

# **PSYCHOLOGISCHE NODEN VAN ZORGVRAGENDE OUDEREN EN HUN ZORGVERLENERS**

## **INHOUD**

Voorwoord	2
1 Probleemstelling	4
2 Onderzoeksmethode	9
3 Resultaten	10
3.1 De behoeften	10
3.2 De gewenste hulp en ondersteuning	15
3.3 Steun en toeverlaat	19
3.4 Het profiel van de hulpverlener	24
4 Aanbevelingen aan het beleid	26
4.1 Informatie	26
4.2 Visie	31
4.3 Constructief oud worden	32
4.4 Praktische tips	33
4.5 Zelfredzaamheid	35
4.6 Preventie	36
4.7 Autonomie	37
4.8 Vorming	39
4.9 Medicalisering van de zorg	41
4.10 Vrijwilligerswerking	42
4.11 Mantelzorgers	43
4.12 De rol van gespecialiseerde deskundigen	43
4.13 De rol van de overheid	45
5 Besluit	48

## Voorwoord

De positie van de zorgvragende ouderen verandert in de samenleving zeer snel. Van een kleine groep evolueren ze naar een omvangrijk deel van de bevolking. Toch kennen we deze groep onvoldoende. Wat zijn hun wensen en noden, hoe en door wie willen ze geholpen worden? Dat zijn slechts enkele vragen die opheldering behoeven. Die opheldering is dringend nodig wil de samenleving de gepaste antwoorden kunnen formuleren. Daarom gaf het departement Welzijn van de provincie Antwerpen opdracht tot een onderzoek. Die opdracht werd uitgevoerd door het departement Sociaal Werk van de Katholieke Hogeschool Kempen te Geel.

In het onderzoek werden zorgvragende ouderen ( van 75 jaar en ouder) en hun zorgverleners uit de provincie Antwerpen bevroegd, zowel via gesprekken als via vragenlijsten. Die bevraging leverde een genuanceerde beschrijving op van de manier waarop deze groepen aankijken tegen de ouderdom; ook van de problemen die ze daarbij ervaren en de hulp die ze krijgen of juist nog ontberen en van de mensen van wie ze ondersteuning verwachten. In het onderzoek werden deze resultaten vervolgens voorgelegd aan panels van deskundigen. Aan hen werd gevraagd om op basis van de feitelijke vaststellingen beleidsaanbevelingen te formuleren.

In het eerste hoofdstuk van dit rapport schetsen we de probleemstelling van het onderzoek. Vervolgens zetten we in het tweede hoofdstuk de onderzoeksmethode uiteen. In het derde hoofdstuk presenteren we resultaten van de focusgroepen met zorgvragende ouderen en met hun zorgverleners. In het vierde hoofdstuk komen de resultaten van de survey aan bod. Tenslotte bespreken we in het vijfde hoofdstuk deze resultaten formuleren we aanbevelingen voor het beleid.

We willen onze dank betuigen aan alle respondenten die meegewerkt hebben aan het onderzoek. Dat zijn in de eerste plaats de zorgvragende ouderen en de zorgverleners. Vervolgens zijn we ook de leden van de stuurgroep bijzonder dankbaar voor hun hulp bij de praktische organisatie van dit onderzoek en voor hun constructieve bijdrage tijdens de stuurgroepbijeenkomsten en voor hun opmerkingen en suggesties bij eerdere tekstversies. In het bijzonder willen we Marie-Paule Delauwe bedanken voor de tijd en haar bereidheid om met ons te praten over visie en constructief ouder worden. Tot slot moeten we ook de collegae vermelden die ons met raad en daad bijstonden bij het oplossen van ICT-problemen en bij het nazicht van de teksten.

### **1 Probleemstelling**

Met de vergrijzing van de bevolking groeit ook het bewustzijn van en de aandacht voor de specifieke noden en behoeften van de ouder wordende mensen. Een bijzondere groep daarin wordt gevormd door ouderen die zorgbehoevend zijn. Over hen is voornamelijk minder onderzoek gedaan. Toch dringt de vraag zich op in welke mate deze mensen behoefte hebben aan specifieke begeleiding. Sommigen veronderstellen dat hun specifieke situatie aanleiding geeft tot heel eigen noden en behoeften die om een categoriale benadering door specialisten vragen. Anderen bepleiten eerder een niet-specifieke benadering.

Het probleem is dat de specifieke situatie van de zorgvragende 75-plussers tot op heden niet adequaat in kaart gebracht is. Uiteraard is er al heel wat onderzoek over ouder wordende mensen uitgevoerd. Het 'Expertenrapport Ouderen' van Breda en Schoenmaekers (2004) geeft trouwens een uitstekend overzicht van zowel Vlaams als buitenlands onderzoek terzake. Maar ook daaruit blijkt dat de specifieke situatie van de zorgvragende 75-plussers om verdere exploratie vraagt.

Omdat het aantal zorgvragende ouderen in heel Europa drastisch toeneemt, heeft ondermeer de Europese Gemeenschap in haar onderzoeksprogramma een sleutelactie ingebouwd over ouderen 'The Ageing Population and their Disabilities' (2003). Opvallend daarin is dat het onderzoek naar de psychologische en existentiële behoeften niet aan bod komt. Belangrijke topics zijn wel: ziekte en gezondheidsproblemen, de basisprocessen van de fysieke veroudering, coping met functionele beperking, demografische en sociale aspecten en ten slotte de voorzieningen. Weinig is overigens ook geweten over de behoeften van de zorgverleners, of het nu professionelen zijn dan wel mantelzorgers. Om een adequaat netwerk van voorzieningen en diensten te kunnen installeren, is een inzicht in de specifieke behoeften uiteraard noodzakelijk. Die leemte wil dit onderzoek proberen op te vullen.

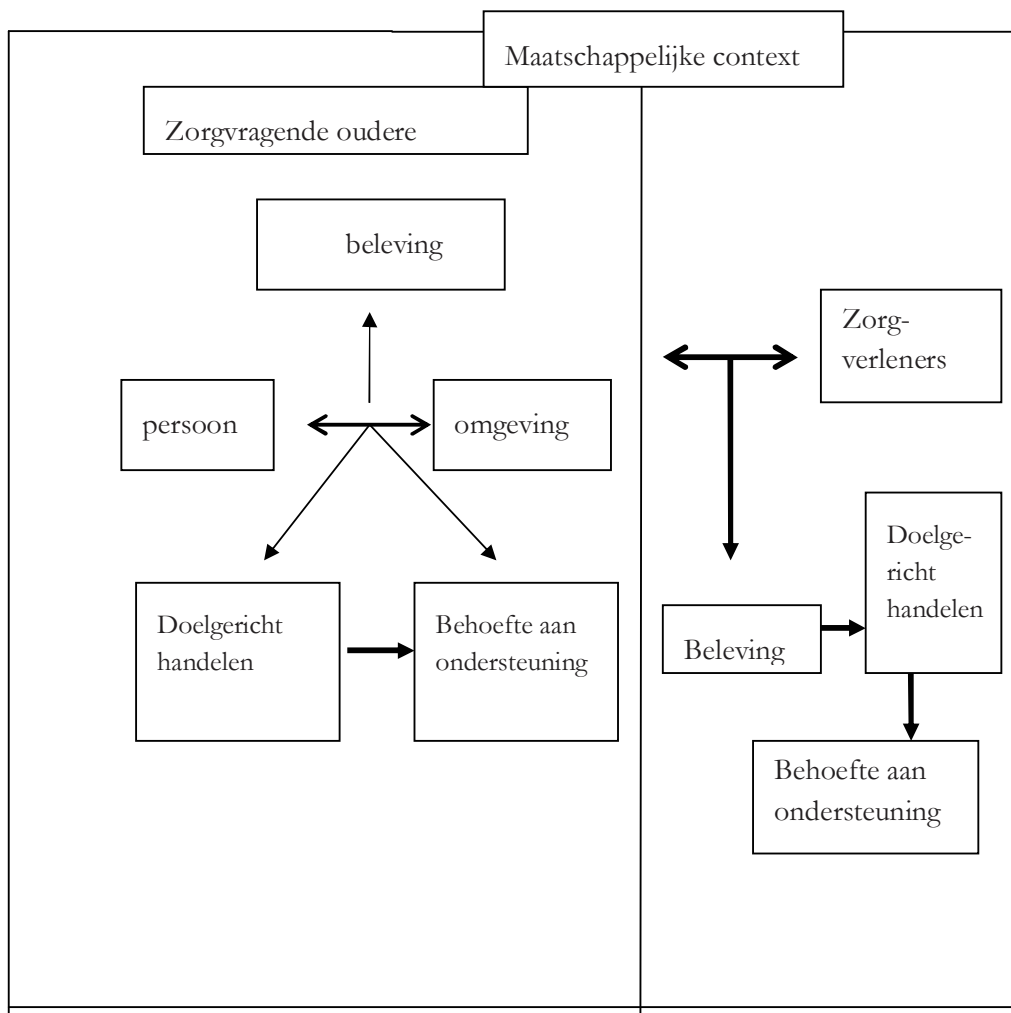
Dit onderzoek wil een bijdrage leveren aan de kwaliteit van het leven van zorgvragende ouderen en aan de kwaliteit van de zorgverlening aan zorgvragende ouderen. Eerst gaat het zorgbehoevend ouder worden gepaard met een aantal belevingen en gedragingen. Bovendien weten we uit ander onderzoek dat zorgverlening een stressvol proces kan zijn (Spruytte, Van Audenhove & Lammerdyn, 2000). Daarom willen we de verschillende factoren die volgens ons een rol spelen in de relatie tussen zorgvragende ouderen en de zorgverleners in een model samenbrengen. We willen zowel oog hebben voor de psychologische als voor de sociologische factoren. Dit onderzoeksmodel is zowel de leidraad voor het formuleren van de onderzoeksvragen, de ontwikkelingen van meetinstrumenten als voor de analyse van de resultaten.

#### *Het betekenissysteem van de zorgvragende oudere*

We vertrekken in ons model van de verschillende betekenissystemen die een rol spelen. Eerst is er het betekenissysteem van de zorgvragende oudere, ver-

volgens dat van de zorgverlener en op de derde plaats is er ook de bredere maatschappelijke context als betekenissysteem.

Ons uitgangspunt is dat we de belevingen en gedragingen van zowel ouderen als van de zorgverleners alleen maar kunnen begrijpen als we het zorgvragend ouder worden in een maatschappelijke context plaatsen. In de samenleving zijn er immers stereotype opvattingen over oud worden, over ouderdom en over zorgverleners als element van het maatschappelijke betekenissysteem. Als we straks belevingen en gedrag van zorgvragers en zorgverleners willen begrijpen, is het nodig met die brede maatschappelijke context rekening te houden.



*Figuur 1 De betekenissystemen bij het zorgvragend ouder worden*

Elke schematisering van de realiteit doet haar ook geweld aan, omdat een schema uiteindelijk een vereenvoudiging betekent. In ons schema maken we noodgedwongen een onderscheid tussen het betekenissysteem van de oudere mens en dat van de zorgverlener, hoewel ze in de realiteit elkaar beïnvloeden. We bespreken daarom eerst het betekenissysteem van de zorgvragende oudere en daarna dat van de zorgverlener.

Het handelen van de zorgvragende oudere en zijn behoeften kunnen slechts gedeeltelijk begrepen worden vanuit kenmerken van de persoon van de oudere zelf. Belevingen en het handelen dat eruit voortvloeit, hebben alles te maken met de relaties die de zorgvragende oudere onderhoudt met zijn omgeving. Die omgeving moeten we zeer ruim begrijpen: het gaat zowel om de fysische als de sociale wereld waarin hij zich beweegt. In die relatie maakt de oudere veel mee waaraan hij betekenis moet geven en waarop hij, als gevolg van die betekenis,

zal reageren. De betekenissen die hij geeft worden mee bepaald door verschillende factoren: we noemden reeds de persoonlijkheid van de oudere mens zelf. Daarnaast spelen wellicht nog andere persoonsgebonden factoren een rol, zoals de aard van de ziekte of handicap, de leeftijd en de voorgeschiedenis. Ook sociale factoren beïnvloeden mee het proces van betekenisgeving: om te beginnen is er de brede context van de samenleving; daarnaast zijn er ook nog factoren als de aanwezigheid van anderen, zoals partner en of kinderen, het verenigingsleven, enz. In functie van die betekennissen ervaart hij behoeften en ook behoefte aan steun.

We kunnen vervolgens dat algemene kader specificeren. Geconfronteerd met moeilijke belevingen zoals angst, onveiligheid en stress en met situaties als afhankelijkheid en verlies van zelfstandigheid, komt de zorgvragende oudere tot copinggedrag: hij tracht tot een of andere oplossing te komen. Daarbij kan hij al dan niet rekenen op steun vanuit de omgeving, bijvoorbeeld de eigen partner, de kinderen, lotgenoten en eventuele zorgverleners. In functie van het resultaat dat hij daarbij bereikt, ervaart hij zijn situatie als bevredigend of ervaart hij behoefte aan bijkomende ondersteuning.

