DE VISIE *ACTIEF OUDER WORDEN* ALS LEIDRAAD VOOR ZORGVERLENING AAN OUDEREN DOOR DE HUISARTS

Demaerel Hannah, K.U. Leuven

Promotor: Roex Ann, K.U. Leuven

Co-promotoren: De Lepeleire Jan, K.U. Leuven; Buffels Johan, K.U. Leuven

Praktijkopleider: Deleenheer, Anne-Marie, K.U.Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Email: hannah.demaerel@gmail.com

ICPC-code: Z28, Z60.0, Z 60.4, Z74

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave 2
1 **Voorwoord** 5
2 **Abstract** 6
3 **Inleiding** 7
4 **Literatuurstudie** 8
4.1 Methode literatuurstudie 8
4.2 Achtergrond van actief ouder worden 8
4.2.1 Socio-economisch aspect van de vergrijzing 8
4.2.2 Negatieve beeldvorming van ouder worden 8
4.2.3 Van productief naar *actief ouder worden* 9
4.2.4 Kritiek op het concept *actief ouder worden* 11
4.3 Onderzoek bij ouderen over *actief ouder worden* 11
4.3.1 Nood aan een realistische visie 12
4.3.2 *Actief ouder worden* als levensstijl 12
4.3.3 Socio-economische dimensie 13
4.3.4 Leeftijdsdiscriminatie 13
4.3.5 *Actief ouder worden* in woonzorgcentra 14
4.4 Praktijkvoorbeelden van *actief ouder worden* 14
4.4.1 Het Europees jaar van *actief ouder worden* en intergenerationele solidariteit 14
4.4.2 Ouderenbeleid in Vlaanderen en Brussel 15
4.4.3 *Actief ouder worden* in de gezondheidszorg? 16
4.5 Besluit 16
5 **Onderzoeksmethodiek** 17
5.1 Participanten 17
5.1.1 Selectie studiepopulatie 17
5.1.2 Karakteristieken 17
5.2 Interviews 18
5.3 Analyse 19
6 **Resultaten** 20
6.1 *Actief ouder worden* 20
6.1.1 Eigen visie op actief ouder worden 20
6.1.2 Sociaal actief 23
6.1.3 Mentaal actief en levenslang leren 25
6.1.4 Fysiek actief 26
6.1.5 Mobiliteit 26
6.1.6 Hobby's en interesses 27

6.1.7 Spiritueel actief 28
6.1.8 Beperkingen versus vaardigheden 29
6.1.9 Betrokkenheid 31
6.1.10 Hindernissen 32
6.2 Zelfredzaamheid 34
6.2.1 Betekenis zelfredzaamheid 34
6.2.2 Houding ten opzichte van afhankelijkheid 34
6.2.3 Advies van de omgeving 35
6.2.4 Hulpbehoevendheid 35
6.2.5 Zo lang mogelijk thuis 35
6.2.6 Partner 35
6.3 Zorg 36
6.3.1 Door zorg te ontvangen, verlies ik mijn autonomie 36
6.3.2 Liever zorg geven dan zorg te ontvangen 36
6.3.3 Positie van zorg ontvangen 36
6.3.4 Zelf zorgen voor anderen 36
6.3.5 Zorgverleners 37
6.4 Arts-patiëntrelatie 38
6.4.1 Band tussen huisarts en de patiënt: ervaring van ouderen 38
6.4.2 Communicatie 39
6.4.3 Beroep doen op de huisarts 40
6.4.4 Profiel van de huisarts 41
6.4.5 Hindernissen in de arts-patiëntrelatie 41
6.4.6 Toegankelijkheid 41
6.5 Preventie 42
6.5.1 Preventie? Nooit aan gedacht 42
6.5.2 (Hoe) zijn ouderen bezig met preventie? 43
6.6 De oudere als oudere: over zichzelf en maatschappij 45
6.6.1 Ouderen over vandaag en morgen 45
6.6.2 Ouderen over hun leeftijdsgenoten 47
6.6.3 Intergenerationaliteit en 'ageism' 47
7 **Discussie** 49
7.1 Het paradigma *Actief ouder worden* 49
7.1.1 Ouderen over *actief ouder worden* 49
7.1.2 Omgaan met afhankelijkheid en zorg 52
7.1.3 De arts-patiëntrelatie 52
7.2 *Actief ouder worden*: relevantie voor de huisarts 53
7.2.1 Paradigmashift 53

7.2.2 Sensibilisering en aanmoedigen van preventie 54
7.2.3 Ondersteunen in zelfredzaamheid en thuis blijven 55
7.2.4 Begeleiding in keuzes rond het levenseinde 55
7.2.5 Een goed netwerk uitbouwen 55
7.3 Zwaktes en sterktes 56
7.4 Verder onderzoek 57
8 **Praktijkverbeterend project** 58
8.1 Bespreken van vroegtijdige zorgplanning 58
8.1.1 Kwaliteitscirkel vroegtijdige zorgplanning 58
8.1.2 Voorlopige evaluatie 60
8.2 Andere toepassingen 60
9 **Besluit** 61
10 **Geciteerde werken** 62
11 **Bijlagen** 66
11.1 Bijlage 1 66
11.2 Bijlage 2 68
11.3 Bijlage 3 69
11.4 Bijlage 4 70
11.5 Bijlage 5 71
11.6 Bijlage 6 73
11.6.1 Uitnodiging en interview 73

1 VOORWOORD

Dit project is tot stand gekomen dankzij de input van een heel aantal mensen en organisaties. In de lente van 2011 werd het Huis voor Gezondheid gecontacteerd i.v.m. een mogelijk thesisonderwerp over ouderenzorg dat zich situeert in de Brusselse context. Zij verwezen me door naar het Kenniscentrum Woonzorg te Brussel. Het Kenniscentrum wil een aangepaste leefomgeving en zorg creëren voor ouderen met interactie tussen ouderen en de samenleving . Op 15 november 2011 vond een bespreking plaats met dir. Herwig Teugels en stafmedewerker Olivia Vanmechelen. Zij introduceerden de visie *actief ouder worden* en konden mij verdere achtergrondinformatie verstrekken. In de zorgverlening en welzijnssector is er nood aan een nieuwe perceptie rond ouderenzorg waarbij de focus verlegd wordt van de zorgbehoevendheid naar de betrokkenheid van ouderen, hun eigen bijdrage in de zorgverlening en hun persoonlijk welzijn. Samen vroegen we ons af of het concept *actief ouder worden* gekend is bij de (Brusselse) huisarts. Via hen kwam ik bij de onderzoeksgroep aan de VUB terecht, waar men onderzoek verricht naar o.a. participatie van ouderen aan de maatschappij. In een gesprek met Prof. Tinie Kardol, leerstoel *Active Ageing* en Dr. Liesbeth De Donder, VUB onderzoeksgroep *Belgian Ageing Studies* op 11 januari 2012, kwam ik meer te weten over hun bron van inspiratie en de drijfkracht van hun onderzoek. Zij pleiten voor het betrekken van ouderen in het ouderenbeleid, het doorbreken van zorgverlening als afhankelijkheidssituatie, ouderen zelf aan het woord laten, drempels en hindernissen identificeren waar ouderen mee te maken krijgen enz. Hun enthousiasme werkte zeer aanstekelijk en van daaruit ben ik gaan kijken hoe ik zelf met *actief ouder worden* aan de slag kon gaan. Prof. Jan De Lepeleire had dit thema ook op zijn lijstje staan en hij heeft me op weg geholpen om deze visie te exploreren in de huisartspraktijk.

Graag wil ik volgende mensen bedanken: mijn promotor Prof. Ann Roex, een onuitputtelijk vat vol ideeën, enthousiasme en aanmoediging met wie de samenwerking op een hele fijne manier is verlopen; mijn co-promotoren Prof. Jan De Lepeleire en Prof. Johan Buffels voor hun waardevolle feedback; mijn praktijkopleider Annemie Deleenheer voor haar input, ondersteuning en de aangename begeleiding afgelopen twee jaren; Walter Renier voor zijn feedback over het praktijkverbeterend project; Lieve Renier voor de logistieke (en sociale) ondersteuning; Aisling van Vliet, mijn tweede lezer, voor de jarenlange vriendschap en de uren tijd die je gestoken hebt in het lezen van de interviews; Prof. Tinie Kardol en Dr. Liesbeth De Donder voor het wegwijs maken in dit boeiende onderwerp alsook de fijne ontvangst; Lien Van Malderen voor het geven van tips over interviewen; het Kenniscentrum Woonzorg voor hun inspirerende visie; het Huis voor Gezondheid dat mij op de hoogte hield van alle initiatieven rond actief ouder worden en mij in contact bracht met sleutelfiguren; vrienden en familie: voor jullie interesse en ondersteuning, niet alleen voor deze thesis, maar gedurende heel mijn opleiding; mijn geweldige ouders en schoonouders: waar zou ik zonder jullie geweest zijn? Bedankt voor jullie jarenlange steun, toeverlaat, liefde, vriendschap, wijsheid, luisterend oor en kostbare raad.
En ten slotte Stefan mijn super-man: kritische lezer, redacteur, vormgever, luisteraar, raadgever, opvangtehuis, chef-kok, huisman, echtgenoot, beste vriend, kostbaarste schat…ontzettend bedankt voor al jouw werk en bijdrage en je oneindige geduld met mij.

