Deze dimensie biedt zicht op de complexiteit van de problemen en geeft een indicatie over de gewenste intensiteit van de benodigde hulp. Naarmate het isolement langer duurt, is het lastiger om de problemen op te lossen. De (passieve) strategieën die mensen hanteren om met de situatie om te gaan, zijn dan vaste patronen of routines geworden die negatief uitwerken en het isolement bestendigen of zelfs versterken (Machielse, 2006a).

2 De motivatie (handelingsoriëntatie) met betrekking tot sociale participatie

Een tweede dimensie heeft betrekking op de behoefte van een persoon aan sociale contacten en diens motivatie om daaraan te werken. Dat kan gaan om contacten met een partner, familie, vrienden, burens (informele contacten) of om participatie in bredere zin, bijvoorbeeld in het verenigingsleven, vrijwilligerswerk of betaald werk (formele contexten). Niet alle sociaal geïsoleerde ouderen hebben behoefte om onder de mensen te zijn of nieuwe contacten te leggen. Sommigen willen dit graag, maar zien zelf geen mogelijkheden om het tot stand te brengen. Anderen willen liever geen nieuwe contacten of durven dat (vooralsnog) niet aan. Op basis van hun motivatie kan binnen elke hoofdcategorie onderscheid worden gemaakt tussen:

- personen die gericht zijn op sociale participatie en graag contact willen leggen met anderen en
- personen die niet (duidelijk) gericht zijn op sociale participatie en (vooralsnog) geen contacten met anderen zoeken.

Deze dimensie zegt iets over de ambities en verwachtingen van de cliënt ten aanzien van de hulpverlening en biedt zicht op het soort interventies dat succesvol kan zijn. Bij ouderen met een sterke behoefte aan contacten liggen interventies die gericht zijn op sociale activering en netwerkontwikkeling voor de hand. Als die behoefte er niet is, of als iemand daar (om welke reden dan ook) nog niet aan toe is, kunnen interventies worden ingezet die gericht zijn op het vergroten van de zelfredzaamheid, het bijstellen van verwachtingen van relaties of het beter leren omgaan met de situatie.

3 De copingstrategie (actief of passief)

Een derde – meer strategische – factor die van belang is voor de keuze van een interventie, is de copingstrategie van een cliënt. Deze zegt iets over iemands sociale competenties en over de mogelijkheden om de negatieve situatie ten goede te keren. Diverse onderzoeken tonen aan dat beide strategieën dwars door de twee eerder genoemde dimensies heenlopen (Rokach & Brock, 1998; Hortulanus et al., 2006; Schoenmakers, 2013). Een verdere differentiatie van de eerder onderscheiden categorieën is daarom noodzakelijk.

De typologie

Een combinatie van de twee dimensies (persistentie en motivatie) en de strategische factor (copingstrategie) leidt tot een typologie met acht profielen, die elk getypeerd worden door termen die een specifieke strategie aangeven voor het omgaan met de kwetsbare situatie (zie schema 1).

- *actieven* voelen zich prettig als ze een actief sociaal leven hebben;
- *geborgenen* zoeken een beschermend netwerk waarin ze zich veilig voelen;

- *achterblijvers* verlangen naar de emotionele steun van een hechte relatie;
- *afhankelijken* zoeken geborgenheid in een afhankelijkheidsrelatie;
- *compenseerders* vullen het gebrek aan persoonlijke contacten in door functionele activiteiten;
- *buitenstaanders* functioneren het liefst buiten de reguliere samenleving;
- *hoopvollen* hebben veel behoefte aan contacten en blijven hopen dat hun situatie ten goede zal keren;
- *overlevers* hebben de moed opgegeven en zijn uitsluitend bezig met overleven.

Schema 1 - Typologie van interventieprofielen bij sociaal isolement

Duur (persistentie) van de situatie		Motivatie (handelingsoriëntatie)	
		Gericht op sociale participatie	Niet (duidelijk) gericht op sociale participatie
Situatieve problematiek	<i>Actieve copingstrategie</i>	Actieven	Geborgen
	<i>Passieve copingstrategie</i>	Achterblijvers	Afhankelijken
Structurele problematiek	<i>Actieve copingstrategie</i>	Compenseerders	Buitenstaanders
	<i>Passieve copingstrategie</i>	Hoopvollen	Overlevers

Bron: Machielse, 2011, 2015.

De typologie is geen statisch model. Door de aanpak van problemen kan de situatie van een cliënt dusdanig veranderen dat andere doelen kunnen worden gesteld en andere interventies mogelijk zijn. Verschuivingen vinden vooral plaats met betrekking tot het handelingsperspectief van de cliënt. Een zorgmijdende cliënt die aanvankelijk geen hulp of ondersteuning wil, kan door het opbouwen van een vertrouwensrelatie met een hulpverlener geleidelijk de wens ontwikkelen om iets aan de situatie te veranderen. Op dat moment komen andere interventies in beeld en worden andere doelen haalbaar.

2.6 Effectiviteit van interventies bij sociaal isolement

De intensiteit van de hulp en het soort interventies dat geschikt is voor de onderscheiden typen kan sterk verschillen. Bij personen die door omstandigheden of gebeurtenissen in een isolement (dreigen te) raken, kan vaak worden volstaan met kortdurende vormen van hulp en ondersteuning. Bij de meesten kunnen lichte, gerichte en vroegtijdige interventies voorkomen dat de situatie verergert. Voor

degenen die gemotiveerd zijn om in het sociale leven te participeren, ligt toeleiding naar sociale activiteiten voor de hand (*actieven* en *achterblijvers*). Bij degenen die geen duidelijke behoefte hebben aan nieuwe contacten (*geborgen*, *afhankelijk*), kan vergroting van de zelfredzaamheid een doelstelling zijn. Bij een groot deel van hen is in relatief korte tijd een verbetering in de situatie te realiseren. In andere gevallen kan een preventieve interventie voorkomen dat iemand in een sociaal isolement terecht komt (Machielse & Hortulanus, 2011).

Wanneer het isolement al lange tijd bestaat en *structureel* is geworden, zijn interventies die gericht zijn op sociale participatie en vergroting van het sociale netwerk vaak niet realistisch omdat het isolement zeer moeilijk te doorbreken is. De overlevingsstrategieën die deze mensen (al dan niet bewust) hebben gekozen, werken vaak negatief uit in de zin dat ze het isolement bestendigen of zelfs versterken (Machielse, 2006a). De meesten komen pas in beeld als de situatie uit de hand loopt of leidt tot overlast in de omgeving. Ze zijn gewend hun problemen zelf op te lossen en houden de hulpverlening het liefst buiten de deur (*compenseerders* en *buitenstaanders*). Degenen die passieve strategieën volgen (*hoopvollen* en *overlevers*) nemen zelf geen initiatieven en zien de problemen geleidelijk cumuleren. Als zij uiteindelijk bij de hulpverlening in beeld komen, zijn vaak intensieve, langdurige trajecten met veel professionele inzet noodzakelijk. De vraag die in dit onderzoek centraal staat, heeft betrekking op de effectiviteit van interventies voor deze doelgroep.

Onderzoek naar de effectiviteit van interventies blijft over het algemeen beperkt tot het meten van resultaten in termen van netwerkontwikkeling of vermindering van eenzaamheidsgevoelens (zie bijvoorbeeld Fokkema & Van Tilburg, 2006). Dat het isolement na een interventie niet is opgeheven, hoeft niet te betekenen dat de hulpverlening niets heeft opgeleverd. In dit onderzoek gaan we na hoe de betrokken professionals en de sociaal geïsoleerden hier zelf over denken. De belangrijkste vraag is welke elementen en mechanismen interventies bij deze doelgroep succesvol maken in de ogen van de betrokken cliënten zelf en de professionals die hen begeleiden. Omdat deze vraag vooral speelt bij de typen met structurele vormen van sociaal isolement, is het onderzoek beperkt tot deze typen: structureel sociaal geïsoleerde ouderen met een actieve copingstrategie (*compenseerders* en *buitenstaanders*) en sociaal geïsoleerde ouderen die een passieve overlevingsstrategie hanteren (*hoopvollen* en *overlevers*) (zie schema 2).

Schema 2 - Typologie van interventieprofielen bij sociaal isolement

Duur (persistentie) van de situatie		Motivatie (handelingsoriëntatie)	
		Gericht op sociale participatie	Niet (duidelijk) gericht op sociale participatie
Situatieve problematiek	<i>Actieve copingstrategie</i>	Actieven	Geborgenen
	<i>Passieve copingstrategie</i>	Achterblijvers	Afhankelijken
Structurele problematiek	<i>Actieve copingstrategie</i>	Compenseerders	Buitenstaanders
	<i>Passieve copingstrategie</i>	Hoopvollen	Overlevers

Bron: Machielse, 2011, 2015.

De 'ervaren baat' benadering

3

3.1 Inleiding

Gemeenten, instellingen en organisaties moeten hun uitgaven steeds nadrukkelijker verantwoorden en rechtvaardigen, ook in de sociale sector. Deze nadruk hangt samen met veranderingen in de beleidscultuur van overheden en financiers, waarbij sturen op resultaten meer centraal is komen te staan. Daarnaast is er vanuit instellingen zelf een groeiende aandacht voor de aansturing van het werk op basis van gegevens over resultaten van de hulpverlening (Scholte & Sprinkhuizen, 2012). Tegen deze achtergrond zien we een toenemende behoefte aan effect- en evaluatieonderzoeken die de resultaten van welzijnswerk zichtbaar maken en kunnen bijdragen aan een verbetering van de professionele kwaliteit. Tegelijk is sprake van een breed gevoerd debat over de toepasbaarheid en wenselijkheid van verschillende verantwoordingsystemen in het sociale domein (zie bijvoorbeeld Steyaert et al., 2010).

Dit hoofdstuk start met een korte beschrijving van evidence based practice (EBP), wetenschappelijk onderzoek dat de werkzaamheid van bepaalde methoden en interventies 'bewijst', en een bredere opvatting daarvan die recht doet aan het specifieke karakter van de sociale sector (3.2). Vervolgens wordt de zogenaamde 'ervaren baat' benadering beschreven, een alternatieve, aanvullende benadering van effectonderzoek die specifieke vormen van evidence oplevert (3.3). Twee aspecten die in deze alternatieve benadering van effectonderzoek centraal staan, komen daarna aan bod, namelijk de ervaringskennis van de cliënt (3.4) en de praktijkkennis van de professionals die hen begeleiden (3.5). Tot slot volgen een invulling van het concept 'ervaren baat' die het analytische kader voor dit onderzoek vormt (3.6) en een specificatie van de eerder geformuleerde onderzoeksvragen aan de hand van dit analysekader (3.7).

3.2 Evidence based practice in de sociale sector

EBP als vorm van wetenschappelijke effectmeting is voortgekomen uit evidence based medicine (EBM), dat vaak beperkt is tot experimenteel effectonderzoek waarin metingen plaatsvinden onder gecontroleerde condities. Een veel gebruikte vorm is RCT, *Randomized Controlled Trial*, waarbij wordt onderzocht of een bepaalde behandeling ('interventie') werkzaam of zinvol is. Daarbij wordt de te testen behandeling uitgevoerd bij een testgroep en vergeleken met een controlegroep (een groep met hetzelfde probleem die met een placebo of met een ander middel

wordt behandeld). Kenmerkend voor traditioneel EBP-onderzoek is dat de effecten of resultaten van een interventie worden getoetst aan een vooraf geformuleerde norm of standaard. EBP gaat uit van evidence voor effectiviteit die bestaat uit scores op objectief meetbare variabelen of gestandaardiseerde meetinstrumenten met een bekende betrouwbaarheid en validatie (bijvoorbeeld door het gebruik van gevalideerde meetschalen) (Melief, 2003; Van der Zwet et al., 2011).

Hoewel het belang van evidence based werken steeds meer erkenning vindt in de sociale sector, wordt in Nederland nog weinig evidence based gewerkt (Lub, 2011; Omlo, 2011; Van der Zwet et al., 2011). Sommige auteurs vinden dat veel sociale interventies nog niet rijp zijn om op kwantificeerbare wijze te worden getest (bijvoorbeeld Lub, 2011; Omlo, 2011). Anderen stellen dat de sociale sector zich niet leent voor dit soort onderzoek omdat EBP geen rekening houdt met het specifieke karakter van interventies in het sociale domein (bijvoorbeeld Potting et al., 2010; Van Reekum, 2008;). Voor sociale interventieprocessen bestaan geen universele normen of algemeen aanvaarde streefscores of -waarden (*benchmarks*) waaraan de resultaten kunnen worden afgemeten. De vraag is dan of de uitkomsten van bepaalde meetinstrumenten stroken met de doelen en prioriteiten van cliënten; subjectieve ervaringen die niet meetbaar zijn met objectieve variabelen en gestandaardiseerde meetschalen blijven immers onzichtbaar.⁷ Vaak is er sprake van *circumstantial evidence*: het cruciale bewijs is niet hard, maar kan in combinatie met andere aanwijzingen wel een rol spelen in het uiteindelijke oordeel over de interventie (Van der Laan, 2003). Onderzoek naar de werkzaamheid van een interventie is nog lastiger bij cliënten met meervoudige problematiek. Wat effectief blijkt ten aanzien van de ene problematiek, is vaak niet effectief ten aanzien van andere problematiek en soms zelfs contraproductief (Melief, 2003).

Traditionele objectieve meetinstrumenten en vaste meetschalen passen bovendien niet bij de sociale dynamiek van de beroepsinnovatie in de sociale sector (Steyaert et al., 2010). In het paradigma van de traditionele, smalle opvatting van EBP wordt de sociale professional herleid tot de uitvoerder van methodische richtlijnen die zijn afgeleid van wetenschappelijke kennis. De veronderstelling is dat deze richtlijnen in elke situatie toepasbaar zijn en dat de invloed van de context van de sociale interventie beheersbaar is. In de praktijk blijkt echter dat sociale professionals bij voorkeur gebruik maken van een persoonlijke mix van verschillende methoden, waardoor eerder sprake is van een persoonlijke stijl dan van een bewust gehanteerde methode (Melief, 2003). De beperkte methodenvastheid heeft te maken met het feit dat bewezen methoden niet altijd een pasklaar antwoord bevatten om het beoogde resultaat te verkrijgen (Omlo,

7 De Groot (1994) noemt dit het dekkingsprobleem van traditionele objectieve meetinstrumenten. Te grote reductie bij het bepalen van de effecten van interventies kan leiden tot eenzijdigheid en *backwash* effecten

2011). Sociale professionals baseren zich in hun werk niet alleen op theoretische kennis (over regels, richtlijnen en methoden), maar ook op hun deskundigheid en inschattingsvermogen; ze maken hun eigen afwegingen, afgestemd op de specifieke situatie en de betreffende cliënt (Van der Laan, 2003). Deze 'ambachtelijkheid' is noodzakelijk omdat mensen complexe systemen zijn, de kennis over het menselijk functioneren partieel en onvolledig is en veel kenmerken die men wil veranderen moeilijk te meten zijn. Daarnaast berusten interventies in de sociale sector altijd op een (niet altijd geëxpliciteerd) moreel oordeel over de sociale waarde van de cliënt (Hermans, 2005). Rechthoekige verbanden tussen inspanning en resultaat zijn dan schaars. Dit speelt des te meer bij sociale interventies die gericht zijn op zeer kwetsbare doelgroepen met complexe problematiek op meerdere levensterreinen, zoals structureel sociaal isolement.

Diverse auteurs stellen dat er geen doorslaggevende wetenschappelijke reden is om evidence te reduceren tot objectieve factoren op gedragsniveau (zie onder andere Flikweert et al., 2002; Hermans, 2005). Zij pleiten voor een ruime invulling van EBP, waarin de professionele expertise en de ervaringen van de cliënt worden meegewogen bij het vaststellen van de effectiviteit. Ook deze bredere opvatting heeft zijn oorsprong in de medische wetenschappen. Uitgangspunt van deze bredere EBP-benadering is dat onderzoekskennis alleen onvoldoende basis biedt voor een beslissing over de beste behandeling; ook de klinische expertise van de arts en de voorkeuren en omstandigheden van de patiënt moeten worden meegewogen (McNeece & Thyer, 2004; Sackett, 2000; Van der Zwet et al., 2011). Evidence based werken wordt hier opgevat als een proces waarbij de professional op basis van het best beschikbare (wetenschappelijke) bewijs, de eigen expertise en de voorkeuren van de cliënt beoordeelt welke interventie wordt toegepast.

Deze brede benadering van EBP is complementair en supplementair aan meer traditionele, objectieve, gestandaardiseerde methoden en lijkt goed toepasbaar voor de sociale praktijk. Niet de onderzoeksevidence is leidend bij de keuze van een interventie; ook de expertise van de professional om het functioneren van een cliënt te beoordelen en diens waarden en voorkeuren te begrijpen (opleiding, interpersoonlijke vaardigheden en ervaringen in het verleden), en de unieke voorkeuren, waarden, behoeften en verwachtingen van een cliënt worden meegewogen bij praktische beslissingen die de professional neemt (Van der Zwet et al., 2011: 68). Daarnaast is er oog voor professionele expertise en de ervaringen van gebruikers van de interventie (zie bijvoorbeeld Davies, 2005). Deze brede EBP-benadering geeft ruimte aan de praktijkkennis van sociale professionals en de subjectieve ervaringen van cliënten en erkent daarmee het specifieke karakter van het sociale domein en de complexiteit van het wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van sociale interventies (Hasenfeld, 1983; 1992, in: Hermans, 2005: 6).

3.3 De 'ervaren baat' benadering

De 'ervaren baat' benadering is een voorbeeld van een brede benadering om de effectiviteit van sociale interventies te 'meten' (Melief; 2003; Van der Laan, 2003). Deze benadering gaat ervan uit dat de meest relevante effecten van interventies niet altijd met objectieve variabelen of meetinstrumenten te meten zijn en dat ook subjectief ervaren effecten van belang zijn. In deze benadering is naast kennis over (EBP-)methoden ook de *praktijkkennis* van de betrokken professional cruciaal: bij het beoordelen van de probleemsituatie, de behoefte van de cliënt en de mogelijke interventies. Daarnaast worden de *ervaringskennis* van de cliënt over de probleemsituatie en zijn behoeften en verwachtingen betrokken bij het oordeel over de effectiviteit van een interventie. In de 'ervaren baat' benadering worden professionals en cliënten gezien als experts die bij uitstek deskundig zijn op het gebied van hun eigen ambacht en hun eigen leven (Van der Laan, 2003: 6).

De 'ervaren baat' benadering biedt een oplossing voor een aantal problemen die de traditionele EBP-benadering in het sociale domein ondervindt (Melief, 2003: 25-26).

- De benadering levert een oplossing voor het probleem dat effecten niet goed te meten zijn als universele normen en benchmarks voor de gewenste interventie-effecten ontbreken, omdat de gebruiker zelf zijn eigen normen en benchmarks genereert.
- De benadering is ook toe te passen in situaties waar de EBP-benadering niet mogelijk is, omdat er bijvoorbeeld sprake is van meervoudige problematiek waarvoor verschillende soorten interventies worden ingezet. Men kan dan nagaan bij welke vorm van interventie of bij welke interventiekenmerken bepaalde baten in meerdere of mindere mate worden ervaren.
- De benadering is een oplossing voor het gebrek aan methodenvastheid van sociale professionals, omdat het onderzoek gericht kan worden op het identificeren van helpende (effectvolle) interventie-elementen door gebruikers te ondervragen over de elementen en ingrediënten die zij in de interventie meemaakten en over de heilzame dan wel negatieve invloed die zij daarvan hebben ervaren (zie ook Krechtig & Menger, 2003).

Het vaststellen van de resultaten van sociale interventies vanuit deze benadering biedt niet alleen verantwoordingsmogelijkheden voor de hulp- en dienstverlening naar beleidsmakers en managers. Het levert daarnaast informatie op over sterke en minder sterke kanten van de ingezette interventies. Hierdoor is het mogelijk om de professionele inzet beter te prioriteren en te sturen en daarmee praktijkinnovatie en kwaliteitsbevordering te realiseren (Flikweert et al., 2002).

3.4 Praktijkkennis van de professional

In de 'ervaren baat' benadering worden sociale professionals als 'experts' opgevat. Ze zijn verantwoordelijk voor de beoordeling van de probleem- of vraagsituatie (diagnose) en hetgeen in die situatie gewenst is (interventies). Ze baseren zich daarbij op wetenschappelijke inzichten (evidence), zowel ten aanzien van de probleemsituatie als ten aanzien van de inrichting van de interventie en de keuzes die daarbij in overleg met de gebruiker moeten worden gemaakt. Daarnaast maken professionals altijd afwegingen tussen verschillende (EBP-)methoden die in een specifieke situatie kunnen worden gebruikt; dat betekent dat ze de kwaliteit van de evidence moeten beoordelen, rekening moeten houden met indicatie- en verantwoordingsregels, hun eigen professionele expertise en de behoeften en verwachtingen van de cliënt. Tijdens het hulpverleningsproces worden op grond van deze 'praktijkkennis'⁸ voortdurend inschattingen gemaakt die niet altijd 'doorgekend' of 'door onderzoek onderbouwd' kunnen worden (Van der Laan, 2003). Het kan nodig zijn om wijzigingen of aanpassingen aan te brengen in verband met onverwachte omstandigheden, niet bedoelde of niet gewenste gevolgen en nieuwe inzichten. Dit betekent dat professionals hun ervaring en creativiteit aanwenden in unieke situaties waarvoor de evidencebased benadering geen antwoord biedt (Melief, 2003: 26-27). Hun praktijkkennis stelt professionals in staat situaties te taxeren en op grond daarvan te handelen; ze moeten beoordelen of dat wat over het algemeen werkt ook in het individuele geval werkt (Van der Zwet et al., 2011).

Een belangrijk aspect van de professionele expertise is de intuïtie die ten grondslag ligt aan besluiten en keuzes in levensechte situaties (Van der Laan, 2003; De Groot, 1994). Intuïtie wordt daarbij gedefinieerd als patroonherkenning die het resultaat is van een praktisch leerproces, namelijk de evaluatie van een groot aantal casussen (Fishman, 1999; Van der Laan, 1995). In de praktijk wordt elke unieke casus verbonden met algemene patronen die zich in meerdere casussen voordoen (Van der Laan, 2003). Het 'leren van gevallen' is dus een belangrijke bron van de praktijkkennis van sociale professionals. Deze kennis wordt geproduceerd *in en door* het professionele handelen en levert 'practice based evidence' op, in de vorm van persoonlijke kennis en competentie, die kunnen bijdragen aan de kwaliteit van de hulpverlening (Van der Laan, 2003). Deze zogenaamde '*case-based learning*' en '*case-based reasoning*' worden wel gezien als hoekstenen van de beroepsontwikkeling in het maatschappelijk werk (De Vlaeminck, 2004).

8 De praktijkkennis van sociale professionals wordt in de literatuur op zeer uiteenlopende manieren beschreven en benoemd (zie bijvoorbeeld Hermans, 2005: 8; Van der Laan, 2003).

3.5 De ervaringskennis van de cliënt

In de 'ervaren baat' benadering worden ook gebruikers van de sociale interventies als experts opgevat. Dit betekent dat de resultaten van de hulpverlening zoals die worden waargenomen door de cliënt, van belang zijn bij het evalueren ervan. Centraal daarbij staat de vraag of de cliënten er in hun eigen ogen beter van worden, of de hulpverlening volgens hen een bijdrage levert aan de oplossing van hun problemen, of de hulpverlening voor hen gunstige resultaten heeft opgeleverd, of ze daarmee tevreden zijn, of het werk van de professional voor de cliënt oplevert wat ervan verwacht mag worden (Flikweert et al., 2002). De subjectief ervaren effecten ofwel ervaren baat wordt geëvalueerd door cliënten zelf te laten aangeven wat hun ervaren problemen en vragen waren en in hoeverre ze ten aanzien daarvan baat bij interventies hebben gehad. Op deze manier kan de gebruiker op grond van zijn eigen normen beoordelen in hoeverre de interventie adequate effecten heeft gehad. Daardoor is het mogelijk om inzicht te krijgen in de ervaringen van cliënten met een bepaalde interventie (Melief, 2003). De ervaren baat kan zijn dat de cliënt minder problemen ervaart, beter met zijn problemen om weet te gaan, met niet-beïnvloedbare probleemsituaties heeft leren leven en/of zich begrepen en ondersteund voelt in een moeilijke situatie. Ook belangrijk is hoe de hulp is gegeven en of het contact met de hulpverlening op een correcte en plezierige manier is verlopen. Aspecten daarvan zijn dat er naar hen geluisterd wordt, dat ze begrepen worden, dat ze inspraak hebben in wat er gebeurt, dat ze respectvol benaderd worden, dat ze begrijpen waarom bepaalde zaken gebeuren zoals ze gebeuren en dat ze de hulpverlener gemakkelijk kunnen bereiken. De ervaring met de interventie zelf wordt daarmee als het ware ook een uitkomst van de interventie (Melief, 2003).

De ervaren baat ten aanzien van de effecten van de hulpverlening heeft niet alleen betrekking op de vraag of cliënten effectief geholpen zijn bij het oplossen of beheersen van hun problemen. Het gaat ook om het vaststellen van succesfactoren, ervaringen en tevredenheid. De door de cliënt ervaren baat heeft nadrukkelijk betrekking op de resultaten van de interventie: wat heeft de hulpverlening opgeleverd vanuit het perspectief van de cliënt, wat is de toegevoegde waarde van een traject of activiteit voor de gebruiker ervan?⁹ Ervaren baat geeft dus inzicht in een specifieke vorm van effectiviteit. Het oordeel van de cliënt over de sociale interventie is niet alleen van belang voor de cliënt zelf, maar ook voor de verdere ontwikkeling van de expertise van sociale professionals. De kennis en inzichten over de ervaren baat van een interventie kunnen worden benut om de vaardigheden van de professionals te vergroten en de hulpverlening in meer algemene zin te verbeteren.

9 Daarmee is de 'ervaren baat' benadering breder dan een tevredenheidsonderzoek, waarin het waaroordeel over de hulpverlening wordt benoemd in termen van 'tevredenheid' (Melief et al., 2002).

3.6 Analytisch kader

De 'ervaren baat' benadering is geen vast omschreven onderzoeksmethode. De benadering ligt onder meer ten grondslag aan Sater, een meetinstrument om de effecten van maatschappelijke dienstverlening in kaart te brengen en daarmee de investeringen voor organisaties en gemeenten te verantwoorden (Verwey-Jonker Instituut, 2006).¹⁰ De uitkomsten van Sater zijn gestandaardiseerd om vergelijking van gegevens uit meerdere gemeenten mogelijk te maken (benchmarking). In dit onderzoek is gekozen voor een andere invulling van de 'ervaren baat' benadering, namelijk voor een kwalitatieve onderzoeksmethode met een sterk explorerend karakter. Dit betekent dat voorafgaand aan het onderzoek geen expliciet theoretisch kader met verwachtingen of veronderstellingen is geformuleerd dat sturend was voor de dataverzameling. De betrokken professionals werd gevraagd logboeken bij te houden van hun contacten met sociaal geïsoleerde cliënten. Daarbij is een open procedure gevolgd, dat wil zeggen dat de professionals een globaal *format* aangekeerd kregen met als belangrijkste thema's: de contactlegging, de voortgang van de begeleiding en de (eventuele) afronding van de trajecten. Ook de interviews met de ouderen zijn aanvankelijk vanuit een open houding ingezet. Globale, richtinggevend ideeën, relevante aspecten van bestaande theorieën en inzichten en ervaringen uit eerdere onderzoeken dienden als *sensitizing concepts* (Glaser & Strauss, 1967).

Om het onderzoek af te bakemen en de onderzoeksresultaten te beoordelen met het oog op de vraagstelling, is bij de analyse van het onderzoeksmateriaal een theoretisch kader gebruikt (Maso & Smaling, 1998). De (zorgethische) uitwerking van het concept 'ervaren baat' zoals beschreven door Anne Goossensen (2014) is gehanteerd om grip te krijgen op aspecten die van belang zijn in de 'ervaren baat' benadering. Goossensen beschrijft de opbrengsten van hulpverlening niet louter in termen die samenhangen met het geformuleerde probleem, maar in termen van ervaren baat voor de hulpvrager. De belangrijkste vraag daarbij is of de hulp voldoende oplevert voor de hulpvrager. Daarbij worden twee soorten ervaren baat beschreven, die respectievelijk betrekking hebben op de *probleemuitsnede* en de *breedte* waarop hulp wordt aangeboden.

- Bij de *probleemuitsnede* gaat het om de mate waarin het door de hulpverlener geformuleerde probleem (professionele diagnose) overeenkomt met de ervaren hulpvraag van de cliënt. Het gaat hier dus om de aansluiting tussen de belevingswereld van de cliënt en de officiële doelen van de hulpverlening (vgl. Flikweert & Melief, 2000). Naarmate deze twee verder uiteenlopen, zal de baat die de cliënt

¹⁰ Sater (= Self Administered Treatment Evaluation Rating) is een instrument om de effecten van hulp en dienstverlening te meten en daar verantwoording over af te leggen. Sater geeft antwoord op de vraag of interventies van hulp- en dienstverleners effectief en relevant zijn, vanuit het perspectief van de cliënt (is die tevreden met de hulpverlening, zijn de problemen opgelost?) en de financierende gemeente (wat is de sociale relevantie van het werk?) (Verwey-Jonker Instituut, 2005).

ervaart lager zijn, ongeacht of de ingezette interventies bewezen 'effectief' zijn of goed zijn uitgevoerd.

- De probleemuitsnede is van belang voor de *breedte* van het domein waarop hulp wordt geboden. Deze tweede vorm van ervaren baat heeft betrekking op de ervaring dat de cliënt iets aan de interventie heeft gehad, ook als problemen waarmee hij bij de hulpverlening kwam niet zijn opgelost (Goossensen, 2014). Niet probleemvermindering staat centraal, maar allerlei baten daaromheen, zoals de ervaring van aandacht, steun, warmte, betrokkenheid, of geleerd hebben beter met de (als negatief ervaren) situatie om te gaan. Goossensen stelt dat deze manier van denken over opbrengsten maximaal zichtbaar is in situaties waarin het niet lukt om de problemen op te lossen, maar de inspanningen wel anderszins positief doorwerken voor de cliënt.

In deze benadering van ervaren baat is het domein van de resultaten van een interventie 'opgerekt' op een manier die meer recht doet aan de positie en betekenisgeving van de hulpvrager dan formuleringen in termen van effectiviteit (Goossensen, 2014). Deze brede opvatting van ervaren baat lijkt een goed uitgangspunt om inzicht te krijgen in de resultaten van interventies bij sociaal geïsoleerde ouderen met structurele, complexe problematiek. Eerder onderzoek liet immers zien dat de resultaten van persoonlijke begeleidingstrajecten bij deze ouderen niet leiden tot vermindering van het sociaal isolement of tot netwerkontwikkeling. De benadering van Goossensen biedt mogelijkheden om de resultaten van deze begeleidingstrajecten preciezer te bekijken. Welke vormen van baat ervaren cliënten ervaren als het sociaal isolement niet is opgeheven? En wat is het probleem waar de professionals zich in eerste instantie op richten: het sociaal isolement of problemen op andere levensterreinen?

Volgens Goossensen stijgt de kans op de genoemde soorten ervaren baat door een goede aansluiting (*match*) van professional en hulpvrager. Zij baseert zich daarbij op de opvatting van Sackett et al. (2000) dat afstemming op de cliënt, de ander willen kennen tot en met zijn waarde essentieel is om tot goede keuzes in zorg en welzijn (dus goede kwaliteit) te kunnen komen. Om de kwaliteit van deze relationele afstemming tot uitdrukking te brengen, worden concepten ontleend aan publicaties van Schuyt (2005) over zorgzaamheid en zorgethische publicaties over de zorgrelatie tussen hulpvragers en hulpverleners (onder andere Cossette et al., 2005). Ervaren baat heeft dan betrekking op ervaringen op de volgende drie dimensies.

1 Waarneming van de hulpvrager:

Erkenning in existentiële zin, de ervaring van 'gezien' worden. In hoeverre zijn hulpverleners in staat om de ervaring van de cliënt die ze willen helpen door zich

heen te laten gaan alsof zij die persoon zijn? Om zich zo een beeld van hem te vormen dat recht doet aan hun perspectief? (geen stigmatisering)

2 Emotionele nabijheid:

Ervaring van emotionele steun is belangrijk, juist als er geen oplossing voorhanden is. Kan het de hulpverlener werkelijk iets schelen wat de cliënt meemaakt? Is hij de cliënt nabij of blijft hij beroepsmatig relationeel en afstandelijk?

3 Afgestemd besluiten (gedeeld perspectief):

Hoe worden de besluiten over de hulpverlening genomen? Bepalen hulpverlener en cliënt samen de agenda? Is de gekozen oplossing in overeenstemming met de richting die de cliënt verkiest? (Goossensen, 2014: 8, 93, 94)

Deze drie dimensies staan niet los van elkaar, maar bouwen op elkaar voort. Pas als de cliënt zich erkend en gezien voelt, kan emotionele nabijheid of steun worden ervaren. De dimensie van het afgestemd besluiten veronderstelt op haar beurt de eerste twee dimensies (Goossensen, 2014).

3.7 Nadere specificatie van de deelvragen

Bij het ordenen en interpreteren van het onderzoeksmateriaal voor dit onderzoek zijn de concepten uit deze (zorgethische) benadering van ervaren baat als analysekader gebruikt. Dit betekent dat de ervaren baat van de persoonlijke begeleidingstrajecten voor sociaal geïsoleerde ouderen is geëvalueerd in termen van *probleemuitsnede* en *breedte* van de *aangeboden hulp* vanuit het perspectief van de professional en de cliënt. De aansluiting tussen professional en cliënt (match) in termen van de drie genoemde dimensies krijgt daarbij nadrukkelijk aandacht. Op basis van dit analytisch kader zijn de deelvragen 1 tot en met 4 van het onderzoek als volgt gespecificeerd.

1 Hoe verlopen persoonlijke begeleidingstrajecten bij sociaal geïsoleerde ouderen met structurele, complexe problematiek?

Deze deelvraag gaat over de gang van zaken in de persoonlijke begeleidingstrajecten. Wat was de aanleiding voor het contact met de hulpverlening, hoe is de contactlegging/kennismaking met de cliënt verlopen? Hoe wordt de begeleiding afgestemd op eventuele andere vormen van hulp (van professionals en informele hulpverleners uit het netwerk van de cliënt); is die belemmerend of ondersteunend aan het begeleidingstraject? Hoe worden de trajecten afgesloten? Een beschrijving van het verloop van het hulpverleningsproces is noodzakelijk om de resultaten van de interventie op hun bruikbaarheid te kunnen beoordelen (implementatie-effectiviteit).

2 Wat is de ervaren baat van deze begeleidingstrajecten volgens de begeleidende professionals?

Deze deelvraag is gericht op de twee vormen van ervaren baat van de begeleidings-trajecten vanuit het oogpunt van de professionals. Het gaat om de professionele diagnose van de professionals, de doelen en plannen die de hulpverlener maakt voor het traject (probleemuitsnede), de keuze voor bepaalde soorten interventies (breedte van het domein waarop hulp wordt verleend). Welke keuzes maakt de professional bij het zoeken naar mogelijkheden en het bepalen van de aanpak, welke twijfels spelen? Wat is het oordeel van de professional over de concrete resultaten van de hulpverlening: zijn de problemen (geheel of gedeeltelijk) opgelost? Zo niet, welke resultaten zijn dan wel bereikt? Wat zijn helpende/werkzame/effectvolle elementen en wat zijn negatieve/belemmerde elementen?

3 Wat is de ervaren baat van deze begeleidingstrajecten volgens de sociaal geïsoleerde ouderen?

Deze deelvraag is gericht op de twee vormen van ervaren baat van de begeleidings-trajecten vanuit het oogpunt van de cliënten. Het gaat om de vraag van de cliënt bij aanvang van het traject, de wensen en verwachtingen ten aanzien van het traject (probleemuitsnede), de keuze voor bepaalde soorten interventies (breedte van het domein waarop hulp wordt verleend). Sluiten de keuzes die de professional maakt aan bij de mogelijkheden en wensen van de cliënt? Wat is het oordeel van de cliënt over de concrete resultaten van de hulpverlening: zijn de problemen (geheel of gedeeltelijk) opgelost? Zo niet, welke resultaten zijn dan wel bereikt? Wat zijn helpende/werkzame/effectvolle elementen en wat zijn negatieve/belemmerde elementen?

4 In hoeverre sluiten de professionals aan bij de wensen en behoeften van de ouderen?

Deze deelvraag is gericht op de kwaliteit van de relationele afstemming van de professional op de cliënt. Hoe proberen professionals aan te sluiten bij de behoeften en waarden van de cliënt? En hoe ervaren de cliënten de relatie met de professionals? Hebben ze de ervaring er te 'mogen' zijn, de ervaring van emotionele steun en de ervaring begrepen te worden?

In de volgende hoofdstukken worden de resultaten van het onderzoek beschreven. Daarbij worden feiten en interpretaties zoveel mogelijk gescheiden. De hoofdstukken 4 tot en met 7 bieden beschrijvingen van de persoonlijke begeleidingstrajecten vanuit het oogpunt van de professionals en de ouderen die zij begeleiden. In deze hoofdstukken wordt beschreven hoe de onderzochte werkelijkheid er in hun ogen uitziet en hoe zij deze ervaren. Op grond van deze ervaringen en opvattingen worden in hoofdstuk 8 en 9 de twee hoofdvragen van het onderzoek beantwoord.

De citaten uit de logboeken en de interviews met professionals en ouderen worden in de volgende hoofdstukken letterlijk weergegeven in de vorm van een lopend verhaal (Evers, 2005: 132).¹¹ De cliënten en professionals zijn genummerd met respectievelijk C- en P-nummers (zie bijlage III voor een overzicht van de respondenten).

11 Dit betekent dat de citaten zo letterlijk mogelijk zijn weergegeven, maar dat niet alle stopwoorden, aanloopjes, herhalingen en typfouten (logboeken) zijn weergegeven.

Het verloop van persoonlijke begeleidingstrajecten

4

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe persoonlijke begeleidingstrajecten bij sociaal geïsoleerde ouderen met structurele, complexe problematiek in grote lijnen verlopen. Het eerste thema dat daarbij aan bod komt, is de aanleiding voor het contact met de hulpverlening. Hoe en waarom komt de oudere in beeld bij een organisatie voor welzijn of maatschappelijke dienstverlening? Meldt de oudere zich zelf of zijn er anderen die het initiatief nemen en het contact tot stand brengen? En wat is de concrete aanleiding voor de melding (4.2)? Vervolgens gaan we in op de contactlegging en de kennismaking met de professional. Hoe verloopt die kennismaking? Hebben de aangemelde ouderen behoefte aan hulp en wat verwachten ze van de professional (4.3)? Daarna gaan we in op de persoonlijke begeleidingstrajecten. Op basis waarvan besluiten de professionals dat een oudere in aanmerking komt voor een persoonlijk begeleidingstraject en waar is de hulpverlening op gericht (4.4)? Tot slot laten we zien hoe de afronding van de trajecten plaatsvindt. Wanneer besluit de professional om het traject af te ronden en wat gebeurt er als dat niet mogelijk blijkt (4.5)? Het hoofdstuk eindigt met een korte samenvatting (4.6).

De beschrijvingen in dit hoofdstuk worden geïllustreerd met citaten uit de logboeken die de professionals hebben bijgehouden en uit de face-to-face interviews met hen.

4.2 Aanleiding voor het contact met de hulpverlening

Ouderen die in een sociaal isolement verkeren, melden zich zelden bij de hulpverlening vanwege hun isolement. Ze zijn niet graag afhankelijk van anderen en lossen hun problemen het liefst zelf op. Dat zijn ze al vele jaren gewend en dat proberen ze zo lang mogelijk vol te houden. Sommigen vermijden bewust alle vormen van zorg en hulp; dat is bijvoorbeeld het geval bij personen met een langdurige hulpverleningsgeschiedenis die ze als negatief hebben ervaren ('zorgmijders'). Anderen zouden wel hulp willen, maar vinden hun weg niet naar de hulpverlening; ze weten niet waar ze met vragen over sociaal isolement terecht kunnen ('zorgmissers'). Omdat ze nauwelijks persoonlijke contacten hebben, ontbreekt ook de aansporing

van familie of vrienden om professionele hulp te zoeken en de problemen te lijf te gaan. Dit betekent dat de meeste sociaal geïsoleerde ouderen pas bij de hulpverlening in beeld komen als de problemen zichtbaar worden voor de buitenwereld: anderen ervaren overlast of maken zich zorgen en melden dat bij het ouderenwerk of een andere hulpverlenende instantie.

4.2.1 Ouderen melden zich zelf aan

Van alle cliënten die in dit onderzoek zijn betrokken, hebben slecht enkelen zich zelf bij het ouderenwerk gemeld vanwege hun sociaal isolement. Een vrouw meldde zich bij het Meldpunt Sociaal Isolement in Rotterdam Centrum omdat ze een oproep in de wijkkrant had gezien.

Mevrouw heeft zichzelf aangemeld bij het Meldpunt Sociaal Isolement dat haar contactgegevens doorgeeft aan het ouderenwerk. Mevrouw geeft aan dat ze erg geïsoleerd is. Ze heeft geen netwerk om zich heen en wil graag een netwerk opbouwen (logboek P4, C14).

Zo'n melding komt niet vaak voor. Sociaal isolement op zich is voor de meeste ouderen niet voldoende aanleiding om contact te zoeken met de hulpverlening; ze zijn er al vele jaren aan gewend. Als ze zich al zelf melden, gebeurt dat op het moment dat er acute problemen ontstaan die hulp van derden noodzakelijk maakt. Bij ernstige gezondheidsproblemen is bijvoorbeeld thuiszorg of huishoudelijke hulp nodig, of hulp om een passende woning te vinden. Ook problemen met de post en de administratie kunnen zo urgent worden dat de ouderen professionele steun inschakelen. Vooral problemen met financiën of schulden kunnen een bedreiging voor hun zelfstandigheid vormen en aanleiding zijn om contact te zoeken met een hulpverlenende instelling.

Meneer belde het ouderenwerk omdat hij wilde weten of er nog financiële regelingen waren waar hij gebruik van zou kunnen maken. Hij maakt zich vooral zorgen over het maandelijks in te vullen verantwoordingsformulier van SoZaWe. Meneer moet rondkomen van een bijstandsuitkering en is doodsbang dat zijn uitkering zal worden gestopt als hij (weer) een keer in het ziekenhuis wordt opgenomen en daardoor het formulier niet op tijd kan opsturen. (logboek P21, C34)

4.2.2 Ouderen worden door anderen aangemeld

Verschillende sociaal geïsoleerde ouderen uit dit onderzoek zijn bij het ouderenwerk terecht gekomen door meldingen van medewerkers van financiële instellingen, zoals de Gemeentelijke Kredietbank of Stichting Rotonde (bewindvoering). Ze hadden hulp

nodig bij het invullen van hun belastingaangifte of andere formulieren, dreigden in de problemen te komen vanwege schulden en betalingsachterstanden, bijvoorbeeld door een afsluiting van gas en elektriciteit. De medewerkers bij wie ze terecht kwamen, kregen door het gedrag van de betreffende ouderen de indruk dat de financiële problemen niet op zichzelf stonden en meldden dat bij het ouderenwerk of het maatschappelijk werk. Medewerkers van dergelijke instellingen signaleren regelmatig zorgelijke situaties waarbij sociaal isolement een rol blijkt te spelen.

Ik had vandaag telefonisch contact met een medewerker van het Hoogheemraadschap Delfland. Hij kwam bij meneer vanwege een betalingsachterstand. De medewerker constateerde dat meneer sterk vervuild is en dat er stapels ongeopende brieven in zijn woning liggen. Meneer wilde wel hulp maar had de moed en puf niet om het zelf te vragen. Hij vond het goed dat de medewerker hulp voor hem zocht. (logboek P21, C35)

Professionals die in hun werk met dergelijke situaties worden geconfronteerd, kunnen dit melden bij de Lokale Zorgnetwerken (LZN). Veel ouderen in het onderzoek zijn via deze netwerken bij het ouderenwerk terecht gekomen. Ze zijn gemeld door de wijkagent vanwege overlast of vreemd gedrag op straat, door een wijkverpleegkundige die constateert dat een ondersteunend netwerk ontbreekt, door een thuiszorgmedewerker die merkt dat er sprake is van een verstoord dag- en nachtritme, door een huisarts die zich zorgen maakt vanwege depressiviteit of lichamelijke problemen, of door een medewerker van een woningcorporatie die huisbezoeken aflegt en een sterk vervuilde of brandgevaarlijke woning aantreft.

