



**D-SCOPE naar een brede kijk op  
kwetsbaarheid bij ouderen**



---

# Colofon

---



Vrije Universiteit Brussel



detection, support and care for older people:  
prevention and empowerment



Universiteit  
Antwerpen

HoGent



Maastricht University

Met de steun van IWT (agentschap voor Innovatie door Wetenschap en Technologie)



**Editors:** An-Sofie Smetcoren, Deborah Lambotte, Daan Duppen,  
Bram Fret en D-SCOPE Consortium

**Lay-out:** Kaat Van Laer

**Druk:** Van der Poorten, 100% Klimaatneutrale drukkerij  
Diestsesteenweg 624  
3010 Kessel-Lo



Eerste druk, 2016

160 blz.

ISBN: 9789090298382

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, op elektronische of welke andere wijze ook zonder voorafgaande, schriftelijke toestemming van de editors.



Dit boek werd geschreven door de Masterstudenten Agogische Wetenschappen (optie Sociale Agogiek) van de Vrije Universiteit Brussel, academiejaar 2015-2016:

Virginie Reuse  
Yentl Van Eeckhout  
Hélène Fierens  
Marielle Romeyns  
Christelle Batupanza Ndonga  
Cato Van Roeyen  
Veronique Jacques  
Ikram El Maaboudi  
Flore Croux  
Laura Cuypers  
Sylvia Hoens  
Tine Ginneberge  
Lise Switsers  
Anabel Wilboorts  
Jana Miah  
Louise Janssens  
Marjon Ebraert  
Teresa Verschueren  
Rosanne Roeland  
Ielke Van Autenboer  
Hanne Crauwels

Janne Van den Bergh  
Daisy Bocchi  
Margot Govaert  
Sigrid Van Mulders  
Fien Deridder  
Jolien Broeders  
Elodie Mayokenda  
Laurens Coessens  
Imane Mazouz  
Elien Van Meensel  
Shima Salehi  
Ines Melotte  
Jen Koto  
Laura De Keyzer  
Ygrachia Burke  
Febe Allyn  
Anissa Boutiebi  
Annemie Vandekerchove  
Fatima Cherif  
Charlotte Danhieu

---

# Voorwoord

---

D-SCOPE (Detection, Support and Care for Older people: Prevention and Empowerment) is een internationale, multidisciplinaire onderzoeksgroep die bestaat uit een team van onderzoekers van de Vrije Universiteit Brussel, Katholieke Universiteit Leuven, Universiteit Antwerpen, Universiteit Maastricht en de Hogeschool Gent. Binnen D-SCOPE voeren we innovatief onderzoek naar kwetsbaarheid bij ouderen. Hierbij brengen we inzichten samen vanuit de sociale gerontologie, agogische wetenschappen, neuropsychologie, verpleegkunde en huisartsengeneeskunde.

Ouderen willen vaak zo lang mogelijk in hun eigen woonomgeving blijven wonen. Soms gaat dit echter niet omwille van een gebrek aan zelfredzaamheid, een slechte fysieke gezondheid, verlies van sociale contacten, overbelaste mantelzorg, onaangepaste woonomgeving, cognitieve achteruitgang, etc. Deze vormen van kwetsbaarheid worden meestal niet tijdig gedetecteerd wat kan leiden tot een daling van de levenskwaliteit van ouderen. Bovendien wordt hierdoor het zelfstandig thuis wonen bedreigd. D-SCOPE heeft als focus het preventief detecteren van kwetsbaarheid bij ouderen met als doel ouderen toe te leiden naar de juiste zorg, ondersteuning en begeleiding. Hiervoor vertrekken we vanuit een ruime, multidimensionale benadering van kwetsbaarheid. Zo ervaren ouderen kwetsbaarheid niet louter als een fysiek probleem, maar ook psychologische, cognitieve, sociale en omgevingsfactoren spelen voor hen een rol.

Met D-SCOPE willen we echter niet enkel de tekorten van ouderen in kaart brengen maar ook de sterktes en competenties van zowel ouderen als hun omgeving, mantelzorgers en buurt. Dankzij deze ‘balancerende factoren’, kan een oudere persoon namelijk, ondanks zijn of haar kwetsbaarheid toch een goede levenskwaliteit, gevoel van zingeving of autonomie ervaren wat bijdraagt tot ‘ageing well at home’.

In het kader van het opleidingsonderdeel “Agogische Perspectieven op Active Ageing” maakten de studenten Agogische Wetenschappen van de Vrije Universiteit het voorliggende D-SCOPE boek. De studenten bepaalden zelf het onderwerp dat ze wilden uitwerken, namen interviews af met ouderen en/of experts, zochten literatuur op en beschreven relevante en interessante projecten over hun onderwerp. Het boek bestaat uit drie grote delen. Het eerste deel gaat over de vijf kwetsbaarheidsdomeinen en een tweede luik zoomt in op een aantal balancerende factoren met betrekking tot kwetsbaarheid bij ouderen. Tot slot gaat het derde deel over een aantal D-SCOPE-aandachtspunten bij kwetsbaarheid (vb. socio-economische status en migratie). Met dit boek hopen we de lezer een aantal begrippen duidelijk en voelbaar te maken op vlak van kwetsbaarheid. Elk hoofdstuk bevat immers een korte literatuurstudie en een interview met ouderen of experts. Daarnaast wil het boek ook inspireren om verder te lezen én aan de slag te gaan. Het is geenszins de bedoeling geweest om hier allesomvattend te zijn, maar de studenten selecteerden extra lees-en projecttips voor u die zij interessant vonden.

Ik wil bij deze de studenten ook hartelijk bedanken voor het enthousiasme waarmee ze deze eigenzinnige taakopdracht hebben aangepakt en hen te feliciteren met het mooie resultaat!

Prof. dr. Dominique Verté

Vaktitularis Agogische Perspectieven op Active Ageing, Vrije Universiteit Brussel

---

# Inhoudstafel

---

Colofon	3
Voorwoord	6
Inhoudstafel	8
Deel 1. Kwetsbaarheid	11
Fysieke kwetsbaarheid	12
Achtergrond	12
Referentielijst	14
Getuigenis van een oudere: Denise	16
Verder lezen?	18
Psychologische kwetsbaarheid	20
Achtergrond	20
Referentielijst	22
Getuigenis van ouderen: Jan & Jaap	24
Verder lezen?	28
Cognitieve kwetsbaarheid	32
Achtergrond	32
Referentielijst	34
Getuigenis van ouderen: Jacqueline en Christine	36
Verder lezen?	40
Sociale kwetsbaarheid	42
Achtergrond	42
Referentielijst	44
Getuigenis van ouderen: Paula & Huberta	46
Verder lezen?	50
Omgevings-kwetsbaarheid	52
Achtergrond	52
Referentielijst	54
Getuigenis van ouderen: Maria, Clemantina en Rosa	56
Verder lezen?	60
Deel 2. Kwetsbaarheidsbalans	62
Van kwetsbaarheid naar kwetsbaarheidsbalans?	63



Persoonlijkheid en coping	64
Achtergrond	64
Referentielijst	66
Getuigenis van een oudere: Titine	68
Verder lezen?	70
Empowerment en autonomie	72
Achtergrond	72
Referentielijst	74
Getuigenis van ouderen: Ernest en Rachel	76
Expertinterview: Psychotherapeutische Interventies voor Ouderen Thuis (PIOT), Veerle Van Vlierberghe	80
Expertinterview: Speerpunten van de ouderenzorg, Prof. dr. Tinie Kardol	82
Verder lezen?	84
Sociale netwerken, buurt en participatie	86
Achtergrond	86
Referentielijst	88
Getuigenis van ouderen: Marie en Gaston	90
Expertinterview: Op naar aan warme solidariteit, de kracht van Chambéry	94
Expertinterview: Kenniscentrum Woonzorg Brussel, Olivia Vanmechelen	96
Verder lezen?	98
Mantelzorg	100
Achtergrond	100
Referentielijst	102
Getuigenis van een mantelzorger: Martin	104
Project: GENERO	
(Netwerk Ouderenzorg Zuidwest-Nederland)	106
Expertinterview: Ondersteunen van mantelzorgers, Karen Horr�	
(CM mantelzorg)	108

Verder lezen?	110
Formele zorg	112
Achtergrond	112
Referentielijst	114
Getuigenis van ouderen: Hilda, Yvonne en Anita	115
Expertinterview: Zorgplus, Soliman Dahdouh	121
Expertinterview: rol van de huisarts, Prof. dr. Jan De Lepeleire	123
Verder lezen?	125
Deel 3. D-SCOPE aandachtspunten	129
Preventie	130
Achtergrond	130
Referentielijst	132
Expertinterview: nood aan preventieve actie binnen de woonsituatie, Mark Vanherberghen	133
Expertinterview: rol van de ergotherapeut, Inge Claessens	135
Socio-economische status	138
Achtergrond	138
Referentielijst	140
Expertinterview: Aandacht voor kwetsbare groepen, Ivan de Naeyer	141
Expertinterview: Armoedesituatie van ouderen in Brussel, Peter Verduyckt	143
Verder lezen?	146
Migratie	148
Achtergrond	148
Referentielijst	151
Expertinterview: Maison Biloba Huis, Bram Gilles	153
Expertinterview: Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad, Els Nolf	155
Verder lezen?	157

---

**DEEL 1.**  
**KWETSBAARHEID**

---

---

# Fysieke kwetsbaarheid

---

## Achtergrond

Als mensen ouder worden, kunnen er fysieke ongemakken naar boven komen. Denk bijvoorbeeld aan slechter horen, minder goed stappen, reuma, etc. Deze dragen bij tot de fysieke kwetsbaarheid van een persoon. Leeftijd en fysieke kwetsbaarheid gaan vaak hand in hand, maar zeker niet altijd (Carrière et al., 2005). We moeten wel oppassen dat we niet veralgemenen (Iqbal et al., 2013). Veel ouderen zijn immers fysiek nog zeer actief (Woodhouse & O'Mahony, 1997). Ouderen maken reizen, nemen deel aan het verenigingsleven, brengen tijd door met hun (klein)kinderen, ... De meeste ouderen willen deze activiteiten niet opgeven. Zolang mensen in staat zijn een bepaalde activiteit uit te voeren, zullen zij dit blijven doen. Wanneer ouderen een belemmering ervaren om de activiteit uit te voeren, zullen ze dit in de mate van het mogelijke trachten te compenseren (Moody, 2006).

Er bestaat geen eenduidige definitie over wat men onder fysieke kwetsbaarheid kan verstaan (Iqbal et al., 2013; Rockwood, 2005). Ondanks de verschillende opvattingen, accepteert men over het algemeen volgende kenmerken van fysieke kwetsbaarheid: een mindere kracht, snel uitgeput zijn, slechter wandelen (Hewson et al., 2013), minder energie en een daling van de fysieke activiteit (Fried et al., 2001). Ook wordt vaak rekening gehouden met de mogelijkheid die ouderen al dan niet hebben om dagelijkse activiteiten nog uit te voeren (Woodhouse & O'Mahony, 1997). Denk hierbij aan huishoudelijk werk, maar ook aan op café of restaurant gaan, kleinkinderen opvangen, reizen, bowlen, wandelen, fietsen, tuinieren, naar de kaart- of vissersclub gaan, etc. (Jacobs et al., 2004).

Fysieke kwetsbaarheid kan verschillende problemen met zich meebrengen. Ouderen ervaren bijvoorbeeld dat bewegen en deelnemen

aan activiteiten meer tijd en energie kosten. Een ander aspect van fysieke kwetsbaarheid is de wijze waarop ouderen die fysieke problemen hebben zelf de eigen lichamelijke kwetsbaarheid inschatten. Sommigen ondernemen bijvoorbeeld bepaalde activiteiten niet uit angst om te vallen. Bepaalde hulpmiddelen (zoals een loopwagen, wandelstok, rolstoel, ...) kunnen deze drempels helpen overwinnen, maar zorgen er tegelijkertijd voor dat men meer last heeft van sociale barrières omdat de beperking duidelijker zichtbaar wordt. Dit is de paradox van de hulpmiddelen: Mogendorff (2003) stelt dat ouderen tegelijkertijd minder én meer beperkt zijn; ze hebben minder last van fysieke barrières (ze kunnen meer dankzij het hulpmiddel), maar tegelijkertijd hebben ze ook meer last van sociale barrières.

Onderzoek toont aan dat regelmatig bewegen en lichamelijke oefeningen uitvoeren de fysieke kwetsbaarheid kan verminderen (Brown et al., 2000) en langer doet leven (Sundquist et al., 2004). Fysieke activiteit is een belangrijke determinant voor gezond en actief ouder worden (WHO, 2002).

## Referentielijst

Brown, M., Sinacore, D.R., Ehsani, A.A., Binder, E.F., Holloszy, J.O., & Kohrt, W.M. (2000). Low-intensity exercise as a modifier of physical frailty in older adults. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, *81*(7), 960-965.

Carrière, I., Colvez, A., Favier, F., Jeandel, C., Blain, H., & EPIDOS study group. (2005). Hierarchical components of physical frailty predicted incidence of dependency in a cohort of elderly women. *Journal of clinical epidemiology*, *58*(11), 1180-1187.

Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J., Newman, A.B., Hirsch, C., Gottdiener, J., et al. (2001). Frailty in older adults evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, *56*(3), M146-M157.

Hewson, D.J., Jaber, R., Chkeir, A., Hammoud, A., Gupta, D., Bassemant, J., et al. (2013). *Development of a monitoring system for physical frailty in independent elderly*. Paper presented at the Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC), 2013 35th Annual International Conference of the IEEE.

Iqbal, J., Denvir, M., & Gunn, J. (2013). Frailty assessment in elderly people. *The Lancet*, *381*(9882), 1985-1986.

Jacobs, T., Vanderleyden, L., & vanden Boer, L. (2004). *Op latere leeftijd: De leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Mogendorff, K.G. (2003). Paradoxen van lichamelijke kwetsbaarheid: Wanneer 'hebben' 'zijn' wordt: angst, medelijden en 'bewondering' voor mensen met een zichtbare, aangeboren motorische handicap in Nederland. *Medische Antropologie*, *15*(1), 9-26.

Moody, H.R. (2006). *Aging: Concepts and controversies*: Pine Forge Press.

Rockwood, K. (2005). What would make a definition of frailty successful? *Age and Ageing*, 34(5), 432-434.

Sundquist, K., Qvist, J., Sundquist, J., & Johansson, S.E. (2004). Frequent and occasional physical activity in the elderly: a 12-year follow-up study of mortality. *American journal of preventive medicine*, 27(1), 22-27.

World Health Organization (WHO). (2002). *Active ageing, a policy framework*. Geneva: WHO.

Woodhouse, K.W., & O'Mahony, M.S. (1997). Frailty and ageing. *Age and Ageing*, 26(4), 245-246.

## Getuigenis van een oudere: Denise



---

*“Dat ik niet van mensen moet afhangen, dat is eigenlijk mijn wens.”*

---

**Denise** is een actieve vrouw van 75 jaar. Ze houdt zich graag creatief bezig en haar sociale relaties vormen een belangrijk aspect van haar leven. Ondanks een tamelijk goede gezondheid zou Denise als fysiek kwetsbaar kunnen worden beschouwd.

In het interview werd aan Denise de vraag gesteld of ze zichzelf, vanuit een medisch oogpunt, als fysiek kwetsbaar zou omschrijven. Enigszins wel zegt ze, vooral dan vanwege haar angst om te vallen. Deze angst zorgt er bovendien ook voor dat ze zich kwetsbaar voelt. Denise heeft last van meerdere gezondheidsproblemen zoals;

artritis, slapeloosheid, moeheid, kortademigheid, slechthorendheid en ook stappen gaat moeilijk.

Het gevolg van Denise haar gezondheidsproblemen is dat ze zich op sommige vlakken beperkt voelt. Ze geeft bovendien aan dat ze graag actiever zou willen zijn. Zo kan ze bijvoorbeeld minder lange wandelingen maken en met betrekking tot het huishouden zegt ze het volgende “Door de pijn van de artritis houdt dat dat wel een beetje tegen hé, het poetsen.” Hier kan ze gelukkig rekenen op de hulp van haar echtgenoot, die op bepaalde vlakken optreedt als mantelzorger.



Wat sterk naar voren komt uit het interview met Denise, is de invloed van haar slechthorendheid. “Het gehoor houdt me tegen om nog cursussen te volgen.”, zegt ze. Als haar gehoor haar geen parten zou spelen, had ze bijvoorbeeld graag een computercursus of een taalcursus gevolgd. Ondanks haar hoorapparaten hangt het af van stem tot stem of ze moeilijkheden ondervindt, en dat houdt haar tegen. Denise bevestigt dat dit een gevoel van onzekerheid met zich meebrengt. “Mensen die goed articuleren en traag praten die versta ik wel degelijk, maar bij cursussen weet je dat niet op voorhand.” Hoorapparaten zijn wel een zeer goede hulp zegt ze: “Ja, zonder hoorapparaten had ik geen sociaal leven meer hé.”

Ondanks haar ‘beperkingen’ vindt Denise dat haar fysieke toestand nog redelijk goed is, in vergelijking met anderen van haar leeftijd. Ze is minder kwetsbaar omwille van het feit dat haar algemene gezondheidssituatie redelijk goed is. Haar positieve ingesteldheid en het feit dat ze fysiek actief probeert te blijven (door bijvoorbeeld te voet haar boodschappen te doen) spelen

hier zeker mee: “Je moet u daarover zetten hè. Als je op een dag veel pijn hebt, gaat het sowieso minder goed. Door positief denken kan je je weer beter voelen.”

Ten slotte hoopt Denise dat haar gezondheidssituatie goed blijft, alsook die van haar familie. “Dat ik niet van mensen moet afhangen, dat is eigenlijk mijn wens.” Ze voegt hieraan toe dat ze zo lang mogelijk thuis wilt blijven wonen, maar als het nodig is heeft ze er geen probleem mee om naar een woonzorgcentrum te gaan.

## Verder lezen?

### Literatuur

Daniels, R., Metzelthin, S., van Rossum, E., de Witte, L., Kempen, G.I.J.M., & van den Heuvel, W. (2010). Interventies ter voorkoming van beperkingen bij thuiswonende kwetsbare ouderen; een systematische literatuurstudie. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, 1, 12-17.

Deze systematische literatuurstudie biedt een overzicht van de inhoud, methodologische kwaliteit en effectiviteit van interventiestudies gericht op het voorkomen van beperkingen bij thuiswonende, fysiek kwetsbare ouderen.

Kempen, G.I.J.M. (2009). Psychosociale aspecten van gezondheid en zelfredzaamheid bij ouderen: van determinanten naar interventie. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 40(6), 253-261.

Dit artikel schetst een conceptueel model over de individuele uitwerking van chronische gezondheidsproblemen en biedt aanknopingspunten voor gerichte interventies voor het bevorderen van zelfredzaamheid bij ouderen. Hierbij gaat men in op de rol die gevoelens van competentie en controle hierbij spelen. Uit het onderzoek blijkt dat gevoelens van competentie en controle positief bijdragen aan zelfredzaamheid en het functioneren van ouderen. Twee interventies worden besproken: vermindering van angst om te vallen en zelfmanagement bij chronisch hartfalen.

### Projecten

Omdat fysiek actief blijven ervoor kan zorgen dat mensen op latere leeftijd een hoge levenskwaliteit blijven behouden, werd in 2009 de sensibiliseringscampagne "Sportelen, beweeg zoals je bent" opgestart. Deze campagne wou 50-plussers aanzetten tot sporten en hen overtuigen van de voordelen van fysiek actief te blijven nadat onderzoek had uitgewezen 50-plussers onvoldoende beweging hadden. In september 2012 liep de campagne af, maar het had zijn

doel niet gemist. In 2014 werd de laatste Senior Games gehouden met bijna 7000 deelnemers. Er is ondertussen veel informatie te vinden voor oudere volwassenen die de stap willen zetten naar sportieve tijdsbesteding:

### Ouderen in actie

In oktober 2014 werden in 8 gemeenten voor 1 jaar lokale innovatieve projecten opgestart om senioren meer in beweging of aan het sporten te krijgen. Meer informatie op [www.oudereninactie.be](http://www.oudereninactie.be). De deelnemende gemeenten waren: Affligem, Bilzen, Bornem, Kortenaeken, Maldegem, Oostende, Sint-Katelijne-Waver en Schilde.

### Sport Vlaanderen (voorheen BLOSO)

Op de website van Sport Vlaanderen worden een aantal sportelpockets gratis ter beschikking gesteld met meer informatie over sportelen (link naar publicatie bij referenties of op de website [bloso.be](http://bloso.be)), maar ook over specifieke sporten als fietsen, golfen, badminton etc. gericht naar 50-plussers die terug willen sporten of aan hun conditie willen werken.

### Sportfederaties

Verschillende sportfederaties hebben een geïntegreerde of specifieke seniorentak. Hieronder worden een aantal federaties opgesomd die begeleiding aanbieden bij sporten of nieuwe sporten zoals 'krolfen' of 'walking-football' promoten:

- FROS – recreatieve multisportfederatie die onder andere focust op ondersteuning op maat ([www.fros.be](http://www.fros.be))
- S-SPORT - S-Sport is een recreatieve sportfederatie die zich met een ruim sportaanbod richt naar de actieve 50-plusser ([www.s-sport.be](http://www.s-sport.be))
- GSF – De sportdienst van de Gezinsbond met onder andere een aanbod aan sportieve vakanties voor jong en oud ([www.gsf.be](http://www.gsf.be))
- OKRA - door de Vlaamse Overheid erkende sportfederatie op maat van de 55-plusser met onder andere het 3-maandelijks ledenmagazine 'Sport je fit' ([www.okra.be](http://www.okra.be))

---

# Psychologische kwetsbaarheid

---

## Achtergrond

De belangstelling binnen de gezondheidszorg voor het bevorderen van kwaliteitsvol ouder worden, neemt alsmaar toe. De focus mag echter niet alleen liggen op de fysieke gezondheid van ouderen. Zich mentaal goed voelen is volgens Comijs (2011) ook een belangrijke factor om kwaliteitsvol ouder te worden. Sinds kort is er dan ook meer aandacht voor de psychologische kwetsbaarheid van ouderen (Comijs, 2011).

Naarmate mensen ouder worden, kunnen zij geconfronteerd worden met slaapproblemen (Demarest et al., 2008) en psychologische klachten (Comijs, 2011). Daarnaast zijn angst en neerslachtigheid voorbeelden van gevoelens waarmee psychologisch kwetsbare ouderen te maken hebben (Demarest et al., 2008; Gobbens & van Assen, 2014). Bovendien is depressie één van de vaakst voorkomende klachten bij ouderen (Gobbens et al., 2007).

Bij psychologische kwetsbaarheid onder ouderen zien we dat psychologische klachten vaak samen voorkomen, of gepaard zijn met andere vormen van kwetsbaarheid (Comijs, 2011). Eenzaamheid op latere leeftijd gaat bijvoorbeeld vaak samen met depressieve symptomen (Cacioppo et al., 2006; Comijs, 2011). Ouderen met depressie, die daarnaast ook eenzaam zijn, hebben veelal een laag welbevinden (Cacioppo et al., 2006). Bovendien zijn ook fysieke, psychologische, cognitieve en sociale kwetsbaarheid nauw met elkaar verbonden (Comijs, 2011; Halil et al., 2014). Zo blijken ouderen met een hoog psychologisch welzijn beter beschermd te zijn tegen fysieke kwetsbaarheid (Gale et al., 2014; Ostir et al., 2004). Ouderen met een depressie verzorgen zichzelf vaak slecht, eten onvoldoende, hebben een klein sociaal netwerk en weinig lichaamsbeweging, wat de kans op lichamelijke ziekten vergroot (Comijs, 2011).

Preventie en ondersteuning van psychologisch kwetsbare ouderen is belangrijk. Gevoelens van angst, depressiviteit en eenzaamheid kunnen verminderd worden (Comijs, 2011). Structuur in het dagelijkse leven is een belangrijke factor voor het welzijn (Bergua et al., 2006). Routine vergroot de controle over het leven en de veiligheidsgevoelens (Bouisson & Swendsen, 2003). Vervolgens kan de levenskwaliteit van psychologisch kwetsbare ouderen aanzienlijk worden verhoogd door de detectie en behandeling van angst- en depressieve symptomen (Comijs, 2011). Het hebben van positieve emoties is ook van belang voor het verbeteren van het welzijn (Fredrickson, 2004). Een manier om het ouder worden te accepteren en het psychologisch welbevinden te behouden, kan het compenseren van verloren capaciteiten zijn (Baltes, 1997). Een goede aanpassing aan veranderende omstandigheden is onder meer cruciaal om kwaliteitsvol ouder te worden (Comijs, 2012).

## Referentielijst

Baltes, P.B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, *52*(4), 366–380.

Bergua, V., Fabrigoule, C., Barberger-Gateau, P., Dartigues, J.F., Swendsen, J., & Bouisson, J. (2006). Preferences for routines in older people: associations with cognitive and psychological vulnerability. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *21*(10), 990–998.

Bouisson, J., & Swendsen, J. (2003). Routinization and Emotional Well-Being: An Experience Sampling Investigation in an Elderly French Sample. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *58*(5), 280–282.

Comijs, H. (2011). Psychische kwetsbaarheid. In C. Van Kampen (Ed.), *Kwetsbare ouderen* (pp. 105 - 117). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Comijs, H. (2012). *Somatische en psychische problematiek bij ouderen; samenhang en zorggebruik*. Longitudinal Aging Study Amsterdam. Geraadpleegd op 31 oktober 2015, op [http://www.lasa-vu.nl/documents/Psychischeklachtenensomatiek\\_rapport\\_def.pdf](http://www.lasa-vu.nl/documents/Psychischeklachtenensomatiek_rapport_def.pdf)

Cacioppo, J.T., Hughes, M.E., Waite, L.J., Hawkley, L.C., & Thisted, R.A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, *21*(1), 140–151.

Demarest, S., Drieskens, S., Gisle, L., Van der Heyden, J., & Tafforeau, J. (2008). *Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport 6 – De gezondheid van de ouderen*. Geraadpleegd op 4 november 2015, op <http://socialsecurity.fgov.be/docs/nl/publicaties/gezondheid-ouderen-rapport-VI-2008-nl.pdf>

Fredrickson, B.L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359(1449), 1367–1378.

Gale, C.R., Cooper, C., Deary, I.J., & Aihie Sayer, A. (2014). Psychological well-being and incident frailty in men and women: the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychological Medicine*, 44(4), 697–706.

Gobbens, R.J.J., & van Assen, M.A.L.M. (2014). The prediction of quality of life by physical, psychological and social components of frailty in community-dwelling older people. *Quality of Life Research*, 23(8), 2289–2300.

Gobbens, R.J.J., Luijkx, K.G., Wijnen-Sponselee, M.T., & Schols, J.M.G.A. (2007). Fragiele ouderen: De identificatie van een risicovolle populatie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 38(2), 59–68.

Halil, M., Kizilarlanoglu, M.C., Kuyumcu, M.E., Yesil, Y., & Jentoft, A.J.C. (2014). Cognitive aspects of frailty: Mechanisms behind the link between frailty and cognitive impairment. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 19(3), 276–283.

Ostir, G.V., Ottenbacher, K.J., & Markides, K.S. (2004). Onset of frailty in older adults and the protective role of positive affect. *Psychology and Aging*, 19(3), 402–408.

## Getuigenis van ouderen: Jan & Jaap



---

*“Moest ik niet meer kunnen lachen dan ben ik liever dood”*

---

Jan is 77 jaar en woont al bijna 50 jaar in Roosdaal. Sinds een jaar is hij weduwnaar en woont hij alleen. Vroeger was hij actief in de jeugdbeweging. Nu zit hij nog in het bestuur van ‘Kom op tegen kanker’. Hij gaat regelmatig wandelen. Jan kan zichzelf nog goed behelpen. Hij heeft een poetsvrouw. Daarnaast kan hij beroep doen op de hulp van zijn kinderen, bijvoorbeeld voor de bereiding van eten.

Op lichamelijk vlak is Jan nog goed in orde: “Fysiek ben ik nog redelijk goed. Enkele lichte problemen, laat ons zeggen: gewrichten, nieuwe heup, maar daar heb ik geen probleem mee. Ik kan nog een uur

of twee uur gaan stappen. Het is vooral daarboven.”

Een jaar geleden is zijn vrouw gestorven. Hij heeft dit moeilijk kunnen verwerken. Sindsdien voelt hij zich minder goed in zijn vel, twijfelt hij over veel en staat hij ook emotioneler en negatiever in het leven dan vroeger. Jan heeft nog veel contact met zijn vrienden, kinderen en kleinkinderen. Deze contacten maken hem gelukkig: “Er zijn veel mensen die het veel moeilijker hebben dan ik, die zo veel contacten niet hebben.” Jan heeft wel meer nood aan contacten sinds het overlijden van zijn vrouw: “Je



zoekt meer contact nu dan vroeger, dus meer vrienden bijvoorbeeld. Veel meer contact bijvoorbeeld met schoonbroers en schoonzussen dan tegen vroeger veel minder. Enfin, wij hadden vroeger ook contact met elkaar, maar je verlangt daar nu precies meer naar.” Sinds het overlijden, ziet hij ook zijn kinderen en kleinkinderen iets meer: “Ik zou liever nog meer contact hebben, maar ik eis dat niet. Ik kan niet eisen van hun bijvoorbeeld dat ze ineens meer contact hebben, omdat zij ook hun kinderen hebben en gaan werken allemaal. Ik eis dat niet, maar in de fond zou ik dat toch wel liever hebben.” Jan heeft het moeilijk om alleen thuis te zijn. Hij was het dan ook gewoon om met twee te zijn: “Ik voel me niet eenzaam omdat ik redelijk veel contacten heb. Ik heb nog veel vrienden waar ik regelmatig contact mee heb, waar ik bijvoorbeeld langs Skype ’s avonds contact mee heb, dus dat is geen probleem. Maar thuis alleen zitten, lang alleen zitten, daar heb ik het moeilijk mee.”