Hannah Demaerel

2 ABSTRACT

Context: Ouderen vormen wereldwijd een steeds toenemende bevolkingsgroep. De gezondheidszorg en samenleving staan voor een grote uitdaging, gezien de grote impact van de vergrijzing op verschillende beleidsgebieden. In het Westen heerst een negatief beeld waarbij ouderen worden afgebeeld als zorgafhankelijk, passief en niet meer in staat een bijdrage te leveren aan de maatschappij. Het ouderenbeleid werd voornamelijk gereduceerd tot een zorgbeleid. De laatste jaren stijgt de overtuiging (én het bewijs) dat ouderen in de eerste plaats een belangrijke hulpbron zijn voor hun familie, omgeving en de economie. Verschillende stemmen, waaronder de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), pleiten voor een nieuwe visie op ouder worden waarbij men participatie van ouderen aan de maatschappij bevordert, kansen creëert om op een gezonde en actieve manier ouder te worden en hindernissen aanpakt die dit belemmeren. (1) Op die manier wil men de levenskwaliteit van ouderen verhogen. Men houdt hierbij rekening met de behoeften en capaciteiten van de ouderen: ook ouderen met een handicap of co-morbiditeit en kwetsbare ouderen worden betrokken. Het doel is een samenleving voor alle leeftijden te creëren, waarbij solidariteit tussen de generaties bevorderd wordt. Gezond ouder worden is een belangrijke voorwaarde voor *actief ouder worden* en de levenskwaliteit van ouderen. (1) De huisarts heeft een belangrijke taak in de gezondheidspromotie en preventie bij de oudere bevolking.
Onderzoeksvraag: In dit onderzoek werd nagegaan hoe ouderen in een Brusselse huisartsenpraktijk denken over *actief ouder worden* en op welke manier *actief ouder worden* relevant kan zijn voor de huisarts in de zorgverlening aan ouderen.
Methode: Er werd eerst een literatuuronderzoek verricht naar de achtergrond van *actief ouder worden*. Vervolgens werd een semi-gestructureerd interview afgenomen (n=18) van thuiswonende tachtigplussers. Op basis van de bevindingen werd een praktijkverbeterend project uitgevoerd en aanbevelingen gedaan voor de huisarts.
Resultaten: De meeste respondenten leiden een actief leven maar zijn niet bewust bezig met *actief ouder worden* zoals beschreven in de literatuur. Zelfredzaamheid en zolang mogelijk thuis blijven zijn voor hen de belangrijkste doelstellingen. Ouderen zien zelf niet steeds het verband tussen actief blijven en een verhoogde levenskwaliteit en weinigen doen bewust aan preventie. De omgeving en maatschappij oefenen een belangrijke invloed uit op de activiteit van de oudere. De huisarts wordt als een centrale persoon beschouwd die de oudere kan ondersteunen in het proces van (actief) ouder worden.
Volgende aanbevelingen voor de huisarts kunnen gedaan worden o.b.v. de bevindingen: bewustwording van eigen visie op (actief) ouder worden, identificeren van drempels die zelfredzaamheid bedreigen, informeren over en aanmoedigen van preventieve maatregelen, ondersteuning tijdens het levenseinde en aandacht voor vroegtijdige zorgplanning, een goed netwerk uitbouwen met andere zorgverleners en ten slotte kennis hebben van diensten en voorzieningen voor ouderen met bijzondere aandacht voor vereenzaamde ouderen.
Een praktijkverbeterend project werd uitgevoerd rond het bespreken van vroegtijdige zorgplanning. Er werd een invoerbase gemaakt om op gestructureerde wijze (beslissingen rond) het levenseinde bespreekbaar te maken en te coderen in het elektronisch medisch dossier.
Conclusies: De visie '*actief ouder worden*' past volledig binnen de doelstellingen van de huisarts als gezondheidspromotor. Door in te spelen op de verschillende beïnvloedende factoren en de principes van *actief ouder worden* toe te passen, kan de huisarts de oudere ondersteunen door zijn mogelijkheden te benutten en bijdragen aan het bevorderen van de levenskwaliteit.

3 INLEIDING

Actief ouder worden is een paradigma dat stelt dat wanneer mensen op een actieve manier ouder worden, dit zal leiden tot een verhoogde levenskwaliteit. Het gaat over actief blijven op verschillende gebieden: fysiek, mentaal, sociaal, spiritueel, cultureel en op maatschappelijk niveau. *Actief ouder worden* gaat in essentie over 'blijven meedoen': participeren aan de samenleving en betrokken blijven. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) pleit voor een inclusieve maatschappij, waar elk individu deel van uitmaakt en iets kan aan bijdragen, ongeacht achtergrond, geslacht, gezondheid of leeftijd. (1)- (2)

De (huis)arts heeft als doel gezondheid te promoten en aldus bij te dragen tot de levenskwaliteit en het welzijn van de persoon. Gezondheid is volgens de WHO niet enkel de afwezigheid van ziekte, maar het geheel van lichamelijk, mentaal en sociaal welbevinden en is nauw gelinkt aan de levenskwaliteit van de persoon. Het is ook een belangrijke voorwaarde om op actieve manier ouder te worden.

Door de vergrijzing neemt het aantal ouderen toe, waardoor ook het belang aan ouderenzorg stijgt in de zorgverlening door de huisarts. Aangezien gezondheidsproblemen en fysieke beperkingen toenemen met de leeftijd, staat de gezondheidszorg (en de gehele samenleving) voor een grote uitdaging. *Actief ouder worden* wil een antwoord bieden op deze uitdaging door ouderen opnieuw aan te spreken op hun capaciteiten en hen als een bron en niet louter als 'last' te beschouwen. Het wil ouderen zélf betrekken in het omgaan met de vergrijzing.

Er heerst een negatieve beeldvorming over ouderen. In de gezondheidszorg worden ouderen vaak als zorgbehoevenden beschouwd, hoewel in realiteit veel ouderen zelf instaan voor zorg aan anderen. Er zijn aanwijzingen dat een mentaliteitsverandering nodig is om ouderen te betrekken als actieve partners in de zorgverlening waarbij hun autonomie en zelfredzaamheid gerespecteerd en aangemoedigd wordt.

Dit onderzoeksproject wil nagaan hoe ouderen kijken naar (actief) ouder worden, welke beïnvloedende factoren een rol spelen in hun activiteit, hoe de huisarts vervolgens kan inspelen op deze factoren en ten slotte de principes van actief ouder kan toepassen in de zorg aan ouderen. Er werd eerst een literatuurstudie gedaan over *actief ouder worden* (*active ageing*). Daarna werd een kwalitatieve studie uitgevoerd bij ouderen in de huisartspraktijk door middel van interviews. De resultaten van deze interviews werden geanalyseerd en vergeleken met de literatuur. Er werden vervolgens toepassingen van *actief ouder worden* geformuleerd voor de huisarts. In de laatste fase van het onderzoek werd een praktijkverbeterend project uitgetekend op basis van de bevindingen.

4 LITERATUURSTUDIE

4.1 METHODE LITERATUURSTUDIE

Voor het literatuuronderzoek werden volgende onderzoeksvragen vooropgesteld:

1. Wat is er gekend over *actief ouder worden*?
2. Hoe ervaren ouderen *actief ouder worden*?
3. Zijn er praktijkvoorbeelden van *actief ouder worden*?

Er werd vertrokken van de publicaties van de WHO (Active ageing, a policy framework), auteur Alexander Kalache (Active ageing makes the difference) en Alan Walker (A strategy for active ageing e.a.). (1)- (2) Er werd contact opgenomen met het Kenniscentrum Woonzorg Brussel en de VUB onderzoeksgroep *Belgian Ageing Studies*. Zij konden meer achtergrondinformatie en praktijktoepassingen geven over *actief ouder worden* alsook over hun eigen onderzoek in Vlaanderen en Brussel. Via CEBAM werd gezocht naar literatuur over *actief ouder worden*. In de quaternaire noch tertiaire bronnen werd er iets gevonden. Een Medline search werd verricht op 6/02/2012 via Pubmed met de MeSH termen "active ageing AND (Humans[Mesh] AND (Meta-Analysis[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND English[lang] AND aged[MeSH]". Er gebeurde screening op titel, vervolgens op abstract met als selectiecriteria: ouderen, *actief ouder worden*, relevantie van de inhoud m.b.t. het onderwerp van de studie. Dit leverde 438 artikels op waarvan 293 reviews. Vierentwintig artikels werden weerhouden, waarvan er vier niet beschikbaar waren. Een zoektocht op SUMSEARCH en TRIPDATABASE leverde drie bijkomende artikels op. Een zoektocht op LIMO bracht nog acht artikels aan. Van de geselecteerde artikels werden de referenties nagekeken.

4.2 ACHTERGROND VAN ACTIEF OUDER WORDEN

4.2.1 SOCIO-ECONOMISCH ASPECT VAN DE VERGRIJZING

Ouderen vormen wereldwijd een steeds toenemende bevolkingsgroep, ten gevolge van lage geboortecijfers (voornamelijk in het Westen) en een gestegen levensverwachting. (3)
Voor Brussel is de situatie verschillend van Vlaanderen en Wallonië: tot 2009 was de vergrijzing in de hoofdstad vrij stabiel gebleven. Sinds 2009 ziet men opnieuw een toename van het aantal ouderen. Het gewest Brussel-Hoofdstad heeft ondertussen het hoogst aantal 85-plussers t.o.v. de totale ouderenpopulatie. Een bijkomend fenomeen is dat men tegen 2020 verwacht dat de helft van de ouderen van allochtone oorsprong zal zijn. (4) De vergrijzing gaat gepaard met een belangrijke budgettaire kost. Uit het jaarrapport van de Belgische Studiecommissie voor de Vergrijzing blijkt dat in België de sociale uitgaven tegen 2060 met 6,1 procent zullen toenemen tot 31,4 procent van het bruto binnenlands product (bbp). De commissie legt de oorzaak bij de crisis: doordat de werkloosheid hoger en de economische groei lager liggen dan verwacht, zijn ook de meerkosten voor de vergrijzing hoger. (5) Veel EU-landen kampen met deze problemen. De laatste twee decennia is veroudering meer en meer op de Europese politieke agenda komen te staan, gezien de grote impact op verschillende beleidsgebieden: tewerkstelling, pensioenen, sociale voorzieningen, gezondheidszorg en burgerschap. (6)

4.2.2 NEGATIEVE BEELDVORMING VAN OUDER WORDEN

De hierboven besproken evoluties hebben in de Westerse samenleving een negatief beeld gecreëerd over ouder worden. Verouderen wordt beschouwd als een fase van onomkeerbare aftakeling waardoor ouderen zorgafhankelijk worden, passief en geen bijdrage meer kunnen

leveren aan de maatschappij. (7), (8) De term 'rusthuis' werd in 2009 vervangen door 'woonzorgcentrum' in het Vlaams woonzorgdecreet. (9) Toch gebruikt men het woord 'rusthuis' nog zeer frequent, waarbij de negatieve connotatie met 'op rust gaan' en inactiviteit blijft bestaan. Leeftijdsdiscriminatie (*ageism*) en stereotyperende beweringen dat ouderen zowel politiek als economisch inactief zijn, dat zij ongeïnteresseerd zijn in sociale en maatschappelijke participatie, leidden tot een toenemende uitsluiting van deelname aan politieke en buiten-politieke structuren. Dit wordt door *Walker (1996)* verwoord als 'groot in aantal, maar beperkt in invloed.' (7), (8) Ook de media en de *anti-ageing* industrie tonen dat het onaantrekkelijk en niet populair is om ouder te worden.