Ik heb een aanmelding ontvangen van een zorgconsulente bij Woonbron die momenteel huisbezoeken aflegt om bewoners voor te bereiden op een komende woningrenovatie. Ze stuit op een meneer met een ernstig vervuilde woning. Hij plast naast het toilet, de doucheruimte ziet er ongebruikt uit. Geen koelkast en etenswaren in de woning te zien. Gebruikt medicijnen. Leeft geïsoleerd. (logboek P32, C45)

Meldingen komen niet alleen van professionals of instellingen, maar ook uit de directe omgeving of het eigen netwerk van de ouderen. Zo meldde de coördinator van een klussendienst een oudere man aan bij het ouderenwerk omdat hij alle vrijwilligers de stuipen op het lijf joeg. Familieleden meldden hun halfzus aan; ze maakten zich ernstig zorgen omdat de zus in een sociaal isolement leefde en steeds meer gedragsproblemen kreeg. Een man werd gemeld door zijn burens omdat hij onaangepast gedrag vertoonde, in zijn onderbroek over de galerij liep en iedereen uitschold.

4.2.3 Ouderen worden 'gevonden' door het ouderenwerk

Sommige ouderen zijn toevallig 'gevonden' door de ouderenwerkers. Zo is een vrouw in beeld gekomen omdat de ouderenwerker haar vader begeleidde.

Ik kwam bij haar vader en zij woonde bij hem in huis. En die relatie ging niet altijd even goed. Die vader was erg dominant en er waren pittige ruzies. Ik kwam dus om met hem te praten en dan was zij er ook en toen zei ik: 'Kom er maar bij hoor'. Eerst wilde zij niet, maar na een paar keer had ze me geaccepteerd. Dus zo heb ik ook contact met haar gemaakt en gesprekken met zijn drieën gevoerd, dus met haar vader en haar. Dat vond ze prettig, met haar kant van het verhaal erbij, ze vond het fijn dat ook zij gehoord werd. En toen ging de vader dingen mankeren en werd hij opgenomen in een verpleeghuis. Toen is hij overleden en nu is zij alleen in dat huis, zij woont in het mausoleum van haar vader. En ik ben haar blijven bezoeken. (interview P35, C51)

Een andere cliënt is in beeld gekomen omdat haar negentigjarige moeder zich zorgen over haar maakte en deze zorg besprak met de ouderenwerker met wie ze zelf regelmatig contact heeft. De dochter is sociaal geïsoleerd en sterk vervuild; haar moeder vraagt zich af hoe het met de dochter verder moet als zij er niet meer is. De ouderenwerker besluit contact te leggen met de dochter.

Andere ouderen zijn opgemerkt door oplettende ouderenwerkers of maatschappelijk werkers in het buurthuis, op kantoor, aan de balie van het wijkkantoor of bij de Vraagwijzer. Ze vielen op omdat ze een 'verloren indruk' maakten, een 'onzekere houding' uitstraalden, 'ontdaan' waren, ruzie maakten met baliemedewerkers, of ontremd of afstotend gedrag vertoonden.

Meneer kwam bij de VraagWijzer met een vraag over de kredietbank. Het viel me op dat hij heel veel praatte en dat hij aangaf dat hij eenzaam was. Hij heeft alleen contact met mensen die hij op straat ontmoet. De meesten hiervan zijn drugsdealers, verslaafden en prostituees. (logboek P16, C27)

Meneer begint in de tram tegen me te praten. Hij vertelt uitgebreid over zijn verleden. Hij vertelt snel en springt van de hak op de tak. Ook zegt hij dat je aan familie en vrienden niets hebt, dat je het toch allemaal alleen moet doen. Ik loop een stukje met hem op. Ik vertel dat ik ouderenwerker ben en dat ik graag eens met hem verder zou praten. Hij zegt dat hij het goed vindt als ik eens langskom, maar dat zijn huis wel een beetje een rommel is. (logboek P15, C25)

Meneer kwam hier binnen met een soort van paniekaanval. Hij was bang dat er iets mis was met SoZaWe, dat hij geen uitkering meer zou krijgen. Eerst hing hij heel lang aan de telefoon, vertoonde heel obsessief gedrag, en toen kwam hij duizend keer bij de balie. Hij reageerde dan een beetje bozig, agressief. Hij bleef maar bezig. Hij kon soms ook een beetje intimiderend overkomen, dus iedereen vond hem altijd heel erg eng. (logboek P33, C47)

Sommige ouderen zijn al zo lang in begeleiding dat niemand meer weet wat de allereerste aanleiding is geweest.

4.3 Contactlegging en acceptatie van hulp

Hoewel de meeste sociaal geïsoleerde ouderen met problemen op meerdere levens-terreinen kampen, is het niet vanzelfsprekend voor hen om ondersteuning van professionals (of anderen) te accepteren. Hoe maken de ouderenwerkers contact met de aangemelde ouderen, hoe verloopt de kennismaking en hoe reageren ze op het hulpaanbod?

4.3.1 Contactlegging

De meeste sociaal geïsoleerde ouderen die bij instanties voor maatschappelijke dienstverlening zijn aangemeld, zien hun isolement niet als een probleem. Dat is vooral zo voor de *compenseerders* en *buitenstaanders*. Ze zijn over het algemeen goed in staat om zichzelf te redden, beschikken over functionele sociale competenties en hebben voldoende 'bureaucratische vaardigheden' om de weg in de samenleving te vinden. Ze hebben hun problemen altijd zelf opgelost en hebben allerlei strategieën ontwikkeld om met hun situatie om te gaan. Als de ouderenwerker contact met hen zoekt, zijn ze achterdochtig en wantrouwig. Ze willen precies weten wie dat in gang heeft gezet en wat de bedoeling is.

Ik heb mevrouw gebeld met de bedoeling een afspraak voor een huisbezoek te maken. Mevrouw vroeg onmiddellijk of iemand mij gebeld had. Ze was zeer afhoudend en achterdochtig. (logboek P17, C29)

Veel ouderen die door derden zijn aangemeld, zijn moeilijk toegankelijk. Zij vinden het lastig om anderen in hun leven toe te laten en vaak duurt het lang voor ze de hulpverlener toelaten.

Het heeft heel wat weken geduurd voor de kennismaking met meneer lukte, want hij was telefonisch niet te bereiken. Ik heb 's morgens vroeg en 's middags geprobeerd te bellen, maar dat lukte gewoon niet. En toen ben ik op

de bonnefooi naar hem toe gegaan en toen ging de deur wel open, maar ik mocht er niet in want hij had zich nog niet gewassen en hij moest zich nog aankleden. De volgende keer ben ik bewust rond half een gegaan, midden op de dag. En, nou ja, ik heb daar best wel een tijd buiten staan wachten hoor, het waren geen vijf minuutjes, dat was wel even wat langer, maar dat maakt niet uit. Ik ben binnen gelaten. (logboek P22, C36)

Mevrouw deed gewoon haar deur niet open. Als ze niet weet wie er voor de deur staat, dan doet ze gewoon niet open en ze heeft een mobieltje dat niet goed werkt, dus die neemt ze ook haast nooit op. Het was echt een drama om binnen te komen. Ze had wel twee hondjes, en die hoorde ik natuurlijk al en dan hoorde je iemand 'sssst...', dan hoorde je dat gewoon aan de andere kant van de deur. Daar moest ik wel om lachen. Maar uiteindelijk met een brief, waarin ik aangaf 'ik kom dan en dan'. Toen is het gelukt. (logboek P33, C46)

Soms blijven professionals maanden of zelfs jarenlang pogingen doen om bij een aangemelde persoon binnen te komen. Een acute noodsituatie kan uiteindelijk een kantelpunt blijken en de drempel naar hulpverleners verlagen.

Mevrouw is aangemeld via het lokaal zorgnetwerk. Het heeft ruim twee jaar geduurd voor ik bij haar binnenkwam. Uiteindelijk was schuldenproblematiek de aanleiding om binnen te komen. Ze was bang om uit huis gezet te worden. Daarom mocht ik uiteindelijk binnen komen en de schulden oplossen. (logboek P1, C4)

Slechts een enkele keer komt het voor dat iemand zo ten einde raad is dat hulp zonder meer wordt geaccepteerd.

Ik ontving via de mail een dringende telefonische boodschap van onze receptioniste, een melding van Cosbo [ouderenbond] over een man met financiële problemen en straatvrees. Ik heb meneer direct gebeld om een afspraak te maken. Ik kreeg als reactie een huilende man aan de lijn, dankbaar dat er iemand komt. We maakten een afspraak voor de volgende dag. (logboek P22, C37)

4.3.2 Acceptatie van hulp

Dat de ouderenwerker uiteindelijk binnen mag komen, betekent niet dat de oudere hulp nodig vindt. De meeste sociaal geïsoleerden zijn niet van plan om verandering in hun leven aan te brengen. Ze zijn aan de situatie gewend en staan niet open voor

'bemoeienis' van hulpverleners. Ze ervaren elke vorm van hulp als een inbreuk op hun privacy en zelfstandigheid en zijn niet van inmenging gediend. Ze zijn bang om hun vertrouwde leefpatronen overhoop te gooien en hebben allerlei argumenten om hulp af te wijzen.

Meneer wil niet dat ik huishoudelijke hulp voor hen ga regelen, omdat hij dan op een bepaalde tijd iemand moet ontvangen en dus wakker moet zijn. (logboek P10, C15)

Voor veel ouderen heeft het afwijzen van hulp niet alleen te maken met het sterke verlangen om zelf regie te houden. Veel hoopvollen en overlevers hebben in het verleden slechte ervaringen met hulpverlenende instanties opgedaan, bijvoorbeeld met de GGD of het RIAGG.¹² Ze zijn teleurgesteld in de hulpverlening omdat die in hun ogen niets heeft opgeleverd, omdat ze niet serieus werden genomen, zich niet begrepen voelden, of de hulp als vernederend hebben ervaren. Ook dit is een reden om achterdochtig en afwijzend te zijn naar iedereen die hulp aanbiedt.

Mevrouw geeft aan dat zij in het verleden slechte ervaringen heeft gehad met hulpverleners en dat zij daardoor het vertrouwen is kwijtgeraakt. Ze heeft zich in het verleden heel vaak niet serieus genomen gevoeld door hulpverleners. Zij heeft slechte ervaringen gehad omdat mensen buiten haar om handelden. Zij lijkt mij echter wel te vertrouwen, zij geeft mij toestemming om samen met haar te kijken of ik iets voor haar kan betekenen. Zij is daarbij echter wel voorzichtig, daarom stel ik voor een aantal afspraken op papier te zetten, zodat de regie bij haar ligt. (logboek P15, C26)

Bij hoopvollen en overlevers is bovendien vaak sprake van psychiatrische problematiek of contactstoornissen. De kennismaking verloopt vaak moeizaam en het vraagt veel geduld en vaardigheden van de professional om in gesprek te komen over mogelijke hulp.

Meneer is constant aan het woord. Hij vraagt niet waarom ik hem bezoek. Toen ik me introduceerde, nam hij het gesprek meteen over door te vertellen hoe hij zijn huis had ingericht en hij gaf een uitgebreide uitleg van zijn leefgewoonten. Zijn woning is donker omdat de ramen zijn geblindeerd met gordijnen die aan touwen hangen. Ook heeft hij verschillende veiligheids-sloten. In de huiskamer staan twee banken; op de ene liggen slaappullen, op de andere liggen losse zakken en dozen. Verder hangt er een waslijn

¹² De meeste hoopvollen en overlevers hebben veel (negatieve) ervaringen met hulpverlening (in tegenstelling tot *compenseerders* en *buitenstaanders*).

door de huiskamer en op een tafel staat zijn voorraad boodschappen. In de open keuken staat het aanrecht vol met pannen en lege verpakkingen. Op de vloer liggen stukjes keukenpapier. Meneer legt uit dat dit ervoor zorgt dat vuiligheid uit de keuken niet op de vloerbedekking van de huiskamer komt. Meneer heeft ook een bijzondere manier van afvalverwerking. Zo stopt hij afval van etenswaren in kleine zakjes en bewaart dat in de vriezer zodat het niet kan gaan rotten. Dit gaat net zolang door tot hij een vuilniszak kan vullen die hij dan direct weggooit. De slaapkamers gebruikt hij niet om te slapen, maar voor opslag. Hij geeft aan dat er vreemde luchtjes van buiten en gas in de kamers is. (logboek P7, C10)

Soms zijn de omstandigheden van de aangemelde persoon zo slecht dat de professional snel ingrijpen noodzakelijk vindt. Vanwege ernstige vervuiling in de woon-situatie, omdat de post al jarenlang niet is opengemaakt, of omdat de financiële problemen zich opstapelen. Ze roepen dan de hulp in van collega's of van medewerkers van andere organisaties die wel een ingang hebben en zoeken gezamenlijk naar mogelijkheden om de cliënt over te halen hulp te accepteren.

Het eerste gesprek dat ik met meneer had was samen met de coördinator van het Lokale Zorgnetwerk. Zij was al twee of drie keer bij hem geweest om te proberen hem over die drempel te krijgen, om het cleanteam in te schakelen, maar dat wil hij niet. De hele kamer lag bezaaid met kranten, folders en dergelijke. In de keuken lagen de lege melkpakken op de grond. Meneer bewaart alle volle koffiefilterzakjes. Het fornuis ziet er smerig uit. Verder staan er kapotte tv's, dozen met onderdelen van apparatuur. Meneer vertelde dat hij erg zijn best had gedaan om de rommel een klein beetje op te ruimen voordat wij kwamen. Hij wil niet dat er iemand aan zijn spullen komt. (logboek P25, C36)

Ik ben met behulp van de huismeester naar meneer geweest. Hij zat koffie te drinken. Gezegd dat ik hem telefonisch niet kon bereiken en daarom nu langskwam. Meneer vond het niet heel erg. Met hem samen zijn toilet bekeken. Dat was heel vies; bruin van de urine, jaren niet schoongemaakt, zo leek het. Het stonk er ook. Dit ook tegen hem gezegd. Meneer vond het zelf wel meevallen. Ook zijn post lag overal in de kamer. Hij was boos want hij had zoveel post gehad van thuiszorg. Volgens meneer betaalt hij alles netjes, alleen wil hij helemaal niets met de belasting. Hier werd hij zelfs best boos om; ze zouden alles maar van hem willen weten. Hij heeft volgens eigen zeggen nooit aangifte gedaan, ook niemand in zijn omgeving, hij wil er niets mee te maken hebben. Toen ik hierop doorging, werd hij nog bozer, daarom even gelaten. (logboek P 33, C45)

De ouderenwerkers nemen veel tijd om het vertrouwen van de oudere te winnen en de situatie in kaart te brengen. Heel geleidelijk, met veel geduld proberen ze een contact op te bouwen; dat is vaak een langdurig proces waarin het goed doseren van hulp en bemoeienis centraal staat.

4.4 De persoonlijke begeleidingstrajecten

Als het contact is gelegd, proberen de ouderenwerkers de situatie waarin de oudere verkeert goed in beeld te krijgen. Op welke levensterreinen is direct hulp nodig? Is deze hulp gewenst? Isolement is een thema dat omgeven is met schaamte en emoties en daarom voor veel ouderen moeilijk bespreekbaar is. Sommige sociaal geïsoleerde ouderen willen of durven niet aan hun isolement te werken omdat ze te vaak teleurgesteld zijn in contacten met anderen en geen nieuwe risico's durven lopen. Anderen zijn al zo lang aan de situatie gewend dat ze er geen probleem meer mee hebben en hulp in dit opzicht niet nodig vinden. In dit soort gevallen proberen professionals door praktische hulp te bieden een vertrouwensrelatie met de oudere op te bouwen in de hoop dat daarbinnen op termijn ook gesproken kan worden over zaken die meer gevoelig liggen, zoals het sociaal isolement.

4.4.1 Afbakening van de doelgroep

De meeste professionals bieden de ouderen in eerste instantie reguliere hulp bij 'normale' hulpvragen, zoals administratie, schulden, woonomstandigheden, gezondheidsproblemen, of het aanvragen van voorzieningen. Als blijkt dat sociaal isolement een onderliggend probleem is, hebben ze de mogelijkheid om deze ouderen (tijdelijk) op te nemen in een persoonlijk begeleidingstraject. Dat biedt hen de gelegenheid om meer tijd aan de oudere te besteden en te achterhalen waar hij of zij nu echt mee geholpen zou zijn. Soms is de situatie meteen bij het eerste contact al duidelijk en is het voor de professional geen discussie of een oudere in zo'n persoonlijk traject past.

Al gauw was duidelijk dat meneer een zeer klein netwerk had. Hij heeft geen kinderen en is ook nooit getrouwd. Meneer brengt de meeste tijd thuis door. Zegt af en toe naar de kroeg te gaan om wat te drinken. Maar s 'avonds is hij altijd thuis. Hij brengt zijn avonden door voor de televisie. (logboek P19, C31)

Met meneer kennis gemaakt, om te kijken of hij iemand is voor een traject sociaal isolement. Hij heeft hulp van Humanitas thuiszorg en verder komt er niemand bij hem. Hij lijkt ook zelf het 'isolement' wat op te zoeken. Meneer komt erg alleen op me over; praat veel over zijn lichamelijke klachten en kan

redelijk goed vertellen over zijn verleden. Ik moet wel goed blijven luisteren, wil ik het allemaal volgen en begrijpen. Ik ga hem een paar keer opzoeken en kijk of er iets 'gebeurt'. Ik heb aangegeven dat ik wat vaker kom om hem op een andere manier te leren kennen. (logboek P4, C16)

In andere gevallen is er wat meer tijd nodig om in te schatten of iemand tot de doelgroep behoort. In de meeste gevallen proberen de professionals eerst te achterhalen of de oudere het prettig vindt om vaker contact met hen te hebben. Dit biedt hen de mogelijkheid om de situatie beter in beeld te krijgen en zicht te krijgen op iemands mogelijkheden en behoeften.

Meneer gaf een signaal dat hij wilde praten. En er kwam heel veel over zijn verleden, over zijn broers, over zijn vader, over de opvoeding en noem maar op. Daar wilde hij het blijkbaar heel graag over hebben. Dan denk ik: hij ziet weinig mensen en hij komt ook niet goed in contact met zijn burens, dus die tijd wil ik hem dan wel geven. Om zijn verhaal kwijt te kunnen. (logboek P6, C8)

Meneer geeft tijdens de intake aan dat hij op een gegeven moment gestopt is met praten. Tijdens ons gesprek vraag ik hem hoe het is om nu aan een vreemde zijn verhaal te moeten doen. Hij geeft aan dat dit best moeilijk is en dat hij goed moet nadenken om zijn verhaal te vertellen. We praten over de gevolgen van niet praten, namelijk psychosomatische klachten. Hij zegt zich goed te realiseren dat praten heel helend kan werken en dat hij dit graag wil doen. Hij vindt mijn manier van vraagstelling prettig en zegt te vertrouwen op mijn professionaliteit. (logboek P12, C21)

Soms twijfelen professionals sterk of ze een bepaalde oudere wel in een persoonlijk begeleidingstraject willen opnemen. Dat is vooral zo als ze het gevoel hebben dat de verandermogelijkheden gering zijn. De verwachtingen zijn dan bescheiden.

Gevoelsmatig had ik tegenstrijdige gevoelens over mevrouw; ze valt weliswaar binnen de criteria van sociaal isolement, maar ik voelde ook tegenzin: moeilijk om een ingang te vinden en twijfels of het wel haalbaar is om haar 'in beweging' te krijgen en hoe te voorkomen dat zij ook naar mij toe haar claimend gedrag gaat vertonen. Na veel wikken en wegen toch de knoop doorgehakt: uitdagend om toch met haar dit avontuur in te gaan. Bij dit problematische gedrag, dat al een leven lang speelt, is een half jaar om te veranderen natuurlijk veel te kort. In die gedachtegang lijkt het mij dat ik realistische doelen moet stellen: wat is maximaal haalbaar? (logboek P17, C29)

4.4.2 Bespreken van sociaal isolement

De centrale invalshoek van de persoonlijke begeleidingstrajecten is de aanpak van sociaal isolement, maar het uitgangspunt is een integrale aanpak, dat wil zeggen dat de ouderenwerkers zich richten op alle problemen die met het isolement kunnen samenhangen of een belemmering vormen voor sociale contacten of activiteiten. Omdat sociaal isolement voor veel ouderen een beladen thema is, bespreken de professionals niet altijd met de ouderen wat een persoonlijk begeleidingstraject precies behelst. Soms gaan ze gewoonweg vaker bij de oudere op bezoek, zonder expliciet aan te geven dat hun bezoeken deel uitmaken van een persoonlijk begeleidingstraject dat gericht is op ouderen in een sociaal isolement.

Mevrouw heeft bij de kennismaking aangegeven een beetje terughoudend te zijn, wilde geen afspraak maken en waarschuwde me omdat ze zo lastig zou zijn. Ze lijkt tijd en geduld nodig te hebben om iemand te leren vertrouwen. Tijdens dit gesprek heb ik me vooral gericht op de administratie en het aan mevrouw gelaten om ook over persoonlijke zaken te vertellen. Na verloop van tijd begon ze vanzelf te vertellen over hoe haar leven is geweest en hoe zwaar ze het heeft gehad en nu nog heeft. Ik heb vooral geluisterd, samengevat. Bewust niet doorggevraagd op eventuele oplossingen omdat dit waarschijnlijk te snel zal gaan. Ik laat het aan mevrouw over om vragen te stellen over eventuele mogelijkheden. (logboek P5, C7)

In een enkel geval lukt het ook later in het begeleidingstraject niet om het sociaal isolement ter sprake te brengen. De professional blijft de oudere met regelmaat bezoeken, maar het spreken over sociaal isolement blijft taboe; de oudere gaat er niet op in of weet het thema steeds te omzeilen.

Ik probeer inzicht te krijgen in de dagbesteding en het netwerk van meneer maar ik kom niet ver. Alle PIT-gesprekken die ik met hem heb, gaan over zijn financiële situatie. Dus eigenlijk 'normale' hulpverleningsgesprekken. Ik probeer dan het eerste half uur te besteden aan zijn financiële problemen, maar vervolgens lukt het niet om verder te praten over bijvoorbeeld zijn eenzaamheidsgevoelens. (logboek P19, C31)

Nadat er genoeg over gezondheid en financiën is gesproken, heb ik de overstap gemaakt naar betekenisvolle contacten. Ik heb meneer gevraagd of hij al nagedacht heeft welke wensen hij verder met contacten heeft. Dan weet ik waarin ik hulp kan bieden. Intussen weet ik dat meneer dit onderwerp elke keer omzeilt door over een ander onderwerp te beginnen. Hij wil alleen praten over zaken waar hij momenteel volledig vertrouwen in heeft. Ik besef

dat hij mij meerdere keren ontglipt is wanneer ik het over contacten heb. Mogelijk kwam dit te dichtbij of ben ik onduidelijk. (logboek P21, C34)

Soms wordt het thema sociaal isolement wel uitvoerig toegelicht en met de oudere besproken. Dat is vooral zo met cliënten die een sterke behoefte hebben aan sociale contacten, zoals de compenseerders en de hoopvollen. Een voorwaarde is wel dat de professional al een goede band met de betreffende oudere heeft opgebouwd waarbinnen het isolement bespreekbaar is.

Ik had al eerder in mijn hoofd om mevrouw via PIT te gaan begeleiden. Mevrouw kwam vandaag weer bij mij op kantoor en ik heb het haar voorgesteld. Haar reactie was zeer positief. Ze geeft in dit gesprek meerdere malen aan dat ze alleen is en zich ook eenzaam voelt. Ik heb mevrouw uitgelegd voor hoe lang het is, wat de bedoeling is van het begeleiden en wat de inhoud van het project is. Mevrouw is heel blij met de hulp en begeleiding die ik haar nu kan bieden. Ze is blij dat ze eindelijk bij iemand terecht kan met haar vragen en dat we haar willen helpen. (logboek P18, C30)

Mevrouw is naar mij doorverwezen voor hulp bij schulden omdat zij best wel in een crisis zat. Ik heb voor haar de begeleiding naar de Gemeentelijke Kredietbank geregeld en de papieren geordend. Mevrouw maakte een wat verloren indruk op mij. Bij een huisbezoek waar we over van alles spraken, vroeg ik rechtstreeks aan haar of ze wel eens eenzaam was. Het resultaat was verpletterend, een huilbui als gevolg en pas na vele glazen water weer in staat wat uit te brengen. Ze gaf aan niemand te zien en dat de situatie nu zo is dat ze geen kant op kan in haar ogen. Ze vindt zich te jong om zo door te gaan. Ik leg het PIT project uit en vraag of ze daar wat voor voelt. Er zijn veel huilbuien en lange pauzes om het een en ander te verwerken. Het zijn een bewogen paar uur en na wat rust ben ik weggegaan met de boodschap of ze goed wil nadenken over wat ze wil en kan. (logboek P20, C33)

Sommige ouderen willen wel over hun sociaal isolement praten, maar vinden het absoluut niet noodzakelijk om daar iets aan te doen. Ze ervaren het niet als een probleem en proberen dat de ouderenwerkers op allerlei manieren duidelijk te maken.

We hebben heel vaak gesproken over zijn eenzaamheid, want hij is echt alleen. Hij kan wel heel makkelijk mensen aanspreken op straat, voor een babbeltje, of mensen in de flat of bij de fysio of bij de dokter. Maar mensen toelaten in zijn leven is een ander verhaal. Hij zegt: 'Ja, ik ben eenzaam,

ik ben echt in een isolement. ik ben gewoon alleen, ik ben alleen, ik sta alleen op, ik ga alleen op bed.' Daar kunnen we gewoon normaal over praten. Maar hij vindt het niet erg om alleen te zijn, dat zegt hij ook.
(logboek P33, C47)

Meneer zegt dat hij een echte eenling is, zijn hele leven al. Hij heeft altijd bij zijn moeder gewoond en nadat die verhuisde, heeft hij altijd in pensions gewoond. Zijn sociale netwerk is nul komma nul, maar dat vindt hij niet erg.
(logboek P25, C36)

Meneer vertelde over het gebrek aan aansluiting met de andere bewoners. Ze hebben het altijd maar over zichzelf en de kinderen en geld, hij vindt het niet uit te houden om met hen te praten. Hij voelt zichzelf niet eenzaam en mist geen contact aldus hemzelf, want hij is een einzelgänger en is daar tevreden mee. Hij vindt dat het goed voor je is om op jezelf teruggeworpen te worden. (logboek P32, C45)

4.5 Afronden van de begeleidingstrajecten

De persoonlijke begeleidingstrajecten worden in principe tijdelijk ingezet. De PIT-trajecten voor een half jaar (waarin ongeveer 50 uur begeleiding wordt geboden) en de trajecten bij SMDC in principe voor een jaar (waarin gemiddeld 40 uur begeleiding wordt geboden). In de andere organisaties die bij het onderzoek zijn betrokken, zijn geen richtlijnen voor de begeleidingstijd gegeven, maar ook daar is het streven om de persoonlijke begeleiding af te bouwen zodra dat mogelijk is. Het onderzoek laat echter zien dat trajecten zelden worden afgesloten. De meeste begeleidingstrajecten lopen jarenlang door, meer of minder intensief, omdat zich steeds nieuwe problemen voordoen en de betrokken ouderen volgens de begeleidende professionals permanente ondersteuning nodig hebben.

4.5.1 Afsluiten van de begeleiding

Echt afsluiten van trajecten komt alleen voor bij de *compenseerders* en *buitenstaanders*. Zij staan over het algemeen kortdurende hulp toe, waarbij een aantal dringende praktische zaken wordt opgelost. Dan is bijvoorbeeld de schuldenproblematiek aangepakt, een dreigende huisuitzetting afgewend of de woonsituatie verbeterd.

Als de praktische doelen zijn bereikt, wordt het traject afgerond.

Bij sommige ouderen wordt het persoonlijk begeleidingstraject heel geleidelijk afgebouwd, bijvoorbeeld door de frequentie van de contacten te verminderen. Het afbouwen van het contact kan spontaan gebeuren omdat de oudere steeds beter met zijn of haar situatie om leert gaan en persoonlijke begeleiding niet meer nodig is.

Het afsluitende gesprek met mevrouw moet nog komen, maar ik denk dat dit geen officieel tintje krijgt. Ik denk dat de hulpverlening geleidelijk overgegaan is in 'indien nodig'. (logboek P26, C38)

Ik ken meneer al een jaar of twee en we hebben het nu wel wat meer verspreid. In het begin was het om de twee weken, toen om de drie weken, toen om de maand en nu ongeveer om de zes weken. Dan gaat hij bellen, maar hij neemt zelf altijd het initiatief. We hadden altijd vaste afspraken en nu wordt hij wat lossier. Ik vind ook wel dat het gewoon goed met hem gaat. Ondanks het feit dat hij natuurlijk alleen blijft en weinig mensen om zich heen heeft. Hij is nu wel stabiel, hij is rustig, hij weet wat hij moet doen, hij weet dat hij mij kan bellen. (logboek P33, C47)

Soms is het een bewuste keuze van de professional.

Ik sluit de intensieve bezoeken af maar heb mevrouw wel aangeboden dat ze altijd kan bellen. Mevrouw heeft gevraagd of ik haar nog een tijdje langer zou willen begeleiden, omdat ze voelt dat ze wel stappen heeft ondernomen, maar dat ze nog wat ondersteuning nodig heeft. Ik heb gezegd dat het in principe wel kan, maar dat ik de tussentijden dan wel wat langer zou willen laten zijn, bijvoorbeeld één maal per zes weken. (logboek P4, C14)

Het intensieve project heb ik afgesloten. Ik heb dit niet met meneer besproken, maar ben langzaam de bezoeken wat minder frequent gaan brengen en heb het initiatief meer bij hem gelaten. (logboek P4, C16)

4.5.2 Overgang naar 'reguliere' hulpverlening

Soms heeft de professional het gevoel dat het maximaal haalbare met een cliënt is bereikt en dat het intensieve contact niet langer nodig is. Er zit geen vooruitgang meer in en de ouderenwerker zet de begeleiding geleidelijk om in een 'normaal' hulpverlenerscontact. De professional probeert wel enige vorm van contact te houden om te zorgen dat de oudere bij nieuwe problemen eerder de weg naar de hulpverlening weet te vinden.

Ik ben PIT bij mevrouw aan het afbouwen, want ik denk niet dat ik nog meer ga bereiken. Maar ze blijft daarna wel in een soort begeleiding omdat ze bij de schuldhulpverlening zit. Daar ondersteun ik haar dan nog een beetje in. (logboek P20, C33)

Ik heb met mevrouw afgesproken om elkaar voortaan één maal per maand te zien. Dit vanwege zaken met betrekking tot het [reguliere] ouderenwerk. Ook kan ik haar niet geheel overlaten aan zichzelf, ze wordt op den duur blind en heeft niemand bij wie ze dan terecht kan. Ik heb nog met haar gesproken over een vrijwilliger maar hier ziet ze vanaf; ze wil alleen blijven, als ze maar bij het ouderenwerk terecht kan met vragen. (logboek P18, C30)

Als de ouderenwerker aankondigt dat het persoonlijke begeleidingstraject gaat stoppen, wordt dat niet altijd in dank ontvangen. Sommige cliënten zijn boos en voelen zich in de steek gelaten, anderen komen met nieuwe problemen waar ze dringend hulp bij nodig vinden. Afhankelijk van de situatie besluiten de professionals hoe ze hiermee omgaan. In veel gevallen gaat de persoonlijke begeleiding langer door; in andere gevallen wordt toch overgegaan naar een regulier hulpverleningscontact met een lagere frequentie. De persoonlijke inschatting van de betrokken professional is meestal doorslaggevend in de keuze die hier wordt gemaakt.

Ik heb het intensieve begeleidingsproject met mevrouw afgebouwd, maar ik bezoek haar nog regelmatig om haar in de gaten te houden. Mevrouw vindt het erg dat het intensieve contact is opgehouden. Aanvankelijk begreep ze goed dat het moest, maar later was ze verontwaardigd en boos. Ze vindt dat ze mijn begeleiding nog steeds hard nodig heeft. (logboek P2, C2)

Ik heb meneer afgesloten, met heel veel, heel veel moeite. Meneer geeft heel duidelijk aan dat de gesprekken heel fijn waren, dat hij heel teleurgesteld is dat ze afgerond worden. Meneer heeft tijdens het PIT-project alles afgehouden ten aanzien van contacten met de buitenwereld. Nu geeft hij aan graag door te gaan met PIT, een aanspreekpunt te missen, om zijn verhaal te kunnen doen. Na de afronding belt hij enkele malen met vragen om ondersteuning bij het invullen van formulieren. Hij heeft deze formulieren uiteindelijk zelf ingevuld; hij kan dit echt best. Voor vragen kan hij tijdens de gesprekken contact opnemen met collega's. Die overgang was voor hem heel moeizaam en de drempel naar andere werkers was erg groot. Ik ben een keer samen met hem naar kantoor gegaan om het gebouw te laten zien. Toen gaf hij aan voortaan op kantoor de persoonlijke gesprekken voort te willen zetten, maar ik heb aangegeven dat dit niet mogelijk is. Ik heb afgesproken dat ik over twee maanden nog even bel om te vragen hoe het is gegaan met het maatjesproject waarvoor hij zich uiteindelijk heeft aangemeld. (logboek P22, C34)

Zo nodig zetten professionals een 'lichtere' vorm van hulp in, zoals een vrijwilliger voor contactbezoek, of een hulpdienst voor praktische ondersteuning (zoals begeleiding bij het doen van boodschappen of bezoek aan het ziekenhuis). In een enkel geval is de problematiek van de oudere zo 'zwaar' dat de maatschappelijk werker zich terugtrekt en de verdere begeleiding overlaat aan een gespecialiseerde thuiszorgmedewerker of een ggz-medewerker.

Meneer gaf aan veel last te hebben van zijn sociaal isolement, maar het is niet gelukt om daarmee aan de slag te gaan. De ingangen heb ik niet gevonden en lijken ook niet aanwezig. Dit heeft vooral te maken met een persoonlijkheidsstoornis. In overleg met de behandelend psycholoog is besloten dat ik het intensieve begeleidingstraject ga stoppen omdat het niet tot verbetering van de situatie zal leiden en dat ik de rol van signaleerder aan hem overdraag. Zo nodig kan hij mij inschakelen. (logboek P5, C24)

4.5.3 Overdracht naar een andere hulpverlener

Het overdragen van een persoonlijk begeleidingstraject naar een andere hulpverlener is meestal ingewikkeld: een vertrouwensrelatie die in lange tijd is opgebouwd wordt afgebroken en de professionals maken zich vaak zorgen over het welzijn van de oudere. Soms is het moeilijk om een passend vervolg te vinden en iemand te vinden die een specifieke oudere goed zou kunnen begeleiden. Professionals nemen zowel de behoeften van de betrokken oudere als de complexiteit van de problematiek in hun overwegingen mee. Soms voorzien ze dat er geen eind aan de begeleiding zal komen.

Ik heb meneer gezegd dat ik stop en naar een goed vervolg wil zoeken. Ik denk dat het goed is voor meneer en voor mijzelf als hij een andere hulpverlener krijgt. Hij kan dan opnieuw zijn verhalen vertellen aan iemand die hem nog niet kent. Ik vind het zelf wel lastig om te bepalen welke verwijzing een goede is. Enerzijds is de problematiek van meneer zeer complex; er is waarschijnlijk sprake van ernstige psychiatrische problemen. Tegelijk is zijn behoefte heel simpel: eenmaal per maand een bezoek, waarin hij kan vertellen over de dingen die hem bezighouden. Extra doel van deze bezoeken is om hem in de gaten te houden en te zorgen dat hij niet achteruit gaat. Ik zou een hulpverlener willen vinden die meneer interessant vindt en deze maandelijkse bezoeken wil voortzetten. Mijn vrees is dat het bij een verwijzing mis zou kunnen gaan. Het zou kunnen dat een andere hulpverlener veel meer met meneer 'wil doen'. Ik ben bang dat dit meer leed zal veroorzaken dan dat het helpt. In overleg met mijn leidinggevende is afgesproken dat collega's van het ouderenwerk meneer wel willen overnemen, als het echt nodig is, maar er zijn wat twijfels omdat er geen 'einde' aan een traject met meneer zal zitten. (logboek P15, C25)

Sommige cliënten worden doorgegeven aan een andere collega omdat het traject te zwaar is voor de hulpverlener of omdat de afhankelijkheid van een bepaalde professional te groot wordt. Een enkele keer besluiten professionals te stoppen omdat de houding en het gedrag van een cliënt zodanig zijn dat het voor hen niet langer vol te houden is, of omdat de cliënt de hulpverlener gewoonweg niet langer accepteert. Sommige ouderen hebben al veel verschillende professionals gehad die hen roulerend begeleiden; vanwege de heftige problematiek of vanwege het onaangepaste of claimende gedrag van de cliënt.

Deze vrouw heeft al verschillende ouderenwerkers over de vloer gekregen maar dat loopt elke keer stuk door haar gedrag. We houden het telkens maar een paar maanden vol en dan wisselen we weer voor een tijdje. (interview P1, C1)

In een enkel geval breken cliënten het contact zelf af omdat er iets gebeurt in het traject wat ze niet willen of omdat de ouderen zich onder druk gezet voelen.

Ze hebben tegen de wil van meneer toch een schoonmaakploeg geregeld en toen wilde hij mij ook niet meer zien hè. Maar dat ga ik nu weer langzaam proberen. (logboek 25, C36)

Mevrouw is echt heel erg op zichzelf en ze vindt ook dat ze eenzaam is. Maar ze wil er echt niks aan doen. En nu heb ik sinds een aantal maanden geen contact meer met haar omdat ik haar niet kan bereiken en als ik voor de deur sta doet ze gewoon niet open en ze reageert ook niet op mijn brieven. En in overleg met de Rotonde [bewindvoering] heb ik nu afgesproken dat we het maar een beetje laten, want we zijn bang dat we te veel druk op haar leggen. (logboek P33, C46)

Regelmatig gebeurt het ook dat cliënten overlijden. Onverwacht of na een ziekbed.

Meneer is dood aangetroffen in zijn woning, was niet meer te identificeren. De buurvrouw had de politie gebeld omdat zijn brievenbus vol zat. De laatste keer dat ik langsging, werd de deur niet opengedaan. Dat kwam wel eens vaker voor. Meneer had aangegeven dat één keer per maand genoeg was voor hem. Het is niet bekend waar hij aan gestorven is. Hij wilde nooit naar de huisarts. (logboek P30, C43)

4.6 Samenvatting

De ouderen in de persoonlijke begeleidingstrajecten zijn op verschillende manieren bij de hulpverlening in beeld gekomen. Enkele geïnterviewde ouderen hebben zich zelf bij het ouderenwerk gemeld omdat ze het isolement niet meer volhouden en hulp nodig hebben bij praktische problemen die hun zelfstandigheid bedreigen. Hun sociaal isolement zien ze meestal niet als een probleem; ze zijn gewend om op zichzelf te leven en hebben geen behoefte aan hulp op dit vlak. Slechts een enkele wil graag hulp om de eenzaamheid terug te dringen.

De meeste ouderen in de persoonlijke begeleidingstrajecten zijn bij de hulpverlening terecht gekomen omdat ze zijn aangemeld door derden: medewerkers van (financiële) instellingen, woningcorporaties, lokale zorgnetwerken, familieleden of buurtbewoners. Een klein deel van hen is bij de contactlegging bereid om hulp te accepteren, maar de meeste ouderen die worden aangemeld, zijn in eerste instantie terughoudend, wantrouwig en zorgmijndend. Het kost de professionals dan veel tijd om toegang te krijgen en contact te leggen.

Als het contact eenmaal is gelegd, proberen de professionals de situatie in kaart te brengen en te bespreken welke vormen van hulp nodig en mogelijk zijn. Op basis daarvan beoordelen ze ook of de ouderen in een persoonlijk begeleidingstraject passen. Soms is voor de professional meteen duidelijk dat iemand daarbij gebaat zou kunnen zijn, maar in veel gevallen brengen ze dit niet meteen ter sprake. Ze geven aan dat ze vaker langs zullen komen om praktische problemen op te lossen of gesprekken te voeren. De meeste ouderen staan hier (uiteindelijk) wel open voor. De professionals zien de praktische hulp en de gesprekken als manieren om een relatie met de oudere op te bouwen waarbinnen (op termijn) adequate hulp mogelijk is. Voor veel ouderen blijft het sociale aspect een lastig thema; ze vinden het moeilijk om erover te praten of zien het niet als een probleem. Om het contact niet te verstoren, gaan de professionals hier zeer omzichtig mee om; ze zijn bang om te veel druk op de ouderen te leggen en willen het contact niet in de waagschaal stellen.

Het contact met de ouderen wordt zelden echt afgesloten. In de meeste gevallen wordt de frequentie van de bezoeken na verloop van tijd teruggebracht tot die van een 'normaal' hulpverleningscontact. Bij compenseerders en buitenstaanders gebeurt dat vaak wat sneller dan bij hoopvollen en overlevers; bij de laatsten vindt het afbouwen van het intensieve contact zeer geleidelijk plaats, soms pas na jaren. Het lukt soms om een vrijwilliger in te schakelen voor contactbezoek of praktische hulp, maar in de meeste gevallen blijft de professional een vinger aan de pols houden. Wanneer de problematiek van een oudere erg zwaar of specifiek is, kan overdracht naar een andere professional of een andere organisatie noodzakelijk zijn. In een enkel geval besluit de oudere zelf om het contact met de professionals te beëindigen.

Ervaren baat van de trajecten volgens de professionals

5

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de betrokken professionals de persoonlijke begeleidingstrajecten van sociaal geïsoleerde ouderen met structurele, complexe problematiek ervaren. Hun perspectief staat hierbij centraal. Zaken die aan bod komen zijn het professionele oordeel over de problemen en omstandigheden van de cliënten die zij begeleiden, de plannen die zij tijdens een persoonlijk begeleidingstraject maken en de interventies die zij inzetten om deze plannen te realiseren (5.2). Vervolgens wordt ingegaan op de keuzes die professionals tijdens de begeleidingstrajecten maken in hun zoektocht naar een passende aanpak voor een specifieke cliënt, de belemmeringen waarmee ze daarbij worden geconfronteerd en de grenzen waar ze tegenaan lopen (5.3). Daarna komen de resultaten die professionals in de trajecten realiseren aan bod (5.4). Het hoofdstuk eindigt met een korte samenvatting (5.5).

De beschrijvingen in dit hoofdstuk worden geïllustreerd met citaten van professionals uit de logboeken die ze hebben bijgehouden over de cliënten die ze begeleiden en de face-to-face interviews met de professionals.

5.2 De professionele diagnose

5.2.1 Compenseerders en buitenstaanders

Ouderen die tot de typen compenseerders en buitenstaanders horen, beschikken over voldoende functionele competenties om zich in het dagelijks leven min of meer te redden en deze competenties helpen vaak hun isolement of andere problemen te verhullen. Beide typen hebben een sterke eigen regie over hun leven, ook ten aanzien van de hulpverlening.

Compenseerders zoeken mogelijkheden om hun gebrek aan persoonlijke contacten te compenseren, door functionele contacten via sociale activiteiten of (vrijwilligers) werk. Deze bieden hen een sociale context waarin ze een functie hebben en zich nuttig voelen. Als deze activiteiten wegvallen, wordt hun wereld heel klein. Het hebben van werk, vrijwilligerswerk of andere sociale activiteiten betekent voor deze ouderen niet alleen een sociale structuur, maar ook dagbesteding. Het wegvallen

daarvan grijpt zeer diep in hun leven in en vaak lukt het hen niet een nieuw ritme en een zinvolle invulling van hun tijd te vinden.

Meneer heeft vroeger wel gewerkt, maar dat bedrijf is failliet gegaan en toen is hij in de uitkering gerold. En omdat hij al wat ouder was, hoefde hij ook niet meer aan het werk. Hij heeft nog wel geprobeerd of hij wat kon doen bij de OK-bank¹³, want dat wilde hij graag. Maar vanwege zijn obsesieve gedrag was dat heel lastig. Ook bij de OK-bank wisten ze niet wat ze met hem aan moesten. En zo viel alles weg en bleef hij in dat huis zitten. Hij wist niet meer wat hij moest doen en zijn structuur was weg. Hij heeft eigenlijk nooit een eigen visie gehad op wat zijn leven zou moeten zijn, hoe hij dat vorm zou willen geven. Daar heeft hij gewoon geen competenties voor, denk ik. En dan zie je dat hij daar echt verdrietig en geëmotioneerd over is. Dan is hij van slag en dan slaapt hij alleen maar. Als hij van slag is dan ligt hij dagen in zijn bed, alleen maar slapen, eten, drinken en slapen. (interview P33, C47)

De professionals in dit onderzoek geven aan dat compenseerders het moeilijk vinden om over hun sociaal isolement te praten en dat het niet iets is waar ze aan willen werken. Ze zoeken naar (nieuwe) mogelijkheden om zichzelf nuttig te maken en maatschappelijk actief te zijn en hebben behoefte aan ondersteuning bij het weg-nemen van belemmeringen daarvoor. De professionals richten zich daarom in eerste instantie op het vinden van dagbesteding of (vrijwilligers)werk en bieden hulp bij het oplossen van praktische problemen die de zelfredzaamheid in de weg staan. Ze helpen bij het organiseren van de post en de administratie, het op orde brengen van financiën, het regelen van thuiszorg of begeleiding bij ziekenhuisbezoek. Op deze manier proberen ze een situatie tot stand te brengen waarin de oudere weer op eigen kracht verder kan.