Jan heeft altijd positief in het leven gestaan. Hij heeft dan altijd gezegd dat indien hij niet meer zou kunnen lachen, hij liever dood zou zijn. Soms voelt hij zich wel ongelukkig: “Ik moet zeggen dat het wel een beetje is gebeterd. Er is al een jaar over gegaan, maar het is heel zwaar geweest.” Naar de toekomst toe is hij bang voor zijn geheugen. Hij geeft aan dat hij gemakkelijker dingen vergeet dan vroeger. Volgens hem heeft zijn cognitieve achteruitgang een invloed op zijn welbevinden: “Ik heb nooit aan iets getwijfeld als er iets was. Nu begin ik te twijfelen op voorhand. Ik ga bijvoorbeeld een bepaalde zaak doen, dan begin ik al te twijfelen en dat heb ik dus nooit gehad.” Over zijn fysieke gezondheid maakt hij zich minder zorgen. Aan een nieuwe relatie begint hij niet meer. Moest hij 10 jaar jonger zijn, lag dat allemaal wat anders. Hij heeft er al aan gedacht om in een serviceflat te gaan wonen, maar momenteel is dat nog niet aan de orde, aangezien hij niet veel problemen ervaart.

---

*“Ik ben tevreden met hetgeen ik nog kan en heb”*

---



**Jaap** is 84 jaar en woont alleen in een serviceflat. Hij is verhuisd naar deze serviceflat nadat zijn vrouw is gestorven en de relatie met één van de kinderen moeilijk verliep. Jaap heeft zijn vrouw vijf jaar geleden verloren. De manier waarop ze is overleden, stelt hem wel gerust vermits ze niet geleden heeft: “Zij ging tv kijken en ze viel ineens in slaap. En ik zei ‘ga dan naar bed’ en ik stootte tegen haar. Ze was ingeslapen voor de TV, zonder een kick was ze weg. Nou, dat is prachtig he.” Ondertussen heeft hij een nieuwe vriendin.

Jaap heeft twee zonen. Met één zoon heeft hij een goede band en

regelmatig contact. Met zijn andere zoon is hij het contact kwijtgeraakt: “Ik heb twee zonen, één zoon heeft het goed gedaan en de andere niet. Hij verloor zijn job doordat hij aan de drank is geraakt, nee dat ging niet goed. Ik was blij dat hij zijn rijbewijs kwijt was.” Jaap maakt zich zorgen over de toekomst van zijn zoon: “Hij moet niet hervallen, dat gevaar zit er wel in. Hij heeft er een rotzooi van gemaakt.”

De verhuis was een hele verandering voor Jaap, maar nu vindt hij dit een goede beslissing. Hij heeft nieuwe contacten met bewoners en dat bevalt hem. In de serviceflat is er bijvoorbeeld de mogelijkheid om

aan activiteiten deel te nemen. Daar is hij momenteel niet in geïnteresseerd. Wat hij wel interessant vindt is dat er twee keer per maand een maatschappelijk werker komt om over een actueel onderwerp te praten, bijvoorbeeld vluchtelingen of de politiek. Ongeveer twee keer per maand brengt hij een bezoek aan de kerk. Aangezien Jaap niet zoveel behoefte heeft aan sociaal contact, is hij tevreden met de beperkte contacten die hij heeft. Hij is tevreden met zijn dagelijkse activiteiten en voelt zich over het algemeen goed in zijn vel.

Jaap is boekhouder van opleiding. Hij werkte als Belgisch accountant en heeft gewerkt tot 80-jarige leeftijd. Hij is duidelijk gepassioneerd door zijn werk en uit het gesprek blijkt dat hij het moeilijk had om te stoppen met zijn werk. Boekhouding was een belangrijk deel van zijn leven en tot nu toe volgt hij zijn werk nog steeds op. Hij heeft nog veel contact met een ex-collega, zij is 54 jaar en komt hem regelmatig bezoeken en steekt een handje toe: “We hebben nog elke week contact, iets samen eten, een pizza of zo. Ze doet ook mijn

betalingen en boodschappen en zo. Ze komt en vraagt wat kan ik voor je doen? Ik beschouw haar als mijn dochter zeg maar.” Verder maakt hij ook gebruik van de dienstverlening die warme maaltijden levert. Zijn eten wordt iedere dag gebracht, maar als hij ergens anders gaat eten, kan hij dit afzeggen. Dat hij hier niet aan vasthangt, vindt hij zeer gemakkelijk.

Jaap heeft de laatste jaren vele moeilijke momenten beleefd. Ondanks deze moeilijke periode is hij een tevreden man. Hij aanvaardt het ouder worden en gaat hier goed mee om, dat is volgens hem de enige manier om gelukkig te blijven. Jaap is tevreden met de dingen die hij nog kan en heeft. Hij hoopt dat hij nog jaren op deze manier kan verder genieten.

## Verder lezen?

### Literatuur

Comijs, H. (2011). Psychische kwetsbaarheid. In C. Van Kampen (Ed.), *Kwetsbare ouderen* (pp. 105 - 117). Den Haag: Sociaal en cultureel planbureau.

Deze tekst heeft zowel betrekking op psychologische als cognitieve kwetsbaarheid bij ouderen in Nederland. De tekst benadrukt het belang van de samenhang tussen de verschillende kwetsbaarheidsdomeinen. Vervolgens komen er enkele aanbevelingen voor verder onderzoek aan bod alsook aanbevelingen voor het beleid.

Cuyvers, G., & De Clerk, L. (2005). Psychologische noden van zorgvragende ouderen en hun zorgverleners. Geraadpleegd op 10 november 2015, op [http://onderzoek.khk.be/domein\\_Gerontologie/documents/Psychologischennoden.pdf](http://onderzoek.khk.be/domein_Gerontologie/documents/Psychologischennoden.pdf)

In dit onderzoek worden zorgvragende ouderen (75+) en hun zorgverleners uit de provincie Antwerpen bevraagd. De bevraging levert een genuanceerde beschrijving op van de manier waarop deze groepen aankijken tegen ouderdom en de problemen die ze daarbij ervaren. Ook de hulp die ze al dan niet krijgen en de mensen van wie ze ondersteuning verwachten worden besproken.

Grenier, A. (2006). The distinction between being and feeling frail: exploring emotional experiences in health and social care. *Journal of Social Work Practice*, 20(3), 299–313.

Het concept kwetsbaarheid wordt in deze tekst vanuit een ander perspectief benaderd. Ouderen ervaren een onderscheid in het 'kwetsbaar zijn' en zich 'kwetsbaar voelen'. Het is dan ook belangrijk dat de praktijk vertrekt vanuit de emotionele ervaringen en belevingen van ouderen.

Marcoen, A., & Grommen, R. (2006). Als de schaduwen langer worden: psychologische perspectieven op ouder worden en oud zijn. Leuven: LannooCampus.

Dit boek geeft een brede kijk op de ouder wordende mens. Verschillende aspecten worden belicht, zoals bijvoorbeeld verschillende modellen om naar het ouder worden te kijken. Dit is een interessant boek voor mensen die met senioren werken of er meer over willen weten/begrijpen.

Vermeulen, B., & Declercq, A. (2010). Depressieve klachten bij kwetsbare ouderen die thuiszorg gebruiken. Welzijn volksgezondheid en gezin. SWVG. Feiten en Cijfers. Geraadpleegd op 10 november, 2015, op

<https://steunpuntwvg.be/images/swvg-1-feiten-en-cijfers/04-depressieve-klachten-ouderen>

Bij deze bron ligt de focus op sociale contacten en wordt ook de relatie met financiële kwetsbaarheid aangehaald. Voornamelijk aanbevelingen voor het werkveld, de thuiszorgdiensten worden besproken, alsook aanbeveling voor het beleid.

## Projecten

Lionarons Geestelijke Gezondheidszorg. (s.d.). Project depressie bij ouderen. Geraadpleegd op 20 november 2015, op [http://www.lionarons-ggz.nl/page\\_se.aspx?id=236](http://www.lionarons-ggz.nl/page_se.aspx?id=236)

Veel ouderen kampen met depressie. Vaak worden deze symptomen toegeschreven aan het ouder worden. Preventie en vroegtijdige detectie van depressie is belangrijk. Het project 'depressie bij ouderen' focust hier op. Met de vergrijzing wordt verwacht dat het aandeel ouderen met een depressie zal toenemen. De praktijk moet dan ook aandacht besteden aan deze problematiek.

SEL GOAL. (s.d.). PIOT. Geraadpleegd op 20 november 2015, op <http://www.selgoal.be/samenwerking/zorgvernieuwingsprojecten/piot/>

Op de website van SEL GOAL (Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg GezondheidsOverleg Arrondissement Leuven) staan verschillende zorgvernieuwingsprojecten voor kwetsbare ouderen zodat zij langer thuis kunnen blijven wonen. Specifiek voor het onderwerp 'psychologische kwetsbaarheid' is het PIOT-project interessant. PIOT staat voor Psychotherapeutische Interventies voor Ouderen met Trajectbegeleiding. Dit is een interessant project aangezien het werkt op maat van kwetsbare ouderen en gericht is op het zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Daarnaast doet het ook beroep op het sociaal netwerk van de ouderen.



---

# Cognitieve kwetsbaarheid

---

## Achtergrond

Ouder worden kan gepaard gaan met cognitieve achteruitgang (Comijs, 2011). In Vlaanderen hebben naar schatting 100.000 ouderen cognitieve beperkingen (Vlaamse overheid, s.d.). Het verslechteren van de cognitieve functies betekent dat mogelijkheden zoals denken, onthouden, redeneren en plannen achteruit gaan (Robertson et al., 2013). Deze functies zijn echter belangrijk om zelfstandig te kunnen leven. Cognitieve achteruitgang en dementie zijn geen synoniemen van elkaar. Ouderen met een cognitieve achteruitgang krijgen namelijk niet noodzakelijk dementie. Zo blijkt dat 35% van de mensen met lichte cognitieve problemen na 5 jaar geen cognitieve problemen meer heeft en 15% à 20% is stabiel gebleven (Comijs et al., 2004 in Comijs & Deeg, 2006).

Leeftijd is een belangrijke risicofactor voor cognitieve achteruitgang (Robertson et al., 2013). Met een verouderde bevolking komt cognitieve achteruitgang meer voor (Butler et al., 2015). Bovendien is er een verband tussen fysieke, sociale en psychische kwetsbaarheid en cognitieve achteruitgang (Comijs & Deeg, 2006; Robertson et al., 2013). Ouderen die fysiek (hoge bloeddruk, diabetes), sociaal (weinig sociale participatie) of psychisch kwetsbaar (depressieve symptomen) zijn, hebben meer kans op cognitieve achteruitgang (Comijs & Deeg, 2006). Deze relatie geldt ook in de andere richting, ouderen die een cognitieve achteruitgang kennen, hebben ook meer kans op een andere vorm van kwetsbaarheid (Comijs, 2011; Robertson et al., 2013).

Een verklaring voor de relatie tussen fysieke kwetsbaarheid en achteruitgaande cognitieve functies is dat ze gemeenschappelijke biologische kenmerken delen, waaronder diabetes en hartfalen (Jacobs et al., 2011). Een duidelijke link is gevonden tussen cognitieve achteruitgang



en minder spierkracht, dalende loopsnelheid, gewichtsverlies en minder bewegen. Zo zou het uitvoeren van meer fysieke activiteiten voordelen kunnen opleveren voor de cognitie (Angevaren et al., 2008; Robertson et al., 2013; Woods et al., 2013) en zou dit de levenskwaliteit verbeteren (Langlois et al., 2012).

Cognitieve achteruitgang heeft bovendien niet alleen een grote invloed op het leven van de oudere, maar ook op de omgeving. Dit geldt zeker wanneer een oudere dementie heeft (Mhaolain et al., 2012). De mensen uit de nabije omgeving krijgen te maken met gedragsveranderingen, verliezen, miscommunicatie en weerstand (Dröes, 2010).

Het is nodig om het verband tussen cognitieve achteruitgang en kwetsbaarheid verder te onderzoeken (Butler et al., 2015). Het is vooral in de beginnende stadia van kwetsbaarheid dat er nog een kans op vertragen van het proces is, daarom is vroegtijdige detectie nodig (Mhaolain et al., 2012). Wanneer er meer kennis is over het cognitieve onderdeel van kwetsbaarheid kan er sneller preventief opgetreden worden (Butler et al., 2015).

## Referentielijst

Angevaren, M., Aufdemkampe, G., Verhaar, H.J., Aleman, A., & Vanhees, L. (2008). Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. *Cochrain Database of Systematic Reviews*, 16(3), CD00538.

Butler, A., Gallagher, D., Gillespie, P., Crosby, L., Ryan, D., Lacey, L., et al. (2015). Frailty: a costly phenomenon in caring for elders with cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(2), 161-168.

Comijs, H.C. (2011). Psychische kwetsbaarheid. In C. Van Kampen (Ed.), *Kwetsbare ouderen* (pp. 105-117). Den Haag: Sociaal en cultureel planbureau.

Comijs, H.C, & Deeg, D.J.H. (2006). *Vroege predictoren van dementie. Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) VUMC, Amsterdam*. Geraadpleegd op 26 april 2016, op <http://www.lasa-vu.nl/documents/Vroegepredictorenvandementie.pdf>

Dröes, R.-M. (2010). *Omgaan met de gevolgen van dementie: het psychosociale perspectief*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

Jacobs, J.M., Cohen, A., Ein-Mor, E., Maaravi, Y., & Stessman, J. (2011). Frailty, cognitive impairment and mortality among the oldest old. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 15(8), 678-682.

Langlois, F., Vu, T.T.M., Chassé, K., Dupuis, G., Kergoat, M.J., & Bherer, L. (2012). Benefits of physical exercise training on cognition and quality of life in frail older adults. *Journals of Gerontology Series B*, 68(3), 400-404.

Mhaolain, A.M.N., Gallagher, D., Crosby, L., Ryan, D., Lacey, L., Coen, R.F., et al. (2012). Frailty and Quality of Life for People With

Alzheimer's Dementia and Mild Cognitive Impairment. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 27(1), 48–54.

Robertson, D.A., Savva, G.M., & Kenny, R.A. (2013). Frailty and cognitive impairment – a review of the evidence and causal mechanisms. *Ageing Research Reviews*, 12(4), 840-851.

Vlaamse Overheid. (s.d.). *Dementie*. Geraadpleegd op 9 november, 2015, op <http://www.vlaanderen.be/nl/gezin-welzijn-en-gezondheid/gezondheidszorg/dementie>

Woods, A.J., Cohen, R.A., & Pahor, M. (2013). Cognitive frailty: frontiers and challenges. *The Journal of Nutrition, Health and Ageing*, 17(9), 741-743.

## Getuigenis van ouderen: Jacqueline en Christine



---

*“Geef niet op als  
mantelzorger”*

---

**Jacqueline** is 77 jaar en woont in Antwerpen samen met haar 77-jarige man, die sinds enkele jaren kampt met dementie. Zowel Jacqueline als haar man zijn actief in het verenigingsleven en in raden van bestuur. Ze houden van reizen en wandelen. Acht jaar geleden kreeg haar man een herseninfarct. Sindsdien is hij alleen maar achteruit gegaan en is hij begonnen dementeren. Fysiek is hij nog perfect in orde. Omwille van de gezondheidstoestand van haar man zijn ze vier jaar geleden verhuisd naar een appartement waar ze gebruik kunnen maken van enkele ondersteuningsdiensten.

In het begin nam Jacqueline de zorg voor haar man alleen op. Omdat dit te zwaar werd en haar man niet meer ‘naar haar wilde luisteren’, doet ze sinds kort beroep op een verpleegster aan huis. Sinds twee jaar gaat hij enkele dagen per week naar een dagverzorgingscentrum. Zelf denkt hij dat hij als vrijwilliger gaat, aangezien hij zich niet bewust is van zijn cognitieve gezondheidstoestand. In het begin verweet hij zijn vrouw de oorzaak van zijn dementie te zijn. De dialoog met haar man is sinds een jaar volledig verdwenen: “Ik heb geen man meer. Het is iemand die hier is, maar ik heb daar geen

steun meer aan. Ik heb daar wel een aanwezigheid van.” Jacqueline heeft het er moeilijk mee haar man die haar altijd met raad en daad bijstond nu zo te zien aftakelen: “Het is alsof ik nu een moeilijk kind heb.”

Overdag ervaart ze minder problemen met haar partner, want dan gaan ze vaak op stap. Thuis blijven met hem is veel moeilijker. Ze is er van overtuigd dat uitstappen goed voor hem zijn. Haar man geniet hier ook van. De kinderen, kleinkinderen en vrienden komen minder op bezoek, aangezien ze moeilijk met de situatie om kunnen. Ze noemt dit: “Het begin van het einde.” Als haar man niet terecht kan in het dagverzorgingscentrum, kan ze wel rekenen op hulp van haar kinderen.

Jacqueline ziet de toekomst somber in en probeert er niet te veel aan te denken. Volgens haar zal niets verbetering brengen in zijn situatie, aangezien ze weet dat het alleen maar slechter zal gaan. Dat maakt haar droevig. Uit haar levensvisie put ze veel kracht. Het gezin heeft namelijk al verschillende tegenslagen moeten verwerken, maar hieruit heeft Jacqueline

geleerd om door te gaan en niet op te geven. Ze heeft dan ook een belangrijke boodschap: “Geef niet op als mantelzorger”.

Jacqueline probeert te genieten van elk moment samen en hoopt nog veel uitstappen te doen. Ze is dankbaar dat haar man nog bij haar kan zijn en dat ze nog voor hem kan zorgen. Zo lang haar gezondheidstoestand het toelaat, wil ze hem thuis houden. Als het moeilijker gaat, zal ze hem meer dagen naar het dagverzorgingscentrum laten gaan tot het daar ook niet meer gaat. Dat is volgens haar de enige manier waarop er verbetering kan komen in de situatie: “Ik voel mij altijd veel rustiger als hij in het dagverzorgingscentrum is. Dat is lelijk om te zeggen hè, dat is de man die je zo graag gezien hebt, veel van geleerd hebt, veel van gekregen hebt. Ik vind dat het mijn plicht is dat ik voor hem blijf zorgen, zolang mijn gezondheid het aankan.” Ze heeft hem ingeschreven in verschillende woonzorgcentra maar voelt zich daar niet goed bij. Volgens Jacqueline is haar man daarvoor fysiek nog te goed.

---

*“Ze luistert scherper dan mij”*

---



**Christine** is 83 jaar en woont al 30 jaar samen met haar zus in Antwerpen. Ze konden het altijd goed met elkaar vinden, maar het samenleven is moeilijker geworden nu haar zus Mariette dementerend is. Christine volgt verschillende vormingen rond omgaan met dementie, aangezien ze wil leren hoe ze beter kan omgaan met de symptomen. Deze vormingen zijn een grote steun voor haar. Haar zus Mariette gaat elke weekdag naar het dagverzorgingscentrum. Zelf zegt ze dat ze elke dag gaat werken, maar niet betaald wordt. Niet altijd heeft ze hier zin in, maar haar humeur hangt van minuut tot minuut af: “Het is zo wisselend,

verschrikkelijk. Het is afhankelijk van kwartier tot kwartier, als ge niet moogt zeggen van vijf minuten, ge kunt u dat niet voorstellen.”

Christine ziet de laatste drie jaar een grote verandering bij haar zus. Haar zus Mariette werd toen onder narcose geopereerd en sindsdien is haar cognitieve toestand snel achteruit gegaan. Ze onthoudt niet meer wat ze allemaal al gedaan heeft, alles lijkt als een eerste keer voor haar. Haar zus ging altijd graag op stap, ze kon niet thuis blijven zitten. Dit mist ze nu erg. Ze heeft wel nog een abonnement van de Zoo, maar ze kan er niet meer zelfstandig naartoe. Wel gaat ze

nog regelmatig met haar zus naar het theater.

De zussen hebben goed contact met hun burens. Daar kunnen ze altijd terecht wanneer ze problemen hebben. Het contact met andere mensen verloopt voor Mariette niet vlot. Soms herkent ze familieleden niet meer of denkt ze dat het iemand anders is. Christine heeft geleerd om in die situatie niet met haar zus in discussie te treden: “Haar gelijk geven, je moet gaan faken, je moet uw eigen karakter gaan veranderen om geen discussie te krijgen. Dat is moeilijk hoor.”

De zorg voor haar zus is voor Christine niet makkelijk. Zo heeft haar zus Mariette vaak het gevoel dat Christine baas over haar speelt en kan ze de hulp niet aanvaarden. Aankleden lukt niet altijd even goed. Soms doet ze kleren van haar zus aan of verwisselt ze schoensmeer met dagcrème. Hier kan Mariette dan wel om lachen: “Ze zag bruin, ze had schoensmeer op haar gezicht gesmeerd, die potjes lijken voor haar op crème, ik heb nogal moeten schrobben en daar hebben we dan eigenlijk mee gelachen.”

Christine heeft het zelf moeilijk gehad de laatste jaren en ook fysiek gaat ze achteruit. Soms is het moeilijk om nog energie te vinden voor de zorg van haar zus. Mariette is volgens Christine egocentrisch geworden en merkt niet wat haar zus voor haar doet. Ze wil ook alles zelf blijven doen en heeft het moeilijk om te aanvaarden dat ze dement is. Dit is frustrerend voor Christine. De toekomst ziet Christine somber in. Ze vreest dat haar zus niet lang meer thuis zal kunnen blijven wonen, omdat deze zorg verlenen te zwaar is geworden. Mariette is al een paar keer opgenomen in het centrum voor kortverblijf om wat uit te rusten.

Het leven van de zussen is op verschillende manieren veranderd. Toch blijft hun band sterk en af en toe worden er leuke ontdekkingen gedaan. Zo kan haar zus Mariette veel beter horen: “Ze waarneemt niet meer. Het gaat veel te vlug, maar ze luistert scherper dan mij! Zeer eigenaardig.”

## Verder lezen?

### Literatuur

Halil, M., Kizilarlanoglu, M.C., Kuyumcu, M.E., Yesil, Y., & Jentoft, A.J.C. (2015). Cognitive aspects of frailty: Mechanisms behind the link between frailty and cognitive impairment. *The Journal of Nutrition, Health and Ageing*, 19(3), 276-283.

De link tussen cognitieve kwetsbaarheid en fysieke achteruitgang wordt weergegeven. Dit gebeurt onder meer aan de hand van de biologische processen. De onderliggende mechanismen van cognitieve kwetsbaarheid worden beschreven.

Kelaiditi, E., Cesari, M., Canvevelli, M., Abellan Van Kan, G., Ousset, P.-J., Gillette-Guyonnet, S., et al. (2013). Cognitive frailty: rational and definition

from an (i.a.n.a./i.a.g.g.) international consensus group. *The Journal of Nutrition, Health and Ageing*, 17(9), 726-734.

Er wordt een duidelijke en volledige kijk gegeven op cognitieve kwetsbaarheid, in al zijn facetten. Verschillende definities hiervan worden uitgelegd en vergeleken.

Robertson, D.A., Savva, G.M., & Kenny, R.A. (2013). Frailty and cognitive impairment – a review of the evidence and causal mechanisms. *Ageing Research Reviews*, 12(4), 840-851.

Deze wetenschappelijke tekst geeft duidelijk weer wat cognitieve kwetsbaarheid is. De risicofactoren, gevolgen en samenhang met de fysieke achteruitgang worden heel concreet beschreven.

Spruytte, N., De Coster, I., Vermeulen, B., Van Eenoo, L., Declercq, A., & Van Audenhove, C. (2013). *Anders ouder worden: eindrapport*. Leuven: KULeuven.

Dit rapport plaats cognitieve kwetsbaarheid in het bredere theoretische kader van kwetsbaarheid geplaatst en duidt met passende cijfers de Vlaamse situatie. Ook de praktijk krijgt in dit rapport de nodige aandacht door de omgangs- en begeleidingskenmerken te vermelden.



Steyaert, J., & Meeuws, S. (2015). Langer thuis met dementie. De (on)mogelijkheden in beeld. Berchem: drukkerij EPO.

In Vlaanderen hebben ongeveer 116000 mensen dementie waarvan 70% thuis woont. Zo lang mogelijk thuis blijven is voor hen eveneens hun wens. Dit is echter niet altijd vanzelfsprekend. Dit boek biedt informatie aan over verschillende manieren waarop ondersteuning kan aangeboden worden (psycho-educatie, technologie, woningaanpassingen, ...)

## Projecten

Baluchon Alzheimer Vlaanderen VZW. (2013). De fluwele mantel van Baluchon Alzheimer. Geraadpleegd op 21 november 2015, op [https://www.cera.be/nl/maatschappelijkeprojecten/mso/~media/07C8B6A03AF043AC8EA0BC1CA673A8B3.pdf](https://www.cera.be/nl/maatschappelijkeprojecten/mso/~/media/07C8B6A03AF043AC8EA0BC1CA673A8B3.pdf)

Het is noodzakelijk dat er vanuit de praktijk niet enkel aandacht geschonken wordt aan de zorgbehoevenden, maar ook aan hun verzorgenden. De mantelzorgers van personen met de ziekte van Alzheimer kunnen beroep doen op de vzw Baluchon Alzheimer. Hun doel is de mantelzorgers door respijtzorg te ondersteunen. Hierdoor kunnen zij de zorg thuis langer volhouden.

Huis Perrekes vzw. (2013). De kunst van het dragen, samen dragen op maat van de persoon met dementie. Geraadpleegd op 21 november 2015, op <https://www.cera.be/nl/maatschappelijkeprojecten/mso/~media/A20F2297C2B94074A085C06CCF58A806.pdf>

Huis Perrekes is een woonzorgcentrum voor dementerende ouderen, dat kleinschalig en genormaliseerd te werk gaat. Ze proberen zoveel mogelijk de thuissituatie van de oudere na te bootsen en zijn hierdoor zeer vernieuwend. De begeleiding kijkt voornamelijk naar wat ouderen wel nog kunnen. ([www.perrekes.be](http://www.perrekes.be))

---

# Sociale kwetsbaarheid

---

## Achtergrond

Het netwerk van een oudere volwassene bestaat uit verschillende relaties zoals deze met familie, vrienden en burens. Deze relaties kunnen een belangrijke bron van hulp zijn, vooral voor diegene met een chronische ziekte (Ahmad, 2011). Het sociaal netwerk is daarnaast ook een belangrijke buffer tegen stressvolle momenten en/of geeft hen de mogelijkheid om beter met deze momenten om te gaan (Antonucci & Wong, 2010). De positieve aspecten van een relatie zorgen ervoor dat de oudere een positief zelfbeeld ontwikkelt en ook een positief beeld t.a.v. de wereld (Antonucci & Akiyama, 2002). Verder onderzoek heeft aangetoond dat de hoeveelheid sociale relaties die iemand heeft, een positieve invloed heeft op de blijdschap en psychologische aanpassing van de persoon (Takahashi et al., 1997).

Sociale netwerken veranderen echter met de leeftijd. Zo kunnen ze kleiner worden naarmate men ouder wordt, zoals door pensionering of overlijden van leeftijdsgenoten. Als het sociaal netwerk van de oudere krimpt, kan dat de oudere ongelukkig maken (Charles & Carstensen, 2010). Dit is zeker niet altijd zo. De zogenaamde Socio-emotionele Selectiviteitstheorie (SST), voor het eerst beschreven door de onderzoekster Laura Carstensen (1987), stelt dat wanneer er grenzen komen aan de resterende tijd die men nog heeft (zoals het geval is als men ouder wordt of bij diegenen die omwille van een ernstige ziekte niet lang meer te leven hebben), mensen de focus leggen op het verkrijgen van zoveel mogelijk positieve emoties. Wanneer ouderen over een kleiner, maar goed sociaal netwerk beschikken met emotioneel bevredigende relaties, kan dit als buffer dienen voor verlieservaringen enerzijds en het optreden van depressieve gevoelens anderzijds. Ouderen die over geen emotioneel bevredigende relaties beschikken, die m.a.w. emotioneel eenzaam zijn, zijn daardoor veel

kwetsbaarder voor het ontstaan van depressieve/negatieve gevoelens. Het is dus niet de kwantiteit die telt, maar de kwaliteit van de sociale relaties (Charles & Carstensen, 2010).

Wanneer ouderen niet in staat zijn om een ondersteunend netwerk op te bouwen en te benutten, worden ouderen als sociaal kwetsbaar beschouwd (Machielse, 2011; Rockwood et al., 1994). Kwetsbaarheid mag niet enkel gedefinieerd worden a.d.h.v. fysieke problemen, zoals moeilijker te been zijn, maar er moet ook rekening gehouden worden met de psychologische en sociale factoren (Gobbens & van Assen, 2014). Het sociale domein wordt gemeten op verschillende manieren. Zo kan het sociaal netwerk gemeten worden a.d.h.v. de termen alleen wonen, sociale relaties en ondersteuning (De Witte et al., 2013; Gobbens & van Assen, 2014). Het sociale domein van kwetsbaarheid kan ook gemeten worden o.b.v. sociale eenzaamheid en sociale steun. Sociale eenzaamheid omvat volgende drie aspecten: steun bij problemen, vertrouwen in mensen en verbondenheid met anderen (de Jong-Gierveld & van Tilburg, 2008).

Verschillende studies hebben aangetoond dat het risico op sociale kwetsbaarheid hoger ligt naarmate men ouder wordt, vrouw is, lager opgeleid is en een beperkt inkomen heeft. Verder zijn ouderen die een ongezonde levensstijl hebben of niet tevreden zijn met hun woonomgeving, vaker ook sociaal kwetsbaar (Andrew et al., 2008).