4.2.3 VAN PRODUCTIEF NAAR *ACTIEF OUDER WORDEN*

In de jaren '90 van de 20ste eeuw werd veroudering een politiek agendapunt in de Europese unie. Enerzijds merkte men dat de *early-exit* strategie niet langer houdbaar werd (d.w.z. vervroegd op pensioen gaan om plaats te maken voor jongere werknemers), anderzijds zag men de economische voordelen indien men ouderen langer aan het werk zou kunnen houden. Er kwam meer aandacht voor tewerkstelling van ouderen en gelijke kansen en voor het eerst werd er gesproken over '*actief ouder worden*'. De focus was voornamelijk gericht op het productieve en economische aspect van *actief ouder worden*, d.w.z. het verlenen van goederen en diensten op latere leeftijd, betaald of onbetaald. (6), (7)
Onder de invloed van de WHO evolueerde *actief ouder worden* tot een nieuw concept waarbij activiteit en gezondheid onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn en elkaar wederzijds beïnvloeden. Gezondheid refereert hier naar zowel fysiek, mentaal als sociaal welzijn en niet louter de afwezigheid van ziekte (WHO definitie van gezondheid). (6) Wil men dat mensen langer economisch actief blijven, zal men zich in de eerste plaats moeten richten op preventie van morbiditeit, het aanmoedigen van een gezonde levensstijl en aandacht hebben voor de kwaliteit van leven. (6) Volgens bevindingen van de WHO is ouderdom op zich niet geassocieerd aan hoge economische uitgaven, maar morbiditeit en (chronische) ziekten wél. Wanneer men méér investeert in het voorkomen van deze ziekten, zullen medische kosten globaal afnemen. (1) Een Belgische parlementaire nota in 2004 stelt dat in de veroudering ook kansen vervat zitten: "met de stijging van het aantal oudere levensjaren komt er immers een groot potentieel vrij van kennis, ervaring én vaardigheden, die —mits een optimale inzet — de vergrijzingskost mee zal kunnen opvangen." (10) Volgens de WHO *Brasilia Declaration on Ageing* (1996) zijn gezonde ouderen in de eerste plaats een belangrijke hulpbron voor hun familie, omgeving en voor de economie en niet zozeer een economische last. Hoe actiever zij zijn, hoe meer zij kunnen bijdragen aan de samenleving. (2)
Maar het debat rond (actief) ouder worden gaat véél verder dan economische overwegingen.
Volgens Walker belangt het de héle samenleving aan. Als antwoord op de vergrijzing stelt hij een strategie voor die ingaat tegen de traditionele aanpak van vele Westerse landen en die de verschillende politieke domeinen zoals tewerkstelling, pensioenen, gezondheid, sociale voorzieningen en burgerschap met elkaar verbindt. Zijn visie achter deze strategie van *actief ouder worden* is een samenleving voor álle leeftijden waar elke persoon gewaardeerd wordt en de *kans* krijgt om te participeren en bij te dragen aan de maatschappij, ondanks leeftijd of andere persoonlijke kenmerken. (6) *Actief ouder worden* is een nieuw paradigma met als doel de visie op het proces van ouder worden, alsook de vooroordelen en stereotypen hierover te veranderen. (11)
In 2002 kwam de WHO met een multi-dimensionele benadering van *actief ouder worden*:
"Active ageing is the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age." (1)
Vertaald is dit 'het proces waarbij men bij ouder wordende mensen de kansen en mogelijkheden tot gezondheid, participatie en veiligheid wil optimaliseren om de levenskwaliteit te

bevorderen.' Levenskwaliteit wordt door de WHO beschreven als *"de individuele perceptie van zijn plaats in het leven in de context van zijn cultuur en van zijn waardensysteem met betrekking tot zijn doelstellingen, verwachtingen en standaarden. Het concept integreert op een complexe manier de fysieke gezondheid van de persoon, zijn psychologische toestand, zijn niveau van onafhankelijkheid, zijn sociale relaties, zijn persoonlijke overtuiging en zijn relatie met betekenisvolle omgevingsfactoren."* (12)

De eerste pijler, **gezondheid**, gaat over gezondheidspromotie, ziektepreventie en gelijke toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg, zowel in eerste lijn als in chronische zorg.

Geestelijke gezondheidszorg speelt een cruciale rol in *active ageing* en zou integraal deel moeten uitmaken van chronische zorgverlening, met specifieke aandacht voor depressie en suïcide bij ouderen. (1) De snelheid waarmee het algemeen functioneren afneemt en de morbiditeit toeneemt, is grotendeels afhankelijk van de levensstijl op jonge en volwassen leeftijd (roken, alcohol, beweging, overgewicht) en omgevingsfactoren. Veel morbiditeit zoals diabetes en cardiovasculaire ziekten kan voorkomen of vertraagd worden door het nemen van maatregelen op jongere leeftijd. Daarom vereist *actief ouder worden* een brede (preventieve) aanpak die het hele leven behelst, niet enkel de laatste decaden. (1)

Over de tweede pijler**, participatie**, vindt de WHO dat 'ouderen moeten kunnen blijven participeren in sociale, culturele, spirituele, economische en maatschappelijke aangelegenheden'. Walker legt hierbij de nadruk dat deelname van ouderen aan het maatschappelijk leven in overeenstemming moet zijn met hun persoonlijke noden, behoeften en capaciteiten. (13) Ook de oudste ouderen, ouderen met een handicap of co-morbiditeit en kwetsbare ouderen kunnen actief bijdragen aan hun omgeving, familie, buren enz. (1) Actief zijn betekent alle betekenisvolle acties die men onderneemt en die bijdragen tot het welzijn van de persoon, de omgeving of de maatschappij in zijn geheel. (6) Volgens *Klerk en Eijsinck (1998)* kan maatschappelijke participatie worden onderverdeeld in vrijwilligerswerk, informele hulp (zorg aan naasten), sociale participatie (verenigingsleven) en politieke participatie (rechtstreeks of deelname aan activiteiten die erop gericht zijn invloed uit te oefenen op politieke besluitvorming). Anderzijds zijn er nog andere vormen van participatie: informele sociale contacten en deelname aan het culturele leven. (8) Maatschappelijke participatie is niet enkel van belang voor het welzijn van de samenleving, maar ook voor het welzijn van individuen.

In de literatuur wordt het vaak in verband gebracht met gezond en goed ouder worden: sociale participatie op hogere leeftijd heeft een positieve invloed op verschillende gezondheidsindicatoren zoals mortaliteit, morbiditeit, de incidentie van depressie, dementie, cognitief functioneren, subjectieve gezondheid en gezondheidsgerelateerd gedrag. (14) Maatschappelijke deelname is belangrijk om *empowerment* van ouderen te stimuleren. (8)

Een kleine bemerking hierbij is dat er een grote verscheidenheid en heterogeniteit tussen ouderen heerst. *Actief ouder worden* gaat over kansen en mogelijkheden creëren, niet over ouderen verplichten om actief te zijn. (8) *Actief ouder worden* gaat ook over (de mogelijkheid tot) levenslang leren, het onderhouden van vaardigheden en bewaren van onafhankelijkheid.

Het wil leeftijdsbarrières doorbreken: mensen moeten niet beoordeeld worden op hun leeftijd maar op hun competenties. (6)

Veiligheid als derde pijler betreft het beschermen van en zorg dragen voor ouderen die hier zelf niet meer toe in staat zijn. Dit gaat o.a. over een veilige omgeving creëren, een sociaal netwerk verzekeren en bescherming tegen geweld en misbruik. De fysieke en sociale omgeving is heel belangrijk daar ouderen kwetsbaarder zijn voor eenzaamheid, sociale isolatie, depressie, verminderde mobiliteit e.a. (1)

Actief ouder worden is gebaseerd op de mensenrechten van ouderen (*United Nations Principles of independence, participation, dignity, care and self-fulfillment*): het verschuift strategische plannen weg van een op noden gebaseerde aanpak naar een op rechten gebaseerde aanpak die de rechten van de oudere op gelijkheid van kansen erkent, en dit voor alle aspecten van het leven.