Ik bied meneer ondersteuning in allerlei praktische zaken: administratie, financiën en andere vragen, of als hij iets wil vragen of iets wil vertellen. Begeleiding in zijn proces om het leven te leven. Ik probeer creatieve en krachtige karaktertrekken die nodig zijn om te overleven aan te boren. (logboek P4, C16)

Ook *buitenstaanders* hebben voldoende functionele competenties om zich, ondanks hun isolement, redelijk goed te handhaven, maar in tegenstelling tot de compenseerders hebben ze geen behoefte aan contacten met anderen. Ze sluiten zich al vele jaren af voor de buitenwereld en leven hun eigen leven. Ook als problemen op

13 OK-bank = Onbenutte Kwaliteiten (SoZaWe Rotterdam)

andere levensterreinen ontstaan, zoals een afnemende gezondheid of mobiliteit, houden ze de hulpverlening op afstand. Een groot deel van hen vertoont zorgmijndend gedrag en voor professionals is het vaak lastig om te bepalen hoe ze deze ouderen het beste kunnen benaderen en ondersteunen. Ze zijn geneigd alle soorten hulp af te wijzen; ook praktische hulp ervaren ze als een inbreuk op hun privacy. De meesten vinden het wel prettig dat er van tijd tot tijd iemand langskomt die naar hun verhalen luistert, maar daar moet het bij blijven. De professionals vinden de situatie vaak zo schrijnend dat ze toch aandringen op bepaalde interventies, bijvoorbeeld bij ernstige vervuiling of zelfverwaarlozing. Zij zoeken naar ingangen die dat mogelijk maken. Soms lukt dat, soms niet.

Meneer heeft een zwaar vervuild huis. De kakkerlakken lopen over de vloer. Meneer geeft aan dat het een vuilstortplaats is achter zijn huis en dat het daardoor komt. Hij heeft de luchtkokers al afgeplakt. Een beetje zonderlinge man. Hij wil niet dat er iemand aan zijn spullen komt en ik heb met de coördinator van het lokaal zorgnetwerk afgesproken dat ik af en toe bij hem langs ga. Kijk, hij vindt het wel prettig als er iemand komt. Maar hij wil niet dat er iemand aan zijn spullen komt. Ik wil via het project proberen dat er toch wat hulp in komt, uiteindelijk. (interview P25, C36)

5.2.2 Hoopvollen en overlevers

Bij hoopvollen en overlevers is de situatie vaak complexer omdat zij – anders dan compenseerders en buitenstaanders – weinig sociale competenties hebben en minder goed in staat zijn om zich te handhaven en hun problemen zelf op te lossen. Hun onvermogen om ondersteunende contacten aan te gaan of vast te houden, in combinatie met de passieve strategieën die ze hanteren om met problemen om te gaan, leiden vaak tot een cumulatie van problemen op meerdere levensterreinen. In veel gevallen is bij deze ouderen ook sprake van cognitieve en/of psychiatrische problematiek; vaak hebben ze een lange geschiedenis met diverse vormen van hulpverlening achter de rug.

De hoopvollen hebben een grote behoefte aan contacten met anderen. Ze willen graag ergens bij horen, maar ervaren steeds opnieuw dat contacten met anderen uitlopen op teleurstellingen of ruzie. Het lukt hen niet om nieuwe relaties aan te gaan en ze hopen dat de professional hen daarbij kan helpen. De doelen van de professionals zijn vaak bescheiden omdat ze de mogelijkheden om het netwerk uit te breiden laag inschatten. Ze zoeken, samen met deze ouderen, naar laagdrempelige gelegenheden die bezocht kunnen worden, zodat de oudere af en toe het huis uitgaat en weer onder de mensen komt. In andere gevallen is het bieden van ondersteuning in het dagelijkse leven het enige wat ze (vooralsnog) kunnen doen.

Mijn doel is mevrouw weer in een bepaald leefritme te brengen en meer contacten met de buitenwereld. Weer zelfstandig boodschappen doen, bezoek aan buurthuizen of stad, en meer inzicht krijgen in haar financiën en haar irreële wensen of droom- en denkbeelden. (logboek P20, C33)

Mevrouw wil graag meer contact hebben omdat ze zich vaak eenzaam voelt, maar durft geen nieuwe contacten aan te gaan. Ze heeft het nooit geleerd. Ze heeft het niet naar haar zin in de verzorgingsflat waar ze woont; ze vindt haar leeftijdgenoten maar niets, wil er niet mee omgaan. Ze wil ook niets weten van de activiteiten die in de flat worden georganiseerd. Volgens haar zijn er te veel clubjes bij elkaar en word je gewoon buitengesloten. Ook wordt er veel geroddeld en daar houdt ze niet van. (...) Ik ben het traject met mevrouw aangegaan om ervoor te zorgen dat haar leven zoveel mogelijk dragelijk is, want haar gedrag valt niet meer te veranderen. (logboek P14, C23)

Onder de hoopvollen zijn veel zogenaamde 'nestblijvers', ouderen die altijd in het ouderlijke huis zijn blijven wonen, hun ouders hebben verzorgd en na hun overlijden alleen zijn achtergebleven. Door de intensieve (vaak opeenvolgende) mantelzorgtaken, die soms al zijn begonnen in hun kindertijd, hebben deze ouderen nooit een eigen sociaal leven opgebouwd. De zorg voor anderen bood voldoening, maar ont-nam hen ook de mogelijkheid om zelf een sociaal leven op te bouwen. De zorgtaken compenseerden het gebrek aan sociale activiteiten en boden een nuttige tijdsbesteding. Als deze taken wegvallen, staan deze ouderen er helemaal alleen voor.

Mevrouw is altijd 'ten dienste van' geweest. Zij is degene die altijd heeft gezorgd voor de andere kinderen in het gezin en nooit iets voor zichzelf heeft gehad. Op haar veertiende moest ze gaan werken en daarnaast ook nog het gezin onderhouden omdat haar moeder dat niet kon. Toen haar moeder overleed, is ze voor haar vader gaan zorgen. Ze heeft nooit een eigen gezin kunnen starten, daar heeft ze nooit de kans toe gehad. Ze werd opgeslokt door het vanzelfsprekende netwerk, zeg maar. [...] Op een gegeven moment is ze een buurvrouw van in de negentig gaan nalopen. Ze ging er 's morgens naartoe, koffie zetten en zo had ze echt de hele dag door haar loopje. Maar op een gegeven moment heeft de familie van die vrouw bedacht dat het niet zo handig was dat zij daar nog kwam, dus ze was ineens haar loopje kwijt. En toen had ze helemaal niemand meer. (interview P34, C50)

Vaak zijn deze ouderen niet in staat om zelf initiatieven te nemen op het vlak van sociale relaties; dat hebben ze immers nooit hoeven doen. Hoewel ze een sterke

behoefte hebben om onder de mensen te zijn, missen ze de sociale competenties die nodig zijn om ondersteunende contacten aan te gaan. Dat geldt ook voor de vrouw uit het bovenstaande citaat.

Zij is typisch iemand die niets liever wil dan onder de mensen zijn, maar ik weet niet zeker of ze dat wel aan zou kunnen. Ze zegt dat ze onder de mensen wil zijn, maar tegelijkertijd denk ik: ik weet niet of ze het kan. Ze kan het wel zeggen, maar als ik haar zie lopen op straat, dan denk ik: zou je het nog wel kunnen na al die jaren? En zij is ook nog heel passief, ze wacht gewoon totdat iemand anders het voor haar gaat oplossen. Je ziet het aan haar, dus niemand gaat haar aanspreken. Je kijkt wel uit. Je ziet gewoon aan haar, dat is geen gewone vrouw, daar is iets mee. En daardoor gaan mensen ook niet het gesprek aan, daar ga je geen praatje mee maken. Ze is naar iedereen altijd heel bot, ze is niet toegankelijk. Het onaangepaste gedrag komt er op een gegeven moment uit en er is niemand die nog bij haar aansluit. Toch heeft ze een enorm verlangen naar contacten. Ze snakt ernaar. (interview P35, C51)

Door het gebrek aan competenties wordt het sociaal isolement van deze ouderen steeds moeilijker te doorbreken. De afstand naar de rest van de samenleving wordt geleidelijk groter en ze zijn steeds minder goed te benaderen. De professionals proberen deze ouderen toe te leiden naar een omgeving waarin ze onder de mensen kunnen komen, zonder per se hechte relaties aan te hoeven gaan. In veel gevallen betekent dit dat de oudere daar stapje voor stapje bij wordt begeleid.

De problematiek is volgens professionals het meest complex bij de *overlevers*. Zij hebben geen behoefte aan contacten of sociale activiteiten. Traumatische gebeurtenissen in hun jeugd of in hun volwassen leven hebben ervoor gezorgd dat ze al hun hele leven aan het 'overleven' zijn. Deze ervaringen hebben hen achterdochtig en wantrouwig naar anderen gemaakt en dit resulteert regelmatig in misverstanden en aanvaringen met mensen in hun omgeving. Zij houden anderen het liefst op afstand, ook hulpverleners, en weten niet goed duidelijk te maken waar hun behoeften liggen.

Meneer is een alleenstaande man die zich eenzaam voelt in zijn bestaan. In contacten met anderen ervaart hij een leegte. Een leegte die hijzelf en anderen niet voor hem op kunnen vullen. Dit gemis heeft hij al bij verschillende hulpverlenende instanties bespreekbaar gemaakt, maar ook na een aantal gesprekken blijft de rol die ik kan vervullen in zijn situatie onduidelijk. Meneer benoemt wel allerlei zaken waar hij tegenaan loopt, maar hij kan niet benoemen wat hij nodig heeft om dit aan te pakken. (logboek P13, C22)

Bij overlevers is vaak sprake van psychiatrische problematiek. Soms krijgen ze daarom specialistische hulp van de ggz of het Riagg. Anderen willen daar juist niets meer mee te maken hebben omdat ze in het verleden negatieve ervaringen met deze instanties hebben opgedaan. Voor de ouderenwerkers is het lastig om te bepalen welke hulp zij deze ouderen kunnen bieden.

Deze vrouw is niet gediagnosticeerd, maar ik weet zeker dat ze iets psychiatrisch heeft. Als ze op de gang staat dan zegt ze: 'Oh, kom snel naar binnen anders zien alle burens dat je op de gang staat en dan denken ze oh mijn god, jij hebt het allemaal niet op een rijtje'. En dan word ik snel die woning in getrokken. Niemand mag iets van haar weten. Ze kan soms ook uit haar slof schieten, dan is ze boos, en maakt ze rare opmerkingen. Dan denk ik oké, ik kan me wel voorstellen dat mensen afhaken. (interview P33, C46)

De trajecten met deze ouderen lopen vaak jarenlang door. De ouderenwerkers bieden hen een luisterend oor en aandacht. Ze realiseren zich dat verandering van de situatie vrijwel onmogelijk is en dat het creëren van een professioneel vangnet het hoogst haalbare is.

Meneer ervaart zelf naar mijn mening geen (grote) problemen. Zaken die ik zie zijn: zeer geïsoleerd leven en ernstige vervuiling in de woning. Meneer geeft geen wensen aan in het gesprek ('zijn welzijn hoeft niet bevorderd te worden'). Wat wel opvalt is dat meneer blij lijkt mij weer te zien en dat hij mij tot aan het einde van het tuinpad blijft volgen als ik vertrek. Ik denk dat hij behoefte heeft om zijn verhaal kwijt te kunnen. Mijn doel blijft: in gesprek blijven, proberen zicht te krijgen op zijn levensloop. Indien mogelijk meneer peilen over de situatie in huis en over persoonlijke verzorging. Van daaruit zoeken naar aangrijpingspunten voor interventies (indien mogelijk en wenselijk). Als er geen aangrijpingspunten voor verandering zijn, kan gezocht worden naar een manier om met meneer in contact te blijven (cliëntvolgsysteem) om zo zicht te kunnen houden op zijn situatie. In deze casus moet ik er niet van uit gaan dat ik heel grote doelen zal kunnen bereiken. Wat ik wel kan doen, is er voor zorgen dat meneer niet verder afglijdt en in de gaten gehouden wordt. Ik denk niet dat meneer in staat is om hulp in te roepen (bijvoorbeeld thuiszorg) wanneer dit nodig is. Een lijntje met het ouderenwerk kan helpen om later te kunnen bemiddelen naar zorg. (logboek P15, C26)

5.3 Keuzes, belemmeringen en grenzen

5.3.1 Afspraken maken

In principe bestaan de intensieve begeleidingstrajecten uit huisbezoeken waarbij de professional naar de woning van de cliënt gaat. Op die manier kan de professional de ouderen in hun eigen vertrouwde omgeving leren kennen en meteen een indruk krijgen van hun feitelijke leefsituatie. Sommige ouderen willen echter niet dat de professional bij hen thuis komt: omdat ze hun woning niet geschikt vinden om bezoek te ontvangen, omdat ze zich schamen voor de rommel, of omdat ze te zeer op hun privacy zijn gesteld. De gesprekken vinden dan plaats op straat of op het kantoor van de organisatie.

*Ik begeleid hem al twee jaar, maar ik ben nog nooit bij hem thuis geweest, terwijl ik natuurlijk altijd bij de mensen thuiskom. Dat mocht niet, nee, dus dat doet hij ook niet. Hij wil sowieso niemand in zijn huis.
(interview P33, C47)*

De meeste ouderen vragen de professional niet onaangekondigd te komen. Soms wordt de oudere gebeld, of er wordt bij elk bezoek een vervolgspraak gemaakt. Enkele ouderen willen alleen schriftelijk worden benaderd.

Hij wil een uitnodiging per brief. Per brief, zegt hij. En hij bepaalt zelf wanneer hij die openmaakt. (interview P6, C8)

Met sommige ouderen worden afspraken gemaakt over het opnemen van de telefoon.

Toen ik uiteindelijk binnenkwam vroeg ik of hij de telefoon niet gehoord had. Toen zei hij: 'ja, die telefoon, die hoor ik wel maar ik neem 'm niet op, want al die telefoontjes zijn nooit voor mij.' Ik zeg 'Wilt u hem dan voortaan wel opnemen? Dan bel ik voortaan om een uur of twaalf, dan kunt u bijna zeker weten dat ik het ben'. Zo kan ik hem in ieder geval binnen een bepaalde tijd bereiken. En ik moet zeggen dat ik hem nu veel vaker te pakken krijg. Echt waar, van de vijf keer, misschien wel vier keer. Maar wel op die tijd. Dat is de afspraak. Ik bel ook wel eens op een andere tijd maar dan weet ik gewoon, dan wordt er niet opgenomen. (interview P22, C36)

5.3.2 Verloop van de gesprekken

De inhoud en het verloop van de gesprekken verschillen per cliënt. Sommige ouderen bereiden zich voor op de gesprekken en werken graag samen met de ouderenadviseur om hun problemen aan te pakken.

Meneer heeft het gesprek echt voorbereid, hij heeft er over nagedacht hoe hij alles wil vertellen. Hij neemt mij mee door zijn levensgeschiedenis. Hij kan zijn situatie goed in kaart brengen. (logboek P15, C28)

Bij de meeste cliënten verlopen de gesprekken weinig gestructureerd. Soms lukt het de professionals niet om het gesprek op gang te krijgen of op gang te houden omdat de oudere moeizaam communiceert of zeer terughoudend is. Andere ouderen zijn juist niet af te remmen. Dan moeten de professionals veel moeite doen om het gesprek in goede banen te leiden en niet te verzanden in eindeloze discussies over de stokpaardjes van de oudere.

Ik moet in de gesprekken met meneer constant alert zijn dat de gesprekken niet verzanden in oeverloze verhalen en ellenlange discussies. Hij dwaalt steeds weer af en vertelt fanatiek over het goede en vooral slechte van de mensen. Ik merk dat het moeilijk is om mijn aandacht erbij te houden en het gesprek een andere richting in te sturen. Ik probeer de gesprekken terug te brengen tot praktische verhalen over familie, relaties. Dit heb ik in de loop van de gesprekken steeds beter leren doen waardoor ik ook veel meer informatie van meneer kreeg over zijn verleden en relaties. (logboek P10, C15)

Sommige ouderen hebben gedragsproblemen die de gesprekken bemoeilijken. Vooral overlevers zijn achterdochtig, onvoorspelbaar, conflict-georiënteerd. Soms is het niet mogelijk om tot een gesprek te komen omdat het wantrouwen van de ouderen naar de professional toe nauwelijks te overbruggen is.

Ik was iets te laat en dat was al verkeerd in mevrouw haar ogen. Ik belde aan en ze deed niet open. Ik belde met mijn mobiel naar boven en ze nam niet op, nog een keer geprobeerd en mevrouw nam op. Ze was erg boos dat ik te laat was en vertelde mij dat ik niet meer hoefde te komen als ik een hekel aan haar had. Ik ben rustig gebleven en heb mevrouw uitgelegd waarom ik te laat was. Uiteindelijk deed ze de deur open. Eenmaal binnen gekomen deed ze nog steeds erg stug maar later kwam ze wel iets los. (logboek P3, C19)

Alle professionals besteden veel tijd aan het praten over zaken die de ouderen van belang vinden. Ze zien het als een manier om inzicht te krijgen in de situatie en omstandigheden waarin ze verkeren, om erachter te komen waar hun wensen en behoeften liggen en te achterhalen welke belemmeringen ze ervaren om bepaalde stappen te zetten. Soms geven de ouderen tegenstrijdige signalen af en lukt het niet om hun behoeften boven tafel te krijgen.

Enerzijds geeft hij aan geen hulp nodig te hebben, maar anderzijds zegt hij aan het eind van het gesprek dat hij hoopt dat ik dit toch wil opvatten als een noodkreet. Als ik hier verder op doorvraag, begint meneer te vertellen over gebeurtenissen uit het verleden, over andere huisvesting, te weinig contacten, aanvragen van zorg, enzovoort. Doorvragen op zijn 'noodkreet' lukt niet. (logboek P5, C24)

5.3.3 De cliënt in beweging krijgen

De professionals zijn over het algemeen terughoudend met het aandragen van oplossingen. Ze merken dat veel ouderen dichtklappen als ze (te snel) met concrete plannen komen; ze vertonen uitstelgedrag en houden alle aangedragen mogelijkheden af; omdat ze niet als oplossing worden gezien, of omdat ze te bedreigend zijn en de oudere het uiteindelijk toch niet aandurft. Het gevolg is dat professionals soms het gevoel hebben geen stap verder te komen. Hoewel ze zich realiseren dat ze veel geduld moeten hebben, proberen ze de ouderen wel in beweging te krijgen.

We hebben besproken dat hij zelf in beweging moet komen en dat ik hem daarbij een steuntje in de rug kan geven. Tijdens ieder huisbezoek maken we afspraken over wat er de keer daarop moet zijn opgeruimd. Meneer ging akkoord met de afspraak en ik zou gebak meenemen als het was gelukt. Het principe 'voor wat hoort wat' stuit mij zelf een beetje tegen de borst en de rol die ik op mij ga nemen om zijn stok te zijn, hem achter de vodden te zitten, is een rol die niet zo bij mij past; zo'n beloningssysteem voelt voor mij naar aan. (logboek P21, C35)

Als een professional constateert dat er geen enkele vooruitgang wordt geboekt, of als de gesprekken met de oudere niets opleveren, voelen ze de behoefte om meer sturend te worden. Ze realiseren zich wel dat dit ook risico's met zich meebrengt. Als ze te veel aandringen, kan de oudere zich zodanig in het nauw gedreven voelen dat hij of zij het traject wil beëindigen.

Ik moet voortdurend schipperen tussen bemoeizorg en bemoeizucht. Ten minste, zo voel ik dat. Ik wil het ook niet van hem afnemen. Want het gaat om zijn leven en hoe hij wil leven. (interview P22, C36)

Wanneer een oudere elke inmenging afwijst terwijl de omstandigheden duidelijk verslechteren, kunnen professionals zich zeer machteloos voelen. Ze zien hun cliënt verder afglijden, maar kunnen niets doen omdat ze gebonden zijn aan voorschriften en regels, maar ook aan afspraken die ze met de oudere zelf hebben gemaakt.

Ik heb het gevoel dat ik 'klem' zit in de situatie met mevrouw. Ik zie dat het niet goed gaat, maar kan niet ingrijpen. Ik heb aan het begin van de hulpverlening afgesproken dat ik geen contact met anderen zal opnemen zonder haar toestemming. Ze drukt mij op het hart om geen informatie te delen en refereert regelmatig aan mijn geheimhoudingsplicht. Hoewel ik dus alles weet, mag ik niets doen. Ik ben de enige die op de hoogte is van de situatie rond de papieren en financiën en ik merk dat ik het lastig vind om met deze grote verantwoordelijkheid om te gaan. Door de verstandelijke handicap van mevrouw vraag ik mij af in hoeverre zij echt in staat is om een goede inschatting te maken van de gevolgen op lange termijn. Zowel vanuit mijn beroepscode als vanuit het hulpverleningscontract dat op verzoek van mevrouw is opgesteld is het mij niet toegestaan om buiten haar om contact met anderen op te nemen. Er is immers geen sprake van onmiddellijk gevaar. Ik kan dus niet anders doen dan in contact blijven en hopen dat er een opening zal ontstaan. (logboek P15, C26)

In een enkel geval weegt de stress die de persoonlijke gesprekken voor de cliënt met zich meebrengen niet op tegen de baten en besluit een oudere zelf dat het niet zinvol is om de persoonlijke begeleiding voort te zetten.

Mevrouw weet niet wat bij haar past en hoe zij op een voor haar aanvaardbare manier kan leven. Dit is echt een zoek- en uitprobeerproces. Ze geeft aan dat ze wel meer wil, maar dat ze het tegelijkertijd ook moeilijk vindt om dat te doen, omdat ze er tegenop ziet en ook niet goed weet wat ze moet doen. Ik vind mevrouw hier erg dubbel in. Ze geeft ook aan dat ze er altijd moeite mee heeft als iets binnen een stappenplan zou moeten. Ik geef aan dat dat niet nodig is, maar dat het wel handig is om te kijken wat ze zou willen en hoe ze daar aan kan werken met kleine stapjes. Ze geeft aan dat ze dit niet wil; ze ervaart te veel druk en wil het op haar eigen manier doen. Ik geef aan dat ik het goed vind dat ze haar eigen grens trekt en dat ze het op haar eigen manier wil doen. Drie weken later ben ik weer bij mevrouw op bezoek. Ze vertelt dat dit alles haar veel te veel stress geeft en dat ze het even genoeg vindt. Ze weet dat ze een beroep op me kan doen als er iets is, ze weet me te vinden. (logboek P4, C14)

In dit soort gevallen stopt de professional het intensieve contact en wordt gezocht naar een manier om de cliënt in de gaten te blijven houden.

Meneer zegt dat gesprekken hem erg veel energie kosten, te veel. Hij vindt het praten over zijn isolement belastend en confronterend. We spreken af

dat ik meneer blijf monitoren. Hij zegt dit fijn te vinden omdat dit hem het gevoel geeft dat er iemand is die aan hem denkt, op hem let en die hij kan waarschuwen in geval van nood. (logboek P5, C24)

5.3.4 Nieuwe problemen of een terugval

Tijdens de trajecten blijkt vaak dat de situatie complexer is dan de professional in eerste instantie dacht. Geleidelijk komen er nieuwe problemen boven tafel die eerst niet duidelijk waren.

Bij binnenkomst zat meneer aan de brandy. Het is de tweede keer dat ik hem halfdronken aantref. Een serieus gesprek heeft dan geen zin. Ik moest mij volgens hem maar geen zorgen maken over het drinken van brandy; hij kan veel drank hebben. Nu blijkt dat hij door het drinken in de financiële problemen is gekomen. (logboek P21, C34)

Ik merk in de gesprekken met hem dat er iets niet goed is, maar meneer zegt steeds dat er niks aan de hand is. Bij een volgend bezoek loopt meneer moeilijk en heeft hij wonden aan zijn gezicht. Op tafel liggen schone kleren. Als ik vraag wat er aan de hand is, vertelt meneer dat hij al twee maanden verbaal en fysiek mishandeld wordt door zijn huisgenoot, die hij in huis heeft genomen om zijn isolement te doorbreken. Hij voelt zich niet meer veilig en wil geen moment langer in de woning blijven. (logboek P16, C27)

Ook worden professionals regelmatig geconfronteerd met een terugval.

Ik dacht dat alles goed liep. De thuiszorg is gestart en er is een regeling getroffen voor zijn schulden, zodat hij elke maand wat kan aflossen. Dat is belangrijk, want anders kan hij uit zijn huis worden gezet. Maar nu blijkt dat bijna een onmogelijke taak omdat meneer niet meewerkt. Hij weigert zijn schulden af te lossen. (logboek P8, C11)

Mevrouw heeft het behoorlijk zwaar. Haar woning begint weer te vervuilen (honden- en kattenpoep) en dat kan een gevaar opleveren omdat mevrouw hepatitis C heeft. Ik ga mevrouw bespreken in het Lokaal Zorg Netwerk om te kijken wat ik met deze situatie aan moet. (logboek P1, C17)

Tijdens de trajecten kan de situatie van een oudere ook verslechteren, bijvoorbeeld door een afnemende gezondheid. Dan zijn ook andere soorten hulp nodig, bijvoorbeeld medische hulp of thuiszorg. Een opstapeling van problemen kan soms tot een crisissituatie leiden, waarbij de oudere de situatie niet langer aankan.

Meneer komt aan de balie en geeft aan niet meer verder te willen. Hij heeft geen zin meer in het leven en wil alleen nog maar opvang voor zijn dieren. We mogen geen familie, huisarts of 112 bellen. Toen we zeiden dat we zijn zus gingen bellen omdat wij niet voor de dieren kunnen zorgen, werd hij boos en uiteindelijk liep hij weg. Later zat hij voor het wijkgebouw, hij spoot voortdurend insuline en bleek ook drank op te hebben. Viel niet mee te praten. Hij is met een ambulance weggebracht. (logboek P4, C16)

Soms is de situatie dermate slecht en zo nadelig voor de cliënt dat de professional zonder overleg met de oudere besluit in te grijpen en de regie overneemt. Dat gaat soms om relatief lichte zaken, maar het kan ook zaken betreffen die buiten de beroepscode vallen en in de organisatie worden gemeld.

Vandaag heb ik een collega van de hulpdienst meegenomen om te bespreken dat het zo niet verder kan gaan, in zo'n situatie blijven leven, want de stank en rommel zijn niet normaal. We vertelden dat we een speciaal team van de thuiszorg gaan inzetten om zijn huis schoon te maken. En dat daarna de thuiszorg elke week langs komt. Ook gaan we kijken of we nieuwe spullen kunnen kopen. (logboek P8, C11)

Deze mevrouw geeft gewoon aan iedereen haar pasje mee en ze is al twee keer compleet in de financiële shit geraakt, dus op een gegeven moment heb ik gezegd 'ik neem je pasje mee en ik haal geld voor je.' Ik heb gewoon haar pasje ingenomen, dat ligt hier in de locker. Een keer in de twee weken ga ik bij haar langs en dan geef ik haar geld. Alles is verder geautomatiseerd, ze krijgt warme maaltijden thuis, koffie zetten en zo doet ze niet, dus dat hoeft allemaal niet. Er is maar heel weinig wat ze nodig heeft. En ik heb ook haar auto verkocht. Ik heb allemaal dingen gedaan die ik eigenlijk niet mag. Maar ja, wat mag nou niet, als een ander het niet doet, en ze heeft niemand, dan denk ik ja, dan doe ik het wel. Er is geen netwerk, dus ja, dat moet gewoon op een gegeven moment. (interview P23, C50)

5.4 Resultaten

5.4.1 Sociaal netwerk uitgebreid

De resultaten die worden bereikt, liggen soms op het terrein van netwerkontwikkeling of sociale activering. Dat is met name zo bij de *compenseerders* en de *hoopvollen*; hun wensen en behoeften liggen immers op dat vlak. Met ouderen die in het verleden altijd veel onder de mensen kwamen, vanwege werk of andere activiteiten (*compenseerders*), lukt dit het beste.

Meneer is onlangs één keer op bezoek geweest in een pas geopende dependance van een psychiatrische afdeling van het verzorgingshuis in de buurt om kennis te maken. Verder heeft hij geregeld dat er een activiteitenkalender van een zorgcomplex naar hem wordt gestuurd. (logboek P10, C18)

Mevrouw is bezig met het opbouwen van een netwerk door regelmatig het buurthuis te bezoeken. Zij is inmiddels een gewaardeerde gast en kan het vooral goed vinden met de vrijwilligers; de bezoekers zijn voor haar te oud. Mevrouw gaat ook regelmatig naar activiteiten van De Zonnebloem en de medewerkers vinden haar een 'leuke' klant. (logboek P26, C38)

Ouderen die niet gewend zijn aan sociale activiteiten, maar wel een grote behoefte hebben aan contacten (*hoopvollen*) slagen er minder goed in om relaties met anderen aan te gaan of te onderhouden, zeker wanneer ook sprake is van cognitieve of psychiatrische problemen. De toeleiding naar sociale activiteiten kost dan meer tijd dan bij de compenseerders. Toch lukt het de professionals regelmatig om deze ouderen naar een veilige en beschermende omgeving toe te leiden, zij het met kleine stapjes.

Ik stelde mevrouw voor om naar het inloophuis in de buurt te gaan. Ze schrok erg bij het idee alleen al, bewoog een beetje heen en weer op de bank, was erg nerveus, begon heen en weer te lopen, en ging vooral uitstellen. Ze durfde echt niet en werd soms zelfs boos, omdat ze vond dat ze gepusht werd. Uiteindelijk durfde mevrouw het toch aan. De eerste keren ging ik haar ophalen. Dat ging goed. De volgende stap was dat mevrouw alleen op weg ging en dat ik haar bij de tramhalte opwachtte. Na afloop gingen we nog wel samen naar haar huis om na te praten. Inmiddels reist mevrouw alleen, zowel heen als terug. Ook binnen heb ik haar stapje voor stapje begeleid om contacten te maken. Eerst bleef ik erbij en daarna ging ik apart zitten. Inmiddels gaat mevrouw iedere week alleen naar de inloop. Ze kent er nu ook mensen waar ze bij kan gaan zitten. Mevrouw vindt het leuk om ernaar toe te gaan, omdat het geen verplichting is; ze hoeft nergens aan mee te doen. (logboek P27, C40)

Eerst hebben we praktische zaken geregeld, zoals een telefooncirkel en contactbezoek. Nu werkt mevrouw drie dagdelen in het winkeltje van het verzorgingshuis en dat doet haar goed. Ze vindt het plezierig om bezig te zijn en met verschillende mensen in contact te komen. Mevrouw geeft aan dat het een nieuw vertrekpunt voor haar is. Het biedt haar hoop en veiligheid. Ze voelt dat haar netwerkje iets groter wordt, dat ze toch ergens bij hoort,

ook al zijn het allemaal 'professionele' contacten; behalve de telefooncirkel. Ze vindt het een veilig idee dat ze weet wie ze kan bellen of benaderen als het niet gaat of als ze gewoon een vraag heeft over iets. (logboek P4, C14)

Het gaat heel goed met mevrouw. Ze zoekt niet zozeer contact met anderen, maar is zelf wel actiever geworden. Ze gaat vaak wandelen met een vrijwilliger van de hulpdienst en één keer per maand gaat ze mee met uitjes van de hulpdienst. En ze is lid geworden van de telefooncirkel. (logboek P3, C3)

5.4.2 Oude contacten aangehaald

Ongeveer de helft van de ouderen in de begeleidingstrajecten is altijd alleen geweest. De anderen hebben in het verleden wel een partner gehad en kinderen gekregen, maar zijn die contacten in de loop der jaren kwijtgeraakt: ze zijn verwaterd of bewust verbroken. De meeste cliënten hebben ook geen contact meer met andere familieleden, zoals broers en zussen. Soms is er nog wel eens telefonisch contact, in andere gevallen is het laatste contact al zo lang geleden dat de ouderen niet weten of hun familieleden nog in leven zijn. Als de ouderen dat wil, proberen professionals oude contacten aan te halen.

Het contact met zijn broer is verwaterd toen hij naar Rotterdam verhuisde. Op mijn vraag of hij het contact zou willen herstellen, antwoordt hij positief. Hij moest nog ergens een telefoonnummer hebben en zou dat opzoeken. Bij mijn volgende bezoek had meneer zijn broer gebeld: hij had een lang gesprek gehad en was uitgenodigd voor een weekend. [...] Hij is bij zijn broer geweest, maar is na een dag al naar huis gegaan omdat hij zich verveelde en het wel gezien had daar. Het contact met zijn broer was wel goed geweest en hij zegt dat hij beslist nog een keer terug gaat. (logboek P2, C32)

In veel gevallen is het hernieuwde contact een eenmalige gebeurtenis.

Meneer is benieuwd of zijn broers en zussen nog leven en zo ja, waar. Hij zou het wel fijn vinden als dit uitgezocht kan worden. Ik ben dit nagegaan en heb op zijn verzoek een ontmoeting georganiseerd tussen meneer en de twee zussen die nog in leven waren. Dit was een bijzondere ontmoeting. Daarna is er geen contact meer geweest. Meneer heeft het nog wel eens over zijn zussen gehad, maar niet meer dat hij hen nog eens wil zien. (logboek P4, C9)

Een hersteld contact kan ook een indirect gevolg van het begeleidingstraject zijn.

Mevrouw heeft weer contact met één van haar zonen. Dit is niet direct een gevolg van het project, maar ik denk wel dat mevrouw door de twee jaren dat ik haar begeleid weer vertrouwen heeft gekregen in mensen die om haar heen staan, waardoor ze het contact met haar zoon en schoondochter weer heeft aangedurfd. (logboek P1, C4)

5.4.3 Praktische problemen opgelost

Voor veel compenseerders en buitenstaanders is het weghalen van belemmeringen of het oplossen van praktische problemen het enige dat nodig is om weer regie over het leven te krijgen en op eigen kracht verder te kunnen. Deze cliënten hebben hun leven weer op de rails als hun administratie en financiën op orde zijn, als er een regeling voor hun schulden is getroffen, als hun bankzaken zijn geregeld, of als er een woonpas of andere voorzieningen zijn aangevraagd. In sommige gevallen is permanente praktische hulp geregeld, bijvoorbeeld alarmering, of een vrijwilliger voor het doen van boodschappen, begeleiding bij ziekenhuisbezoek, enzovoorts. Meestal is ook de drempel naar de hulpverlening lager geworden.

Ik heb de arts gevraagd om een medische verklaring voor een alarmknop, want als er een verwijsbriefje is, dan worden de kosten vergoed. Voor de zorgverzekering was het nodig om toestemmingspapieren op te vragen bij Zilveren Kruis. Dit heb ik ook gedaan. Ik ga nu kijken of de woningbouw als contactpersoon kan dienen voor de persoonsalarmering. (logboek P32, C45)

Ik heb de post op orde gebracht, zijn woonpas overhandigd en besproken welke schulden er nog openstaan. Afgesproken is dat ik een aantal zaken uitzoek. Hij gaat zelf achter de parkeerboetes aan en naar de bank om de openstaande schulden te betalen. (logboek P21, C35)

Hoewel de professionals blij zijn met deze praktische resultaten, vinden ze het frustrerend dat het isolement van deze ouderen niet is doorbroken. Ze zouden graag aan het isolement werken, maar dat lukt in veel gevallen niet.

Ik kan niet zeggen dat dit een geslaagd traject was. De financiële situatie van meneer had voor hem prioriteit. Zelf vond ik het moeilijk om de gesprekken om te buigen naar zijn isolement. Het is me niet gelukt om het netwerk van meneer uit te breiden. Hij geeft aan geen behoefte te hebben aan nieuwe contacten; hij is in het verleden te vaak gekwetst en hij heeft een soort muur om zich heen gebouwd. Hij vindt het prettig om in zijn eentje thuis te zitten voor de tv. Wanneer hij behoefte heeft om mensen om zich heen te hebben, gaat hij naar de kroeg. (logboek P19, C31)

5.4.4 Zorgmijndend gedrag doorbroken

Bij sommige ouderen is het zorgmijndend gedrag doorbroken. Ze gaan na lange tijd weer naar de huisarts om gezondheidsklachten te bespreken en de juiste medicatie te krijgen, of ze weten de weg te vinden naar een instelling die praktische hulp kan bieden.

Ik heb hem een paar keer op kantoor laten komen om hem uit zijn huis te krijgen, en hij heeft het gedaan. En toen heb ik hem een kop koffie gegeven, ben ik even met hem in de spreekkamer gaan zitten, zo van: hier zit ik. Gewoon om die drempel laag te maken. Hij is daarna nog een paar keer geweest en tussendoor is hij papieren komen brengen. Dus, ja, de drempel is wel lager geworden. (interview P22, C36)

Andere ouderen zijn bereid specialistische hulp te aanvaarden, die volgens de professionals nodig is om verder te kunnen. Dat laatste geldt vooral bij cliënten met psychiatrische problemen.

Voor specialistische thuiszorg is een CIZ-indicatie nodig, en om daarvoor in aanmerking te komen moet er een diagnose gesteld worden door het Riagg. En dat wilde ze niet. Ze heeft eerder contact gehad met het Riagg in verband met een zelfmoordpoging en dat is heel slecht bevallen. Maar nu is het toch zover dat mevrouw hulp wil bij het organiseren van haar huishouden en psychiatrische ondersteuning om beter te kunnen functioneren. (logboek P1, C17)

5.4.5 Vervuiling aangepakt

Professionals die ouderen met verzameldrift of ernstig vervuilde woningen begeleiden, zien het schoonmaken van de woning als een belangrijk resultaat. Soms is een cleanteam ingeschakeld of specialistische thuishulp ingezet.

Het huis is opgeruimd en veel overtollige spullen zijn nu weg. Mevrouw heeft nu ook gespecialiseerde hulp van de thuiszorg bij het huishouden. Vanuit een vervuilde, verwaarloosde situatie kan ze nu weer in een huis wonen waar het goed toeven is. (logboek P1, C4)

Het schoonmaakteam is geweest. In twee dagen tijd hebben ze alles schoon gemaakt. Ook alle rommel is weggegooid en ze hebben zelfs een ander bed neergezet met beddengoed. Wij hebben 1000 euro gekregen om wat nieuwe spullen te kopen. Dus meneer zit er weer netjes bij. Ook zijn zelfzorg is verbeterd: hij wast zichzelf weer en gaat naar de wasserette met zijn kleren. (logboek P8, C11)

Het schoonmaken en opruimen gaat vaak stapje voor stapje en soms helpen de professionals zelf mee om een begin te maken.

We hebben afgesproken dat meneer de vuilnis uit de gang in zakken zou stoppen en alle losse papieren op tafel weg zou gooien. Hij is beide afspraken nagekomen. Ik was enigszins verbaasd dat hij het had gedaan, want ik wist hoeveel moeite het hem kostte, zowel lichamelijk als geestelijk, om zich ertoe te zetten. De afspraak voor de volgende keer was dat hij alle vuilnis uit de gang ook weg zou gooien en een afspraak met zijn huisarts zou maken omdat hij last heeft van zijn ogen. De keer erna was de vuilnis uit de gang. Meneer was er zelf opgewekt over. De huisarts had hij niet gebeld; het ging al weer beter met zijn ogen. (logboek P21, C35)

Meneer blijft dingen sparen: eten, kranten, lege flesjes. Ik mag nu iedere keer de kranten meenemen. We binden ze vast en dan neem ik ze mee. We gaan ook wel eens samen spullen wegbrengen. Dan neemt hij het op zijn kar mee, en ik neem wat mee op de fiets en dan lopen we er samen naar toe. Op die manier heb ik van alles meegenomen. En het doet hem goed hoor, het is niet dat hij niet wil. Nou kan hij tenminste weer lopen in huis. (logboek P22, C36)

5.4.6 Een professioneel vangnet

Niet bij alle ouderen zijn concrete resultaten te benoemen. Wel zien de professionals dat de bezoeken en de gesprekken de ouderen goed doen. De persoonlijke aandacht en steun die professionals de ouderen in de begeleidingstrajecten kunnen bieden, is volgens hen cruciaal om hun situatie te stabiliseren. Zij luisteren naar verhalen, proberen inzicht te krijgen in de omstandigheden van de ouderen, hun wensen en behoeften te achterhalen en aansluiting te vinden bij hun leefwereld. De ouderen laten merken dat ze dit waarderen. Voor veel ouderen is dat zo belangrijk dat ze het leven weer beter aan kunnen; ze weten dat ze voortaan een aanspreekpunt hebben en dat er iemand is op wie ze terug kunnen vallen.

Mevrouw voelt zich erg gesteund door de gesprekken die wij hebben, waarin ik haar laat praten over datgene waar zij op dat moment behoefte aan heeft. In de beginperiode heb ik geprobeerd toe te werken naar bepaalde interventies, zoals contactbezoek, activiteiten buiten de deur, aanmelding Riagg, enzovoorts, maar dat sloot niet aan bij haar behoeften. Uiteindelijk heb ik kunnen concluderen dat mevrouw veel heeft aan het kunnen ventileren van alles wat haar bezighoudt en dwars zit. Dit heeft er voor gezorgd dat de meest uiteenlopende onderwerpen zijn besproken en dat ze mij veel persoonlijke verhalen uit haar verleden vertelt. Verder hebben we

veel gesproken over haar persoonlijkheid en hoe zij is geworden wie zij is. Mevrouw zegt het prettig te vinden om te kunnen praten. Ze heeft zoveel meegemaakt maar eigenlijk nooit echt kunnen bespreken wat dit met haar heeft gedaan. Ze zegt blij te zijn met mij als praatpaal. (logboek P2, C7)

Meneer vindt het een prettig idee dat ik af en toe bij hem langs kom om een beetje zicht op hem te houden, ook als het in de toekomst wat minder met hem zou gaan, als hij misschien achteruit gaat. (logboek P32, C45)

Professionals zien het feit dat ze de oudere een aanspreekpunt bieden vaak als een mager resultaat, omdat ze liever meer willen bereiken. Toch realiseren de meesten zich dat dit resultaat vanuit het oogpunt van de oudere wel degelijk van belang is.

Hij komt wel elke keer naar het spreekuur. Hij bagatelliseert dat dan misschien wel, maar hij vindt het heel belangrijk, want anders deed hij het niet. Dus ik vind wel dat er dan een resultaat is. Alleen is het altijd moeilijk om dat zo te benoemen, want wij zijn gewend om te zeggen: hij heeft weer een netwerk of hij gaat een keer in de week biljarten. Dat zijn allemaal dingen die volkomen buiten beeld zijn voor deze man. Dat is ook geen doel. Maar het feit dat hij een aanspreekpunt heeft waar hij tegen kan praten. Dat is wel een resultaat, maar je labelt het niet zo makkelijk want bij resultaten denk je toch veel eerder aan concrete dingen. (logboek P6, C8)

In veel gevallen vinden de professionals dat blijvende aandacht nodig is.

Mijn hulp en aanwezigheid geven mevrouw een veilig gevoel waardoor ze haar angst en onzekerheid kwijt raakt. Ze weet dat ze er niet alleen voor staat. Dat ze niet meteen in de stress hoeft te schieten als de post binnenkomt, dat ze weet dat het geregeld wordt. Tegelijkertijd kan ik een oogje in het zeil houden om onvoorziene dingen te voorkomen. Door dit traject kan voorkomen worden dat er nog meer drastisch gebeurtenissen plaatsvinden. Mevrouw heeft veel structuur nodig en structurele en intensieve begeleiding. Mijn rol hierin is dat ik haar steun en toeverlaat ben, dat ik praktische hulp blijf verlenen en veranderingen signaleer. (logboek P14, C23)

Ik vind wel dat het goed met hem gaat. Ondanks het feit dat hij alleen blijft en weinig mensen om zich heen heeft is hij nu wel stabiel, hij is rustig, hij weet wat hij moet doen, hij weet dat hij mij kan bellen. Hij is wat zekerder geworden. Maar het is wel een type dat als er iets fout gaat, er hoeft in zijn

omgeving maar iets te veranderen en dan valt hij weer terug, dat heeft hij wel. (interview P33, C47)

Dat het vangnetcontact belangrijk is, wordt vooral duidelijk als op termijn ook andere soorten hulp nodig zijn omdat een oudere te maken krijgt met (toenemende) gezondheidsproblemen, een afnemende mobiliteit of (nieuwe) financiële problemen. De toegang tot de cliënt is er dan al en het is dan mogelijk om de intensiteit of de frequentie van de bezoeken te verhogen en meer hulp te bieden.

Ze weet dat ik er altijd voor haar ben, dat ze me altijd kan bereiken als er iets is, als ze ergens over wil praten, als ze ergens mee zit. Als ik kom zegt ze: 'Oh ik ben zo blij dat je er weer bent'. En dat is in de loop der tijden belangrijker geworden, in het begin belde ik zo eens in de drie maanden en nu zit ik zo op de vijf, zes weken, dat ik ook echt langs ga, of koffie drink. Ja, dat is echt een opbouw, zeg maar. De behoefte om wat frequenter te gaan is eigenlijk groter geworden en dat komt dan niet zozeer door praktische problemen die groter zijn, maar meer de aandachtsbehoefte. (interview P34, C50)

5.4.7 Geen duidelijke resultaten

Professionals kunnen niet altijd verwoorden welke resultaten hun inspanningen opleveren, hoewel ze wel het gevoel hebben dat hun ondersteuning wordt gewaardeerd. Vooral bij hoopvollen en overlevers zien ze kleine veranderingen die ze positief waarderen.