## Referentielijst

- Ahmad, K. (2011). Older Adults' Social Support and its Effect on Their Everyday Self-maintenance Activities: Findings from the Household Survey of Urban Lahore-Pakistan. *A Research Journal of South Asian Studies*, 26(1), 37-52.
- Andrew, M.K., Mitnitski, A.B., & Rockwood, K. (2008). Social Vulnerability, Frailty and Mortality in Elderly People. *Plos One* 3(5)
- Antonucci, T.C., & Akiyama, H. (2002). *International Society for the study of Behavioural Development: Aging and Close Relationships over the Life Course*. Geraadpleegd op 11 mei 2015, op [http://www.issbd.org/resources/files/newsletter\\_0102.pdf](http://www.issbd.org/resources/files/newsletter_0102.pdf)
- Antonucci, T.C., & Wong, K.M. (2010). Public Health and the Aging Family. *Public Health Reviews*, 32(2), 512-531.
- Carstensen, L.L. (1987). Age-related changes in social activity. In L.L. Carstensen & B.A. Edelstein (Eds.), *Handbook of Clinical Gerontology* (pp. 222-237). New York: Pergamon Press.
- Charles, S., & Carstensen, L.L. (2010). Social and Emotional Aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383-409.
- de Jong-Gierveld, J., & van Tilburg, T. (2008). De ingekorte schaal voor algemene, emotionele en sociale eenzaamheid. *Tijdschrift voor Gerontologie en geriatrie*, 39(1), 4-15.
- De Witte, N., Gobbens, R., De Donder, L., Dury, S., Buffel, T., Verté, D., et al. (2013). Validation of the Comprehensive Frailty Assessment Instrument against the Tilburg Frailty Indicator. *European Geriatric Medicine*, 4(4), 284-254.

Fiori, K.L., Smith, J., & Antonucci, T.C. (2007). Social Network Types Among Older Adults: A Multidimensional Approach. *Journals of Gerontology Series B*, 62(6), 322-330.

Gobbens, R.J.J., & van Assen, M.A.L.M. (2014). The prediction of quality of life by physical, psychological and social components of frailty in community-dwelling older people. *Quality of Life Research*, 23(8), 2289-2300.

Machielse, A. (2011). Sociaal Isolement bij ouderen: een typologie als richtlijn voor effectieve interventies. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*. 20(4), 40-61.

Rockwood, K., Fox, R.A., Stolee, P., Robertston, D., & Beattie, L.B. (1994). Frailty in elderly people: an evolving concept. *Canadian Medical Association Journal*, 150(4), 489-495.

Takahashi, K., Tamura, J., & Tokoro, M. (1997). *Patterns of Social Relationships and Psychological Well-being among the Elderly*. Geraadpleegd op 12 mei 2015, op [http://www.keiko-takahashi.com/pdf/patterns\\_of\\_Social\\_Relationships.pdf](http://www.keiko-takahashi.com/pdf/patterns_of_Social_Relationships.pdf)

## Getuigenis van ouderen: Paula & Huberta



---

*“Dat het zo mag blijven zoals het nu is, dan ben ik content.”*

---

**Paula** is 85 jaar en 2,5 jaar geleden is haar man overleden. Dit had een grote weerslag op haar sociale contacten en sociale kwetsbaarheid. Op de vraag met wie ze het sociaal contact zou willen vermeerderen, antwoordde ze tijdens het interview direct haar man. “Omdat ik mijn man mis”. Toch is Paula tevreden met haar sociaal netwerk. Naar de toekomst toe wenst ze dan ook “Dat het zo mag blijven zoals het nu is, dan ben ik content”.

Op 30-jarige leeftijd is Paula gestopt met haar job als bobijnster in de brei-industrie en begon ze te helpen in de schoenmakerij van haar man in Sint-Niklaas. Wanneer

ze vrije tijd hadden, reden ze eens rond met de auto als het goed weer was, of gingen ze iets gaan drinken of gaan eten. Ze waren tevens lid van UNIZO. Nu gaat ze niet meer naar deze bijeenkomsten, want “Met alleen te zijn heb ik dat laten gaan”. Dit vooral door moeilijkheden om er te geraken en haar man die er niet meer bij kan zijn. Er is volgens haar zeker een verschil tussen wanneer je alleen bent en wanneer je “Uw man naast u hebt staan”.

Haar vrije tijd wordt nu ingevuld door het huishouden en wat te lezen. Om de 14 dagen komt een huishoudhulp. Hier heeft zij een

heel goed contact mee, “Ja moest ik iets zeggen dan staat ze gereed om iets te doen als het erop aankomt”, aldus Paula. Ook haar burens helpen haar waar het kan. Hierover zegt ze “Als mijn geboortebuurt naar de markt gaat en ik vraag voor iets mee te brengen, die zegt ja en dat komt in orde”. Paula is van mening dat ze wel in een sociale buurt woont. Als ze elkaar zien maken ze geregeld een praatje.

Ook haar familie staat voor haar klaar en geeft haar emotionele steun. Haar broer en drie zussen komen soms eens tot bij haar. Doordat ze redelijk ver uit elkaar wonen is een telefoontje wel eerder aan de orde. “Ze ondervinden dat het mij plezier doet als ze mij op tijd eens een keer telefoneren. Dan voelt ge u wat meer opgelucht”. Paula haar zoon en schoondochter doen wekelijks boodschappen voor haar en hij doet al haar betalingen, “Dan is hij gerust en kan ik ook verder hé”. Ook haar kleinkinderen komen vaak op bezoek, “Ja natuurlijk als er niet te studeren valt. Want als er te studeren valt komt er niet veel van kijken hé”, aldus Paula.

Ten slotte is Paula van mening dat haar sociaal netwerk het afgelopen jaar niet expliciet verminderd of vermeerderd is. Ze heeft wel het gevoel dat ze meer wordt afgeschreven naarmate ze ouder wordt. Volgens haar zeggen jongeren wel “goedendag”, maar zullen ze geen heel gesprek starten. “Mensen die een deel jonger zijn als gij, die appreciëren dat niet. Die kunnen er zo geen weg mee, met oudere mensen”.

---

*“’s Morgens als ik opsta zeg ik: Ik ga vandaag blij zijn. En ik ga de mensen proberen gelukkig te maken.”*

---



**Huberta** is 82 jaar en reeds 24 jaar weduwe. Ze was onderwijzeres en dit beroep heeft ze uitgeoefend tot en met de geboorte van haar derde kind. “En dan werd het hoog tijd dat ik voor mijn man, mijn gezin, kon zorgen”, aldus Huberta. Vanaf dan hielp ze mee in het familiebedrijf dat landbouwtractoren en machines verkoopt. Tot op heden woont ze nog altijd boven deze zaak.

De burens kennen haar allemaal en ze voelt zich daar heel goed bij. Over haar dagelijkse wandeling in de buurt zegt ze: “Zo heb ik toch altijd contact, voel ik mij nooit eenzaam”. Huberta is gelovig en gaat iedere dag naar de mis. In de mis ziet ze

haar vrienden van de gebedsgroep “De kleine zielen”, waar ze iedere maandag mee samenkomt. Voor de kerkdienst springt ze soms even binnen bij een vrouw van 92 jaar. Iedere zondag gaat ze met haar naar het rusthuis van Zeveneken om de bewoners naar hun kamer te brengen. Hierover vertelt ze: “Er zijn zoveel sukkelaars bij, zoveel mensen van mijn leeftijd. En dan zeg ik tegen mijzelf dat ik toch veel geluk heb gehad”.

Vervolgens spreekt Huberta uitgebreid over haar vriendin uit Lochristi. Ze zien elkaar wekelijks en dan gaan ze eens samen gaan wandelen en kruiden gaan



plukken. Ze zitten tevens in dezelfde gedachtegang qua geloof. Met haar vriendinnen gaat Huberta soms eens naar de zee of doet ze een uitstap naar een bedevaartplaats. Ze rijden dan samen met de auto of gaan met de bus. “Ik ben blij omdat wij nogal op elkaar gesteld zijn. Dus ik verveel mij nooit feitelijk”, vertelt Huberta over haar vriendenkring. Ook gaat ze soms naar de bijeenkomsten van Okra.

Haar familie is zeer uitgebreid en jaarlijks gaan ze een weekendje weg met alle kinderen en kleinkinderen. Vorig jaar zijn ze naar Durbuy geweest. Ieder jaar is er tevens een grote samenkomst met de hele familie, een honderdtal man. Over deze uitstappen vertelt ze: “Dat is heel gezellig en dan zijn we eens onder elkaar. Mijn leven is daarmee gevuld, met blijde dingen”. Haar kinderen en kleinkinderen komen doorheen de week eens langs. Zelf gaat Huberta soms eens op bezoek bij haar zussen.

Haar zus had haar onlangs nog eens gebeld en zei “Ge zijt nooit thuis, ik verschiet ervan dat ge thuis zijt”. Huberta vertelt dat ze wat meer een “huisduif” geworden is. Het is soms

wat te veel. “Ik zou het veel rustiger aan willen doen. Dat ik op mijne leeftijd vergeet dat ik zo oud ben”. Toch zou ze meer contact willen opnemen met mensen die haar nodig hebben. De voornaamste persoon in haar leven is nog altijd haar man, zegt ze. Ze gaat dikwijls naar zijn graf en vraagt dat hij hun kinderen moet helpen.

Naar de toekomst toe hoopt Huberta dat ze hier nog een beetje mag blijven. Dat is haar einddoel. In verband met haar sociaal netwerk hoopt ze dat de mensen iets aan haar mogen hebben. “Dat ik die mensen een beetje geluk gebracht heb, een beetje blijheid. Ik probeer ook dat de mensen een beetje hun zorgen kunnen afgeven aan mij”.

## Verder lezen?

### Literatuur

De Witte, N., De Donder, L., Dury, S., Smetcoren, A.-S., Brosens, D., Buffel, T., et al. (2012). Samen de stoep op. Over sociale cohesie en ouderen. Gent: Provincie Oost-Vlaanderen.

Deze publicatie van de Belgian Ageing Studies (Vrije Universiteit Brussel) gebeurde in opdracht van het provinciebestuur Oost-Vlaanderen, de provinciale adviesraad ouderen en het Kenniscentrum sociale cohesie Oost-Vlaanderen. Lokale adviesraden en lokale dienstencentra kunnen zo het gegeven van sociale betrokkenheid op de kaart zetten en worden gestimuleerd om concrete projecten uit te werken.

vzw ASTROV, vzw LISS, vzw VOS, vzw WESTROV, vzw Steunpunt Algemeen Welzijnswerk en de lokale straathoekwerkprojecten. (2011). De wereld draait ook zonder mij. Straathoekwerk vertelt.

Geraadpleegd op 25 april 2016, op

<https://www.kennisplein.be/Documents/De%20wereld%20draait%20ook%20zonder%20mij.%20Straathoekwerk%20vertelt.pdf>

In deze publicatie getuigen straathoekwerkers over eenzame mensen en werd door experts een artikel geschreven dat vertrok vanuit het straatverhaal. Daarbij zijn er ook beleidsaanbevelingen geformuleerd met speciale aandacht voor het lokale niveau.

Heylen, L. (2015). Oud en eenzaam? Een gids door de mythe. Geraadpleegd op 26 april 2016, op [http://www.oudeneenzaam.be/uploads/2/4/1/9/24194944/oud\\_en\\_eenzaam\\_-\\_een\\_gids\\_door\\_de\\_mythe.pdf](http://www.oudeneenzaam.be/uploads/2/4/1/9/24194944/oud_en_eenzaam_-_een_gids_door_de_mythe.pdf)

Deze gids gaat over eenzaamheid en de stereotypen die daarbij horen als mensen ouder worden. Auteur dr. Leen Heylen stelt in het artikel een plan van aanpak voor.

## Projecten

Zorgproeftuinen. (s.d.). Ontwikkelen van informele (buurt) zorgnetwerken. Geraadpleegd op 26 mei 2016, op <http://zorgproeftuinen.be/nl/content/ontwikkelen-van-informele-buurtzorgnetwerken>

Het project wil, vanuit een ruimere visie op zorg, een werkmodel ontwikkelen dat informele zorg zichtbaar maakt en informele (buurt)zorgnetwerken creëert, faciliteert, ondersteunt en valoriseert. Door het inzetten van informele (buurt)zorgnetwerken wordt de levenskwaliteit van senioren verbeterd en hun zelfstandigheid vergroot, zodat zij zo lang mogelijk kwaliteitsvol thuis kunnen blijven wonen en uit hun sociaal isolement worden gehaald.

OCMW Kortrijk. (s.d.). Project burens voor burens. Geraadpleegd op 26 mei 2016, op <http://www.kortrijk.be/ocmw/producten/project-burens-voor-burens>

Vrijwilligers en zorgburens proberen binnen dit project ouderen de kans te geven om sociale contacten te leggen en ondersteuning bij dagelijkse activiteiten te verkrijgen. 'Kom binnen burens, zorgbuur', is een project waarbij iemand als vertrouwenspersoon optreedt voor de ouderen binnen een dorp. Wanneer ouderen het moeilijk hebben om hulp te vragen, verlaagt dit project de drempel. De visie van het project is er zijn voor de zorgbehoevende ouderen.

---

# Omgevings- kwetsbaarheid

---

## Achtergrond

Omgevingskwetsbaarheid gaat over de kwaliteit van zowel de woning als van de directe woonomgeving. Naarmate de leeftijd toeneemt, wordt men immers afhankelijker van de woonsituatie. Zo spenderen ouderen veel tijd in hun huis en in de buurt. Daarnaast is men vaak ook emotioneel verbonden met de woning en woonomgeving (Young et al., 2004). Zij die geconfronteerd worden met een woning en/of woonomgeving die niet aangepast is aan hun veranderende noden zullen dan kwetsbaar zijn (De Witte et al, 2013). In Vlaanderen is de kans op een slechte huisvestingssituatie groter vanaf de leeftijd van 80 jaar. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de oudste leeftijdsgroep vaker in oude woningen leven. Ook het wonen in een huurwoning speelt een grote rol. Een huurwoning is vaak niet aangepast aan de noden van ouderen (De Witte et al., 2012).

Wanneer de woning of woonomgeving niet meer aangepast is aan ouderen hun behoeftes, kan men verhuizen. Toch stellen we vast dat de meeste ouderen zelfstandig thuis willen blijven wonen (eventueel met aanpassingen in de woning). Het merendeel van de ouderen staat niet in de rij om de woning in te wisselen voor een alternatief. Zo toont onderzoek dat een overgroot deel van de ouderen een verhuis naar een woonzorgcentrum liever uitstelt. Daarnaast zijn er ook andere woonalternatieven waar men naar kan verhuizen. Een studie van Smetcoren et al. (2014) naar woonvoorkeuren van ouderen in Vlaanderen toont aan dat alternatieve woonvormen zoals serviceflat en groepswonen, waar de nadruk eerder ligt op het behoud van zelfstandigheid in plaats van zorg, aan belang winnen. Innovatieve woonalternatieven zijn echter niet voldoende aanwezig en verdienen

de nodige aandacht, door de diversiteit onder ouderen is er immers nood aan een brede waaier van woonmogelijkheden (Smetcoren et al., 2014).

Naast de woning is ook de kwaliteit van de woonomgeving van groot belang (De Witte et al., 2012). Studies tonen aan dat het fysieke karakter van de omgeving, zoals bijvoorbeeld de aanwezigheid van rustbanken, invloed heeft op de sociale banden van buurtbewoners (Thompson & Krause, 1998), op de autonomie en op de actieradius van oudere bewoners (Galle & Van der Wagt, 2007). Wanneer we kijken naar hoe de omgevingscontext de gezondheid nu juist beïnvloedt, heeft onderzoek aangetoond dat in een verarmde buurt wonen de levensstijl en fysieke activiteit van mensen negatief beïnvloedt (Sundquist et al., 1999). Zo zal bijvoorbeeld de kwaliteit en aanwezigheid van structuren zoals trappen, voetpaden, opritten en wegen ervoor zorgen dat mensen zich meer of minder op straat begeven. Wanneer deze voornoemde structuren ontbreken of slecht onderhouden zijn, zullen mensen minder snel en minder gemakkelijk in contact komen met elkaar (Thompson & Krause, 1998).

Een aantal studies hebben aangetoond dat angst voor criminaliteit een belangrijke rol spelen voor ouderen. Wanneer ouderen de buurt als onveilig beschouwen, zullen zij enkel interacties aangaan wanneer dit echt nodig is. Deelnemen aan activiteiten buitenshuis, zal dan minder voorkomen. De angst voor criminaliteit blijkt hoger te zijn bij alleenwonende ouderen, dan bij ouderen die samenwonen (De Donder, 2010).

## Referentielijst

De Donder, L. (2010). *Feelings of unsafety in later life*. Brussel: VUB Press.

De Witte, N., Smetcoren, A.-S., De Donder, L., Dury, S., Buffel, T., Kardol, T., et al. (2012). *Een huis? Een thuis!: over ouderen en wonen*. Brugge: Uitgeverij Vanden Broele.

De Witte, N., Gobbens, R., De Donder, L., Dury, S., Buffel, T., Verte, D., et al. (2013). Validation of the Comprehensive Frailty Assessment Instrument against the Tilburg Frailty Indicator. *European Geriatric Medicine*, 4(4), 248–254.

Galle, M., & Van der Wagt, M. (2007). Oudere mensen, zwakste schakel in de woonomgeving. *City Journal*, 9, 26-30.

Smetcoren, A.-S., Dury, S., De Donder, L., De Witte, N., Van Regenmortel, S., Kardol, T., & Verté, D., (2014) Denken over later? Attitudes van ouderen ten opzicht van verschillende woonvormen in Vlaanderen. *Ruimte & Maatschappij*, 6(2) 14-38.

Sundquist, J., Malmstrom, M., & Johansson, S.E. (1999). Cardiovascular risk factors and the neighbourhood environment: a multilevel analysis. *International Journal of Epidemiology*, 28(5), 841–845.

Thompson, E.E., & Krause, N. (1998). Living Alone and Neighborhood Characteristics as Predictors of Social Support in Late Life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53(6), 354–364.

Young, A.F., Russell, A., & Powers, J.R. (2004). The sense of belonging to a neighbourhood: can it be measured and is it related to health and well being in older women? *Social Science & Medicine*, 59(12), 2627– 2637.

## Getuigenis van ouderen: Maria, Clemantina en Rosa



---

*“Vroeger was het  
interessanter dan nu”*

---

**Maria** woont exact tweeënvijftig jaar in haar huis. Haar boezemvriendin en toeverlaat, **Clemantina**, ‘Tsjinneke’ voor de mensen die haar kennen, ongeveer dertig jaar. Ze zijn allebei weduwe en zoeken steun en gezelschap bij elkaar. ‘Samen staan we sterk’ is hun motto en samen hopen ze nog heel wat dagen aan elkaars zijde te mogen doorbrengen. “Ik durf het heel goed te zeggen, zonder haar zat ik hier nu niet meer, maar lag ik al lang onder de groene zoden.”

Maria en Clemantina gaan een aantal keer in de week samen op stap: “we gaan zeker viermaal in de

week weg. Dinsdag doen we onze boodschappen op de markt. Op donderdag gaan we naar OKRA. Vrijdag is de drukste dag, dan vind je ons bij de kapper, in de taverne waar we bijna dagelijks te vinden zijn of in de supermarkt.” Meestal blijven ze in de nabije omgeving en gaan ze te voet, maar wanneer de afstand groter wordt nemen ze de bus of doen ze beroep op iemand met een auto. “Het gaat allemaal niet meer zoals het vroeger ging. De benen willen niet meer mee en het uithoudingsvermogen is ook niet meer wat het geweest is. Maar we mogen zeker en vast niet klagen over onze omgeving. We wonen



in het centrum. Als we iets nodig hebben dan is dit in onze buurt bereikbaar”. De bus nemen is voor hen geen probleem, maar de trein wordt uitgesloten. Omwille van fysieke problemen is het opstappen te moeilijk en zit een uitstapje naar de zee er niet meer in.

Van het verkeer hebben Maria en Clemantina in het weekend niet zoveel last, maar in de week moeten ze toch wel uit hun dopen kijken. “Omdat we trager zijn, willen de mensen ons niet gauw laten over steken. Op dit vlak zijn onze meningen verdeeld, maar de geluidsoverlast van het verkeer kan misschien wel storend zijn voor oudere mensen in onze omgeving”. Daarnaast geven Maria en Clemantina aan dat de voetpaden in de herfst en winter erg gevaarlijk zijn door bladeren en sneeuw. “Niet alleen ouderen, maar ook jongeren kunnen hier ongelukken op begaan.” Voor een lange tijd wandelen in de omgeving is moeilijk door het gebrek aan rustpunten, geven Maria en Clemantina toe. “De meeste ouderen hebben last aan de rug, dan wil je een bank met een leuning waar je je rug tegen kan steunen. Hiernaar kan je wel een tijdje zoeken in de buurt.”

Wat betreft aanpassingen in huis, zegt Tsjinneke daar nog niet over nagedacht te hebben. Volgens haar zouden het plaatsen van een douche, omdat in bad gaan niet meer lukt, en een traplift haar comfort echter wel verhogen. “Maar voor wie zou ik dat nog moeten doen? Het is niet dat ik nog zo lang te leven heb, dat zijn de kosten niet waard”. Daarnaast komt de thuisverpleging elke dag langs om Clemantina te helpen met een aantal zaken. Daar is ze zeer tevreden over, maar een echt diepgaande persoonlijke band met deze mensen heeft ze niet. “Je bent gewoon de zoveelste in de rij die ze moeten verzorgen, wat te begrijpen is. Als ik geen thuisverpleging zou hebben, zou ik het wel overwegen me op de wachtlijst van een rusthuis te plaatsen.”

Over het algemeen zijn Maria en Clemantina tevreden over hun omgeving. Alles is toegankelijk voor hen. Ze geven wel aan dat de gemeente wat meer initiatief mag nemen voor activiteiten en evenementen te organiseren voor senioren. “OKRA doet zijn best met een BINGO-avond, maar eens kaarten of een dansje zouden we wel appreciëren.”

---

*“Als het regent zijn er soms drie mensen die bellen om mij te komen halen”*

---



**Rosa** woont al sinds haar 16e in Herzele. 67 jaar later woont ze nog even graag in haar buurt omdat de gemeente veel organiseert voor oudere inwoners. Als wij haar vroegen hoe ze haar buurt zou omschrijven, antwoordde ze ons het volgende: “Ja, dat het hier geen jonge buurt is, dat het hier bijna allemaal bejaarde mensen zijn.” Er zijn verschillende organisaties in de buurt aanwezig die er mee voor zorgen dat ze erg actief blijft. Zo is er de vereniging die regelmatig wandelingen organiseert in de omgeving. Naast de wandelingen organiseert de vereniging ook geregeld andere uitstapjes zoals naar de zee en gaat Rosa jaarlijks met deze organisatie op reis naar het buitenland. In de buurt is er een mooi park aanwezig om te

gaan wandelen en Rosa geeft aan dat iedereen zeker kan genieten van de groene omgeving. Zelf wandelt ze ook geregeld langs een wandelpad dat de oude tramsporen van vroeger volgt. De wandelpaden zijn volgens haar goed bereikbaar voor iedereen.

Voor haar man ziek werd, deed Rosa regelmatig aan turnen binnen de lokale sportclub. Door de verzorging van haar man, werd dit voor een tijdje naar de achtergrond geschoven. Door de motiverende woorden van familie en vrienden, pikte ze de draad na zijn dood weer op. Hier is ze erg dankbaar voor want ze heeft daar veel vrienden en gaan turnen helpt ook om zich energiek te blijven voelen. “Ik doe dan ook altijd mee en ik denk dat

het dat is dat mij recht houdt. En dat je weet dat je er op kunt rekenen, dat het niet van bovenop is en dat het gemeend is. Ik profiteer er niet van, verre van zelfs, maar ik weet dat ik er op kan rekenen.”

Rosa en haar vriendinnen voelen zich veilig in hun buurt. Er komen regelmatig politieagenten te paard voorbij en iedereen kent de wijkagent. Door hun oudere leeftijd worden situaties waarbij ze 's avonds buiten moeten vermeden. Rosa geeft echter aan dat dit niets te maken heeft met een onveilig gevoel. De straat waar ze woont, kende vroeger veel verkeer door de voorzieningen in de buurt, zoals de bibliotheek. Om de straat veiliger te maken, heeft de gemeente deze laten veranderen naar een eenrichtingsstraat, hier was ze zeer tevreden over. Verschillende winkels en voorzieningen zijn op wandelafstand te bereiken. Daarnaast kunnen de inwoners gemakkelijk gebruik maken van het openbaar vervoer. Informatie over bussen en treinen zijn gemakkelijk te vinden in het gemeentehuis. Rosa doet bijna alles te voet en wanneer ze vervoer nodig heeft om ergens te geraken, zegt ze zelf daarvoor te kunnen rekenen op familie en

vrienden. “Awel ja, als het ne keer moet, maar ik doe dat allemaal nog te voet en daarom laat ik hen zo veel mogelijk met rust. Ik denk als het nodig is, dan zou ik zo contacteren en nu laat ik het nog allemaal. Zie je, op die manier is dat. Dat is omdat ik geluk heb met mijn gezondheid.”

Het is belangrijk dat ouderen zo zelfstandig mogelijk kunnen bewegen in hun eigen woning. Door fysieke achteruitgang bij het ouder worden, kunnen trappen een hindernis vormen. Vanaf het moment dat Rosa niet meer naar boven kan, zal het bed in de woonkamer geplaatst worden. Ze maakt hier zelf niet zoveel problemen van. Uit angst om te vallen gaat Rosa niet meer in bad.

Rosa is positief over de toekomst. Gezondheidsklachten zijn op dit moment miniem. Wanneer de nood zich voor doet, zal de gezinszorg en een tuinman snel gecontacteerd worden om in te springen. Daarnaast kan ze altijd op haar burens rekenen wanneer dit nodig is en hoopt ze zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen.

## Verder lezen?

### Literatuur

De Witte, N., Smetcoren, A.-S., De Donder, L., Dury, S., Buffel, T., Kardol, T., & Verté, D. (2012). Een huis? Een thuis!: over ouderen en wonen. Uitgeverij Vanden Broele.

“Een huis? een thuis?” wil een helder beeld schetsen van de huisvestingssituatie van Vlaamse ouderen. Deze uitgave doet daarvoor een beroep op cijfermateriaal afkomstig van uitgebreide ouderenbehoefteonderzoeken. De woonsituatie, woonwensen en woonbehoeften van meer dan 64.000 Vlaamse 60-plussers worden in kaart gebracht.

Vlaamse Ouderenraad vzw. (s.d.). Leefijdsvriendelijke gemeente: een hefboom voor actief ouder worden. Geraadpleegd op 26 mei 2015, op <http://www.vlaamse-ouderenraad.be/Publicaties/ouderenweek/OW2013.pdf>

Deze brochure van de Vlaamse Ouderenraad legt het concept van leefijdsvriendelijke gemeenten uit. Een leefijdsvriendelijke gemeente is een inclusieve en toegankelijke omgeving die actief ouder worden promoot. Deze gemeenten werken aan een uitnodigende leefomgeving voor kinderen, ouderen en alle leefijdsgroepen daar tussenin.

## Projecten

Wonen in Aalst. (s.d.). Levenslang thuis wonen. Geraadpleegd op 26 mei 2016, op <http://wonen.aalst.be/Artikel?rubriekId=1337>

AIPA wil testen welke infrastructurele, sociale en maatschappelijke voorwaarden ingevuld moeten worden om te kunnen “ouder worden in de eigen leefomgeving”. Het platform AIPA wil dit onder meer bereiken door ouderen aangepast te laten wonen. Daarbij ligt de focus op het tegengaan van vereenzaming en de betaalbaarheid van wonen en zorg. AIPA besteedt bovendien bijzondere aandacht aan sociaal zwakkere doelgroepen.

Zorgproeftuinen. (s.d.). Ouderen wonen passend (OPA). Geraadpleegd op 26 mei 2016, op <http://zorgproeftuinen.be/nl/content/ouderen-wonen-passend-opa>

Dit project wil het autonoom wonen van ouderen in de grootstad explicieter ondersteunen, en streeft naar een meer proactieve en integrale aanpak van woningscreeningen zodat een continuüm wordt gecreëerd van aanmelding over adviesverlening naar uitvoering. Via huisbezoeken door vrijwilligers wil het project alle ouderen uit de testpopulatie de mogelijkheid bieden om hun woning te laten screenen op aangepastheid en veiligheid.

---

**DEEL 2.**  
**KWETSBAARHEIDSBALANS**

---

---

## **Van kwetsbaarheid naar kwetsbaarheidsbalans?**

---

D-SCOPE wil een kwetsbaarheidsbalans-instrument ontwikkelen. Dit is een innovatief meetinstrument waarbij niet enkel de tekorten van ouderen, maar ook hun sterktes en competenties in kaart worden gebracht, alsook de sterktes en competenties van hun omgeving. Een oudere kan namelijk ondanks de aanwezigheid van zijn kwetsbaarheid (op fysiek, psychisch, cognitief en/of omgevingsvlak) toch een goede levenskwaliteit, gevoel van zingeving en autonomie hebben, en een goede uitkomst op ‘ageing well at home’.

Bijvoorbeeld: een ouder persoon kan wonen in een omgeving waar op wandelafstand geen voorzieningen aanwezig zijn (winkels, bakker, apotheker, bank, ...), maar dankzij een goed uitgebouwd sociaal netwerk kan deze persoon samen met anderen wekelijks boodschappen doen. Of een oudere kan zich niet goed meer verplaatsen vanwege de gezondheidstoestand (vb. blind worden, slecht te been, etc.), maar dankzij een volledig aangepaste woning kan deze persoon wel een hoge mate van autonomie behouden.

De kwetsbaarheidsbalans kan positief zijn wanneer de balancerende factoren sterker zijn dan de kwetsbaarheid, maar kan ook negatief zijn wanneer de balancerende factoren niet voldoende zijn om succesvol om te gaan met kwetsbaarheid.

Deze balancerende factoren kunnen individueel zijn of gelinkt aan de omgeving. In dit boek kijken we dieper naar

- Persoonlijkheid en coping
- Empowerment en autonomie
- Sociale netwerken, buurt en participatie
- Mantelzorg
- Formele zorg

---

# Persoonlijkheid en coping

---

## Achtergrond

Bijzonder stressvolle levensgebeurtenissen die vaak gepaard gaan met het ouder worden, zijn ziekteprocessen en het verlies van partner en/of vrienden (Boers & Jentoft, 2015). Gelukkig beschikken de meeste ouderen over een flinke dosis aan veerkracht waardoor ze het vermogen hebben met deze stressvolle levensgebeurtenissen om te gaan (De Alfieri et al., 2011).