Het is bijgevolg een perspectief op het hele leven en niet enkel geldig voor de derde en vierde leeftijd: *actief ouder worden* begint van jongs af aan en wederzijdse afhankelijkheid en intergenerationele solidariteit, waarbij jongere en oudere generaties zowel geven als ontvangen, behoren tot de basisprincipes. (1)

4.2.4 KRITIEK OP HET CONCEPT *ACTIEF OUDER WORDEN*

Hoewel velen zich achter de visie *actief ouder worden*' kunnen scharen, zijn er ook een aantal bedenkingen. *Stenner et al. (2011)* waarschuwen voor een idealisatie van actief en succesvol ouder worden waarbij ouderen die dit niet kunnen waarmaken uit de boot vallen. 'Actief' en 'succesvol' zouden als impliciete normatieve standaarden kunnen opgevat worden. *(geciteerd uit: Holstein en Minkler 2007)* Wanneer men bovendien enkel op de positieve kenmerken van ouder worden gaat focussen, dreigt men onrealistische verwachtingen van ouderen te scheppen met een negatief gevolg op hun identiteit en eigenwaarde. (11) Men moet ervoor waken dat er geen nieuwe stereotypering worden gecreëerd, nl dat iedereen actief ouder moet worden, met het risico dat ouderen moeilijker met hun toenemende kwetsbaarheid kunnen omgaan omdat ze niet kunnen voldoen aan de standaard. (8) *(geciteerd uit: Angus en Reeve (2006); Jacobs (2005))*
Walker (2002) benadrukt de diversiteit en heterogeniteit tussen ouderen die toeneemt met de leeftijd. *Actief ouder worden* dient ook rekening te houden met nationale en culturele verschillen wat betreft de verschillende vormen van actief zijn. (6) Een andere kritiek is dat beleidsmakers de verwachtingen rond *actief ouder worden* gaan definiëren terwijl deze kunnen afwijken van de visies van ouderen zelf. (11)
Ranzijn 2010 bestudeerde de inheemse ouderen in Australië als *case-study* voor gemarginaliseerde groepen in de samenleving (niet-dominante culturen, kansarmen, werklozen, mensen met een slechte fysieke of psychische gezondheid, minder begaafden…). Hij lijst een heel aantal barrières op die het moeilijk maken voor deze ouderen om op actieve manier ouder te worden zoals financiële moeilijkheden, beperkte mobiliteit, gezondheidsproblemen, (on)toegankelijkheid van centra en psychologisch (on)welzijn. De focus op *actief ouder worden* zou sociale exclusie in de hand kunnen werken door de kloof tussen kansrijke ouderen en kansarme ouderen te vergroten. Armoede is in het bijzonder een groot probleem op oudere leeftijd gezien de mogelijkheden om iets bij te verdienen vaak niet bestaan en men in isolatie dreigt verzeild te geraken. Hij waarschuwt ook dat *actief ouder worden* als beleid eerder economische dan ethische motieven kan hebben, met name het productief blijven om de last op de maatschappij te verlichten. Een andere kritiek die hij levert is dat *actief ouder worden* kadert in het Westerse individualistische wereldbeeld dat onafhankelijkheid, autonomie en zelfredzaamheid als belangrijk(st)e waarden koestert. Deze waarden staan in scherp contrast met deze van de inheemse bevolking in Australië waar onderlinge afhankelijkheid en zorg voor elkaar veel belangrijker zijn. Als *actief ouder worden* relevant wil zijn, moet het rekening houden met de noden van ouderen en de omstandigheden waarin deze gemarginaliseerde ouderen leven. De auteur stelt een inclusiever paradigma voor, namelijk *'ageing well'* of '*authentic ageing'*. Hierbij kunnen ouderen zelf uitmaken wat voor hen een goede manier is om ouder te worden. De nadruk ligt op authentiek ouder worden, namelijk realistisch zijn t.o.v. het proces van ouder worden en trouw blijven aan zichzelf. (15)

4.3 ONDERZOEK BIJ OUDEREN OVER *ACTIEF OUDER WORDEN*

De laatste jaren zijn er een aantal kwalitatieve studies verschenen om de ideeën, visies en verwachtingen van ouderen zélf in kaart te brengen over *actief ouder worden*, aangezien, zoals eerder aangehaald, deze kunnen verschillen van de visie van beleidsmakers. De bevindingen hiervan kunnen samengevat worden in vijf thema's.

4.3.1 NOOD AAN EEN REALISTISCHE VISIE

In een studie van *Bowling (2008)* bij thuiswonende 65-plussers zag men dat zowel gezonde als kwetsbare ouderen *actief ouder worden* gelijkstelden aan een goede gezondheid bewaren, fysieke en mentale activiteit en sociale contacten onderhouden. Kwetsbaarheid en beperkingen hoorden bijgevolg volgens deze ouderen niet onder *actief ouder worden*. Hieruit kan men besluiten dat er een nood is aan een bredere, maar ook realistischere visie op *actief ouder worden* die ook kwetsbare ouderen includeert. (16) Wanneer men de percepties van ouderen over *actief ouder worden* vergeleek met theoretische modellen uit de literatuur, zag men een grote overlap tussen beide. De literatuur focuste bijkomend op productiviteit, *empowerment*, waardigheid, mensenrechten en faciliterende elementen van de omgeving. Ouderen waren anderzijds meer gericht op het sociale, fysieke en mentale aspect van ouderen worden, volgens de auteur o.a. te wijten aan de onbekendheid met het concept. (16) De auteur merkte op dat er een overlap is tussen de concepten '*actief ouder worden*', 'succesvol ouder worden' en 'kwaliteit van leven'. Kwaliteit van leven (statisch) kan men beschouwen als een eindpunt van *actief ouder worden* (dynamisch). (16) In een cross-sectionele, longitudinale studie vergelijkt *Bowling* deze groep ouderen met ouderen van een andere etnische oorsprong (Chinees, Pakistaan, Indisch, Caribisch) wat betreft hun definitie en zelfinschatting van *actief ouder worden*. Deze groep vermeldde vaker het belang van psychologische hulpbronnen zoals de controle over zijn/haar eigen leven bewaren en positief denken en deed ook vaker aan activiteiten zoals yoga en meditatie dan de homogene groep ouderen. (17) Een zwakte van beide studies is dat enkel ouderen in de thuissituatie geïnterviewd werden (degenen die nog fit en gezond genoeg zijn om thuis te blijven) en bijgevolg niet de meest kwetsbare en hulpbehoevende ouderen in woonzorgcentra.

4.3.2 *ACTIEF OUDER WORDEN* ALS LEVENSSTIJL

Stenner et al. (2011) vonden dat *actief ouder worden* niet enkel beschreven werd aan de hand van een bepaald aspect, zoals fysieke, sociale of mentale activiteit, maar dat ouderen dit eerder zagen als een totaal beeld, waarbij termen zoals 'bezig blijven' en het idee van het behouden van een 'algemene levensstijl' sterk naar voor kwamen. De verschillende aspecten aan ouder worden zijn met elkaar verbonden en moeilijk te scheiden. (11) Veel ouderen beschouwen *actief ouder worden* als actief blijven en vermijden dat men passief (ook als 'oud' verwoord) wordt.
Actief ouder worden wordt vaak gepresenteerd als een set van objectieve en meetbare variabelen, maar volgens *Stenner* kan men dit begrip beter uitbreiden met termen als 'uitdaging' en 'respons', zodat de subjectieve dimensie (met vaak een onvoorspelbaar karakter) niet verloren gaat. Het concept *actief ouder worden* zou verder moeten gaan dan louter de causale determinanten in kaart brengen (oorzaak en gevolg) en zich meer richten op de uitdagingen die levensgebeurtenissen en veranderende omstandigheden stellen aan de capaciteit om actief te blijven en de wijzen waarop ouderen hiermee omgaan (uitdaging en respons). De auteur bekritiseert hiermee het WHO model dat vrij deterministisch wordt voorgesteld, terwijl de verschillende factoren die *actief ouder worden* bepalen en hieruit voortvloeien complex zijn en nog onvoldoende begrepen. (11)
Clarke en Warren (2007) vonden dat ouderen veel meer het accent leggen op dagdagelijkse activiteiten, de 'gewone' dingen en hun relaties met de omgeving. *Actief ouder worden* moet op individueel niveau bekeken worden en ook vanuit het perspectief op het héle leven (verleden, heden en toekomst), rekening houdend met de voorkeuren en visies van de oudere zelf. Men mag niet te snel afgaan op stereotypen: minder betrokken zijn en afhankelijk zijn van anderen is niet per se negatief of passief, zoals vaak wordt beschreven. De auteurs ondervonden dat ouderen door het vertellen van verhalen hun kennis en ervaringen door konden geven aan de

jongere generatie. De perceptie die ouderen bezitten op de wijze waarop verleden, heden en toekomst met elkaar interageren, is uniek. (18)
Buys et al. (2008) onderzochten de verwachtingen en doelen van ouderen met een mentale beperking naar de toekomst toe, gebaseerd op de principes van *actief ouder worden*. Het viel op dat deze ouderen dezelfde verlangens en aspiraties hadden als de gemiddelde ouder wordende populatie, maar vaak hierin verhinderd werden wegens onvoldoende ondersteuning of de controlerende invloed van hun omgeving. De meesten wilden hun routines behouden, actief blijven ('*keep on keeping on'*) en de dingen doen die hen interesseren. *Empowerment* is cruciaal: dit geeft hen de mogelijkheid een zekere onafhankelijkheid te bewaren, zelf keuzes te maken, betrokkenheid in beslissingen, een betekenisvolle rol te hebben en zich gewaardeerd te voelen. Een opmerking hierbij is dat de gemiddelde leeftijd van deze ouderen 50-60 jaar bedraagt, en hun visie zal niet noodzakelijk de visie van 70- en 80-plussers reflecteren. (19)

4.3.3 SOCIO-ECONOMISCHE DIMENSIE

Cloos et al. (2010) voerden een focusgroepenonderzoek uit in zes Caribische landen waarbij men zich richtte op de socio-economische dimensie van *actief ouder worden*: gezondheidszorg, sociale activiteiten en economische status. Toegankelijkheid van gezondheidszorg was opvallend slechter in de landen met lagere inkomens. Ook ervoeren veel ouderen problemen wat betreft continuïteit van zorgen en de focus op voornamelijk acute geneeskunde.
Sociale ongelijkheid, (kans)armoede en een slechte gezondheid hadden een duidelijk negatieve impact op *actief ouder worden*. De auteurs pleiten ervoor dat gezondheidspromotie steeds geïntegreerd deel moet uitmaken van een socio-economisch beleid. (20)