De winst zit in het kleine. Wat ik heel opvallend vind, is dat ik vorige keer opmerkingen tegen meneer heb gemaakt over zijn persoonlijke hygiëne en dat hij nu schone kleding aan had en dat hij naar de kapper was geweest. Kennelijk vindt hij het belangrijk wat ik van hem vind. (logboek P15, C25)

Ze zegt dat ze het niet erg zou vinden als ik niet meer kom, maar toch kan ik heel veel belangrijke dingen voor haar doen, dingen die ze zelf niet kan. Ze vindt het heel fijn dat ik mee ben gegaan naar de brillenzaak en de voedselbank, daar is ze wel blij mee. Maar dat soort dingen zegt ze niet. Ze is niet zo van de complimenten. (logboek P33, C46)

In een enkel geval levert het contact niets op, omdat de cliënt alles blijft afwijzen en de professional geen stap verder komt. Alle professionals leveren wel eens inspanningen die helemaal niets opleveren. Dat heeft vooral te maken met het feit dat ze toch te hoge doelen hebben gesteld of de situatie niet realistisch hebben ingeschat.

Ik krijg geen vat op de PIT-gesprekken. Ik heb niet het idee dat het ergens naartoe leidt. Misschien leg ik de lat voor mezelf te hoog. Meneer schijnt blij te zijn met mijn aanwezigheid en een praatje. Verder wil hij niks. (logboek P19, C31)

Mevrouw geeft zelf aan dat ze zo alleen is en behoefte heeft aan aanspraak. Maar als je wat voor haar regelt, dan wil ze niet. Het inzetten van een vrijwilliger is een tijdje goed gegaan, maar nu laat ze haar niet meer binnen. Mevrouw blijft aangeven dat ze het contact niet wil omdat het uiterlijk van de vrijwilliger haar niet zo aanstaat. Ze is niet in staat om naar zich zelf te kijken. Ze is alleen bezig anderen te bekritisieren en vooral in negatieve zin. (logboek P14, C23)

Dit traject loopt al meer dan zes jaar en de verbeteringen zijn minimaal. De vraag is ook of meneer baat heeft bij een traject van monitoren. Het is moeilijk in te schatten of hij mij ook echt belt in geval van nood of bij andere vragen (dit omdat hij mij niet herkent als ik hem buiten kantoor tegenkom). (logboek P5, C24)

5.5 Samenvatting

De professionals die in het onderzoek zijn betrokken, geven aan dat de cliënten die in de persoonlijke trajecten worden begeleid zeer verschillend zijn: elk traject verloopt anders en professionals proberen hun inspanningen zoveel mogelijk af te stemmen op de wensen en behoeften van de betreffende oudere. Ze nemen veel tijd om een diagnose te stellen en de situatie in kaart te brengen; de persoonlijke begeleidingstrajecten bieden daar voldoende ruimte voor. Vaak duurt het lang voor duidelijk is welke doelen en plannen haalbaar en realistisch zijn en welke interventies mogelijk en wenselijk zijn. De hulp kan betrekking hebben op allerlei zaken: praktische zaken oplossen, schuldhulpverlening regelen, een *cleanteam* inzetten, huishoudelijke hulp inschakelen, opname in een verzorgingshuis begeleiden, specialistische hulp in gang zetten.

De meeste trajecten staan in het teken van zoeken en uitproberen. Het kost vaak veel moeite om de cliënten in beweging te krijgen. Ook worden niet altijd duidelijke resultaten geboekt; soms zijn er kleine stapjes vooruit gezet, in andere gevallen doemen weer nieuwe problemen op of is er zelfs sprake van een achteruitgang of terugval van een cliënt.

De resultaten van de trajecten liggen soms op het terrein van netwerkontwikkeling of een vorm van sociale activering; oude contacten zijn aangehaald, er zijn nieuwe sociale contacten gelegd of er is een stap gezet naar gelegenheden om

andere mensen te ontmoeten. In de meeste gevallen lukt dat niet, maar worden wel resultaten behaald op andere terreinen. Praktische problemen zijn opgelost zodat de oudere weer op eigen kracht verder kan, zorgmijdend gedrag is doorbroken waardoor iemand passende hulp krijgt, de zelfzorg is verbeterd of vervuiling van de woning is aangepakt. Wanneer concrete resultaten op deze terreinen niet mogelijk zijn, zien de professionals vaak wel resultaten in termen van emotionele steun die ze ouderen kunnen bieden. Ze vormen een belangrijk aanspreekpunt of een vangnet voor de oudere en houden een vinger aan de pols. Daardoor kunnen ze het tijdig opmerken als de problemen verergeren of escaleren.

Ervaren baat van de trajecten volgens de cliënten

6

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de ervaringen van de ouderen beschreven. Zij zijn opgenomen in een persoonlijk begeleidingstraject omdat ze in een (structureel) sociaal isolement verkeren en problemen hebben op meerdere levensterreinen. Een deel van de ouderen in deze begeleidingstrajecten is in dit onderzoek van dichtbij gevolgd. Door middel van logboeken en bezoekverslagen van de professionals die hen begeleiden, door interviews met deze begeleiders en door interviews met de ouderen zelf. De informatie die in dit hoofdstuk wordt gepresenteerd, is uitsluitend ontleend aan de face-to-face interviews met de cliënten zelf; hun ervaringen staan hier centraal. Het eerste onderwerp dat aan bod komt zijn hun wensen en behoeften. Bij welke problemen hebben zij hulp nodig? Wat verwachten ze van de hulpverlening (6.2)? Vervolgens worden hun ervaringen met de begeleiding beschreven. Wat vinden zij belangrijk en hoe beleven ze de ontvangen hulp (6.3)? Tot slot wordt ingegaan op de resultaten die de hulpverlening volgens de ouderen opleveren. Welke problemen zijn volgens hen opgelost en is dat in lijn met hun verwachtingen (6.4)? Het hoofdstuk eindigt met een korte samenvatting (6.5).

De beschrijvingen in dit hoofdstuk worden rijkelijk geïllustreerd met citaten uit de interviews met de ouderen. Op die manier krijgen zij een stem dit onderzoek.

6.2 Behoeften van de ouderen

6.2.1 Acute hulp

Drie van de geïnterviewde ouderen hebben zich zelf bij de hulpverlenende instelling gemeld vanwege acute problemen die hulp van derden noodzakelijk maakten, bijvoorbeeld ernstige gezondheidsproblemen of psychische problemen. Deze ouderen waren in een neerwaartse spiraal terechtgekomen waar ze op eigen kracht niet meer uit kwamen. Ze hebben hulp gezocht om het tij te keren en de cumulatie van problemen een halt toe te roepen.

Waarom heb ik hulp ingeroepen? De reden is geweest dat ik hier een aantal dagen als een dwaas heb gezeten met een medicijnvergiftiging. Helemaal alleen. In een weekend, waarin niemand zich om mij heeft bekommerd.

Dat is voor mij de stap geweest om contact op te nemen met de huisarts. Die heeft mij verwezen naar het maatschappelijk werk. Direct nadat dit gepasseerd is, heb ik onmiddellijk gebeld. (interview C28)

Ik heb zelf contact gezocht. Ik kwam van het ziekenhuis in de stad, het Erasmus. Daar was ik gebracht 's avonds. Er was een pastoor, die kwam wel eens en ik zei: luister eens, ik moet nu naar de dokter, want ik spring zo van het balkon. En die dokter vond het verschrikkelijk en toen werd ik goed opgevangen. Ik kreeg een maatschappelijk werker en dat hebben ze vanuit het ziekenhuis allemaal geregeld. (interview C20)

Ik ben helemaal van de kaart geweest. Ik zag het niet meer zitten, het leven niet. Eigenlijk was ik helemaal in paniek, en toen ben ik naar het Riagg toe gegaan. Toen hebben ze me opgenomen, daarna is dat nog een keer gebeurd en toen ik weer opgeknapt was, ben ik overgeheveld naar het ouderenwerk. (interview C40)

6.2.2 Praktische hulp

Vrijwel alle ouderen in de persoonlijke begeleidingstrajecten hebben behoefte aan hulp bij het ordenen van post en administratie, het aanvragen van uitkeringen of voorzieningen of het oplossen van financiële problemen.

En bijvoorbeeld die post. Eigenlijk zou ik dat allemaal moeten gaan doen, maar daar zie ik dan tegenop. Om me daar toe te zetten om die post te behandelen. Ik kan me er moeilijk toe zetten, eigenlijk heb ik er een steuntje in de rug bij nodig. (interview C51)

De meeste ouderen vinden het niet vanzelfsprekend om hier hulp bij te vragen. Ze hebben het lange tijd zelf geprobeerd en pas als dat niet meer lukt en de situatie uit de hand dreigt te lopen, ontstaat de behoefte om hulpverlening in te schakelen.

Ik ben gewend om altijd in mijn leven alles zelf op te lossen. Ik ga andere mensen niet lastig vallen en om hulp vragen. Ik heb daar het talent niet voor. Een deur binnen gaan om wat te vragen is een probleem. Ik zoek het zelf wel uit. Tot vorig jaar heb ik eigenlijk nooit een probleem gehad dat ik niet aan kon. Dus je blijft het heel lang zelf proberen. Je gaat zelfs door tot het uiterste. Maar je hebt niet meer door dat het je niet meer lukt. En dan denk je: nou, morgen. En morgen wordt volgende maand, en volgende maand wordt volgend jaar. Dat is het gekke. Maar door die ziekte hield het op een gegeven moment op. Toen was de belemmering gewoon groter dan

de mogelijkheid om het op te lossen. En toen had ik die energie niet meer om het te regelen. En ik had ook geen ideeën meer. Die had ik altijd volop, maar die kreeg ik ook niet meer. En op een gegeven moment gaat het dan in een neerwaartse spiraal, dan gaat het allemaal mis. Nou, neerwaarts... Boem! Als ik nu terugkijk: boem. In zes maanden tijd, boem. Echt. Dat is wat er gebeurd is, in één keer was het helemaal klaar. Alsof het in één klap uit je handen glipt. Want dat is wat er in feite gebeurt. (interview C39)

Sommige geïnterviewde ouderen hebben duidelijke wensen en behoeften op het gebied van wonen; ze denken na over een plek waar ze hun laatste jaren willen slijten omdat hun huidige woning om allerlei redenen niet meer voldoet. Ze willen graag verhuizen, maar weten niet hoe ze dat aan moeten pakken.

Ik zie er als een berg tegenop. Want ze [de maatschappelijk werker] heeft ondertussen wel met me gesproken over een 55+-woning, maar ik zie er gewoon tegenop. Alle kasten die hier staan zijn tjokvol. Dus dan moet je een hoop wegdoen. En tegen die organisatie zie ik enorm op. Dan kunnen ze wel zeggen van: dat hoeft je niet alleen te doen, maar ja je moet toch zeggen van: dat kan weg of dat kan weg. Dus laat dat nog maar even zitten. (interview C51)

Vaak hebben ze ook geen concrete ideeën over een alternatief.

Ik zou hier weg willen gaan, maar waarheen weet ik nog niet. Want het is hier heel volks, ik wil iets minder volks. En dan ben ik ook iets meer op mijn plek. Hier kom ik niet uit de verf. Ik weet niet hoe ik het uit moet leggen, maar ik hoor er niet bij. Ik ben dat niet gewend en dat gaat ook niet gebeuren. Misschien moet het iets meer dorps zijn, ik weet het nog niet. (interview C2)

De meeste ouderen in het onderzoek willen echter het liefste in hun eigen vertrouwde woning blijven en vragen de professional hen daarbij te ondersteunen. Verhuizen is voor hen een waar schrikbeeld; ze zijn bang dat ze ooit in een verzorgingshuis of verpleeghuis terecht zullen komen en daardoor hun vrijheid kwijt raken.

Een ouden-van-dagen-huis, de Leeuwenhoek. Dat zou mijn toekomst kunnen zijn, maar dat trekt mij natuurlijk niet aan, hè. Want dan ben je toch... je leeft wel apart, je leeft wel zelfstandig, maar je zit toch in een groter geheel van bemoeiachtigheid. Geen bemoeizucht natuurlijk – dat woord mag je niet gebruiken – maar bemoeiachtigheid, waardoor je niet helemaal een frank en vrij figuur bent. Ik zie er ontzettend tegenop. Ik zou hier het liefst

nog jarenlang willen blijven wonen. Maar je kunt niet eeuwig doorleven. Uiteindelijk komt de man met de zeis een keer langs. (interview C8)

6.2.3 Sociale activiteiten

De typologie laat zien dat niet alle sociaal geïsoleerde ouderen behoefte hebben aan contacten met anderen. Compenseerders en hoopvollen hebben die behoefte wel. Compenseerders vullen die behoefte zoveel mogelijk in met functionele contacten in werk, vrijwilligerswerk, het verenigingsleven of andere sociale activiteiten. Deze contacten compenseren het gebrek aan persoonlijke, meer intieme contacten. Bovendien bieden ze een tijdsbesteding en voldoening. Als deze maatschappelijke activiteiten wegvallen, door pensionering, afnemende mobiliteit of gezondheidsproblemen, wordt het gebrek aan persoonlijke contacten sterker dan voorheen gevoeld.

Nou, momenteel overheerst toch dat je geen deel meer uitmaakt van de maatschappij. Dat overheerst toch wel bij mij. Ik heb een tijdje vrijwilligerswerk bij de crèche gedaan en dan ben je ook onder de mensen. Je voelt je nuttig. En nu voel je je dus echt nutteloos. (interview C51)

Ik heb altijd een brede belangstelling gehad en dat geeft natuurlijk een breed spectrum waarover je met andere mensen kunt spreken. Dat mis ik heel erg. Ik zou weer graag ergens op het niveau willen functioneren zoals ik heb gedaan. Natuurlijk niet mensen gaan bezoeken om grote projecten uit te leggen, maar het intermenselijk contact. Mensen helpen met de ervaring die je in al die jaren hebt opgedaan. (interview C28)

Deze ouderen zoeken naar mogelijkheden om weer maatschappelijk actief te zijn; ze willen zich nuttig maken en zich gewaardeerd voelen, of een tijdsbesteding vinden die afleiding biedt van hun persoonlijke omstandigheden. Toch zien de meesten voor zichzelf weinig mogelijkheden om dit te realiseren. Hoewel ze graag willen deelnemen aan sociale activiteiten, ervaren ze allerlei beperkingen waardoor ze dat op eigen kracht niet kunnen realiseren. Omdat er geen geschikte gelegenheid in de buurt is, of omdat de nodige financiële middelen ontbreken.

Waar ik behoefte aan zou hebben is een buurthuis waar je naartoe kan lopen en waar je contact kan maken met mensen van mijn leeftijd of jonger, en het liefst met mogelijkheden zoals biljarten. Of waar je kunt zitten lezen of zoiets. Zo'n buurthuis heb je hier in de omgeving niet, wel het ouderenhuis, maar dat is een zorgcentrum, daar lopen ze bijna allemaal met krukken. Daar moet ik het mee doen, maar ik voel me helemaal nog niet zo ver. (interview C18)

Wat moet je doen? Ik zit tussen vier muren. En ik kan lullen als Brugman, maar ze praten niet terug. Dat is toch geen leven meer? Ik zit al meer dan twintig jaar zo. Maar ja, maar wat moet ik? Je kan geen contacten meer leggen, je kan niets meer doen. Het is gewoon een verschrikking. Als je nou iemand bent die gewoon werkt of pensioen heeft, die zegt: nou, ik ga een keertje naar de bioscoop toe of ik ga dit doen of ik ga dat doen. Ik kan niks. Ik kan niet naar een vereniging gaan of wat ook. Want ik loop al moeilijk, en dan kan je nog niet eens een colaatje drinken onderweg. Want ik kan dat colaatje of dat biertje niet meer betalen. Dat is gewoon te duur. En je wil wel, maar dat houdt je tegen. (interview C5)

6.2.4 Persoonlijke contacten

Ook hoopvollen hebben een sterke behoefte aan sociale contacten. Die behoefte ligt echter meer op het persoonlijke vlak. Ze verlangen naar een vriend of vriendin met wie ze gezellig kunnen praten of dingen kunnen ondernemen en hopen dat ze er ooit in zullen slagen om zo'n contact tot stand te brengen. Wel stellen ze allerlei eisen aan de contacten.

Ik wil wel een vriendin hebben, maar het is toch moeilijk om iemand te vinden die bij je past. Zo voor de gezelligheid en even praten, dat ze ook een beetje bespraakt zijn. Niet allerlei onzin. Ze hoeven niet te zeggen: ik heb daarstraks de ramen gezeemd of wat ook. (interview C13)

Ik zou iemand willen met wie ik kan praten. Gewoon over de dingen die me bezig houden. En dan met iemand die veel geduld heeft, want ik ben niet zo snel van doen en dergelijke. Dus iemand die heel veel geduld heeft. Om mee te praten, maar ook dingen gaan ondernemen. Samen naar de stad gaan, of een keer samen naar de bioscoop. Gewoon eruit zijn. Je hoeft niet per se kilometers weg, maar even rustig aan. Ja, een heel positief iemand, maar die dan toch het geduld op kan brengen om mij te nemen zoals ik ben, dus eigenlijk ook het geduld met dat ik niet zo vlot ben. (interview C51)

Ik zou graag een vriend willen hebben, een man, iets jonger, niet ouder want dan moet je er weer voor zorgen, en niet samenwonen. Maar een man die gezellig is en van uitgaan houdt, dat we eens naar de bioscoop kunnen, of naar de schouwburg. Want ik durf natuurlijk 's avonds alleen niet weg. Dat je eens leuke dingen kan doen, gezellig uit eten. Dan is het toch leuk om iemand te hebben waarmee je dat samen kan doen. En die mis ik. (interview C6)

Enkele geïnterviewde ouderen geven aan dat ze vooral behoefte hebben aan meer vertrouwelijk contact, aan iemand bij wie ze zich thuis voelen, die intimiteit en emotionele steun kan bieden en met wie ze lief en leed kunnen delen.

Ik zou wel iemand willen waar ik 's avonds een arm aan had, iemand waar je alles tegen kan zeggen. Dan denk ik bij mij zelf, ik wou dat ik maar een kind had. Dat ik iemand had 's avonds... ja, dat mis ik wel. Maar hoe kom je aan zo iemand? (interview C38)

Nu pas, op tachtigjarige leeftijd, mis ik een zekere vertrouwdheid met iemand, persoonlijk contact in de zin van meer dan gewoon contact. Dat ontwikkelt zich heel sterk. En daar zit enig verschil in met vroeger. (interview C18)

Eén man zou het liefst een levenspartner willen vinden.

Vind mij een vrouw en al mijn problemen zijn opgelost! (interview C32)

Niet alle ouderen die sociaal geïsoleerd leven, hebben behoefte aan contacten. Dat geldt in het bijzonder voor buitenstaanders en overlevers. Zij hebben zich – vaak al van jongs af aan – bewust afgesloten van anderen en de afzondering gezocht. Of ze zijn er om andere redenen niet in geslaagd betekenisvolle contacten met anderen aan te gaan, bijvoorbeeld vanwege gebrekkige sociale competenties, door ingrijpende gebeurtenissen of een reeks van diepe teleurstellingen.

Ik wil geen rotte plekken in mijn privésfeer. Vandaar dat ik waarschijnlijk ook een beetje einzeltägerachtig leef. Ik kan hier drie dagen zitten zonder dat ik iemand zie. Maakt me niet uit. Als de behoefte er is, dan laat ik het wel horen. Goeie vrienden waar ik alles mee deelde, heb ik nooit gehad. Ze kwamen en ze gingen weer. Ik heb nooit iemand zo diep in mijn leven laten komen. (interview C39)

Ik wou altijd wegkruipen. Ik was verlegen als kind. En dat heb ik uit eigenbelang omgezet in mensenhaat... mensenschuw een beetje. Dan kwam ik op een dag soms geen mens tegen. Ik voelde me nog nooit zo gelukkig. Ik ben toch altijd een buitenbeentje geweest. (interview C25)

Buitenstaanders ervaren hun isolement niet als iets negatiefs; ze zijn terughoudend in contacten omdat ze het gevoel hebben dat relaties beperkingen met zich meebrengen en een bedreiging vormen voor hun behoefte aan vrijheid. Ze hebben een strategie ontwikkeld om met hun sociaal isolement om te gaan en vinden het

gemakkelijker om hun leven door te brengen zonder inmenging van anderen. Ook willen ze het risico op nieuwe teleurstellingen of afwijzingen niet meer lopen.

Kijk, als ik normaal mijn leven kon leiden, zoals het normaal zou moeten, zoals het eigenlijk normaal zou zijn, dan zou ik altijd contacten hebben. Maar ik sta er al zo lang buiten, en ik kan er tegen. (interview C5)

Ik was van jongs af aan een geïsoleerd mannetje. Gespannen. Ik denk dat ik ook uit zelfbescherming solitair ben gebleven. Het is misschien jammer, maar daar is niets aan te doen. Ik ben graag alleen. Eenzaamheid is de beste metgezel, vind ik altijd. Noem het maar allenigheid. Allenigheid is de beste metgezel die er is. Sommige mensen zijn geboren voor eenzaamheid en anderen zijn graag alleen. En ik heb een rijk innerlijk leven. Ik heb een hoofd vol met referentiekaders waar ik een beroep op kan doen. Als het één me verveelt, druk ik op een andere knop en dan komt er wat anders. Dus waarom zou ik me eigenlijk vervelen tussen andere mensen of erger, wat ik veel doe. Ik heb mezelf er gewoon rijp voor gemaakt. Maar goed ook. (interview C8)

Ik vind het tegenwoordig niet meer zo erg. Ik merk dat het eigenlijk ook fijn is om lekker alleen te zijn, je gang te kunnen gaan. Ik woon al veertig, vijfenveertig jaar in de grote stad. En ik heb geleerd om alleen te zijn. Of eigenlijk, 'geleerd' klinkt zo deftig: het is zo gebeurd. Ik hecht niet aan mensen en de contacten warm houden kan ik helemaal niet. Ik ben er niet geschikt voor. Ik heb al snel begrepen dat ik niemand ellende moest bezorgen, dus niet samen gaan leven of samen gaan wonen. En nou je ouder wordt, kan dat helemaal niet meer, want je bent gesteld op je gemak. Je wilt leven zoals je dat in je huidige leven doet. Ik vind dat ik eigenlijk wel goed zit. (interview C12)

Overlevers hebben vaak wel pogingen gedaan om contacten te leggen, maar zijn tot de conclusie gekomen dat het niet lukt om stabiele relaties aan te gaan. Ze hebben de hoop dat het ooit zal veranderen al lang opgegeven. Ook willen ze het risico op nieuwe teleurstellingen of afwijzingen niet meer lopen.

Ik zie geen andere mensen meer. En dat hoeft ook niet meer van mij, ik ben nu zo ver heen dat het niet meer hoeft. Want ik heb wel geprobeerd contact te maken, maar ik kan geen gespreksonderwerpen verzinnen. Ze hebben het allemaal alleen maar over ziektes. Ik heb het liever over de politiek. Nu hoeft het niet meer, niemand hoeft van mij, ik zit in mijn eentje en ik kijk televisie. (interview C20)

Enkele ouderen geven aan dat ze er niet aan kunnen wennen en dat de gevoelens van eenzaamheid regelmatig de kop opsteken.

Ik weet het allemaal niet meer hoor. Dat komt... je zit dag en nacht alleen, wel twintig, dertig jaar. Niemand praat, je wordt suf. Daar went niemand aan. Vroeger praatten de mensen, vroeger waren de mensen heel anders. Je wist alles van elkaar, in de straat. Dat is niet meer, ik weet niet eens wie mijn burens zijn. Die ken ik niet. En de burens waar ik wel contact mee had, die zijn allemaal dood, die zijn allemaal weg. En er komen nieuwe mensen voor in de plek en die maken eigenlijk geen nieuwe contacten meer. En je gaat je ook een beetje afsluiten hoor, want de mensen willen dat niet en ik ga me niet opdringen. Ik ben een eenling geworden. Nou ja, ik kan er prima mee leven hoor. Laat mij hier maar lekker rommelen, ik red me wel hoor. Ik zit eeuwig in die tuinen. Dat is ook voor de eenzaamheid hè, anders zit je de hele dag binnen. Maar ik red me wel. Je merkt aan mij niet dat ik altijd alleen ben. (interview C50)

6.2.5 Contacten met kinderen herstellen

Twaalf ouderen in het onderzoek hebben volwassen kinderen waar ze al vele jaren geen contact meer mee hebben. Hoewel het verbroken contact de meesten van hen vaak bezighoudt, gaan ze hier zeer verschillend mee om. Sommigen hebben maar één wens: het contact met hun kinderen herstellen.

Ik heb al vierendertig jaar geen contact met mijn twee kinderen, een zoon en een dochter. Ik ben er heen geweest, deden ze de deur niet open. Ik heb kaarten gestuurd, geen kaarten terug. Dus daar ben ik mee opgehouden. Ik ga er niet meer naar toe, dat doe ik niet, dat durf ik niet. Stel dat ze me weer laten staan. Nee, dat doe ik niet, dat vind ik een afgang. Dat zou ik niet meer kunnen opbrengen. Maar ik heb al bedacht, je hebt dat programma... een familiediner. Dat zou ik heel graag willen. Dan zou ik gelukkig zijn. Want dat is het enige waar ik nog voor bid dat het gebeurt. Dat ik toch nog contact krijg. Dat zeg ik iedere avond. Ik zeg tegen moeder Maria: stuur alsjeblieft die liefde van mij naar hen. Ik kan het zelf niet doen. Ja, dat doe ik iedere avond, hoe moe ik ook ben. Mijn deur staat altijd open. Daar bid ik iedere avond om, maar ja, mijn gebed wordt niet verhoord, want ik doe het al zo lang. (interview C6)

Anderen willen geen pogingen meer doen om het contact te herstellen. Ze vrezen dat contact opnieuw pijn en verdriet met zich mee zal brengen en houden de situatie liever zoals die is.

Ik heb er nu geen verdriet meer van. Niet meer. In het begin wel, maar het gaat slijten. Want dan denk ik bij mezelf: het was toch niet goed, het ging niet goed. Dus dan kan je het beter niet hebben. Ik ben eraan gewend. Nu, na al die jaren. En je gaat steeds meer denken: nou, ik heb het toch maar liever zo. Ik wil niet steeds die problemen en al die moeilijkheden. Als ze weer komen, dan begint het weer, dan begint het weer die ellende. En daar zie ik tegenop en dan wil ik het niet meer. Ik ben het wel gewend dat ik alleen ben. (interview C4)

Dat wil overigens niet zeggen dat ze aan de situatie gewend zijn.

Het went nooit. Kinderen die niet komen, went nooit. Maar nee, ik begin er niet meer aan, dat doe ik niet meer. Nee, want ik weet toch dat ik de kous op mijn kop krijg. Het gaat misschien een paar maanden goed en dan zeg-geen zij 'zwart' en ik 'wit' en dan is het weer foute boel. (interview C20)

Sommige van deze ouderen hebben last van ernstige gevoelens van een eenzaamheid; ze tobben er dagelijks mee.

Ik voel me erg eenzaam. Vreselijk eenzaam. Ik ken niemand, ik heb niemand. En ik kom uit zo'n goede, gezellige familie. En dan zit ik hier maar te huilen, dan denk ik: God, kom me toch halen. Ik heb zo veel verdriet en narigheid meegemaakt, dat is alleen maar erger geworden. Ik heb vreselijk veel meegemaakt. En als ik dan zo alleen ben, dan denk ik: God, God, was ik maar naar boven. En zo blijf ik maar dag in dag uit aan het tobben. (interview C1)

6.2.6 Levenseinde

Verskillende ouderen geven aan dat ze nadenken over de dood. Enkele geïnterviewde ouderen spreken met de professional over het levenseinde; het gaat dan vooral om praktische zaken die betrekking hebben op een nalatenschap, zoals het regelen van financiën, het maken van een testament, of wensen over een uitvaart. Hun wensen daaromtrent willen ze graag tijdig vastleggen. Zij zijn zich bewust van het feit dat ze niemand hebben die hun belangen kan behartigen als hun gezondheid achteruit gaat en ze allerlei praktische zaken niet meer zelf kunnen regelen.

Ik kwam al gauw tot de conclusie dat ik personalia moest hebben omdat ik nergens een beroep op kon doen. Ik had geen familieleden meer en niemand waarmee ik in contact ben en daarom moest er voor mij, als oudere eenling, er moest toch iets zijn waar je naartoe kan, als ze je bijvoorbeeld ergens vinden of zoiets, dan moeten ze toch ergens mee verder kunnen.

En vooral omdat ik verschillende zaken moet regelen, ik heb een heleboel abonnementen en zo, die moeten allemaal opgezegd worden en al die dingen meer en daar moet je rekening mee houden en dat wil ik allemaal op schrift hebben. (interview C18)

Het is natuurlijk een raar verhaal, maar de feiten liggen er wel. Want als ik dood zou gaan... u ziet ook wel, dat ik ook niet meer één van de jongsten ben. En dan is er niemand die mijn boel kan regelen. Die kan zeggen: nou, daar ligt dat en daar ligt dat en daar is de sleutel. Niemand. Er is geen vertrouwenspersoon in mijn leven die weet waar mijn spullen liggen, zeg maar, en ik heb ook geen familie of iets dergelijks, die zijn allemaal overleden. En daarom wil ik een vertrouwd persoon kennen. (interview C13)

Andere ouderen hebben geen behoefte om zaken rondom hun overlijden te regelen. Ze gaan ervan uit dat het wel goed komt.

Ik heb nog wel wat spaargeld, dus ik zou begraven kunnen worden. Dus daar zit ik niet over in. Maar ik zou niet weten waar ik begraven word en hoe. (interview C50)

Of ze vinden dat het hun verantwoordelijkheid niet is.

Ik wil gewoon dat de gemeente Rotterdam het betaalt. Het is mijn laatste rofstreek. Dat zit er eigenlijk in. Dat je in je kist nog kan glimlachen. (interview C8)

Het merendeel van de geïnterviewde ouderen denkt liever niet over na over de dood. Het zijn vooral de *hoopvollen* en *overlevers* die niet gewend zijn de regie over hun eigen leven te voeren of het moeilijk vinden om beslissingen te nemen. Hoewel ze zich realiseren dat er niemand voor hen is als ze ziek worden, hebben ze niet de behoefte om allerlei zaken te gaan regelen of na te denken over de toekomst. Ze laten dat graag aan anderen over.

Als ik niet meer goed uit de voeten zou kunnen? Dat weet ik niet, daar denk ik maar niet over na. Dat zie ik dan wel weer. Komt tijd, komt raad. (interview C4)

Anderen hopen daarentegen wel regie te kunnen houden.

Ik leef per dag. Soms denk ik over de dood, wie denkt daar eigenlijk niet aan. Maar hoe ouder je wordt, hoe meer je erover nadenkt. En dan denk ik:

ben ik er eigenlijk wel geschikt voor? Nee, daar ben ik niet geschikt voor. Maar je kan het niet meer wegduwen, je moet er wel over doordenken en je moet zelf maatregelen nemen. Pas drie jaar geleden ben ik bij een uitvaartvereniging gekomen, ik kon er nog net bij. En ik heb dus angst, de ergste angst die een mens kan hebben, dat is dood gaan. Niet dood zijn, maar dood gaan. En ik ben een beetje bang voor die palliatieve zorgtoestanden, dus ik zou eigenlijk een alternatief willen voor pijnbestrijding, zoveel dat je niet meer bijkomt. Dus het regelen voordat je het niet meer kan regelen. Ik zou dan liever euthanasie plegen. Met een paar goed uitgekozen mensen en dan neem ik het spul in en ik vertrek. En de rest ja, dat doet de begrafenisondernemer wel, daar betaal ik voor. (interview C12)

6.2.7 Emotionele steun

Enkele hoopvollen en overlevers geven aan dat ze de situatie nauwelijks meer aankunnen en de dagen maar met moeite doorkomen. Ze hebben vooral behoefte aan emotionele steun om het vol te houden.

Het is moeilijk om onder woorden te brengen. Zoals ik me nu voel, daar wil ik van af. Nou, bijvoorbeeld – en daar moet u niet van schrikken – de gedachte van... dan zeggen ze: je kunt nog dertig jaar mee. En dan denk ik: zoals het nu is, hoeft dat van mij niet meer. En dan denk je: wie zal mij missen? En dat is een hele negatieve gedachte, dat weet ik zelf ook wel. Maar het speelt wel door m'n hoofd. Ja, dat is ... zoals ik me dus voel. Je voelt je nutteloos. En dat is een negatief zelfbeeld, dat weet ik wel. Maar dat kan ik niet kwijtraken. En, ja nogmaals, ik kan moeilijk duidelijk maken wat er nou aan de hand is met mij. Wie weet daar nou de oplossing voor? Ben ik nou wel depressief of ben ik niet depressief? En als je 's morgens wakker wordt dan moet je er het beste van maken. En daar heb ik dan hulp bij nodig, want ik zeg steeds: dit is geen leven. Ik zou eigenlijk met plezier op willen staan. (interview C51)

Ik weet niet waarvoor ik uit mijn nest kom. Ja, dat is heel erg, dat weet ik. Ik weet gewoon niet waarvoor ik opsta. Ik word er gek van. Ik denk bij mezelf: wat is het leven dan? Daarom zeg ik: ik wil dood. En dat wil ik ook. Dat is voor mij nog de beste oplossing. Dat zei ik tegen de dokter ook. Ik zei: kan je me daar niet bij helpen? Hij zegt: nee. Dat heeft met zijn geloof te maken natuurlijk, maar ik zei het wel tegen hem. En ik begrijp het ook wel, dat zal heel moeilijk voor hem wezen. Maar ja, aan wie moet ik het anders vragen? Stichting De Einder, die heb ik toen gevraagd en die hebben boekjes gestuurd en dan moet je op gegeven moment lid worden. Want dit

*is geen leven. Dit is niets, wat is dit? Wat een ellende, echt een kutleven.
(interview C7)*

6.3 De hulpverlening

6.3.1 De relatie met de ouderenwerker

Het belangrijkste thema in de gesprekken met de ouderen is de relatie die ze hebben met de begeleidende professional. De ouderen willen dat de ouderenwerker tijd en aandacht voor hen heeft, oog heeft voor hun situatie, hun angsten en terughoudendheid begrijpt en kan aansluiten bij hun wensen en behoeften. Een onderwerp dat in vrijwel alle gesprekken terugkeert, is het vertrouwen van de ouderen in de professional. Alleen als dat aanwezig is, kunnen ze zich laten zien in al hun kwetsbaarheid en hoeven ze niets op te houden.

Ik ben een einzelgänger. Mijn hele leven geweest. En ik heb geleerd dat ik nooit praat over mijn dingen. Dat gaat ze niks aan. Je gaat die dingen niet tegen je buurvrouw vertellen. Je kijkt wel uit, want als er maar iets gebeurt, wordt het tegen je gebruikt. Dus ik heb geleerd dat ik nooit praat. Waarom dan wel bij haar? Omdat het zo vertrouwd is. Het is een warme deken. Dat zit goed, dat zit lekker. Anders vertel je het niet. Vanaf de dag dat ze bij me aan tafel zat, was het net of er een openhaardvuur bij me binnen kwam lopen. Die warmte, hoe moet ik het zeggen. Ik kreeg het gevoel dat ze zonder woorden mij meteen ging helpen. Bij haar kan ik me gewoon laten zien, zoals ik ben. Waar het niet voor nodig is dat omhulsel te hebben. (interview C7)

Ik vertrouw haar door en door. Er is geen greintje wantrouwen. Aan haar kan ik alles vragen, want ik kom natuurlijk niet voor niks in de moeilijkheden, ik neem soms rare stappen. Dus voordat ik iets doe, overleg ik dat met haar. (interview C17)

Ook willen de ouderen erop kunnen vertrouwen dat alles wat ze aan de professional vertellen, tussen hen blijft. Hun gesprekken moeten vertrouwelijk zijn; ze willen ervan verzekerd zijn dat de professional niet met anderen over hun situatie praat.

Het is fijn om alles aan haar te vertellen, maar ik wil wel dat het niet verder verteld wordt. Als ik iets vertel aan haar, dan moet het bij haar blijven. Het moet niet overgeheveld worden aan iedereen. Het moet niet aan anderen verteld worden van: die mevrouw heeft zus meegemaakt en zo meegemaakt. Niet aan jan en alleman vertellen. Daar heeft niemand iets mee te maken. (interview C3)

Niet alle cliënten hebben dat vertrouwen in de begeleidende professional. Soms blijven ze lange tijd terughoudend in wat ze wel en niet vertellen. Zeker als de ouderenwerker ook bij andere ouderen in de buurt komt.

Het is belangrijk dat het niet verder komt, dat is belangrijk. Daar ben ik altijd bang voor geweest, want het is al een paar keer voorgekomen eigenlijk... dan werd het een heel ander verhaal... het wordt altijd verdraaid en zo. En ik zie haar [de ouderenwerker] elke dag lopen hier... dus daar ben ik bang voor. (interview C38)

6.3.2 Eigen regie

Een belangrijk aspect van het contact met de ouderenwerkers is dat er niets gebeurt dat de oudere niet wil. De ouderen willen niet betutteld worden door de hulpverlener, zijn bang voor bemoeizucht en willen zelf bepalen wat er wel en niet gebeurt. Dat geldt in het bijzonder voor de compenseerders en de buitenstaanders. Bij hen staat hun zelfstandigheid voorop.

Ze moet niet over mijn drempel heengaan... bijvoorbeeld eten klaar gaan maken. Ze moet me gewoon zelf laten tobben, tot ik zelf een probleem heb, tot ik er aan toe ben om dat aan te pakken. En dan kan zij dat gaan regelen, met Zilveren Kruis, enzovoorts, enzovoorts. Ze moet niet bemoeieren. Kijk, ik heb natuurlijk wel een probleem en er wordt aan gewerkt. En ik vind het gewoon leuk, juist omdat ze eigenlijk niks doet. Ze bemoeiert niet. Dan zou ik me van haar afkeren denk ik. (interview C39)

Ik wil zelfstandig blijven. Kijk, er kan altijd van alles gebeuren, maar ik zal het zo lang mogelijk proberen. Ik zit niet om hulp verlegen. Ik ben toch geen invalide? Laten we nou eerlijk wezen. Dat is te gek om los te lopen. Ik heb toch mijn eigen leven. Ik wil niet afhankelijk zijn. (interview C5)

Maar ook hoopvollen en overlevers zijn niet gediend van bemoeizucht. Ze geven zich niet gemakkelijk bloot en willen zelf graag bepalen wat ze wel en niet vertellen aan de hulpverlener.

Ik heb heel veel moeite met het maatschappelijk werk, met dingen die daarnaar ruiken. Daar zet ik mezelf eigenlijk een beetje tegen af. Omdat ze te dichtbij komen. Er zijn dingen in mijn leven die ik niet wil vertellen. En dat moet kunnen. Ik denk dat ik alert genoeg ben om te kunnen zeggen: stop, dit wil ik niet, waar ik dan mee bedoel: dit is een stukje van mij, afblijven. (interview C2)

6.4 Resultaten

Alle geïnterviewde ouderen zijn al lange tijd in begeleiding bij het ouderenwerk. Wat heeft de begeleiding in hun ogen opgeleverd?

6.4.1 Op eigen kracht verder

Slechts bij enkele ouderen die waren opgenomen in een persoonlijk begeleidingstraject is de hulpverlening volledig afgesloten. In alle gevallen waren dat compenseerders of buitenstaanders, ouderen die zich over het algemeen goed kunnen redden in hun eentje, maar door omstandigheden waren vastgelopen, bijvoorbeeld door verlies van werk, gezondheidsproblemen of andere zaken die hun zelfredzaamheid (tijdelijk) verstoorden. Door een opstapeling van problemen op verschillende levensterreinen hadden ze uiteindelijk toch professionele hulp nodig om de situatie ten goede te keren. Ze kregen hulp bij het oplossen van praktische problemen die hun zelfstandigheid belemmerden en vinden dat ze veel aan de begeleiding hebben gehad. Zonder hulp waren ze verder afgegleden en dat realiseren ze zich terdege. Door de positieve ervaring is de drempel om in de toekomst hulp te vragen wat lager geworden. Degenen die nooit eerder hulp hadden gevraagd en door bleven ploeteren tot het helemaal misliep, geven aan dat ze in de toekomst eerder hulp zullen inroepen en de zaken niet meer zo ver laten komen.

En als alles op financieel gebied dadelijk weer functioneert, dan kan ik weer verder. En ik ga het zo organiseren dat dit me niet meer gebeurt. Ik bedoel, als het een volgende keer dreigt te ontstaan, dan bel ik onmiddellijk M. [de ouderenwerker], want dan moet er even iets gebeuren. Ik heb nu een ingang, en ik weet dat zij goed functioneert ten opzichte van mij. Anders zou ik er niet aan denken om daar überhaupt naar binnen te gaan voor hulp, echt niet. Al ga ik in Groningen wonen of in Gouda, en ik heb een probleem, dan bel ik M. Zo simpel is het. (interview C39)

6.4.2 Aanspreekpunt

Voor compenseerders en buitenstaanders is het feit dat ze in de professional een aanspreekpunt hebben gevonden het belangrijkste resultaat. Ze proberen zoveel mogelijk zelf te doen en houden hulp het liefste buiten de deur. Toch zijn ze blij dat er nu iemand is bij wie ze terecht kunnen met vragen of problemen die ze niet zelf kunnen oplossen.

Ze komt om de drie weken even langs. Dat is nu al een paar jaar bezig. We maken een afspraak en dan komt ze even informeren hoe het is. Dat is belangrijk, omdat ik dan een aanspreekpunt heb. Dat is punt één. De rest komt erbij, maar punt één is dat er iemand is die weet wie je bent, met

naam en toenaam en bijzonderheden, als op een gegeven moment mij iets overkomt. Dat had ik eerst niet en daar was ik wel een beetje bezorgd om. Het is fijn dat ik nu iemand kan aanspreken. (interview C18)

Ik vind het wel prettig, dat ik ergens naartoe kan. Dat er ergens een punt is om aan te leggen. En dat zij zo af en toe eens langskomt, dat vind ik wel leuk. Ik bedoel ook, niet dat ze mij alleen voor de mooie ogen moet hebben, maar ook omdat ze vanuit haar beroep het oogje in het zeil moet houden hè. En dat vind ik wel prettig. Daar voel ik me helemaal niet door vernederd of zo. Want het komt wel eens voor in de wijk, dat de ouden van dagen die alleen leven, ook jonger dan ik, het loodje leggen en ja, dan hebben ze toch, dat ze een beetje de vinger aan de pols houden. Ja, meneer zit daar wekenlang te rotten bij wijze van spreken. Ja, dus er is toezicht. (interview C8)

Voor een enkele buitenstaander is de hulpverlener ook een aanspreekpunt in bredere zin, iemand die altijd welkom is om een praatje te maken, ook als er geen directe problemen zijn.

De ouderenzorg komt meestal, ja, op verschillende tijden, ik weet niet eens wat de een is en wat de ander is, maar ik vind het wel leuk als mensen komen. Ik zit hier maar alleen en alleen maakt ongelukkig. Als ik weet dat ze komen, dan gooi ik ook die deur open om te horen of ik een bel hoor of wat ook. (interview C5)

Hoopvollen hebben de grootste behoefte aan een aanspreekpunt. Zij verlangen naar contacten met anderen en zien in de professional vaak een persoon met wie ze hun lief en leed kunnen delen.

Ik ken haar al een paar jaar. Een jaar of twee al. Dat is bijna familie geworden dan. En ik vind dat heel goed. Je kunt je problemen en je toestanden kwijt. Ik kan alles met haar bespreken, wat ik allemaal voel en zo. En ook als het niet goed gaat. Dat kan ik goed met haar bespreken. (interview C40)

6.4.3 Vangnet

Voor veel overlevers zorgt het contact met de hulpverlener voor een vangnet. Ze weten dat ze voortaan bij iemand terecht kunnen. Dit geeft hen een gevoel van veiligheid en rust voor de toekomst.

Ze heeft me zoveel geholpen dat er van mij een last af is gevallen. Ze heeft de hele papierhandel uitgezocht. Dat belastinggedoe uitgezocht. Mijn

schulden bij elkaar geraapt, meegegaan naar plekken waar ik niet uit mijn woorden kom. Zelfvertrouwen gegeven op een bepaalde manier. En ze laat niemand zomaar los. Ik kan altijd bellen, ook als alle problemen opgelost zijn. Zij geeft mij de rust, ik weet dat er nu niks meer mis gaat. (interview C17)

Ik voel me nu veiliger en gelukkiger door de ouderenzorg. Ik heb nu ook een telefooncirkel. Dan word je 's morgens om half negen gebeld of alles goed is. Want je hoort wel eens dat mensen ik weet niet hoe lang op de vloer liggen en dat ze daar pas na dagen achter komen. Als niemand naar je omkijkt of tijd voor je heeft. Dus dat heb ik ook gedaan, dan voel ik me veiliger. Nu word ik elke morgen gebeld of alles goed is, en dan moet ik een ander weer gaan bellen. Als ze me dan niet te pakken krijgen, gaan ze stappen ondernemen. Mijn hulp heeft de sleutel, daar kunnen ze dan de sleutel halen. En dan kunnen ze bij mij binnen, kijken wat er aan de hand is. En dat vind ik wel... ja. ja, en dan moet ik altijd lachen 's morgens. Ik ben altijd vrolijk. (interview C3)

6.4.4 Emotionele steun

Voor hoopvollen en overlevers is de emotionele steun die de hulpverlener hen biedt het belangrijkste resultaat. Door het contact kunnen ze de situatie waarin ze verkeren volhouden. Het zorgt er ook voor dat ze niet verder afglijden of zich nog verder terugtrekken.