Een veerkrachtig systeem kan het best worden omschreven als het in staat zijn shocks te ondervangen en psychisch lijden om te buigen naar een groei-ervaring (Felten & Hall, 2001). Wanneer het gaat over psychische weerbaarheid en het omgaan met crisissituaties worden de capaciteiten van ouderen in het algemeen onderschat (De Alfieri et al., 2011). Naast het mechanisme van veerkracht biedt coping de mogelijkheid situaties die in onevenwicht zijn geraakt, te balanceren. ‘Coping’, of de Nederlandse vertaling hiervan, ‘zelfhandhaving’, is aldus de betrachting het hoofd te bieden aan stressvolle levenssituaties. Concreet gebeurt dit door het inschatten (‘appraisal’) van de situatie om daarna over te gaan tot actie (‘copingstrategie’); met als uiteindelijk doel het herstellen van het evenwicht. Voor alle duidelijkheid; coping is niet hetzelfde als het oplossen van het probleem. We kunnen ons ook aanpassen aan de situatie (adapteren) of anderzijds de situatie leren accepteren (Lazarus & Lazarus, 2005).

De twee meest voorkomende copingstrategieën zijn ‘probleem-focus-coping’ en ‘emotie-focus-coping’ (Folkman & Lazarus, 1988). Bij ‘probleem-focus coping’ trachten we de stress te verminderen door de aandacht te richten op een verandering van de situatie. De bedoeling van ‘emotie-focus-coping’ is het leren omgaan met emotionele componenten zoals bijvoorbeeld boosheid. Meestal worden



stressvolle gebeurtenissen benaderd door rationele componenten. Zo kan je het probleem cognitief benaderen door te herkaderen ('reappraisal'). Een illustratief voorbeeld; een oudere was na een verkeersongeval immobiel geworden en daardoor afhankelijk van professionelen voor o.a. hulp in het huishouden. Ze bekijkt de situatie als volgt: 'Dankzij mij hebben deze mensen werk' (= 'reappraisal'). Ook persoonlijkheidskenmerken zoals extravert zijn, openheid en aangenaam zijn in de omgang hebben een positieve invloed in het omgaan met stressvolle levensgebeurtenissen (Gosling et al., 2003; Soldz & Vaillant, 1999). Andere werkzame persoonlijke factoren zijn optimisme en het koesteren van hoop in een goede afloop van de situatie (Bergland & Kirkevold, 2001; Park, 1998). Inderdaad in tegenstelling tot negatieve emoties, zullen positieve emoties met grotere waarschijnlijkheid resulteren in meer effectieve coping (Diener et al., 2003).

Dit kadert binnen het theoretische model 'Selective Optimization with Compensation' (SOC) van Baltes en Baltes. Toegelicht met een voorbeeld; een pianospeler, kan moeilijk zijn uitgebreide repertoire onthouden en besluit een paar muziekstukken te selecteren en die grondig in te oefenen (optimaliseren). Verder stelt Baltes, als een bepaald doel niet kan worden behaald, volgt compensatie. Bijvoorbeeld, het gevoel hebben niet meer veilig een auto te kunnen besturen en daarom voortaan met het openbaar vervoer reizen (compensatie) (Charles & Carstensen, 2010).

## Referentielijst

Bergland, A., & Kirkeveld, M. (2001). Thriving - a useful theoretical perspective to capture the experience of well-being among frail elderly in nursing homes? *Journal of Advanced Nursing*, *36*(3), 426-432.

Boers, M., & Jentoft, A.J.C. (2015). A New Concept of Health Can Improve the Definition of Frailty. *Calcified Tissue International*, *97*(5), 429-431.

Charles, S., & Carstensen, L.L. (2010). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, *61*, 383.

De Alfieri, W., Costanzo, S., & Borgogni, T. (2011). Biological resilience of older adults versus frailty. *Medical hypotheses*, *76*(2), 304-305.

Diener, E., Scollon, C.N., & Lucas, R.E. (2003). The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. *Advances in cell aging and gerontology*, *15*, 187-219.

Felten, B.S., & Hall, J.M. (2001). Conceptualizing resilience in women older than 85: overcoming adversity from illness or loss. *Journal of Gerontological Nursing*, *27*(11), 46-53.

Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social Science & Medicine*, *26*(3), 309-317.

Gosling, S.D., Rentfrow, P.J., & Swann, W.B. (2003). A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of Research in personality*, *37*(6), 504-528.

Lazarus, R.S., & Lazarus, B.N. (2005). *Coping with aging*: Oxford University Press.

Park, C.L. (1998). Stress-related growth and thriving through coping: The roles of personality and cognitive processes. *Journal of Social Issues*, *54*(2), 267-277.

Soldz, S., & Vaillant, G.E. (1999). The Big Five personality traits and the life course: A 45-year longitudinal study. *Journal of Research in personality*, *33*(2), 208-232.

## Getuigenis van een oudere: Titine



---

*“Ge stimuleert uw eigen hé. Omdat ik wil voortdoen [lacht]... Misschien omdat ik niet oud wil worden.”*

---

**Titine** is 83 jaar oud maar toch ziet ze zichzelf niet als een fysiek kwetsbaar iemand. Titine is geboren en getogen in Leuven, maar woont ondertussen al 52 jaar in haar huis in Rotselaar. “Als dat van mij afhangt en de mannen vinden dat ik dat ga blijven aankunnen dan blijf ik hier. Waarom niet?” zei ze tijdens het interview. Ze vindt dat ze in een toffe buurt woont en gaat hier graag wandelen. Zo laat ze twee keer per dag haar hond uit. De omgeving waar ze woont is bosrijk en ze heeft een grote tuin, die ze zelf onderhoudt. Titine heeft wel een huishoudhulp, maar die heeft ze altijd gehad. Het is enkel voor grote klussen, zoals het leegmaken

van de dakgoten en het scheren van hoge hagen, dat haar zonen haar te hulp schieten.

Als we Titine vragen om haar gezondheidssituatie te omschrijven, antwoordt ze “Ik word oud, dat is logisch hé”. Buiten kleine hartproblemen en reuma heeft ze weinig te klagen, zo stelt ze. Deze laat ze bovendien haar leven niet beïnvloeden. Ze probeert hier zo weinig mogelijk aan te denken. Het is dankzij haar ingesteldheid en optimisme dat ze in mindere mate als kwetsbaar kan worden beschouwd, zeker in vergelijking met leeftijdsgenoten. Titine geeft verder nog aan dat ze het belangrijk

vindt om de raad van haar dokter op te volgen (die zegt dat ze moet voortdoen zoals ze bezig is) en dat men zich op oudere leeftijd zeker niet mag afschermen. “Iedereen zegt: je toont uw ouderdom niet, Je kunt nog goed stappen en je rijdt nog met de auto, ... Dan is dat zeer goed hé. Ik zal niet zeggen dat dat nog zo is als tien jaar geleden, maar ja...”

Ondanks haar (geest)kracht geeft Titine aan dat ze zorgt dat ze haar gsm op zak heeft als ze naar haar kippen gaat, achteraan in de tuin. Als ze zou vallen en zou roepen, vreest ze dat de burens haar niet zouden horen. Toch zegt ze ook het volgende: “Je kan uw voorzorgen nemen maar je moet daar uw leven toch niet laten van afhangen.”

Wat betreft de toekomst hoopt Titine dat haar gezondheid zo lang mogelijk goed blijft en dat ze kan blijven voortdoen zoals ze bezig is. Als we haar vragen wat ze zou doen als haar fysieke gezondheid verslechtert zegt ze dat ze hier niet aan denkt. Er zijn middelen genoeg zegt ze. Tegenover het

“ouderlingengesticht” (zo verwijst ze naar het rusthuis), lijkt ze niet erg positief te staan. Ze verwijst hier onder andere naar de kosten, die maandelijks gemiddeld 1.500 euro bedragen, terwijl een gewoon pensioen maar op 1.200 euro komt (zo las ze de dag voordien). Ten slotte speelt ook nog het volgende aspect mee: “Ik ga tussen die ouw pekes en ouwe mekes niet zitten die zitten te zagen zenne.”, zegt Titine al lachend.

## Verder lezen?

### Literatuur

Van den Broeck, J., Rossi, G., & Dierckx, E. (2010). Diagnostiek van persoonlijkheid en persoonlijkheidspathologie bij ouderen. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 41(2), 68-77.

In vergelijking met andere domeinen binnen het persoonlijkheidsonderzoek staat het onderzoek naar persoonlijkheid en persoonlijkheidspathologie bij ouderen nog in zijn kinderschoenen. Daarbij blijkt zowel vanuit de praktijk als vanuit de onderzoeksliteratuur een grote nood aan betrouwbare en valide instrumenten voor het meten van persoonlijkheidskenmerken bij ouderen.

Videler, A. (2008). Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. *Tijdschrift voor Verpleeghuis Geneeskunde*, 33(6), 184-187.

Persoonlijkheidspathologie manifesteert zich op latere leeftijd veelvuldig als gevolg van inadequate coping ten aanzien van levensfase-gerelateerde stressoren. Verzorgings- en verpleegbehoefte ouderen vertonen om die reden vaak aanpassingsproblematiek in de vorm van gedragsproblemen of angst- en stemmingsklachten.

Oud is in: (outreaching) hulpverlening voor ouderen door de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg - Eindrapport Outreach CGG (<http://www.dagg-cgg.be/cms/pdf/Eindrapport%20Outreach%20CGG%20-%20Ouderen.pdf>)

Geestelijke gezondheidszorg voor ouderen vraagt om goed bereikbare en toegankelijke zorg voor een groep met een kleine actieradius, gedragen door multidisciplinaire ouderenteams die snel kunnen interveniëren. Dit rapport brengt een visie inzake ouderenbeleid en het invullen van de psychische noden bij de ouderen op een laagdrempelige manier en bevat een lijst van interessante contactpersonen.

Voets, R., & Dormaels, M. (2015). De kracht van het levensverhaal: Narratieve zorg bij ouderen. Acco.

Dit boek reikt een theoretische grondslag aan van narratieve zorgverlening, gebaseerd op effectmeting en kwalitatief onderzoek. Door het terugblikken wil de narratieve zorg de individuele krachtbron van de oudere aanboren met als doel vernieuwde kracht te genereren om de eigen toekomst te regisseren. Tegelijkertijd kan het levensboek een werkinstrument worden voor de hulpverlener bij het aanbieden van zorg op maat: medewerkers in thuiszorgorganisaties, CGG's en woonzorgcentra, maatschappelijk werkers en psychologen in de ouderenzorg.

## Projecten

Vanuit de zoektocht naar wat kwetsbare ouderen nodig hebben, ontwikkelde het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) Brussel de vernieuwende methodiek van de 'narratieve zorg'

Twee levensverhaalschrijvers van het ouderenteam van het Brusselse Centrum Geestelijke Gezondheidszorg hebben als doel via het levensboek de kwetsbaarheid preventief te lijf gaan. Ook willen ze de hulpbehoevende ouderen kracht laten putten uit hun eigen levensverhaal. Welke coping mechanismen hanteerden ze vroeger om bepaalde problemen te overwinnen en kunnen deze terug in het leven worden geroepen? Vandaag is dit project deel gaan uitmaken van de reguliere werking binnen het CGG-Brussel.

---

# Empowerment en autonomie

---

## Achtergrond

Het woord ‘empowerment’ is een actueel onderwerp. Het begrip is van toepassing op personen die zich bevinden in een afhankelijkheidspositie zoals ouderen (Janssen et al., 2015; Van Regenmortel, 2009). Empowerment gaat over vrijheid, emancipatie (Shearer et al., 2012), het benutten van krachten en het stimuleren van een actieve deelname aan de samenleving (Van Regenmortel, 2009). Het begrip omvat ook de capaciteit om verantwoordelijkheid uit te oefenen over het eigen leven (Shearer et al., 2012). Dit gevoel van zelfredzaamheid is belangrijk voor ouderen (Janssen et al., 2011). Zo vinden ze het moeilijk om hulp te vragen bij organisaties (Van Durme et al., 2015) en om deze hulp te aanvaarden (Janssen et al., 2011). Toch hebben ouderen vaak hulp nodig van zowel de gezondheidszorg als van de sociale sector. In veel hoge inkomenslanden, zoals België, wordt langdurige zorg echter gezien als complex en versnipperd. De informatie over de beschikbare zorginstanties en mogelijke terugbetalingen is verspreid over verschillende beleidsdomeinen en deze voortdurende verandering zorgt voor verwarring bij de oudere bevolking (Van Durme et al., 2015). Het doel van empowerment is niet alleen individuen versterken, maar ook de mogelijkheden verbeteren van organisaties. Het stimuleren van een geïntegreerde zorg voor ouderen staat voorop (Janssen et al., 2015).

Binnen het concept ‘Active Ageing’ wordt er veel aandacht besteed aan empowerment. Actief ouder worden is een concept afkomstig van de Wereldgezondheidsorganisatie (2002) waarbij men het optimaliseren van de mogelijkheden tot het bevorderen van gezondheid, participatie en veiligheid van ouderen wil stimuleren, en dit om de levenskwaliteit van de ouderenpopulatie te verbeteren. Uit de literatuur blijkt dat ouderen steeds meer een actievere rol



opnemen in de zorg voor hun eigen gezondheid (Elder et al., 2007). Op deze manier kan empowerment er toe bijdragen dat ouderen mee beslissingen kunnen nemen over hun eigen gezondheid (Shearer et al., 2012). Ook vrijwilligerswerk bij ouderen heeft een positieve invloed op het welbevinden en werkt empowerend. Het helpt ouderen omgaan met stress en problemen. Eveneens geeft het een gevoel van eigenwaarde, persoonlijke controle én het gaat stereotypering tegen (Kam, 2002).

Om ouderen te versterken en hun krachten te benutten, is het belangrijk om te weten hoe zij zélf hun ouderdomssituatie ervaren. Uit kwalitatief onderzoek van Janssen et al. (2011) blijkt dat de meeste ouderen hun huidige situatie beschrijven als ‘bevredigend’. Slechts een klein deel haalt negatieve gevolgen aan van ouder worden. Ouderen in Vlaanderen die regelmatig stressvolle gebeurtenissen meemaken in hun leven geven bovendien aan te beschikken over voldoende krachtbronnen om hier mee om te gaan. Voorbeelden als ‘niet de rol van slachtoffer aannemen’ of ‘anticiperen op toekomstige verliezen’ helpt ouderen hun situatie te stabiliseren of te verbeteren (Janssen et al., 2011, p. 153). De sociale omgeving en professionals spelen tot slot een belangrijke rol bij het stimuleren van veerkracht bij senioren (Janssen et al., 2011). Het is belangrijk om aan de slag te gaan met hun krachtbronnen (Janssen et al., 2011; Kam, 2002). Gerontologen, sociaal werkers en medische beroepen vragen in de toekomst meer aandacht voor empowerment van ouderen (Kam, 2002).

## Referentielijst

- Elder, N.C., Regan, S.L., Pallerla, H., Levin, L., Post, D., & Cegela, D.J. (2007). Development of an instrument to measure seniors' patient safety health beliefs: The Seniors Empowerment and Advocacy in Patient Safety (SEAPS) survey. *Patient Education and Counseling*, 69(1-3), 100-107.
- Janssen, B.M., Snoeren, M.W.C., Van Regenmortel, T., & Abma, T.A. (2015). Working towards integrated community care for older people: Empowering organisational features from a professional perspective. *Health Policy*, 119(1), 1-8.
- Janssen, B.M., Van Regenmortel, T., & Abma, T.A. (2011). Identifying sources of strength: resilience from the perspective of older people receiving long-term community care. *European Journal of Ageing*, 8(3), 145-156.
- Kam, P. (2002). Senior Volunteerism and Empowerment. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 12(1), 112-133.
- King, N., & Calasanti, T. (2006). Empowering the Old: Critical Gerontology and Anti-Aging in a Global Context. In J. Baars, D. Dannefer, C. Phillipson, & A. Walker (Eds.) *Aging, globalization and inequality: The new critical gerontology* (pp. 139-157). Amityville, NY: Baywood Publishing.
- Shearer, N.B.C., Fleury, J., Ward, K.A., & O'Brien, A.-M. (2012). Empowerment Interventions for Older Adults. *Western Journal of Nursing Research*, 34(1), 24-51.

Van Durme, T., Schmitz, O., Cès, S., Anthierens, S., Maggi, P., Delye, S., et al. (2015). A comprehensive grid to evaluate case management's expected effectiveness for community-dwelling frail older people: results from a multiple, embedded case study. *BMC Geriatrics*, 15(1).

Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). (2002). *Active Ageing: a policy framework*. Geneva: World Health Organization.

## Getuigenis van ouderen: Ernest en Rachel

**Ernest** is een man van 81 jaar en bruist nog steeds van energie. Voeger was Ernest technisch tekenaar in het leger. Hij gaf les aan burgerlijk ingenieursstudenten op de universiteit. Ernest is een hooggeschoolde man wat je nog steeds merkt aan zijn erg passionele en geïnteresseerde spreekstijl. Hij geeft zelf aan dat zowel zijn hogere scholing als de kenniskring die hij hiermee heeft opgebouwd, hebben geholpen bij zijn goede mentale gezondheid van vandaag: “door de studies dat ik gedaan heb, de mensen waar ik mee in contact ben gekomen. Ik heb jaren les gegeven aan burgerlijk ingenieurs.”

Ernest houdt van zijn leven met zijn vrouw, dochter en kleinkinderen. Uit deze familiale contacten haalt Ernest heel veel kracht, zowel in goede als in minder goede tijden. Zo hielpen de gedachten aan zijn familie onder meer bij het vechten tegen kanker. “Ik had drie fotookes met drie kleinkinderen en mijn vrouw erboven en ik zei elke dag: verdomme den opa komt terug ze. En ik ben terug gekomen.”

---

*“Wat is nu tachtig jaar in het ganse heeal?”*

---

Participeren in het verenigingsleven draagt bij tot zijn positief toekomstbeeld. Ernest is altijd heel actief geweest in het verenigingsleven. 60 jaar was hij betrokken bij de gevechtssport. Hiermee heeft hij ook veel van de wereld gezien. Bovendien is hij nog steeds actief in een muziekvereniging. Deze ervaringen leiden er bij hem toe dat hij ‘verzadigd’ is in het leven zoals hij zelf zegt. Momenteel geniet hij van zijn oude dag, rustig met zijn vrouw thuis. “Nu zijn we verzadigd. Ik heb daar geen behoeften meer aan die contacten. En mijn vrouw ook niet. Mijn droom is samen oud worden met mijn vrouw. En daar proberen van te genieten met volle teugen.”

Dit alles leidt bij Ernest tot een positieve levenshouding. Hij geeft aan dat door het ouder worden hij meer heeft leren relativeren. Als

oorzaak geeft Ernest aan dat hij door keuzes te maken in het leven sterker is geworden. Door het feit dat hij deze keuzes heeft kunnen maken, is hij nu de man die hij is. Ouder worden is niet gemakkelijk, maar is volgens Ernest iets dat je moet accepteren. “Je moet in het leven keuzes maken en ik heb die keuzes kunnen maken. Daar ben ik sterker uit geworden. Ik kan meer relativieren. Ik ben toleranter naar de mensen geworden en probeer mensen beter te begrijpen. Ik sta positief in het leven. Ik ben een gelukkig mens. Je wordt een dagske ouder maar dat moet je ondergaan. Enkel dat cijferke van 82 komt nogal dichtbij. Maar je moet dat kunnen accepteren he!” Religie kan hierbij helpen. Ernest is een boeddhist en haalt ook hier kracht uit. “Ik ben een boeddhist ook. Hier verder woont een boeddhist, een Japanner en daar gaan we dan scannen of chanten. Het is niet dat ik elke dag chant maar ja. Boeddha wil zeggen ‘een goed mens te zijn voor iedereen’. Ik ben een boeddhist, nu niet fanatiek ma ja. Ik doe dat al 9 of 10 jaar.”

Ten slotte vindt Ernest dat mensen ook wat geluk moeten hebben in het leven. Soms worden mensen nu eenmaal ziek ook al hebben ze vroeger al de kansen gekregen. Deze relativierende levenshouding kenmerkt Ernest. Zoals hij het zelf mooi verwoordt: “Mijn persoonlijke visie in het leven is: je wordt geboren in het leven met een klein bobijntje, is daar veel draad op kunde gij lang leven is dat klosje af dan kunt ge nog leven als een puritein dan is het leven af. Je moet geluk hebben in het leven.”

Een positieve levenshouding is niet voor elke oudere even vanzelfsprekend.

**Rachel** is een vrouw van 87 jaar, en was vroeger secretaresse van beroep waardoor ze een goed getraind geheugen heeft. Hierdoor geniet ze nu nog veel van lezen en kruiswoordraadsels. Daarnaast was ze leesmoeder en hielp ze kinderen die problemen hadden met lezen. “Dit zou ik nu nóg graag doen, met kindjes die moeilijkheden hebben voor te leren, te rekenen of te lezen,...”. Op haar 79e begon Rachel aan een cursus Italiaans van het Centrum voor Volwassenenonderwijs. Deze heeft ze met succes afgerond. Dagelijks bekijkt ze nu nog haar woordenlijsten. De kleinkinderen hebben geen interesse om Italiaans te leren. Dit vindt ze jammer want ze zou graag – zoals vroeger – terug actief met kinderen bezig zijn.

Helaas is Rachel bang geworden om buiten te komen na een recente val. Haar tijd in het ziekenhuis was voor haar geen aangename ervaring. Zo moest Rachel van een verpleegster

---

*“Dit zou ik nu nóg graag  
doen”*

---

in een stoel zitten terwijl ze in bed wou blijven, aangezien ze dan minder pijn ondervond aan haar rug. Nadien hoorde Rachel de verpleegster roddelen in de gang tegen haar collega’s omdat ze ‘moeilijk’ deed. “Was ik een jong iemand geweest, niemand zou er lastig over gedaan hebben dat ik wilde blijven liggen, maar nu kon ik precies niet zelf beslissen hoe ik wilde zitten”.

Het werd duidelijk doorheen het gesprek dat, moest er psychologische hulp geweest zijn in het ziekenhuis en thuis, ze nog veel zelf zou kunnen doen. Zo doet ze niet meer haar eigen boodschappen aangezien ze niet meer naar buiten durft. Daarnaast houdt Rachel zichzelf tegen om maatschappelijke activiteiten op te nemen uit angst om terug in het ziekenhuis te belanden. Hierdoor is

Rachel zeer afhankelijk geworden, een positie waar ze zich niet goed bij voelt. Zo moet haar dochter om geld gaan, moeten de buurvrouw en schoondochter helpen met de boodschappen en moet de overbuurvrouw de krant brengen. Ten slotte brengt een bedrijf dagelijks een warme maaltijd aan huis. ” ‘t Is normaal op een zekere leeftijd, maar ‘t is frustrerend. Iemand die dement is, ‘t is erg hé, maar die zijn er zich niet van bewust. Maar als je eigenlijk nog goed zijt, zijt ge u daar van bewust. Ik weet soms niet wat erger is. Voor anderen is het lastiger om ermee om te gaan, maar voor jezelf... je weet het niet meer”.

Het niet actief zijn op maatschappelijk vlak, ligt bij Rachel niet aan het niet willen, maar aan een gebrek aan steun. Ze wil wel, maar niemand zegt haar dat ze nog kan. Daarnaast heeft ze ook pijn, en door het gebrek aan iemand die haar kan leren omgaan met haar fysieke veranderingen, beperkt de pijn haar meer dan zou moeten.

## **Expertinterview: Psychotherapeutische Interventies voor Ouderen Thuis (PIOT), Veerle Van Vlierberghe**

Een aantal voorkomende problemen onder ouderen zijn: eenzaamheid, het huis niet meer uit kunnen, depressiviteit, omgaan met ziektes en fysieke problemen, gecompliceerde rouw, gedragsproblemen en geheugenproblemen bij de partner, familiale problemen, etc. Deze problemen veroorzaken kwetsbaarheid op verschillende domeinen zoals fysieke, sociale, cognitieve, psychische en omgevingskwetsbaarheid. PIOT gaat op verschillende domeinen aan de slag met ouderen die hun situatie willen veranderen en weer actief willen deelnemen aan de samenleving.

PIOT staat voor 'Psychotherapeutische Interventies voor Ouderen Thuis'. Het is een vierjarig project dat gesubsidieerd wordt door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en opgestart werd om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Het project biedt binnen het arrondissement Leuven

gratis therapeutische gesprekken aan huis voor zestigplussers. PIOT heeft als doel om de kwaliteit van het leven van de oudere, mantelzorgers en hulpverleners te verbeteren. Het project is dan ook opgestart vertrekkend vanuit de vraag van de zorgverleners, die aan huis kwamen bij ouderen voor wie geen psychotherapeutische hulp aan huis bestond. PIOT staat onder coördinatie van Veerle Van Vlierberghe. Zij doet de intakegesprekken, verwerkt de aanmeldingen en volgt de begeleidingen op een afstand als casemanager. De voornaamste projectpartners zijn SEL Goal, CM Leuven, CGG PassAnt en CGG Vlaams-Brabant Oost. De begeleidingen van de ouderen worden gevoerd door therapeuten vanuit de CGG's. Andere partners zijn Familiehulp, Landelijke Thuiszorg, het Wit-Gele Kruis, woonzorgcentra, ...

Zowel een oudere als een mantelzorger of een hulpverlener kunnen een persoon aanmelden



voor opname in PIOT. De enige voorwaarden voor de opname is dat het om een 60 plusser gaat, dat de persoon in het arrondissement Leuven woont en niet verblijft in een woonzorgcentrum. Daarnaast moet het gaan om mensen met fysieke problemen, die niet terechtkunnen bij de reguliere hulpverlening. Tenslotte dient de oudere zelf een motivatie aan te geven om een gesprek te hebben. Indien deze voorwaarden vervuld zijn, komt de casemanager langs voor een kennismakingsgesprek. Tijdens dit gesprek wordt er informatie gegeven over het project en worden er vragenlijsten ingevuld. De oudere en de casemanager overlopen alle levensdomeinen en kijken of hier extra ondersteuning in nodig is. Ten slotte wordt er door de casemanager extra ondersteuning aangeboden om praktische dingen te regelen zoals thuisopvang, dagopvang, etc. Wanneer beide partijen elkaars wensen kennen en akkoord gaan, zal een therapeut de verdere begeleiding opnemen.

Een centraal begrip binnen de gesprekken/begeleidingen van PIOT

is 'empowerment'. Er wordt rekening gehouden met de vraag van de oudere rond frequentie, tijdstip en inhoud van de gesprekken. Indien dit nuttig wordt geacht kan, in samenspraak met de oudere, iemand bij de gesprekken betrokken worden (een familielid of mantelzorger bijvoorbeeld). Kortom de oudere vult de agenda in en heeft samen met de therapeut de leiding over het gesprek. Er wordt in de gesprekken soms voor het eerst in lange tijd stil gestaan bij de mening, emoties en gevoelens van de oudere. Hierdoor krijgt hij inzicht in zijn eigen situatie, gedrag, gevoelens en mogelijkheden. De oudere begrijpt dat hij eigenaar is van de situatie en dat hij zijn eigen levenskeuzes maakt. Hierdoor leert hij verantwoordelijkheid te nemen. De therapeut is de partner van de oudere, diegene die het voor hem opneemt en hem steunt door heel het hulpverleningsproces.

Naam: **Veerle Van Vlierberghe**

Beroep: **Coördinator project:**

**Psychotherapeutische Interventies voor Ouderen Thuis (PIOT)**

## Expertinterview: Speerpunten van de ouderenzorg, Prof. dr. Tinie Kardol

De vergrijzende bevolkingsgroep brengt enkele uitdagingen met zich mee. Om hier mee aan de slag te gaan heeft de Europese Commissie ‘zeven speerpunten’ opgesteld. Deze gaan over verouderen en het versterken van ouderen hun veerkracht. Speerpunt één stelt dat er meer aandacht moet zijn voor het gezond ouder worden. Dit is onder andere mogelijk door het uitstellen van ouderdomskwalen door sociaal, emotioneel en fysiek actief te blijven. Daarnaast zegt speerpunt twee dat het behouden en versterken van mentale capaciteiten belangrijk is in het voorkomen of uitstellen van dementie. Het derde speerpunt gaat over inclusie en participatie in de samenleving en op de arbeidsmarkt. Dit is mogelijk door actief bezig te zijn én te blijven. Garanderen van kwaliteit en toegankelijkheid van sociale voorzieningen en verzekeringen is het vierde speerpunt. Hiervoor ligt de verantwoordelijkheid bij het beleid. Speerpunt vijf moet er op toezien dat ouderen hun onafhankelijkheid niet verliezen en dat leeftijdsdiscriminatie wordt tegengegaan. Het zesde speerpunt gaat over het gebruiken van kennis en inzichten in de bio-

gerontologie om ouderdomskwalen te onderzoeken en preventief aan te pakken. Tot slot zegt speerpunt zeven dat er voor gezorgd moet worden dat ouderen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen en er goed en gezond oud kunnen worden.

De vergrijzing van de bevolking kent zowel voor- als nadelen maar brengt ook knelpunten op sociaal, materieel en individueel vlak met zich mee. Er is dus nood aan veranderingen op micro-, meso- en macroniveau. Een mogelijkheid op micro (individueel) vlak is om, ook na het verlaten van de arbeidsmarkt, je steentje te blijven bijdragen aan de samenleving. Dit kan bijvoorbeeld door sociale activatie of vrijwilligerswerk. Op deze manier leert de oudere zichzelf (en anderen) te empoweren. Op het niveau van de buurt (meso) kunnen er activiteiten georganiseerd worden ter bevordering van de veiligheid, voorzieningen en sociale factoren. Door te zorgen voor versterking en veerkracht (= empowerment) van een buurt, kunnen ouderen langer thuis blijven wonen. Onze samenleving moet dus tot het besef komen dat we

allemaal een verantwoordelijkheid dragen in de vergrijzing.

Tot slot zorgt de vergrijzing en het actief ouder worden niet enkel voor het later toetreden tot een zorginstelling, het verhoogt ook de drempel hiertoe. We mogen niet vergeten dat ouderen heel wat verwachtingen, ambities en krachten hebben. Instellingen moeten nagaan of er, naast de nodige zorg, voldoende aandacht is voor wie de persoon is en wat hij nog kan bijdragen. Dit draagt voor de oudere bij aan het leven van een betekenisvol leven. Het empoweren en bevorderen van veerkracht van ouderen is dus niet enkel in de thuissituatie belangrijk maar ook in de zorginstelling. Professionals moeten het institutioneel denken proberen los te laten en samen met de oudere meedenken. Er moeten dus mogelijkheden gecreëerd worden die zorgen voor het mobiliseren van de ouderen hun veerkracht en mogelijkheden.