4.3.4 LEEFTIJDSDISCRIMINATIE

Minichiello et al. (2000) onderzochten hoe ouderen het fenomeen *ageism* ervaren, welke betekenis zij hieraan geven en welke strategieën ouderen gebruiken om hiermee om te gaan. (21) *Ageism* wordt gedefinieerd als het proces van systematisch stereotyperen van en discriminatie tegen mensen omwille van hun oudere leeftijd. (22) Ook in de gezondheidszorg krijgen ouderen regelmatig te maken met leeftijdsdiscriminatie. *Walker (1996)* vond dat o.a. door deze stereotyperingen de focus meer ligt op de zorgverlening (het zorgen voor) dan ondersteuning aan de oudere om al zijn mogelijkheden en capaciteiten te benutten. *Greene (1996)* vond dat er in arts-patiëntrelaties minder gezamenlijke beslissingen werden gemaakt, dat artsen hun oudere patiënten op een minder gelijke manier behandelden, minder geduldig en respectvol waren en minder betrokken bij de patiënt dan bij hun jongere patiënten. Verschillende ouderen benoemen situaties waarin ze genegeerd werden, behandeld als onbelangrijk, niet geconsulteerd werden over een grote beslissing (bijvoorbeeld naar een WZC gaan), pijn en discomfort moesten verdragen, weinig informatie kregen over medische onderzoeken, weinig toegang hadden tot preventieve geneeskunde enz. Ouderen gaan op verschillende wijzen om met deze leeftijdsdiscriminatie. Een aantal zullen dit aanvaarden en zich aanpassen; veel ouderen geloven dat leeftijdsdiscriminatie onvermijdbaar is en dat zij weinig macht hebben om dit te veranderen. Anderen willen een positief beeld scheppen van ouder worden door actief en betrokken te blijven. (21)
Koch et al. (2010) interviewden ouderen van honderd jaar en ouder in Groot-Brittanië. De meeste respondenten waren nog heel actief, leefden onafhankelijk van overheidssteun en het gebruik van gezondheids- en sociale diensten was minimaal in deze groep. Hun sociaal netwerk, met name de familie, werd als een van de belangrijkste zaken beschouwd. De auteurs vonden dat een goede gezondheid op hoge leeftijd eerder de norm is dan de uitzondering. Leeftijdsdiscriminatie speelt een belangrijke rol in de depersonalisatie van ouderen. De auteurs pleiten voor het 'luisteren naar ouderen en niet naar stereotypen'. Verhalen laten vertellen door

ouderen kan therapeutisch werken: zij kunnen dienen om gemarginaliseerde groepen een stem te geven en begrip voor diversiteit te creëren. Ook kan het de zorgverlening persoonlijker maken (bijvoorbeeld in woonzorgcentra; WZC). In deze studie werden enkel mentaal en fysiek gezonde ouderen bevraagd, waardoor men misschien een té positief beeld krijgt van ouder worden. (22)

4.3.5 *ACTIEF OUDER WORDEN* IN WOONZORGCENTRA

Van Malderen et al. (2012) voerden een eerste onderzoek uit dat het concept *actief ouder worden* exploreerde bij ouderen in woonzorgcentra. Hoewel veel auteurs verklaarden dat *actief ouder worden* niet van toepassing is in deze setting (de oudste ouderen en kwetsbare ouderen met fysieke en/of mentale beperkingen), vonden zij dat het tegengestelde waar blijkt. Naast de WHO determinanten (cultuur; gezondheid en welzijn; gedragsdeterminanten zoals roken, alcohol, fysieke activiteit; persoonlijke factoren; omgevingsfactoren; sociale factoren en economische determinanten) vonden zij dat 'betekenisvolle ontspanning' en 'participatie' ook twee belangrijke determinanten waren. De kwaliteit van leven bij ouderen in WZC kan verbeterd worden door o.a. een hogere betrokkenheid in sociale activiteiten, meer autonomie voor de bewoner, keuzemogelijkheden, integratie van de residenten in de omgeving, mogelijkheid tot vrijwilligerswerk en geïndividualiseerde zorg. Wat opviel was dat verschillende residenten een gezonde levensstijl niet als een prioriteit zagen i.t.t. de visie van de WHO. Toch hebben studies duidelijk het positieve effect aangetoond van een gezonde levensstijl op de kwaliteit van leven bij ouderen. Men moet er ook voor opletten dat deze WHO determinanten niet opgelegd worden aan ouderen (patroniserend effect) maar dat men hun vrije keuze respecteert. (23)

4.4 PRAKTIJKVOORBEELDEN VAN *ACTIEF OUDER WORDEN*

In de literatuur werd gezocht hoe *actief ouder worden* in de praktijk wordt toegepast.

4.4.1 HET EUROPEES JAAR VAN *ACTIEF OUDER WORDEN* EN INTERGENERATIONELE SOLIDARITEIT

Tien jaar nadat de Europese lidstaten het MIPAA (International Plan of Action on Ageing) hadden goedgekeurd, waarbij zij zich toelegden op het integreren van de behoeften en rechten van ouderen in hun nationaal beleid, heeft de Europese Unie (EU) 2012 uitgeroepen als het Europees jaar van *actief ouder worden* en intergenerationele solidariteit.
De EU wil hiermee een 'maatschappij voor alle leeftijden' aanmoedigen en stelt een strategie voor om een antwoord te bieden op de uitdaging van de demografische veranderingen:

- *actief ouder worden* in de **arbeidsmarkt**: mensen de mogelijkheid geven langer aan het werk te blijven en aanmoedigen om niet te vroeg op pensioen te gaan;
- *actief ouder worden* in de **gemeenschap**: sociale exclusie bestrijden door participatie van ouderen (lokaal, regionaal, nationaal en/of internationaal) te promoten;
- *actief ouder worden* **thuis**: zelfredzaamheid bevorderen bij de oudste ouderen;
- **solidariteit** tussen de verschillende generaties bevorderen.

Het doel van het Europese jaar van *actief ouder worden* is alle betrokken actoren (overheden, economische sector, zorgsector, wetenschappers, dienstverleners, organisaties, vrijwilligers etc.) te verenigen in deze visie en zich gezamenlijk te engageren om actie te ondernemen en de doelstellingen te halen. Verschillende voorbeelden van goede praktijken in de lidstaten kan men terugvinden in de brochure van het *European year 2012*. (24)
Ook voor België werd een werkplan opgesteld. Het bottom-up proces, de onderlinge samenwerking van de stakeholders en het integreren van alle dimensies van *actief ouder worden* staan hier opnieuw centraal. Naast de vier hoofdthema's van het Europees Jaar werd

'gezondheidszorg' als bijkomend analysedomein ingesteld. Na de staatshervorming worden bevoegdheden inzake ouderenzorg overgeheveld naar de gemeenschappen. Dit kan een geïntegreerd zorgbeleid van zowel sociale aangelegenheden als gezondheidszorg bevorderen.
In het werkplan heeft men getracht op verschillende manieren jongeren en ouderen bij elkaar te brengen en ouderen aan te moedigen te participeren aan deze activiteiten alsook zelf initiatief te nemen. (25) Er werd als voorbeeld contact opgenomen met de gemeente St-Agatha-Berchem te Brussel over het Europees Jaar: zij organiseerden het project 'Solidaire zomer' in 2012 waarbij jongeren i.s.m. residenten van het woonzorgcentrum een tuin hebben aangelegd. Verschillende verenigingen werkten samen aan een dag 'Carrefour des Générations' waarbij alle generaties elkaar konden ontmoeten en ervaringen uitwisselen via sport, spel en cultuur.