Zonder de ouderenzorg zou ik nog meer in mezelf kruipen. En ik besef ook wel dat het de bedoeling is om eruit te komen. Maar als de professionals weg zouden vallen, dan kan ik nergens meer terecht. (interview C51)

Ik vind het eigenlijk moeilijk om te zeggen, maar toen mijn man kwam te overlijden had ik eigenlijk onder een vrachtwagen willen kruipen. Heb ik ook voor gestaan, voor een vrachtwagen, maar die remde op tijd. Ik had gezegd: als mijn man weg is, ga ik ook weg. Maar nu niet meer, dat is weer overgegaan. Ik heb veel gepraat met haar, we hebben uren zitten praten, en daarna nog eens, en dat ging wel goed. En als ik het nu weer eens moeilijk heb, dan bel ik haar op. Dan komt ze met mij praten. (interview C38)

Verschillende ouderen geven aan dat ze het zonder deze begeleiding niet zouden redden.

Als jullie er niet meer zijn, wie komt er dan nog voor mij op? Ik kan dat allemaal niet meer. Ik ben in ieder geval hartstikke blij. Ik zou dat heel erg vinden, ik zou heel verdrietig zijn. Als ik naar jullie toekom, dan heb ik jullie

nodig. Ik kom niet zomaar. Want ik ben het niet gewend. Ik ben niet gewend om iemand iets te vragen, omdat ik het zelf altijd deed. Maar ja, ik heb ook nooit gedacht dat het zo zou gaan. En nu krijg ik tranen in mijn ogen, omdat ik denk: als dat weg zou vallen, als dat zou gaan gebeuren denk ik dat dat heel erg is. (interview C7)

Nou, de afgelopen keer heeft de maatschappelijk werker me echt moed gegeven. Want ik ga steeds meer denken: voor mij hoeft het niet meer. Ik denk, dan neem ik pillen in, want daar kom ik wel aan. Ik heb geen zin meer om te vechten. Ik zou wel eens rust willen hebben. (interview C20)

6.4.5 Geen resultaten

Slechts enkele geïnterviewde ouderen zijn niet tevreden over de hulpverlener. Ze vinden dat er niets is bereikt en dat ze niet geholpen zijn met de problemen waar ze mee kwamen. Vaak geven ze aan dat er geen klik is met de professional en dat het daarom niet werkt. Ze voelen zich niet erkend en hebben het gevoel dat de professional geen aandacht heeft voor hun behoeften en verlangens.

Door die juffrouw ben ik in de put geraakt. Helemaal in de put. Ze regelde nooit wat voor me. Ze zat maar een beetje rond te kijken. (interview C1)

Ze is helemaal niet toegankelijk voor mij. Ze is doof voor mijn argumentatie. Ze projecteert het op mij terug, de dingen, maar dan heb je toch geen consideratie met iemand, toch? Ja, dat zeg ik toch niet voor niets. Dus dat moet ik haar, als ze komt, weer duidelijk maken. Dat het geen zin heeft verder met haar, want zij is zo dwars met alles. (interview C13)

6.5 Samenvatting

Bij compenseerders en hoopvollen liggen de belangrijkste behoeften op het vlak van sociale contacten; ze willen graag deelnemen aan maatschappelijke of sociale activiteiten waardoor ze zich nuttig voelen en onder de mensen kunnen zijn. Hoopvollen hebben vooral behoefte aan persoonlijke contacten; ze missen een vriend of vriendin, met wie ze activiteiten kunnen ondernemen en die sociale steun kan bieden. Enkele ouderen verlangen naar een hechte relatie met een partner, of naar een hernieuwd contact met hun volwassen kinderen. Voor alle ouderen geldt dat ze deze wensen op eigen kracht niet kunnen realiseren en dat ze daar hulp bij nodig hebben.

Veel hoopvollen kampen met sterke eenzaamheidsgevoelens waar ze nauwelijks mee om weten te gaan. Buitenstaanders en overlevers hebben daar geen last van;

ze hebben zich allang verzoend met hun sociaal isolement. Zij hebben manieren gevonden om met hun situatie om te gaan en zijn eraan gewend geraakt. In de loop der tijd hebben ze een eigen wereld gecreëerd waarin ze zich veilig en vertrouwd voelen. Voor hen leveren contacten vaak meer problemen op dan het alleen zijn. Hoewel vrijwel alle ouderen in de intensieve begeleidingstrajecten een of andere soort van praktische hulp ontvangen, noemen ze in de interviews weinig wensen op dit gebied. Ze zijn gewend hun problemen zelf op te lossen en vinden het niet vanzelfsprekend om hier hulp bij te vragen, hoewel de geboden hulp meestal wel welkom is.

Sommige ouderen hebben behoefte om een aantal zaken rondom het levens-einde te regelen: een nalatenschap, een begrafenis of een euthanasieverklaring. Dat geldt vooral voor de ouderen met een sterke eigen regie. Andere ouderen denken liever niet na over de toekomst; ze hopen zo lang mogelijk gezond te blijven en hun zelfstandigheid te behouden. Ook vinden ze het van belang om in hun eigen woning te kunnen blijven. Vrijwel alle ouderen zijn bang voor bemoezucht; ze houden zelf graag de regie en willen zelf bepalen hoe ver de hulpverlening mag gaan.

Bij slechts enkele geïnterviewde ouderen is het begeleidingstraject afgerond; de belangrijkste problemen zijn opgelost en ze kunnen weer op eigen kracht verder. Voor de meeste ouderen is dat niet aan de orde; de professional blijft voor hen een belangrijk aanspreekpunt, of een vangnet waar ze op terug kunnen vallen bij problemen, vragen of een terugval. Veel hoopvollen en overlevers geven aan dat ze het niet zouden redden zonder de professional.

Enkele ouderen geven aan dat het begeleidingstraject voor hen niets oplevert omdat het niet klikt met de professional of omdat die hun problemen niet goed begrijpt.

Een belangrijke bevinding heeft betrekking op de resultaten van de interventie. De resultaten die de ouderen noemen, verschillen wezenlijk van de resultaten die professionals naar voren brengen. Waar de laatsten regelmatig verwijzen naar resultaten op het sociale gebied (uitbreiding sociale netwerken, aanhalen van oude contacten) worden deze resultaten door geen enkele oudere genoemd. Dat is anders voor de praktische resultaten: zowel de professionals als de ouderen zien het oplossen van administratieve en financiële problemen als voorwaarde om hun zelfstandigheid te behouden. Daarnaast noemen professionals het schoonmaken van woningen en het doorbreken van zorgmijndend gedrag, zaken die door de ouderen niet naar voren worden gebracht. De ouderen zien de professionals vooral als aanspreekpunt, praatpaal en vangnet. Ze waarderen het als de professional tijd en aandacht voor hen heeft. De emotionele steun die ze hierdoor ondervinden, maakt dat ze het leven aankunnen. Ze voelen zich gesteund, kunnen zichzelf zijn en hoeven niets op te houden.

Relationele afstemming 7

7.1 Inleiding

De ervaringen van de professionals en de ouderen maken duidelijk dat de onderlinge relatie voor beiden het belangrijkste aspect van de persoonlijke begeleidings-trajecten is. In dit hoofdstuk gaan we dieper in op deze relatie. Volgens Goossensen (2014) is de kans op ervaren baat van de hulpverlening groter naarmate de aansluiting tussen de professional en de hulpvrager beter is omdat de professional alleen dan tot goede keuzes in de hulpverlening kan komen. De kwaliteit van de relatie wordt daarbij afgemeten aan drie dimensies: de mate waarin de hulpvragers zich erkend voelen, de emotionele nabijheid van de hulpverlener en de wijze waarop besluiten over de inhoud van de interventie tot stand komen (zie 3.6). Om meer inzicht te krijgen in de relatie tussen professionals en ouderen in de persoonlijke begeleidingstrajecten, ligt de focus in dit hoofdstuk op deze drie dimensies. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de erkenning van de cliënt (7.2), de emotionele nabijheid van de professional (7.3) en de besluitvorming over ingezette interventies (7.4). Tot slot komt de visie van professionals over de exclusiviteit van de relatie met cliënten aan bod (7.5). Het hoofdstuk eindigt met een korte samenvatting (7.6).

De beschrijvingen in dit hoofdstuk worden geïllustreerd met citaten uit de logboeken, de (groeps)interviews met professionals en de interviews met de ouderen.

7.2 Erkenning van de cliënt

De eerste dimensie die van belang is om de kwaliteit van de relationele afstemming te beoordelen, is de mate waarin de hulpverlener de hulpvrager erkent in existentiële zin. Is de professional in staat om zich een beeld te vormen van de oudere dat recht doet aan diens perspectief en ervaringen? In hoeverre wordt de oudere door de hulpvrager 'gezien' als een persoon met eigen wensen en behoeften en een eigen perspectief op de situatie? Hoe gaan professionals om met hun eigen oordelen en hoe onvoorwaardelijk is de hulpverlening? Wat betekent het voor de relatie als de ingezette interventies mislukken of als de oudere alle hulp blijft afwijzen?

7.2.1 Ervaringen van de professional

De professionals in dit onderzoek geven aan dat vertrouwen de kern van hun relatie met de sociaal geïsoleerde ouderen is. Het gaat om ouderen die veel negatieve ervaringen hebben met sociale relaties en – door afwijzingen en teleurstellingen – zeer terughoudend zijn in het aangaan van contacten. Ze zijn achterdochtig en wantrouwend en tonen niet snel hun kwetsbaarheid. De professionals zijn ervan overtuigd

dat het opbouwen van een vertrouwensrelatie de kern van de hulpverlening is. Alleen binnen zo'n relatie is het mogelijk om passende hulp te bieden.

De relatie die je hebt met een cliënt is bepalend. Daarin bepaal je steeds welke stap je wel of niet kan zetten, vanuit je eigen persoon maar ook vanuit respect naar die cliënt toe. Het gaat niet om een gewone hulpverlenersrelatie die standaard is. Je gaat iemands belangen behartigen en voor iemands bestwil iets doen en dat kun je alleen maar vanuit een relatie, zoals kinderen dat vanuit een relatie met hun ouders wat makkelijker kunnen omdat daar altijd een soort van wederkerigheid en vertrouwen is geweest. Dat vertrouwen moet ik bij deze cliënten veel langer opbouwen om uiteindelijk dezelfde positie in te kunnen nemen en te doen wat voor hen van belang is. (focusgroep P18)

Dit betekent voor de professionals dat ze het contact zeer zorgvuldig opbouwen. De intensieve begeleidingstrajecten bieden hen de mogelijkheid om veel tijd en aandacht aan de ouderen te besteden. Ze nemen de tijd om de oudere te leren kennen en komen niet meteen met oplossingen of hulpverlenersdoelen. Het opbouwen van een relatie is een proces van zoeken en aftasten: wie is de oudere, welke zaken zijn belangrijk voor hem of haar, hoe is zijn of haar leven verlopen?

Meneer vertelt dat zijn moeder na de oorlog alleen overbleef met zes kinderen. Hij begint te huilen en zegt dat hij nu pas ziet dat zijn moeder het wel erg zwaar heeft gehad. Dat hij dat als kind nooit zo beseft heeft. Dit verhaal komt naar aanleiding van mijn vraag of hij een lieve moeder had. Ik laat hem even huilen en hij begint toch weer verder te praten. Hij vertelt ook wat kwajongensstreken van hemzelf. Ik merk dat hij humor heeft en ik geef hem dat terug. Hij kijkt me verbaasd aan. Ondertussen heeft meneer koffie voor me gezet met een koek erbij. Ik vind dat attent van hem en ook zorgzaam. Als ik wegga zegt meneer verbaasd: je bent hier eigenlijk best lang geweest. Ik zeg dat ik extra tijd heb voor hem en hij zegt dat hij het gezellig vond. (logboek P4, C16)

De gesprekken verlopen vaak anders dan 'reguliere' hulpverleningsgesprekken.

Toen hij opendeed gaf ik aan dat ik buiten muziek hoorde vanuit zijn kamer. Enthousiast liep meneer naar zijn muziekinstallatie en samen hebben we naar verschillende soorten muziek geluisterd. Hij vertelde over de muziek en over de tijd dat hij muziek maakte in hotels en restaurants. Tijdens het vertellen was het net of hij even geen zorgen had, zo ontspannen kan hij dan zijn. (focusgroep P21, C35)

Erkenning van de cliënt betekent ook dat de professional bij hem of haar blijft als er geen doelen worden bereikt, als de problemen niet verminderen of als de cliënt terugvalt in gedrag dat negatief uitwerkt. Hoewel veel professionals het lastig vinden als ze geen vooruitgang zien, blijven ze de ouderen toch bezoeken. Het contact staat voor hen centraal en ze proberen geen doelen te stellen waar de ouderen niet aan toe zijn.

Ik heb een andere rol denk ik, omdat ik niet zozeer iets van haar wil. Die anderen, die van de huishoudelijke hulp, die moeten schoonmaken. Die van de thuisbegeleiding, daar moet ze ook dingen mee, dus iedereen die heeft iets. En ik ga zitten en ik zeg: hoe is het met jou? En dan kan ze daar over vertellen en natuurlijk heb ik ook wel in mijn hoofd, van: nou wat kan er gedaan worden? Ik ben erg blij dat ze met de telefooncirkel mee doet, er is in elk geval elke dag contact. Dat ze niet een paar weken dood in huis ligt. En ja, mijn doelen zijn wat lager, ik denk: zolang ik maar contact met haar kan hebben. (interview P35, C51)

Deze man heeft al zo veel meegemaakt. En ik wil wel op hetzelfde 'level' met hem zitten. Hij is al op leeftijd en om hem dan nu te verplichten om allerlei dingen te doen of zijn huis op te ruimen, dat werkt niet. Dat gaat averechts werken. Want het is zijn leven. En hij beslist daar uiteindelijk over. Dus ik geef hem zo veel mogelijk de tijd en ruimte om daarover na te denken en er zal ongetwijfeld een dag komen dat hij zoiets heeft van: oké, laten we maar iets wegdoen. Dat gaat wel komen. Alleen heeft het heel veel tijd nodig. (interview P6)

Dat neemt niet weg dat de meeste professionals het moeilijk vinden als ze geen concrete resultaten kunnen bereiken.

Ik zou haar het liefst aan de hand meenemen en ergens neerzetten, zo van: zo jongens, hier is mevrouw R., maar zo werkt het niet. Nee. Zij zit in haar situatie, zo is haar leven, ze is zover gekomen doordat haar leven haar leven is geweest, daar kunnen wij niet zoveel aan veranderen. Het enige wat ik probeer is haar tot steun te zijn, een veilige haven voor haar te zijn, waar ze altijd terecht kan. Dat is denk ik het allerbelangrijkste. (interview P34, C50)

Voor professionals betekent dit dat ze permanent moeten afwegen hoever ze kunnen gaan in het stimuleren van de ouderen en wanneer het beter is om terughoudend te zijn.

Soms vind ik het lastig om een evenwicht te vinden tussen inzetten op het contact en confronteren ten aanzien van het probleem. Mevrouw had bijvoorbeeld aangegeven dat zij graag aan de post wilde werken; dat is de kern van haar probleem en hulpvraag. Zij heeft de post echter niet meegebracht; ze heeft geen tijd gehad. Ik vind het moeilijk, maar ik besluit om het contact voorrang te geven. Ik vrees dat mevrouw niet meer zal komen als ik te sterke voorwaarden stel (ook gezien haar ervaring met hulpverlening in het verleden). Bij pushen of als ik te dicht op haar leefwereld kom, verbreekt ze het contact. Ik benoem het wel naar haar toe en ik blijf in de gaten houden of ik wel vooruitgang zie. Het enige wat ik kan doen is afwachten en werken aan het vertrouwen. (interview P15, C26)

Hoewel de professionals veel geduld oefenen, wil dat niet zeggen dat ze de hoop op concrete interventies hebben opgegeven. De meesten blijven trouw bij de ouderen komen en hopen dat zich uiteindelijk toch een mogelijkheid voordoet om een stap vooruit te zetten.

Ik bezoek meneer nu ongeveer vier jaar en ik heb een goede band met hem opgebouwd. Ik kom langs en drink thee met hem, bespreek met hem hoe het gaat en af en toe probeer ik iets aan te dragen om wat te gaan doen. Dit is erg moeizaam. Hij heeft allerlei argumenten waarom hij iets niet wil of niet nodig vindt. Ik accepteer dat van hem. Ik probeer nu aansluiting te vinden in een interventie bij iets wat hij graag doet. Hij leest erg graag en ik breng regelmatig tweedehands boeken voor hem mee. Nu wil ik een keer met hem naar de bibliotheek gaan en kijken of het mogelijk is een vrijwilliger te vinden die dit wil gaan doen. (logboek P4, C9)

7.2.2 Ervaringen van de ouderen

De professionals zien de persoonlijke begeleidingstrajecten als een kans om veel persoonlijke aandacht aan de ouderen te geven. Voor de ouderen is de erkenning van de professional als unieke persoon cruciaal. Ze willen zich 'gezien' voelen door de professional en het gevoel hebben dat deze oprechte belangstelling voor hen heeft. De meeste ouderen in het onderzoek zijn heel tevreden over de professional die hen begeleidt omdat die precies aanvoelt wat zij nodig hebben.

Zij is heel belangrijk. Ik weet niet hoe dat komt, het was vanaf de eerste dag, dat ze hier kwam. Ze is iemand, die kan gewoon goed luisteren en goed kijken wie ze voor zich heeft. En ook goed reageren op iemand. Zij is het lichtpuntje in mijn leven, de rots in de branding. Als zij iets met me afspreekt of iets zegt, dan doet zij het ook. Daar hoef ik nooit aan te twijfelen. (interview C7)

Zij is precies het type wat bij me aansluit. Dat klikte gelijk. Als zij een type was geweest dat mij niet had gelegen, dan had dat zich niet zo ontwikkeld. Daar zit ik niet op te wachten, integendeel. Dat was één keer geweest en daarna nooit meer. Daar ben ik heel selectief in. Ik wil niet met kromme tenen zitten met iemand waarvan ik verwacht dat hij me helpt. (interview C39)

De ouderen willen het gevoel hebben dat de professionals bezorgd zijn en met hen meelevend. Ze vinden het fijn als de professionals de situatie serieus nemen en zonder oordeel te werk gaan.

Het contact met haar is prettig. Ze is erg bezorgd voor me. Ze is sociaal voelend. (interview C1)

Zij is iemand die mij niet het gevoel geeft incapabel te zijn. En dat is heel belangrijk. Voor mij in ieder geval. En ik denk voor meer mensen. (interview C17)

Ze willen zich geen nummer voelen en als de 'zoveelste klant' worden behandeld. Belangrijk is dat de professional hen ziet als persoon, met specifieke kenmerken en eigenaardigheden.

Ze moeten kijken wat voor leven je geleid hebt. Je kan toch niet zeggen: iedereen moet A, B of C doen. Ik wil bepaalde dingen gewoon niet, want die passen niet bij mij. (interview C7)

Voor compenseerders en buitenstaanders is de kwaliteit van het contact in dit opzicht nog belangrijker dan voor de hoopvollen en overlevers. Zij hebben hun problemen immers altijd zelf opgelost en zitten eigenlijk niet op hulp te wachten. Hun grootste angst is de regie over hun leven te verliezen.

Ik ben altijd een beetje beducht voor haar bemoeizucht. Haar beroepsmatige bemoeizucht. Zij kan zich moeilijk verzoenen met het feit dat ik buiten het model ben en dat ik eigenlijk het beste maar met rust gelaten kan worden. Ze willen je allemaal een beetje inpalmen en inlijven. Ze willen je allemaal in een soort korset, een mal dwingen. Daar doen ze pogingen toe. En daar voel ik helemaal niks voor. (interview C8)

Enkele geïnterviewde ouderen zijn niet tevreden over de hulpverlener die hen begeleidt omdat ze zich niet erkend voelen. Ze vinden dat de professional te veel vanuit het boekje werkt en te weinig aandacht heeft voor hun echte behoeften en

verlangens. Zo vindt de vrouw uit het volgende citaat dat de professional er onte-recht van uit gaat dat zij in een sociaal isolement leeft, terwijl ze niet open staat voor de problemen waar ze wel mee zit.

Toen ze zei dat ze bij mensen in een sociaal isolement kwam, zei ik: ik kom niet in een sociaal isolement, ik heb amusement genoeg. Maar goed, ze is hier nou een keer of vijf, zes geweest. En iedere keer weer zeg ik: ik zit niet in een isolement. Ik ken nog een paar mensen, en ik ga lopen en ik ga naar de bibliotheek. Ik verveel me niet'. Dat zei ik aldoor tegen haar. Ik verveel mij niet, zei ik. Wat ik zoek is gewoon één iemand, die ik kan vertrouwen en die mijn vriendin kan zijn, maar ja, daar had zij niet eens oren naar. Dan denk ik: ja, maar mens, waarom spreek je dan iedere keer weer af. Wat wil je dan? Ze kan mij niet helpen, zegt ze. Nou, wat heeft het dan voor zin? (interview C13)

7.3 Emotionele nabijheid

De tweede dimensie die van belang is voor de kwaliteit van de relatie is de emotionele nabijheid die ouderen ervaren in het contact met de hulpverlener. In hoofdstuk 6 werd duidelijk dat de emotionele steun voor veel ouderen het belangrijkste resultaat van de interventie is. Alle geïnterviewde ouderen geven aan dat persoonlijke aandacht van de hulpverlener voor hen cruciaal is. Als ze merken dat de professional oprechte belangstelling voor hen heeft, zijn ze bereid om hun kwetsbaarheid te tonen en mee te denken over mogelijkheden om de situatie te verbeteren. Wat betekent dit voor de professionals? Hoe zien zij de relatie met deze ouderen? Is het voor hen vooral een zakelijke aangelegenheid, of voelen ze zich ook persoonlijk en emotioneel bij de ouderen betrokken? Waar liggen voor hen de grenzen?

7.3.1 Ervaringen van de professionals

De professionals in het onderzoek zien de relatie met de cliënt als een zakelijke relatie, die ze vanuit hun werk onderhouden. Toch voelen de meesten zich emotioneel betrokken bij hun cliënten. Ze geven aan dat deze betrokkenheid nodig is om echt contact te krijgen met sociaal geïsoleerde ouderen. De doelgroep van de persoonlijke begeleidingstrajecten verschilt in dat opzicht van de reguliere cliënten. Het gaat om mensen die niemand anders hebben om op terug te vallen en vaak ook niet gemakkelijk hulp van anderen toelaten. Dit heeft gevolgen voor de hulpverlening.

In de PIT-trajecten hebben we klanten waar we eigenlijk veel emotioneler induiken, of veel meer mee doen dan we gewend zijn vanuit de reguliere hulpverlening. Dat heeft te maken met het feit dat je de tijd krijgt om dat te

doen. Omdat je er meer tijd in kan stoppen, kom je veel dichterbij. Je maakt dingen mee waar je normaal niet bij bent. En je kan feitelijk dingen doen, niet alleen afspreken of regelen. Wij mogen vanuit onze hulpverlenersrol heel ver gaan. In het algemeen maatschappelijk werk heb je gesprekken van een uur. Dan schrijf je wat op en dan komt iemand terug en vertelt: ik heb dit en dit gedaan. Nu heb je een veel langer traject om te kijken of je iemand in beweging kan krijgen om iets te doen, of uit te vogelen of hij iets zou willen. Hier is de kunst om binnen te mogen komen en iets te mogen doen en dan ga je eigenlijk veel verder dan normaal. (focusgroep 2)

Als de begeleidingstrajecten langer duren, merken de professionals dat hun houding naar de ouderen toe verandert. Ze leren hun situatie en omstandigheden beter kennen, krijgen meer begrip voor de achtergronden van hun gedrag en geleidelijk ontstaat een persoonlijker contact.

Nu ik er langer kom, worden de gesprekken iets meer wederzijds en ik merk dat ik meneer nu minder als 'energie-nemend' ervaar. Door de extra tijd en aandacht heb ik gemerkt dat er ook een andere kant aan meneer is, dan de klagende meneer die alleen over zijn lichamelijke toestand kan praten. Dat maakt het contact beter en breder. Hij zorgt nu voor koffie en een koekje als ik kom, dat was eerst niet. We praten steeds vaker over zaken die ons allebei interesseren, zoals muziek. Dit geeft mij ook energie en dit 'delen' we met elkaar. En hij vroeg of ik mijn werk met plezier deed, want hij zag dat aan me, zei hij. Ik merk dat ik het leuk vind dat hij daar interesse voor toont en ik vertel hem daar dan ook over. (logboek P4, C16)

De meeste professionals hebben er geen moeite mee om het contact een persoonlijk tintje te geven. Als ze merken dat dit voor de oudere erg belangrijk is, gaan ze daar graag in mee.

Meneer vraagt of ik voor het eerste deel van het gesprek op de bank in de woonkamer plaats wil nemen. Hier drinken we koffie en spreken we de afgelopen twee weken door. Voor het tweede deel van het gesprek nemen we aan de tafel in de achterkamer plaats. Nu gaan we 'aan het werk'. (logboek P15, C28)

Naarmate het contact persoonlijker is, lukt het ook beter om lastige onderwerpen ter sprake te brengen. Als het onderlinge vertrouwen groter is, kan de professional kritischer zijn naar de oudere; die heeft inmiddels ervaren dat de professionals het goed met hem of haar meent.

Ik kom nu al twee jaar bij haar. Dat is al lang. Je hebt een band opgebouwd, Je kent elkaar en ik zeg ook wel eens: ik ga nu iets lelijks zeggen. Dan zegt ze: jij mag alles zeggen. Ik kan haar af en toe echt wel zeggen van: wat je nou doet, dat gaat niet goed. Dat moet je niet zo doen hoor, want dan ga je daar last van krijgen. In het begin had ik dat nooit kunnen doen.

(interview 29, C40)

Bij ouderen die weinig grenzen kennen, kan het afbakenen van de tijd een dilemma zijn voor de professionals. Vaak aarzelen ze om het gedrag van de ouderen bespreekbaar te maken. De angst om het zo zorgvuldig opgebouwde contact te schaden is te groot.

Deze vrouw vindt het heel erg prettig om gewoon over haar leven te vertellen. In het begin niet hoor, maar nu kom ik er gewoon niet meer tussen.

Nu kom ik gewoon niet meer weg. Ze probeert me zo lang mogelijk vast te houden als ik er ben. Maar dat is geen gespreksonderwerp, hoor. Nee, als ik dat doe, dan sta ik volgens mij zo buiten. Maar ik zeg wel tegen haar op een gegeven moment dat ik ook nog andere klanten heb, dat ik een volgende afspraak heb, dus dan moet ik gewoon weg. Maar nu heeft ze een nieuwe tactiek. Normaal zette ze thee als ik binnenkwam, maar nu doet ze dat vlak voordat ik wegga... dus ik zei de laatste keer: ik heb nu geen tijd meer voor thee. En dat vond ik echt heel ingewikkeld, heel moeilijk om te doen.

(interview P1)

Sommige professionals stellen zichzelf vragen over de grenzen van hun inzet. In de reguliere hulpverlening is het niet gebruikelijk om zoveel tijd en aandacht aan een specifieke cliënt te geven en de geïnterviewde professionals vragen zich regelmatig af hoe ver ze in het contact met de sociaal geïsoleerde ouderen kunnen gaan. Ze hebben behoefte om de tijd die ze investeren naar zichzelf en naar hun organisatie te legitimeren, en te motiveren waarom ze aan bepaalde wensen van de ouderen tegemoet willen komen. Soms is dat een lastige afweging.

Soms moet ik even met mijzelf in het reine komen. Hoe ga ik er als werker mee om wanneer ik samen met een cliënt een wandeling buiten maak, een cd ga beluisteren, help bij het kopen van vloerbedekking, of de vloerbedekking help leggen? Ik noem maar even wat. (focusgroep P21)

Ook worden de professionals regelmatig geconfronteerd met vragen van de ouderen die ze niet direct in lijn met de hulpverlening vinden. In die situaties overleggen ze met collega's en zoeken ze naar oplossingen waar ze achter kunnen staan.

Meneer vertelde dat hij heel veel aan mijn hulp had en dat hij had bedacht dat hij iets terug wilde doen. Hij wilde mij mee uit eten nemen. Ik voelde mij een beetje overvallen en zei dat ik van mijn werkgever niet 's avonds met mijn klant mag afspreken. Toen zei hij: dan doen we het overdag, waarop ik antwoordde dat dat ook niet kan. Meneer zei dat hij het begreep maar dat ik er vooral niets achter moet denken. Dat is zijn bedoeling niet. We hebben na zijn vraag nog zeker drie kwartier gesproken. Het heeft verder geen invloed gehad op ons gesprek en er ontstond geen ongemakkelijke situatie. Na het gesprek ben ik er opnieuw over na gaan denken en ik ben tot de voor mij bevredigende oplossing gekomen, nadat ik het heb getoetst bij mijn collega's, dat ik er tijdens mijn volgende afspraak met meneer op terugkom. Het samen eten, lunchen, gaan we doen ter afsluiting van het PIT-traject. Op deze manier heeft het eten een duidelijke functie.
(logboek P21, C35)

Het gebeurt ook dat de professional gaat twijfelen of de persoonlijke betrokkenheid bij de cliënt het hulpverleningsproces niet juist in de weg staat.

Toen ik kwam stond meneer al voor de deur. We zijn meteen koffie gaan drinken in de stad. Na de koffie zijn we weer op het bankje gaan zitten in de Kipstraat. Ik vroeg aan meneer of hij geen behoefte had aan een vriendin, alleen voor de gezelligheid. Toen antwoordde hij: ik heb jou toch, jij bent toch mijn vriendin. En of het nou een grapje was dat weet ik niet zeker, maar meneer zei: misschien word ik wel verliefd op jou. Ik vertelde hem dat ik al een vriend heb. Toen antwoordde meneer: je weet maar nooit.
(logboek P8, C11)

Toch realiseren de ouderen zich volgens de professionals goed dat de relatie in de eerste plaats professioneel of zakelijk is. Dat doet voor de ouderen echter niets af aan het belang ervan omdat het voor hen meestal de enige vertrouwensrelatie is die ze hebben.

Ik denk dat ze weet dat het een zakelijke relatie is, maar dat ze hem wel als heel persoonlijk ervaart, dus dat ze wel zoiets heeft van, door dat vertrouwen dat je hebt, dat ze zichzelf kan zijn. Maar ik ben er ook echt alleen voor haar dan. Maar het is niet zo dat ze dan naar de buitenwereld zoiets heeft van, ik heb daar contact mee, helemaal niet. (interview P34, C50)

Een paar professionals proberen bewust zakelijk te blijven en afstand te houden tot hun cliënten. Ze benaderen de ouderen in de persoonlijke begeleidingstrajecten

hetzelfde als cliënten in de 'reguliere' hulpverlening en stellen voor zichzelf duidelijke grenzen in het contact.

Tijdens het gesprek vroeg mevrouw, verwijzend naar mijn kaartje op de schoorsteen, of dat het telefoonnummer van mijn eigen huis was. Deze vraag maakt me duidelijk wat ik al eerder voor gevoel had bij mevrouw: oppassen met privégegevens, attent zijn op te hoge/verkeerde verwachtingen van mevrouw over haar relatie met mij. Heb haar gezegd dat wij ons privénummer van onze baas niet mogen geven. Mevrouw knikte dat ze dat begreep. Het lijkt me verstandig zeer alert te zijn en niet in de valkuil te trappen te vertrouwelijk te worden. Mevrouw had al eens een opmerking gemaakt dat ze mij in de auto had gezien met iemand anders samen: u heeft toch een rode auto? Voortaan mijn auto maar aan de zijkant van haar woonblok parkeren. Ik moet voorkomen dat mevrouw ook naar mij claimend gedrag gaat vertonen: strikte afspraken, auto niet in het zicht parkeren, geen privételefoonnummer geven. (logboek P17, C29)

Volgens de professionals doen ze dit alleen als eerdere ervaringen in het contact met een bepaalde cliënt daar aanleiding toe geven. Ze vertrouwen op hun intuïtie en stemmen hun gedrag daarop af.

Als iemand een theaterstukje opvoert, dan wacht ik gewoon tot het klaar is. Maar bij mensen waarbij je ziet: dit is echt verdriet... dan blijf ik wel wat langer zitten, tot iemand weer een beetje gekalmeerd is. Dan hebben we het daar ook over, zo van: gaat het nou weer een beetje, kan ik gewoon weggaan? Dat is echt anders. Maar bij anderen heb ik daar niet zoveel moeite mee. En dan ben ik echt niet zo aardig hoor. (interview P1)

Het komt ook voor dat het professionals niet lukt om een relatie met een specifieke cliënt tot stand te brengen. Dat is bijvoorbeeld het geval bij overlevers die de toenaaderingen van de professionals op geen enkele wijze beantwoorden, de professional uitdagen of provoceren en de relatie op de proef blijven stellen.

We hadden afgesproken tijdens het vaste koffie-uurtje van meneer. Hij heeft echter alleen koffie voor zichzelf gezet. Hij drinkt dit op aan een klein tafeltje in de keuken. Hij heeft speculaasjes en zegt: het zijn er nog maar drie dus je krijgt er geen een. Ik ben geschrokken van het feit dat meneer besloten heeft geen koffie voor me te zetten en dat ik ook geen speculaasje kreeg. In de afgelopen tijd dacht ik te zien dat meneer op zoek was naar wederkerigheid in het contact. Ik denk echter niet dat hij hiertoe in staat is. Hij vindt het leuk als

ik kom, hij kan zijn verhaal kwijt. Van wederkerigheid lijkt echter geen sprake. Hij vindt het absoluut niet problematisch om drie speculaasjes te eten zonder er mij een aan te bieden. Het gaat daarbij natuurlijk niet om de speculaasjes op zich. Het geeft meer aan dat de sociale vaardigheden/decorum in contact en schaamte in zeer geringe mate aanwezig lijken te zijn. Dit is een belangrijk punt waar het gaat over de rol van mijn begeleiding. (logboek P15, C25)

7.3.2 Ervaringen van de ouderen

Professionals zijn voortdurend op zoek naar een goed evenwicht tussen persoonlijke nabijheid en professionele afstand. Voor de sociaal geïsoleerde ouderen is het contact met de professional vaak het enige contact dat ze hebben. Zij zijn op de professional aangewezen en hun bereidheid om zich te laten kennen en hulp te aanvaarden hangt af van de kwaliteit van het contact met de professional. Hoe ervaren de geïnterviewde ouderen de nabijheid van de professionals en welke invloed heeft dat volgens hen op het hulpverleningsproces?

De meeste geïnterviewde ouderen zijn zeer tevreden over de aandacht en de betrokkenheid van de begeleidende professional. Ze hebben het gevoel dat ze een aanspreekpunt en een vangnet hebben waardoor ze meer rust en veiligheid ervaren en hun situatie beter kunnen volhouden. Ze voelen zich gesteund bij zaken die ze lastig vinden. Dat heeft volgens hen vooral te maken met het feit dat de professional echte interesse toont, respect voor hen heeft en probeert zich in hun situatie te verplaatsen. Ze worden niet gedwongen om dingen te doen die ze eigenlijk niet willen en hebben het vertrouwen dat ze in alle openheid over hun problemen kunnen praten.

Het contact is heel goed. Daarom is het voor mij geen enkel probleem om met haar die openheid te delen, zodat zij zich een beeld kan vormen. Zolang je dat niet doet, kom je nooit tot resultaten. Dat is mijn idee van al die gesprekken. Ik heb niks te verbergen, waarom zou ik het ook niet allemaal vertellen? Dat contact is juist zo goed. Als dat contact niet goed is, dan moet je maar om iemand anders vragen, of met het project stoppen, want dan wordt het niks. (interview C28)

Ik hoef niet een zelfverzekerd figuur uit te gaan hangen tegenover haar, want dan ben ik ook niet meer geloofwaardig. (interview 8)

Ook als resultaten uitblijven, putten ze kracht uit de relatie met de professional. Het geeft hen de moed om door te gaan omdat ze het gevoel hebben er niet alleen voor te staan. Toch voelen ze ook dat de relatie beperkingen kent en dat de professional een zekere afstand bewaart.

Zij is echt alles voor mij, ik vind haar hartstikke lief. Ik ben zelfs van haar gaan houden. En dat mag ook weer niet natuurlijk. Dat heb ik haar nooit gezegd. Dat kan ik haar niet zeggen. Ik snap wel dat ze mij een beetje op afstand houdt, want als ik straks ergens anders ga wonen, in Crooswijk of in Kralingen, dat is haar rayon niet. Dat begrijp ik wel, ja... dus die boot houdt zij een beetje af. (interview C7)

Enkele ouderen geven nadrukkelijk aan dat ze zich weliswaar realiseren dat de professional beroepsmatig bij hen komt, maar dat de professional hen toch het gevoel weet te geven dat ze er als persoon toe doen.

Ze heeft zoveel gedaan, zoveel dat ik het niet eens zo op kan noemen. Vorige keer kwam ze hier met vijftig euro. Zo van: ik dacht dat je wel een extraatje kon gebruiken. Dat kwam uit een potje dat ze hadden. Ik had er niet om gevraagd. Ik vond het zo... Ja, natuurlijk kon ik het gebruiken. Maar dan denk ik: hoe kom je erbij om dat te doen? Het feit dat zij dan zo'n gebaar maakt. Dat breekt mijn hart gewoon. Daar is toch over nagedacht of zo, over mij. En zo zijn er meer dingen... niet alleen met geld, maar ook met andere dingen waar ik nog nooit aan gedacht heb. Met haar ben ik echt met mijn neusje in de boter gevallen, kan ik wel zeggen. Het contact met haar, dat stelt mij zo gerust. In hart en nieren is zij met haar baan bezig. Ja, en ik heb ook wel eens gezegd dat ik haar gemist had. Want ze was een paar weken niet geweest. En toen zei zij: waarom heb je dan niet gebeld? Ik had geen probleem. Ze zegt: dan kom ik toch voor een borreltje. Ik had geen probleem. Ja, ik denk: die heeft het hartstikke druk. Die ga ik een beetje lastigvallen om een borreltje. (interview C17)

Een goede relatie waarin ze emotionele steun ervaren, is voor de ouderen een voorwaarde om zich open te stellen voor hulp. Juist door die relatie zijn ze ook bereid om kritische opmerkingen van de professional te accepteren.

Het is echt niet zo dat ze het overal mee eens is. je krijgt ook tegengas en dat is goed. (interview C2)

Enkele ouderen hebben het gevoel dat de professional die hen begeleidt hun relatie louter zakelijk opvat. Hoewel ze de hulp van deze professionals zeer waarderen, voelen de ouderen dat ze met de professional geen echte vertrouwelijke relatie of een diepere band hebben.

Haar belangstelling is altijd puur zakelijk in de zin van exacte gegevens enzovoorts. Maar niet vertrouwelijk omgaan of zoiets dergelijks. (interview C18).

Nee, het zijn niet echt diepgaande gesprekken. Het gaat een beetje over de dagelijkse gang van zaken. En je kunt natuurlijk wel de moeilijkheden met haar bespreken, maar het ligt toch anders. Ik bedoel: echt zo'n diepe band, die is er niet. (interview C51)

Dat zakelijke leiden ze ook af uit de mate waarin de professionals bereid zijn om zaken over hun eigen leven te delen. De ouderen vinden het jammer als hun begeleider weinig over zichzelf loslaat en meer op afstand blijft.

Zij praat nooit over haarzelf, nooit. Dat hoeft ook niet, maar ik bedoel maar, dat zou toch ook wel eens leuk zijn. (interview C13)

Het is een aardige meid, maar ze is zuinig met de informatie over zichzelf, over haar privéleven. Dat hebben ze geleerd, denk ik. Dat vind ik wel eens jammer. (interview C8)

7.4 Afgestemd besluiten

Een laatste dimensie betreft de wijze waarop besluiten over de hulpverlening worden genomen en de mate waarin de hulpverlener de keuzes daarin afstemt met de cliënt. In hoeverre proberen de professionals te werken vanuit het perspectief van de ouderen en hoe gaan ze om met wensen van de ouderen die niet passen in hun eigen referentiekader? Hoe voorkomen ze dat de oudere gaat meebewegen met hun wensen zonder dat het voor hen iets oplevert?

7.4.1 Ervaringen van de professionals

De persoonlijke begeleidingsprocessen bieden de professionals veel ruimte om aan de relatie met de cliënt te werken en niet te snel met oplossingen en plannen te komen. Ze hebben tijd om de cliënt eerst goed te leren kennen en helder te krijgen hoe ze het beste kunnen aansluiten bij diens wensen en mogelijkheden. Toch treffen ze vaak situaties aan die vanuit het oogpunt van de professionals direct ingrijpen vereisen; het gaat dan bijvoorbeeld om het oplossen van schulden, het schoonmaken van een woning, het regelen van passende zorg, of het aanvragen van voorzieningen. Hun motivaties en overwegingen stroken echter niet altijd met de wensen en ambities van de ouderen.

Bij compenseerders en buitenstaanders is het afstemmen van alle acties cruciaal voor de relatie. Als deze ouderen bij de hulpverlening komen, is er meestal iets aan de

hand dat snel ingrijpen nodig maakt. Als de meest urgente problemen zijn opgelost, houden ze verdere professionele bemoeienis af. De professionals vinden dat moeilijk te accepteren, maar ze weten dat aandringen bij deze ouderen niet werkt.

Ik kan geen doelen voor meneer stellen die vanuit mezelf komen. Het moet echt vanuit hem komen. Ik heb van alles geprobeerd. Het is zijn leven en hij beslist daar uiteindelijk over. En als hij onverhoopt ineens dood zou gaan of niet meer wakker zou worden 's morgens, dan kan het even duren voordat hij gevonden wordt. En dat weet hij. Dat heb ik ook vaak benoemd naar hem. (interview P6, C8)

Bij hoopvollen en overlevers doet zich vaak een ander probleem voor. Zij hebben hoge verwachtingen van de begeleiding, maar zijn tegelijkertijd moeilijk in beweging te krijgen. De meesten zijn geneigd om alle oplossingen die de professional aandraagt af te wijzen; omdat ze er niet aan toe zijn of het gewoonweg niet aandurven. Anderen zijn niet duidelijk over hun wensen omdat ze het contact met de professionals niet in de waagschaal willen stellen. Ze hechten veel waarde aan de goedkeuring van de professionals en dat stelt de laatsten soms voor lastige dilemma's.

Meneer vroeg vandaag 'wat het mij doet' als hij besluit de gele brief aan SoZaWe terug te sturen en zelf voor zijn inkomen gaat zorgen. Doen natuurlijk!, had ik moeten zeggen. Maar ik zeg: het is toch niet belangrijk wat ik ervan vind, alleen wat je er zelf van vindt? Ik kon mijn tong wel afbijten. Hij is al zo vreselijk zelfstandig bezig en hij zoekt steun voor zijn nieuw bedachte acties. (P21, C34)

Ook merken de professionals dat ouderen vaak afhaken als ze mogelijke oplossingen aandragen. Het betekent dat ze bij deze ouderen – meer dan bij de andere typen – er voortdurend alert op moeten zijn of de plannen acties die ze voorstellen werkelijk aansluiten bij hun wensen en behoeften. Dat is het lastigste bij ouderen die zelf niet goed weten waar hun behoeften liggen.

Als ik voorstelde om naar een activiteit te gaan, leek het wel of ze het voor mij deed, ondanks mijn toelichting, dat het om haar eenzaamheid ging. Ik benadruk steeds dat ze niet moet doen wat ik voorstel, maar zelf moet aangeven wat ze leuk vindt. Als ze spelletjes niet leuk vindt, moeten we daar beslist niet voor kiezen. (logboek P17, C29)

Het belangrijkste voor de professionals is dat ze het tempo van de ouderen volgen en het zorgvuldig opgebouwde vertrouwen niet schaden. Ze zoeken een werkbaar

evenwicht tussen het stimuleren van de ouderen enerzijds en het verstevigen van de relatie anderzijds.

Tijdens de koffie bleek weer hoe negatief meneer kan zijn en ik heb laten merken dat ik het niet prettig vind om zo'n gesprek met hem te hebben. Ik besef dat zo'n gesprek echt aankomt bij hem. En ik hoop dan ook dat dit niet ten koste gaat van het vertrouwen en veiligheid bieden. Dat hij zich niet afgewezen gaat voelen, minderwaardig gaat voelen en dergelijke. Dit zal ik moeten afwachten. (logboek P21, C34)

Meneer toont weinig fut om er op uit te trekken. Hij komt eigenlijk niet meer buiten en geeft aan steeds meer moe te worden. Ik probeer hem uit te leggen dat hij in een cirkeltje terechtkomt; niet meer naar buiten toe, steeds vaker moe worden en daarom niet naar buiten toe, enzovoort. Het gaat hem soms irriteren als ik hem hier op aanspreek, maar ik blijf het wel doen. Ik merk dat ik dat kan doen door de band die ik met hem heb opgebouwd. (logboek P4, C9)

Het komt regelmatig voor dat de ouderen het niet eens zijn met de voorstellen of acties van professionals. Ook merken de professionals op dat de ouderen soms onrealistische verwachtingen hebben en weinig begripvol zijn als bepaalde dingen die ze graag willen, niet blijken te kunnen of als de professional niet in hun denken meegaat.