Naam: **Tinie Kardol**  
Beroep: **Professor aan de Vrije Universiteit van Brussel in de leerstoel 'Active Ageing'. Bestuursvoorzitter van de stichtingen Vughterstede en Mariënhoven, woon- en zorgcentra in Vught (NL).**

## Verder lezen?

### Literatuur

Geenen, K. (2009). Mag ik ook wat zeggen?: Empoweren van ouderen in een woon- en zorgcentrum. Antwerpen, Apeldoorn: Garant.

De auteur vraagt zich in dit boek af of empowerment slechts een hype is of eerder een noodzaak in de ouderenzorg. Ouderen hebben er vaak weinig controle over de manier hoe ze hun gezondheid invullen. Hun autonomie daalt zichtbaar. De auteurs van het boek geven aan hoe empowerment geïmplementeerd kan worden in de ouderenzorg zodat ouderen hun stem weer kunnen laten horen.

Katholieke Hogeschool Kempen. (2009). OMEGA: Ouder wordende mensen en hun Mogelijkheden tot Empowerment inzake Gezondheid en Autonomie. Geraadpleegd op 22 april 2016, op [http://onderzoek.khk.be/domein\\_Gerontologie/project\\_Empowerment/default.asp](http://onderzoek.khk.be/domein_Gerontologie/project_Empowerment/default.asp)

De resultaten van het onderzoek naar empowerment bij ouderen inzake hun gezondheid zijn opgedeeld in een aantal Ppt's vol praktische tips en tricks die je via de webpagina gemakkelijk kan raadplegen.

Van Regenmortel, T. (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 18(4), 22-42.

Interessant voor beleidsmakers en praktijkwerkers om een eenduidig beeld te krijgen van het begrip empowerment. Mét toelichting over de basishouding die hulpverleners kan helpen om met het begrip aan de slag te gaan in de praktijk. Het krachtperspectief, presentie en respect zijn slechts enkele voorbeelden die Van Regenmortel onder de loep neemt om empowerment beter toe te passen.

Janssen, B.M., Van Regenmortel, T., & Abma, T.A. (2011). Identifying sources of strength: resilience from the perspective of older people receiving long-term community care. *European Journal of Ageing*, 8(3), 145–156.

Deze kwalitatieve studie gaat krachtbronnen na bij 29 Vlaamse ouderen die langdurige zorg ontvangen.

Alsop, R., Bertelsen, M.F., & Holland, J. (2006). *Empowerment in practice: from analysis to implementation*. Washington, DC: World Bank.

Een complete gids voor wie heel diep wil ingaan op het onderwerp. Voor velen wellicht te langdradig en weinig to the point. Voor sommigen geeft het misschien meer inhoud als je je nog meer wil verdiepen.

Kardol, T. (2011). *Over een gerontologie van de hoop: Active Ageing*. Vrije Universiteit Brussel. <http://www.vub.ac.be/sites/vub/files/persberichten/Openbare%2orede%20Active%20Ageing.pdf>

Tekst over de ontwikkeling en bevorderen van Active Ageing.

## Projecten

Wit-Gele Kruis. (s.d.). Oriëntatie en OpgvolgingsTraject Thuiszorg (OOTT). Geraadpleeg op 11 november 2015, op <https://www.witgelekruis.be/orientatie-en-opvolgingstraject-thuiszorg-oott>

‘OOTT’ is een project binnen het arrondissement Leuven. Een team van zorgverleners zoekt samen met de cliënt naar een oplossing zodat hij/zij zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen. Dit doen ze door in de cliënt zijn huis woningaanpassingen te doen en hem advies te geven. Bij de start van het traject kan de cliënt drie weken in een kamer van OOTT wonen als thuis wonen nog niet mogelijk is.

---

# Sociale netwerken, buurt en participatie

---

## Achtergrond

Verskillende studies over ouderen tonen aan dat sociale relaties de gezondheid van ouderen kunnen verbeteren en de levensverwachting doen stijgen (Antonucci et al., 2007). De stijging van het aantal ouderen in onze maatschappij en de toenemende nood aan zorg leggen een grote druk op de publieke uitgaven. Daarom richten beleidsmakers zich in veel landen op de sociale netwerken van kwetsbare ouderen. Deze netwerken zijn een bron van zorg op lange termijn. De zorg aangeboden door vrienden en familie noemen Derksen et al. (2003) duurzaam. Zij hebben namelijk een gemeenschappelijke geschiedenis, voortlopende relaties en kennis van de voorkeuren.

De term 'sociaal netwerk' verwijst naar het aantal leden dat iemands netwerk telt en in welke mate men hierop een beroep kan doen. Zowel de frequentie als de verscheidenheid van contacten zijn van belang voor het ontvangen van steun. Al is er een verschil tussen mannen en vrouwen. Bij mannen geldt 'hoe meer sociale steun, hoe lager de kwetsbaarheid'. Het aantal familieleden en burens is hier van belang. Bij vrouwen is de frequentie van het contact met de familie veel belangrijker dan het aantal familieleden (Goggins et al., 2005).

Belangrijk is dat het sociale netwerk in staat is om zorg te verlenen op lange termijn (Derksen et al., 2003). Er kan dan ook een onderscheid worden gemaakt tussen sociale netwerken, ondersteunende netwerken en zorgnetwerken. Wanneer er ondersteuning wordt geboden omwille van langdurige gezondheidsproblemen of bepaalde beperkingen van een oudere, dan wordt er gesproken van een zorgnetwerk. Het zorgnetwerk is de beste manier om de zorg aangeboden door informele netwerken te begrijpen. De belangrijkste leden van dit netwerk zijn dichte familie en dan vooral kinderen en echtgenoten. Daarnaast

mag men ook het belang van vrienden en buren niet onderschatten. Mensen die dicht bij de oudere wonen voorzien vaker directe zorg dan de mensen die verder wonen. De focus wordt best gelegd op deze zorgnetwerken, in plaats van de individuele zorgverleners (Derksen et al., 2003).

De omgang tussen verschillende generaties is een belangrijke vorm van sociale relatie. Hierbij is dialoog belangrijk, waarbij verschillende generaties gesprekken voeren waarin ze hun noden en behoeften naar voren schuiven. Daarnaast is het ook van belang dat het beleid inspeelt op het contact tussen de verschillende generaties. Zij kunnen deze contacten stimuleren in het publieke domein door bijvoorbeeld ontmoetingsplaatsen te creëren, te investeren in alternatieve woonvormen zoals kangoeroewonen, etc. (De Witte et al., 2012).

Zich veilig voelen, in een buurt wonen met een sterk sociaal weefsel en het gevoel hebben dat je erbij hoort in de buurt leidt tot minder kwetsbaarheid onder ouderen (Cramm & Nieboer, 2013). De buurt vormt voor ouderen de belangrijkste leefwereld. De reikwijdte van activiteiten en contacten nemen op het einde van het leven af. Het verouderen heeft als gevolg dat bepaalde sociale taken wegvallen: het beroepsleven eindigt, de kinderen zijn uit huis, etc. De noodzaak om plekken ver van huis te bezoeken en het behouden van die contacten verkleint hierdoor. Ouderen hebben meer contact met buren dan andere leeftijdsgroepen. Buren zijn ook belangrijk voor het verlenen van dringende hulp (Droogleever Fortuijn, 1999).

## Referentielijst

Antonucci, T.C., Fiori, K.L., & Smith, J. (2007). Social Network Types Among Older Adults: A Multidimensional Approach. *Journal of Gerontology Series B*, 62(6), 322-330.

Cramm, P., & Nieboer, A.P. (2013). Relationships between frailty, neighborhood security, social cohesion and sense of belonging among community-dwelling older people. *Geriatrics and Gerontology International*, 13, 759-763.

Derksen, L., Fast, J., Keating, N., Otfinowski, P., & Wenger, C. (2003). Understanding the caring capacity of informal networks of frail seniors: a case for care networks. *Ageing and Society*, 23(1), 115-127.

De Witte, N., De Donder, L., Dury, S., Smetcoren, A.-S., Brosens, D., Buffel, T., et al. (2012). *Samen op de stoep. Over sociale cohesie en ouderen*. Gent: Provincie Oost-Vlaanderen.

Droogleever Fortuijn, J. (1999). Hedendaagse buurtnetwerken. In Volker, B. and Verhoeff, R. (Red.), *Buren en buurten. Nederlands onderzoek op het snijvlak van sociologie en sociale geografie* (35-42). Nederland. Instituut voor sociale wetenschappen, Amsterdam.

Goggins, W., Ho, S.C., Sham, A., & Woo, J. (2005). Social Determinants of Frailty. *Gerontology*, (51), 402-408.





## Getuigenis van ouderen: Marie en Gaston



---

*“De glimlach die je geeft, krijg je terug.”*

---

**Marie** is een vrouw van 89 jaar. Ze verhuisde niet zo lang geleden naar een nieuw appartement om dicht bij één van haar kinderen te wonen. Hoe ervaart Marie de nieuwe buurt? Is ze tevreden? Of zou ze liever terug naar haar vorige buurt willen?

Marie, Jetty voor de vrienden, woont sinds drie maanden in Wijnegem. Dat is niets vergeleken met de vorige buurt waar ze vijfentwintig jaar heeft doorgebracht. Klagen doet ze allerm minst, ze is heel gelukkig in haar nieuwe woonst. Ze heeft contact met burens en haar familie komt vaak over de vloer. Ze vindt het een aangename buurt waar de

mensen elkaar begroeten. Marie kan er genieten van een stukje natuur en tegelijkertijd woont ze dicht bij de winkelstraat. Met een lagere school en jeugdverenigingen om de hoek geniet ze van het levendige karakter van de buurt. Marie wordt goed op de hoogte gehouden van de activiteiten in Wijnegem. Via brochures, de informatiemap die ze kreeg als nieuwe inwoner en de burens is ze van alles op de hoogte. “Wijnegem leeft”, zegt ze zelf!

In haar vorige buurt was Marie heel actief in het verenigingsleven. Ze is onder andere voorzitter en reisleidster geweest. Daar heeft ze veel contacten aan overgehouden.

Ook nu ze verhuisd is, krijgt ze nog regelmatig telefoon van deze mensen. Ondanks dat ze al is aangesloten bij de ouderenvereniging in Wijnegem, is ze nog niet naar een bijeenkomst kunnen gaan. Ze is wel van plan om dit binnenkort te doen samen met haar onderbuurvrouw. Het verhuizen heeft invloed gehad op haar gezondheid dus komt Marie nog niet alleen buiten. Inkopen doet ze met haar zonen of dochters. Ook gaat ze soms wandelen in het park met de kleinkinderen. Ze prijst zichzelf gelukkig met haar schatten van kinderen en kleinkinderen. Zij zijn de belangrijkste personen in haar leven en zorgen erg goed voor haar. Naast haar familie kan ze rekenen op de bureu. Zelf denkt ze na de winter, als ze gemakkelijker kan buitenkomen, bij de ouderenvereniging mensen te leren kennen. “Het leven moet hier nog beginnen”.

---

*Mooiste herinnering aan de nieuwe buurt*

*“De verhuis met de familie naar de nieuwe buurt omdat we heel veel hebben gelachen en onnozel hebben gedaan”.*

---

Maak kennis met **Gaston**, een enthousiaste 65-plusser die streeft naar een zorgzame buurt voor ouderen. Hij is medesecretaris van Okra Schaffen-centrum en lid van de seniorenraad te Diest. De seniorenraad fungeert als lokale adviesraad die de seniorenproblematiek aankaart en tracht concrete maatregelen te treffen. In Diest worden er talrijke activiteiten georganiseerd voor jong, maar ook voor oud. Zo worden er bijvoorbeeld danslessen, theater- en concertuitstappen, fietsactiviteiten, creadagen en zelfs praktische oefensessies voor rugklachten georganiseerd door Okra. Ook vanuit de gemeente en andere lokale verenigingen worden er activiteiten georganiseerd om ouderen te activeren. Vanuit de sportdiensten bijvoorbeeld, worden er jaarlijks sportdagen georganiseerd waar ouderen kunnen deelnemen aan diverse activiteiten gaande van wandelen tot boogschieten. Een ander voorbeeld is de wekelijkse petanque namiddag waar ouderen samenkomen om te genieten van elkaars gezelschap en een lekkere kop koffie.

Ondanks het brede aanbod in de buurt, is het volgens Gaston geen evidentie om niet-actieve ouderen

---

*“Vrijwilliger zijn is jezelf wegcijferen.”*

---

aan te trekken. Hij ziet steeds dezelfde gezichten terugkeren. Ondanks de interessante folders, een oproep via de lokale radiozender en mond-tot-mondreclame blijft het een uitdaging om nieuwe mensen aan te trekken. “Je moet hen bijna letterlijk uit hun huis gaan halen”, voegt Gaston eraan toe. Het samenbrengen van ouderen gebeurt niet spontaan. Er is vaak een of ander initiatief nodig om ouderen te verenigen. Dit heeft dikwijls te maken met een gebrek aan informatie. Naast het deelnemen aan activiteiten, is het opstarten hiervan minstens even belangrijk. Wanneer een oudere niet op de hoogte is van wat er zoal nodig is om een activiteit op poten te zetten, zal hij of zij niet geneigd zijn om hieraan te beginnen. Onvoldoende kennis over bijhorende procedures en belangrijke stappen die gezet moeten worden, vormen een belangrijk obstakel. Door ouderen zoveel mogelijk te betrekken in het brainstormen en opstarten van een activiteit, is de drempel kleiner om zelf eens de handen uit de mouwen te steken.

Om ouderen te activeren moet er aandacht zijn voor de verschillende barrières die de deelname van ouderen belemmert. Zo mag een activiteit niet te veel geld kosten. Niet alle ouderen hebben even veel

---

*Gaston, kenner van de buurt*

---

geld en dus stijgt de participatie wanneer de activiteiten financieel laagdrempelig zijn. Ondanks er toch ouderen zijn die graag naar duurdere, luxueuzere voorstellingen of dergelijke willen gaan, blijft Gaston de aandacht richten op de participatie van alle ouderen. “Wij hebben oog voor de gemeenschap, niet voor het individu”, aldus Gaston. Naast de financiële drempel, vormt ook transport een belangrijke barrière. Ouderen zijn niet meer zo fit als vroeger, en dat heeft zo zijn gevolgen. Ergens met de auto, fiets of te voet geraken is niet meer zo vanzelfsprekend op latere leeftijd. Gaston en zijn teamgenoten spelen hierop in door de deelnemers op te pikken om vervolgens met z’n allen een activiteit bij te wonen. “Dat is ook veel duurzamer”, voegt hij eraan toe.

Gaston beklemtoont het belang van een sterk netwerk. Een sterk netwerk helpt om actief te blijven, en door actief te blijven wordt er een sterk netwerk gecreëerd. Hierdoor ervaart de oudere ook meer steun. Toch kan een sterk netwerk een kleine hindernis zijn om deel te nemen aan activiteiten. Door sociale verplichtingen zoals het opvangen van de kleinkinderen bijvoorbeeld, is het soms moeilijk om te participeren. Ook hier spelen Gaston en zijn teamgenoten op in door deze twee te combineren. Activiteiten die georganiseerd worden, zijn ook toegankelijk voor kleinkinderen. Blotevoetenpaden, samen koken of wandelen met een kompas zijn voorbeelden hiervan.

Gaston zijn vroegere ambitie is werkelijkheid geworden. Hij zet zich in om een actieve buurt te creëren voor ouderen met aandacht voor de participatiedrempels. Zijn ambitie voor de toekomst is om zich in te zetten voor ouderen die in een woonzorgcentrum verblijven. Vrijwilliger zijn is volgens hem niet de pluimen op je hoed zetten, maar je passie volgen en zo van betekenis zijn voor vele mensen.

## Expertinterview: Op naar aan warme solidariteit, de kracht van Chambéry

Chambéry is een wijkhuis gelegen in Etterbeek omringd door arm en rijk, jong en oud en verschillende culturen. Het wijkhuis streeft naar contact tussen al deze verschillende doelgroepen en naar het verbeteren van bepaalde leefsituaties. Om dit doel te bereiken zijn er verschillende deelwerkingen die aansluiten bij een Actief Zorgzame Buurt. Elke werking heeft haar eigen activiteiten en komen tegemoet aan de vragen en noden van het beoogde doelpubliek. Er zijn ook gezamenlijke activiteiten om de verschillende doelgroepen bij elkaar te brengen.

Ook de handelaars in de buurt dragen hun steentje bij. Ze hebben doorheen de jaren vele acties op poten gezet om de buurt vooruit te helpen. Een luisterend oor, hulp bij aankopen, op vele zaken willen de handelaars drempelverlagend werken. Er zijn ook verschillende feesten om het samenleven in de wijk te versterken. Een voorbeeld hiervan is het platform 'Citoyenneté en Solidariteit'. De opdracht van dit platform bedraagt

over de taalgrenzen heen en met verschillende organisaties samen te werken rond verdraagzaamheid en samenlevingsopbouw.

Het samenleven van verschillende mensen in de wijk wordt echt boeiend als iedereen, elke cultuur, er zich ook echt thuis voelt. De feesten zijn een ideaal instrument om deze uitdaging aan te gaan en mensen dichterbij elkaar te brengen.

Dankzij alle activiteiten kunnen we streven naar een warme solidariteit, gebouwd op relaties tussen mensen onderling. Dit is in contrast met een koude solidariteit die geregeld wordt door de overheid. In een koude solidariteit moet je aan voorwaarden en regels voldoen om geholpen te worden. Als je niet in een categorie thuishoort of de juiste papieren niet kan voorleggen, val je uit de boot en is er van solidariteit geen sprake. Het wijkhuis doelt op een warme solidariteit, een solidariteit die terug te vinden is bij vrienden of een familiekring. Allerlei burgerinitiatieven en verenigingen

willen deze solidariteit creëren en zo de beperkingen van de koude solidariteit wegwassen. Chambéry doet dit ook en streeft, samen met de mensen, naar een warme, spontane solidariteit.

Chambéry is dus een wijkhuis dat voor iedereen iets kan betekenen, maar hier schuilt kwetsbaarheid in. Er worden meer en meer vrijwilligers gevraagd, de put geraakt leeg dus projecten moeten zich steeds weer opnieuw uitvinden om financiën aan te trekken. De overheid moet steun bieden, want de vrijwilligers en gulle giften zijn niet meer voldoende om het hoofd boven water te houden. Er is nood aan een beleid gericht op samenhang. De kansen zien die zich voordoen en ze benutten blijft een grote kracht van het wijkhuis.

Chambéry. (s.d.). Buurtwerk Chambéry. Geraadpleegd op 26 mei 2016, op <http://www.chambery.be>

## Expertinterview: Kenniscentrum Woonzorg Brussel, Olivia Vanmechelen

Kenniscentrum Woonzorg Brussel is een organisatie die werkt rond de thema's wonen en zorg. Hun doel is om kennis over woonzorg in Brussel te vergaren en te verspreiden. Daarnaast zetten ze ook projecten op rond dit thema. Het Kenniscentrum gaat uit van de visie dat mensen zo lang mogelijk in hun eigen huis of vertrouwde omgeving moeten kunnen wonen.

Brussel wordt gekenmerkt door een multiculturele ouderenbevolking. Hiervan is 1/3 ouder dan tachtig jaar. Deze ouderenbevolking is vaak kwetsbaar door hun leeftijd en lage socio-economische status. Uitgaande van de visie om ouderen zo lang mogelijk in hun eigen huis of omgeving te laten wonen, lijkt de actieve zorgzame buurt een goede oplossing voor Brussel. Het is een initiatief dat perfect inspeelt op de eigenschappen van de Brusselse bevolking.

Een Actief Zorgzame Buurt is een wijk waar voorwaarden zijn vervuld opdat ouderen en zorgbehoevenden in hun eigen huis of vertrouwde

buurt kunnen blijven wonen. Ouderen zijn vaak gehecht aan de buurt maar zijn er tegelijkertijd ook op aangewezen. Doordat ouderen minder mobiel zijn, wordt hun directe omgeving heel belangrijk. Drie zaken vormen deze zorgzame buurt: wonen, welzijn en zorg. Een zorgzame buurt is een buurt die levensloopbestendig is. Zowel de woningen moeten aangepast zijn alsook de woonomgeving. Bewoners kennen en helpen elkaar en hebben de mogelijkheid elkaar te ontmoeten. In een actief zorgzame wijk vinden ouderen de nodige diensten en krijgen ze de zorg die ze nodig hebben. Ouderen die op mensen kunnen steunen voelen zich beter in hun vel.

De persoon die zorg verleent wordt echter ook niet vergeten. In Brussel wordt er minder beroep gedaan op hulp van beroepskrachten dan in Vlaanderen, vaak door financiële redenen. Hulp aangeboden door vrijwilligers, vrienden of familie wordt daarentegen dubbel zoveel gebruikt. In een actief zorgzame wijk voelen de mensen die hulp



aanbieden zich ondersteund en worden hun noden ook in rekening gebracht. Het is een beschermende factor tegen de nadelen van het alleen staan of een laag inkomen.

De zorgzame wijk is helaas nog geen realiteit. Wonen in eigen huis en ouder worden zijn twee aspecten die niet altijd hand in hand gaan. Ouderen hebben de wens om zo lang mogelijk thuis te wonen maar vaak is het huis niet aangepast aan de noden van de ouderen. Eens de noden te groot worden plaatst men de ouderen over naar een woonzorgcentrum. Ondanks dat een woonzorgcentrum als laatste optie wordt gezien, komen veel ouderen in Brussel door financiële en sociale noden, ook al zijn de ouderen niet zorgbehoevend, terecht in een woonzorgcentrum. Uit onderzoek van het Kenniscentrum Woonzorg Brussel blijkt dan ook dat ouderen helemaal niet bezig zijn met het nemen van voorzorgen. Ze gaan ervan uit dat ze nog lang hun plan zullen kunnen trekken. Ze beschouwen zaken zoals het aanpassen van hun woning als

een zorg voor later. Daarnaast blijft hulp vragen uiterst moeilijk!

Om de actief zorgzame buurt te ondersteunen is er een proefproject opgestart. Dit is een platform waarbij een samenwerkingsverband tussen Antwerpse en Brusselse partners tot stand is gekomen. Hierbij willen ze een buurtgericht model van zorgorganisatie ontwikkelen in een grootstedelijke context. Zodat ook minder zelfredzame ouderen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen.

Naam: **Olivia Vanmechelen**  
Beroep: **Stafmedewerker zorg aan het Kenniscentrum Woonzorg Brussel**

## Verder lezen?

### Literatuur

Cramm, P., & Nieboer, A.P. (2013). Relationships between frailty, neighborhood security, social cohesion and sense of belonging among community-dwelling older people. *Geriatrics and Gerontology International*, 13, 759-763.

Zich veilig voelen, in een buurt wonen met een sterke sociale cohesie en het gevoel hebben dat je erbij hoort in de buurt leiden tot lagere kwetsbaarheid onder ouderen.

De Donder, L., Dury, S., Smetcoren, A.-S., Van Regenmortel, S., Verté, E., De Witte, N., Brosens, D. & Lambotte, D. (2014). Actief zorgzame buurt: Noden een verwachtingen- een stakeholdersbevraging. Geraadpleegd op 26 mei 2016, op <http://www.zorgproeftuinen.be/sites/default/files/RAPPORT%20AZOB%2020141119.pdf>

ie rapport over AZoB, één van de zorgproeftuinplatformen met drie projecten in drie verschillende buurten. Het doel van dit platform is om het zelfstandig wonen van ouderen en personen met een zorgbehoefte zo goed mogelijk te ondersteunen. Door in te spelen op de buurt, kan het zelfstandig wonen bevorderd worden.

Derksen, L., Fast, J., Keating, N., Otfinowski, P., & Wenger, C. (2003). Understanding the caring capacity of informal networks of frail seniors: a case for care networks. *Ageing and Society*, 23(1), 115-127.

Dit artikel gaat over het verschil tussen sociale netwerken, ondersteunende netwerken en zorgnetwerken. De grote verschillen tussen deze netwerken worden besproken en gekeken wordt wie lid is van de verschillende netwerken en welke ouderen beroep kunnen doen op welke netwerken.

Gardner, P.J. (2011). Natural neighbourhood networks — Important social networks in the lives of older adults aging in place. *Journal of Aging Studies*, 25(3), 263–271.

Voor kwetsbare ouderen is het belangrijk om toch nog deel te nemen aan activiteiten in de buurt. Op die manier blijven ze contacten onderhouden en kan er op een preventieve manier gewerkt worden aan eenzaamheid. Dit artikel vertelt over het belang van de buurt rondom de kwetsbare oudere.

Kruijswijk, W., van der Veer, M., Brink, C., Calis, W., van de Maat, J., & Redeker, I. (2014). Aan de slag met sociale netwerken. De 44 meest bekende methoden verzameld. Geraadpleegd op 26 mei 2016, op <https://www.movisie.nl/publicaties/aan-slag-sociale-netwerken>

Deze publicatie dient als wegwijzer indien men wil werken met netwerkgericht werken. 44 verschillende bekende instrumenten die gebruikt kunnen worden om het sociale netwerk te versterken, worden besproken.

## Projecten

Parelproject ZonMw. (2015). Even Buurten: gelukkig oud worden in de buurt. Door betere samenwerking tussen formeel en informeel netwerk.

Even Buurten is een project in Rotterdam dat inzet op een integrale wijkaanpak om het informele netwerk rondom kwetsbare ouderen te versterken. Het project werd geëvalueerd om een inzicht te krijgen in hoeverre Even Buurten bijdraagt aan het welzijn, de gezondheid en zelfredzaamheid van ouderen.

---

# Mantelzorg

---

## Achtergrond

In het Woonzorgdecreet van 2009 luidt de definitie van mantelzorgers als volgt: “De natuurlijke persoon die vanuit een sociale en emotionele band één of meer personen met verminderd zelfzorgvermogen, niet beroepshalve maar meer dan occasioneel, helpt en ondersteunt in het dagelijkse leven.”

Vrienden, buren en familieleden kunnen mantelzorgers zijn. Zij zorgen voor de oudere wanneer er hulp en/of ondersteuning nodig is. Het is niet altijd even makkelijk om deze zorg te garanderen, aangezien mantelzorgers meestal nog niet op pensioen zijn en dus nog werken. Ongeveer 30% van de ouderen in Nederland krijgt geen thuishulp, gezinshulp of private hulp aangeboden. Zij krijgen dan mantelzorg in de plaats (Fabbricotti et al., 2013). Vanderleyden en Vanden Boer (2004) stellen vast dat de nood aan mantelzorg stijgt met de leeftijd. 77% van de thuiswonende oudere tussen 55 en 64 jaar heeft namelijk geen hulp nodig. Dit percentage daalt tot 69% bij thuiswonende ouderen tussen 64 en 74 jaar. Bij thuiswonende tussen 75 en 90 jaar wordt dit nog 50%.

Om een goede zorg en nazorg te kunnen geven is het belangrijk dat zowel de oudere als de mantelzorgers goed met elkaar kunnen praten. Door elkaar erkenning en respect te geven, kunnen crisissituaties vermeden worden (De Bruin et al., 2014). Gezinshulp of aanvullende thuishulp kunnen de mantelzorgers helpen bij taken die deze niet zelf kan uitvoeren. Daardoor wordt het sociaal welbevinden van de oudere zorgvrager groter en komt deze niet in een sociaal isolement (Fabbricotti et al., 2013).

Doordat mantelzorgers vaak zelf ouder zijn en een kwetsbare gezondheid hebben, bestaat de kans op overbelasting (Van den Bos, 2006). Hoe de mantelzorger zich voelt, heeft dan een grote invloed op zijn of haar draagkracht. Mantelzorgers met een slechte gezondheid hebben meer hulp nodig bij het uitvoeren van de zorgtaken. Dit zijn vaak ouderen die voor andere ouderen moeten zorgen (bijvoorbeeld hun man of vrouw) (Smith et al., 2011).

Mantelzorg kan zeker ook beschouwd worden als iets verrijkends, omdat het een persoonlijke en intense relatie creëert (De Boer et al., 2012). Een goede relatie tussen beiden leidt tot een goede communicatie met weinig tot geen conflict (Vermeulen & Declercq, 2011).

Tot slot zien we dus steeds vaker dat oudere mantelzorg verlenen aan oudere zorgvragers. Een gevolg is dat de mantelzorger zelf ook vaak gezondheidsproblemen heeft. Ongeveer 1 op de 5 mantelzorgers heeft een slechte gezondheid (Boer et al., 2009).

## Referentielijst

Boer, A.D., Broese Van Groenou, M.I., & Timmermans, J. (2009). *Mantelzorg, een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007*. Sociaal en Cultureel Planbureau: Den Haag

Broese van Groenou, M., Glaser, K., Tomassini, C., & Jacobs, T. (2006). Socio-economic status differences in older people's use of informal and formal help: a comparison of four European countries. *Ageing and Society*, 26(5), 745.

De Boer, A.H., Oudijk, D., van Groenou, M.B., & Timmermans, J.M. (2012). Positieve ervaringen door mantelzorg: constructie van een schaal. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 43(5), 243-254.

de Bruin, S., Lette, M., Baan, C., & van den Berg, M. (2014). *Vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen; op weg naar betere aansluiting bij wat ouderen zelf willen en kunnen*.

Fabbricotti, I., Janse, B., Looman, W., de Kuijper, R., van Wijngaarden, J.D., & Reiffers, A. (2013). Integrated care for frail elderly compared to usual care: a study protocol of a quasi-experiment on the effects on the frail elderly, their caregivers, health professionals and health care costs. *BMC Geriatrics*, 13(1), 31

Smith, G.R., Williamson, G.M., Miller, L.S., & Schulz, R. (2011). Depression and quality of informal care: a longitudinal investigation of caregiving stressors. *Psychology and aging*, 26(3), 584.

Van den Bos, G.A.M. (2006). *Met het oog op mantelzorg. Bijblijven*, 22(1), 3-7.