4.4.2 OUDERENBELEID IN VLAANDEREN EN BRUSSEL

In 2010 werd een ouderenbeleidsplan opgesteld voor de periode 2010-2014 o.l.v. Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeurzen. De input van de Vlaamse Ouderenraad, de Brusselse en provinciale ouderenadviesraden, ouderenorganisaties en een aantal lokale ouderenraden vormde de basis voor het plan. De missie van het Vlaams ouderenbeleid '*wil bijdragen tot de participatie, ontplooiing en ontwikkeling van alle ouderen, zowel in individueel als collectief verband. Het is gericht op maatschappelijke betrokkenheid en verantwoordelijkheid in al zijn diversiteit. Het is gebaseerd op vertrouwen in de competenties van ouderen en op geloof in de kracht van de ouder wordende mens in zijn sociale context. Gelijkwaardigheid van alle leeftijdscategorieën staat voorop in de opbouw en organisatie van een democratische samenleving*.' De basisprincipes van het beleidsplan sluiten nauw aan bij het MIPAA van de Verenigde Naties. (*zie paragraaf 4.4.1*) Vlaanderen werkt vanuit deze missie mee aan de beleidsaanbevelingen opgesteld door de Raad van de Europese Unie over *'Active Ageing'*. (26)
Afgelopen jaren werd in **Vlaanderen** een grootschalig ouderenbehoefteonderzoek uitgevoerd, o.l.v. Verté D. en de *Belgian Ageing Studies* van de VUB. De belangrijkste doelstelling is het ondersteunen van de ontwikkeling van een lokaal ouderenbeleidsplan *(evidence-based policy)*.
Uit de resultaten blijkt dat een groot deel van de ouderen op verschillende terreinen actief zijn: lidmaatschap van een vereniging of politieke partij, deelname aan culturele activiteiten, mantelzorg, vrijwilligerswerk, lidmaatschap van een advies –of schoolraad, contacten in de buurt, opvang van kleine kinderen. Opvallend is dat een groot deel van de mantelzorg gebeurt door ouderen ouder dan zestig jaar! Anderzijds heeft men heel wat kwetsbare ouderen geïdentificeerd die door verschillende redenen en drempels niet actief deelnemen aan het maatschappelijk leven. Vooral alleenstaande ouderen (echtgescheiden of weduwe/weduwnaar), ouderen die de laatste tien jaar verhuisd zijn, ouderen met fysieke beperkingen, ouderen met een laag gezinsinkomen en ouderen met een hogere leeftijd vallen door de mazen van het net. Deze ouderen krijgen ook meer te maken met sociale isolatie. Cruciaal is dat er net voor deze groep kansen gecreëerd worden: indien men enkel de jongere, hogeropgeleide ouderen bereikt zal dit niet leiden tot een meer democratische samenleving. (8)
In 2012 werd in **Brussel** o.l.v. het Kenniscentrum Woonzorg een groot focusgroepenonderzoek georganiseerd over hoe thuiswonende ouderen, bewoners van WZC, zorggebruikers, mantelzorgers, zorgverleners, verantwoordelijken van thuiszorg en (semi-)residentiële voorzieningen en experten aankijken tegen wonen met zorg in Brussel. In Brussel is het zorg- en welzijnsbeleid zéér complex qua organisatie en regelgeving, versnipperd en onvoldoende toegankelijk voor zowel zorgbehoevenden als zorgverleners. Zowel Westerse als niet-Westerse ouderen vinden dat de huisarts een centrale rol heeft in de zorgverlening. Ook huisartsen ervaren een aantal knelpunten in de zorgverlening: het zoeken van de juiste zorg voor de patiënt, problemen met doorgeven van informatie of rapportering, onvoldoende zicht op het netwerk van de oudere, onduidelijke verwachtingen over de eigen rol en die van andere

zorgverleners. Een wijkgerichte samenwerking zou hiervoor een aantal oplossingen kunnen bieden: men vertrekt van de noden van de oudere en zijn context (mantelzorg), men kan in de buurt verschillende diensten en voorzieningen aanspreken en men kan kleinschaliger werken wat meer vertrouwdheid en veiligheid biedt voor de oudere. (4)
Samenvattend valt het op dat er wat betreft ouderenbeleid in Vlaanderen en Brussel veel meer dan vroeger gezocht wordt naar de visie, ideeën en wensen van de doelgroep, nl. de ouderen zelf. Participatie is één van de grote pijlers van *actief ouder worden* en dat begint niet in het minst bij ouderen te betrekken in het beleid dat over hén gaat. Op die manier worden zij in staat gesteld invloed uit te oefenen op de beslissingen en regelgeving. Een opmerking hierbij is dat de samenleving aan een hoog tempo verandert. Over enkele jaren zullen er zeer veel allochtone ouderen zijn, die mogelijks verschillende waarden, normen en overtuigingen over (actief) ouder worden bezitten. (Kans)armoede komt bovendien vaker voor in deze groep dan bij Westerse ouderen. (4) Men moet ervoor waken dat ook deze ouderen kansen krijgen om te participeren aan de maatschappij, anders zal de kloof tussen kansrijke en kansarme ouderen toenemen, zoals *Ranzijn (2010)* beschreef in zijn *case-study*. (15)

4.4.3 *ACTIEF OUDER WORDEN* IN DE GEZONDHEIDSZORG?

Zowel overheden op alle niveaus als verschillende ouderenorganisaties en het middenveld hebben zich als één man achter de visie '*actief ouder worden*' geschaard. Gezien de visie multi-dimensioneel is en zeer veel terreinen in de samenleving behelst, ziet men de noodzaak van een geïntegreerd samenwerkingsbeleid.
In het werkplan voor België werd gezondheid als een apart analysedomein voorgesteld. Men merkte al gauw dat gezondheid niet op zichzelf kan staan en dat het op de grenslijn ligt met andere domeinen zoals zelfredzaamheid, mantelzorg, preventie, huisvesting etc. (25)
Hoewel *actief ouder worden* een heel relevant thema blijkt voor de gezondheidszorg, bracht de zoektocht in de literatuur niet veel aan. Dit kan betekenen dat deze visie nog niet tot dit domein is doorgedrongen, dat het eerder als een socio-economische kwestie wordt beschouwd of dat er bepaalde (groepen of individuele) zorgverleners wél mee bezig zijn, maar op kleinschalig niveau.

4.5 BESLUIT

Actief ouder worden is een belangrijk maatschappelijk thema dat een nieuw perspectief biedt op de vergrijzing en de samenleving als geheel alsook op de levensloop van het individu. Onderzoek bij ouderen toont aan dat zij willen participeren aan de samenleving en vaak op verschillende gebieden nog heel actief zijn. *Actief ouder worden* streeft ernaar kansen te creëren om deze participatie te bevorderen en drempels aan te pakken. Hoewel dat op beleidsniveau deze visie heel breed en omvattend is, slaagt men er toch in deze concreet om te zetten naar haalbare doelstellingen via een bottom-up proces. De laatste jaren is men bijvoorbeeld bij het uittekenen van het ouderenbeleid meer en meer gaan steunen op de visie van ouderen zelf.
Ingezoomd op de context van de (Brusselse) huisarts is het duidelijk dat deze een belangrijke plaats inneemt in de ouderenzorg. In de literatuur werd niets teruggevonden of en hoe de huisarts de principes van *actief ouder worden* toepast in de dagelijkse praktijk en zorgverlening aan ouderen.

5 ONDERZOEKSMETHODIEK

De vraagstelling voor het onderzoek luidt als volgt:

- Hoe denken thuiswonende tachtigplussers in een Brusselse huisartsenpraktijk over *actief ouder worden*?
- (Op welke manier) kan *actief ouder worden* relevant zijn voor de huisarts in de zorgverlening voor ouderen?

In dit onderzoek werd gekozen voor het afnemen van een semi-gestructureerd interview. Achttien tachtigplussers werden bevraagd over verschillende thema's m.b.t. *actief ouder worden* en zorgverlening:
eigen visie op *actief ouder worden***, zelfredzaamheid*, preventie*, arts-patiëntrelatie*** en toegankelijkheid van de zorgverlening en de praktijk***.
De keuze van deze thema's berust op het *werkplan voor België (25), de **visietekst van de Vlaamse Ouderenraad over *actief ouder worden* (27) en ***eigen inbreng. Gezien *actief ouder worden* zeer veel domeinen behelst, ook binnen de gezondheidszorg, werd er bewust gekozen voor een aantal onderwerpen die relevant zijn voor de huisarts en voor zijn/haar samenwerking met andere zorgverleners.

5.1 PARTICIPANTEN

5.1.1 SELECTIE STUDIEPOPULATIE

Er werd gekozen voor thuiswonende, Nederlandstalige ouderen van tachtig jaar en ouder.
In het elektronisch medisch dossier (EMD) werden 34 personen die voldeden aan bovenstaande criteria geselecteerd. Deze personen werden telefonisch gecontacteerd waarvan 18 personen hebben toegezegd om mee te werken. Vervolgens werd een brief verstuurd met meer informatie over het onderzoek. Begin juni 2012 werden de deelnemers opnieuw gecontacteerd voor een afspraak. De interviewer ging aan huis om de interviews af te nemen. Er werd mondeling toestemming gevraagd en gegeven. Redenen om niet mee te werken waren: niet bereikbaar, teveel werk, zwakke gezondheid, teveel problemen op dit moment, toch liever Frans willen spreken tijdens het interview. Het aantal interviews werd bepaald door het verzadigingsprincipe volgens *Guest et al (2006).* (28)

5.1.2 KARAKTERISTIEKEN

In totaal waren er zeven mannen en elf vrouwen. De gemiddelde leeftijd bedroeg 85,2 jaar. De jongste was 80 en de oudste 91 jaar. Alle respondenten woonden thuis behalve een oudere dame die zelfstandig in een woonzorgcentrum verbleef. Andere persoonskenmerken worden weergegeven in *Tabel 1*.

TABEL 1: KARAKTERISTIEKEN VAN RESPONDENTEN

Tachtig-plusser	Geslacht	Leeftijd	Sociale context	Zorg geven vs ontvangen	Frequentie contact met huisarts	Huisarts komt op huisbezoek	Komt op raadpleging in kabinet
Louisa	Vrouw	82	met partner	zorg ontvangen	indien nodig <1x/maand	ja	Neen
Rosette	Vrouw	90	alleen	zorg ontvangen	1x/maand	ja	Neen
Henriette	Vrouw	80	alleen	beiden	1x/maand	indien nodig	ja
Claude	Man	86	met partner	beiden	indien nodig <1x/maand	ja	Neen
Gilberte	Vrouw	85	alleen	beiden	1x/maand	ja	Neen
René	Man	90	met partner	geen van beiden	indien nodig <1x/maand	indien nodig	ja
Germaine	Vrouw	89	alleen	zorg ontvangen	1x/maand	ja	Neen
Jacques	Man	80	met partner	geen van beiden	1x/3 maand	indien nodig	ja
Marcel	Man	87	met partner en gezinslid	geen van beiden	1x/2 maand	indien nodig	ja
Therèse	Vrouw	88	alleen	zorg ontvangen	1x/maand	ja	Neen
Catherine	Vrouw	85	met partner	geen van beiden	1x/6 weken	indien nodig	ja
Bernard	Man	83	met partner	geen van beiden	1x/3 maand	indien nodig	ja
Geraldine	Vrouw	88	alleen	geen van beiden	1x/2 maand	indien nodig	ja
Mariette	Vrouw	83	alleen	zorg ontvangen	1x/maand	ja	Neen
Pierre	Man	84	met partner	geen van beiden	1x/3 maand	indien nodig	ja
Emilia (Franstalig)	Vrouw	83	met partner	geen van beiden	indien nodig <1x/maand	indien nodig	ja
Jos	Vrouw	85	alleen	zorg ontvangen	1x/maand	ja	Neen
Jeanne	Vrouw	85	alleen	geen van beiden	1x/3 maand	indien nodig	ja