Meneer gaf aan dat hij 'ziedend' op me was omdat ik een aanvraag bij SoZaWe had gedaan voor de vergoeding van kosten bij Zilveren Kruis. Ik heb geprobeerd uit te leggen waarom ik dat had gedaan, maar meneer was het er niet mee eens. Ik heb gezegd dat ik het niet weer voor hem zou aanvragen. (logboek P4, C16)

Ik kreeg van haar te horen dat ze van mij eigenlijk alleen maar verwacht dat ik naar haar luister en instem met alles wat zij zegt. Ze heeft mijn bezorgde reactie naar haar toe opgevat als inmenging in haar privéleven waar ze niet van gediend is. (logboek P8, C13)

In een enkel geval besluit de professional niet langer te overleggen met de cliënt en de regie over te nemen, bijvoorbeeld als iemands gezondheid sterk achteruitgaat. Dat levert voor de professionals zelf wel veel vragen op. Ze vragen zich af wat ze binnen de gegeven relatie wel en niet kunnen doen, wat de bemoeienis uiteindelijk oplevert voor de oudere zelf en waar de grenzen van hun professionele verantwoordelijkheid liggen.

Op een gegeven moment, als je ziet dat iemand achteruit gaat, dan ga je iets opleggen. En als je iemand al langer kent, dan kan die meer van je accepteren. Maar op een gegeven moment denk je: dit kan ik niet meer maken, dit gaat te ver. Dan krijg je het gevoel dat je over iemands grenzen heen gaat. Als iemand in zo'n volkomen eigen kleine wereld leeft, en als je daar veranderingen in gaat aanbrengen, gaat bijsturen. Dat gaat te ver. (focusgroep, P12)

7.3.3 Ervaringen van de ouderen

De ouderen vinden het vervelend als professionals met oplossingen komen die hen niet aanspreken, of die niet aansluiten bij hun behoeften en wensen. Vooral voor compenseerders en buitenstaanders is het cruciaal dat de hulp beperkt blijft tot hun belangrijkste behoeften.

Ik moet niet een figuur hebben die iedere maandagmiddag even komt kijken of het wel goed met me gaat. Daar houd ik niet van. Ik ben een loner. Dat ben ik nou eenmaal. Ik kan uitstekend met iedereen opschieten, maar als het effe kan: deur dicht en gordijnen dicht, en wegwezen. (interview C52)

Hun behoefte zelf de regie te voeren strekt zich uit tot het hulpverleningsproces. De hulp moet goed gedoseerd zijn en bij hun behoeften passen. Van de professional verwachten ze dat die geen oplossingen aandraagt voor zaken die ze zelf niet als probleem ervaren. Alleen wat ze zelf belangrijk vinden, kan worden aangepakt, in hun eigen tempo.

Het is niet zo dat ze met allerlei dingen moet aankomen van: het moet nu. Daar heb ik niks aan. Ik weet zelf ook wel wat er verkeerd is. Alleen het aanpakken, dat is een ander verhaal. En ze moet ook niet bemoederen. (interview C39)

Zij wilde voor mij contacten leggen met die bejaardenhuizen. Moet je luisteren, daar ben ik geen type voor, ik moet niet ergens aan gebonden zijn, ik moet mijn eigen leven kunnen leiden. Ik moet kunnen doen waar ik zin in heb. Ik wil weg kunnen als ik wil en niet horen: je moet zo laat thuis zijn. Ik moet geen dwang hebben. Ik ben mans genoeg om dat te kunnen doen. Ik loop heus niet in zeven sloten tegelijk. (interview C5)

Hoopvollen en overlevers zijn zo mogelijk nog afhoudender. Zij staan wel open voor hulp, maar kunnen hun problemen vaak minder goed duidelijk maken. Ook weten ze zelf niet altijd op welke terreinen veranderingen gewenst en mogelijk zijn. Daarom verwachten ze dat de professional vooral luistert en samen met hen

probeert te achterhalen wat wel en niet belangrijk is. Ze willen niet gedwongen worden om stappen te zetten die ze (nog) niet durven, kunnen of willen nemen.

Ze luistert naar me. Als ik nerveus ben, begin ik te ratelen. En zij pikt er precies de dingen uit waar het echt om gaat. Ze laat me maar gaan. En als ik uitgerateld ben, komt ze met een paar stappen aanzetten. Dan heeft ze precies het goede eruit gepikt. In tegenstelling tot al die andere hulpverleners die steeds precies deden wat ik niet wou. (interview C17)

Voor sommige cliënten brengt een goede relatie met de professional ook problemen met zich mee. Om het contact te behouden, willen ze graag tegemoet komen aan de wensen van de hulpverlener en meewerken aan de oplossingen die zij aandragen. Ze vinden het lastig om hun eigen behoeften en wensen in het oog te houden en stemmen in om de professional een plezier te doen en deze te vriend te houden.

Als ik bijvoorbeeld met haar naar buiten ga, dan zegt ze: je moet het niet doen om mij een plezier te doen. Dus de vorige keer voelde ik me niet lekker en toen hebben we hier binnen gezeten, maar toen kreeg ik dus te horen: dat is eigenlijk niet de bedoeling van mijn werk. En dan zitten die twee dingen tegen elkaar in. Want je moet niet naar buiten gaan om haar een plezier te doen, maar als je dan niet gaat dan krijg je dus de opmerking: het is niet de bedoeling van mijn werk. Ja, maar waar doe je dan goed aan? Dan wil je haar de volgende keer niet teleurstellen. Dan ga je wel naar buiten om aan haar verwachtingen te voldoen. Want als je eerlijk bent en zegt: ik ga vandaag niet naar buiten, dan krijg je dus de andere kant van de medaille te horen. Ze kijken dus vanuit hun vakgebied en met wat ze weten proberen ze te verklaren wat er aan de hand is. Zij heeft een bepaald vakgebied en daarop moet ze aansluiten. En dat bedoel ik dus met iemand die veel geduld heeft, dat je daar eerlijk over kan zijn. Want ik weet ook wel dat ik naar buiten moet en dat ik moet bewegen en dat dat gewoon beter is voor mijn gezondheid. Maar dat lukt gewoon niet altijd. (interview C51)

Als ze dat nou echt zouden willen, als ze daarop zou staan, dat ze iedere week, ik zeg maar wat, dat er iemand op woensdagmorgen om elf uur belt, nou, oké, als zij dat dan wil, als ik haar daar een plezier mee doe... Zij doet heel veel voor mij, dus waarom zou je niet iets terugdoen, hè? Dan zou ik dat voor haar doen. (interview C52)

Enkele geïnterviewde ouderen hebben het gevoel dat de professional die hen begeleidt, hen niet begrijpt. Ze komen met oplossingen die ze zelf belangrijk vinden,

vanuit een professioneel oogpunt, maar die niet bij de behoeften van de ouderen aansluiten, of in hun ogen niet realistisch of haalbaar zijn.

Ze kijken dus vanuit hun vakgebied en met wat ze weten proberen ze dus te verklaren wat er aan de hand is. (interview C51)

Ze rekenen altijd maar op mijn kinderen, ik zeg: Ik heb geen kinderen! Ik had er drie, maar ik heb er geen één meer. Mijn middelste zoon heb ik achttien jaar niet gezien, dus die ken ik niet. Maar dat wordt maar steeds gezegd: uw kinderen kunnen toch wat doen. Dat is het enige wat ze weet te zeggen. (interview C1)

Ook zijn ze het niet altijd eens met de visie van de professional dat bepaalde oplossingen nodig of wenselijk zijn. Soms voelen ze zich niet serieus genomen omdat de professional bepaalde acties afraadt.

Zij zegt dat ik voorzichtig moet zijn als ik met die man in zee ga, maar het is een hele keurige man. Maar dan doet ze net alsof ik aan het dementeren ben. Zou je dit en dat en zus en zo. En dan voel ik me niet serieus genomen. (interview C13)

7.5 Exclusiviteit van de relatie

De persoonlijke begeleidingstrajecten zijn gericht op ouderen met complexe problematiek die niet over een ondersteunend netwerk beschikken en al vele jaren in een sociaal isolement leven. De doelgroep wordt gekenmerkt door wantrouwen naar anderen, een sterke neiging om hulp af te wijzen, overlevingsstrategieën die vele jaren hun werk hebben gedaan en routines die vaak averechts uitwerken en hun isolement versterken. Al deze zaken maken dat normale hulpverlening pas mogelijk is nadat in de relatie is geïnvesteerd. Het krijgen van toegang, het winnen van vertrouwen en het opbouwen van een relatie staan daarbij centraal. Alle professionals in het onderzoek realiseren zich dat het opbouwen van een relatie met deze kwetsbare ouderen cruciaal is om daadwerkelijk iets aan hun situatie te veranderen, of om de situatie stabiel te houden. De relatie staat centraal; de emotionele of praktische ondersteuning maakt adequate hulp mogelijk en voorkomt verder afglijden van cliënten. Het opbouwen van die relatie heeft voor de professionals dan ook een hoge prioriteit. In dit opzicht zien de professionals veel voordelen aan de persoonlijke trajecten waarin ze meer tijd aan een cliënt kunnen besteden dan in normale hulpverleningscontacten mogelijk is, en beter zicht kunnen krijgen op de specifieke omstandigheden en ambities van de ouderen die ze begeleiden.

De professionals zien echter ook nadelen. In de begeleidingstrajecten dringen ze verder door in de leefwereld van de cliënten dan in normale hulpverleningscontacten; ze komen dichterbij de cliënten. Dit betekent dat de professionals permanent moeten zoeken naar een goed evenwicht tussen persoonlijke betrokkenheid en professionele distantie.

Een belangrijk vraag is hoe je om kan gaan met de spanning tussen vertrouwen opbouwen door persoonlijke betrokkenheid en professionele distantie. Dit is lastig bij deze doelgroep. Aan de ene kant kun je pas iets bereiken als je investeert in de relatie met de cliënt, aan de andere kant kan een te grote persoonlijke betrokkenheid maken dat de cliënt afhankelijk van jou (en jou alleen) wordt. (interview P15)

Het gaat immers om ouderen die geen eigen netwerk hebben dat steun kan bieden bij problemen of tegenslagen. De relatie met de professional is in dit geval – meer nog dan in andere hulpverleningsrelaties – een ingrijpende interventie. De professional is vaak het enige contact dat de oudere heeft en als dat contact goed is, verdwijnt soms ook de noodzaak bij de oudere om andere soorten hulp te zoeken.

Als jij een goede vertrouwensband opbouwt en je werk goed doet, dan heeft dat tegelijkertijd ook het effect van dat zij zeggen: het hoeft niet meer, want ik heb M. al. Dat is een beetje het probleem, dat is echt zo. Ik heb nu tien jaar in wijk C gewerkt. En als ik door die wijk heen loop, dan word ik altijd helemaal raar van al die mensen die me aanklampen. (interview C1)

Het kan er ook toe leiden dat de professional zich erg verantwoordelijk gaat voelen voor een bepaalde cliënt. Dit punt speelt vooral bij de hoopvollen en de overlevers. Zij zijn gewend passief af te wachten tot er iets in hun situatie verandert, zonder zelf initiatieven te ondernemen. Zij verwachten veel van de professional en stellen vaak hoge eisen aan hun betrokkenheid. Voor de professionals in de persoonlijke begeleidingstrajecten is dit een belangrijk punt waar ze mee worstelen.

Vanaf dat ik mevrouw ken, is zij erg open naar mij geweest. Ondanks haar standaard wantrouwen naar mensen, heeft zij mij van het begin af aan vertrouwd. Tijdens mijn eerste bezoek aan haar vertelde zij mij over alle hulp die op dat moment bij haar over de vloer kwam. Huishoudelijke hulp, verzorging, de longverpleegkundige, enzovoort. Al deze mensen irriteerden haar mateloos, zij was daar erg negatief en opstandig over. Binnen een paar weken na ons eerste gesprek, had zij alle hulpverleners er successievelijk 'uitgewerkt'. Mevrouw heeft vanaf het begin aangegeven dat ik de

enige ben waar zij echt wat aan heeft, waar zij haar verhaal bij kwijt kan. Dit herhaalt zij tijdens ieder bezoek meerdere malen. In het begin voelde ik mij hierdoor vereerd, maar ik vond het geen gezonde situatie. Haar vertrouwen en het vastklampen aan mij gaat heel ver. Zij heeft mij uitgelegd dat zij dit haar hele leven al heeft gedaan, zich periodes vastklampen aan één persoon, daar helemaal op vertrouwen, zeer gehecht aan raken en geen afscheid meer van kunnen nemen. Zij is zich terdege bewust van het feit dat zij mij hierdoor een druk oplegt, waar ze zich vervolgens dan weer schuldig over voelt. Zij zegt alleen wat aan mij te hebben, mij te missen in de weken tussen de huisbezoeken, enzovoort. In het begin van mijn contact met mevrouw drukte dit erg op mij. Inmiddels kan ik er beter mee omgaan en het makkelijker loslaten. (interview P2, C7)

Zeker wanneer zich nieuwe complicaties in de situatie voordoen, kan die verantwoordelijkheid zwaar worden gevoeld. In een enkel geval kan het zelf noodzakelijk zijn dat de professional *back-up* vanuit de eigen organisatie krijgt. Zoals in het geval van een geïsoleerde man die om zijn isolement te doorbreken een vreemde man in huis had gehaald met crimineel gedrag.

Door het isolement van meneer was het contact met mij als hulpverlener heel intensief. Ik was als het ware 'als enige verantwoordelijk' voor de situatie. Er ging ook een dreiging naar mij uit van de criminele huisgenoot. Gelukkig heb ik wel veel steun vanuit de organisatie ervaren. (P16, C27)

De exclusiviteit van de relatie maakt het voor professionals lastig om trajecten af te sluiten of cliënten over te dragen naar collega's.

Je bouwt met iemand een relatie op en dan ben jij ook degene waar zij op vertrouwen en dan is het heel lastig voor iemand anders om binnen te komen. En dat maakt het soms ook zo ingewikkeld als je zo intensief contact met klanten hebt. Hoe ga je ze in godsnaam overdragen? (interview P1)

De ouderen zelf eindeloos blijven begeleiden, is ook niet altijd een goed vooruitzicht.

Ik zit nu wel op een punt van als ik ooit weg ga, weet je, dat vind ik lastig. Want een vrijwilliger, dat heeft weinig zin, of dat gaat niet goed, daar gaat hij ook zo obsessief mee doen. Maar ik denk zelf, om deze man serieus nog tien jaar te begeleiden... dat zijn lastige dingen. (interview P33)

Afscheid nemen of de cliënt overdragen is niet alleen lastig omdat de professional zich zorgen maakt over de cliënt. Het kan voor de professionals ook moeilijk zijn om het contact met een oudere die ze langdurig hebben begeleid af te bouwen omdat ze het zelf als een afscheid ervaren.

Ik denk dat je zo'n klant niet gemakkelijk loslaat omdat je zeer intensief contact hebt gehad. Je gaat veel verder dan met andere cliënten, je komt veel dichterbij op gevoelsniveau en de gevolgen van bepaalde handelingen, gewoontes en gebruiken die iemand gedurende zijn leven heeft opgebouwd. De overlevingsstrategieën die nu niet meer werken en de uitleg daarover hoe het komt dat dit nu niet meer werkzaam is. Wat eventuele alternatieven kunnen zijn en hoe die zouden kunnen werken, door het uit te proberen. Dat dit niet meevalt en direct lukt, is duidelijk. Het kost veel moeite om oude strategieën te laten varen en er andere voor in de plaats te laten komen die wel functioneel zijn. Om die reden is het afronden van een PIT-traject voor mij ook een soort afscheid en een soort rouwverwerking door het loslaten van een speciale band die je hebt opgebouwd. (interview P20)

7.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk is ingegaan op de mate waarin de hulpverlening van de professionals en de wensen en behoeften van de begeleide ouderen op elkaar aansluiten. Ten eerste is in beeld gebracht in hoeverre de ouderen in de persoonlijke begeleidingstrajecten worden erkend en gezien door de professionals die hen begeleiden. Zowel de professionals als de ouderen geven het belang aan van een relatie waarin vertrouwen is en waarin de professional oprechte aandacht heeft voor de oudere, zodat de laatste zich gekend en gezien voelt. Voor professionals betekent dit dat ze het contact zorgvuldig opbouwen, dat ze afwachtend en geduldig zijn in het aandraagen van oplossingen en het tempo van de ouderen volgen. Binnen persoonlijke begeleidingstrajecten hebben ze hier de tijd en de ruimte voor.

Het belangrijkste resultaat van de interventie is de ervaring van emotionele nabijheid die de ouderen hebben in het contact met de professional. De betrokkenheid en steun van de professional en het onderlinge vertrouwen vormen de basis waarop adequate hulp mogelijk is. Hoewel de professionals de relatie met de ouderen als een zakelijke relatie zien, geven ze aan dat ze in de persoonlijke begeleidingstrajecten veel verder gaan in het contact met de ouderen dan in reguliere hulpverlening. Ze zijn zich ervan bewust dat ze hun grenzen goed moeten bewaken en zoeken voortdurend naar een goed evenwicht tussen persoonlijke betrokkenheid en distantie. Voor de ouderen is de nabijheid van de professional het belangrijkste aspect van de interventie; ze putten er steun uit en hoewel de meesten zich

realiseren dat de relatie voor de professional in de eerste plaats zakelijk is, voelen ze toch regelmatig dat de professional echt om hen geeft en het belangrijk vindt hoe het met hen gaat.

De kwaliteit van de relatie is ook de basis waarop plannen en doelen rusten. Alleen als er vertrouwen is en de ouderen betrokkenheid en emotionele steun ervaren, is het mogelijk om problemen aan te pakken en resultaten te boeken. Het brengt echter met zich mee dat zowel professionals als ouderen soms meegaan in de plannen of de opstelling van de ander, om de relatie niet in de waagschaal te stellen. Voor professionals betekent dit dat ze niet aandringen en het tempo van de cliënt respecteren, hoe lastig ze dit soms ook vinden. Voor de ouderen betekent dit dat ze soms meegaan in activiteiten die voor hen niet hoeven, omdat ze de professional een plezier willen doen.

De kwaliteit van de relatie en de relationele afstemming is het belangrijkste werkzame element van de persoonlijke begeleidingstrajecten. Echter, als de relatie te exclusief wordt, kan het ook averechts uitwerken. De persoonlijke begeleidingstrajecten zijn bedoeld voor ouderen die in een sociaal isolement verkeren. Op het moment dat een goede relatie met de professional is opgebouwd, is er voor veel ouderen geen noodzaak meer om iets aan het isolement (of andere problemen) te doen. Voor professionals betekent dit dat ze steeds moeten afwegen wat het contact oplevert voor de ouderen en wat de ondergrens is om de vertrouwensband waarbinnen hulp mogelijk is, in stand te houden.

Conclusies

8

8.1 Inleiding

Dit evaluatieonderzoek gaat over een interventie die door twee Rotterdamse organisaties voor welzijn en maatschappelijke dienstverlening is ontwikkeld en uitgevoerd: persoonlijke begeleidingstrajecten voor sociaal geïsoleerde ouderen met multiproblematiek. De interventie is ontwikkeld vanuit de ervaring dat er geen standaardoplossingen zijn voor het aanpakken van sociaal isolement onder ouderen en dat de deskundigheid van professionals om sociaal isolement bij ouderen op te heffen of te verminderen tekort schiet. De persoonlijke begeleidingstrajecten bieden professionals de ruimte om maatwerk te leveren aan ouderen van deze doelgroep en deskundigheid op te bouwen over de mogelijkheden die er zijn om de situatie van deze mensen te verbeteren. De begeleidingstrajecten kennen een globale werkwijze (zie 1.2); er is geen tot in details beschreven methodiek waar de betrokken professionals zich aan dienen te houden. Zij kunnen met elke sociaal geïsoleerde oudere een plan van aanpak opstellen, dat is toegespitst op de individuele situatie en individuele wensen en kwaliteiten van die oudere. De achterliggende gedachte is dat deze aanpak succesvoller en effectiever zal zijn dan een standaardoplossing voor een grote groep sociaal geïsoleerde ouderen (SMDC, 2006; SMDD, 2006). Dit hoofdstuk biedt inzicht in de resultaten van deze persoonlijke begeleidingstrajecten.

In de literatuur wordt duidelijk dat er veel manieren zijn om de effectiviteit van een interventie te 'bewijzen'. Dit onderzoek is gericht op twee soorten effectiviteit, namelijk de *implementatie-effectiviteit*, die laat zien hoe het uitvoeringsproces van de interventie verloopt, en de *experientiële effectiviteit*, die betrekking heeft op de wijze waarop gebruikers van de interventie de effecten ervaren. Beide vormen van effectiviteit zijn van belang voor het nemen van besluiten over het al dan niet implementeren van beleid of interventies (zie onder ander Davies, 2005). Om inzicht te krijgen in de effecten van de persoonlijke begeleidingstrajecten voor sociaal geïsoleerde ouderen is in dit onderzoek gekozen voor de 'ervaren baat' benadering, een benadering die zoveel mogelijk recht wil doen aan de betekenisgeving van de betrokkenen. In deze benadering wordt het domein van de resultaten van de interventie breed opgevat; de vorige hoofdstukken laten deze breedte zien. Beschreven is hoe de begeleidingstrajecten verlopen (H4), welke resultaten de professionals zien voor de ouderen (H5) en wat de begeleidingstrajecten opleveren volgens de ouderen zelf (H6). De beschrijvingen in deze hoofdstukken laten zien dat een goede relatie tussen professional en cliënt een belangrijke voorwaarde is om maatwerk te kunnen bieden en tot positieve resultaten te komen; zowel voor de ouderen als

voor de professionals. In hoofdstuk 7 is daarom nader ingegaan op deze relatie, aan de hand van drie dimensies die in de zorgethische benadering worden onderscheiden, namelijk de erkenning van de cliënt, de ervaring van emotionele nabijheid en de ervaring dat besluiten goed zijn afgestemd op de wensen, behoeften en mogelijkheden van de hulpvrager (Goossensen, 2014).

In dit hoofdstuk volgen conclusies over de effectiviteit van de interventie 'persoonlijke begeleidingstrajecten voor sociaal geïsoleerde ouderen met multiproblematiek'. Ten eerste wordt ingegaan op de implementatie-effectiviteit van de interventie, waarbij de vraag wordt beantwoord of het uitvoeringsproces van de interventie in lijn is met de vooraf bepaalde werkwijze (8.2). Daarna volgen conclusies over de 'ervaren' of experiëntiële effectiviteit van de persoonlijke begeleidingstrajecten in de ogen van de professionals en de ouderen zelf (8.3). Tot slot volgt een antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek, namelijk: *'Wat is de ervaren baat van persoonlijke begeleidingstrajecten voor sociaal geïsoleerde ouderen met structurele en complexe problematiek?'* (8.4)

8.2 Uitvoeringsproces (implementatie effectiviteit)

Deelvraag 1:

Hoe verlopen persoonlijke begeleidingstrajecten bij sociaal geïsoleerde ouderen met structurele, complexe problematiek?

Deze vraag gaat over de wijze waarop de persoonlijke begeleidingstrajecten verlopen. Worden ze uitgevoerd zoals beoogd? Is de uitvoering consistent met de opzet van de interventie?

De interventie is gericht op ouderen die al vele jaren in een sociaal isolement leven en kampen met problemen op meerdere levensterreinen. Doelgroep zijn sociaal geïsoleerde ouderen (55+) die reeds bekend zijn bij de deelnemende organisaties en voor wie standaardoplossingen niet van toepassing zijn (SMDD, 2006; SMDC, 2006).

Het onderzoek maakt duidelijk dat de onderzochte ouderen tot de primaire doelgroep van de interventie behoren, namelijk ouderen die structureel in een sociaal isolement verkeren en problemen ervaren op meerdere levensterreinen. Het gaat om ouderen die al langere tijd bekend zijn bij de betrokken organisaties omdat ze 'reguliere' vormen van hulp krijgen, of om 'nieuwe' cliënten die zichzelf hebben gemeld of zijn aangemeld door derden vanwege hun sociaal isolement of daarmee samenhangende problemen. De professionals gaan zelf niet expliciet op zoek naar nieuwe cliënten die tot de doelgroep behoren. Wel komt het voor dat zij ouderen

aantreffen die duidelijk tot de doelgroep behoren en daar contact mee proberen te leggen. Aangezien sociaal isolement vaak 'stille' problematiek is die relatief onzichtbaar is, is niet altijd duidelijk of een bepaalde cliënt tot de doelgroep behoort. Dit betekent dat professionals tijd nodig hebben om de situatie goed in beeld te krijgen en te beoordelen of iemand tot de doelgroep voor een persoonlijk begeleidingstraject behoort. Dat doen ze soms vanuit een regulier hulpverleningscontact, maar als ze een vermoeden van ernstig isolement hebben, kunnen ze ook besluiten om de situatie van de cliënt verder te onderzoeken in het kader van een persoonlijk begeleidingstraject.

Opzet van de interventie

De ouderen worden gedurende langere tijd op individuele basis begeleid door een beroepskracht. De beroepskracht krijgt de ruimte om wekelijks anderhalf tot twee uur aan de betrokkene te besteden. De bedoeling is dat binnen de interventie met elke sociaal geïsoleerde oudere een plan van aanpak wordt opgesteld, uitgaande van de individuele situatie en individuele wensen en kwaliteiten. Trajecten worden in principe na een half jaar of een jaar afgesloten (SMDC, 2006; SMDD, 2006).

De methodiek van de persoonlijke begeleidingstrajecten is inhoudelijk niet gedetailleerd beschreven, maar alle professionals gaan te werk volgens twee uitgangspunten. Elk traject start met een grondige analyse van de achtergronden van het sociaal isolement van de cliënt. Daarbij worden in elk geval de volgende factoren betrokken: de sociale competenties van de cliënt, de wensen en ambities van de cliënt, het netwerk van de cliënt en de belemmeringen waar de cliënt mee te maken heeft. De gedachte is dat deze aspecten van belang zijn voor de hulpverlening aan deze doelgroep en dat ze aangrijpingspunten kunnen bieden bij de keuze of de ontwikkeling van passende interventies. Een tweede uitgangspunt is een integrale aanpak, dat wil zeggen dat rekening wordt gehouden met alle problemen waar de cliënt mee te maken heeft en dat nadrukkelijk wordt gestreefd naar een samenhang in de interventies die tegelijkertijd plaatsvinden. Concreet betekent dit dat niet alleen aan het sociaal isolement wordt gewerkt, maar dat ook andere problemen zo mogelijk worden aangepakt. Kernwoorden in de werkwijze van de persoonlijke begeleidingstrajecten zijn: contactlegging, vraagverheldering en een integrale aanpak.

Het onderzoek maakt duidelijk dat deze open werkwijze voor de doelgroep niet alleen wenselijk maar ook nodig is. De openheid biedt professionals de ruimte om het tempo en de inhoud van de hulpverlening te laten aansluiten bij de specifieke kenmerken van ouderen uit de doelgroep.

- Dat begint al op het moment dat bepaald moet worden of iemand tot de doelgroep van de persoonlijke begeleidingstrajecten behoort. In de meeste gevallen

is niet meteen duidelijk of een cliënt in een sociaal isolement leeft en tot de doelgroep behoort. Meer zichtbare of meer urgente problemen zijn dan de reden waarom iemand in beeld komt bij de hulpverlening. De meeste ouderen in het traject worden gemeld door andere professionals (bijvoorbeeld de huisarts, de thuiszorg, de wijkagent), burens of familie. De signalen die worden gemeld, kunnen te maken hebben met isolement, maar vaak ook met andere zaken, zoals verwaarlozing, vervuiling, afwijkend gedrag of zorgen over andere zaken. De ouderenwerker probeert vervolgens contact te leggen en toegang te krijgen tot de gemelde oudere. Dat is vaak lastig omdat veel sociaal geïsoleerde ouderen in eerste instantie hulp afwijzen; ze ervaren hun situatie niet als problematisch, hebben geen vertrouwen in hulpverleners, of willen hun problemen zelf oplossen. Professionals hebben dan ook veel geduld en vaardigheden nodig om toegang te krijgen en contact te maken met de gemelde oudere.

- Wanneer het contact is gelegd, begint het proces van vraagverheldering en analyse van de achtergrond en omstandigheden van de cliënt. Dat kan terwijl bepaalde hulpvormen al in gang worden gezet, vooral als er acute praktische problemen zijn die opgelost moeten worden, zoals schulden of het afwenden van een huisuitzetting. Professionals proberen tegelijk in beeld te krijgen of iemand geholpen zou kunnen zijn met een persoonlijk begeleidingstraject. Belangrijke vragen die ze zichzelf daarbij stellen is of de cliënt toegankelijk is voor de hulpverlener, of de cliënt het contact op prijs stelt en of hij of zij openstaat voor persoonlijke begeleiding. Ook de inschatting door de professional van de verandermogelijkheden van de cliënt kunnen een criterium zijn bij het bepalen of iemand al dan niet in aanmerking komt voor een persoonlijk traject. Dat geldt vooral bij de professionals van SMDC omdat daar wordt gestreefd naar een afronding van de intensieve begeleiding na een half jaar. Wanneer een professional inschat dat het niet mogelijk is om binnen die termijn concrete vooruitgang te boeken, kan dat een reden zijn om geen intensief traject met iemand aan te gaan, maar de cliënt over te dragen aan een gespecialiseerde hulpverlener die gedurende langere tijd intensieve hulp kan verlenen. Andere professionals nemen ruim de tijd om de cliënt te leren kennen en diens mogelijkheden en ambities af te tasten.
- Als de professionals inschatten dat iemand tot de doelgroep van het traject behoort, proberen ze een relatie met de cliënt op te bouwen waarbinnen hulp kan worden geboden. Het onderzoek maakt duidelijk dat het niet bij alle bepaalde typen gemakkelijk is om echt contact te krijgen. Buitenstaanders en overlevers vertonen vaak zorgmijndend gedrag en dat betekent dat ze de persoon van de professional niet snel vertrouwen. Het is een kwestie van geduld en zorgvuldig manoeuvreren en doseren. In dit proces wordt hulp geboden op verschillende terreinen, afhankelijk van de situatie en omstandigheden van de cliënt, maar vooral van de mate waarin de cliënt gemotiveerd is om hulp te aanvaarden. Bij de typen

die niet zijn gericht op contacten met anderen en het sociaal isolement niet als een probleem ervaren, is de bedreiging van hun zelfstandigheid en zelfredzaamheid door andere problemen het meest urgente probleem. Bij de typen die wel een sterke behoefte aan contacten met anderen hebben (vooral hoopvollen), wordt hier wel aan gewerkt. Voorwaarde is een vertrouwensband met de professional waarbinnen dat bespreekbaar is.

- Een klein deel van de ouderen in de persoonlijke begeleidingstrajecten kan snel weer op eigen kracht verder, hoewel de professionals vrijwel altijd proberen een vinger aan de pols te houden, zodat ze bij eventuele nieuwe problemen tijdig kunnen ingrijpen. Bij andere cliënten kan het traject op termijn worden afgebouwd naar een regulier contact met een lagere frequentie en intensiteit. Dat is het geval als de meest urgente problemen zijn aangepakt en de mogelijkheid van verdere resultaten gering wordt geacht. Soms worden lichtere vormen van hulp ingezet, bijvoorbeeld een vrijwilliger voor contactbezoek of een hulpdienst voor praktische ondersteuning. De professional blijft wel monitoren op de achtergrond. Dit alles betekent dat de meeste cliënten in de persoonlijke begeleidingstrajecten gevolgd worden door de professionals tot ze overlijden of worden opgenomen in een verpleeg- of verzorgingshuis. Bij hoopvollen en overlevers met ernstige psychiatrische problematiek kan meer specialistische hulp noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld specialistische thuiszorg of psychiatrische hulp. In een enkel geval wisselen professionals elkaar af omdat de houding of het gedrag van de cliënt te belastend is voor een professional.

Het onderzoek laat zien dat er geen sprake is van een 'platte' implementatie van de interventie. De professionals zijn geen doorgeefluik die een voorgeschreven interventie toepassen op de cliënten in de begeleidingstrajecten, maar leveren maatwerk dat zoveel mogelijk is afgestemd op de mogelijkheden en ambities van de individuele cliënten. Het onderzoek maakt tevens duidelijk dat alleen individueel maatwerk doelmatig kan zijn voor de doelgroep en dat maatwerk in vrijwel alle gevallen een integrale aanpak vereist. Er zijn nauwelijks cliënten bij wie het sociaal isolement een enkelvoudig probleem is en het aanpakken van andere problemen is vaak meer urgent dan de aanpak van het isolement.

Er zijn geen inhoudelijke verschillen te benoemen in het verloop van de trajecten tussen SMDC en SMDD. In de organisaties waar de persoonlijke begeleidingstrajecten niet zijn omschreven, is de gang van zaken niet veel anders dan bij SMDD en SMDC. Wel lijken de professionals van SMDC door de beperkte termijn van de begeleidingstrajecten (een half jaar) sneller over te gaan tot een regulier hulpverleningscontact dan bij de andere organisaties. Gezien de (kwalitatieve) aard van dit onderzoek is het niet duidelijk of dit in het algemeen zo is; ook bij de andere organisaties is de caseload van de professionals zodanig dat ze de frequentie van

hun bezoeken verlagen zodra ze inschatten dat dit mogelijk is. In vrijwel alle gevallen zorgen de professionals voor een vangnet of opname in een cliëntvolgsysteem. Wel is duidelijk dat de professionals van SMDC soms erg worstelen met de min of meer verplichte afronding. Ook professionals van de andere organisaties vinden het soms lastig om een traject af te ronden, maar hier is de termijn vaak minder strikt afgebakend. Uit het onderzoek kan niet worden afgeleid of dit invloed heeft op de duur van de begeleidingstrajecten.

8.3 Ervaren baat volgens de professionals (experiëntiële effectiviteit)

Deelvraag 2:

Wat is de ervaren baat van deze begeleidingstrajecten volgens de begeleidende professionals?

Deze deelvraag is gericht op de ervaren baat van de begeleidingstrajecten vanuit het oogpunt van de professionals. Het gaat om de professionele diagnose van de professionals, de plannen die zij maken voor het traject (probleemuitsnede) en de keuze voor bepaalde soorten interventies (breedte van het domein waarop hulp wordt verleend). Welke keuzes maken de professionals bij het zoeken naar mogelijkheden en het bepalen van de aanpak? Wat is hun oordeel over de concrete resultaten van de hulpverlening: zijn de problemen (geheel of gedeeltelijk) opgelost? Zo niet, welke resultaten zijn dan wel bereikt? Wat zijn werkzame factoren en welke factoren zijn belemmerend?

De probleemuitsnede

Aangezien de interventie gericht is op ouderen met complexe problematiek bij wie standaardoplossingen niet werken, is het uitgangspunt een integrale, samenhangende aanpak van alle problemen waar de cliënt mee te maken heeft. Dit betekent dat niet alleen aan het sociaal isolement wordt gewerkt, maar dat ook andere problemen (zo mogelijk) worden aangepakt.

Professionals in de persoonlijke begeleidingstrajecten hebben veel tijd om de situatie van de cliënt in beeld te brengen en een analyse van diens achtergronden, wensen en behoeften te maken. Deze tijd is nodig omdat de situatie waarin de cliënten uit de doelgroep verkeren over het algemeen zeer complex is. Bovendien krijgen de professionals vaak te maken met wantrouwen en zijn cliënten terughoudend in het aanvaarden van hulp. Een deel van hen is zorgmijndend en geneigd om alle hulp te weigeren. Om in die situaties een goede diagnose te kunnen stellen, is het nodig om eerst vertrouwen te winnen. Alleen dan zijn de ouderen bereid om samen met de professional te bespreken op welke terreinen hulp nodig is.

Vertrouwen is een voorwaarde om zich kwetsbaar op te stellen en de professional openheid over de situatie te geven. Het onderzoek laat zien dat de professionals lang wachten voor ze plannen maken, omdat ze de ouderen niet willen opjagen of afschrikken. Ze realiseren zich dat een interventie pas succes kan hebben als hij aansluit bij de situatie en omstandigheden van de cliënt en als deze gemotiveerd is om mee te werken en veranderingen aandurft.

De tijd die nodig is om een professionele diagnose te stellen, verschilt sterk per type cliënt. Compenseerders en buitenstaanders komen vaak pas bij de hulpverlening als de situatie zo dringend is geworden dat snel handelen geboden is. Tegelijk bieden ze de professional weinig ruimte om de situatie goed in kaart te brengen. Professionals constateren vaak een breed samenspel van diverse problemen, waarvan het isolement slechts één aspect is. De plannen die ze samen met deze ouderen maken, blijven echter vaak beperkt tot (urgente) praktische zaken die opgelost moeten worden om ervoor te zorgen dat de oudere zijn zelfstandigheid vast kan houden en weer verder kan zonder professionele hulp. Dit type ouderen heeft een sterke eigen regie, ook wat het hulpverleningsproces betreft. Zij bepalen wanneer ze de hulpverlener wel of niet binnenlaten, hoe vaak die komt en wat hij of zij wel en niet voor hen mag regelen. Door de praktische problemen naar tevredenheid van de ouderen op te lossen, hopen ze een relatie tot stand te brengen waarbinnen het mogelijk is om een monitorcontact of vangnetcontact te behouden, zodat de ouderen hen bij nieuwe problemen eerder weten te vinden.

Bij hoopvollen en overlevers ligt dat anders. Zij zijn minder sturend in het contact met de professional, maar hun problemen zijn dermate complex dat professionals vaak veel tijd nodig hebben om de situatie goed in beeld te krijgen. Hoopvollen hebben weinig sociale competenties, zijn gewend passieve strategieën te volgen en hebben veel moeite met het aangaan van relaties, ook met de professional. Ze stellen zich heel afhankelijk of juist heel terughoudend op en dat maakt het voor de professional lastig om een relatie op te bouwen waarin ze – samen met de ouderen – kunnen bespreken welke soort hulp mogelijk en wenselijk is. Het is een kwestie van aftasten en geduld oefenen, voorzichtigheid betrachten en zoeken naar manieren om het leven van deze ouderen meer draaglijk te maken. Vaak is niet direct duidelijk waar de wensen van deze ouderen liggen, omdat ze de verbinding met hun eigen behoeften vaak zijn verloren.

Breedte van het domein waarop hulp wordt verleend

Alle professionals in het onderzoek realiseren zich dat hulp nodig is op diverse levensdomeinen: zorg, financiën, woonsituatie, participatie en sociale contacten. Als ouderen verlangen naar contacten met anderen en te kampen hebben met sterke eenzaamheidsgevoelens, zoeken de professionals naar mogelijkheden voor activering en participatie. Dat is vooral het geval bij compenseerders en hoopvollen,

die hier wel behoefte aan hebben maar dat op eigen kracht niet kunnen realiseren. Tegelijk worden ook problemen op andere levensterreinen opgepakt. Bij ouderen die geen duidelijke behoefte aan sociale contacten hebben, of deze juist uit de weg gaan (buitenstaanders en overlevers), werken de professionals aan het oplossen van andere problemen. De hulp is dan vooral gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid, door belemmeringen om zelfstandig te leven weg te halen. Wel proberen ze oplossingen aan te dragen die kunnen bijdragen aan een betere kwaliteit van leven, zoals het schoonmaken en opruimen van de woning, het regelen van thuiszorg, of het organiseren van dagbesteding.

Concrete resultaten

De belangrijkste doelstelling van de interventie is de afname van eenzaamheidsgevoelens en/of de vergroting van het sociale netwerk van sociaal geïsoleerde ouderen en het vinden en zo nodig ontwikkelen van passende en effectieve interventies die aansluiten bij deze doelgroep (SMDC, 2006; SMDD, 2006). De doelstellingen omtrent de afname van eenzaamheidsgevoelens en/of vergroting van het sociale netwerk worden zelden gerealiseerd. Bij structureel sociaal geïsoleerde ouderen die kampen met sterke eenzaamheidsgevoelens zijn vaak weinig resultaten te boeken op het terrein van sociale contacten. Deze ouderen zijn nooit goed in staat geweest om betekenisvolle contacten op te bouwen en te onderhouden. Ze zijn vaak teleurgesteld in relaties en (daardoor) zeer terughoudend geworden. Professionals voelen de eenzaamheid van deze ouderen, maar het lukt zelden om deze gevoelens echt terug te dringen. De meesten zijn terughoudend als het gaat om het aanhalen van oude contacten, met kinderen of oude bekenden. Veel professionals proberen het niet eens, omdat de cliënten vaak heel ambivalent zijn over hun wensen in dit opzicht. Professionals zijn bang om iets overhoop te halen waar ze geen grip op hebben, of het verdriet bij de ouderen weer te vergroten door nieuwe teleurstellingen. Soms worden kleine stapjes gezet om ervoor zorgen dat de ouderen meer onder de mensen komen. In een enkel geval wordt het sociale netwerk uitgebreid, maar in de meeste gevallen zijn resultaten op dit terrein niet haalbaar.

Voor andere typen sociaal geïsoleerden is sociaal isolement geen thema waar ze aan willen werken. Ze zijn gewend aan hun situatie en kiezen ervoor om hier niets meer aan te veranderen. De professionals zetten dan vooral in op het vergroten van de zelfredzaamheid en de leefbaarheid, door hulp bij praktische problemen (alarm, woonpas, financiën, administratie, bezoek aan ziekenhuis of huisarts, vervuiling, zelfzorg, specialistische hulp, et cetera). Het doorbreken van zorgmijndend gedrag zien de professionals ook als een belangrijke opbrengst van hun inspanningen. Als het lukt om contact te leggen met ouderen die moeilijk toegankelijk zijn en geleidelijk een relatie met hen op te bouwen, is dat een belangrijk resultaat. Het biedt de mogelijkheid om een vinger aan de pols te houden en een verdere opstapeling

van problemen te voorkomen.

Als geen concrete resultaten worden geboekt, besluiten de professionals een vangnet te creëren, dat wil zeggen dat ze de ouderen blijven volgen (bijvoorbeeld via een cliëntvolgsysteem) om te zien hoe het met hen gaat. Voor de ouderen is de drempel dan lager om bij nieuwe problemen een beroep op hen te doen. De vangnetfunctie is niet altijd even bevredigend voor de professionals omdat ze graag meer concrete resultaten willen boeken. Toch realiseren ze zich dat de meeste ouderen zich gesteund weten door de persoonlijke aandacht en de gesprekken. Het biedt de ouderen rust en veiligheid als ze weten dat ze er iemand is die zich om hen bekommert en op wie ze zo nodig terug kunnen vallen. De professionals hebben geleerd dat kleine veranderingen voor de ouderen zelf een grote winst kunnen zijn. Het hebben van een aanspreekpunt, van iemand die ze kunnen vertrouwen, biedt een vorm van bescherming die ze daarvoor niet hadden.

Belemmerende factoren

Alle professionals geven aan dat veel stappen nodig zijn om echte hulp te kunnen bieden aan deze doelgroep. Voor de contactlegging, het winnen van vertrouwen en het opbouwen van een relatie is veel tijd nodig. Cliënten zijn soms goed bedoelend maar chaotisch en niet te sturen. Veel ouderen uit de doelgroep hebben te maken met gedragsproblemen, ze geven tegenstrijdige signalen af, zijn afhoudend of juist claimend, bang of kwaad. Veel ouderen zijn passief en moeilijk in beweging te krijgen, ze zijn afhoudend naar de hulpverlening en bang voor veranderingen in hun leven.

Hoewel de professionals in het onderzoek veel ervaring hebben met de doelgroep, merken ze regelmatig dat ze geneigd zijn te hoge doelen te stellen of de situatie uiteindelijk toch niet realistisch hebben ingeschat. Te hoge doelen stellen is frustrerend, niet alleen voor de cliënt, maar ook voor de professional. Het is frustrerend als ze het gevoel hebben niet verder te komen. Hoe beter ze de cliënten leren kennen, hoe duidelijker de situatie in beeld komt: dan wordt helder wat er speelt en hoe allerlei zaken met elkaar verweven zijn (bijvoorbeeld drank als oorzaak van schulden, huiselijk geweld of financiële uitbuiting door een sterke behoefte aan contacten, onaangepast gedrag door een gebrek aan feedback van anderen, schulden omdat er niemand is om de post mee door te nemen). De hulpverlening verloopt niet altijd even voorspoedig; het gaat vaak kleine stapjes vooruit, en dan weer een paar passen terug. Regelmatig doen zich nieuwe problemen voor, of is er een terugval. Bovendien is ook vaak sprake van fysieke en mentale achteruitgang (vanwege de leeftijd) die het hulpverleningsproces nog complexer maakt.

8.4 Ervaren baat volgens de ouderen (experientiële effectiviteit)

Deelvraag 3:

Wat is de ervaren baat van deze begeleidingstrajecten volgens de sociaal geïsoleerde ouderen?