#### *Het betekenissysteem van de zorgverlener*

Het tweede betekenissysteem dat we in dit onderzoek willen analyseren is dat van de zorgverlener. Voor de zorgverlener geldt hetzelfde proces als voor de zorgvrager: tot belevingen komen in de relatie met de omgeving, die dan weer leiden tot doelgericht gedrag. In ons onderzoek is de zorgvragende oudere een belangrijke dimensie in de omgeving van de zorgverlener. De relatie met de zorgvragende oudere leidt dan tot specifieke belevingen en tot gedrag en eventuele behoeften aan ondersteuning.

Met dit onderzoek willen we enerzijds nagaan hoe de zorgvragende ouderen hun situatie beleven en ermee omgaan, en welke factoren daarbij een rol spelen. Vervolgens willen we nagaan welke bijkomende behoeften aan ondersteuning zij en hun zorgverleners ervaren. De algemene onderzoeksvragen hebben we als volgt geconcretiseerd.

- Welke zijn de psychologische en existentiële behoeften van zorgvragen de ouderen en zorgverleners?
- Welke antwoorden worden nu al op die behoeften gegeven en door wie?
- Welke behoeften worden door het huidige zorgaanbod niet beantwoord?
- Wie - en binnen welke netwerken - zou een antwoord kunnen geven op de niet-beantwoorde behoeften.
- Welke actie kunnen de Vlaamse en/of federale overheid nemen opdat het zorgaanbod een antwoord kan bieden op de gestelde psychologische en existentiële noden van de zorgvragende ouderen en diens zorgverleners?
- Wat zijn de financiële gevolgen van de beleidsvoorstellen?

## **2 Onderzoeksmethode**

Het onderzoek bestaat uit drie luiken.

### **2.1 Focusgroepen**

In een eerste deel wilden we op een diepgaande manier de behoeften van zorgvragende ouderen en van de zorgverleners in kaart brengen. Daartoe kozen we voor een kwalitatieve benadering, die ons toelaat het fenomeen in de diepte te beschrijven. Via focusgroeps gesprekken wilden we de behoeften, de beleving en het copinggedrag van de doelgroepen achterhalen. Met volgende doelgroepen werden focusgroeps gesprekken gevoerd:

*Zorgvragende ouderen:*

- ◆ 75 jaar plus
- ◆ in thuiszorg en intramuraal
- ◆ alleenstaand en samenlevend met partner
- ◆ groep ouderen met beginnende dementie

*Zorgverstrekkers:*

- ◆ Zowel in thuiszorg als intramuraal
- ◆ Professionelen ( verpleging en verzorging) en mantelzorgers ( familie)
- ◆ Ook families van zwaar dementerende ouderen

De gesprekken werden op band opgenomen en vervolgens getranscribeerd, met dialectwoorden en -uitdrukkingen, gestotter en onjuiste zinsconstructies erbij. Dat is een zogenaamde 'verbatim-transcriptie'. Op die manier worden de mondelinge gesprekken klaargemaakt voor een analyse.

Vervolgens codeerden we de interviewprotocollen. Dit betekent het afbakenen van gespreksfragmenten die vervolgens worden voorzien van een beschrijvende code.

De geselecteerde tekstfragmenten werden vervolgens geordend per interviewvraag en per doelgroep. De zoekenheden of tekstfragmenten worden afgebakend op basis van hun betekenisvolheid en inhoudelijke samenhang. Per vraag zochten we naar belevingen, handelingen en factoren die een rol spelen, zowel persoonsgebonden als contextfactoren.

Na de selectie en ordening van de tekstfragmenten en na de codering brachten we de codes samen in een schema. Vervolgens vergeleken we de codes van de verschillende groepen van zorgvragende ouderen onderling en die van de zorgverleners onderling. Op de derde plaats vergeleken we de codes van zorgvragende ouderen en zorgverleners. Per thema hebben we ten slotte een synthesesetekst gemaakt.

## **2.2 Survey**

In het tweede luik van het onderzoek wilden we een breed zich krijgen op de verspreiding van het fenomeen. Daartoe ontwikkelden we een survey-onderzoek met een vragenlijst voor de zorgvragende ouderen en een voor de zorgverleners.

Voor de steekproeftrekking liet de realiteit ons weinig keuze. Omdat er een aantal wettelijke, materiële en financiële hinderpalen waren, konden we geen statistisch representatieve steekproef samenstellen, noch van zorgvragende ouderen, noch van zorgverleners. We hebben geen exact idee over het aantal zorgvragende ouderen, omdat velen van hen niet geregistreerd zijn in organisaties. Evenmin kennen we het aantal noch de locatie van de zorgverleners. Het zou een afzonderlijk onderzoek vergen een steekproefkader samen te stellen. We hebben geen reden om aan te nemen dat de groep die op die wijze participeerde aan het onderzoek op een systematische manier zou afwijken van de hele populatie. We bereiken op die manier geen statistische significantie, maar wel een illustratieve significantie: de resultaten bij de onderzoeksgroep zijn wellicht toch wel een illustratie van wat leeft bij de hele populatie.

## **2.3 Expertgroepen**

In het derde luik van het onderzoek betrokken we werkvelddeskundigen bij de formulering van beleidsvoorstellen. In drie zogenaamde expertgroepen voerden we groepsgesprekken aan de hand van een voorgestructureerd gespreksschema.

# **3 Resultaten**

## **3.1 De behoeften**

### **3.1.1 De behoeften van de zorgvragende ouderen**

In dit onderzoek hebben we zowel gepeild naar de behoeften en problemen die zorgvragende ouderen ervaren als naar de betekenis ervan.

De belangrijkste problemen en behoeften waarmee de overgrote meerderheid, minstens tweederde van de respondenten, te maken heeft, zijn uiteraard de zorgbehoevendheid, de ermee gepaard gaande afhankelijkheid, het verlies van de partner of van familie en ziekte. Ongeveer de helft geeft aan vrienden te hebben verloren. Daarna is er alleen zijn en eenzaamheid. Iets minder dan een derde vermeldt angst. Een vierde wil nog bijleren en ook een vierde voelt zich onveilig. Gebrek aan respect wordt door slechts 15 % vermeldt.

Belangrijker nog dan de frequentie waarmee de problemen vermeld worden, is de betekenis die ze voor de zorgvragende ouderen hebben. We schetsen hier



het algemene beeld van de belevingen en het copinggedrag, los van de concrete problemen.

Zorgbehoevend ouder worden biedt mensen nog de kans het leven en de eigen situatie op een positieve manier te beleven. Typerende gevoelens zijn daarbij zich gelukkig voelen, tevredenheid, blij zijn, nog van het leven en kleine dingen kunnen genieten (eten en wonen) en hoop koesteren. De verwondering over wat men nog kan en het bewust omgaan met de eigen mogelijkheden getuigen van een bepaalde positieve manier van kijken naar zichzelf en het leven. Sommigen vermelden daarbij dat ze het gevoel hebben dat ze nog open bloeien. De zorgvragende ouderen zeggen ook dat ze zich nog kunnen amuseren. Daarnaast ervaren sommigen ook dat ze rustiger zijn en sommigen vermelden berusting in de eigen situatie.

Een aantal zorgvragende ouderen beleeft de eigen situatie overwegend negatief. De negatieve belevingen hebben vooreerst te maken met pijn en problemen die voortvloeien uit de eigen lichamelijke conditie. Vervolgens zijn de ervaring van doelloosheid, het gevoel van overbodig te zijn en het gebrek aan toekomstperspectief een bron van ontevredenheid. Ten derde blijkt ook de vergelijking met vroeger en de vaststelling dat men minder kan dan vroeger de negatieve beleving te voeden.

Vervolgens evalueert een deel van de zorgvragende ouderen hun handelingsmogelijkheden nog positief. In de eerste plaats heeft dat te maken met de eigen kwaliteiten waarover ze nog beschikken. Sommigen stellen dat ze, ondanks de zorgbehoevendheid, toch nog een nieuw leven kunnen beginnen, soms met de hulp van middelen zoals een rolwagen. Het zelf nog kunnen kiezen en beslissen is een belangrijke waarde. Relativeringsvermogen blijkt hen te helpen om het leven globaal positief te evalueren. Voor sommigen is de vergelijking met andere ouderen die minder mogelijkheden overhouden, een reden om zichzelf gelukkig te prijzen. Daarnaast is de sociale dimensie een belangrijke factor in de positieve beleving: ze hebben nog sociale contacten. Anderen ervaren het als een pluspunt dat ze bevrijd zijn van de last van de arbeid.

Het verlies aan handelingsmogelijkheden staat bij anderen dan weer zeer centraal in de negatieve beleving. Uiteraard staan de lichamelijke ongemakken en eventuele aftakeling voorop. Het verlies aan lichamelijke en psychische mogelijkheden worden vaak vermeld: het geheugen dat slecht functioneert, het gebrek aan voorstellingsvermogen, negatieve herinneringen en piekeren zijn daarvan voorbeelden, net zoals de ergernis dat ze niet meer kunnen werken.

De beleving van de zorgvragende ouderen wordt bepaald door een geheel van factoren. Zo is er aan de ene kant natuurlijk hun persoonlijkheid. Iets als positief of negatief beleven heeft vooreerst te maken met perceptie, meer dan met de objectieve realiteit zelf. Nog doelgericht leven en naar een toekomst kunnen streven zijn andere elementen van een positieve levensinstelling. Ook de manier waarop ze met andere mensen omgaan bepaalt mee hoe anderen hen zelf benaderen. Vervolgens speelt de aard van de handicap of zorgbehoevendheid

een rol, evenals de mate waarin de oudere in staat is zijn situatie te aanvaarden.

Naast die persoonlijke factoren spelen natuurlijk ook externe factoren een rol, zoals de kinderen. Hebben ze nog voldoende contact met hen en kunnen ze indien nodig rekenen op hun hulp? Ook de verdere familie wordt vermeld. Nog kunnen samenleven met een partner kan een bron van positieve belevingen zijn. Andere factoren zijn deelnemen aan het verenigingsleven of minstens mensen hebben met wie ze kunnen praten.

We zijn in dit onderzoek ook voortdurend op zoek naar de positieve kanten van het ouder worden, ook voor zorgvragende ouderen. Daarom bespreken we enerzijds welke kansen ouderen en zorgverleners nog zien en welke onmogelijkheden.

Het is nodig dat mensen nog in hun mogelijkheden blijven geloven. Dat is veel meer dan alleen maar actief zijn. Mensen moeten gestimuleerd worden en daarvoor is het nodig dat heel de organisatie daarvan doordrongen is. Vaak vermelden ouderen en zorgverleners enkel wat ze nog doen zoals hobby's beoefenen of bezig zijn. Het gaat hier om meer: vooral de nieuwe groeimogelijkheden en innerlijke ontwikkelingsmogelijkheden in kaart te brengen. Een weg daartoe is cursussen te blijven volgen en zinvolle en verrijkende gesprekken te voeren. Nieuwe dimensies die de zorgvragende ouderen zelf vermelden zijn: gelukkiger leren worden, mensen beter leren begrijpen, zich aan anderen beter leren aanpassen, bijleren in het algemeen.

Toch stellen we vast dat nogal wat ouderen er niet meer in geloven. Bijleren is voor jongeren; zijzelf hebben hun tijd gehad of hebben vroeger genoeg gedaan. Ook vermelden ze dat ouderen te versleten of problematisch zijn om nog iets nieuws te kunnen leren.

We gingen in dit onderzoek ook op zoek naar verbanden tussen de antwoorden van de respondenten en bepaalde kenmerken. De woonsituatie blijkt zo'n belangrijke factor te zijn. Alleenwonenden en mensen die in een rusthuis of serviceflat wonen geven duidelijk meer ervaring met verlies aan dan mensen die nog thuis wonen met hun partner. Het minst onveilig voelen de respondenten zich die in een rusthuis of serviceflat wonen, het meest de mensen die alleen thuis wonen of die samenwonen met hun kinderen. Het alleen zijn en de eenzaamheid worden het meest vermeld door mensen die alleen thuis wonen. Merkwaardig is dat degenen die nog met een partner samenwonen toch nog iets meer gevoelens van alleen zijn en eenzaamheid vermelden dan mensen die in een rusthuis wonen. Een belangrijke vaststelling is ook nog dat de problemen die de zorgvragende ouderen zelf vermelden en de inschatting door de zorgverleners sterk overeen komen. De top drie is dezelfde, namelijk: zorgbehoefte, afhankelijkheid en verlies van de partner. Ook de minst vermelde problemen komen bij beide groepen overeen, namelijk het gebrek aan respect en de behoefte om bij te leren.

Toch stellen we ook enkele verschillen vast. Zo geven de ouderen zelf aan dat ze meer met de dood van vrienden geconfronteerd worden dan de inschatting die de zorgverleners maken. De zorgverleners schatten het voorkomen van eenzaamheid anderzijds hoger in dan de zorgvragende ouderen zelf.

### **3.1.2 De behoeften van de zorgverleners**

De behoeften en problemen van de zorgverleners hebben we onderverdeeld in twee groepen, namelijk in problemen die rechtstreeks te maken hebben met het werk zelf en anderzijds de confrontatie met de problemen van de zorgvragende ouderen.

Iets meer dan helft vermeldt problemen van stress die leiden tot werkproblemen. Ongeveer veertig procent vermeldt vervolgens conflicten met de zorgvragende oudere of met zijn familie. Iets meer dan een derde vermeldt ten slotte conflicten met collega's.