5.2 INTERVIEWS

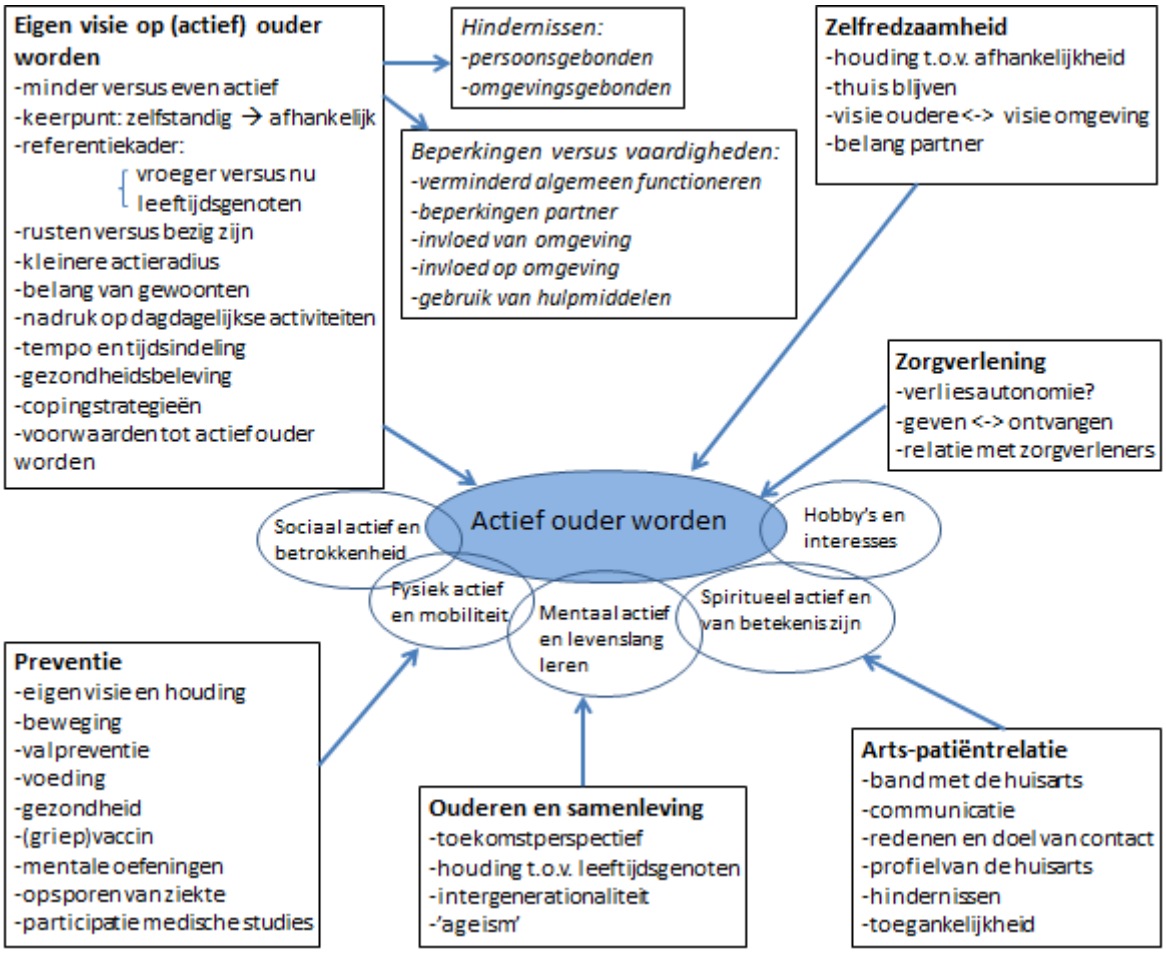
Op 05-06-2012 werd een proefinterview afgenomen. Na het eerste interview werden een paar bijvragen toegevoegd of aangepast, maar de hoofdthema's en structuur bleven bewaard. Het eerste interview gebeurde op 12-06-2012 en het laatste op 10-08-2012. De interviews werden met een voice recorder opgenomen en vervolgens uitgeschreven in Microsoft Office Word. Tijdens de interviews werden er ook schriftelijke notities gemaakt. De duur van de interviews bedroeg gemiddeld 45-60 minuten. Er hebben twee koppels meegewerkt, zij werden telkens apart geïnterviewd. Met één respondente werd het interview in het Frans gevoerd. In enkele gevallen was de partner (in één geval een dochter) aanwezig, die zich af en toe mengde in het gesprek – dit kon niet altijd vermeden worden, maar deed m.i. geen afbreuk aan de kwaliteit of inhoud van het interview. De naam van de respondenten werd vervangen door een pseudoniem

om hun anonimiteit te behouden. Er werd gekozen om de huisarts in de mannelijke vorm weer te geven voor de leesbaarheid van de tekst. In *bijlage 1.1* vindt men de structuur van het interview terug.

5.3 ANALYSE

Voor de data-analyse van het tekstmateriaal werden verschillende bronnen geraadpleegd. Er werd vertrokken van enkele basiswerken over kwalitatieve data-analyse van *Miles & Huberman (1994)*, *Silverman(2009)* en *Strauss & Corbin(1998)*. Een aantal personen werden gecontacteerd voor meer informatie: Prof. Hannes K. (K.U.L.) en enkele thesis- en doctoraatstudenten over de praktische uitvoering van de analyse.
Een artikel over de QUAGOL van *Dierckx de Casterlé et al (2012),* een gids voor kwalitatieve data-analyse ontwikkeld in Leuven dat steunt op eigen ervaring en de gefundeerde theoriebenadering van *Strauss en Corbin,* werd geconsulteerd*.* (29)
Elk interview werd in een aantal kernpunten samengevat. Na het afnemen van de interviews werd de volledige tekst ontbonden in kleine eenheden m.b.v. het softwareprogramma NVIVO 9. Het doel is de vertaling van citaten naar werkbare concepten. Een iteratieve cyclus van coderen en classificeren werd uitgevoerd. Deze eenheden of concepten werden met elkaar vergeleken en indien zij overeenkwamen op vlak van een bepaald relevant kenmerk, werden zij onder dezelfde noemer geplaatst, een code. Op deze manier werd de data geclassificeerd in een codeboek. Alle codes werden vervolgens gegroepeerd in categorieën (een hogere orde van classificatie). Op die manier konden uitspraken en meningen van respondenten met elkaar vergeleken worden per thema.
Voor de validiteit van de coderingen werd een tweede, onafhankelijke lezer ingeschakeld. Deze persoon heeft alle interviews doorgenomen en op papier citaten onderlijnd. Op 1/12/2012 zijn de eerste en tweede lezer bij elkaar gekomen om de codes te vergelijken. Er werd gediscussieerd over de inhoud van de codes, en nieuwe codes aangebracht door de tweede lezer werden besproken (over het al dan niet opnemen en onder welke vorm in het codeboek van de onderzoeker). De input van de tweede lezer heeft bijgedragen tot het vervolledigen van het definitieve codeboek.
In een volgende stap werd er gezocht naar onderlinge verbanden tussen de concepten. Ten slotte werd alle concepten en categorieën geïntegreerd in een samenhangend geheel. Voor de datasynthese werd er vertrokken van de eerste onderzoeksvraag: hoe denken thuiswonende tachtigplussers in een Brusselse huisartsenpraktijk over *actief ouder worden*? Er werd gezocht naar een *centraal concept* over *actief ouder worden* in de interviews, de rode draad. (30) Hieraan werden de verschillende thema's die aan bod kwamen, verbonden. In dit onderzoek werden zes grote categorieën of thema's weerhouden. Voor elk thema werd nagegaan welke elementen deel uitmaken van de omstandigheden, context en invloeden op actief ouder orden, welke uitdagingen aan de oudere gesteld worden, welke drempels ouderen ervaren en wat hun respons hierop is (naar het 'uitdaging-respons model van *Stenner et al*). (11)
Als tweede luik werd er een antwoord gezocht op de onderzoeksvraag: (op welke manier) kan *actief ouder worden* relevant zijn voor de huisarts in de zorgverlening aan ouderen? Bespreking van de resultaten gebeurde door deze te vergelijken met bevindingen uit ander onderzoek.

6 RESULTATEN



FIGUUR 1: OVERZICHT RESULTATEN *ACTIEF OUDER WORDEN*

De resultaten worden besproken a.h.v. zes subthema's: actief ouder worden, zelfredzaamheid, zorg(verlening), de arts-patiëntrelatie, preventie en ten slotte de oudere over zichzelf en maatschappij. *(zie figuur 1)* In elk hoofdstuk worden de meningen, ervaringen en visies van ouderen weergegeven alsook eventuele hindernissen die zij ervaren.

6.1 *ACTIEF OUDER WORDEN*

6.1.1 EIGEN VISIE OP ACTIEF OUDER WORDEN

Wanneer de respondenten bevraagd werden over actief ouder werden, gaven zij volgende betekenissen hieraan: "*niet in mijn zetel zitten*." (Jacques, 80j), *"ik doe nog alles zelf."* (Henriette, 80j), "*ik rijd nog steeds met mijn auto.*" (Marcel, 87j), "*gewoon blijven doorleven gelijk we vroeger altijd geleefd hebben, denk ik."* (Pierre, 84j) Sommigen begrijpen niet goed wat men verstaat onder 'actief'.