Deze deelvraag is gericht op de ervaren baat van de begeleidingstrajecten vanuit het oogpunt van de ouderen. Het gaat om de vraag van de cliënt bij aanvang van het traject, de wensen en verwachtingen ten aanzien van het traject (probleemuitsnede) en de keuze voor bepaalde soorten interventies (breedte van het domein waarop hulp wordt verleend). Sluiten de keuzes die de professional maakt aan bij de mogelijkheden en wensen van de ouderen? Wat is het oordeel van de ouderen over de concrete resultaten van de hulpverlening: zijn de problemen (geheel of gedeeltelijk) opgelost? Zo niet, welke resultaten zijn dan wel bereikt? Wat zijn in hun ogen werkzame en belemmerende factoren?

De probleemuitsnede

De ouderen die voor dit onderzoek zijn geïnterviewd, zijn om allerlei redenen in contact gekomen met de hulpverlening. De meesten kregen aanvankelijk reguliere hulp vanwege praktische problemen, gezondheidsproblemen of financiële problemen. Ze zijn in een persoonlijk begeleidingstraject terechtgekomen omdat de begeleidende professional constateerde dat er ook sprake was van sociaal isolement. Andere ouderen zijn bij de hulpverlening aangemeld door medewerkers van andere instellingen, lokale zorgnetwerken, buurtgenoten of anderen die zich zorgen maakten vanwege isolement en/of andere problemen. Ook hier heeft de professional besloten dat een persoonlijk begeleidingstraject geschikt zou zijn vanwege de hardnekkigheid en de complexiteit van de problematiek. Twee ouderen in het project hebben zich zelf aangemeld vanwege hun sociaal isolement. Zij kampen met sterke eenzaamheidsgevoelens waar ze op eigen kracht geen oplossing voor vinden. Hun behoefte ligt op het terrein van sociale contacten; zij zouden graag meer onder de mensen komen en activiteiten ondernemen met anderen. Ze willen graag deelnemen aan maatschappelijk activiteiten die afleiding, een dagritme en voldoening geven. Anderen hebben behoefte aan meer diepgaande contacten, waarin een zekere vertrouwdheid of intimiteit mogelijk is, of zelfs een levenspartner. Ze zoeken hier hulp bij omdat het op eigen kracht niet lukt, of omdat er beperkingen zijn die hun mogelijkheden in de weg staan, zoals een beperkte mobiliteit, een slechte gezondheid of een gebrek aan vervoer of financiële middelen.

De meeste ouderen in het onderzoek zijn echter met andere vragen bij de hulpverlening terecht gekomen, vooral praktische problemen die hun zelfredzaamheid in de weg staan. Ze zoeken bijvoorbeeld hulp bij de administratie of de post,

het oplossen van financiële problemen of schulden, een beter passende woning vinden of het regelen van zaken die te maken hebben met het levenseinde. Voor sommige ouderen is de hulpvraag zeer complex, vooral bij hoopvollen en overlevers. Zij hebben problemen op diverse levensterreinen en kunnen het leven dat ze leiden vaak nauwelijks meer redden. Ze verliezen de grip op hun leven en komen de dagen soms maar met moeite door. Ze hebben niet alleen behoefte aan praktische steun, maar ook aan emotionele steun om het te blijven volhouden. Soms is een acute crisissituatie de aanleiding geweest om hulp te zoeken: er was gewoonweg geen alternatief meer. De typen buitenstaanders en overlevers hebben meestal geen hulpvraag; ze zijn vaak aangemeld door derden en accepteren niet gemakkelijk professionele hulp. Ze zijn gewend om hun problemen zo veel mogelijk zelf op te lossen en vertonen vaak zorgmijndend gedrag.

Breedte van de hulp

De ouderen benoemen vooral de hulp bij praktische problemen, zoals administratie en financiën, of het regelen van allerlei zaken die ze zelf niet goed aankunnen. Daarnaast wijzen ze op de individuele gesprekken of de activiteiten die ze samen met de professionals ondernemen, zoals het gezamenlijk museumbezoek of het kopen van nieuwe kleding. De meeste ouderen vinden dat de hulp goed aansluit bij hun wensen en behoeften en hebben het gevoel dat de professional begrijpt wat ze nodig hebben. Slechts enkele ouderen vinden dat de professional hulp wil opdringen die de oudere zelf niet wil, bijvoorbeeld het aanpakken van sociaal isolement, terwijl de vraag op een ander terrein ligt. Veel ouderen zijn huiverig voor professionals die willen dat ze in beweging komen en allerlei stappen gaan zetten, bijvoorbeeld naar buurtactiviteiten gaan of contact leggen met een huisarts of de ggz.

Concrete resultaten

Het belangrijkste resultaat dat de ouderen noemen, is het feit dat ze door het contact met de professional een aanspreekpunt hebben, iemand bij wie ze terecht kunnen als ze iets willen bespreken, een probleem willen oplossen of het even niet meer zien zitten. Bij ouderen die met sterke eenzaamheidsgevoelens kampen, is het contact met de professional vooral belangrijk vanwege de emotionele steun die ervan uitgaat. Ze voelen zich gekend en gehoord en kunnen daardoor vaak beter omgaan met hun isolement. Een constructieve oplossing is dat niet, maar dat verwachten de ouderen ook niet. Ze leven al lang buiten sociale verbanden en zijn eraan gewend geraakt of hebben geleerd ermee om te gaan. Sommige ouderen zijn blij dat er iemand is die hen in de gaten houdt, door middel van een dagelijkse telefooncirkel, of door een tweewekelijks bezoekje.

In het onderzoek zijn twaalf ouderen die al vele jaren geen contact meer hebben

met hun volwassen kinderen. Voor sommigen is dat een belangrijk onderwerp waar ze met de professional over praten. Het gemis houdt hen dagelijks bezig, maar het is een beladen onderwerp waar ze niet gemakkelijk met vreemden over praten; vaak is de schaamte daarvoor ook de reden waarom ze zich hebben teruggetrokken. Als het contact met de professional goed is, biedt dat de gelegenheid om het wél te bespreken; nu ze ouder worden is dat voor hen nog belangrijker geworden, zeker als ze de balans van hun leven opmaken. In een enkel geval heeft dat tot voorzichtige toenadering of herstel van contact geleid. Door de bemiddeling van de professional of doordat de oudere zich gesteund voelde door de professional en zelf het initiatief heeft genomen. Andere ouderen willen juist geen pogingen doen om het contact met hun kinderen te herstellen, het is te lang geleden en de angst voor nieuw verdriet is groter dan het gemis.

Werkzame factoren

Voor alle ouderen is een goed contact met de professional een voorwaarde voor goede hulpverlening. De professionals moeten 'zien' wie ze voor zich hebben, persoonlijke aandacht geven en het tempo van de ouderen volgen. Dit betekent dat ze niet moeten aankomen met oplossingen waar de ouderen niet op zitten te wachten; ze zijn over het algemeen terughoudend in het nemen van initiatieven en ze zijn huiverig om hun dagelijkse routines te doorbreken. Dat neemt overigens niet weg dat de verwachtingen ten aanzien van de professional soms zeer hoog zijn; ze verwachten dat die de juiste dingen doet, op een manier die de oudere wil. Het aanpakken van sociaal isolement is daar vaak niet bij, of in elk geval niet te snel. Belangrijk is dat de professionals hun hulpverlening goed afstemmen met de cliënt en niets opdringen waar de oudere niet aan toe is. Het belangrijkste voor de ouderen is dat de professionals hun keuzes en prioriteiten respecteren. Enkele ouderen geven aan dat ze niet zouden weten wat ze zonder de professional die hen begeleidt zouden moeten. Dat geldt vooral voor de ouderen die al jaren worden begeleid.

Belemmerende factoren

De ouderen zijn huiverig voor bemoeizucht van professionals. Ze willen niet dat de professional stappen zet waar ze zelf niet aan toe zijn, dat de professional iets van hen vraagt of iets van hen verlangt. Ze willen zelf aangeven waar de grenzen liggen en aan welke zaken ze wel of niet willen werken. Vrijheid is voor hen een groot goed en ze willen niet dat het contact met de hulpverlener verplichtingen met zich meebrengt. Sommige ouderen vinden dat de professional te weinig tijd voor hen heeft, of weinig oog voor hun situatie en hun behoeften heeft. Ze voelen zich onbegrepen en twijfelen of ze de professional nog wel willen zien. Veel ouderen vinden het moeilijk om te benoemen wat ze precies van de professional verwachten.

Dat geldt vooral voor hoopvollen en overlevers. Ze zijn bang voor veranderingen en houden vast aan hun vertrouwde manier van leven.

8.5 De kwaliteit van de relatie

Deelvraag 4:

In hoeverre sluiten de professionals aan bij de wensen en behoeften van de ouderen?

Deze deelvraag gaat over de kwaliteit van de relationele afstemming van de professional op de cliënt. Hoe proberen professionals aan te sluiten bij de behoeften en waarden van de cliënt? En hoe ervaren de cliënten de relatie met de professionals? Hebben ze de ervaring er te 'mogen' zijn, ervaren ze emotionele steun en voelen ze zich begrepen?

Waarneming van de hulpvrager

Zowel de professionals als de ouderen geven het belang aan van een relatie waarin vertrouwen is en waarin de professional oprechte aandacht heeft voor de ouderen, zodat deze zich gekend en gezien voelen. De persoonlijke begeleidingstrajecten bieden de professionals veel ruimte om de ouderen te leren kennen en een relatie met hen op te bouwen. Ze investeren in het contact, zoeken naar aangrijpingspunten voor interventies en dragen niet meteen allerlei oplossingen aan. Dat geeft ouderen het gevoel dat ze gezien worden en dat de professional echt betrokken is. Ze krijgen de gelegenheid om te praten over zaken die hen bezighouden, zonder dat er meteen van alles van hen wordt verwacht. Het vertrouwen dat hierdoor ontstaat, vormt de basis voor een relatie waarbinnen daadwerkelijke hulpverlening mogelijk is. De ouderen merken dat de professionals hun best doen om zich in hun situatie te verdiepen en dat ze rekening houden met hun belemmeringen en angsten.

Emotionele nabijheid

Als de kwaliteit van de relatie goed is, voelt de oudere zich emotioneel gesteund. De relatie met de professional vormt het belangrijkste element van de persoonlijke begeleidingstrajecten, te meer omdat het hier om ouderen gaat die geen andere ondersteunende relaties onderhouden. Het contact met de professional geeft hen rust en het vertrouwen dat ze er niet alleen voor staan. Juist omdat hun problemen niet gemakkelijk oplosbaar zijn en het vaak lang zoeken is naar mogelijkheden om de situatie te verbeteren, is het voor hen van belang om te merken dat de professional geen haast heeft. De professionals geven aan dat ze in de persoonlijke begeleidingstrajecten vaak meer persoonlijk betrokken zijn bij de ouderen dan in normale hulpcontacten. Toch is het contact voor hen in eerste instantie zakelijk; ze begeven

zich dieper in de leefwereld van de ouderen maar zoeken voortdurend naar een evenwicht tussen persoonlijke betrokkenheid en distantie. Ook de ouderen realiseren zich dat de band met de professional in eerste instantie een zakelijke relatie is, maar de meesten ervaren dat niet als een probleem. Vooral als ze merken dat de professional het belangrijk vindt hoe het met hen gaat.

Afgestemd besluiten

Alleen als de oudere vertrouwen heeft in de professional en als de relatie emotioneel steunend is, is de oudere bereid zich open te stellen en zich in alle kwetsbaarheid aan de professional te tonen. Voor de professionals is dat cruciaal om de haalbaarheid van bepaalde interventies in te schatten en problemen daadwerkelijk aan te kunnen pakken. De professionals hebben de vrijheid om zelf te bepalen welke activiteiten wel en niet passend zijn. Ze kunnen meegaan om kleding te kopen, vloerbedekking helpen leggen, rommel mee opruimen of gewoonweg een uur muziek luisteren met een cliënt. Zij moeten steeds inschatten of dit het contact met de cliënt ten goede zal komen. Als ze twijfels hebben over de inzet, stemmen ze dat vaak af met hun collega's of ze hebben voor zichzelf grenzen vastgesteld. De professionals wegen voortdurend af in hoeverre ze sturend kunnen zijn in het contact zonder het contact te schaden. Ze vragen zich af hoe kritisch ze kunnen zijn en of ze bepaalde zaken die gevoelig liggen ter sprake kunnen brengen. In de praktijk betekent dit dat ze regelmatig besluiten om zaken (nog) niet aan de orde te stellen. Ook ouderen stellen het contact met de professional niet graag in de waagschaal; ze gaan soms mee in het denken van de professionals om die laatste een plezier te doen en niet alles af te wijzen. Als het erop aan komt, haken ze dan toch weer af, iets wat de professionals hen niet altijd in dank afnemen. Enkele cliënten geven nadrukkelijk aan dat ze wel eens iets doen voor de professional die 'zoveel voor hen doet'. Hieruit blijkt dat ook de ouderen investeren in de relatie.

Relationele afstemming

De kwaliteit van de relatie en de relationele afstemming is het belangrijkste werkzame element van de persoonlijke begeleidingstrajecten; het is de basis waarop de hulpverlening voor deze doelgroep met complexe problematiek is gestoeld. Een gevaar daarvan is dat de oudere afhankelijk wordt van de professional; het gaat immers om ouderen die in een sociaal isolement verkeren en geen andere sociale contacten hebben. Dit betekent voor de professionals dat ze permanent afwegen welke acties wel of niet legitiem zijn, of ze al dan niet directief optreden naar de oudere – wat nodig is als er geen verandering mogelijk lijkt – en hoe ze hun inspanningen naar zichzelf, collega's en anderen kunnen verantwoorden.

8.6 Conclusie over de interventie

Hoofdvraag 1:

Wat is de ervaren baat van persoonlijke begeleidingstrajecten voor sociaal geïsoleerde ouderen met structurele en complexe problematiek?

In dit onderzoek wordt nagegaan wat de hulpverlening aan sociaal geïsoleerde ouderen met multiproblematiek oplevert. Daarbij worden de resultaten niet louter opgevat in termen die samenhangen met het geformuleerde probleem, in dit geval het sociaal isolement, maar in termen van ervaren baat. Eerder onderzoek liet immers zien dat interventies voor deze doelgroep meestal niet tot vermindering van het sociaal isolement of tot netwerkontwikkeling leiden. In de 'ervaren baat' benadering wordt het domein van de resultaten van een interventie breder opgevat. De belangrijkste vraag is of de hulp voldoende oplevert voor de hulpvrager en of deze plaatsvindt op een manier die recht doet aan de positie en betekenisgeving van deze hulpvrager (Goossensen, 2014).

De belangrijkste doelstelling van de onderzochte interventie is de afname van eenzaamheidsgevoelens en/of de vergroting van het sociale netwerk en het vinden en zo nodig ontwikkelen van passende en effectieve interventies die aansluiten bij deze doelgroep (SMDC, 2006; SMDD, 2006). De bedoeling is op basis van een adequate analyse van de situatie van de cliënt een integrale aanpak in te zetten die is afgestemd op diens mogelijkheden en ambities. In het onderzoek wordt duidelijk dat de doelstellingen eenzaamheidsvermindering of vergroting van het sociale netwerk voor deze doelgroep vrijwel nooit worden gerealiseerd. Daar zijn verschillende redenen voor. Niet alle sociaal geïsoleerde ouderen kampen met eenzaamheidsgevoelens. De meesten zijn aan hun situatie gewend geraakt en hebben leren omgaan met het gebrek aan sociale contacten. Eenzaamheid of sociaal isolement zijn voor hen geen problemen (meer) waar ze hulp bij nodig hebben. Bij de ouderen die wel met sterke eenzaamheidsgevoelens kampen, zijn de mogelijkheden tot netwerkontwikkeling zeer beperkt. Ze slagen er niet in om contacten te leggen die ondersteunend en blijvend zijn: vanwege gedragskenmerken, psychische problemen, gebrekkige sociale competenties of negatieve ervaringen in het verleden. Door de overlevingsstrategieën die deze ouderen al vele jaren hanteren (vermijden, ontkennen, terugtrekken) is de kans om een goed functionerend netwerk op te bouwen steeds geringer geworden. Het contact met de hulpverlener kan ervoor zorgen dat de ouderen beter met hun eenzaamheidsgevoelens leren omgaan en voldoende emotionele steun ervaren om het leven beter aan te kunnen.

Dat vermindering van eenzaamheid of het opheffen van sociaal isolement niet mogelijk is, wil niet zeggen dat de hulp niet nodig is en geen belangrijke opbrengsten

heeft. Dit onderzoek toont aan dat de persoonlijke begeleidingstrajecten wel degelijk 'baten' opleveren, zowel in de ogen van de professionals als van de ouderen zelf. Daarbij is gekeken naar twee soorten ervaren baat, die respectievelijk betrekking hebben op de *probleemuitsnede* en de *breedte* waarop hulp wordt aangeboden.

De professionals nemen veel tijd om de ouderen te leren kennen en tot een brede probleemuitsnede te komen. Door een grondige analyse van de achtergronden en de situatie proberen ze zicht te krijgen op de mogelijkheden en ambities van de ouderen en de hulpverlening daarop af te stemmen. Het onderzoek maakt duidelijk dat de professionals zoveel mogelijk proberen aan te sluiten bij de ervaren hulpvragen van de ouderen en dat het domein waarop hulp wordt geboden zeer breed is. Dat past ook in de integrale aanpak die het uitgangspunt is van de persoonlijke begeleidingstrajecten. Sociaal isolement wordt opgevat als een probleem dat verweven is met problemen op andere levensterreinen en de hulp die in de trajecten wordt geboden is veelal gericht op het weghalen van belemmeringen voor zelfstandigheid, het oplossen van praktische problemen, het geven van emotionele steun, het bieden van een aanspreekpunt of het vormen van een professioneel vangnet. Al deze vormen van hulp vergroten de zelfredzaamheid van de ouderen. Het helpt hen om het dagelijks leven beter aan te kunnen omdat ze zich gesteund weten op momenten dat het nodig is. Dit biedt de ouderen rust en een gevoel van veiligheid.

De ouderen ervaren meer baat van de begeleidingstrajecten naarmate ze het gevoel hebben dat de professional beter oog heeft voor hun specifieke situatie, rekening houdt met hun beperkingen en goed aan weet te sluiten bij wat voor hen mogelijk en nodig is. Wanneer ouderen het gevoel hebben dat de professional hen niet goed begrijpt, andere prioriteiten stelt dan zij zelf, en voorbijgaat aan hun specifieke situatie of beperkingen, is de baat die de cliënt ervaart lager. Hoewel het aanpakken van sociaal isolement de invalshoek van de begeleidingstrajecten is, is het isolement voor de meeste ouderen niet het probleem waaraan ze willen of kunnen werken. Ze lopen tegen andere problemen aan die meer urgent zijn. Hoewel professionals dit over het algemeen wel aanvoelen en hun aandacht (in eerste instantie) op andere zaken richten, hebben ze toch het gevoel dat een traject niet echt is geslaagd als het isolement niet is aangepakt. Waar de professionals vaak vinden dat ze weinig kunnen bereiken bij deze doelgroep en dat de stappen die de ouderen zetten, zeer klein zijn, ervaren de ouderen de hulp als uiterst belangrijk voor hun leven, ook als hun problemen niet allemaal zijn opgelost. De baten liggen vooral op het vlak van ervaren aandacht, steun, betrokkenheid of warmte van de professional. Voor vrijwel alle ouderen geldt dat ze de professional in de eerste plaats zien als iemand bij wie ze terecht kunnen met vragen of zaken waar ze zelf

niet uitkomen. De professionals vormen voor hen een belangrijk aanspreekpunt en in veel gevallen ook een vangnet. Dit betekent dat de inspanningen van de professionals weliswaar niet leiden tot eenzaamheidsvermindering of netwerkontwikkeling, maar dat deze wel positief doorwerken voor de cliënt. Het oplossen van praktische problemen zorgt ervoor dat de ouderen langer zelfstandig kunnen blijven. Dit alles sluit overigens goed aan bij de benadering van sociaal isolement die in dit onderzoek is gekozen, namelijk vanuit de beleidscontext waarin participatie en zelfredzaamheid centraal staan. Hoewel de interventie is gericht op de aanpak van sociaal isolement, zien we dat het belangrijkste resultaat ligt op het vergroten van de zelfredzaamheid van de ouderen. Het onderzoek laat zien dat de behoeften op het sociale vlak voor veel ouderen geen prioriteit hebben, maar dat de daaruit voortvloeiende problemen op andere levensterreinen voor hen belangrijker zijn. Hoewel het sociaal isolement in de meeste gevallen niet kan worden aangepakt, is dat wel mogelijk voor de problemen die ermee verweven zijn. Daarmee kunnen de schadelijke gevolgen van het isolement waar de ouderen wél onder lijden, worden verminderd.

Kwaliteit van de relatie

Uit de literatuur blijkt dat de ervaren baat groter is bij een goede aansluiting (match) van professional en hulpvrager (Schuyt, 2005; Cossette et al. 2008; Goossensen, 2014). Deze relationele afstemming is niet alleen van belang om een interventie goed te kunnen uitvoeren, maar levert ook wat op voor de cliënt, namelijk de ervaring er te mogen zijn, de ervaring van emotionele steun en de ervaring begrepen te worden (Goossensen, 2014).

Het onderzoek laat zien dat de erkenning en de emotionele nabijheid van de professional cruciaal zijn voor de baat die ouderen ervaren en dat ze tevens een voorwaarde vormen voor het nemen van afgestemde besluiten. De professionals in dit onderzoek realiseren zich terdege dat de mogelijkheden om hulp te bieden afhankelijk zijn van de kwaliteit van de relatie met de ouderen. In die relatie is het permanent zoeken naar het juiste evenwicht: tussen bemoeien en laten, sturen en afwachten. Dit evenwicht is nodig om plannen te kunnen maken die aansluiten bij het tempo, de ambities en de mogelijkheden van de ouderen. Uit het onderzoek blijkt dat dit evenwicht niet alleen door professionals wordt gezocht; zij besluiten soms om bepaalde thema's niet te bespreken, omdat ze bang zijn het zorgvuldige opgebouwde vertrouwen te schaden. Ook de ouderen maken dit soort afwegingen: zij gaan soms ver mee in de voorstellen van de professionals. Ze gaan akkoord met interventies die ze eigenlijk niet aandurven, omdat ze het contact met de professional niet in de waagschaal willen stellen. Soms zetten cliënten stappen omdat ze de hulpverlener een plezier willen doen of iets 'terug' willen doen. Het opbouwen van een vertrouwensband is noodzakelijk om adequate hulp te

bieden. Deze band is immers de basis waarop professionals lastige zaken met de ouders kunnen bespreken en kritisch kunnen zijn over het handelen van de ouders. Toch realiseren beide partijen zich dat het in principe om een zakelijke relatie gaat. Dat is belangrijk omdat te grote afhankelijkheid averechts kan werken; dat risico is het grootst bij ouders die een sterke behoefte hebben aan contacten met anderen. Als de relatie met de professional die behoefte invult, is er geen reden meer om zelf actief te worden.

De kwaliteit van de relatie tussen hulpverlener en cliënt is cruciaal voor de effectiviteit van de interventie. Binnen die relatie dient de hulpverlener de hulp te structureren, de motivatie van de cliënt te activeren en de hulp af te stemmen op de specifieke situatie. De interventie schrijft een globale handelwijze van de professional voor, gekenmerkt door contactlegging, vraagverheldering en tijdelijkheid. Dit betekent dat de professional moet beschikken over een breed handelingsrepertoire dat aansluit bij de problemen en hulpvragen van de cliënten. Meer specifiek betekent dit dat de professional moet beschikken over kennis over de doelgroep (niet te hoge verwachtingen) en de valkuilen bij deze doelgroep (passiviteit, afhankelijkheid, terugval, routines), doelen moet stellen die zijn gebaseerd op realistische verwachtingen (gaat het werken en blijft het beklijven) en voortdurend een vinger aan de pols moet houden om te zien of bijstellingen nodig zijn. De professional moet in staat zijn de ruimte te nemen om van een bepaalde aanpak af te wijken als dat in het individuele geval noodzakelijk blijkt, op een beredeneerde wijze. Bepalend is dat de professional autonoom is in zijn beslissingen en steeds kan afwegen of er bij een bepaalde cliënt redenen zijn om af te wijken van de voorschriften of de gangbare manier van werken. De trajecten laten zien dat het van groot belang is dat professionals vanuit hun praktijkkennis hun eigen inschattingen en afwegingen kunnen maken, dat ze kunnen en mogen beoordelen wat nodig is in het contact met een bepaalde cliënt en hun handelen toe kunnen snijden op de individuele situatie van een bepaalde oudere. De persoonlijke begeleidingstrajecten bieden deze ruimte. Het aangaan van een persoonlijk begeleidingstraject kan dan in principe tijdelijk zijn; het is een intensieve interventie die nodig is om bij deze doelgroep de achtergronden en de vraag goed in beeld te krijgen. Deze tijdelijke intensieve investering maakt het mogelijk om de hulpverlening af te stemmen op de specifieke situatie en te voorkomen dat de situatie verder verslechtert. In de meeste gevallen is het belangrijk om het contact niet af te sluiten, maar de frequentie van de contacten geleidelijk af te bouwen tot een laagfrequent 'vangnet'-contact. Het voordeel daarvan is dat er bij nieuwe problemen of een terugval al een relatie bestaat waarbinnen dit opgemerkt en aangepakt kan worden.

Het is duidelijk dat professionals gemotiveerd moeten zijn om hulp te verlenen aan deze doelgroep en dat ze voldoende deskundig (toegerust) moeten zijn om toegang te krijgen en een relatie op te bouwen waarbinnen hulp mogelijk is. De begeleidingstrajecten verlopen vaak moeizaam, de ouderen zijn weinig toegankelijk en zeer terughoudend als het gaat om het formuleren van doelen of plannen. Slechts in enkele gevallen lukt het om het sociaal isolement enigszins te doorbreken. De professionals moeten accepteren dat er weinig verandermogelijkheden zijn en dat het stabiliseren van de situatie een belangrijk resultaat kan zijn. Belangrijk hierbij is de mogelijkheid voor professionals om de voortgang van de begeleiding van specifieke cliënten te kunnen bespreken in intervisiebijeenkomsten, waarin ze hun intuïtie kunnen bespreken, de keuzes die ze maken kunnen evalueren en gezamenlijk kunnen reflecteren op resultaten van hun inspanningen. Aangezien het werken met deze doelgroep voor professionals veel dilemma's met zich meebrengt, zou intervisie een voorwaarde moeten zijn voor organisaties die dit aanbod uitvoeren.

Evaluatie onderzoeksmethodiek (‘ervaren baat’ benadering)

9

9.1 Inleiding

Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van het onderzoeksprogramma Inzicht in sociale interventies van Movisie. Dat programma heeft twee doelstellingen. Een eerste doel is het genereren van kennis over de werkzaamheid van sociale interventies, in dit geval ‘Persoonlijke begeleidingstrajecten voor sociaal geïsoleerde ouderen met complexe problematiek’. De conclusies over deze doelstelling staat in hoofdstuk 8. Een tweede doel is het onderzoeken van de bruikbaarheid van diverse onderzoeksvormen voor het evalueren van sociale interventies. Het gaat daarbij om soorten evaluatieonderzoek die (nog) niet vaak zijn gebruikt. In dit onderzoek is de ‘ervaren baat’ benadering gehanteerd, een vorm van evaluatieonderzoek die bedoeld is om de effectiviteit van sociale interventies in kaart te brengen in termen van de door betrokkenen subjectief ervaren effecten. In de ‘ervaren baat’ benadering worden professionals en cliënten gezien als ‘experts’ die respectievelijk over praktijkkennis en ervaringskennis op het gebied van hun eigen vak en hun eigen leven beschikken. Het oordeel van deze experts staat centraal in dit onderzoek. De vraag is nu wat voor soort kennis deze benadering oplevert over de onderzochte interventie en hoe bruikbaar die kennis is voor de evaluatie van deze sociale interventie. In dit hoofdstuk gaan we na in hoeverre het onderzoek antwoord geeft op de vragen die in een evaluatieonderzoek worden gesteld. Ten eerste gaan we na of keuze voor de ‘ervaren baat’ benadering als geschikte evaluatievorm voor de vraagstelling van dit onderzoek juist is gebleken (9.2). Daarna gaan we in op de verschillende onderzoeksmethoden/manieren van dataverzameling die in het onderzoek zijn gehanteerd en de bijdrage van elk van deze methoden voor het evaluatieonderzoek (9.3). Een volgende vraag is in hoeverre de benadering passend onderzoek voor het sociale domein oplevert (9.4). Tot slot geven we antwoord op de onderzoeksvraag voor dit hoofdstuk: *‘Welke kennis levert de ‘ervaren baat’ benadering op over de mogelijkheden en grenzen van de hulpverlening aan sociaal geïsoleerde ouderen en hoe relevant is deze kennis voor het verbeteren van de interventiepraktijk?’* (9.5).

9.2 Motivatie voor de ‘ervaren baat’ benadering

Deelvraag 5:

Welke resultaten van de interventie worden zichtbaar door de ‘ervaren baat’ benadering in te zetten als vorm van evaluatieonderzoek?

Om inzicht te krijgen in de hoofdvraag van dit onderzoek is gekozen voor de ‘ervaren baat’ benadering. Die keuze is gemaakt omdat deze benadering een aantal problemen oplost die zich voordoen bij andere evaluatiemethoden in het sociale domein in het algemeen en bij het evalueren van interventies voor doelgroepen met complexe problematiek in het bijzonder (Melief, 2003). In deze benadering is niet de *research evidence* leidinggevend bij de keuze voor een bepaalde interventie, maar de *praktijkennis* van de betrokken professional over het beoordelen van de behoeften en mogelijkheden van de cliënt en de mogelijke interventies. Daarnaast wordt de *ervaringskennis* van de cliënt over zijn eigen situatie, behoeften en verwachtingen meegewogen bij het oordeel over de effectiviteit van een interventie. In de literatuur wordt een aantal voordelen van deze benadering genoemd.

Geen universele normen

Ten eerste zou de ‘ervaren baat’ benadering een oplossing bieden voor het probleem dat effecten niet goed te meten zijn wanneer universele normen en benchmarks voor de gewenste interventie-effecten ontbreken, omdat de gebruiker zelf zijn eigen normen en benchmarks genereert. Het onderzoek laat zien dat de sociaal geïsoleerde ouderen vaak normen en doelstellingen hebben die sterk afwijken van wat de professionals willen bereiken. De belangrijkste doelstelling van de interventie is vermindering van eenzaamheid en sociale activering of netwerkontwikkeling. De interventie is echter gericht op een zeer heterogene doelgroep. Er zijn ouderen die geen enkele behoefte hebben om hun netwerk verder uit te breiden of onder de mensen te komen, en ouderen die juist niets liever willen dan sociale activiteiten ondernemen, of hopen dat ze ooit deel kunnen uitmaken van een groep mensen waar ze gemeenschappelijke dingen mee kunnen delen. Ook zijn er sociaal geïsoleerde ouderen die het liefst met rust worden gelaten en elke vorm van bemoeienis afwijzen. Wanneer de resultaten van deze trajecten alleen worden gezien in termen van netwerkontwikkeling of sociale activering, zoals nu vaak gebeurt, lijken de resultaten zeer mager. Op dat vlak worden nauwelijks resultaten geboekt. Met behulp van de ‘ervaren baat’ benadering is duidelijk geworden dat de interventie voor de meeste ouderen veel oplevert, zoals persoonlijke aandacht, emotionele steun, opgeloste praktische problemen, een grotere zelfredzaamheid, een aanspreekpunt waar ze met hun problemen terecht kunnen of een vangnet dat er eerst niet was, waardoor verslechtering van de situatie kan worden voorkomen.

Meervoudige problematiek

Ten tweede is de 'ervaren baat' benadering ook toe te passen in situaties waar een EBP-benadering niet goed mogelijk is, omdat er bijvoorbeeld sprake is van meervoudige problematiek waarvoor verschillende soorten interventies worden ingezet. Men kan dan nagaan bij welke soort interventie of bij welke interventiekenmerken bepaalde baten in meer of mindere mate worden ervaren. Ook dit punt is van belang bij de doelgroep van dit onderzoek. Bij sociaal geïsoleerde ouderen die met structurele, complexe problematiek te maken hebben, liggen de problemen vaak op meerdere levensterreinen: het kan gaan om problemen op het gebied van inkomen of financiën, gezinsrelaties (bijvoorbeeld verbroken contact met kinderen, financiële uitbuiting), fysieke of geestelijke gezondheid, verslaving, ADL-vaardigheden, sociaal netwerk en maatschappelijke participatie. In het onderzoek is duidelijk geworden dat problemen op het sociale vlak niet voor alle ouderen prioriteit hebben. Hun behoeften aan sociale contacten verschillen sterk en in veel gevallen richten de professionals hun aandacht (eerst) op andere zaken die vanuit het oogpunt van zelfredzaamheid (beleidscontext) van groot belang worden geacht.

Gebrekkige methodevastheid van sociale professionals

Ten derde is de 'ervaren baat' benadering een oplossing voor het gebrek aan methodevastheid van sociale professionals. Er worden namelijk helpende (effectvolle) interventie-elementen geïdentificeerd door gebruikers te ondervragen over de elementen en ingrediënten die zij in de interventie meemaakten en over de heilzame dan wel negatieve invloed die zij daarvan hebben ervaren (zie ook Menger, 2003). Het onderzoek maakt duidelijk dat het werken met de doelgroep van de onderzochte interventie, sociaal geïsoleerde ouderen met complexe problematiek, van professionals een open houding en flexibiliteit vraagt. Er kunnen alleen resultaten worden geboekt als de professional maatwerk kan leveren dat aansluit bij de specifieke situatie van de betreffende oudere. Aangezien de werkwijze van de onderzochte interventie slechts globaal is beschreven, hebben de professionals veel ruimte om vanuit hun professionele expertise (praktijkkennis) te werken.

Concluderend kan worden gesteld worden dat de 'ervaren baat' benadering laat zien in hoeverre de beoogde effecten van de onderzochte interventie zijn gerealiseerd (doelbereiking) en in hoeverre dit is toe te schrijven aan de deze interventie (vgl. Migchelbrink, 2013). Daarnaast biedt de benadering een dieper inzicht in de resultaten van de onderzochte interventie dan mogelijk is met een meer objectieve effectmeting waarin wordt beoordeeld of de beoogde doelstellingen worden bereikt bij de ouderen die aan de trajecten deelnemen. Het wordt duidelijk dat de begeleidingstrajecten in de meeste gevallen niet tot netwerkontwikkeling of sociale activering leiden, maar dat wel degelijk resultaten worden geboekt. Die resultaten

worden verschillend gewaardeerd door de professionals en de cliënten; waar de resultaten vanuit het oogpunt van de professional gering lijken, hebben ze voor de ouderen zelf een grote betekenis. De 'ervaren baat' benadering biedt tevens inzicht in de problemen waar professionals tegenaan lopen en laat zien dat er grenzen zijn aan wat zij kunnen bereiken.

Het belangrijkste verschil met andere benaderingen is dat het domein waarop de resultaten van de interventie worden gemeten is verbreed. Dit onderzoek richt zich niet alleen op de tevredenheid van de cliënten, of de oplossing van hun problemen, maar vooral op de subjectieve beleving van de hulpverlening. Daarbij is duidelijk geworden dat de kwaliteit van de relatie tussen de professional en de cliënt een waarde op zich vertegenwoordigt en dat resultaten steeds in de context van die relatie moeten worden gezien. Door een beschrijving van het verloop van het hulpverleningsproces, een analyse van de ervaringen van professionals en cliënten en door de relatie tussen professional en cliënt van twee kanten te beschouwen, ontstaat een diep inzicht in de problematiek van de doelgroep en de mogelijkheden om de situatie van deze ouderen te verbeteren. Deze inzichten zijn cruciaal als we willen beoordelen of iets al dan niet als resultaat kan worden gezien.

9.3 De onderzoeksstrategie

Deelvraag 6:

Welke onderzoeksmethoden zijn ingezet om inzicht te krijgen in de ervaren baat van de interventie?

De 'ervaren baat' benadering biedt uitgangspunten voor het evalueren van sociale interventies, maar het is geen vast omschreven onderzoeksmethode. Eerdere onderzoeken vanuit deze benadering zijn ontwikkeld en uitgevoerd door onderzoekers van het Verwey-Jonker Instituut, die ervaren baat hebben gemeten met behulp van Sater, een instrument dat bedoeld is om de effecten van maatschappelijke dienstverlening in kaart te brengen met behulp van gestandaardiseerde schalen.¹⁴ Daarbij worden ook de relevantie en effectiviteit van de interventie vanuit het perspectief van de cliënten gemeten. Er wordt gevraagd naar de tevredenheid met de hulpverlening en of de problemen zijn opgelost.

In dit onderzoek is er nadrukkelijk voor gekozen om te focussen op de subjectief ervaren effecten van de onderzochte interventie, door middel van een kwalitatieve onderzoeksbenadering met een sterk explorerend karakter. Om de betrouwbaarheid

¹⁴ De benadering ligt onder meer ten grondslag aan Sater (= Self Administered Treatment Evaluation Rating), een meetinstrument om de effecten van maatschappelijke dienstverlening in kaart te brengen en daarmee de investeringen voor organisaties en gemeenten te verantwoorden (VWI, 2005). In Sater zijn de gegevens gestandaardiseerd om vergelijking van gegevens uit meerdere gemeenten mogelijk te maken.

en de validiteit van het onderzoek te vergroten, is gebruik gemaakt van verschillende databronnen (ouderen, professionals) en dataverzamelmethode (logboeken, interviews, focusgroepen). Elk van deze bronnen en methoden leverde specifieke soorten informatie op.

Eerder onderzoek en typologie van interventieprofielen

Een deel van het onderzoeksmateriaal was eerder geproduceerd in het kader van een ander onderzoek dat als doel had inzicht te krijgen in de doelgroep sociaal geïsoleerde ouderen en eventuele subcategorieën van deze doelgroep te onderscheiden met het oog op interventies. Dat onderzoek vond plaats tussen 2007 en 2011 (zie Machielse & Hortulanus, 2011). Aan professionals van zes Rotterdamse organisaties is toen gevraagd logboeken bij te houden van hun contacten met sociaal geïsoleerde cliënten; daarbij is een open procedure gevolgd, dat wil zeggen dat de professionals slechts een globaal format kregen aangereikt met als belangrijkste thema's: de contactlegging, de voortgang van de begeleiding en de (eventuele) afronding van de begeleidingstrajecten. Verder konden zij zelf bepalen welke elementen ze relevant vonden om te vermelden. De logboeken leverden veel informatie op over de persoonlijke ervaringen van de professionals, de keuzes die zij maakten in de begeleidingstrajecten en de problemen die ze tegenkwamen. Daarnaast lieten de logboeken duidelijk de variëteit van de doelgroep zien. Op basis van de informatie in deze logboeken en aanvullende interviews met cliënten en professionals is uiteindelijk een typologie van interventieprofielen ontwikkeld (Machielse, 2011a, 2012). Deze typologie maakt duidelijk dat er grote verschillen zijn tussen ouderen die tot de doelgroep behoren, en dat de verschijningsvormen en de complexiteit van de problematiek sterk kunnen variëren (zie H2). De typologie is een hulpmiddel voor professionals om een inschatting te maken van de mogelijkheden die er zijn om een specifieke cliënt te ondersteunen. Kennis van de typologie voorkomt dat professionals te snel standaardoplossingen inzetten, iets dat bij sociaal geïsoleerde ouderen vaak een averechts effect heeft.

Dit onderzoek naar de ervaren baat van persoonlijke begeleidingstrajecten bouwt voort op het eerdere onderzoek naar sociaal isolement bij ouderen en de mogelijkheden om passende interventies in te zetten voor deze doelgroep. Bewust is gekozen voor de groep ouderen met structurele isolementproblematiek, omdat het eerdere onderzoek liet zien dat de resultaten van professionele inspanningen bij deze groep moeilijk zichtbaar zijn te maken (zie ook 2.6).

Studie van geselecteerde logboeken

Het onderzoek is gestart met de selectie van 36 logboeken uit het eerdere onderzoek. De logboeken bevatten casusbeschrijvingen met informatie over de ouderen,

verslagen van intakegesprekken, bezoek- en reflectieverslagen en verslagen van interviewbijeenkomsten waarin de cliënten zijn besproken (zie ook 1.5). De logboeken waren van belang om inzicht te krijgen in het verloop van de trajecten gedurende een langere tijd. Ze boden belangrijke informatie over de start van de trajecten, de contactlegging en de problemen die zich daarbij voordeden. Ze gaven ook inzicht in de eerste ervaringen van de professional met de cliënten en hun zoekproces om de cliënt te leren kennen. Aangezien professionals ten tijde van de interviews vaak al lange tijd betrokken waren bij een specifieke cliënt, boden de logboeken informatie die een belangrijke aanvulling vormde op datgene wat uit de interviews naar voren kwam. De professionals waren soms verbaasd over hun aantekeningen bij de start van het contact met de cliënten en hun aanvankelijke inschatting van de situatie van de ouderen.

De logboeken bieden veel informatie over het verloop van de begeleidings-trajecten, maar niet voldoende om de vraag van dit onderzoek te beantwoorden. Ten eerste is de inhoud van de logboeken zeer verschillend. De grootste verschillen betreffen de informatiedichtheid en de reflexiviteit van de professional. Sommige professionals schrijven paginalange verslagen over elk bezoek of contact dat ze met hun cliënten hebben gehad en geven uitvoerig weer welke overwegingen ze hadden bij het maken van keuzes, hun motivering om bepaalde interventies in te zetten, reflecties over hun eigen handelen en de reactie daarop van de cliënten. Andere professionals hebben in de logboeken vooral bezoekverslagen geschreven, waarin heel feitelijk is weergegeven welke stappen zijn gezet, maar waarin de overwegingen of motivaties die aan elk van die stappen ten grondslag liggen niet zijn vermeld.

Een ander nadeel was dat bij het verzoek om logboeken te schrijven niet expliciet was gevraagd te beschrijven wat de trajecten in hun ogen opleverden. Sommige professionals hebben de logboeken afgerond zonder hier informatie over vast te leggen. De logboeken boden dus veel informatie over het verloop van de trajecten en de werkwijze van de professionals, maar minder over de resultaten die zijn bereikt.

Face-to-face interviews met ouderen

Na de studie van de logboeken zijn uit de logboeken elf cliënten geselecteerd voor een diepte-interview. Daarnaast zijn veertien ouderen geselecteerd die later in begeleiding zijn gekomen en over wie geen logboeken zijn bijgehouden. Om een breed inzicht in de ervaringen van de doelgroep te krijgen, zijn ouderen uit alle vier de interventietypen geselecteerd (zie bijlage IV).

De toegang tot de ouderen verliep in alle gevallen via de begeleidende professionals. De meeste ouderen waren aanvankelijk afhoudend als hen werd gevraagd mee te doen aan een interview, omdat ze niet goed wisten wat het inhield.

Wanneer de professional aangaf vertrouwen in de onderzoeker te hebben, vonden ze het meestal goed dat de onderzoeker hen benaderde. De toegang van de onderzoeker tot de doelgroep was dus afhankelijk van de relatie van de begeleidende professionals met de betreffende ouderen. De vertrouwensrelatie tussen de professional en de oudere bleek voldoende reden voor de laatste om een onbekende onderzoeker toe te laten. Het betekent wel dat de professional de onderzoeker goed moet kennen en erop moet vertrouwen dat het interview de cliënt geen schade zal doen. Omdat een interview een 'interventie' is, zeker bij mensen die niet gewend zijn om anderen in hun leven toe te laten, is elk interview nabesproken met de begeleidende professional. In die zin maakten de interviews soms letterlijk deel uit van het begeleidingsproces. In enkele gevallen vroegen professionals de onderzoeker een interview met een bepaalde cliënt te houden omdat ze het gevoel hadden vast te zitten en benieuwd waren naar het perspectief van de onderzoeker.

Sommige geselecteerde ouderen bleven een interview afwijzen, vooral ouderen die tot de categorie buitenstaanders en overlevers hoorden. Enkele buitenstaanders voelden er niks voor omdat ze het nut er niet van inzagen en geen zin hadden om de 'gesprekken met de professional nog eens over te doen'. Overlevers gaven aan dat ze het niet goed aandurfdem om met een 'vreemde' in gesprek te gaan. Dit betekent dat vooral ouderen zijn geïnterviewd die een relatie met hun hulpverlener hadden opgebouwd waarbinnen ze zich veilig voelden; vanuit die relatie waren ze bereid een onderzoeker in hun leven toe te laten. In een enkel geval nam de oudere de kans waar om tegen de onderzoeker te klagen over de hulpverlener, in de hoop dat de onderzoeker daar verandering in kon brengen.