Problemen voortkomend uit het werk en stress hangen vooral samen met het werken in een RVT, als professioneel en als vrijwilliger, en met mantelzorg. Conflicten met collega's worden het meest vermeld door professionelen die in een RVT werken. Conflicten met de ouderen of met de familie worden zowel door professionelen en mantelzorgers vermeld en relatief weinig door vrijwilligers.

De grote meerderheid van de zorgverleners geeft aan te maken te krijgen met afhankelijkheid, alleen zijn en eenzaamheid, angst en gevoelens van onveiligheid bij ouderen. Iets minder dan de helft vermeldt de confrontatie met ouderen die gebrek aan respect ervaren en een derde met ouderen die willen bijleren. Het zijn meer de professionele zorgverleners dan de andere categorieën die het meest met elk van deze problemen te maken krijgen, en zij die in een RVT werken, iets meer dan zij die in de thuiszorg actief zijn, behalve dan voor alleen zijn en eenzaamheid.

Een aantal zorgverleners ervaart geen of nauwelijks stress in het omgaan met zorgvragende ouderen. Voor anderen is het een zware belasting. Het gevoel geleefd te worden en jezelf te moeten wegcijferen weegt voor sommigen zwaar. Daarbij komt dat ze niet alle problemen kunnen oplossen. Wanneer ze erover kunnen praten verlicht dat de stress zonder dat er echt een oplossing is. Zorgverleners hebben soms het gevoel tekort te schieten. Dat wordt bijvoorbeeld scherp aanvoeld op het moment dat de mantelzorgers, meer specifiek de familie van dementerende ouderen, hun ouder in de instelling moeten achterlaten.

Verder worden de zorgverleners vaak geconfronteerd met de dood van een cliënt/bewoner. Sommigen geven aan dat ze dat leren relativeren door zich te realiseren dat de dood onvermijdelijk is en dat ze vooraf goed beseffen dat de relatie met hun cliënt/bewoner eindig is. Nogal wat van hen geven aan geraakt

te worden door de dood van een cliënt/bewoner; nochtans worden ze daarover vaak niet geïnformeerd. De onmacht rond het lijden dat de dood voorafgaat, ervaren ze als stresserend. Uiteraard hangt hun beleving af van wie de cliënt/bewoner was. Toch speelt ook het gebrek aan tijd een belangrijke rol.

De ervaringen die zorgverleners met familie hebben is dubbel, zowel positief als negatief. Ze ervaren dat de familie hun inspanningen soms niet waardeert en bijvoorbeeld jaloers is omwille van hun nauwe contact met de cliënt/bewoner. Bij kinderen kan dat belangrijk zijn. Het gevolg kan zijn dat de familie met de zorgverleners geen contact (meer) wil hebben. Daarnaast ervaren ze nogal eens eisend en controlerend gedrag en bemoeizucht van de familie. Dat storende gedrag interpreteren ze echter als een uiting van de frustratie van de familie zelf. Het komt voort uit de onmacht van de familie om de zorgvragende oudere zelf te verzorgen.

We stellen eveneens vast dat het geslacht van de zorgverleners geen rol speelt in ervaring van problemen, noch het aantal jaren ervaring als zorgverlener. De leeftijd is wel belangrijk. De oudste zorgverleners, dat zijn vooral mantelzorgers en vrijwilligers, vermelden minder problemen dan jongere zorgverleners. De categorie waartoe de zorgverlener behoort is soms ook van belang. Zo vermelden professionele zorgverleners in de thuiszorg de meeste gevallen van alleen zijn en eenzaamheid. Professionele zorgverleners die in een RVT werken en mantelzorgers worden dan weer meer geconfronteerd met werkgerelateerde problemen zoals stress en conflicten.

### **3.2 Gewenste hulp en ondersteuning**

Een van de onderzoeksvragen waarop we een antwoord moeten formuleren is welke hulp ouderen en zorgverleners nu al krijgen. We hebben de doelgroepen daarom eerst in de focusgroepen gevraagd hoe ze hun problemen zelf oplossen. Vervolgens hebben we gepeild naar de hulp of ondersteuning die ze zelf wensen.

#### **3.2.1 De zorgvragende ouderen**

Eerst bespreken we kort de manier waarop ze, zoals ze in de focusgroepen hebben aangegeven, met de verschillende problemen feitelijk omgaan. Dat is het zogenaamde copinggedrag. Vervolgens geven we aan welke hulp ze zouden wensen.

##### **3.2.1.1 Het feitelijke copinggedrag**

Voor verschillende problemen beschrijven de zorgvragende ouderen zelf ander copinggedrag.

### *Afhankelijkheid*

Sommigen willen zo actief mogelijk blijven of vergelijken zich met anderen die het nog erger hebben. Een volgende groep legt zich neer en past zich aan. Een derde groep probeert zijn situatie te verbergen en heeft het ook moeilijk om erover te spreken. Een laatste groep rebelleert en vertoont verzetgedrag in de vorm van opstandigheid, onhandelbaarheid, het verwijten sturen aan anderen.

### *Zorgbehoevendheid*

Een eerste aanpak is zich erbij neerleggen, de situatie ondergaan en zich aanpassen, vanuit het realistische besef dat wenen of een andere reactie niet helpt. Sommigen hebben het moeilijk om erover te praten en kroppen hun belevingen op. Een derde aanpak is om toch zoveel mogelijk zelf nog proberen te doen. Opstandigheid en agressiviteit vertonen is ten slotte een vierde copingstrategie.

### *Verlies van partner*

Om de dood van de partner te verwerken gebruiken zorgvragende ouderen heel wat copingmechanismen. Vooreerst zijn er rituelen zoals een kaars branden, een mis laten doen. Een tweede aanpak berust op het kunnen vertellen over de partner en over zijn/haar dood. Het is immers een vorm van verwerking als je telkens opnieuw over het verlies kan vertellen. Toch blijkt een aantal ouderen niet tot verwerking en berusting te kunnen komen. Ze kunnen of willen er niet over praten, zelfs niet voluit met hun eigen kinderen. Sommigen staan open voor begeleiding, anderen weigeren hulp. Ten slotte is het geloof voor een aantal zorgvragende ouderen een belangrijke vorm van steun.

### *Alleen zijn*

Vooreerst zijn er ouderen die de verzorging en de verpleging gebruiken om te kunnen praten. Zonder dat ze een specifieke hulpvraag hebben, roepen ze bijvoorbeeld iemand van het personeel om iemand te hebben om mee te praten. Ook vermelden ze dat het verblijf in een instelling de kans op vereenzaming verkleint, tenzij de zorgvragende oudere zelf geen contact wil.

#### 3.2.1.2 Gewenste hulp

De belangrijkste vorm van hulp die de zorgvragende ouderen zelf wensen bij de meeste problemen is zonder meer erover praten. Dat wijst erop dat ze hier in de kou staan. Concreet vermelden ze dat de zorgverleners te weinig tijd hebben of maken om met hen te praten.

### *Praten*

Praten is voor velen wellicht een manier om de eenzaamheid te verlichten. Praten kan een vorm van ontlading betekenen, ze kunnen hun emoties aan iemand kwijt. Dat is natuurlijk zinvol. Maar als de gesprekspartner daar niet op een gepaste manier kan mee omgaan, blijven een aantal mogelijkheden ongebruikt. Daarom is het nodig dat de zorgvragende ouderen ook professionelen en/of vrijwilligers ontmoeten, die dergelijke gesprekken ook diepgaand kunnen voeren, zodat ze de oudere een stuk verder brengen in de verwerking van hun situatie. Dat is belangrijk omdat we vaststellen dat nogal wat ouderen het moeilijk hebben nog zin te geven aan hun leven. Ze klampen zich dan te eenzijdig vast aan hun verlieservaringen en zijn te weinig in staat zich verder te ontwikkelen. Onze suggestie is dat op dit terrein vooral psychologen een zinvolle rol kunnen vervullen. Zorgverleners, zowel professionelen, mantelzorgers als vrijwilligers, moeten duidelijk nog meer gevormd worden in het voeren van constructieve gesprekken. Dergelijke vorming vraagt een deskundige aanpak en begeleiding die onder meer door psychologen kan gewaarborgd worden.

### *Zelfoplossend gedrag*

Een tweede belangrijke hulp is zelf leren oplossen. Dat geldt in het bijzonder bij problemen als verlies van partner of vrienden, bij alleen zijn en eenzaamheid, bij onveiligheidsgevoelens en bij de ervaring van gebrek aan respect. Hier is er wel eens een verschil tussen het belang dat de zorgvragende ouderen enerzijds en de zorgverleners anderzijds aan die zelfstandigheid hechten. Dat moeten we interpreteren als een alarmsignaal, omdat het erop kan wijzen dat de zorgverleners, wellicht vaak ongewild, de autonomie van de oudere kunnen ondergraven door zich te betuttelend op te stellen. De verklaring hiervoor kan het zorgmodel zijn dat in de medische opleidingen centraal staat of de tijdsdruk die maakt dat zorgverleners geen tijd hebben om autonomie ondersteunend te handelen. Het feit dat de zorgvragende ouderen zelf aangeven dat ze hun eigen boontjes leerden doppen, neemt niet weg dat het benoemen van hun psychisch leed hen anders naar de eigen situatie kan leren kijken en zo een weg kan openen naar ondersteuning en begeleiding. Daartoe zijn er uiteraard gespecialiseerde psychosociale deskundigen nodig die in staat zijn die verbreding van de betekenisgeving te initiëren en te stimuleren. De aanwezigheid van bijvoorbeeld een psycholoog in de onmiddellijke nabijheid kan dat proces vergemakkelijken.

### *Informatie en praktische tips*

Verder geven de zorgvragende ouderen aan informatie en praktische tips te willen krijgen. Wellicht hangt dat ook samen met de behoefte om zelf problemen te willen oplossen. Deze vaststelling kan merkwaardig lijken in een tijd waarin er schijnbaar een overvloed is aan informatie. Het wijst er in ieder geval op dat de juiste informatie, inhoudelijk en qua medium, de ouderen onvoldoende bereikt.

### *Ontwikkeling*

Het is nodig de minst genoemde vormen van gewenste hulp te vermelden: vorming krijgen en de kans een hulplijn te bellen. Onbekend is waarschijnlijk onbemind. Nochtans is die vorming erg belangrijk in de begeleiding van de ouderen om zich als mens innerlijk verder te ontwikkelen, om fysieke en materiële mogelijkheden los te laten en het fysieke verlies te leren compenseren of beter nog, om te polen in geestelijke ontwikkeling. We weten immers dat nogal wat ouderen worstelen met een gevoel van zinloosheid en een gebrek aan toekomstperspectief. Innerlijke groei als ontwikkelingstaak aanreiken aan mensen in deze levensfase geeft hen zin en perspectief.

Het gebruik van de hulplijn hangt wel samen met de woonsituatie. Zij die wel een beroep zouden willen doen op een hulplijn, wonen nog thuis.

Vervolgens stelden we ook een sterke overeenkomst vast tussen de hulp die de ouderen zelf wensen en de inschatting van de gewenste hulp door de zorgverleners. De top drie van gewenste hulp is bij de twee groepen dezelfde, namelijk erover praten, informatie krijgen en praktische tips krijgen. Vorming krijgen en de hulplijn bellen scoren het laagst. Een verschil is wel dat de zorgvragende ouderen het zelf oplossen van problemen hoger inschatten dan de zorgverleners. Bij de ouderen kwam het zelf oplossen voor de helft van de problemen op de tweede plaats. Bij de zorgverleners komt het zelf oplossen enkele keren op de vierde plaats, maar meestal nog lager.

De woonsituatie van de zorgvragende ouderen blijkt een belangrijke factor te zijn voor sommige problemen. Bij angst blijken mensen die nog thuis of in een serviceflat wonen in verhouding meer behoefte te hebben om over hun angst te praten dan mensen die in een rusthuis wonen. Bij onveiligheidsgevoelens hebben mensen die alleen thuis wonen eveneens meer behoefte om erover te praten dan andere groepen. Ze hebben bovendien meer behoefte aan praktische tips. Degenen die nog alleen thuis wonen geven het meest aan een hulplijn te willen gebruiken. Mensen die alleen wonen drukken ook meer hun behoefte uit om over het alleen zijn te kunnen praten.

### **3.2.2 Zorgverleners**

#### 3.2.2.1 Het feitelijke copinggedrag

### *Stress en conflicten*

Verschillende vormen van coping worden vermeld. Dat kan gaan van het noteren in een dagboek, praten met collega's, individueel of in team, tot het trachten te relativiseren. Het probleem dat ze vooral ervaren is dat ze met hun verhaal bij weinig mensen terecht kunnen; velen begrijpen er niets van. Kunnen

bespreken is toch wel een belangrijke vorm van coping. Daarnaast is ook de eigen houding aanpassen belangrijk: leren relativeren, het van zich afzetten, hoewel dat blijkbaar erg moeilijk kan zijn. Sommigen nemen hun problemen mee naar huis zodat ook hun partner het moet ontgelden.