Vanderleyden, L., & Vanden Boer, L. (2004). Zorg en ondersteuning. In T. Jacobs, L. Vanderleyden & L. Vanden Boer (Eds.), *Op latere leeftijd. De leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen* (pp. 139-180). Leuven: Garant.

Vermeulen, B., & Declercq, A. (2011). *Steunpunt WVG feiten & cijfers 19: Mantelzorg, vanzelfsprekend!?* Over zorgervaringen en noden van mantelzorgers van kwetsbare ouderen. Steunpunt beleidsrelevant onderzoek.

## Getuigenis van een mantelzorger: Martin

Martin is een man van 62 jaar. Hij was vroeger schrijnwerker en is op brugpensioen gegaan om de zorg voor zijn moeder op te nemen. Hij is nooit getrouwd geweest en woont bij zijn ouders in. De mantelzorg bestaat voor hem uit koken, wassen, bedden verschonen en ondersteuning tijdens toiletbezoek. Hulp bij de mantelzorg krijgt Martin van een kinesist, een poetsvrouw en een verpleegster. Elke ochtend en avond is hij aanwezig om zijn moeder te helpen bij het opstaan en bij het slapen gaan. Ze kan niet meer zelfstandig stappen, maar wil nog steeds boven slapen. Martin en zijn vader ondersteunen haar samen in die wens: “Mijn vader en ik doen ze elke avond naar boven, trede per trede.”

Omdat zijn moeder anders nog minder zou bewegen, heeft hij geen aanpassingen gedaan in de woning. Er is bijvoorbeeld geen traplift. Zijn moeder heeft een looprekje, maar ook daarbij moet ze geholpen worden, omdat ze naar achter valt. Martin vertelde dat ze geen rolstoel wil, omdat ze zich dan schaamt.

---

*“Goh ja, ze heeft met mij ook last gehad hé.”*

---

Martin geeft aan dat hij naar een plaatselijk café zou kunnen gaan met haar, wanneer ze toch een rolstoel zou willen.

Zijn moeder trekt haar wel enorm op aan sociale contacten. Er komt vaak bezoek: burens, familie, vrienden en de kuisvrouw. Ze is ook heel nieuwsgierig en wil alles weten over haar dorpsgenoten. Martins rol is hierin zeer belangrijk. Door hem verlopen die contacten vlot. Hij belt andere mensen op zodat hij de telefoon kan doorgeven aan haar. Ze belt graag en daarom vraagt ze hier ook zelf om. Martins moeder heeft vrij veel sociale contacten, maar mist bijvoorbeeld wel haar vriendinnen die overleden zijn. Haar sociale contacten komen wel telkens bij haar thuis, omdat ze zich moeilijk kan verplaatsen.



Het is voor Martin een hele opdracht om haar in een auto te krijgen. Ook moet ze na een 2-tal uur opgehaald worden, want ze wil niet naar het toilet bij vreemden. Volgens hem zou een organisatie die activiteiten organiseert voor zorgbehoevende ouderen -en hen komt ophalen- een heel goed initiatief zijn voor zijn moeder. Hij zou zelf ook willen meegaan om haar te ondersteunen.

Martin kan door deze zorg niet meer op reis gaan maar hij maakt wel nog tijd voor zichzelf. Aangezien hij zelf al een oudere is, heeft hij die rust zeker nodig. Van 's morgens tot 14 uur zorgt hij voor zijn moeder en dan neemt hij tijd voor zichzelf tot het avondeten: "Ik maak elke dag tijd om te gaan wandelen of vissen."

Voorlopig vindt hij de zorg nog draaglijk. Zijn omgeving geeft vaak aan dat zijn moeder "wel een last moet zijn", maar hij lacht dit een beetje weg: "Goh ja, ze heeft met mij ook last gehad hé." Het moment waarop zijn moeder niet meer zelfstandig kan eten, gewoon in een

bed moet liggen en de verpleging vaker zou moeten komen, is voor Martin een moment waarop hij zal overwegen om haar in een rusthuis te plaatsen.

## **Project: GENERO (Netwerk Ouderenzorg Zuidwest-Nederland)**

GENERO, voluit Geriatrienetwerk Zuidwest-Nederland, is een regionaal ouderenzorgnetwerk. Als hoofddoel willen ze de kwaliteit van zorg en welzijn van kwetsbare ouderen in hun regio verbeteren. Hierbij is het belangrijk om zowel de oudere als zijn omgeving aandacht te geven. Hun aanbod is vooral gericht op de oudere: een betere zelfredzaamheid, meer functiebehoud en vermindering van zorg- en behandelbelasting.

GENERO richt zich ook op de ouderen en de mantelzorg die daarbij komt kijken. Omdat mantelzorg een belangrijk onderdeel is van ouderenzorg bij thuiswonende ouderen, komt mantelzorg bij hun projecten vaak ter sprake. Alles wat GENERO doet om de professionele zorg voor ouderen beter te maken, heeft onrechtstreeks ook gevolgen voor de mantelzorgers. Als kwetsbare ouderen meer aandacht en betere ondersteuning krijgen in de wijk door professionals, dan zou dat mantelzorgers volgens hen deels moeten ontlasten.

GENERO heeft een ouderen- en mantelzorgforum. Het forum is een plaats waar de oudere een stem krijgt zodat deze als gelijkwaardige partij meegenomen wordt in de besluitvorming. Het forum bestaat uit ongeveer twintig personen. Daarin werken ze vanuit het perspectief van de oudere. Een aantal van deze ouderen is zelf mantelzorger en kan dus zijn ervaringen als mantelzorger gebruiken. Vandaar de benaming 'Ouderen en Mantelzorg- forum'. Ook zo willen ze de kwaliteit en toegankelijkheid van welzijn en zorg voor ouderen verbeteren.

Een thema waar GENERO de komende jaren rond zal werken, is 'verbetering van de zorg thuis en in de buurt of de wijk'. Hierbij wilt GENERO eerst kijken naar wat een oudere zelf kan. Vervolgens naar wat de omgeving of het netwerk kan betekenen en welke technologische ondersteuning hierbij mogelijk is. De focus ligt vooral op netwerken in de wijk en een betere ondersteuning van mensen met dementie en hun

mantelzorgers. Een tweede thema dat GENERO aan bod laat komen, is het Walcheren Integrale Zorgmodel. Het model leidt tot een verbetering van de kwaliteit van leven en de tevredenheid met de zorg, zonder dat het zorggebruik toeneemt. Mantelzorgers voelen zich hierdoor minder belast. Meer info hierover kan je vinden op <http://www.beteroud.nl/ouderen/zorg-walcheren-integrale-zorgmodel.html>

GENERO heeft het project 'Buren voor Buren'. Dit project brengt wijkbewoners met elkaar in contact zodat beiden iets kunnen betekenen voor elkaar. Er was namelijk de wil van de bewoners om elkaar te helpen, maar ze wisten niet hoe dit aan te pakken. Een matchmaker brengt dan vrijwilligers en personen met een vraag in contact.

Een ander project is 'Gezond Thuis in Breda'. Een groep van ongeveer 250 senioren en een duizendtal mantelzorgers worden samengebracht op een digitale 'social community' (= sociale gemeenschap op het internet). Hun doel is om de zelfredzaamheid en het sociale netwerk van de oudere te versterken zodat deze langer zelfstandig kan blijven wonen.

Verschillende andere good practices zijn te vinden op <http://www.erasmusmc.nl/research/over-research/subsidies/investeren/genero/3580056/>

## Expertinterview: Ondersteunen van mantelzorgers, Karen Horr  (CM mantelzorg)

In België zijn er zeven mantelzorgverenigingen. Deze verenigingen zijn nog sterk verzuild en opgesplitst tussen Vlaanderen, Wallonië en Brussel. Eén voorbeeld in Vlaanderen is Ziekenzorg CM, dat werd voorgesteld door Karen Horr  van Ziekenzorg CM Sint-Michielsbond.

Elke mantelzorgvereniging is verschillend. Ze leggen andere accenten en hebben eigen werkinstrumenten. Toch zijn er ook gelijkenissen. Mantelzorgverenigingen gaan ten eerste vooral informatie geven, niet ingrijpen. Ze willen vroegtijdig infomeren via folders, tijdschriften, ... Ten tweede willen deze verenigingen de erkenning en waardering van mantelzorgers verhogen, door hen af en toe in de bloemetjes te zetten. Zo heb je bijvoorbeeld een Dag van de Mantelzorger. Dan wordt de focus gelegd op het feit dat mantelzorg niet zo vanzelfsprekend is. Als laatste kaarten deze verenigingen problemen aan het beleid.

Ziekenzorg CM is   n van den Vlaamse mantelzorgverenigingen. Zij hebben een uitgebreid aanbod voor de mantelzorger. Zo geven ze infosessies, hebben ze een website ([www.ma-zo.be](http://www.ma-zo.be)), een mantelzorgpakket met informatie over waar je terecht kan met vragen, waar je je als mantelzorger kan registreren, ... Daarnaast biedt Ziekenzorg CM ook vakanties onder de noemer 'Blijven Reizen'. Deze vakanties zijn aangepast aan de noden en wensen van personen met een zorgbehoefte en hun mantelzorgers.

Niet alleen ouderen hebben een grote kans op kwetsbaarheid, ook mantelzorgers. Naar schatting zijn er 860.000 mantelzorgers in heel Vlaanderen. Deze personen bieden extra vrijwillige zorg aan een zorgbehoevende persoon uit de directe omgeving. Een mantelzorger is voor sommige zaken niet opgeleid, waardoor hun draaglast en draagkracht soms uit balans kan geraken. Zo is er de fysieke draaglast (bv. heffen en tillen) of zijn er praktische problemen (bv. afstand

of job opgeven om de mantelzorg te kunnen verzekeren). De zorg kan ook op de sociale relaties van de mantelzorger wegen, doordat vrienden wegblijven bijvoorbeeld. Voor de mantelzorger kan de zorg ook psychisch zwaar zijn: geringe waardering, de verzorgende heeft dementie, ... Er zijn een aantal belangrijke signalen die erop wijzen dat het 'tijd' is om meer voor jezelf te zorgen als mantelzorger, namelijk lichamelijke signalen (bv. maagklachten), gedragsverandering (bv. opvliegend zijn) en psychische signalen (bv. depressieve gevoelens).

Om deze draaglast en draagkracht terug in balans te brengen, is het volgens Karen Horré belangrijk om op zoek te gaan naar voldoende waardering voor zowel de mantelzorger als de zorgbehoevende. Op praktisch gebied kunnen er hulpmiddelen worden ingeschakeld, de woning kan worden aangepast, ... Via verschillende kanalen (bv. Ziekenzorg CM) kan informatie worden verworven over mantelzorg. Als mantelzorger is het belangrijk een goede lichamenlijk en fysieke conditie te onderhouden door bijvoorbeeld voldoende te slapen. Als mantelzorger moet je gebruik

maken van je sociaal netwerk om je verhaal kwijt te kunnen.

Karen vindt het van groot belang dat de mantelzorger en de verzorgende er een open communicatie op na houden. Er moet een evenwicht zijn tussen de bereidheid van hulp geven en hulp verlenen. Waar voelt de mantelzorger zich goed bij en wat werkt voor de zorgbehoevende? Zo is het bijvoorbeeld belangrijk om de hulpbehoevende te laten doen wat hij nog kan doen. Hieruit kan zorgbehoevende dan nog voldoening halen.

Mantelzorgverenigingen zijn nu nog slechts een tweedelijns hulp terwijl er nood is aan concrete hulp en ondersteuning. Er is ook nog te weinig bekendheid, zowel bij mantelzorgers als bij het beleid. Er wordt maar een deel van de mantelzorgers bereikt, dit zijn vaak niet diegenen die dit het meest nodig hebben. Kwetsbare ouderen zijn ook risicogroep voor overbelaste mantelzorgers, wat dit alles tot een vicieuze cirkel doet leiden.

Naam: **Karen Horré**

Beroep: **Educatief medewerker bij Ziekenzorg CM Sint-Michielsbond**

## Verder lezen?

de Boer, A., Broese van Groenou, M.I., & Timmermans, J. (2009). Mantelzorg. Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Dit rapport beschrijft wat mantelzorgers doen, waarom ze hulp verlenen, welke ondersteuning ze krijgen en wat de hulpverlening in positieve en negatieve zin met hen doet. In sommige gevallen blijkt het helpen een zware opdracht te zijn. Maar mantelzorg is niet puur negatief. Mantelzorgers kijken er positief tegen aan, onder andere omdat de relatie met de hulpbehoevende intenser en intiemer wordt, men waardering van de verzorgde krijgt en samen van kleine dingen geniet.

Jacobs, T., & Lodewijckx, E. (2004). Zicht op zorg. Studie van de mantelzorg in Vlaanderen in 2003. Brussel: Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie.

Dit rapport verzamelt gegevens over mantelzorg in Vlaanderen (aard, intensiteit, beleving, motieven, ...), de houdingen van de bevolking ten aanzien van mantelzorg en eventuele ondersteuning die het beleid kan/moet voorzien.

Kim, H., Ahn, Y.H., Steinhoff, A., & Lee, K. H. (2014). Home modification by older adults and their informal caregivers. Archives of gerontology and geriatrics, 59(3), 648-656.

Dit is een interessante studie over de rol die de mantelzorger speelt in het al dan niet aanpassingen van de woning van de verzorgde.

Van der Padt, I. (2002). Zorgen voor je ouders: een leidraad voor mantelzorgers. Amsterdam: Boom.

Dit is informatie voor mantelzorgers. Hoe kan je het best met de oudere omgaan, hoe kan je het best voor jezelf zorgen wanneer je mantelzorg geeft,... Maar ook hoe je de balans vindt tussen zorg voor de ander en zorg voor jezelf.

Vermeulen, B., & Declercq, A. (2011). Mantelzorg, vanzelfsprekend!? Over zorgervaringen en noden van mantelzorgers van kwetsbare ouderen. Geraadpleegd op 26 mei 2015, op <http://steunpuntwvg.be/images/swvg-1-feiten-en-cijfers/19-mantelzorg-vanzelfsprekend>

Dit onderzoek brengt de positieve en negatieve zorgervaringen, alsook de noden van mantelzorgers van kwetsbare ouderen in kaart. Hierbij worden een aantal praktische en beleidsaanbevelingen geformuleerd.

Zwart-Olde, I., Jacobs, M., & van Groenou, M.B. (2013). Zorgnetwerken van Kwetsbare Ouderen. Onderzoeksrapportage voor hulpverleners, onderzoekers en (beleids)medewerkers in de ouderenzorg. Geraadpleegd op 22 april 2016, op [http://www.fsw.vu.nl/nl/Images/Rapportage\\_ZKO\\_incl\\_cover\\_tcm249-338653.pdf](http://www.fsw.vu.nl/nl/Images/Rapportage_ZKO_incl_cover_tcm249-338653.pdf)

Dit rapport geeft informatie over zorgnetwerken, wie kan er voor de oudere zorgen, op welke manier? Ook wordt besproken hoe de ouderen zelf hun kwaliteit van leven en de zorg ervaren. Er wordt belang gehecht aan het thuis laten wonen van ouderen.

---

# Formele zorg

---

## Achtergrond

Het gezondheidszorgsysteem in België is vaak ingewikkeld voor mensen die zorg nodig hebben, in het bijzonder voor kwetsbare ouderen. Kwetsbaarheid bestaat uit verschillende factoren zoals fysieke, psychologische, sociale en ecologische factoren. Dit is vooral voor ouderen van toepassing, aangezien zij vaak verschillende problemen tegelijkertijd ervaren (Zwart-Olde et al., 2013). Hierdoor hebben zij zorg nodig bij verschillende zorgaanbieders, zowel op het vlak van gezondheids- als sociale zorg. Doordat de bevoegdheden rond zorg verdeeld zijn onder verschillende beleidsniveaus, leidt dit tot versnippering van de zorg. Dit betekent dat de beschikbare informatie over zorg verspreid is over verschillende niveaus en dat deze informatie dus regelmatig verandert. Dit maakt dat het erg verwarrend is voor de zorgverleners en nog meer voor ouderen en hun familie. Deze complexiteit maakt het moeilijker om de juiste gezondheidszorg te krijgen (Van Durme et al., 2015).

Een belangrijke uitdaging voor de gezondheidszorg is om een duidelijk kader aan te bieden aan de gebruikers ervan (Van Durme et al., 2015). Een andere uitdaging is hulp bieden die aangepast is aan de behoeften van de oudere, want geen enkele oudere heeft dezelfde problemen (Hoeck, 2011). Ouderen willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen, zeker zolang hun gezondheidstoestand het toelaat (Hoeck, 2011). De meeste mensen willen ook liever hun laatste levensjaren doorbrengen in hun eigen omgeving (Boeckxstaens & De Graaf, 2011). Ouderenzorg zou vooral een individuele, persoonsgerichte benadering moeten zijn. Naarmate een persoon ouder wordt, verschuift ook de behoefte van strikt medische oplossingen naar meer persoonsgerichte oplossingen (Boeckxstaens & De Graaf, 2011).



De actieve betrokkenheid van ouderen in de besluitvorming over hun behoefte aan zorg moet worden aangemoedigd (Stijnen et al., 2013). Preventie is een andere belangrijke uitdaging. Het te laat opsporen van gezondheidsklachten zorgt ervoor dat kwetsbare ouderen moeilijker voor zichzelf kunnen zorgen. Ouderen hebben de neiging om bepaalde gezondheidsproblemen als onvermijdelijk en vanzelfsprekend te ervaren. Ouderen denken dat dit hoort bij het ouder worden, maar toch kan men door preventie verschillende problemen voorkomen (Stijnen et al., 2013). Vroegtijdige identificatie en interventie bij ouderen moeten het risico op gezondheidsproblemen vermijden.

Onderzoek toont aan dat er nood is aan een preventieve thuiszorg voor zowel gezonde als zwakkere hulpbehoevende ouderen (Hallberg & Kristensson, 2004). Huisbezoek-programma's, een multidimensionale aanpak en een beter gecoördineerde eerstelijnszorg kunnen hierbij helpen (Boeckxstaens & De Graaf, 2011; Stijnen et al., 2013). Daarnaast is een teamgerichte benadering belangrijk voor het werken met kwetsbare ouderen, want preventieve huisbezoeken van verpleegkundigen zouden de ziekenhuisopnames niet voldoende verlagen (Hallberg & Kristensson, 2004). In de praktijk zijn er spanningen tussen beiden partijen, maar een goede samenwerking is voor het welzijn van de oudere belangrijk. Mantelzorgers en professionele zorgverleners zijn steeds vaker op elkaar aangewezen (Morée, 2004). Om kwetsbare ouderen thuis te laten wonen, is zowel de zorg van formele als informele hulpverleners nodig (Zwart-Older et al., 2013). Afstemming met de thuiszorg en sociale diensten blijft een uitdaging in alle landen (Boeckxstaens & De Graaf, 2011).

## Referentielijst

Boeckxstaens, P., & De Graaf, P. (2011). Primary care and care for older persons: position paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care*, 19(6), 369–389.

Hallberg, I.R., & Kristensson, J. (2004). Preventive home care of frail older people: a review of recent case management studies. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 112–120.

Morée, M. (2004). Professionele zorg en mantelzorg: Bruggen slaan tussen twee werelden. *Denkbeeld*, 16(1), 10–13.

Hoeck, S. (2011). Health-care and home-care utilization among frail elderly persons in Belgium. *The European Journal of Public Health*, 22(5), 671-677.

Stijnen, M.M., Duimel-Peeters, I.G., Jansen, M.W., & Vrijhoef, H.J. (2013). Early detection of health problems in potentially frail community-dwelling older people by general practices - project [G]OLD: design of a longitudinal, quasi-experimental study. *BMC Geriatrics*, 13(7).

Van Durme, T., Schmitz, O., Cès, S., Anthierens, S., Maggi, P., Delye, S., et al. (2015). A comprehensive grid to evaluate case management's expected effectiveness for community-dwelling frail older people: results from a multiple, embedded case study. *BMC Geriatrics*, 15(1).

Zwart-Olde, I., Broese van Groenou, M.I., Jacobs, M., & Van Wieringen, M. (2013). Samen zorgen voor thuiswonende ouderen. *Onderzoeksrapportage over de samenwerking tussen mantelzorgers, professionals en vrijwilligers in de thuiszorg*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

## Getuigenis van ouderen: Hilda, Yvonne en Anita

**Hilda** is een 90-jarige getrouwde vrouw, die samen woont met haar 92-jarige echtgenoot in hun huis in Mechelen. Hilda heeft al jaren reuma aan haar handen, waardoor ze vele zaken niet meer kan doen zoals bijvoorbeeld knopen vast doen. Om dit fysieke gezondheidsprobleem aan te pakken, heeft ze dit in het verleden aan haar huisarts gemeld. Van haar huisdokter kreeg ze de diagnose: ‘Reumatoïde Artritis’, een ontstekingsreuma. Ook kreeg ze te horen dat ze aan dit fysieke probleem niet veel kon doen, “en ik heb er op gereageerd: dat is duidelijk”.

Hilda heeft het meest contact met een schoonzus, “een jongere schoonzus, we schelen juist tien jaar, maar wij komen heel goed overeen”. Maar ook heeft ze heel veel contact met haar twee kinderen. Over de hoeveelheid sociale contacten die ze heeft, is ze tevreden, “ik ben een type dat ook zichzelf kan bezighouden. Ik kan me nooit vervelen, dat bestaat niet”. Het meest aangename aan deze sociale contacten

---

*“En degene die vrijdag komt, help ik heel graag om samen met haar naar de winkel te gaan”*

---

vindt Hilda de gesprekken die ze daardoor heeft. Van minder positieve gemoedstoestanden zoals eenzaamheidsgevoelens of depressieve gevoelens heeft Hilda geen last. “Nee, dat is iets dat ik zelf niet zou willen. Ik heb een sterke wil eigenlijk en nee, dat kan niet. Ik heb te veel zaken om heel tevreden over te zijn. Waarom zou ik dan zagen?”.

De grootste moeilijkheid die Hilda ervaart is buiten komen om bijvoorbeeld boodschappen te doen. Maar daarvoor krijgt ze hulp van de gezinszorg. “En degene die vrijdag komt, heb ik heel graag om samen met haar naar de winkel te gaan”. Van deze uitstap geniet Hilda, “ik moet maar zeggen ik moet naar hier, ik moet naar daar, en dat gebeurt”. Nog geen jaar geleden verplaatste Hilda zich nog met haar fiets. Maar

doordat ze enkele maanden geleden te horen kreeg dat ze blaaskanker had, raadde de specialist haar af om de eerst komende tijd nog op haar fiets te kruipen, “en dat vond ik erg, want ik fietste heel graag en ik deed boodschappen met de fiets”. Ook al mag ze nu officieel terug fietsen, door het koude weer en doordat het al zo lang geleden is, voelt ze zich nog niet klaar om dit te doen. “Maar ik ben het wel van zin, als het weer terug een beetje min of meer is”. Sinds drie maanden durft haar geheugen haar ook wel eens in de steek laten. Ze betrapt er zich op dat ze wel eens iets vergeet, veel meer dan vroeger. “Of ik leg iets weg op een andere plaats omdat ik denk dat is wel goed, en achteraf weet ik dat het in huis is, maar waar?”.

Naast gezinszorg die twee keer per week komt en de hulp die ze van haar kinderen krijgt, krijgt Hilda nog ondersteuning in het huishouden door een huishoudhulp, worden er maaltijden aan huis gebracht en komt de pedicure en kapster maandelijks over de vloer om haar en haar man in de watten

te leggen. Sinds twee maanden dragen Hilda en haar man ook een alarmknop rond hun pols zodat ze met één druk op de knop iemand kunnen bereiken als ze zich in een noodsituatie bevinden. “Verder kunnen we ook mekaar nog helpen, we zijn blij dat we nog samen wonen”.

Yvonne is 93 jaar en woont samen met haar zoon, die tevens haar mantelzorger is. Hij zorgt voor de boodschappen, doet de was, verzorgt de tuin, zorgt voor de administratie,... Naast hem heeft ze nog twee andere kinderen, een dochter en een zoon, die vaak op bezoek komen met de kleinkinderen. Yvonne is zeer tevreden over de zorg die ze krijgt van haar zoon: “Ik wens hem proficiat. Want er zijn weinig jongens die dat doen. Er zijn er wel, maar niet zoals hij dat doet! Hij doet dat heel goed.”

Ze krijgt ook formele hulp van zowel een verpleegster, een kinesist, huishoudhulp als een dienst die haar warme maaltijd komt brengen. De verpleegster komt 2 keer per dag om Yvonne te wassen en aan te kleden. Dit kan ze sinds 4 à 5 jaar niet meer zelf. Ze kende de verpleegster al op voorhand, dus de band zit goed en ze is tevreden over deze zorg.

Wel geeft Yvonne aan dat ze het moeilijk heeft wanneer er een andere verpleegster komt (wanneer de vaste verpleegster bijvoorbeeld

---

*“Je moet echt een beetje hun advocaat zijn, ze zijn eigenlijk een beetje zoals kinderen, we beschermen hen tegen de boze buitenwereld”*

---

op reis is of ziek is). De kinesist komt twee keer per week langs, alsook wekelijks een poetsvrouw. Haar warme maaltijd wordt om de twee dagen geleverd, omdat Yvonne niet meer zelf kan koken. Ze kan moeilijk recht blijven staan en koken kan dus gevaarlijk zijn. De porties zijn voor haar te groot, dus kan ze twee dagen van één maaltijd eten. Yvonne komt goed overeen met de mensen die voor haar zorgen. De meesten kende ze al voor ze zelf hulp nodig had, hierdoor was de drempel niet te hoog om zorg te ontvangen.

Daarnaast vindt ze het contact met de buurvrouw goed. Zij komt regelmatig eens langs om te kijken of alles in orde is en maakt dan een praatje met Yvonne. Over het algemeen is Yvonne tevreden

met haar sociaal netwerk. Ze ziet haar zoon elke dag, hij zorgt goed voor haar en ze hebben nauwelijks discussies. Ze vertelde dat ze af en toe eens een meningsverschil hebben. Het zijn dus geen ernstige discussies en die zijn dan ook meteen weer vergeten en vergeven. “Hij zal wel eens zeggen, mama morgen. Want hij moet naar daar gaan of naar daar. Ik ga dan eens reclameren”. Met haar zoon gaat ze bijvoorbeeld vaak op restaurant en ze is zeker van de partij als er politieke evenementen zijn in de buurt. Samen iets gaan eten is voor haar ontspannend en doet ze erg graag. Omdat ze verschillende kinderen en kleinkinderen heeft, zijn er ook vaak verjaardagsfeestjes waar ze ontzettend graag naartoe gaat. Haar zoon speelt een belangrijke rol in de contacten die Yvonne nog heeft. Hij is degene die haar meeneemt naar buiten waardoor ze die contacten nog kan hebben. “Wat je hebt, heb je. Daar moet je blij mee zijn.”. Yvonne geeft wel aan dat ze merkt dat haar zoon bang is dat haar iets zal overkomen en dat ze daarom minder ver gaan dan vroeger. Dit vindt zij wel jammer.

Tot ongeveer een jaar geleden nam Yvonne deel aan activiteiten voor senioren in haar buurt, maar deze organisatie bestaat ondertussen niet meer. Ze haalde hier veel plezier uit om bijvoorbeeld eens te gaan kaarten met haar vriendinnen. Dit doet ze niet meer omdat ook haar vriendinnen het te ver vinden en anderzijds laat haar gezondheid haar dat niet toe.

Yvonne is zelf niet meer zo mobiel en haar zoon probeert haar zoveel mogelijk te helpen. Sinds ongeveer 3 jaar heeft Yvonne een bed in de woonkamer beneden. Ze kan moeilijk de trappen op en heeft ook een rollator (looprek). Haar zoon probeert haar zoveel mogelijk te helpen. Ook bijvoorbeeld door haar eraan te herinneren dat ze haar rollator moet gebruiken. Ze vond het een moeilijke aanpassing wanneer ze niet meer in haar slaapkamer op het 1e verdiep kon slapen, maar is het ondertussen wel gewend geraakt. Ook heeft ze een personenalarmsysteem, maar het is al gebeurd dat ze gewoon vergeten was dat ze die kon gebruiken. Haar looprek geeft haar meer vrijheid, omdat ze dan wat verder kan wandelen dan als ze deze niet gebruikt.

Anita is een 51-jarige vrouw die werkt als hoofdverpleegkundige in het woonzorgcentrum Den Olm te Bonheiden, waar ze al elf jaar actief is. Het personeelsbeleid, zoals uurroosters opstellen, dienstvergaderingen leiden en functioneringsgesprekken voeren, vormen een groot deel van haar dagelijks takenpakket. Daarnaast voert ze regelmatig familiegesprekken, behandelt ze administratieve taken en bij een tekort aan verpleegkundigen springt Anita af en toe zelf nog bij op de verschillende afdelingen. “Ze stonden daar nog met twee, ze kregen dat niet rond, dan organiseer ik dat, maar dan doe ik ook mijn schort aan en ga ik gewoon even mee helpen”.

Vroeger was het zo dat vooral de arts en de verpleegkundige de beslissingen namen over de patiënt. Nu is dit eerder een driehoek, ook wel de zorgdriehoek genoemd. Deze driehoek bestaat uit de bewoner, de familie en de zorgverleners. De verhouding tussen deze drie partijen moet zoveel mogelijk in evenwicht zijn, ze hebben alle drie evenveel zeggenschap. Bij alles wat je als hulpverlener doet is het dus belangrijk om zowel de mening van

---

*“Wat je hebt, heb je. Daar moet je blij mee zijn.”*

---

de bewoner zelf als van diens familie te vragen. Meestal loopt dit goed, maar soms loopt deze verhouding moeilijk waardoor de zorg voor de patiënt eerder zorg voor de familieleden wordt. Wanneer de familieleden bijvoorbeeld hun eigen problemen van thuis meenemen naar het woonzorgcentrum, hebben de professionals meer werk met de familieleden zelf dan met de bewoners. “Als familieleden van thuis hun problemen meenemen heb je soms meer werk met de familie dan dat je werk hebt met de bewoner”.