De interviews met de ouderen leverden veel informatie op over hun ervaringen met de persoonlijke begeleidingstrajecten. Hoewel de onderwerpen van de topiclijst meestal wel aan de orde zijn gekomen, verliepen veel interviews zeer chaotisch. Sommige gesprekken waren nauwelijks te sturen omdat de oudere van de hak op de tak sprong, tegenstrijdige dingen beweerde, uitweidde over allerlei zaken of steeds terugkwam op bepaalde thema's, zoals teleurstellingen met eerdere hulpverleners of het verbroken contact met hun kinderen. Er waren grote verschillen in de mate waarin de ouderen in staat waren om over hun situatie te praten en hun ervaringen te verwoorden. Sommige ouderen waren zeer reflexief over hun leven en hun ervaringen met de hulpverlener; bij een enkele oudere verliep het gesprek zeer moeizaam omdat de oudere het moeilijk vond om zich bloot te geven. De duur van de gesprekken varieerde van anderhalf tot meer dan vier uur. Vier ouderen zijn meerdere malen geïnterviewd (twee ouderen twee keer, twee ouderen drie keer), met tussenliggende periodes van één tot drie jaar. De bedoeling was meer ouderen twee maal te interviewen maar door de personele wisselingen in de betrokken organisaties (zie 1.6) is dat niet gelukt. Veel bekende cliënten werden door de 'oude' professionals overgedragen aan 'nieuwe' professionals die de cliënten en de onderzoeker

nog niet kenden. Van andere cliënten werden alleen de dossiers overgedragen. In die gevallen kostte het de nieuwe professional vaak veel tijd en moeite om contact te leggen en toegang te krijgen tot de cliënt. Ook was er enige tijd nodig voor het mogelijk was een interview met een onderzoeker te regelen. Vanwege de uitloop van het onderzoek was er geen gelegenheid om deze cliënten een tweede keer te bezoeken en meer inzicht te krijgen in de voortgang van de interventie. Gedurende de looptijd van het onderzoek zijn vijf geïnterviewde cliënten overleden, vier ouderen zijn opgenomen in een verpleeghuis en twee ouderen zijn uit het beeld van de hulpverlening geraakt vanwege een verhuizing naar een andere deelgemeente.

Gesprekken en interviews met professionals

Gedurende de onderzoeksperiode zijn veel gesprekken gevoerd met de professionals die structureel sociaal geïsoleerde ouderen hebben begeleid of nog steeds begeleiden. De gesprekken hadden betrekking op de informatie in de logboeken en over de dagelijkse gang van zaken in de begeleidingstrajecten. Alle interviews met de ouderen zijn nabesproken met de begeleidende professionals. Met zeventien professionals zijn meer geformaliseerde interviews gehouden aan de hand van een topiclijst (zie bijlagen 1 en III). De meeste professionals waren ook betrokken bij het eerdere onderzoek naar de aanpak van sociaal isolement. Zij zijn goed bekend met de typologie en gebruiken die om richting te geven aan de begeleiding en hulp die ze bieden. De professionals van de later aangesloten organisaties hadden minder ervaring met het begeleiden van sociaal geïsoleerde ouderen. De individuele gesprekken, de interviews en de focusgroepen boden hen ook de gelegenheid om ervaringen uit te wisselen en strategieën voor het omgaan met bepaalde cliënten te bespreken.

Focusgroepen met professionals

In het onderzoek zijn twee inhoudelijk voorbereide en georganiseerde groeps gesprekken gehouden met groepen professionals die structureel sociaal geïsoleerde cliënten begeleiden. De gesprekken vonden plaats bij de start van dit onderzoek (eind 2012) en in de eindfase van het onderzoek (maart 2014). Deelnemers waren professionals die veel ervaring hebben met het begeleiden van sociaal geïsoleerde cliënten. De focusgroepgesprekken leverden veel informatie op over de begeleiding van ouderen uit de doelgroep. Belangrijke thema's waren de contactlegging met structureel geïsoleerde ouderen, de voortgang van de trajecten en de afronding ervan. In de focusgroepen bleek dat de ervaringen van de professionals in de verschillende organisaties over het verloop van de trajecten sterk overeen kwamen. Een belangrijk onderwerp dat naar voren kwam was het benoemen van de resultaten van de begeleidingstrajecten. Veel professionals vonden het lastig om concrete resultaten van hun inspanningen te benoemen. In de focusgroepen hielpen ze elkaar

verwoorden wat de begeleiding van specifieke cliënten nu precies had opgebracht. Ook werd veelvuldig gesproken over de relatie met de ouderen en vooral over hun pogingen om een goed evenwicht te vinden tussen professionele distantie en persoonlijke betrokkenheid. In die zin fungeerden de focusgroepen als een soort collegiale consultatie voor de professionals. Voor de onderzoeker leverden deze focusgroepen veel informatie op over de vragen waar professionals mee worstelen en de wijze waarop ze met bepaalde problemen in de begeleiding omgaan. Bovendien boden de focusgroepen de mogelijkheid om na te gaan of de interpretatie van de informatie die was opgedaan via andere databronnen (de logboeken en de individuele interviews) overeenstemde met de interpretaties van de professionals.

9.4 Passend onderzoek voor het sociale domein

Deelvraag 7:

Hoe kunnen de resultaten worden benut voor het verbeteren van de hulpverlening aan deze ouderen?

In hoeverre levert de 'ervaren baat' benadering passend onderzoek op voor het sociale domein in meer algemene zin? Criteria daarvoor zijn dat het onderzoek past bij de stand van zaken van de onderzochte praktijk en dat het aansluit bij de kennisbehoeften uit de praktijk (Omlo, Bool & Rensen, 2013). Geeft deze benadering antwoord op concrete vragen die vanuit de praktijk van de professionals worden gesteld (Tavecchio & Gerrebrands, 2012)?

De persoonlijke begeleidingstrajecten zijn ontwikkeld om de hulpverlening aan sociaal geïsoleerde ouderen voor wie standaardoplossingen niet van toepassing zijn, te verbeteren en de deskundigheid van professionals omtrent passende interventies voor deze doelgroep te vergroten. De 'ervaren baat' benadering is bij uitstek geschikt om bij deze kennisbehoeften uit de praktijk aan te sluiten en inzicht te bieden in de stand van zaken in de onderzochte praktijk. Het onderzoek heeft betrekking op begeleidingstrajecten die veel ruimte bieden aan professionals om maatwerk te leveren en aan te sluiten bij de ambities en mogelijkheden van de ouderen die ze begeleiden. De 'ervaren baat' benadering is hiervoor een passende evaluatievorm gebleken omdat het de interventie breed opvat en alle aspecten daarvan in beeld kan brengen, inclusief de twijfels en worstelingen van professionals in het zoeken naar passende hulpverleningsvormen en de ervaringen en ambities van de cliënten zelf.

De inzichten die het onderzoek oplevert, zijn om twee redenen van belang voor professionals. Ten eerste hebben ze veel behoefte aan reflectie op hun handelen en op de keuzes die ze maken bij de hulpverlening aan deze complexe doelgroep. Ten tweede hebben ze veel behoefte om de inspanningen die ze plegen inzichtelijk te

maken en naar elkaar en hun managers meer duidelijkheid te verschaffen over de inhoud van hun werk. Het onderzoek voorziet in beide behoeften. De benadering levert veel kennis op over de doelgroep van de interventie. Het onderzoek biedt inzicht in de complexiteit van de problematiek van de doelgroep, kennis die relevant is voor de (verdere) ontwikkeling van de interventie, of de inbedding ervan in de uitvoeringspraktijk in bredere zin. De inzichten kunnen gebruikt worden om de doelstelling en de werkwijze van de interventie beter af te stemmen op de doelgroep en op het probleem dat wordt aangepakt. In dit geval is sociaal isolement de invalshoek van de interventie en zijn netwerkontwikkeling en eenzaamheidsbestrijding primaire doelen. Zo maakt het onderzoek duidelijk dat de probleemopvatting in de praktijk veel breder is en dat het vergroten van de zelfredzaamheid van de betrokken ouderen een meer realistisch doel is dat door veel professionals wordt nagestreefd.

De kennisbehoefte uit de praktijk heeft niet alleen betrekking op de vraag welke interventies tot gewenste uitkomsten leiden, maar bijvoorbeeld ook over het soort professionals dat nodig is, over de relationele vaardigheden die een professional nodig heeft om effectief te zijn of, of over de motivatie van de professionals die deze interventie uitvoeren (Goossens, Van Dijk & Baart, 2013). Het onderzoek levert ook informatie op over deze zaken. Juist door alle aspecten van de begeleidingstrajecten inzichtelijk te maken, wordt duidelijk wat professionals kunnen verwachten van de hulpverlening aan deze doelgroep en welke eigenschappen en vaardigheden dat van hen vraagt.

9.5 Conclusie over de onderzoeksmethodiek

Hoofdvraag 2:

‘Welke kennis levert de ‘ervaren baat’ benadering op over de mogelijkheden en grenzen van de hulpverlening aan sociaal geïsoleerde ouderen en hoe relevant is deze kennis voor het verbeteren van de sociale interventiepraktijk?’

In dit onderzoek is de ‘ervaren baat’ benadering gebruikt om te beoordelen wat de hulpverlening aan sociaal geïsoleerde ouderen met complexe problematiek oplevert. Deze benadering is gekozen om drie redenen. Ten eerste is hij geschikt voor het beoordelen van interventies voor doelgroepen met complexe problematiek waarbij geen standaardnormen of benchmarks voor de gewenste interventie-effecten bestaan omdat de gebruikers hun eigen normen en doelstellingen hebben. Dit onderzoek laat zien wat de normen en doelen van die gebruikers zijn en geeft aan in hoeverre deze kunnen worden gerealiseerd met de interventie. Ten tweede is deze benadering geschikt wanneer sprake is van meervoudige problematiek. Ook dat is het geval bij de doelgroep van de onderzochte interventie; uitgangspunt van de interventie is dan ook een integrale aanpak, waarbij geen prioritering is vastgesteld

voor het soort problemen dat opgelost dient te worden. De 'ervaren baat' benadering biedt ruimte om de breedte van deze integrale aanpak te laten zien. Een derde reden om deze benadering te gebruiken is dat sociale professionals in de begeleidingstrajecten geen duidelijk omschreven methode hanteren. Ze gebruiken vooral andere kennisbronnen in hun handelen, namelijk de stilzwijgende, taciete praktijkkennis die ze door het werken in de praktijk hebben opgedaan en de preferenties, behoeften en waarden van de cliënten (Sackett et al., 2000). Het onderzoek biedt inzicht in de afwegingen die professionals maken, de twijfels die ze hebben en de strategieën die ze hanteren om aan te sluiten bij de behoeften en waarden van de ouderen die ze begeleiden. Door een triangulatie van databronnen en dataverzamelmethode is op alle drie deze punten relevante informatie verkregen.

Vragen waar een evaluatieonderzoek antwoord op zou moeten geven, zijn: Wat werkt wel/niet in welke omstandigheden? Sluit het aan op de kennis die al beschikbaar is en wat voegt het daaraan toe? Welke knelpunten zijn er en wat leren we daarvan? In hoeverre worden de beoogde doelen gerealiseerd?

Het onderzoek laat duidelijk wat centrale aspecten van de persoonlijke begeleidingstrajecten zijn, namelijk een integrale aanpak en maatwerk. Cruciaal is de kwaliteit van de relatie tussen professional en cliënt; die kwaliteit is vooral afhankelijk van de mate waarin de cliënt zich gezien en erkend weet, emotionele steun ervaart van de professional en besluiten over in te zetten interventies plaatsvinden in goed overleg. Wat niet werkt, zijn doelen en plannen die niet aansluiten bij de ambities en mogelijkheden van de cliënt, die niet bij diens tempo passen en geen rekening houden met de specifieke omstandigheden en beperkingen van de cliënt.

Het onderzoek voegt kennis toe aan de beschikbare kennis over interventies bij sociaal geïsoleerde ouderen door de focus te richten op de experiëntiële kennis van de professionals en de cliënten. Zij worden gezien als experts die informatie hebben over hun eigen praktijk en over hun eigen leven. Het onderzoek voegt vooral informatie toe over betekenisgeving, over de ervaringen van de professionals in de trajecten en van de begeleide ouderen zelf en over de verschillen en overeenkomsten daartussen. Daarmee is het aanvullend op de meer objectieve metingen die de betrokken organisaties zelf bijhouden, namelijk over het aantal afgeronde trajecten, het aantal mensen dat geactiveerd is naar sociale activiteiten, de gemiddeld tijdsinvestering per cliënt, et cetera. Ook de knelpunten in de begeleidingstrajecten zijn duidelijk geworden. Die hebben bijvoorbeeld betrekking op de start en de afronding van de trajecten. Een belangrijke vraag daarbij is of het wenselijk en nodig is om een maximale termijn of tijdsbesteding aan te geven, aangezien de meeste contacten geleidelijk overgaan in een regulier contact of een vangnetcontact. Voor de termijn waarop dit plaatsvindt zijn geen algemene richtlijnen te geven; hier varen de professionals vooral op hun professional expertise en ervaring.

Een belangrijke les die uit het onderzoek kan worden getrokken, is dat het voor professionals van groot belang is om de voortgang en het verloop van de trajecten met collega's te bespreken. Juist omdat zo'n groot beroep op hun praktijkkennis wordt gedaan, is het 'leren' van casussen, het uitwisselen van ervaringen en het uitdiepen van dilemma's voor hen van belang. Intervisie en casuïstiekbespreking zijn voorwaarden om de deskundigheid over de begeleiding van deze complexe doelgroep te vergroten. Ook hebben de professionals veel behoefte om duidelijk te maken naar hun management wat ze precies doen in de trajecten en wat het volgens hen oplevert. Dit onderzoek maakt duidelijk wat de hulpverlening aan deze doelgroep met complexe problematiek inhoudt en kan bijdragen aan inzicht en begrip binnen de eigen organisatie.

Een laatste vraag is: Kan de gehanteerde onderzoeksbenadering een kwaliteitsimpuls leveren aan de kennisontwikkeling in de sociale sector? Uitgangspunt van deze studie was dat de sociale interventiepraktijk een complex en emergerend systeem is en dat de smalle opvatting van evidence based practice een reductie is van de complexiteit, de dynamiek en de contextuele bepaaldheid van sociale interventiepraktijken (Tavecchio & Gerrebrands, 2012). De bredere definitie van de evidence based benadering, zoals verwoord door Sackett e.a. (2000) biedt wel mogelijkheden om de complexiteit van de onderzochte werkelijkheid in beeld te brengen. Daarbij wordt niet alleen waarde toegekend aan theoretische kennis over (wetenschappelijk bewezen) effectieve interventies, maar ook aan de taciete, vaak impliciete expertise van professionals en de preferenties, behoeften en waarden van cliënten. In dit onderzoek zijn deze laatste twee kennisbronnen centraal gesteld. Gebleken is dat dit noodzakelijke bronnen zijn om de deskundigheid over de hulpverlening aan een doelgroep met complexe problematiek te vergroten. Inzicht in de ervaringen van betrokken 'experts' is belangrijk om de omstandigheden van de personen in de doelgroep, de knelpunten en de succesfactoren van interventies, de mogelijkheden en grenzen van de hulpverlening te kunnen duiden en op hun merites te beoordelen. Op basis van deze inzichten kunnen professionals betere diagnoses stellen en zijn ze beter in staat om realistische en haalbare doelen te formuleren. De experiëntiële kennis dient tevens als grondslag voor het nemen van weloverwogen beslissingen over de interventies die ze inzetten bij cliënten die in vergelijkbare situaties verkeren. Het beoordelen van de resultaten van sociale interventies met de 'ervaren baat' benadering levert veel informatie op die het mogelijk maakt om de professionele inzet bij deze complexe doelgroep beter te prioriteren en te sturen en daarmee praktijkinnovatie en kwaliteitsbevordering te realiseren (Flikweert et al., 2002).

Literatuur

Bartlett, H., Warburton, J., Lui, C., Peach, L. & Carroll, M. (2012). Preventing social isolation in later life: Findings and insights from a pilot Queensland intervention study. *Ageing & Society*. Available on CJO 2012. doi:10.1017/S0144686X12000463.

Boer, N. de & Lans, J. van der (2011). *Burgerkracht. De toekomst van het sociaal werk in Nederland*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO).

Brewer, J.M.B. (2005). The psychological impact of social isolation: Discussion and commentary. In: K.D. Williams, J.P. Fogas, & W. Hippell (Eds.), *The social outcast: Ostracism, social exclusion, rejection and bullying*. New York/London: Taylor and Francis.

Cacioppo, J.T. & Cacioppo, S. (2014). Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and Personality Psychology Compass*, 8, 58-72. doi: 10.1111/spc3.12087.

Cacioppo, C.T. & Hawkley, L.C. (2003). Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspectives in Biology and Medicine*, 47: S39-S52.

Cartwright, R.F.C. & Findlay, R. (2002). *Social isolation older people: A literature review*. Brisbane QLD Australia: Ministerial Advisory Council on Older People.

Cattan, M., White, M., Bond, J. & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25(1): 41-67.

Cossette, S., Cara, C., Ricard, N. & Pepin, J. (2005). Assessing nurse-patient interactions from a caring perspective: report of the development and preliminary psychometric testing of the Caring Nurse-Patient Interactions Scale. *International Journal for Nursing Studies*, 42(6): 673-686.

Côté, J.E. & Levine, C.G. (2002). *Identity formation, agency, and culture: A social psychological synthesis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Davies, P. (2005). *The Campbell Collaboration*, paper presented on the 1e Campbell Seminar Evidence-based practice. Belgian Centre for Evidence-based Medicine, 13 april, België, Leuven.

Dickens, A. Richards, S., Greaves, C. & Campbell, J. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: A systematic review. *BMC Public Health*, 11(1), 647.

Evers, J. (2005). *Kwalitatief interviewen: Kunst en kunde*. Den Haag: Boom/Lemma

Findlay, R.A. (2003). Interventions to reduce social isolation amongst older people: Where is the evidence? *Ageing & Society*, 23(5): 647-658.

Fishman, D. (1999). *The case for pragmatic psychology*. New York: New York University Press.

Flikweert, M., Mak, J., Kromontono, E., Melief, W. & Vander Laan, G. (2002). *De uitkomsten van de hulpverlening van MJD Groningen*. Utrecht, Verwey-Jonker Instituut.

Flikweert, M. & Melief, W.(2000). *Cliënten over het maatschappelijk werk. Een metastudie naar tevredenheidsonderzoek van maatschappelijk werk*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Fokkema, T. & Tilburg, T. van (2006). *Aanpak van eenzaamheid: helpt het?* Den Haag: NIDI.

Garretsen, H., Rodenburg, G. & Bongers, I. (2003). Evidence Based werken in de welzijnssector. *Sociale Interventie*, 12:30-35.

Giddens, A. (2002). *Runaway world: How globalization is reshaping our lives*. London: Profile Books.

Glaser, B.G. & A.L. Strauss (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for kwalitatieve research*. Chicago: Aldine.

Goffman, E. (1980 [1959]). *The presentation of self in everyday life*. Harmondsworth: Penguin.

Goossensen, A. (2014). Consequenties van mismatch. In: A. Goossensen (red.). *Schetsen van mismatch. Een zorgethische visie op evaluatieonderzoek*, pp. 89-96. Utrecht: Movisie.

Goossensen, A., Van Dijke, J. & Baart, A. (2014), Leren kennen, laten kennen: Casus en probleemformulering. In: A. Goossensen (red.), *Schetsen van mismatch*. pp. 18-30. Utrecht: Movisie.

Groot, A.D. de (1994). *Methodologie. Grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen*. Assen: Van Gorcum.

Hermans, K. (2005). Evidence-based practice in het maatschappelijk werk. Een pragmatische benadering. *Sociale Interventie* 13 (3): 5-15.

Hortulanus, R., Machielse, A. & Meeuwesen, L. (2003). *Sociaal isolement. Een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland*. Den Haag: Elsevier Overheid.

Hortulanus, R., Machielse, A. & Meeuwesen, L. (2006). *Social isolation in modern society*. London/New York: Routledge.

Hortulanus, R., Meeuwesen, L. & Machielse, A. (2000). Eenzame naasten. In: R. Hortulanus & A. Machielse (red.), *Wie is mijn naaste?* pp. 53-67. Den Haag: Elsevier Bedrijfsinformatie. Het Sociaal Debat, nummer 2.

Houben, P. (2009). *Interactief levensloopbeleid. Vensters en gereedschap om de tweede levenshelpt vorm te geven*. Amsterdam: SWP.

Jong Gierveld, J. de & Tilburg, T. van (red.). (2007). *Zicht op eenzaamheid. Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum.

Krechtig, L. & Menger, A. (2003). Effectieve reclasseringsinterventies. *Sociale Interventie*, 12 (4), 43-52.

Kunneman, H. (1986). *De waarheidstrechter*. Meppel: Boom.

Laan, G. van der (1995). *Leren van gevallen*. Utrecht: SWP.

Laan, G. van der (2003). De professional als expert in practice-based evidence. Wat maakt sociale interventies effectief? *Sociale Interventie* 12 (4): 5-16.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality* 1(3): 141-169.

- Lipshitz, R., Klein, G., Orasanu, J. & Salas, E. (2001). Taking stock of naturalistic decisionmaking. *Journal of behavioral decision making* 14: 331-352.
- Lub, V., Groot, N. de & Schaafsma, J. (2011). *Polarisatie en radicalisering. De onderbouwing van sociale interventies getoetst*. Utrecht: Movisie.
- Machielse, A. (2003). *Niets doen, niemand kennen. De leefwereld van sociaal geïsoleerde mensen*. Den Haag: Elsevier Overheid.
- Machielse, A. (2006). Sociaal isolement of maatschappelijk actief. *Geron, Tijdschrift over ouder worden en maatschappij*, 2: 8-10.
- Machielse, A. (2006). Sociaal isolement vraagt om nieuw beleid. *Openbaar Bestuur* 8, 24-27.
- Machielse, A. (2006). *Onkundig en onaangepast. Een theoretisch perspectief op sociaal isolement*. Utrecht: Jan van Arkel.
- Machielse, A. (2011a). Sociaal isolement bij ouderen: een typologie als richtlijn voor effectieve interventies. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice* 20 (4): 40-61.
- Machielse, A. (2011b). Bestrijding van sociaal isolement bij ouderen. In: *Openbaar Bestuur, Tijdschrift voor beleid, organisatie en politiek* 21(9): 18-22.
- Machielse, A. (2015). The Heterogeneity of Socially Isolated Older Adults: A Social Isolation Typology. *Journal of Gerontological Social Work* 58(4), 338-356. doi.org/10.1080/01634372.2015.1007258.
- Machielse, A. & Hortulanus, R. (2010). Goed Ouder Worden: een goede balans tussen autonomie en verbondenheid. *Tijdschrift voor Humanistiek*, april/mei 2010: 23-35.
- Machielse, A. & Hortulanus, R. (2011). *Sociaal isolement bij ouderen. Op weg naar een Rotterdamse aanpak*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Machielse, A. & Hortulanus, R. (2011). Sociaal weerbaar of sociaal geïsoleerd? Het belang van sociale relaties bij het ouder worden. In: P. Derkx, A. Maas & A. Machielse (red.) (2011). *Goed ouder worden*. Amsterdam/Utrecht: Uitgeverij SWP/ Humanistic University Press.

Masi, C.M., Chen, H., Hawkley, L.C. & Cacioppo, J.T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15, 219-266.

Maso, I. & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek. Praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.

McNeece, C.A. & Thyer, B.A. (2004). Evidence-based practice and social work. *Journal of evidence-based social work*, 1(1): 7-25.

Meeuwesen, L. (2006). Social isolation: A combines analysis. In R. Hortulanus, A. Machielse & L. Meeuwesen (Eds.), *Social isolation in modern society* (pp.201-216). Londen: Routledge.

Melief, W. (2003). Evidence-based practice in sociale interventies. Plaats, mogelijkheden en beperkingen. *Sociale Interventie*, 13 (4), 17-29.

Melief, W., Flikweert, M. & Broenink, N. (2002). *Heeft u er wat aan gehad? Bent u tevreden? Cliëntenraadpleging met het Sater-systeem in het maatschappelijk werk*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Migchelbrink, F. (2013). *Handboek praktijkgericht onderzoek. Zorg, welzijn , wonen en werken*. Amsterdam: SWOP.

Nicholson, N.R. (2012). A review of social isolation: An important but underassessed condition in older adults. *The Journal of Primary Prevention*, 33(2-3): 137-152. doi:10.1007/s10935-012-0271-2.

Omlo, J. (2011). Waar zijn we nu eigenlijk mee bezig? Kwalitatief onderzoek maakt sociale interventies beter. *Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken*, 65(10): 26-29.

Omlo, J., Bool, M. & Rensen, P. (2013). Op weg naar een evaluatiecultuur. In J. Omlo, M. Bool & P. Rensen (red.), *Weten wat werk. Passend evaluatieonderzoek in het sociale domein*. Utrecht: Movisie.

Owen, T. (2001). The high cost of isolation. *Working with Older People*, 5, 21-3.

Pantell, M., Rehkopf, D., Jutte, D., Syme, S.L., Balmes, J. & Adler, N. (2013). Social isolation: A predictor of mortality comparable to traditional clinical risk factors. *American Journal of Public Health*, 103(11): 2056-2062.

- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and applied Social Psychology* 23(4): 245-266. doi:10.1207/S15324834BASP2304_2.
- Potting, M., Sniekers, M., Lamers, C. & Reverda, N. (2010). Legitimizing social work: The practice of reflective professionals. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 19(3): 6-20.
- Rijn, M. van (2014.). *Intensiveren en verankeren aanpak eenzaamheid*, Kamerbrief d.d. 16 juli 2014. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 196909-117113-DMO.
- Rokach, A. & Brock, H. (1998). Coping with loneliness. *The Journal of Psychology*, 132: 107-127.
- Sackett, D., Straus, S. Richardson, W., Rosenberg, W. & Haynes, R. (2000). *Evidence based medicine. How to practice and teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Scheffers, M. (2014). *Sterk met een vitaal netwerk. Empowerment en de sociaal netwerkmethodiek*. Bussum: Countinho.
- Schoenmakers, E.C. (2013). *Coping with loneliness*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Scholte, M. & A. Sprinkhuizen (2012). *De sociale kwestie hervat. De Wmo en sociaal werk in transitie*. Houten: Bohn Stafleu, Van Loghum.
- Schuyt, K. 2005. *Zorgzaamheid en zorgvuldigheid*. G-lezing 2005. Woerden: NIGZ.
- Smaling, A. (2000). Inductieve, analoge en communicatieve generalisatie. In: F. Wester, A. Smaling & L. Mulder (red.), *Praktijkgericht kwalitatief onderzoek*, pp. 155-171. Bussum: Countinho.
- SMDC (2006). *Schakelen in sociaal isolement. Ketenaanpak ter voorkoming en bestrijding van sociaal isolement van ouderen in het Centrum van Rotterdam*. Rotterdam: Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Centrum (SMDC)/Platform Zorg en Welzijn Rotterdam Centrum.
- SMDC (2011). *Schakelen in sociaal isolement 2007-2010. Sociaal isolement in het centrum van Rotterdam. Eindverslag*. Rotterdam: Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Centrum (SMDC).

SMDD (2006). *Bestrijding van sociaal isolement met PIT. De inzet van Persoonlijke Intensieve Trajecten vanuit het ouderenwerk*. Rotterdam: Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Delfshaven (SMDD).

SMDD (2011). *Bestrijding van sociaal isolement met PIT. De inzet van Persoonlijke Intensieve Trajecten vanuit het ouderenwerk en steunpunt mantelzorg. Eindevaluatie*. Rotterdam: Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Delfshaven (SMDD).

Stephoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2012). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the Royal Academy of Sciences*, doi/10.1073/pnas.1219686110, 2013.

Steyaert, J., Biggelaar, T. van & Peels, J. (2010). *De bijziendheid van evidence based practice: Beroepsinnovatie in de sociale sector*. Amsterdam: SWP.

Sundström, G., Fransson, E., Malmberg, B. & Davey, A. (2009). Loneliness among older Europeans. *European Journal of Ageing*, 6(4), 267-275. doi:10.1007/s10433-009-0134-8

Swanborn, P.G. (2004). *Evalueren*. Amsterdam: Boom.

Tavecchio, L. & Gerrebrands, M. (2012). *Bewijsvoering binnen praktijkgericht onderzoek. Methodologische en wetenschapstheoretische reflecties op de onderbouwing van professionele interventies*. Den Haag: Boom Lemma.

Tomaka, J., Thompson, S. & Palacios, R. (2006). The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *Journal of Ageing and Health*, 18(3): 359-384.

Tweede Kamer (2004/2005). *Nieuwe regels betreffende maatschappelijke ondersteuning (Wmo)*. Memorie van toelichting, Tweede Kamer, vergaderjaar 2004/2005, 3031, nr. 3.

Veldheer, V., Jonker, J., Noije, L. van, & Vroman, C. (2012). *Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid*. Den Haag: SCP.

Verhoeven, I., & Tonkens, E. (2013). Wat de overheid van burgers wil. De framing van de veranderende verzorgingsstaat in Nederland en Engeland. In: T. van Kampen, I. Verhoeven & L. Verplanke (Eds.), *De affectieve burger. Hoe de overheid verleidt en verplicht tot zorgzaamheid* (pp. 25-37). Amsterdam: Van Genneep.

Verkooijen, L., Andel, J. van & Hoogland, J. (2014). *Netwerkontwikkeling voor zorg en welzijn. Naar active participatie van burgers*. Groningen: Noordhoff.

Verwey-Jonker Instituut (2006). *Sater. Effectmeting van hulp- en dienstverlening*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Victor, A., Scambler, S. & Bond, J. (2009). *The Social World of Older People: Understanding Loneliness and Social Isolation in Later Life*. New York: McGrawHill/Open University Press.

Vlaeminck, H. de (2005). *Het gebruik van casuïstiek in het sociaal werk*. Gent: Academia Press.

VWS (2014). *Toekomstagenda informele zorg en ondersteuning*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Expertisecentrum Mantelzorg.

Weert, C. van., Breedveld, E., Bongers, I. & Garretsen, H. (2004). Eerste ervaringen met evaluatieonderzoek in het welzijnswerk. *Sociale Interventie*, 13 (4): 17-25.

Wester, F. & Peters, V. (2004). *Kwalitatieve analyse. Uitgangspunten en procedures*. Bussum: Coutinho.

Zwet, R. van der, Beneken genaamd Kolmer, D. & Schalk, E. (2011). Op weg naar een interactieve benadering van evidence-based werken in de sociale sector in Nederland. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 20(4): 62-78.

Over de auteur

Anja Machielse is Universitair Hoofddocent *Onderzoek van Humanistische Zingeving en Goed Ouder Worden* aan de *Universiteit voor Humanistiek*. Zij verricht onderzoek naar kwetsbare ouderen (o.a. eenzaamheid en sociaal isolement, financiële uitbuiting, zelfredzaamheid, zingevingsvragen) en naar de werkzaamheid van sociale interventies. Belangrijke aandachtspunten zijn de samenwerking tussen professionals en vrijwilligers en innovatieve vormen van (participatief) onderzoek.

Bijlage I - Topiclijst interviews professionals

Kennismaking en introductie

- Uitleg over achtergrond en doel van dit onderzoek
- Praktische zaken (uitleg over opname interview, uitwerking)

Topics

Ervaringen met sociaal isolement

Topics	Subtopics
Visie op sociaal isolement	Soort probleem Relatie sociaal isolement - eenzaamheid Oorzaken, achtergronden Verschijningsvormen Verwevenheid met andere problemen Taboe
Contactlegging	Toegang krijgen Analyse van de situatie
Interventies	Kennis van interventies Ervaringen met interventies Kennis van de typologie Aanbod eigen organisatie
Verwachtingen	Oplosbaarheid Grenzen aan hulpverlening
Ervaringen tijdens het begeleidingstraject	Methodisch handelen versus praktijkkennis (ervaring/intuïtie) Contact als interventie Valkuilen
Resultaten (ervaren baat)	Resultaat van de hulpverlening Rol hulpverlener bij de bereikte resultaten Andere factoren m.b.t. bereikte resultaten

Casussen

Topics	Subtopics
Aanleiding hulpverlening	Aanleiding Wie heeft het contact gelegd (zelf of andere(n))
Sociaal netwerk	Hulp in eigen omgeving Waarom wel/niet benut
Wensen/behoefte client	Wensen t.a.v. sociale netwerk Wensen op andere levensterreinen
Start hulpverlening	Contactlegging/kennismaking met ouderenwerker Bereidheid om hulp te accepteren (of zorgmijgend) Verwachtingen en wensen t.a.v. hulpverlener
Diagnose hulpverlener	Inschatting van de situatie Begrip voor de situatie Plannen/hulpverleningsdoelen Aandacht voor sociaal isolement en/of andere problemen
Inhoud van de hulpverlening	Soort hulp of steun (praktisch, emotioneel) Zaken die zijn aangepakt (isolement, andere problemen) Ervaring van de aanpak, doelstellingen Verloop begeleidingstraject
Contact met hulpverlener	Verloop van het traject (afspraken maken, praten over isolement) Helpende factoren Belemmerende factoren Grenzen van hulp
Resultaten (ervaren baat)	Resultaat van de hulpverlening (oplossing van isolement, oplossen andere problemen) Rol hulpverlener bij de bereikte resultaten Andere factoren m.b.t. bereikte resultaten

Afsluiting

- Vragen, opmerkingen

Bijlage II – Topiclijst interviews ouderen

Kennismaking en introductie

- Uitleg over achtergrond en doel van dit onderzoek
- Praktische zaken (uitleg over opname interview, uitwerking)

Topics

Beginvraag:

Hoe bent u in contact gekomen met de hulpverlener?

Wanneer was dat en wat was de aanleiding?

Topics	Subtopics
Levensloop/life-events	Belangrijke gebeurtenissen Belangrijke personen
Aanleiding hulpverlening	Aanleiding Wie heeft het contact gelegd (zelf of andere(n))
Sociale steun	Hulp in eigen omgeving Waarom wel/niet benut
Contactlegging/kennismaking met hulpverlener	Bereidheid om hulp te accepteren (of zorgmijndend) Verwachtingen en wensen t.a.v. hulpverlener
Wensen/behoefte	Wensen t.a.v. sociale netwerk Wensen op andere levensterreinen
Inhoud van de hulpverlening	Zaken die zijn aangepakt (isolement, andere problemen) Soort hulp of steun (praktisch, emotioneel) Ervaring van de aanpak/doelstellingen Verloop begeleidingstraject
Ervaringen tijdens begeleidingstraject	Verloop van het traject Helpende factoren Belemmerende factoren
Resultaten (ervaren baat)	Resultaat van de hulpverlening (oplossing isolement, oplossing andere problemen) Rol hulpverlener bij de bereikte resultaten Andere factoren m.b.t. bereikte resultaten

Achtergrondgegevens

Vragen		Antwoordmogelijkheden
1.	Wat is uw geslacht?	o man o vrouw
2.	Wat is uw leeftijd? jaar
3.	Wat is uw burgerlijke staat?	o gehuwd o ongehuwd o gescheiden o weduwe/weduwenaar
4.	Met wie woont u in deze woning?	o alleen o heeft u een partner (lat-relatie) o met partner o anders, nl.
5.	Heeft u kinderen?	o nee o ja, aantal leeftijd(en)
6.	Wat is uw hoogst genoten opleiding?	o basisschool o middelbare school o MBO o HBO o Universiteit
7.	Wat is uw arbeidssituatie?	o betaald werk o vrijwilligerswerk o heeft nooit betaald werk gehad o heeft nu geen betaald werk, maar vroeger wel o arbeidsongeschikt o gepensioneerd o werkloos/werkzoekend o anders, nl.
8.	Zorgt u op dit moment voor iemand binnen of buiten uw eigen huishouden?	o nee o ja, nl.
9.	Zorgt er op dit moment iemand voor u, binnen of buiten uw eigen huishouden?	o nee o ja, nl.

Afsluiting

- Vragen, opmerkingen

Bijlage III – Overzicht respondenten

Code	m/v	Leeftijd	Wel/geen kinderen	Data	Professional
C1	Vrouw	83 jaar	3 kinderen	Interview cliënt (3x) Interview professional (3x)	P1
C2	Vrouw	58 jaar	1 zoon	Interview cliënt Logboek	P2
C3	Vrouw	69 jaar	1 dochter	Interview cliënt Logboek	P3
C4	Vrouw	74 jaar	3 kinderen	Interview cliënt Interview professional (3x)	P1 P4
C5	Man	74 jaar	geen kinderen	Interview cliënt (2x)	
C6	Vrouw	74 jaar	2 kinderen	Interview cliënt	
C7	Vrouw	67 jaar	5 kinderen	Interview cliënt (2x) Logboek professional 1 Logboek professional 2	P2 P5
C8	Man	73 jaar	geen kinderen	Interview cliënt (2x) Interview professional 1 Interview professional 2 (2x)	P1 P6
C9	Man	80 jaar	geen kinderen	Logboek	P4
C10	Man	78 jaar	geen kinderen	Logboek	P7
C11	Man	Onbekend	3 kinderen	Logboek Interview professional (2x)	P8 P9
C12	Man	70 jaar	geen kinderen	Interview cliënt	
C13	Vrouw	80 jaar	geen kinderen	Interview cliënt Logboek	P8
C14	Vrouw	54 jaar	geen kinderen	Logboek	P4
C15	Man	71 jaar	geen kinderen	Logboek	P10
C16	Man	74 jaar	geen kinderen	Logboek	P4
C17	Vrouw	54 jaar	geen kinderen	Interview cliënt Logboek	P1
C18	Man	77 jaar	geen kinderen	Interview cliënt Logboek	P10
C19	Vrouw	74 jaar	geen kinderen	Logboek	P3

Code	m/v	Leeftijd	Wel/geen kinderen	Data	Professional
C20	Vrouw	78 jaar	5 kinderen	Interview cliënt Logboek Losse bezoeksverslagen	P11 P11
C21	Man	Onbekend	geen kinderen	Logboek	P12
C22	Man	54 jaar	geen kinderen	Logboek	P13
C23	Vrouw	81 jaar	1 zoon	Logboek Aantekeningen interview	P14 P14
C24	Man	82 jaar	1 dochter	Logboek	P5
C25	Man	71 jaar	geen kinderen	Interview cliënt Logboek	P15
C26	Vrouw	53 jaar	geen kinderen	Logboek	P15
C27	Man	67 jaar	geen kinderen	Logboek Artikel/casusbeschrijving	P16 P16
C28	Man	70 jaar	geen kinderen	Interview cliënt Logboek	P15
C29	Vrouw	73 jaar	geen kinderen	Logboek	P17
C30	Vrouw	86 jaar	geen kinderen	Logboek Casusbespreking	P18 SOL
C31	Man	62 jaar	geen kinderen	Logboek	P19
C32	Man	Onbekend	5 kinderen	Logboek	P20
C33	Vrouw	Onbekend	1 zoon	Logboek Interview professional (2x)	P20 P20
C34	Man	60 jaar	geen kinderen	Logboek Interview professional (3x) Bezoeksverslagen coördinator Bezoeksverslagen professional	P21 P22 P23 P24
C35	Man	65 jaar	geen kinderen	Logboek Interview professional (2x)	P21 P21
C36	Man	71 jaar	geen kinderen	Logboek Interview professional 1 Interview professional 2 (2x)	P25 P25 P22
C37	Man	61 jaar	2 kinderen	Logboek	P22
C38	Vrouw	53 jaar	geen kinderen	Interview cliënt Logboek	P26
C39	Man	63 jaar	geen kinderen	Interview cliënt	

Code	m/v	Leeftijd	Wel/geen kinderen	Data	Professional
C40	Vrouw	69 jaar	2 kinderen	Interview cliënt Logboek Verslag coördinator Humanitas Interview professional	P27 P28 P29
C41	Vrouw	80 jaar	kinderen (aantal onbekend)	Bezoekverslagen	P23
C42	Man	84 jaar	geen kinderen	Interview cliënt Mailwisseling professional Interview professional (2x)	P23 P23
C43	Man	53 jaar	geen kinderen	Interview cliënt Interview professional (2x)	P30
C44	Man	66 jaar	kinderen (aantal onbekend)	Logboek	P31
C45	Man	86 jaar	geen kinderen	Aanmelding/intakeverslag Logboek	P32
C46	Vrouw	69 jaar	geen kinderen	Interview professional (2x)	P33
C47	Man	66 jaar	geen kinderen	Interview professional	P33
C48	Vrouw	Onbekend	geen kinderen	Interview cliënt	
C49	Man	Onbekend	Onbekend	Interview cliënt	
C50	Vrouw	78 jaar	geen kinderen	Interview cliënt Interview professional	P34
C51	Vrouw	64 jaar	geen kinderen	Interview cliënt Interview professional	P35
C52	Man	82 jaar	Geen kinderen	Interview cliënt Interview professional	P36
C53	Man	63 jaar	1 dochter	Logboek	P37

Ouderen (53):

- 30 mannen
- 23 vrouwen
- leeftijd, 43 jaar t/m 86 jaar, 52 alleenwonend (zelfstandig), 1 samenwonend met partner

Professionals (37):

- SMDD: 8 professionals (P17, P18, P19, P20, P21, P22, P25, P37)
- SMDC: 7 professionals (P1, P2, P3, P4, P7, P8, P10)
- Charlois' Welzijn: 7 professionals (P5, P11, P12, P13, P14, P15, P16)
- Humanitas: 5 professionals (P23, P24, P27, P28, P29)
- MDA: 4 professionals (P30, P31, P32, P33)
- RADAR: 3 professionals (P6, P9 en P36)
- Thermiek Welzijn: 2 professionals (P34, P35)
- SWF: 1 professional (P26)

Onderzoeksmateriaal

Logboeken/bezoekverslagen	36 cliënten
Interviews cliënten	25 (2 cliënt x 3; 2 cliënten x 2; 21 cliënten x 1)
Interviews cliënten + logboeken (deskresearch)	11 cliënten
Interviews 'nieuwe' cliënten	14 cliënten
Interviews professionals	17 professionals
Focusgroep 1	Professionals SMDC en SMDD
Focusgroep 2	Professionals SON (voorheen SMDD)

Bijlage IV - Overzicht respondenten in de typologie

Duur (persistentie) van de situatie		Motivatie (handelingsoriëntatie)	
		Gericht op sociale participatie	Niet (duidelijk) gericht op sociale participatie
Structurele problematiek	<i>Actieve copingstrategie</i>	Compenseerders (12) C16, C18, C20, C21, C28, C31, C34, C42, C38, C39, C47, C50	Buitenstaanders (10) C5, C6, C8, C12, C35, C36, C45, C48, C52, C53
	<i>Passieve copingstrategie</i>	Hoopvollen (15) C2, C13, C14, C15, C23, C26, C27, C29, C32, C33, C40, C41, C43, C44, C51	Overlevers (16) C1, C3, C4, C7, C9, C10, C11, C17, C19, C22, C24, C25, C30, C37, C46, C49

Movisie is het landelijke kennisinstituut en adviesbureau voor toepasbare kennis, adviezen en oplossingen bij de aanpak van sociale vraagstukken op het terrein van welzijn, participatie, sociale zorg en sociale veiligheid. Onze activiteiten zijn georganiseerd in vijf actuele programma's: effectiviteit en vakmanschap, participatie en actief burgerschap, sociale zorg, huiselijk en seksueel geweld en gebiedsgericht werken. Onze ambitie is het realiseren van een krachtige samenleving waarin burgers zoveel mogelijk zelfredzaam kunnen zijn.

Dit onderzoek gaat over de effectiviteit van persoonlijke begeleidingstrajecten voor sociaal geïsoleerde ouderen met hardnekkige en complexe problematiek. Hoewel het opheffen van sociaal isolement bij deze ouderen zelden lukt, levert de begeleiding wel andere belangrijke resultaten op, zo laat het onderzoek zien.

De hulp in de trajecten is niet gericht op het opheffen van het sociaal isolement, maar op problemen die daarmee samenhangen en die de zelfstandigheid van de ouderen belemmeren. Het oplossen van praktische problemen en het bieden van emotionele steun staan centraal. Schadelijke gevolgen van het isolement worden door deze aanpak beperkt en verslechtering van de situatie wordt voorkomen. De belangrijkste baten voor de ouderen zijn de ervaren aandacht, steun en betrokkenheid. De professionals vormen voor hen een belangrijk aanspreekpunt en in veel gevallen ook een vangnet.

In het onderzoek is gebruik gemaakt van de 'ervaren baat' benadering, waarin de baat die de ouderen van de hulp *ervaren* centraal *staat*. Belangrijkste vraag daarbij is of de geboden hulp aansluit bij hun wensen en behoeften. Om deze vraag te beantwoorden, combineert de studie verschillende kwalitatieve onderzoeksmethoden. Het onderzoek biedt inzicht in de omstandigheden van sterk geïsoleerde ouderen en de strategieën die zij hanteren om met hun situatie om te gaan. Ook wordt duidelijk met welke dilemma's professionals worden geconfronteerd en welke doelen realistisch en haalbaar zijn. Het onderzoek laat zien hoe professionele hulp bij deze complexe doelgroep efficiënter ingezet kan worden.

Het onderzoek naar ervaren baat is uitgevoerd in opdracht van Movisie in het kader van het onderzoeksprogramma 'Inzicht in sociale interventies'. Vragen die in dit programma gesteld worden zijn: Wat is de effectiviteit van in de sociale sector toegepaste methoden? En welke vormen van onderzoek lenen zich het beste om te weten te komen wat wel of niet werkt? Het onderzoeksprogramma is gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.