### *Dood*

De dood van een cliënt/bewoner verwerken de zorgverleners eerst door deel te nemen aan rituelen: door het dode lichaam zelf te verzorgen en door naar de begrafenis te gaan. Vervolgens geven ze aan er persoonlijk mee in het reïne te komen door het van zich af te zetten, zich niet te erg aan mensen te hechten, door zichzelf te kennen. Op de derde plaats praten ze erover met collega's of met een deskundige zorgverlener van de organisatie, zoals een maatschappelijk assistent, als die er is.

#### 3.2.2.2 Gewenste hulp

Hier maken we een onderscheid tussen werkgerelateerde problemen en de confrontatie met problemen van de zorgvragende ouderen.

Voor alle problemen wensen de zorgverleners het meest dat ze erover kunnen praten. Daarna willen ze vooral de zaken zelf oplossen en tips krijgen. Voor sommige problemen, zoals stress en conflicten met collega's, verkiezen sommigen ook het groepsgesprek. Individuele begeleiding en vorming scoren ook hier laag.

Voor de confrontatie met de problemen van de zorgvragende ouderen staan erover praten en tips krijgen ook vooraan. Daarna komt informatie krijgen. Het zelf oplossen van de problemen scoort hier veel minder hoog dan voor de werkgerelateerde problemen.

Een belangrijke vaststelling is verder dat het vooral de professionele zorgverleners zijn die wensen over de problemen te praten en vorming te krijgen. Ook hier kunnen gespecialiseerde mensen zoals psychologen een zinvolle rol spelen. Mantelzorgers op hun beurt blijken meer behoefte te hebben aan praten over conflicten met de familie en drukken ook meer dan anderen de intentie uit om een hulplijn te gebruiken voor werkproblemen en stress. Professionele zorgverleners die in een RVT werken vragen het meest om informatie wanneer ze te maken krijgen met conflicten op het werk.

Oudere zorgverleners drukken minder de behoefte uit aan groepsgesprekken in geval van conflicten met collega's dan jongere zorgverleners. Jongeren willen ook meer praten over de problemen waarmee ze bij de zorgvragende ouderen geconfronteerd worden.



### **3.3 Steun en toeverlaat**

We hebben onderzocht van welke persoon of personen zowel de ouderen als de zorgverleners in feite hulp en ondersteuning krijgen.

#### **3.3.1 De zorgvragende ouderen**

Het valt op dat er bijzonder weinig ouderen zijn die aangeven dat ze met fysieke problemen nergens terecht kunnen. Dat is anders voor de eerder psychosociale aspecten. Daar stellen we vast dat 15 tot 30% van de respondenten daarvoor geen hulp krijgt. Het is niet duidelijk of ze die hulp al dan niet wensen.

Voor alle problemen behalve de fysieke, zijn het de familieleden die het meest vermeld worden als ondersteunende personen. Bij verlies kan tweederde tot 70% terecht bij de familie. Voor de andere problemen is dat van de helft tot eenderde.

Voor fysieke problemen is de belangrijkste ondersteuner de verpleegkundige, gevolgd door de familie en dan door de arts en kinesist. Ten slotte wordt ook thuishulp vaak vermeld. Belangrijk is verder dat voor de eerder psychosociale problemen ongeveer eenderde of meer ook een beroep doet op de verpleegkundige. Uiteraard zijn dat ook de personen waarmee de zorgvragende ouderen naast de familie het meest in contact komen. Ook de arts en de kinesist blijken bij dergelijke problemen ondersteunend te werken. Deze medische en paramedische beroepen worden dus veel meer betrokken bij psychosociale problemen dan maatschappelijk werkers, psychologen en priesters/lekenconsulenten. Enkel bij de dood doet een vierde van de ouderen een beroep op geestelijke ondersteuning.

Bij deze vaststellingen moeten we enkele kanttekeningen maken. De belangrijke rol van de medische en paramedische beroepen is enerzijds begrijpelijk, omdat ze doorgaans vele contacten hebben met ouderen. Anderzijds zijn juist deze mensen opgeleid vanuit een medisch zorgmodel. Het is daarbij nog maar de vraag of ze voldoende competent zijn om adequaat met de psychosociale problemen om te gaan. We stelden al dat het luisteren naar en praten met de zorgvragende ouderen een eerste stap is, maar niet volstaat om de oudere te begeleiden in een ontwikkelingsproces, of zelfs maar te begeleiden in het zelfstandige keuzes te maken. Vanuit ander onderzoek weten we dat deze categorie van zorgverleners een risico kunnen vormen omdat ze vaak de afhankelijkheid en juist niet de autonomie bevorderen. Er is ook de realiteit dat ze omwille van het systeem van prestatiegeneeskunde waarin ze moeten werken, niet de tijd hebben om diepgaand op de vragen en zorgen van de zorgvragende ouderen in te gaan. Uiteraard is de zorg die de medici en paramedici bieden vooral curatief. Ze werken niet of nauwelijks vanuit een preventieve, laat staan een salutogenetische opstelling. De conclusie moet dus wel zijn dat zij die het meest contact hebben met ouderen wellicht het minst met ontwikkeling bezig (kunnen) zijn.

Daar staat dan tegenover dat vele ouderen nauwelijks een beroep doen op geschoolde psychosociale zorgverleners. Als ze er al een beroep op doen is dat vooral in rust- en verzorgingstehuizen, maar nauwelijks zolang ze nog thuis wonen.

Ook hier moeten we vaststellen dat de vragen van de ouderen redelijk sterk overeenstemmen met de inschatting ervan door de zorgverleners.

De woonsituatie is een belangrijke variabele. Mensen die nog thuis wonen vermelden meer dan andere categorieën dat ze van niemand hulp krijgen. Uiteraard komt bij hen de thuishulp het meest over de vloer en is ook de familie van belang. De mensen die in een instelling verblijven vermelden meer dan de anderen dat ze beroep doen voor specifieke situaties op een priester of op de maatschappelijk assistent(e). Dat zou erop kunnen wijzen dat zorgvragende ouderen wel beroep doen op eerder gespecialiseerde professionele zorgverleners als die maar ter beschikking zijn. In de praktijk blijkt bijvoorbeeld ook nog dat waar een psycholoog in een instelling werkt, de bewoners er effectief beroep op doen.

### **3.3.2 De zorgverleners**

Voor werkgerelateerde problemen doen de zorgverleners in de eerste plaats een beroep op collega's en daarna op de leidinggevenden. Zeer weinig zorgverleners zeggen op niemand een beroep te doen. Enkel bij stress zegt 13 % niemand erbij te betrekken. De eigen familie blijkt ook redelijk belangrijk te zijn bij problemen die uit het werk voortvloeien en bij stress.

Opnieuw moeten we vaststellen dat ook de zorgverleners bij werkgerelateerde problemen meer een beroep doen op een arts dan op psychosociale zorgverleners.

Voor de confrontatie met de problemen van de ouderen gelden dezelfde vaststellingen: de meeste steun komt van de collega's en leidinggevenden. Het minst zoeken ze steun bij de psychosociale zorgverleners.

Verder is het belangrijk vast te stellen dat het vooral de professionele zorgverleners zijn die door collega's en leidinggevenden ondersteund worden, en dat nog meer in instellingen dan in de thuiszorg. Mantelzorgers geven aan vooral van hun familie steun te krijgen en dan van de arts.

De afwezigheid van de psychosociale zorgverleners geeft te denken. Dat heeft enerzijds wellicht te maken met de bereikbaarheid. Want in RVT's waar een maatschappelijk werker beschikbaar is, doen de zorgverleners er wel een beroep op, zij het beperkt. Anderzijds heeft het misschien ook te maken met de beeldvorming over de psychosociale zorgverleners die leeft bij de zorgverleners. Zo hebben bijvoorbeeld wellicht noch zorgvragende ouderen noch de zorgverleners een adequaat beeld van de deskundigheid van een psycholoog.

Bij het gemis dat zorgverleners ervaren staat een tekort aan professionele ondersteuning voorop. Uiteraard is het noodzakelijk dat de zorgverlener begeleid

wordt in zijn functioneren in zijn werksituatie. Goed gevoerde functioneringsgesprekken kunnen erg zinvol zijn en zijn trouwens in een modern personeelsbeleid noodzakelijk. De leidinggevenden spelen hierin een cruciale rol. Bovendien is er in de begeleiding van de zorgverleners zeker een rol weggelegd voor deskundige psychosociale ondersteuning: naast de adviesverlening is er ook behoefte aan begeleiding bij interdisciplinair overleg en begeleiding bij conflict-hantering. Tegelijk ze kunnen zeker ook belangrijk zijn in de bijscholing.

We stellen vast dat de leeftijd hier een belangrijke variabele is. Zo blijken de jongere zorgverleners meer beroep te doen op en steun te krijgen van collega's en leidinggevenden dan de oudere zorgverleners. Dat stemt overeen met de eerdere vaststelling dat de oudere zorgverleners ook minder behoefte uitdrukken om over problemen te praten.

### **3.4 Het profiel van de zorgverlener**

Een van de aanleidingen van dit onderzoek was de vraag in welke mate psychosociale deskundigen een taak kunnen hebben in de ouderenzorg. Tot nog toe stelden we vast dat noch de zorgvragende ouderen, noch de zorgverleners veelvuldig beroep doen op psychosociale deskundigen. Als we de feitelijke situatie even laten voor wat ze is en kijken naar de gewenste situatie, dan is het zinvol zich af te vragen welke kwaliteiten beide doelgroepen verwachten van degene die hen moet ondersteunen. Een inventaris van die kenmerken zou moeten toelaten te bepalen welk soort zorgverlener gewenst is.

#### **3.4.1 Profiel vanuit het standpunt van de zorgvragende ouderen**

Het profiel van de zorgverlener bevat eerst vier competenties die bij alle problemen vooraan staan:

- in staat zijn praktische oplossingen aan te reiken;
- de ruimte geven waarin mensen hun hart kunnen luchten;
- in staat zijn begrip te tonen voor gevoelens en problemen;
- een vertrouwelijke relatie kunnen aangaan.

In feite zijn dat geen competenties die typerend zijn voor bepaalde soorten of categorieën van zorgverleners. Integendeel, ze zouden zeker van elke professionele zorgverlener mogen verwacht worden. We kunnen het eerder algemeen menselijke competenties noemen. Anderzijds zullen ook heel wat niet-professionele zorgverleners in staat zijn die competenties te realiseren.

De competenties die een grotere deskundigheid vereisen zoals motiveren, inzicht en uitleg geven of doorverwijzen worden pas in tweede instantie verkozen. We noemen dat de eerder beroepsspecifieke competenties.

Wanneer we deze vaststellingen toetsen aan de beroepsprofielen die uitgeschreven zijn voor de verschillende hulpverlenende beroepen, dan stellen we vast dat van al die beroepsbeoefenaars die competenties verwacht worden. Bovendien stellen we vast dat voor de universitaire opleidingen er nog geen beroepsprofielen uitgeschreven werden.

Zorgvragende ouderen zitten op het eerste gezicht blijkbaar niet te wachten op hooggeschoold personeel, maar op mensen die elementaire, algemeen mensen competenties op een zinvolle wijze kunnen inzetten.

We kunnen dit gemakkelijk begrijpen als we terugdenken aan het soort hulp dat deze mensen verwachten: erover praten en zelf problemen oplossen. De hulp die deskundigheid van een hoger niveau vereist zoals informatie geven, groepsgesprekken en vorming, wordt door de zorgvragende ouderen minder verwacht. Daar staat evenwel tegenover dat onbekend nog altijd onbemind is. In concreto bedoelen we dat boven vermelde vaststelling wellicht veel te maken heeft met het feit dat zorgvragende ouderen doorgaans niet weten waarvoor ze op een psycholoog beroep kunnen doen. Ook zorgverleners zelf en de beleidsverantwoordelijken van instellingen voor zorgvragende ouderen kunnen daarenboven te weinig de meerwaarde van een gespecialiseerde menswetenschapper voor hun werking inschatten. Het is duidelijk dat bijvoorbeeld psychologen noodzakelijk zijn voor informatie over specifieke ontwikkelingstaken van de ouderdom, voor speciale diagnosestellingen, voor de begeleiding van onverwerkte ervaringen en uiteraard voor de begeleiding van ouderen met psychische stoornissen. Daarenboven kunnen ze in een instelling zowel bewoners als familie en zorgverleners op een andere manier leren kijken naar de belevingen van ouder wordende mensen en zo de weg openen naar een ander soort van ondersteuning en begeleiding.

Opnieuw stellen we vast dat de overeenstemming tussen de wens van de zorgvragende ouderen en de inschatting door de zorgverleners sterk is. Er is een opvallend verschil, namelijk dat de zorgverleners het belang van inzicht te krijgen veel hoger inschatten dan de zorgvragende ouderen.

### **3.4.2 Profiel van het standpunt van de zorgverleners**

Het profiel dat de zorgverleners verwachten bevat in eerste instantie dezelfde algemeen menselijke competenties: ruimte geven om het hart te luchten, in staat zijn begrip te tonen, praktische oplossingen kunnen aanreiken en een vertrouwelijke relatie kunnen aanknopen, zowel voor werkgerelateerde problemen, als voor de confrontatie met de problemen van de zorgvragende ouderen.