Alle bewoners die verblijven in het woonzorgcentrum zijn broze en kwetsbare mensen. Hetzij doordat ze lichamelijke problemen hebben, hetzij doordat ze dementie hebben. Als professional moet je volgens Anita deze mensen dan beschermen tegen onrecht, tegen dingen die gebeuren. Een professional kan dan ook gezien worden als advocaat of huismoeder. “Je moet echt een beetje hun advocaat zijn, ze zijn eigenlijk een beetje zoals kinderen,

we beschermen hen tegen de boze buitenwereld”.

Kwetsbaarheid voorkomen is erg moeilijk. Wat hierin erg belangrijk is zijn de procedures, die voorkomen dat hulpverleners zomaar doen wat ze willen. Voorbeelden hiervan zijn de wet op de patiëntenrechten en de verplichte kwaliteitsmetingen rond zorg en voeding. Hierdoor staan professionals sneller stil bij wat ze doen en is er meer sociale controle. Vroeger zorgde men thuis voor de ouderen, en als dit niet lukte om één of andere reden, en de oudere naar een ‘rusthuis’ ging, was men al blij dat deze daar terecht kon. De kwaliteit van de zorg was dus van ondergeschikt belang. Het concept van kwaliteitszorg en kwaliteitsmetingen etc. bestond toen dan ook nog niet. Een voorbeeld hiervan is dat men vroeger de mensen waste, hen op de toiletstoel zette, en vervolgens een uitklapbaar tafeltje over deze toiletstoel zette zodat mensen meteen konden ontbijten. Nu is dit niet meer denkbaar, maar toen stond men daar helemaal niet bij stil.



## Expertinterview: Zorgplus, Soliman Dahdouh

Soliman werkt halftijds als zorgregisseur en halftijds voor twee dienstencentra, De Harmonie en Het Anker. Samen met zijn collega's Kris, Samantha en Patricia treedt hij op als 'vliegende zorgregisseur' om te kunnen inspelen op de zorgvragen van kwetsbare ouderen in het Brusselse Gewest. Zorgplus is het verlengde van het Zorgactieplan (ZAP). De doelstelling van Zorgplus is om kwetsbare ouderen zolang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen. Het project 'Zorg+, Waarborg op Zorg' (2015) werd goedgekeurd door het RIZIV en zal gedurende vier jaar lopen. Dit project bestaat uit vier zorgregisseurs en een halftijds coördinator. Zij bieden zelf geen zorg, maar gaan op zoek naar professionele zorg voor kwetsbare ouderen. "ZAP was meer een sociaal project. Nu, bij Zorgplus, focussen we ons op alle kwetsbare en fragiele ouderen".

De zorgregisseur is een hulpverlener die de behoeften en noden van mensen tracht na te gaan. "Welke struikelblokken zijn hier aanwezig die ervoor zorgen

dat de oudere niet in het huis kan blijven wonen?" Daarna wordt er samen met de oudere een traject- en zorgplan opgesteld. Wat zijn de behoeften? Welke organisaties moeten gecontacteerd worden? De zorgregisseur volgt dat plan intensief op en springt binnen als er problemen zijn. "Wij treden meer op als contactpersoon en vormen ook de brug tussen de oudere en de gespecialiseerde organisaties".

Als een zorgregisseur niet weet hoe hij de situatie verder moet aanpakken of als er problemen zijn met verschillende hulpverleners, dan kan er een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd worden. Alle betrokkenen rondom de cliënt komen samen en er worden afspraken gemaakt over de opvolging. Alle partijen worden hiervoor vergoed door het RIZIV, dat een budget heeft voorzien voor een MDO. Binnen de functie van de zorgregisseur is er ook een groot administratief luik. Men moet schriftelijk en digitaal de dossiers van de ouderen bijhouden en om de zes maanden vernieuwen.

Soliman en zijn collega's worden gecontacteerd door de ziekenhuizen, hulpverleners of mutualiteiten die een patiënt hebben die weldra ontslagen wordt uit het ziekenhuis en verdere opvolging nodig heeft. De zorgregisseur gaat dan op ziekenbezoek om zoveel mogelijk informatie over de patiënt te krijgen zodat ze kunnen vermijden dat er cliënten bereikt worden die niet aan de inclusiecriteria voldoen. Voldoet de patiënt niet aan de inclusiecriteria, dan wordt de cliënt doorverwezen naar het Brussels Overleg Thuiszorg (BOT).

Ondertussen heeft Zorgplus zo'n zeventig ouderen die ze ondersteunen. De ouderen die Soliman opvolgt hebben geen mantelzorger, het zijn voornamelijk alleenstaande ouderen die heel weinig buiten komen en geen sociaal netwerk hebben. De job van de zorgregisseur bestaat ook uit het stimuleren van de ouderen om naar buiten te komen en sociale contacten op te bouwen. "Ik probeer de meeste cliënten te motiveren

om naar de dienstencentra te komen. Cliënten die moeilijk te been zijn, kunnen dagelijks worden opgehaald door de minibus van het dienstencentrum".

Naam: Soliman Dahdouh  
Beroep: Zorgregisseur bij Zorgplus,  
Actief in het dienstencentrum De  
Harmonie en Het Anker

## Expertinterview: rol van de huisarts, Prof. dr. Jan De Lepeleire

Jan De Lepeleire is van opleiding huisarts en beoefende dit beroep vijfendertig jaar lang. De laatste vijftien jaren waren intensief omdat hij dit combineerde met een academisch traject. Ook was Jan altijd actief in de organisatie van de thuiszorg; zo heeft hij op zijn 28 jaar de vzw voor de thuisgezondheidszorg opgericht die vandaag nog steeds bestaat. Hij is er van overtuigd dat kwetsbare ouderen pas goed behandeld kunnen worden wanneer de zorgverlening in hun thuis- en leefomgeving wordt toegepast. In de loop van dat traject is hij in het dementie-onderzoek terechtgekomen. Hij heeft een doctoraat gemaakt over de diagnostiek van dementie in de huisartspraktijk. Tijdens dit gastcollege praat Jan over zijn expertise rond active ageing.

Tijdens het gesprek werd een foto geprojecteerd van een oude vrouw, waarbij we moesten zeggen wat we zagen. We kwamen overeen dat we een oude vrouw zagen met een blik op haar gezicht die naar nergens keek, een doodsblik. Hierna vroeg de spreker ons het

profiel van de oudere te schetsen. Als kenmerk hebben we het meteen over leeftijd, volgens de spreker een maatschappelijk probleem. Leeftijd zou geen criterium mogen zijn. Het profiel van een oudere is volgens hem iemand met veel comorbiditeit. Dit betekent het gelijktijdig vóórkomen van verschillende kwalen bij één patiënt. Dokters wijten te snel alles aan ouderdom en geven voor allerlei kwalen een pilletje, dit fenomeen heet polyfarmacie. Het is vaak zo dat een kwaaltje niet alleen voorkomt, de ene ziekte beïnvloedt de andere. Ouderen gaan naar verschillende specialisten voor elke kwaal, maar krijgen hierdoor te veel medicatie voorgeschreven. Verder is er sprake van een grote inter-individuele variatie, er is geen sprake van 'de' oudere. We leven in een tijd waarin artsen worden opgeleid om zo 'evidenced based' mogelijk te werken. Dit wil zeggen dat enkel die behandelingen mogen voorgeschreven worden waarvan er voldoende wetenschappelijk evidentie bestaat dat ze werkzaam zijn. Hierna besprak de spreker de tien meest voorkomende

geriatrische aandoeningen, namelijk: frailty, sarcopenie, dementie, depressie, delirium (acute verwardheid), urineproblemen, doorligwonden, valincidenten, duizeligheid en functionele achteruitgang.

Verder werd door Jan De Lepeleire de Katz-schaal toegelicht, die in België gebruikt wordt om de zorgafhankelijkheid te meten. Het komt er op neer dat heel de sociale zekerheid van oudere mensen in ons land werkt volgens het kader en de principes van de Katz-schaal. Zo is bijvoorbeeld de financiering van het rusthuis afhankelijk van de score op de Katz-schaal. Hetzelfde geldt voor de financiering van de thuisverpleging en van de zorgverzekering. Heel het denken van onze sociale zekerheid voor ouderen is gebaseerd op het invaliditeitsconcept. Maar het idee van het invaliditeitsconcept klopt niet meer in onze huidige maatschappij. Volgens de spreker moeten we het invaliditeitsconcept verlaten en meer in de richting van een competentiegericht-model gaan. Er bestaan nog te veel

discriminerende uitspraken over ouderen. Ouderen worden door hun omgeving vaak behandeld als minderjarigen. Een voorbeeld is een man die nog goed te been is, maar van zijn kinderen niet meer alleen het openbaar vervoer mag nemen. Zo gaf de spreker verschillende voorbeelden uit de praktijk die er op wijzen hoe ouderen hun zelfbeschikkingsrecht en zeggenschap verliezen. Dit maakt dat de ouderen zelf ook gaan geloven dat ze bepaalde zaken niet meer kunnen. Dit zijn voorbeelden van ageism. ‘Ageism’ betekent “een proces van systematisch stereotyperen van en discrimineren van personen omdat zij oud zijn”. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is juist van mening om niet naar de deficits te kijken, maar te focussen op het positieve. Deze ommezwaai in de zorg is een uitdaging.

Naam: **Jan De Lepeleire**  
 Beroep: **Hoogleraar faculteit geneeskunde aan de KuLeuven Huisarts**

## Verder lezen?

### Literatuur

Zwart-Olde, I., Broese van Groenou, M.I., Jacobs, M., & Van Wieringen, M. (2013). Samen zorgen voor thuiswonende ouderen. Onderzoeksrapportage over de samenwerking tussen mantelzorgers, professionals en vrijwilligers in de thuiszorg. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

Dit artikel geeft een antwoord op verschillende vragen, namelijk: Hoe zijn de zorgnetwerken samengesteld? Wie heeft de regie over de zorgnetwerken? Wat voor invloed heeft het zorgnetwerk op de kwaliteit van de zorg en de levenskwaliteit van ouderen? Dit is een interessant artikel, omdat het heel concreet weergeeft hoe zorgnetwerken er kunnen uitzien en de verhoudingen tussen de formele en informele hulp blootlegt.

Morée, M. (2004). Professionele zorg en mantelzorg: bruggen slaan tussen twee werelden. Geraadpleegd op 26 mei 2016, op <http://www.participatiezorgenondersteuning.nl/CmsData/Articles/Professionele-zorg-en-mantelzorg-2004.pdf>

Dit artikel gaat over de professionele en informele zorg waarin de spanningen tussen beide partijen in de praktijk besproken wordt. De auteur schetst in dit artikel op welke manier professionals in de zorg beter kunnen omgaan met de mantelzorgers. Dit artikel is interessant omdat er voorbeelden vanuit de praktijk worden aangehaald.

Declercq, A., Demaerschalk, M., Vanden Boer, L., Bronselaer, J., De Witte, N., Verté, D, et al. (2009). De invloed van individuele en gemeentelijke kenmerken op het formele en informele zorggebruik van Vlaamse ouderen. Geraadpleegd op 26 mei 2016, op [http://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi\\_upload/2009\\_2\\_AD\\_MD\\_Zorggebruik%20Vlaamse%20ouderen\\_SocialeStaat.pdf](http://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi_upload/2009_2_AD_MD_Zorggebruik%20Vlaamse%20ouderen_SocialeStaat.pdf)

Dit artikel beschrijft een analyse van het huidige zorggebruik van ouderen en biedt informatie over de determinanten ervan. De centrale vraag in dit onderzoek is: Biedt de context van de oudere een verklaring voor het al dan niet gebruiken van formele en informele zorg?

Wieringen, M., Broese van Groenou, M., & Groenewegen, P. (2014). Hoe thuiszorgorganisaties samenwerking organiseren: visies, praktijken en dilemma's. Geraadpleegd op 26 mei 2016, op [http://www.fsw.vu.nl/nl/Images/Rapportage\\_Hoe\\_thuiszorgorganisaties\\_samenwerking organiseren\\_-\\_visies,\\_praktijken\\_en\\_dilemma's\\_\(groot\)\\_tcm249-419132.pdf](http://www.fsw.vu.nl/nl/Images/Rapportage_Hoe_thuiszorgorganisaties_samenwerking organiseren_-_visies,_praktijken_en_dilemma's_(groot)_tcm249-419132.pdf)

In dit artikel is de centrale onderzoeksvraag hoe ondersteuning van en zorg voor ouderen zo georganiseerd kan worden dat de oudere zo veel mogelijk in staat blijft om zijn of haar eigen leven te blijven leven.

## Projecten

For the Wellbeing and Dignity of Older People (WeDO). (s.d.). European Quality Framework for long-term care services. Geraadpleegd op 26 mei 2016, op <http://www.wedo-partnership.eu/european-quality-framework-long-term-care-services>

WeDO een Europees project (2010-2012), medegefinancierd door de Europese Commissie. Het project werd geleid door een stuurgroep van 18 partners uit 12 EU-lidstaten die een duurzaam Europees partnerschap van Europese, nationale en regionale/lokale stakeholders willen opbouwen. De partners willen de kwaliteit van de diensten voor ouderen met een zorg- of hulpbehoefte verbeteren, en de strijd aanbinden tegen ouderenmis(be)handeling. WeDO in België bestaat uit een brede coalitie van thuiszorgorganisaties, residentiële zorgorganisaties, ouderenorganisaties, informele zorgorganisaties, overheden en kennisinstellingen. Samen hebben zij een Europees kwaliteitskader voor Langdurige Zorg ontwikkeld. Hierin staan onder ander kwaliteitsprincipes voor zorg en dienstverlening, speerpunten en richtlijnen.

For the Wellbeing and Dignity of Older People (WeDO). (s.d.). WeDO2. Geraadpleegd op 26 mei 2016, op <http://www.wedo-partnership.eu/wedo2>

Het WeDO project werd vervolgd door WeDO2. Het WeDO2 partnerschap wil stakeholders (bv. ouderen, formele en informele zorgverleners, vrijwilligers en professionals) versterken in het proces van kwaliteitsvolle zorg verlenen en zo ouderenmis(be)handeling te bestrijden. Hiervoor werd een innovatieve train-the-trainer toolkit over kwaliteitsvolle zorg ontwikkeld en getest. De training is flexibel en kan aangepast en gebruikt worden voor verschillende doelgroepen in verschillende sectoren.





---

**DEEL 3.**  
**D-SCOPE AANDACHTSPUNTEN**

---

---

# Preventie

---

## Achtergrond

Preventieve acties die anticiperen op ouderenkwaetsbaarheid worden steeds belangrijker. Met een integrale, preventieve aanpak kan bijvoorbeeld ziekenhuiszorg zolang mogelijk uitgesteld worden en kunnen ouderen langer thuis blijven wonen (Hallberg & Kirstensson, 2004). De uitdaging is om op verschillende niveaus aan preventie te doen. Primaire preventie wil voorkomen dat gezonde, actieve ouderen kwetsbaar worden. Secundaire preventie gaat over het vroegtijdig opsporen van kenmerken en symptomen van kwetsbaarheid. Bij tertiaire preventie is het een kwestie van kwetsbare ouderen of situaties te behoeden van verdere complicaties en verdere achteruitgang. Bij al deze preventievormen is een belangrijke voorwaarde het hebben van een degelijk werkend, ondersteunend sociaal netwerk rond de oudere (Cramm & Nieboer, 2013). Een divers, ondersteunend netwerk draagt bij tot het algemene welzijn en het verminderen van depressieve gevoelens (Fiori et al., 2007).

De uitbreiding en versterking van thuiszorg is belangrijk voor de toekomst van preventie. Thuiszorg kan ziekenhuiszorg voorkomen, onafhankelijkheid versterken en sterk bijdragen aan de levenskwaliteit (Hallberg & Kristensson, 2004). Dringende medische hulp kan vermeden worden door preventieve huisbezoeken waarbij vrijwilligers, medisch personeel of maatschappelijk werkers, gezonde ouderen gaan informeren en ondersteunen.

Uiteraard is voor reeds kwetsbare ouderen ook preventieve thuiszorg nodig. De uitdaging bestaat daarin om een gecoördineerd en continu aanbod te voorzien. Het zorgaanbod moet dringend op elkaar afgestemd worden zodat de kwetsbare ten volste gebruik kan maken van alle nodige interventies die voorhanden zijn.

Voor kwetsbare ouderen die opgenomen zijn in een zorgvoorziening is een aanpak die gericht is op verschillende onderdelen het effectiefst, een van deze onderdelen is valpreventie. Het is bijvoorbeeld nodig om niet enkel in te zetten op krachttraining maar ook op de kwaliteit van consultaties, het aanpassen van geneesmiddelen enzovoort (Becker et al., 2003). Belangrijk is dus dat de aanpak integraal is en zich niet richt op één specifiek aspect. De toekomst ligt in een zorglandschap dat op alle niveaus aan preventie doet binnen alle facetten van kwetsbaarheid.

## Referentielijst

Becker, C., Kron, M., Lindemann, U., Sturm, E., Eichner, B., Walter-Jung, B., & Nikolaus, T. (2003). Effectiveness of a Multifaceted Intervention on falls in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, *51*, 306-313.

Cramm, J.M., & Nieboer, A.P. (2013). Relationships between frailty, neighborhood security, social cohesion and sense of belonging among community-dwelling older people: Frailty among community-dwelling older people. *Geriatrics & Gerontology International*, *13*(3), 759-763.

Cramm, J.M., van Dijk, H.M., & Nieboer, A.P. (2013). The Importance of Neighborhood Social Cohesion and Social Capital for the Well Being of Older Adults in the Community. *The Gerontologist*, *53*(1), 142-152.

Fiori, K.L., Smith, J., & Antonucci, T.C. (2007) Social Network Types among older adults: A multidimensional approach. *Journal of Gerontology: Psychological sciences*, *62*(6), 322-330.

Hallberg, I.R., & Kristensson, J. (2004). Preventive home care of frail older people: a review of recent case management studies. *Journal of Clinical Nursing*, *13*(s2), 112-120.

## Expertinterview: nood aan preventieve actie binnen de woonsituatie, Mark Vanherberghen

Omgevingskwetsbaarheid begint in je eigen woning. Je woning niet meer kunnen verlaten, niet zelfstandig je douche kunnen betreden... Het draagt allemaal bij tot kwetsbaarheid. Mark Vanherberghen is coördinator van de dienst woonaanpassing voor Landelijke Thuiszorg. Hij komt dagelijks in contact met ouderen waarvan de woning onaangepast is. Deze mensen hebben een hogere kans op vallen en vaak een moeilijker zorg. De dienst woonaanpassing werd opgericht als oplossing voor een groeiend probleem, namelijk dat cliënten niet werden ondersteund bij de uitvoering van adviezen waardoor ze vaak het advies langs zich lieten liggen. De dienst zou hier een antwoord op bieden. "...Er waren diensten die bijvoorbeeld een deskundig rapport opstelden, maar dan heeft de cliënt, die een beperking heeft, een mooi rapport in handen en... Daar wilden wij komaf mee maken. Onze conclusie was dat we heel het pakket door één persoon moesten laten opvolgen. Dat één

---

*“Een goed advies geven, maar ook zorgen dat het advies uitgevoerd wordt”*

---

persoon bij een cliënt komt waar aanpassingen moeten gebeuren, diezelfde persoon zowel advies geeft als een traject uitstippelt en het traject ook helemaal aflegt.”

Preventie bij de dienst woonaanpassing draait vooral rond valpreventie. Het is de vraag van de ouderen om thuis te blijven wonen, en de dienst wil zorgen dat dit zo veilig en comfortabel mogelijk kan. “We proberen tijdens ons huisbezoek aandacht te geven aan de elementen die risicovol zijn, zodat mensen niet vallen, niets breken en dus thuis kunnen blijven.”

De nood aan preventie is hoog. De vraag naar zorg groeit, het aantal zorgbehoevende ouderen stijgt, maar de zorgverlenende diensten groeien niet in dezelfde mate volgens Vanherberghen.

Voorlopig worden er vanuit de dienst woonaanpassing nog geen stappen ondernomen voordat er een vraag naar zorg is. De cliënt of de zorgverlener klopt bij hen aan wanneer er al een probleem is. “Wij komen als dienst gezinszorg, als eerste instantie, uit vraag van de cliënt. ... In die zin gaan wij niet aan preventie doen bij gezinnen waar dat wij niet komen.” Vanherberghen vertelt wel dat er diensten zijn die al advies verlenen aan cliënten die nog niet persé zorgbehoevend zijn zoals de regionale dienstencentra. “Bijvoorbeeld in Limburg werken we op die manier heel goed samen met de regionale dienstencentra van de Christelijke mutualiteit.” Daar kunnen mensen voor informatie terecht over woonaanpassingen. Het thuiszorgpunt van de CM in Limburg stuurt dan cliënten door wanneer het gaat om grotere verbouwingswerken. Op die manier komen er wel ouderen bij de dienst terecht die nog geen grote zorgvraag hebben. Maar zij komen niet veel in contact met gezinnen of ouderen die geen beroep doen op gezins- of thuiszorg. Hierdoor is het moeilijk om een preventief advies over woonaanpassing te geven voordat problemen zich voordoen.

Zou het dan een oplossing zijn om mensen hier vroegtijdig attent op te maken en wie zijn taak is dat dan? Die taak ligt volgens Vanherberghen vooral bij de architecten. “Ik heb het gevoel dat architecten daar echt niet mee bezig zijn en als ze dat wel doen worden ze geconfronteerd met een hogere kostprijs, waardoor het allemaal niet vanzelfsprekend is.” Jonge koppels zijn niet bezig met hun oude dag wanneer ze hun woning bouwen en vaak speelt het prijskaartje een grote rol. Woningen hebben vaak te smalle deuren, trappen om de woning te betreden, slaapkamers en badkamers op de eerste verdieping, zaken die op oudere leeftijd de toegankelijkheid heel wat beperken. Je kan echter een aantal maatregelen nemen, waardoor de aanpassingen op latere leeftijd veel makkelijker worden. “Je kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat je garage later kan omgebouwd worden tot een slaapkamer.” Maar uiteindelijk ligt de beslissing bij de cliënt en is het zijn vraag die telt.

Naam: **Mark Van Herberghen**  
 Beroep: **Coördinator van de dienst woonaanpassing voor Landelijke Thuiszorg**

## Expertinterview: rol van de ergotherapeut, Inge Claessens

Inge Claessens werkt sinds 2012 voor de dienst ‘Thuis blijven wonen’ van CM Limburg. Zij gaat met haar collega’s bij mensen op huisbezoek om advies te geven over hulpmiddelen, woonaanpassingen en preventie. Tijdens dit huisbezoek kijken ze hoe het thuis allemaal loopt en welke drempels er letterlijk en figuurlijk aanwezig zijn. Hierna maakt ze een advies op dat wordt gestuurd naar de mensen. Het advies kan gaan van hulpmiddelen betreffende aangepast bestek of een rollator tot badkameraanpassingen of het wegwerken van trapjes door een hellend vlak. Als ergotherapeut zet ze steeds de cliënt voorop, enkel wat hij/zij wil of belangrijk vindt, wordt ook echt gedaan. De ergotherapeut kan door zijn opleiding het ziekteverloop van bepaalde aandoeningen goed inschatten. Daardoor kunnen ze gemakkelijk vooruit denken. Het is beter om direct iets meer te doen, dan achteraf nog eens aanpassingen te moeten uitvoeren.

De dienst ‘Thuis blijven wonen’ werkt ook samen met een aantal partners. De eerste partner is

de thuisverpleging van het Wit-Gele kruis. Voor de dienst ‘Thuis blijven wonen’ op huisbezoek gaat bellen ze naar de verpleegkundige die aan huis komt om te polsen hoe bijvoorbeeld het wassen en dergelijke zaken verlopen. “Zij kennen die mensen het beste, ze komen daar iedere dag. Of ik probeer ook achteraf terug te koppelen van ik ben daar geweest en dat heb ik geadviseerd”. Op die manier zijn de aanpassingen niet alleen goed voor de persoon zelf, maar ook voor de personen die er dagelijks komen.

Verder werken ze nauw samen met Landelijke thuiszorg. Gaat het om breekwerken, dan worden cliënten regelmatig doorgestuurd naar Mark, wie ook advies geeft maar specifiek voor breekwerkdossiers. Om de dienst landelijke thuiszorg te laten komen moet men normaal gezien een dossierkost betalen. In overeenkomst met CM Limburg heeft de dienst ‘Thuis blijven wonen’ beslist dat leden die ze doorverwijzen geen dossierkost moeten betalen.

Aangezien de dienst ‘Thuis blijven wonen’ nog niet zo lang bestaat wil Inge haar dienst graag meer op de kaart zetten. Want een kinesitherapeut en een verpleegkundige zijn vanzelfsprekend, een ergotherapeut veel minder. Dit wil ze enerzijds doen door in de toekomst meer te werken aan de opvolging van de adviezen, om na een bepaalde periode terug te gaan en de situatie opnieuw te evalueren. Op die manier kan de dienst goed opvolgen wat er al goed loopt en wat nog beter kan. Door gebruik te maken van meetinstrumenten in de toekomst, hoopt ‘Thuis blijven wonen’ meer overtuigingskracht te hebben en zichzelf als nieuwe dienst te kunnen bewijzen in de eerstelijnszorg. Inge raadt ook iedereen aan om tijdens het bouwen, verbouwen of renoveren van een huis op jongere of iets oudere leeftijd aandacht te hebben voor de levensloop. Is er ruimte om beneden van een bureau een slaapkamer te maken? Zijn er aansluitingen om eventueel een badkamer of wasruimte te installeren op de gelijkvloers? Zijn

er niet te veel trappen in en rond het huis? Zelf zijn dit dingen die Inge door beroepsmisvorming in het achterhoofd meeneemt in haar eigen verbouwingsproject.

---

*“We gaan nu beter 2 stappen te ver om niet achter 3 jaar of 5 jaar weer opnieuw te moeten beginnen met andere aanpassingen”*

---

Naam: Inge Claessens

Beroep: Ergotherapeute voor de dienst 'Thuis blijven wonen' van CM Limburg





---

# Socio-economische status

---

## Achtergrond

Ouderen met een hogere socio-economische status zijn minder kwetsbaar. Ook opleidingsniveau speelt een rol: vrouwen die lager opgeleid zijn hebben bijvoorbeeld een verhoogd risico op kwetsbaarheid in verschillende Europese landen, waaronder in België (Etman et al., 2012). Ouderen met een lagere opleidingsgraad hebben bijvoorbeeld een verhoogd risico op sociale kwetsbaarheid (Etman et al., 2015). Ouderen met een migratieachtergrond ervaren meer uitsluiting op financiële zaken. Deze kans ligt drie maal hoger bij ouderen van een etnische minderheid (Kneale, 2012).

Ouderen hebben een verhoogde kans op sociale exclusie, o.a. door gezondheidsproblemen en het verliezen van naasten. Kijken we bijvoorbeeld naar de recentste Eurostat cijfers over risico op armoede en sociale exclusie, dan zien we toch een niet zo fraai zicht voor ouderen in België vergeleken met andere Europese landen. Daarbij wordt beschouwd dat iemand een risico op armoede en sociale exclusie heeft, als diens inkomen minder is dan 60% van het landelijke mediaan inkomen. Ter info: om iemands inkomen te berekenen worden sociale tegemoetkomingen mee opgenomen. In Nederland ligt het nationale gemiddelde bijvoorbeeld op 15,9% mensen die een risico hebben om in armoede te leven, en in België ligt dat op 20,8%. Dat verschil wordt nog pertinentier voor 60-plussers. In Nederland zijn er 7% ouderen die in deze klasse vallen, in België zijn dat er 17,3%, meer dan het dubbele van Nederland. België heeft één van de laagste pensioenen van Europa en voor vele ouderen is het wettelijk pensioen onvoldoende en niet in verhouding tot de reële levenskosten (Van Soligne & De Donder, 2015).

Sociale exclusie is echter meer dan enkel inkomensarmoede. Sociale exclusie duidt ook op tekorten binnen andere levensdomeinen, zoals het gebrek aan toegang tot voorzieningen, participatie, sociale relaties, goede huisvesting.

## Referentielijst

Bergman, H., Beland, F. & Perrault, A. (2004). Development d'un cadre de travail pour comprendre et etudier la fragilite). *Gérontologie et société*, 109, 15-29.

Etman, A., Burdorf, A., Madenbach, J., & van Lenthe, F. (2012). Socio-demographic determinants of worsening in frailty among community-dwelling older people in 11 European countries ; p.

Etman, A., Kamphuis, C., van der Cammen, T., Burdorf, A., & van Lenthe, F. (2015). Do lifestyle, health and social participation mediate educational inequalities in frailty worsening? *European Journal of Public Health*, 25(2), 1-4..

Kneale, D. (2012). Is social exclusion still important for elder people? The International Longevity Centre-UK.

van Soligne, H. & De Donder, L. (2015). Leefsituatie van ouderen in Nederland en België. *Geron*, 17(3), 7-11.

## Expertinterview: Aandacht voor kwetsbare groepen, Ivan de Naeyer

Ivan de Naeyer (57) is de verantwoordelijke bij het Brussels Ouderen Platform (BOP). Hij heeft een hart voor Brussel en ouderen, en is verantwoordelijk voor de organisatie, het ondersteunen van collega's bij het opzetten van activiteiten en externe netwerking.

Het Brussels Ouderen Platform bestaat reeds 40 jaar en richt zich voornamelijk op Nederlands sprekende actieve ouderen. De activiteiten worden uitsluitend in Brussel uitgevoerd, binnen of buiten de deuren van de organisatie en soms in samenwerking met andere organisaties. De ouderen worden bereikt door tijdschriften, folders, lokale dienstencentra, mond aan mond reclame en via websites. Niet alle ouderen zijn in de gelegenheid om deel te nemen aan activiteiten van het Brussels Ouderen Platform vanwege hun financiële beperking, de mobiliteit en de interesse in de aanbiedingen van het platform. Volgens Ivan beschikken achtergestelde ouderen over beperkte financiën, hebben ze minder mogelijkheden

om te participeren binnen de samenleving en zijn ze beperkt in het onderhouden van contacten. Financiën, familie, mobiliteit, sociale contacten, internetgebruik en fysieke beperkingen kunnen bijdragen tot de socio-economische achterstelling van ouderen. Het laag inkomen van ouderen zorgt ervoor dat zij niet in staat zijn te betalen voor bijvoorbeeld extra hulp in het huishouden of het verblijf in een voor ouderen geschikte wijk. De meeste van dit soort wijken zijn ver weg en de huur of aankoop van een woning is duur. Ouderen met een migratieachtergrond hebben een grotere kans op sociale achterstelling in Brussel vanwege hun taal. Zij kunnen moeilijk met anderen communiceren.

De kans tot achterstelling en de nood aan hulp is bij ouderen wel groter. Wanneer ouderen socio-economisch achtergesteld zijn, is het moeilijker te participeren in de steeds veranderende samenleving. De manier waarop ouderen omgaan met deze achterstelling verschilt per persoon: "Gina bijvoorbeeld is

82, wil heel veel, maar kan dat niet vanwege haar beperkte mobiliteit. De taak van het Brussels Ouderen Platform is dan om Gina te helpen om te gaan met deze beperking”.

De structuren en procedures van de gezondheids- en welzijnssector zijn door de jaren heen complex geworden en hebben invloed op de achterstelling van de ouderen. Organisaties gaan tegenwoordig te werk vanuit het idee van vergemakkelijking van de interne systemen en niet van het vergemakkelijken van de dienstverlening. Er wordt geen rekening gehouden met de vraag van oudere hulpbehoevenden.

Volgens Ivan is onderzoek naar manieren, methodieken, evoluties waarbij ouderen zo lang mogelijk thuis kunnen wonen of blijven zeker belangrijk: “Niet alleen om kosten te laten besparen voor een mogelijke residentiële zorg, ook om mogelijkheden te zoeken waarbij ouderen in hun buurt of omgeving beroep kunnen doen op diverse zorgverstrekkers. Wat evenzeer

---

*“Men kan achtergesteld worden door oud te worden, maar men hoeft niet achtergesteld te zijn”*

---

belangrijk is, mogelijkheden waarbij ouderen kunnen participeren of gewoon genieten van cultuur in de zeer brede zin van het woord. De resultaten van dergelijk onderzoek kunnen teruggekoppeld worden naar de diverse cultuurhuizen, lokale dienstencentra, of een organisatie als de onze”.

Naam: **Ivan de Naeyer**

Beroep: **Verantwoordelijke bij het Brussels Ouderen Platform (BOP)**

## Expertinterview: Armoedesituatie van ouderen in Brussel, Peter Verduyckt

Peter Verduyckt is psycholoog en wetenschappelijke medewerker aan het Brusselse Observatorium voor gezondheid en welzijn. Het Observatorium is een studiedienst van de gemeenschappelijke gemeenschapscommissie. Peter Verduyckt werkt ondertussen al 10 jaar bij het observatorium en is expert in het vakgebied armoede. Elk jaar presenteert het Observatorium een armoedebaarometer waar Peter Verduyckt bij betrokken is.

De Brusselse ouderen hebben een enorme evolutie achter de rug. Op dit moment zijn veel Brusselse ouderen redelijk welvarend in vergelijking met andere gewesten. Deze ouderen wonen al heel lang in Brussel en hebben de economische goede tijden nog meegemaakt. Ondanks dat de Brusselse bevolking vooral bestaat uit jongeren, zijn er ook heel wat ouderen die bovendien zeer cultureel gedifferentieerd zijn. De ouderen die het destijds economisch goed hadden veranderen stilaan op socio-economisch vlak. Dit is te wijten aan ouderen die vanuit

de migratiestroom in Brussel zijn terecht gekomen. Ondanks de migratiestroom stelt Peter Verduyckt vast dat “armoede niet gekleurd is. Er zit ook een zekere witte armoede in. Maar het fenomeen dat migratie gelinkt is aan armoede, blijft bestaan.”

Volgens Peter Verduyckt zijn socio-economische achtergestelde ouderen laaggeschoold en hebben ze geen diploma. Dit vormt een probleem op de Brusselse arbeidsmarkt en is bovendien één van de grootste oorzaken voor de sociale ongelijkheid in Brussel. Er zijn dus veel hindernissen voor deze groep. Ook de taalkennis is zeer beperkt: “het is niet alleen taal het gaat ook over cultuurverschillen. Bijvoorbeeld hebben de Brusselse ouderen minder vast een huisarts dan de Vlamingen”. Dit komt door de hoge consumptie van hospitaalzorgen in Brussel. Ouderen gaan rechtstreeks naar het ziekenhuis bij gezondheidsklachten eerder dan bij de huisarts.

Het Observatorium probeert aan de hand van kwalitatief onderzoek de doelgroep participatief bij het hele proces te betrekken. Volgens Peter Verduyckt is het belangrijk dat ouderen die geconfronteerd worden met armoede zelf aan het woord komen. Dit wordt gerealiseerd door middel van interviews of focusgroepen, georganiseerd door verschillende organisaties uit het werkveld. Het komt nog vaak voor dat men vooral ‘rijkere’ ouderen weet te bereiken, eerder dan de ‘armere’ categorie. Socio-economisch achtergestelde ouderen leven vaak in moeilijke omstandigheden waardoor deze ook moeilijker te bereiken zijn. Het Observatorium probeert via samenwerkingsverbanden met diverse organisaties deze doelgroep beter te bereiken. In eerste instantie probeert men de toegang zo laagdrempelig mogelijk te houden. In de gezondheidszorg worden bijvoorbeeld (interculturele) tolken gebruikt om de informatie aan de ouderen over te brengen.

zodanig dat er niet te veel armen moeten zijn”, geeft Peter Verduyckt aan. Momenteel wordt er op verschillende domeinen hard gewerkt om armoede te bestrijden. Desondanks blijft het een heel moeilijke kwestie. Het beleid en het maatschappelijk middenveld moeten er ook voor zorgen dat de consequenties van armoede minder erg zijn. Het socio-economisch statuut van ouderen mag geen invloed hebben op hun toegang tot gezondheidszorg. Daarnaast moet er preventief meer aandacht zijn voor deze categorie van ouderen. Ze moeten kunnen genieten van allerlei campagnes en alle nodige informatie krijgen die ze nodig hebben om deel te kunnen nemen aan het maatschappelijk leven. “Om dit te kunnen realiseren zou alle dienstverlening toegankelijker moeten zijn voor mensen zonder veel financiële middelen”, aldus Peter Verduyckt.

Daarnaast moet er ook meer preventie vanuit de overheid komen: “Er is nood aan een goede economie die ervoor zorgt dat rijkdom kan verdeeld worden

Naam: **Peter Verduyckt**  
 Beroep: **Psycholoog en wetenschappelijke medewerker aan het Brusselse Observatorium voor gezondheid en welzijn**





## Verder lezen?

### Literatuur

Englert, M., Luyten, S., Mazina, D., & Yannart, M. (2015). Welzijnsbarometer. Brussels armoederapport. Geraadpleegd op 26 april 2016, op <http://www.observatbru.be/documents/graphics/rapport-pauvrete/welzijnsbarometer2015.pdf>

Het Brusselse Observatorium publiceert om de twee jaar een armoederapport. Armoede is meer dan tekortkoming aan inkomen, maar het is een multidimensionaal aspect. Armoede bestaat uit verschillende domeinen die in het Brusselse armoederapport omschreven worden namelijk, de demografische context, inkomensarmoede, de arbeidsmarkt, onderwijs en vorming, gezondheid, huisvesting, maatschappelijke integratie en participatie. Op basis van dit uitgebreid onderzoek krijg je een ruimer beeld van de socio-economische situatie van de Brusselaars in tijd en ruimte. Bovendien biedt dit rapport een uitgebreide blik op de socio-economische situatie in een aantal domeinen.

De Spiegelaere, M., Feyaerts, G., Perdaens, A., & Roesems, T. (2008). Armoede en (ver)ouderen. Brussels Armoederapport 2008. Geraadpleegd op 26 april 2016, op [http://www.observatbru.be/documents/graphics/rapport-pauvrete/rapport-pauvrete-2008-nl/2-armoede\\_verouderen\\_o8.pdf](http://www.observatbru.be/documents/graphics/rapport-pauvrete/rapport-pauvrete-2008-nl/2-armoede_verouderen_o8.pdf)

Dit rapport onderzoekt niet enkel armoede bij ouderen maar kijkt ook naar het verouderen van mensen in armoede.

Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting. (2012). Verouderen personen die in armoede leven sneller? Geraadpleegd op 26 april 2016 op [http://www.armoedebestrijding.be/cijfers\\_veroudering.htm](http://www.armoedebestrijding.be/cijfers_veroudering.htm)

Dit onderzoek gaat na of de moeilijke omstandigheden van mensen in armoede leiden tot een vroegtijdige veroudering.

Welzijnszorg vzw. (2012). Armoede verjaart niet. Brussel.

Dit dossier kaart de armoedeproblemen aan bij ouderen, situeert de knelpunten en reikt oplossingen aan. Ook worden getuigenissen gebruikt van mensen in armoede en goede voorbeelden van diverse armoedeprojecten.

## Andere

Vidange perdue (2005)

<https://www.youtube.com/watch?v=2-Rv-KJdq8>

Deze film is ideaal om op een luchtige, laagdrempelige en soms grappige manier meer inzicht te krijgen in de leefwereld van ouderen. Vidange perdue is een Vlaamse film en dus worden ouderen in de Vlaamse context getoond. We zien ouderen soms als een apart groepje van mensen. Maar eigenlijk zijn het ook gewoon mensen die eenzaam kunnen zijn, eigen keuzes willen maken en koppig aan hun zelfstandig zijn blijven hangen. Kortom, sociale aspecten van het leven waar iedereen, van jong tot oud, zich in kan vinden.

---

# Migratie

---

## Achtergrond

Vandaag de dag zien we dat een mix van nationaliteiten en culturen een dagelijkse realiteit is (Durieux-Paillard, 2011). Dit komt door migratie en migratie komt om verschillende redenen voor (van der Geest et al., 2004). De laatste 30 jaar kent terugkeren naar het thuisland een grote stijging. Ouderen met een migratieachtergrond blijven mobiel doordat ze vaak een woning in land van herkomst hebben en een woning in hun gastland. Deze vorm van migratie is uitdagend voor ouderen met een migratieachtergrond omdat het een verandering in levensstijl en woonplaats met zich meebrengt. Tegelijkertijd is migratie ook een kwetsbare situatie omdat ouderen hun mogelijkheden die ze altijd hebben gehad veranderen, waardoor het moeilijk is geworden om dagelijkse problemen op te lossen. Die uitdaging komt door vreemde gewoonten, praktijken en taal van het gastland. Hierdoor is er nood aan activiteiten en programma's om een sociaal leven op te bouwen. Een voorbeeld hiervan is brieven in andere talen opstellen of aan de hand van pictogrammen. Een ander voorbeeld is praatgroepen organiseren om hun sociaal netwerk uit te bouwen (Blaakilde & Nilsson, 2013).

Een rol dat migratie ook speelt, is op vlak van rijkdom. Ouderen met een migratieachtergrond die van een arm land komen en daar ook arm waren, zijn meestal ook min of meer arm in het land waar ze naartoe verhuizen. Als laatste kan migratie ook een gevaar zijn voor de lichamelijke en psychologische gezondheid. Wanneer ouderen met een migratieachtergrond terug willen keren naar hun herkomstland is de lange afstand die ze moeten afleggen fysiek belastend en bovendien psychologisch moeilijk om hun kinderen en kleinkinderen voor een bepaalde periode niet te zien (Rechel et al., 2011). Doordat ouderen met een migratieachtergrond grote heimwee hebben naar hun thuisland gaan de meesten niet definitief weg. Dus moet er rekening

gehouden worden met de cultuur en religie van deze ouderen over de verschillende levensdomeinen (Fokkema, 2012).

Vaak gaan mensen cultuur linken aan de afkomst of religie van een persoon, maar ook socio-economische factoren behoren tot een cultuur. Voorbeelden hiervan zijn scholingsgraad, woonkwaliteit en toegang tot informatie (Durieux-Paillard, 2011). Zoals eerder aangehaald beheersen ouderen met een migratieachtergrond vaak de taal van het gastland weinig of niet. Taalbarrières zijn echter grote obstakels in medische praktijken. Er kan gewerkt worden met professionele vertalers om de kwaliteit van zorg te verbeteren en ouderen tevreden maken. Nog een andere manier om om te gaan met taalhindernissen is het aannemen van werknemers die zelf ook een andere afkomst hebben en dus de taal van de oudere migrant spreken en diens cultuur beter kennen (Durieux-Paillard, 2011). Naast de medische zorg speelt de taalvaardigheid ook een grote rol in sociale en economische situaties. Verbetering in taal zorgt bijvoorbeeld voor betere sociale netwerken (sociale contacten, steun vanuit familie, vrienden, relatie met de burens, etc.) en het helpt om zich aan te passen aan culturele verschillen (Güven & Islam, 2015). Wat de culturele verschillen betreft maakt angst voor het vreemde ouderen met een migratie-achtergrond kwetsbaar. Vaak verschillen de waarden en normen van de oudere migrant met de westerse waarden en normen. Dit zorgt voor onwetendheid en bijgevolg kan hier angst en stress door ontstaan. Ook zijn ouderen met een migratieachtergrond economisch kwetsbaar (van Bekkum et al., 1996). Door hun vaak lage opleidingsgraad hebben ze een bepaald werk uitgeoefend waarbij zij met lage inkomens dienden rond te komen en dus ook nu een laag pensioen hebben (Hoffer, 2005).

Tot slot gaan mensen ouderen met een migratieachtergrond benaderen als ‘Peter Pan’, namelijk voor altijd bevroren in hun status als nieuwkomers, nooit economisch vooruit gaan en nooit aanpassen. Een deel van deze misopvatting wordt verklaard door het feit dat ouder worden en migratie vaak als een aparte zaak wordt bekeken (Vega, 2015). Hierdoor kunnen ouderen met een migratie-achtergrond een risicogroep worden als er geen acties worden ondernomen. Doordat mensen elkaar niet kennen (allochtonen-autochtonen) weten we niet wat de behoeften zijn van elkaar en kan hier dus niet op worden ingespeeld (Talloen, 2013).

## Referentielijst

Bekkum, D., van den Ende, M., Heerzen, S., & Hijmans van den Bergh, A., (1996). Migratie als transitie: liminele kwetsbaarheid van migranten en implicaties voor de hulpverlening. In J. de Jong & M. van den Berg (Eds.), *Transculturele Psychiatrie en Psychotherapie. Handboek voor hulpverlening en beleid* (pp. 35-60). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Blaakilde, A.-L., & Nilsson, G. (2013). Introduction. Mobility and migration in later life. *Nordic seniors on the move*, 12-22.

Durieux-Paillard, S. (2011). Differences in language, religious beliefs and culture: the need for culturally responsive health services. B. Rechel, P. Mladovsky, W. Devillé, B. Rijks, R. Petrova-Benedict & M. McKee (Eds.), *Migration and health in the European Union* (pp. 203-209). Berkshire: Open University Press.

Fokkema, C.M. (2011). Interculturalisatie van de ouderenzorg: een terugblik en roep op meer onderzoek. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 1, 2-6.

Guven, C., & Islam, A. (2015). Age at migration, language proficiency and socioeconomic outcomes: evidence from Australia. *Demography*, 52(2), 513-542.

Hoffer, C. (2005). *Allochtone ouderen: de onverwachte dag in Nederland*. Geraadpleegd op 26 april 2016, op [http://mighealth.net/nl/images/1/13/Onverwachte\\_oude\\_dag\\_in\\_nederland.pdf](http://mighealth.net/nl/images/1/13/Onverwachte_oude_dag_in_nederland.pdf)

Rechel, B., Mladovsky, P., Devillé, W., Rijks, B., Petrova-Benedict, R. & McKee, M. (2011). Migration and Health in het European Union: an introduction, *Migration and Health in the European Union*. Berkshire: Open University Press, p.3-11.

Talloen, D. (2013). Allochtone ouderen en de uitdaging voor de diensten zorgverlening. In C. Van Kerckhove & C. De Kock (Eds.), *Ethiek en zorg in de hulpverlening: over taboes gesproken* (pp. 43-55). Gent: Academia press.

van der Geest, S., Mul, A., & Vermeulen, H. (2004). Linkages between migration and the care of frail older people: observations from Greece, Ghana and the Netherlands. *Ageing and Society*, 24(3), 431-450.

Vega, A. (2015). The impact of social security on return migration among Latin American elderly in the US. *Population Review and Policy Review*, 34(3), 307-330.



## Expertinterview: Maison Biloba Huis, Bram Gilles

Bram Gilles is coördinator van het Biloba Huis gelegen in de Brabantwijk te Brussel. Het Biloba Huis is een pilootproject rond innovatie in huisvestingsmodellen voor ouderen, het versterken van mantelzorgers, en andere sociale en verwarmende projecten. Volgens Bram zijn projecten zoals D-SCOPE nodig om een goede win-win te bereiken: “Ik ben er van overtuigd dat er veel expertise kan worden opgebouwd en versterkt als er wetenschappers en veldwerkers samengebracht worden. Het enige problematische is dat, om deze innovatie vol te houden of breder te implementeren, er geld moet voorzien worden”.

Opmerkelijk aan het Biloba huis is dat ze in hun diversiteitbeleid vooral kijken naar gelijkenissen tussen de bezoekers. Bram spreekt over gelijkenissen van slechte huisvesting en beperkte informatie over formele zorg. Ouderen met een migratie-achtergrond hebben vaak weinig kennis over de zorgaanbod die beschikbaar is: “Je merkt bijvoorbeeld dat er

een zekere financiële drempel is om naar de dokter te gaan en dat komt omdat die ouderen het niet doorhebben dat de mutualiteit en ziekenzorg gaat tussenkomen.” Daarom proberen ze in het Biloba Huis een brug te vormen tussen de huidige zorgaanbod en de ouderen. Ze gaan sensibiliseren door vormingen te organiseren en zo laagdrempelig mogelijk te werk te gaan om informatie te verspreiden.

Als we het hebben over woonzorgcentra dan verschillen de meningen tussen de autochtone ouderen en ouderen met een migratieachtergrond. Vaak is het wel zo dat woonzorgcentra nog meer een taboe zijn voor de moslingemeenschap in vergelijking met de autochtone bevolking; “Ik merk dat er senioren zijn in de wijk die omwille van culturele en financiële redenen de stap niet zetten naar een rusthuis en dit heeft te maken met de culturele en religieuze beleving van die ouderen, is de voeding al dan niet halal of koosjer?”. In vele culturen is het niet gebruikelijk dat

---

*Als het feest is, dan is het feest voor iedereen”*

---

ouders naar een rusthuis gestuurd worden, omdat er van de familie verwacht wordt dat zij de zorg opnemen. Deze ouderen zijn ook opgegroeid in een scheiding van de twee geslachten en is het niet normaal dat ze gewassen worden door iemand van het andere geslacht. Als we het hebben over de financiële redenen, merkt Bram op dat de eerste migratiestroom midden de jaren ‘60 een hele laag pensioen krijgt vandaag. Dit komt door de zware arbeid die ze hebben gedaan voor een minimumloon wat betekent dat hun pensioen ook laag is, ondanks dat hun fysieke noden op latere leeftijd groot zijn.

Daarnaast treedt er ook een taalproblematiek op bij ouderen met een migratieachtergrond aangezien ze zich vaak enkel in hun moedertaal kunnen uitdrukken. Ze hebben onvoldoende kennis van het Nederlands of Frans om op volwaardige manier zich in de maatschappij te kunnen positioneren: “Ze zijn ergens wel sociaal gehandicapt en dat is niet slecht bedoeld, maar je

merkt dat die mensen met enorme problemen zitten om hun rechten op te eisen, omdat ze niet kunnen communiceren in het Frans of Nederlands.”. Het Biloba Huis probeert op kleinschalige niveau deze problemen aan te pakken door vormingen te organiseren en op maat van de persoon te werken. Vervolgens legt Bram de nadruk op de gelijkenissen tussen de senioren door te benadrukken dat het allemaal ‘des bon vivants’ zijn. In het Biloba Huis genieten ouderen samen met het personeel van het Suikerfeest, Kerstmis en nog andere jaarfeesten.

Naam: **Bram Gilles**

Beroep: **Coördinator van het Biloba Huis**

## Expertinterview: Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad, Els Nolf

De Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad (BWR) is een vzw die Nederlandstalige welzijnsdiensten ondersteunt. BWR stimuleert en organiseert overleg en samenwerking binnen en tussen de sectoren, en beheert de sociale kaart. Daarnaast heeft BWR een brugfunctie tussen eerstelijnswork en het beleid. Antropologe en maatschappelijk werkster Els Nolf, is beleidsmedewerker interculturalisering bij BWR. Ze tracht de kloof tussen de Nederlandstalige welzijnssector (lokale dienstencentra, woonzorgcentra, enz.) en etnisch-culturele gemeenschappen te overbruggen. Ze staat meestal niet in rechtstreeks contact met de cliëntendoelgroep, wel met de tussenfiguren van de zelforganisaties van etnisch culturele minderheden. Dit zijn voornamelijk mantelzorgers, kinderen van 1ste generatie ouderen met een migratieachtergrond en vrijwilligers.

Volgens Els Nolf zijn er een aantal basisbehoeften en emoties van Belgische ouderen niet verschillend van die van ouderen met een migratieachtergrond. Sociale contacten, buurtgebondenheid,

niet afhankelijk worden, zo lang mogelijk thuisblijven zijn daar voorbeelden van. Daarbij horen ook verschillen die veroorzaakt worden door de levenssituatie van de mensen zelf. Els beweert eveneens dat er onderlinge verschillen zijn tussen de ouderen met een migratieachtergrond, onder andere tussen de 1ste generatie, de 2de en 3de generatie en nieuwkomers.

Els Nolf acht bepaalde aspecten bij ouderen met een migratieachtergrond specifiek aan hun migratie, namelijk heimwee en emotionele problemen. Zeggaatervan uit dat deze problemen ouderen zowel lichamelijk als psychologisch kwetsbaar kan maken. Daarnaast is financiële afhankelijkheid een heel belangrijk aspect waarmee ouderen met een migratieachtergrond geconfronteerd worden. Mensen met een sterker sociaal netwerk kunnen daar echter gemakkelijker mee omgaan. De sociale positie van ouderen met een migratieachtergrond is soms beperkter omwille van armoede, taalgebruik en culturele verschillen (bv. in de communicatie) die leiden tot minder integratie binnen de maatschappij. Door zwakkere maatschappelijke netwerken,

onaangepaste woningen en slechte mobiliteit is de kans groot dat deze groep ouderen in een isolementsituatie terechtkomt. Dit leidt tot een kleinere kans op mogelijkheden die de maatschappij aanbiedt, bijvoorbeeld thuiszorg. Ook aan de aanbodzijde zijn er verschillende problemen. Digitalisering en het verdwijnen van fysieke personen die de weg wijzen veroorzaken een kloof met de hedendaagse maatschappij. Dit zorgt ervoor dat ouderen met een migratieachtergrond onzekerder worden en dus steeds afhankelijker worden van hun kinderen. Dit heeft bovendien gevolgen: “In de praktijk zien we heel veel conflicten waarbij kinderen deze zorg en/of ondersteuning niet voldoende aankunnen.”

Els Nolf geeft aan dat de overheid moet investeren in bruggenbouwers om de sociale cohesie te verbeteren en moet zorgen voor voldoende interculturele en intergenerationele ontmoetingen: “Hoe sterker uw netwerk informatie kan laten doorstromen, hoe gemakkelijker dat u oplossingen kunt vinden.” Het is de taak van de welzijnssector en de overheid om naar de netwerken van “alle” ouderen te stappen en de informatie- en hulpbronnen ‘op maat’ bekend te maken. Dat is precies de invalshoek waar BWR al jaren op inzet. Dat is op een

onrechtstreekse manier, preventief werk en is dus kostenbesparend voor de maatschappij.

Vervolgens zegt Els Nolf dat het voorkomen van kwetsbaarheid bij ouderen met migratieachtergrond gedeeltelijk kan verholpen worden door informatie op maat te laten doorstromen naar de netwerken waar deze ouderen zich begeven. Daarvoor moet je op maat werken met bijvoorbeeld brugfiguren. Empowerment begint namelijk met de juiste informatie. Maar ook voeling hebben met die netwerken om als zorgsector en beleid te weten wat hun noden en behoeften zijn en zo het aanbod te kunnen afstemmen is een zeer belangrijke basishouding van de officiële instanties om kwetsbaarheid bij ouderen met een migratieachtergrond zo veel als mogelijk te voorkomen. “Vertrouwen in beide richtingen is een sleutelwoord in het voorkomen van kwetsbaarheid bij ouderen met migratieachtergrond.” Laagdrempelige nulde en eerstelijnsfuncties, met mensen die heel dicht bij die groepen ouderen staan, zijn belangrijke schakels.

**Naam: Els Nolf**  
**Beroep: Beleidsmedewerker**  
**interculturalisering bij de Brusselse**  
**Welzijns- en Gezondheidsraad**  
**(BWR)**

## Verder lezen?

### Literatuur

Yerden, I. (2000). *Zorgen over zorg. Tradities, verwantschapsrelaties, migratie en verzorging van Turkse ouderen in Nederland*. Amsterdam: Het Spinhuis.

Vooraleer je in de praktijk werkt, is het belangrijk om de achtergrond van je doelgroep te kennen. Ouderen met een migratie-achtergrond kennen een hele geschiedenis die hun levens de dag van vandaag heeft beïnvloedt. Hier is een boek waar allochtone ouderen hun beeld over zorg uiten. Vaak verwachten ze dat de zorg opgenomen wordt door hun kinderen, maar die kinderen hebben hun eigen leven opgesteld waardoor de zorg opname bijna onmogelijk is. Het is dus interessant om stil te staan bij hun opvattingen over traditionele zorg en inzicht te hebben over hoe er wordt gezorgd binnen de allochtone gemeenschap.

Gailly, A., Driss, R.B., Plysier, S., & Valcke, L. (2011). *Migranten in tijd en ruimte. Culturen van ouderen worden*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant Uitgevers.

Steeds meer mensen met een migratieachtergrond worden ouder in een samenleving waarin ze niet geboren zijn. Hoe kijken ouderen met een migratie-achtergrond naar het oud worden? Kunnen we dit vergelijken met de Belgische ouderen? Zijn er verschillen/gelijkenissen? Het Steunpunt Cultuursensitieve Zorg van het CGG Brussel heeft een onderzoek gedaan bij ouderen met een etnisch-culturele achtergrond. Aan de hand van de verschillende levensverhalen wordt er een genuanceerd beeld gecreëerd, hoe migranten ouderen het ouder worden beleven.

## Projecten

Departement ouderenzorg OCMW Gent. (2014). Gent, op weg naar een leeftijdsvriendelijke stad. Beleidsnota-Ouderenbeleid 2014-2019. Geraadpleegd op 26 mei 2016, op <http://www.ocmwgent.be/assets/documents/Over%20OCMW%20Gent/ouderenbeleidsplan%202014-2019.pdf>

Het departement Ouderenzorg van het OCMW Gent heeft in een vorm van strategische beleidsnota's 8 componenten van een leeftijdsvriendelijke stad opgenomen die belangrijk zijn. Waaronder sociaal-cultuur participatie, respect en migratieachtergrond. Ze staan klaar om de senioren met migratieachtergrond ondersteunen en hun stem horen. Elke stad kent haar moeilijkheden en door laagdrempelig en kleinschalig te werken, verkrijg je meer inzicht.

Pigment Zorg. (s.d.). Ouderen. Geraadpleegd op 26 mei 2016, op <http://www.pigmentzorg.be/trefwoorden/ouderen>

Op deze website zijn er enkele video's geplaatst over ouderen met een migratie-achtergrond en de moeilijkheden waarmee te kampen hebben. Het is ook eens interessant om naast literatuur de problemen in praktijk te bekijken. Senioren met migratieachtergrond kampen grotendeels kwetsbaar voor dezelfde elementen, maar toch zijn er enkele verschillen zoals eerder in onze literatuur aangehaald werd. Wanneer je de hulpvrager zelf aan het woord krijgt, sta je dicht bij zijn leefwereld is het beter te interpreteren voor de hulpverlener/organisatie.

## Andere

### Triq Salama

- <https://www.youtube.com/watch?v=T7IKXhcsOQ4>  
(deel 1)
- <https://www.youtube.com/watch?v=W-RkvUTMki8>  
(deel 2)

Dit is een documentaire die bestaat uit twee delen. Kort samengevat gaat het over Mohammed, een oudere die afkomstig is van Marokko. In deze documentaire vertelt hij over zijn leven: van toen hij voor het eerst was toegekomen in België tot zijn leven vandaag de dag.







Ouderen willen vaak zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Soms verloopt dit moeilijk omwille van een slechte fysieke gezondheid, verlies van sociale contacten, overbelaste mantelzorg, onaangepaste woonomgeving, cognitieve achteruitgang, etc. Bij het ouder worden, loopt men een hoger risico op kwetsbaarheid. Maar wat betekent dit nu? Wat verstaan we onder kwetsbaarheid bij het ouder worden? En wat verstaan ouderen zelf onder kwetsbaarheid? In kader van het interuniversitair, grootschalig D-SCOPE project onderzochten de studenten Agogische Wetenschappen van de Vrije Universiteit Brussel deze thematiek. Hiervoor vertrekken ze vanuit een ruime, multidimensionale benadering van kwetsbaarheid, waarbij niet alleen aandacht geschonken wordt aan het fysieke, maar ook het psychologische, cognitieve, sociale en de omgevingscomponent komen aan bod. Vervolgens wordt ingezoomd op ‘balancerende factoren’ die ervoor zorgen dat een ouder persoon, ondanks zijn of haar kwetsbaarheid, toch een goede levenskwaliteit, gevoel van zingeving of autonomie ervaart (o.a. mantelzorg, sociale netwerken etc.). De verschillende thema’s worden steeds vanuit de literatuur toegelicht, maar daarnaast komen ook getuigenissen van ouderen en experts aan het woord. Tot slot worden er bij elk onderdeel interessante rapporten alsook projecten opgesomd ter inspiratie voor wie op zoek is naar meer.