## **4 Aanbevelingen aan het beleid**

Als laatste onderdeel van het onderzoek werden er drie discussiegroepen met deskundigen samengesteld. De bedoeling van deze groepen was om vanuit de

resultaten van de survey tot beleidsvoorstellen te komen. De leden van de groepen kregen op voorhand de resultaten van de survey samen met een aantal vragen toegestuurd. De discussie werd rond deze vragen opgebouwd. We formuleren bij elk thema telkens ook concrete voorstellen. We zijn ons ervan ten volle bewust dat die voorstellen ook hun weg moeten vinden naar:

- de omgeving waar de beleidsaangelegenheden in verband met het Sociaal Huis opgevolgd worden;
- het kabinet van Welzijn dat verantwoordelijk is voor de vrijwilligers;
- het kabinet van Gezondheidsbeleid, meer in het bijzonder de cel Geestelijke gezondheidszorg
- de omgevingen waarin leerplannen en leerinhouden voor verpleegkundigen, verzorgenden en paramedici worden opgesteld.

### **4.1 Informatie**

Uit het onderzoek kwam naar voor dat erover praten en informatie krijgen meestal als eerste en tweede keuze werden opgegeven als gewenste hulp door zowel de zorgvragende ouderen als de zorgverleners. De deskundigen bevestigen dat er een nood aan informatie, en daaraan gekoppeld aan communicatie, is. De informatie moet in eerste instantie gaan over de mogelijkheden tot ondersteuning waarop zorgvragende ouderen een beroep kunnen doen.

#### **4.1.1 Informatiekanalen**

Een eerste probleem in verband met informatie geven en krijgen betreft de manier waarop dit gebeurt en de kanalen die men ervoor gebruikt. Organisaties gebruiken bijvoorbeeld tegenwoordig vaak het internet als een informatiekanaal terwijl het grootste deel van de zorgvragende ouderen het internet niet kan gebruiken. Als men alleen deze soort van informatiekanalen gebruikt, mist men een groot deel van de groep die men wil bereiken. Een tweede methode is de verspreiding van informatie via folders. Een voorbeeld hiervan is een folder die men in Antwerpen krijgt op het moment dat men op pensioen gaat. Het positieve hieraan is dat de persoon in kwestie het gevoel krijgt dat hij van belang is, dat er aan hem wordt gedacht. Maar het nadeel is dat iemand vaak niet veel waarde aan de informatie hecht, als ze niet onmiddellijk bruikbaar is. Dit zorgt ervoor dat de brochure en de informatie verloren gaan. Het gevolg hiervan is dat ouder wordende mensen pas terug op zoek gaan naar de informatie op het moment dat de nood hoog is, te vaak wanneer het eigenlijk al te laat is. De vraag is anderzijds of het eigenlijk wel mogelijk is om een manier te vinden om informatie tot bij de senioren te laten komen en te laten doordringen voor zij er zelf de behoefte aan ondervinden. Een mogelijkheid is de informatie niet alleen

uitdelen maar er ook over praten. De informatie gaan uitleggen. Communicatie bevat naast 'informatie' in wezen ook 'dialogoog'. Het is duidelijk geworden dat informatie alleen niet volstaat. Erover kunnen praten is essentieel. Door tijd- en werkdruk, maar ook door gebrek aan kennis van het zorgaanbod bij bijvoorbeeld polyvalente verzorgers is er op dit moment te weinig ruimte om uitleg te geven bij de informatie en om te praten over de toekomstplannen van de senioren. Toch moeten we ons ook durven afvragen of het argument 'gebrek aan tijd' niet te snel gebruikt wordt. Tijd is immers geen objectieve categorie, maar deels ook een subjectieve beleving. Daarom kan overwogen worden om ruimte te creëren voor 'anders gebruikte tijd'.

#### 4.1.2 Bereikbaarheid

De bereikbaarheid van de informatie is een tweede probleem. Informatie is voor de doelgroep vaak moeilijk te vinden om dat ze meestal focust op losse initiatieven en mogelijkheden. Er is geen overzicht over het gehele aanbod van hulp. De informatie wordt op zoveel verschillende plaatsen gegeven vaak onder verschillende benamingen. Bovendien wordt het zoekproces bemoeilijkt, soms zelfs onmogelijk gemaakt, door het gebruik van vakjargon. Een mogelijke oplossing hiervoor is een centraal punt (een centraal telefoonnummer) voorzien, waar men zijn eerste informatie kan halen. Zo een centraal punt zou als functies hebben informatie verzamelen, coördineren en doorverwijzen. De éénloketfunctie in het sociaal huis zou daaraan bijvoorbeeld tegemoet kunnen komen. Noodzakelijk is wel dat daar informatie gegeven wordt over alle mogelijkheden, niet alleen over die mogelijkheden die tot de eigen koepel behoren. Ook moet men over de gemeentegrenzen kijken. Ondersteuning om deze taak op te nemen is een must. Het decreet over het Sociaal Lokaal Beleid heeft hier een kans laten liggen door dit aspect niet te integreren. Verdere verfijning van het beleid is hier zinvol.

Het is enerzijds wel belangrijk dat de ouder wordende mens ergens met zijn verhaal terecht kan; anderzijds moet er wel voldoende aandacht zijn voor de praktische problemen. Het volstaat niet dat de doelgroep weet wat beschikbaar is; een eenvoudige toeleidingsprocedure is eveneens noodzakelijk: "wat is mijn probleem en waar kan ik daarvoor terecht?". Er moet een grote bereikbaarheid zijn van zorgverleners die een overzicht hebben van het gehele aanbod en die samen met de zorgvrager de situatie integraal kunnen exploreren. Deze hulpverlening moet uiteraard erg laagdrempelig zijn. Bovendien is er reëel nood aan een zorgbemiddelaar, een deskundige die de hulp coördineert en de totaliteit van de problematiek bewaakt. Dat moet enerzijds vermijden dat de zorgvragende oudere mens meermaals zijn verhaal moet doen aan verschillende, doorgaans vreemde, zorgverleners. Anderzijds moet dergelijke coördinatie erover waken dat alle aspecten van de situatie van de ouder wordende mens de noodzakelijke aandacht krijgen. De coördinatie moet het proces ook in de tijd blijven monitoren. Waar die functie nog niet bestaat moet ze gecreëerd worden. Waar ze reeds actief is, moet ze voldoende ondersteuning krijgen.

### 4.1.3 Omvattendheid

Een derde probleem in verband met informatie is dat men er te snel van uit gaat dat de persoon in kwestie weet wat zijn probleem is. En daardoor ook al weet welke informatie en hulp hij nodig heeft. Dit is meestal juist niet het geval. Van heel wat problemen nemen ouder wordende mensen als vanzelfsprekend aan dat ze er nu eenmaal bij horen en dat ze gewoon moeten aanvaard worden, omdat ze toch niet opgelost kunnen worden. Bovendien blijken er nog heel wat problemen in een taboesfeer te liggen. Er zijn vragen die ouder wordende mensen niet durven stellen aan de zorgverleners, omdat ze er zich voor schamen. Er heerst blijkbaar nog veel onwetendheid over typische kenmerken, ontwikkelingskansen en problemen van het ouder worden bij de doelgroep zelf. Het is daarom noodzakelijk dat zorgverleners goed gevormd zijn in psychogerontologische materies zodat ze de juiste vragen kunnen stellen en accurate informatie kunnen geven. Volgens de deskundigen blijkt die specifieke vorming nog ontoereikend te zijn en blijven hierdoor heel wat ouderen in de kou staan en/of wordt goede doorverwijzing uitgesloten.

De zorgvragende ouderen willen over hun behoeften praten en dan vooral met eigen familie, arts of verpleegkundigen. De arts en verpleegkundige hebben vanuit hun medische opleiding vaak te weinig aandacht voor het psychische en het spirituele. Uiteraard zijn deze zorgverleners vanuit hun opleiding niet of onvoldoende gewapend om met dat soort behoeften zelf te werken; het is wel belangrijk dat ze de psychische en spirituele problematiek erkennen en dan vervolgens de cliënt/bewoner kunnen doorverwijzen naar een professional die goed opgeleid is in gespreksvoering zoals maatschappelijke assistenten, psychologen en pastorale werkers/morele consultants. Vervolgens blijkt dan ook dat ze daarvoor vaak geen tijd hebben. Ten slotte moet "erover praten" ook meer zijn dan een babbeltje. Het praten over de eigen problemen en situatie moet constructief zijn, dat wil zeggen: moet bijdragen aan een positieve hanteling ervan. Om dergelijke gesprekken op een competente wijze te kunnen voeren is vorming en bijscholing nodig. Medici en paramedici beschikken vaak niet over de juiste techniek om vragen te stellen. Daardoor duurt het langer voordat ze tot de kern van het probleem komen. Wanneer zij tijdens de verzorging ruimte bieden aan de zorgvragende oudere om te praten, krijgen ze vaak een soort van ontlading over zich. Hoewel dat belangrijk is volstaat het niet, want het brengt de oplossing van het probleem niet dichterbij. Daarom is het noodzakelijk dat zorgverleners op de juiste manier met cliënt/bewoner leren omgaan. Dat kan uiteraard geen gespecialiseerd gesprek zijn, maar wel een gesprek waarin de zorgverlener minstens erkent wat er in de oudere mens omgaat. Uit het onderzoek komt dit aspect trouwens als zeer belangrijk naar voor. Het is uiteraard belangrijk dat de zorgverlener het onderscheid leert zien tussen normale vragen en behoeften die bij het ouder worden behoren en pathologische toestanden. Daarnaast is het noodzakelijk dat de zorgverlener ook duidelijk aangeeft wat de grenzen van zijn mogelijkheden zijn. Om dat allemaal mo-

gelijk te maken is adequate psychologische vorming noodzakelijk, uiteraard verzorgd door gespecialiseerde deskundigen. Hier ligt dan ook een specifieke rol weggelegd voor psychologen. Omwille van de haalbaarheid wordt dergelijke vorming best instellingsoverschrijdend georganiseerd en aangeboden.

Concrete voorstellen:

- De organisatie van laagdrempelige informatiepunten waar ouder wordende mensen informatie op hun maat kunnen krijgen, niet alleen schriftelijk, maar ook mondeling. Uiteraard moet deze informatie een zicht bieden op het ruime aanbod.
- Investeren in zorgbemiddelaars, ouderenconsulenten.
- Bijzondere aandacht in de opleiding van professionele zorgverleners als artsen, paramedici, animatoren, verpleging, verzorging, voor het domein van de psychogerontologische competenties (inzichten, vaardigheden en houding).
- De organisatie van bijscholing over constructieve communicatie met ouder wordende mensen.

#### **4.2 Visie**

Het is noodzakelijk dat de visie op ouderenzorg wordt verruimd door enerzijds een mensbeeld te hanteren waarin naast het fysieke ook het psychosociale en het spirituele reële aandacht krijgen. Anderzijds is het nodig naast curatief en preventief handelen ook de gezondheidsbevordering (salutogenese) een plaats te geven. Zowel het curatieve als het preventieve zijn sterk gericht op de negatieve aspecten van ouderdom. Met de salutogenese plaatsen we ook de ontwikkelingsmogelijkheden meer voor het voetlicht. Ouder wordende mensen kunnen het verlies aan fysieke mogelijkheden immers compenseren of ompolen door te investeren in hun innerlijke, spirituele ontwikkeling: dat kan op mentaal vlak zijn, kunstzinnig, sociaal (het delen van ervaringen), ambachtelijke, moreel, enz. Zo ontstaat er naast de fysiek-materiële neergang een innerlijke psychische en spirituele opgang-beweging. Die is van groot belang voor de zingeving en voor een toekomstperspectief van ontwikkeling. Deze gedachte vindt men terug in deze volkswijsheid: 'van de nood een deugd maken'.

Zo is het ook noodzakelijk dat oudere mensen zelf leren omgaan met verlies en met hun eigen eindigheid. Te vaak wordt dit blijkbaar weggemoffeld. Vorming en sensibiliseren van de ouderen zelf is nodig. Palliatieve zorgverlening beschouwt het sensibiliseren van de samenleving als een van haar belangrijkste actiepunten. Uiteraard moet iedereen (dus ook zorgverleners) met deze thema's leren omgaan. Voor de vorming en begeleiding op dat terrein zijn psychologen bijzonder goed geplaatst.



Concrete voorstellen:

- Voor professionele zorgverleners en voor mantelzorgers is het zinvol om intervisie te organiseren waarin ook de spirituele en salutogenetische dimensies een plaats krijgen.
- Voor het beleid: ook algemeen maatschappelijk werken vanuit een vollediger mensbeeld, bijvoorbeeld een driedelig mensbeeld met fysieke, psychosociale en spirituele dimensies. Vanuit een managementperspectief zou dit ook kunnen betekenen te werken met rationele, emotionele en spirituele competenties.

### **4.3 Constructief ouder worden**

Deskundigen zeggen dat er nood is aan bewustwording rond constructief ouder worden bij de ouder wordende generatie. Is het niet wenselijk dat iedereen zinvol leert omgaan met de laatste levensfase? Daarvoor is er naast informatie en praktische tips ook vorming nodig. De huidige generatie ouder wordende mensen heeft blijkbaar niet geleerd wat het ouder worden voor hen betekent aan zorgen, angsten, vragen en (ontwikkelings)mogelijkheden. Voor een aantal ouder wordende mensen gaat dat gemis gepaard met de beleving van doelloosheid en een gebrek aan toekomstperspectief. Getuige hiervan de studie van de VUB naar aanleiding van spectaculaire toename van zelfdoding bij bejaarden (2004). Zij missen een mensbeeld waarin ouderdom een vruchtbaar perspectief biedt. In de nieuwe manier van denken over animatie zou hiervoor bijvoorbeeld plaats kunnen gemaakt worden. Animatie betekent dan immers veel meer dan het bezig houden van ouderen en het organiseren van activiteiten. Etymologisch betekent animeren: 'een ziel geven', animatie dus: 'het verrijken van de ziel'. Animatie moet zich vanuit een emancipatorische instelling richten op de ondersteuning van de autonomie en op het bewaken dat de ouderen aan hun rechten komen.

De ontwikkeling van een constructieve benadering van oud worden is een gedeelde verantwoordelijkheid van zowel overheid als organisaties en instellingen voor ouder wordende mensen. Sensibilisering moet een dubbel doel nastreven: enerzijds het bestrijden van de negatieve beeldvorming over ouder worden en tegelijk het promoten van het belang en de mogelijkheden van constructief ouder worden. Psychologen kunnen hier een fundamentele educatieve bijdrage leveren, zowel voor de ouderen zelf als voor de zorgverleners.

Concrete voorstellen:

- Om een constructieve benadering kansen te geven is specifieke vorming voor zowel de ouder wordende mensen als voor de zorgverleners en animatiemedewerkers een noodzaak. In die vorming moeten ook preventie en de gezondheidsvordering (salutogenese) expliciet aandacht krijgen.

- Mediacampagnes vanuit de overheid moeten die benadering ondersteunen.

#### 4.4 Praktische tips

De vraag naar praktische tips die uit de survey naar voor komt heeft volgens de deskundigen indirect met communicatie te maken. Naarmate de problemen groter zijn, vragen de zorgvragende ouderen meer praktische tips. Vele praktische tips worden nu reeds via brochures verspreid. Hierbij kan men dan weer de vraag stellen of deze brochures tot bij de doelgroep geraken en of de informatie wordt opgenomen door de doelgroep. Waarschijnlijk zijn brochures op zich onvoldoende. Zoals we al gestelde hebben, moet in de mate van het mogelijke aan een brochure de mogelijkheid gekoppeld worden uitleg van een zorgverlener te krijgen. Uiteraard is daar tijd voor nodig. De professionele medische en paramedische zorgverleners krijgen daarvoor vanuit een prestatiesysteem geen ruimte. Thuisverpleegkundigen worden afgerekend op de paramedische handelingen die ze stellen en niet op de psychosociale zorgverlening. De erkenning in de nomenclatuur van het RIZIV dat ook de informatieverstrekking een essentieel onderdeel van de taak van alle professionelen is, is daarvoor noodzakelijk. Op dit moment wordt dit in Antwerpen een stuk opgenomen door de vrijwilligers van "aandacht voor senioren". Deze vrijwilligersorganisatie heeft een controlelijst voor hun vrijwilligers opgesteld die zij dan samen met de oudere kunnen checken. Huisbezoekprojecten die structureel ingebouwd zijn kunnen bijzonder preventief werken. Belangrijk is dat goed geïnformeerde professionele medewerkers achter de vrijwilligers staan.

Concrete voorstellen:

- Centralisering van de informatie die bekend gemaakt wordt bij de ouderen. Het Sociaal Huis biedt hiervoor kansen als het decreet bij de uitvoeringsbesluiten enige specifieke voorwaarden naar ouderen toe zou vastleggen. Elke oudere zou hierdoor in crisissituaties steeds naar dit centrale punt kunnen gaan. Sensibilisering dient zich alleen daar naar te richten.
- Professionalisering van de ondersteuning van vrijwilligers is een must. Hiervoor moeten structurele middelen vrijgemaakt worden. Ook vrijwilligers zouden expliciet moeten gevormd worden om aandacht te hebben en ruimte vrij te maken om mogelijkheden en problemen te bespreken.
- De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg moeten ondersteuning krijgen, opdat ze zich kunnen specialiseren in ouderenzaken. Zowel de zorgvragende ouderen als de zorgverleners zouden dan kunnen rekenen op de in de CGG aanwezige competenties.

- In het opleidingspakket van professionele zorgverleners moet kwalitatieve communicatie en het omgaan met grenzen, ter voorkoming van burn-out, een verplicht onderdeel worden.
- De kwaliteit van de opleiding en van de bijscholing van zorgverleners moet bewaakt worden. Dat kan ondermeer door voldoende menswetenschappelijk geschoolde universitairers in te schakelen.

### **4.5 Zelfredzaamheid**

Een opvallend punt uit de survey is dat zorgvragende ouderen "zelf oplossen" op de tweede plaats zetten en dat dit bij de zorgverleners pas op de zesde of zevende plaats komt. Volgens de deskundigen kan dit drie mogelijke oorzaken hebben. Een eerste oorzaak ligt in de opleiding van de zorgverleners. Wordt er in de opleiding niet te veel nadruk gelegd op de hulpeloosheid van ouderen? Er wordt wellicht impliciet een betutteling van de zorgvragende ouderen gestimuleerd en te weinig uitgegaan van de zelfredzaamheid van de ouderen (competentiemodel). Opleidingen zijn in die zin vaak nog erg conservatief, dat wil zeggen te eenzijdig gericht op de fysieke verzorging. Bovendien stimuleert het systeem de zorgbehoevendheid, want instellingen krijgen meer financiële middelen naarmate de mensen meer zorgbehoevend zijn en dat ook blijven. Dat kan contraproductief zijn voor het streven naar autonomie. Een derde oorzaak kan ten slotte zijn dat de zorgvragende ouderen zelf ervaren dat ze uiteindelijk 'hun plan moeten trekken', aangezien er weinig professionelen, noch vrijwilligers of mantelzorgers zijn, bij wie ze met hun problemen echt terecht kunnen. Ze ervaren dat ze op zichzelf aangewezen zijn. Toch blijkt dat heel wat oudere mensen niet tot zelfzorg in staat zijn, omdat ze nooit of onvoldoende geleerd hebben om zichzelf te verzorgen. Zelfredzaamheid geeft ouderen een gevoel van identiteit en zingeving.

Uiteraard moet de ondersteuning en stimulering van autonomie en zelfredzaamheid een zeer belangrijke doelstelling zijn bij elke bemoeienis met de ouder wordende mens. Wel is er een grens: de zelfredzaamheid mag niet opgedrongen worden door een gebrek aan ruimte, tijd, deskundigheid of respect. Een verkeerd begrepen zelfredzaamheid mag de oudere mens niet in gevaar brengen en mag zijn zelfwaarde niet ondermijnen. Bijvoorbeeld een oudere die begint te dementeren en vergeet te eten.

In de realiteit blijken weinig mensen uit de afhankelijkheid gehaald te worden, bijvoorbeeld door over te schakelen van een RVT naar een ROB, of door na een periode van passiviteit terug actiever te worden. Te weinig instellingen en organisaties hebben die expliciete aandacht voor (het herstel van) de autonomie in hun doelstellingen staan. Wellicht kan de overheid hier een stimulerende rol spelen zoals blijkt uit volgend concreet voorstel.

Concrete voorstellen:

- Diensten en organisaties financieel belonen als een persoon na een bepaalde periode bijvoorbeeld lager scoort op de Katz/Bel schaal.

- We vragen een speciale behandeling voor personen met dementie die fysiek nog gezond zijn (problematiek van het kleinschalig wonen).
- In de opleiding van zorgverleners moet er meer aandacht zijn voor de competentie van begeleiding tot zelfredzaamheid.

#### **4.6 Preventie**

Preventie moet volgens de deskundigen in het zorgsysteem verankerd worden. Op dit moment is alles wat rond preventie draait nog te vrijblijvend, te projectmatig; het is nog te weinig verankerd in het systeem. Uitleg geven over brochures met praktische tips, zoals we hiervoor besproken hebben, is een vorm van preventie. Het is nodig dat overleg met de zorgvragende oudere mens een structureel erkend en dus ook gefinancierd onderdeel van het werk van de zorgverlener wordt. Op die wijze kan de overheid preventie in het systeem echt verankeren. "Erover praten" is voor alle deskundigen een belangrijke dimensie van preventie.

Heel wat initiatieven van de oudere mensen zelf zijn te beschouwen als vormen van preventie. Het feit dat senioren zich zelf aanbieden als vrijwilliger, onder meer om andere ouderen te bezoeken, behoedt hen ervoor om zelf niet eenzaam te worden. Dit is zowel goed voor de vrijwilliger als voor de oudere, want de vrijwilliger voorkomt niet alleen zijn eigen eenzaamheid, maar ook die van de zorgvragende oudere.

Concrete voorstellen:

- De actieve senioren ondersteunen door coaching en anderen stimuleren tot het opnemen van vrijwilligerstaken, met speciale aandacht naar kansarme senioren toe.
- In de media niet alleen prestatiesporten belichten, maar ook het de alledaagse vormen van gezondheidsbevordering.
- Professionele ondersteuning van de ouder wordende mens in het vrijwilligerswerk; de lokale dienstencentra (LDC) zouden bijvoorbeeld hierbij een centrale rol kunnen spelen. Als er correcte middelen werden gegeven voor LDC zouden er meer opgericht worden (aanpassing voor kleine gemeenten). Uiteraard moeten ook andere initiatieven ondersteund worden.

#### **4.7 Autonomie**

Alle deskundigen zijn het erover eens dat de erkenning en de autonomie van de zorgvrager centraal moeten staan in de zorgverlening. Dit kan men doen door een breder gamma van woonvoorzieningen tussen de thuiszorg en het rusthuis aan te bieden. Het is noodzakelijk dat de bestaande vormen verder worden uitgebouwd en dat het aanbod groeit. Op deze manier kunnen ook zorgvragende ouderen gestimuleerd en ondersteund worden om autonoom te blijven wonen.

Uiteraard moet de hoop van de oudere om autonoom te blijven wonen wel realistisch blijven. Vaak hebben ouderen bijvoorbeeld onuitgesproken verwachtingen ten aanzien van hun kinderen en andersom. Die kunnen ook onrealistisch blijken te zijn. Deze (on)realistische hoop zou uitgesproken en besproken moeten kunnen worden. Er is dus meer open communicatie over de toekomst van de zorgvragende oudere mens nodig. De zorgverlener kan een bemiddelende rol spelen tussen de ouderen en de kinderen.

Een belangrijke dimensie van de autonomie is het zelfbeschikkingsrecht, de mogelijkheid om zelf keuzes te maken. Uit de praktijk blijkt echter dat op dit moment vele ouderen geen medezeggenschap hebben. Vaak worden beslissingen die voor hen belangrijk zijn, in hun plaats genomen zonder naar hun wensen te informeren of soms zelfs zonder de ouder wordende mens in te lichten.

Eigen beslissingsmacht is noodzakelijk en sterk aan te bevelen, maar ook hier zijn er grenzen, bijvoorbeeld aan de maatschappelijke haalbaarheid. We streven af op een zorgschaarste, aldus deskundigen. Daarom is het cruciaal dat de zorgvragende ouderen correcte informatie krijgen. Ze moeten een totaalbeeld hebben van de praktische en financiële gevolgen van hun beslissingen. We stellen in het onderzoek vast dat hier vaak het schoentje wringt: zowel de zorgvragende ouderen zelf als hun zorgverleners, vooral dan de mantelzorgers, ontberen vaak de juiste informatie over mogelijkheden tot ondersteuning. Ook stelt men in de praktijk vaak vast dat de oudere mensen en hun familie de problemen voor zich uit schuiven, waardoor ze soms door de omstandigheden gedwongen worden om plots te snel beslissingen te nemen.

Het is verder ook noodzakelijk dat ouder wordende mensen leren autonoom blijven en hun autonomie bepleiten en bewaken. Vaak komen ze gaandeweg, ongemerkt terecht in een patroon van afhankelijkheid. Dat autonomie ondersteunend leerproces vraagt heel wat investering en blijkbaar is daar vaak geen ruimte voor. Bijvoorbeeld al de omkadering met personeel van instellingen is daarvoor onvoldoende. Enerzijds wordt de ouderensector immers voortdurend geconfronteerd met afbouw van middelen en personeel en anderzijds worden haar steeds meer regels en kwaliteitseisen opgelegd. De sector kan daardoor niet waarmaken wat de samenleving en de overheid van haar verwachten en moet dat met lede ogen aanzien.

De ondersteuning van de autonomie moet vervolgens ook een expliciet aandachtspunt zijn in de opleiding van professionele zorgverleners. Zoals we hierna nog benadrukken is dat vooral in de medische en paramedische opleidingen nog niet vanzelfsprekend.

Concrete voorstellen:

- Sociale huisvesting verplichten om uitsluitend levenslange woningen op te richten
- Privé-initiatieven die levenslange woningen oprichten fiscaal belonen

- Innoverende projecten structureel ondersteunen. Dit kan door de huidige rigide normering aan te passen of door meer financiële middelen te voorzien. Wij denken aan leefgemeenschappen, gemeenschappelijke woonprojecten, gemengd samenwonen van verschillende generaties, projecten waar gewerkt wordt vanuit een driedelig mensbeeld.
- Controle van rusthuizen om de autonomie van de bewoners sterk te bewaken.

#### **4.8 Vorming**

Volgens de deskundigen bestaat er bij de zorgverleners een sterke behoefte aan opleiding in communicatie. De mantelzorgers en de thuisverzorgenden, uiteindelijk de belangrijkste pionnen in de thuiszorg, krijgen de minste ondersteuning. Er bestaat veel nood aan goede vorming op het gebied van psychogerontologie. Daarnaast is er minstens evenveel nood aan navorming op het gebied van communicatie en zelfreflectie voor zowel mantelzorgers, vrijwilligers als professionele zorgverleners: "Hoe ga ik met ervaringen om? Wat betekent dit voor mij als persoon?". De zorgverlener moet leren kijken naar en reflecteren op de eigen ervaringen. Op dit moment wordt dit soort vorming vooral gegeven voor specifieke probleemsituaties zoals dementie en palliatieve zorg. Maar het is noodzakelijk dat dit opgenomen werd in de algemene opleiding van de zorgverleners. Door het op te nemen in de algemene opleiding wordt er een basis gelegd waarvan men kan vertrekken als men vorming geeft over specifieke situaties zoals dementie en palliatieve zorg. Het gaat over het leren praten over gevoelens, zonder dat iemand zich bedreigd voelt. Momenteel hebben slechts weinigen dat geleerd, zowel bij de zorgvrager als bij de zorgverleners. Voor de mantelzorgers organiseren de mantelzorgorganisaties momenteel uiteraard wel een opleiding, maar de vraag is groter dan het aanbod, gezien het grote en steeds groeiende aantal mantelzorgers.

In de opleiding van zorgverleners wordt volgens de deskundigen te veel aandacht besteed aan de overdracht van kennis en te weinig aan het "kunnen" van de persoon. Daarom moet in de opleiding meer aandacht gaan naar vaardigheden zoals omgaan met gevoelens, zelfreflectie en durven omgaan met eigen kwetsbaarheid. Verschillende deskundigen stellen dat het gezondheidsonderwijs niet meer voldoet aan de nodige kwaliteitseisen. De psychische draagkracht van de studenten is vaak te laag. Erger is bovendien dat ze de elementaire verzorgingstechnieken onvoldoende beheersen. Bovendien hebben instellingen de ervaring dat onderwijsinstellingen steeds meer geneigd zijn om de praktijkopleiding door te schuiven naar hen. Ze verwachten dat hun stagiairs praktijkbekwaam gemaakt worden door de instellingen.

Daarnaast is er nood aan een betere ondersteuning van de zorgverleners tijdens het beroep. Communicatie zou moeten ingeroosterd worden in het werk-schema. Met communicatie wordt hier zowel het praten met de ouderen als het praten over eigen gevoelens als zorgverlener bedoeld. Er wordt hierbij verwe-

zen naar een project waarbij de zorgverlener 24 op 24 uur telefonische bijstand kon krijgen. De ervaring is daar dat het merendeel van de gesprekken gaan over de eigen gevoelens van de zorgverlener met betrekking tot wat hij de afgelopen dag had meegemaakt. Dergelijk klankbord voor zorgverleners is op dit moment weinig of niet aanwezig. Ook hier kan een specifieke rol weggelegd zijn voor gerontologisch gevormde psychologen.

Toch moeten we ons behoeden voor een pingpongspel tussen opleidingen, werkveld en beleid. Uiteraard moeten de inrichtende machten van onderwijs- en vormingsorganisaties voor hun verantwoordelijkheid gesteld worden. Ook diensten en instellingen kunnen op hun beurt meer inspanningen doen via een intern communicatie- en VTO-beleid. Tevens kan ook de overheid verdere inspanningen doen om het VTO-beleid te ondersteunen.

Concrete voorstellen:

- De ondersteuning van de autonomie opnemen als competentie in de opleidingen van professionele zorgverleners.
- In vorming en begeleiding van zowel professionele zorgverleners als van mantelzorgers en vrijwilligers de constructieve communicatie met de zorgvragende ouderen blijvend aandacht geven.
- De organisatie van een permanentie voor professionele ondersteuning van zorgverleners.
- Een meerledig mensbeeld (fysiek, psychosociaal en spiritueel) en een salu-togenetische, constructieve visie op de ouderdom opnemen in opleidings-programma's van zorgverleners: artsen, paramedici, verpleging, verzor-ging, animatoren, vrijwilligers, mantelzorgers. Zorgverleners de kans ge-ven om via specifieke, door de overheid gesubsidieerde, vormingspro-gramma's zelf praktische ervaringen op te doen vanuit dit driedig mens-beeld en zichzelf te ontwikkelen in die visie.
- Ontwikkelingspsychologie opnemen in het opleidingsprogramma van zorg-verleners (zie vorig punt): de ontwikkeling van de mens stopt niet met de volwassenheid, ook verdere levensfasen hebben hun ontwikkelingstaken.

### **4.9 Medicalisering van de zorg**

In het onderzoek stelden we vast dat vele zorgvragende ouderen het meest contact hebben met medische en paramedische zorgverleners. Dat houdt risi-co's in op een eenzijdige benadering. Vanuit de aard van hun benadering focus-sen juist die zorgverleners zich vooral op de fysieke verzorging. Op zich zou daar niets mis mee zijn, ware het niet dat op die manier geen recht gedaan wordt aan een totaal mensbeeld waarin ook psychologische, sociale, existentië-

le en spirituele dimensies vervat zitten. Daarom is het wenselijk dat ook zij aandacht hebben voor andere dan de fysieke dimensies. Vanuit onze integrale visie op de benadering van de ouderdom vinden we het belangrijk dat alle zorgverleners naast het curatieve ook aandacht leren hebben voor de preventieve en salutogenetische aspecten van het ouder worden. Aanzetten hiertoe zijn onder meer te vinden in de belevingsgerichte begeleiding (Verdult) en het Mahieutisch zorgconcept (Van der Kooy). Die verbreding is enerzijds natuurlijk een opdracht voor de opleidingen van de zorgverleners; anderzijds moet ook de werkbegeleiding van de professionele zorgverleners die ruime visie tot uitgangspunt blijven nemen, bijvoorbeeld in de intervisies.

Concreet voorstel:

- Het opnemen van het psychosociaal advies in de nomenclatuur.
- Het opnemen van psychosociale zorg en spirituele ontwikkelingskansen in het kwaliteitshandboek van ROB/RVT instellingen.

#### **4.10 Vrijwilligerswerking**

Volgens de deskundigen is er een instellingsoverschrijdende samenwerking nodig als het gaat om vrijwilligers. Er is nood aan een goed vrijwilligersbeleid. Er moet een blauwdruk ontwikkeld worden voor vrijwilligerswerk dat lokaal wordt ingevuld. Op dit moment worden vrijwilligers te vaak gezien als goedkope werkkrachten. Zo een blauwdruk zou de basisvoorwaarden bevatten die aanwezig moeten zijn om met vrijwilligers te werken. Het zou meer vorm geven aan de manier van aanwerven en begeleiden van vrijwilligers. Om vrijwilligers bij een organisatie te houden moet er voldoende tijd en begeleiding in worden gestoken.

Concrete voorstellen:

- Professionele ondersteuning van vrijwilligerswerk: professionelen moeten o.a. toezien op de kwaliteit van de service. Dat kan door de noodzakelijke vorming aan te bieden als door gerichte begeleiding door specifiek geschoolde professionals.
- Ontwikkeling van een blauwdruk voor het vrijwilligerswerk in de ouderenzorg.
- Gefinancierde coaching en vorming van vrijwilligers.
- Bestaande initiatieven die werken (zonder subsidies) volgens de voorgestelde principes zouden door de overheid meer ondersteund moeten worden.



### **4.11 Mantelzorgers**

De mantelzorg speelt een belangrijke rol in de ouderenzorg. Ook daar stelt zich een probleem. De vraag naar mantelzorg wordt steeds indringender. Anderzijds ontbreekt een voldoende ondersteuning van de mantelzorgers. De mantelzorgorganisaties hebben onvoldoende mogelijkheden om het groeiende aantal mantelzorgers te ondersteunen. Ook de overheid verwacht blijkbaar (te)veel van hen, maar stelt hen niet de nodige middelen ter beschikking. De ondersteuning van de mantelzorger moet vooral gericht zijn naar dagdagelijkse zorgondersteuning. Daarnaast is er in de thuiszorg behoefte aan voldoende erkende diensten; de oudere mensen zelf verwachten bovendien zorg van dezelfde persoon over een langere periode. Uiteraard is een uitbouw van de oppasdiensten, nachtopvang en transmurale zorgverlening (dagopvang en kortverblijf) eveneens van belang.

Concreet voorstel:

- Het beleid voor de mantelzorg moet uitgebreid een aangevuld worden met bijzondere aandacht voor vorming en coaching van mantelzorgers.

### **4.12 De rol van gespecialiseerde deskundigen**

In de rusthuizen en in de mantelzorg is er meer tijd nodig voor een luisterend oor. Voor de dagelijkse invulling van die behoefte is geen gespecialiseerde zorgverlener, zoals een psycholoog, nodig. Hier kunnen vrijwilligers een belangrijke rol spelen. De meerderheid van de deskundigen is van mening dat de normale zaken van het ouderdomsproces, zoals vereenzaming, de aandacht moeten krijgen van elke zorgverlener. Wel moet een psycholoog kunnen worden ingeschakeld als er sprake is van een pathologisch ziektebeeld zoals depressie of onverwerkte rouw.

De werkgroep 'psychologie in de ouderzorg' heeft enerzijds een lijst opgemaakt van de mogelijke psychologische interventies in de ouderenzorg en anderzijds een lijst van de verschillende psychologische competenties die er beschikbaar waren, zoals centra geestelijke gezondheidszorg, enz. Daarna heeft de werkgroep beide lijsten vergeleken om te kijken welke mensen welke problemen kunnen aanpakken. De werkgroep heeft geconcludeerd dat er een onderscheid moet gemaakt worden tussen hoogcomplexen zorgfuncties en basisfuncties. Hoogcomplexen zorgfuncties zijn bijvoorbeeld het begeleiden van teams van verzorgenden, het geven van psychotherapie, enz. Vele instellingen zullen deze hooggecompliceerde functies noodgedwongen moeten uitbesteden, omdat het voor hen niet betaalbaar om deze expertise zelf in huis te hebben. Voor deze functies zouden instellingen beter een netwerk opbouwen, zodat er bijvoorbeeld een psychogerontoloog verbonden wordt aan een centrum, die pendelt tussen de verschillende instellingen. Verder moeten instellingen of groepen van instel-

lingen minstens een beroep kunnen doen op gespecialiseerde psychologen voor speciale diagnosestellingen.

Buiten deze hooggecompliceerde functies zijn er ook nog basiszorgfuncties, die bijvoorbeeld te maken hebben met vereenzaming, angst, rouwverwerking. Deze functies kunnen door elke verzorgende worden opgepakt binnen hun functie, mits zij daar structureel tijd en middelen voor krijgen; daarvoor moet een instelling geen specifieke zorgverlener inschakelen. Wel moeten hiervoor opleidingen en trainingssessies opgezet worden die door psychogerontologisch geschoolde deskundigen, vooral psychologen verzorgd worden. Daarnaast zijn psychologen ook goed geplaatst om in de instelling, maar zeker ook instellingsoverstijgend zorgverleners te coachen in constructieve communicatie. Tenslotte kan de psycholoog ook optreden als begeleider van multidisciplinaire teams.

Een andere gespecialiseerde zorgfunctie die kritisch moet bekeken worden is die van de huisarts in een rusthuis. Uit de survey komt naar voor dat de huisarts een van de belangrijkste personen is waarbij een ouder wordende mens terecht komt met zijn problemen. De ervaring leert echter dat de meeste huisartsen deze rol niet opnemen, ondermeer omwille van tijdsdruk. Het voorstel van de deskundigen is om een "tehuisarts" aan te stellen of de rol van de coördinerende raadgevende arts (CRA) te versterken.

Vervolgens wordt de vraag gesteld in welke mate de modale huisarts voldoende competent is om de multidimensionele problematiek van ouder wordende mensen te herkennen en die vervolgens op een goede wijze te monitoren. Specifieke vorming is bijgevolg noodzakelijk. Verder kan men zich afvragen of binnen groepen van huisartsen geen arts-coördinator voor ouderproblemen zinvol zou kunnen functioneren.

Een manier om meer aandacht te besteden aan de psychische problematiek zou het opleiden van referentiepersonen zijn. Deze opleiding zou verzorgd kunnen worden door personen van een centrum voor geestelijke gezondheidszorg. Dit centrum raakt nu vaak niet tot bij de ouderen. De senioren boven de 80 die nu in contact komen met het centrum voor geestelijke gezondheidszorg, worden gestuurd door het rusthuis. Senioren tussen de 65 en 70 komen wel zelf. De referentiepersonen zouden een aanspreekpunt kunnen zijn zowel binnen als buiten de instelling.

Concrete voorstellen:

- De versterking van de positie van de coördinerende arts en daarvoor middelen voorzien.
- Een omschrijving van het profiel van de psychogerontoloog met aandacht voor de brede waaier van competenties die zo iemand zowel in instellingen als instellingsoverstijgend kan inzetten.
- Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg zouden kunnen instaan voor de begeleiding van de (professionele) zorgverleners bij het constructief omgaan met ouder wordende mensen.

- Structureel tijd/middelen vrijmaken voor zorgverleners voor kwalitatieve contacten met hun patiënten.
- Sensibilisering van huisartsen voor doorverwijzing bij psychosociale en spirituele noden

### **4.13 De rol van de overheid**

In de complexe problematiek van de ouderen is er een belangrijke rol weggelegd voor de overheid. Meestal moet zij de werking van instellingen, diensten en organisaties vooral ondersteunen en beter mogelijk maken. Een eerste middel is de financiële ondersteuning. De transmurale voorzieningen, dag- en nachtcentra, centra voor kortverblijf en dienstencentra, blijven onvoldoende beschikbaar bij gebrek aan financiële middelen. Daarnaast hebben ook vrijwilligersprojecten meer steun nodig. Wel moet erover gewaakt worden dat de stimulering van de mantelzorg niet als alibi gebruikt wordt om het al beperkte urencontingent van de professionele zorg nog in te krimpen. Opdat de autonomie en zelfredzaamheid daadwerkelijk voldoende ondersteuning zouden krijgen, is het zinvol om ook financiële stimuli te voorzien voor initiatieven die hen bevorderen.

Vervolgens bestaat er een nood aan een goed beleid voor vrijwilligers. Dergelijk beleid moet waarborgen dat vrijwilligerswerk structureel ingebed kan worden. Die structurele inbedding is noodzakelijk om de vrijwilligers een goede begeleiding en vorming te verzekeren. Hetzelfde geldt voor de mantelzorgers. Indien beide groepen, die nauwe contacten onderhouden met de ouder wordende mens, vorming en begeleiding krijgen, dan bereikt de overheid twee doelgroepen: vrijwilligers en mantelzorgers, meestal 50-plussers, die zelf de volgende explosieve generatie ouderen zullen zijn, én de huidige zeer oude mensen, die nu zorgbehoevend zijn. Hiermee doet de overheid aan preventie op korte en op lange termijn. Leert men 50 plussers bewust omgaan met het ouder worden vanuit een constructieve visie op de ouderdom, dan zullen zij een beter copinggedrag vertonen als zij eenmaal oud zijn.

Een derde punt is de aandachtige opvolging van de kwaliteit van de begeleiding en zorg die in de woon- en zorgcentra wordt geboden. De aandacht dient ondermeer gericht te worden op de wijze waarop autonomie en zelfredzaamheid van de bewoners verankerd worden in het beleid, conform de minimale sectorale kwaliteitseisen terzake, geformuleerd in de bijlagen van het kwaliteitsbeleid. Vlaanderen moet in de toekomst de nodige deskundigheden en vaardigheden eisen van besturen, zaakvoerders en directies. Daar waar er bewijsbare tekorten zijn, moet worden ingegrepen.

Er moet tijd en energie gestoken worden in sensibiliseren. In het onderwijs moeten studenten tijdens hun stage meer begeleiding krijgen. Op dit moment

krijgen begeleiders van studenten steeds minder ruimte. Dat heeft tot gevolg dat de student gewoon meedraait in een instelling zonder adequate begeleiding. Ook blijkt dat de stagiairs geen kennis maken met de hele realiteit van de baan. Men laat de student de gemakkelijke taken doen tijdens zijn stage, want men is bang dat hij door de harde realiteit afgeschrikt wordt en voor een andere baan gaat kiezen. Hierdoor mist de student leerervaringen. Voor de opleiding en begeleiding van de studenten in de scholen zijn ook docenten nodig met voldoende praktijkervaring.

Het fenomeen van de eenzaamheid mag niet veronachtzaamd te worden. Gestreefd moet worden naar een attitude van nabije aandacht, die verder reikt dan louter fysieke aanwezigheid tijdens fysieke hulpverlening. Het persoonlijke gesprek op evenwaardige basis levert hiertoe een essentiële bijdrage. Professionele zorgverleners moeten daarom structureel meer tijd krijgen, zodat ze terug kwalitatieve gesprekken kunnen voeren met de zorgvrager.

Concrete voorstellen:

- De overheid moet een aanmoedigingsbeleid ontwikkelen waarbij professionelen uit de zorgsector een functie als lesgever opnemen.
- De financiering niet alleen maar baseren op de mate van fysieke afhankelijkheid. De individuele zorgbehoefte van ouder wordende mensen en de kwaliteit van de zorgverlening zouden ook moeten verrekend worden.
- Een algemene sensibiliseringscampagne op touw zetten waarin preventie en salutogenese als noodzakelijke elementen van constructief ouder worden geponeerd worden.
- Sensibilisering van de doelgroep van de 50plussers en pensioengerechtigden rond constructief ouder worden en een visie op de ouderdom vanuit een ruimer mensbeeld. Op deze manier bereikt het beleid twee doelgroepen: enerzijds vormen zij de grote groep mantelzorgers en vrijwilligers, die met de doelgroep (hoog)bejaarden in contact komen en werkzaam zijn; anderzijds zijn zij de grote groep ouderen, waarvoor te weinig zorgverleners zullen beschikbaar zijn in de toekomst. Dit betekent preventie op korte én op lange termijn: effectiever copinggedrag en vermijden van verbittering, negatieve kijk op ouderdom, depressie, zelfdoding en zelfs dementie.

Een dergelijke sensibiliseringscampagne zou kunnen via:

- vormingscentra;
- fiscaal voordeel voor bedrijven die zulke vorming aan hun 50+ medewerkers aanbieden;
- ziekenfondsen
- media

- Een vruchtbare vraagstelling als leidraad nemen in het ouderenbeleid: 'hoe wil ik zélf oud worden?', 'hoe wil ik begeleid worden als ik oud en afhankelijk ben?'
- Kan er een aanzet gemaakt worden om psychologen/psycho gerontologen subsidieerbaar te maken in rusthuizen of terugbetaalbaar via ziekenfondsen. Mogelijk kan een psycholoog ook zetelen naast een maatschappelijk werker in de ziekenfondsen?
- Investeren in de integratie van ouder wordende mensen in de maatschappij, vooral in projecten met jongeren. Vb: ouderen uitnodigen vrijwillig mee te werken in de opleidingen van zorgverleners. Hoe kan men zorgverleners beter voorbereiden op hun taak dan in rollenspel met bejaarde personen zelf, die de juiste feedback kunnen geven? Voor communicatieve vaardigheden, 'rugschool', etc.

### **5 Besluit**

Dit onderzoek heeft zich gefocust op de leemtes in de zorgverlening aan hoogbejaarde zorgvragende ouderen en hun zorgverleners. We keken door de bril van constructief ouder worden naar de feitelijke situatie. We konden vaststellen dat de meeste ouderen doorgaans voldoende steun krijgen op het louter fysiek-curatieve terrein. Er is blijkbaar voldoende medische en paramedische zorgverlening, althans wat de fysieke dimensie van het ouder worden betreft. Daarnaast speelt ook de thuiszorg voor velen een belangrijke rol.

De echte behoeften van de zorgvragende ouderen brengen een paradox aan het licht: enerzijds worden ze geconfronteerd met de behoefte aan ondersteuning en worden ze afhankelijk van anderen; anderzijds zien ze zich geconfronteerd met het verlies van belangrijke mensen in hun leven. Tegelijk is hun behoefte om met iemand over hun situatie te kunnen praten zeer groot. Aan die behoefte kunnen de professionele zorgverleners nauwelijks voldoen mede omwille van de hoge werkdruk.

De zorgvragende ouderen geven in dit onderzoek ook aan dat ze vooral hun eigen plan (willen) trekken. Dat uit zich bijvoorbeeld in het thuis willen blijven. Dat gaat evenwel met een aantal typische problemen gepaard zoals angst en het gevoel van onveiligheid. Nogal wat respondenten die in een instelling verblijven geven juist aan zich van dergelijke problemen bevrijd te voelen. Voor die tegenstrijdige vaststellingen kunnen nieuwe vormen van wonen een oplossing bieden: er is behoefte aan woonvormen die nog niet totalitair zijn en die tegelijk de zelfredzaamheid intact laten, maar die tevens contact en gemeenschapsgevoel mogelijk maken.

De diepe, onderliggende leemte die dit onderzoek aan het licht bracht, heeft volgens de onderzoekers te maken met de eenzijdige benadering van de ou-

derdom. Dat blijkt ondermeer uit de grote behoefte aan gespreksmogelijkheden, die beide groepen, zowel de ouderen zelf als de zorgverleners, uitspreken. Die wijst op tekorten in de mogelijkheid om ervaringen te ventileren, om gevoelens te verwoorden, om met levensvragen bij iemand terecht te kunnen. Te weinig hebben we in dit onderzoek signalen opgevangen van een constructieve benadering van de ouderdom. Naast de neergang vooral op fysiek vlak, blijft immers ontwikkeling mogelijk op psychisch, sociaal en spiritueel vlak. De zorgverlening weet blijkbaar nog nauwelijks een preventief en saluto-genetische perspectief te integreren met de curatieve aanpak. Elke mens blijft een uniek wezen dat zich tot de laatste dag kan ontwikkelen.

Vervolgens moeten we de problematiek van de zorgvragende ouderen ook plaatsen binnen het perspectief van een samenleving waarin de plaats van de ouder wordende mens niet echt geïntegreerd is. Veel postmoderne mensen worstelen met de ouderdom en hebben die belangrijke leeftijdsfase nog geen positieve plaats in hun levensproject kunnen geven. Ook maatschappelijk worden ouder wordende mensen, laat staan zorgvragende ouderen, de zwaksten onder hen, nauwelijks erkend als belangrijke medespelers in het tussenmenselijk en socio-economisch verkeer. Het moet ons dan ook niet verwonderen dat een pleidooi voor meer zorg en aandacht vaak het karakter van een bedeltocht krijgt.

De bevraging van de zorgverleners maakt duidelijk dat ook zij behoefte voelen aan goede begeleiding en tegelijk dat velen van hen nog te weinig vanuit het ontwikkelingsperspectief naar ouderdom kijken en met ouder wordende mensen omgaan.

Dit onderzoek heeft een aantal vragen beantwoord en tegelijk nieuwe problemen en risico's aan het licht gebracht. We noemen er hier slechts enkele.

De vaststelling dat de zorgverleners weinig behoefte uitdrukken aan gespecialiseerde ondersteuning, door bijvoorbeeld psychologen, kan een thema zijn voor nader onderzoek. Ook de behoeften van de familie van zorgvragende ouderen aan begeleiding en ondersteuning zouden een onderzoeksthema kunnen zijn.

De situatie waarin velen zorgvragende ouderen zich bevinden brengt het risico mee dat deze mensen door hun zorgbehoefte in feite gemarginaliseerd worden in de samenleving en niet meer volwaardig kunnen participeren aan maatschappelijke diensten en organisaties. Ook een zorgverlening zelf die vaak nog al te betuttelend georiënteerd is draagt daartoe bij. Daarom is nieuw onderzoek nodig dat de processen van marginalisering doorheen de zorgverlening blootlegt.

Een andere vraag die doorheen de gesprekken met experts aan het licht kwam is in welke mate en onder welke voorwaarden de organisatie van de zorg, zowel in een instelling als in de thuiszorg, de autonomie van ouder wordende mensen ondergraaft dan wel ondersteunt. Longitudinaal onderzoek zou daarop een licht kunnen werpen.

In de probleemstelling noemden wij een sleutelactie in het onderzoeksprogramma van de Europese Gemeenschap, nl. 'The Aging Population and their Disabilities'. Kan volgende vraag in een onderzoek aan bod komen: 'The Aging Population and their **Abilities**': wat, waarin en met welke kwaliteiten kunnen ouderen bijdragen aan onze huidige maatschappij? Op welke niveaus? Bijvoorbeeld:

- Rechtsmatig: recht (van iedereen) op psychosociale en spirituele ontwikkeling;
- Economisch: de groep bejaarden worden in de toekomst één van de grootste werkgevers in de wereld;
- Sociaal: hebben ouderen geen eminente sociale taak in het voorleven van een waardige ouderdomsbeleving door blijvende innerlijke ontwikkeling?
- Maatschappijvernieuwend: brengt zo'n grote groep ouderen geen nieuwe waarden in de maatschappij, bijvoorbeeld een menselijker zorgverlening? Welk een rijkdom aan levenservaring vertegenwoordigen zij waaruit jongeren kunnen putten? Mogelijk kunnen zij 'eminent leader' zijn door jongeren te ondersteunen in hun maatschappelijke engagementen.

Aan het einde van dit rapport past het om de opdrachtgever te bedanken voor de kans die we kregen om dit onderzoek uit te voeren. De voorgaande bedenkingen maken duidelijk dat het werk nog niet af is en dat de levenskwaliteit van de ouder wordende medemens op vele domeinen verder moet onderzocht worden.