6.1.1.1 GRAAD VAN ACTIVITEIT

Verschillenden vinden dat zij minder actief zijn dan vroeger. Dit gaat voornamelijk over fysieke activiteit of op sociaal vlak. Mentaal voelen de meeste ouderen zich nog fris.
Anderen zijn nog (even) actief op meerdere gebieden. Meestal wordt dit in verband gebracht met dagdagelijkse zaken, zoals het huishouden, eten maken, klusjes doen, tuinwerk, boodschappen doen enz. Sommigen hebben een keerpunt meegemaakt in hun leven waarbij ze (een deel van) hun activiteiten moesten inleveren en afhankelijk werden van hulp van buitenaf.

6.1.1.2 RUSTEN VERSUS BEZIG ZIJN

Een heel aantal ouderen vindt dat men ook op later leeftijd bezig moet blijven en functies moet onderhouden, terwijl anderen van mening zijn dat het de tijd is om het wat rustiger aan te doen.
Ouderen verbinden bezig zijn en werken met hun identiteit en zelfwaarde: *"Ik zoek altijd werk. Ik ben een goeie bricoleur, zoals ze zeggen, ik ben een goed tekenaar ook, en beeldhouwer…" (Pierre, 84j)*Voor een oudere dame ontneemt het wegvallen van bezigheden haar levenslust en zelfwaarde: *"Ik zou beter weg zijn…omdat ik toch niets meer kan doen." (Therèse, 88j)*

6.1.1.3 TIJD EN TEMPO

Een aantal respondenten vertellen hoe ze anders aankijken tegen de tijd: vroeger was men met 'andere dingen bezig' en was 'rusten verloren tijd'. Nu is er tijd om eens 'een goed boek' te lezen en op 'bepaalde zaken dieper in te gaan'. Verschillende ouderen zeggen dat het tempo van hun activiteit lager ligt: *"Ik word sneller moe. Wat ik vroeger op een dag deed, moet ik nu op t gemakske doen. Ik ben al blij als het goed gedaan wordt." (Henriette, 80j)*

6.1.1.4 KLEINERE ACTIERADIUS

Niet alleen in tijd maar ook in ruimte ervaren ouderen veranderingen met het ouder worden. Opvallend is dat veel ouderen die vroeger zeer actief en geëngageerd waren in de omgeving, deze activiteiten nu afbouwen waardoor hun wereld van invloed kleiner wordt (actieradius) en zich beperkt tot het huishouden, familie en evt. buren. Veel ouderen hechten belang aan hun dagdagelijkse bezigheden en gewoonten: 'de gang van zaken'. Voor een aantal is dit een bewuste keuze geweest, bij anderen is dit door omstandigheden ontstaan, zoals fysieke beperkingen, overlijden van familieleden of vrienden, beperkingen bij de partner, enz (zie verder).

6.1.1.5 REFERENTIEKADER

Doorheen de antwoorden wordt duidelijk dat ouderen zichzelf en hun graad van activiteit vergelijken met vroeger. Hierbij speelt de context, opvoeding en persoonlijkheid ('ik ben altijd zo geweest') van groot belang. Een ander referentiekader zijn hun leeftijdsgenoten:
"Ik weet niet of ik actiever ben dan een ander, dat weet ik niet." (Geraldine, 88j)
Een dame vergelijkt de stad met het platteland. Haar ervaring is dat ouderen 'op de buiten' veel actiever zijn: *"die gaan daar dansen (…). De mensen hebben een heel ander leven."* (Jeanne, 85j)

6.1.1.6 GEZONDHEIDSBELEVING

Als het gaat over gezondheidsbeleving zullen ouderen zich ook vergelijken met hun omgeving en in het bijzonder met leeftijdsgenoten. Wanneer anderen het 'slechter' hebben, kan men zijn eigen problemen beter relativeren. Veel ouderen spreken over 'geluk hebben' wanneer ze naar 'andere mensen kijken van hun ouderdom'. Kanker wordt wel eens beschouwd als het ergste wat men kan hebben. Er worden ook veralgemenende uitspraken gedaan, waarbij bijvoorbeeld mentale problemen als normaal worden beschouwd op bepaalde ouderdom: *"Sommige data vergeten, sommige namen…een beetje moeten denken voor je de naam terug heb, dat is bij iedereen, zeggen ze (lacht)." (Germaine, 89j)* De meesten hebben wel problemen met hun gezondheid en dit is vaak een belangrijke hindernis om actief te blijven. Sommigen beschouwen hun gezondheidsproblemen eerder als ouderdomskwaaltjes: *"En het is toch altijd iets, ge hebt*

*altijd iets. Is het uw knie niet, dan zijn het uw tanden, is t dat niet, dan hebt ge eczema. Er is altijd iets dat er is om u te plagen! Dat is een feit. (…) 'T zijn kleine dingen, maar t zijn ambetante dingen." (Geraldine, 88j)*Anderen vinden dat ze helemaal geen problemen hebben.

6.1.1.7 VOORWAARDEN

Er zijn een aantal (noodzakelijke) voorwaarden om actief ouder te kunnen worden: een goede gezondheid, wilskracht, persoonlijk karakter, financiële mogelijkheden, 'uw plan kunnen trekken'. *"Dat is te zien, de ene mens tegen de andere. Dat is ook te zien: de gezondheid van de mens. Ge hebt mensen die nog op reis gaan 2-3 keer per jaar, ge hebt mensen die geblokkeerd zijn omdat ze niet gezond zijn, of omdat ze niet de courage hebben of de moyens om weg te gaan. Ge moet alles zien, he." (Jeanne, 85j)* De omgeving wordt ook aangehaald als een belangrijke factor (én hindernis) in het actief kunnen ouder worden. Dit wordt later besproken.

6.1.1.8 OVER OUDER WORDEN

Ouderen beleven het ouder worden op verschillende wijzen: er zijn ouderen die zich helemaal niet oud voelen worden en anderen die vinden dat ze fors achteruitgaan. Men beschouwt ouder worden als 'niet meer gelijk als ge jong waart'. Verschillenden vinden dat ouder worden 'gewoon blijven leven' is en men neemt de veranderingen er bij: *"Ge zijt niet meer zo lenig, zo snel en zo sterk als vroeger. Maar dat is door de ouderdom en ge neemt dat aan gelijk dat komt, he."* (Pierre, 84j) Wat men in het bijzonder moeilijk vindt aan ouder worden is dat fysieke beperkingen toenemen, alsook gezondheidsproblemen. Zolang men nog 'gezond en mobiel' blijft, vindt men het niet erg om ouder te worden.
Verschillende ouderen kijken op een positieve manier naar ouder worden: 'ge zijt niet meer zo nerveus'; oud worden is een prestatie 'we hebben het toch beter gedaan als onze respectievelijke ouders'; tevreden terugkijken op een lang leven; zichzelf niet als oud ervaren 'je ne pense jamais que je suis vieille'. Een oudere dame reageert fel tegen het negatieve beeld dat heerst over ouderen en ouder worden: *"Ik voel mij niet oud!(…) Ik voel mij niet afgeschreven!"* (Gilberte, 85j)
Anderen zijn eerder negatief: *"Wel, natuurlijk gaat ge achteruit. Op alle gebied, he. Fysiek, ge vergeet gemakkelijk, ge laat al iets vallen, ge zijt zo handig niet meer dan vroeger. Maar voor de rest, ja, …ze zullen u misschien als oudere vrouw alleen al, als ge in een restaurant komt, gemakkelijker in een hoekske zetten dan iemand anders dat…afin…"* (Geraldine, 88j)
Zoals deze vrouw het verwoordt gaan ouderen volgens haar op alle gebieden achteruit: fysiek, mentaal en ook sociaal. Zij vermeldt hier ook het fenomeen 'leeftijdsdiscriminatie' (zie later).
Soms worden er veralgemeende uitspraken gedaan zoals 'niemand wil graag ouder worden'. Ouder worden wordt hier impliciet bestempeld als iets negatief wat men niet kan vermijden.

6.1.1.9 COPINGSTRATEGIEËN: OMGAAN MET OUDER WORDEN

Ouderen gaan op verschillende manieren om met het ouder worden:

- aanvaarding: men kan op een positieve of een negatieve manier iets aanvaarden. Men kan enerzijds realistisch zijn: "het hoort erbij", "de essentie is: leren leven met uw beperkingen".
  Men kan ook berusten en ouder worden met een zekere gelatenheid aanvaarden: "G*e kunt er niets tegen doen"* (Geraldine, 88j), *"Ik veronderstel dat er veel mensen zijn, als ze een zekere ouderdom hebben, dat ze berusten: 'ja, ik kan dat toch niet meer' of 'ik hoor er toch niet meer bij gezien mijn ouderdom'."*(Marcel, 87j).
- genieten van het leven: *" Hoe dikwijls dat ik tegen mijn man zeg: ja, we zijn nog hier met z'n tweeën, zodus we babbelen heel veel, we drinken ons aperitiefje."* (Catherine, 85j)
- wilskracht tonen: *"Ge moet u zelf een beetje… orde op leggen, en willen, vooral ook, he, willen. Ja, als ge altijd blijft thuis zitten en niet bougeert en als ze u twee keer vragen, en ge zegt twee keer neen, de derde keer vragen ze u niet meer, he."* (Geraldine, 88j)

- pro-actief zijn: *"Ik veronderstel dat als ge wilt betrokken zijn, dan moet ge uzelf aanmelden. Natuurlijk, anders 'diene ouwe' zeggen ze, 'daar kunnen we niks meer mee doen'."* (Marcel, 87j)
- optimisme: *"Ik pak dat goed aan; ik heb 20 jaar gehad, 30…zolang de Lieve Heer mij nog nodig heeft…en anders komt Hij mij maar halen, he. Daarin heb ik een goed karakter. Ik ben een optimist, he."* (Mariette, 83j)
- zich niet laten gaan: *"Ik ben in het algemeen een vrouw die mij niet laat gaan, ik heb mij graag op te zetten en een beetje te maquilleren en… ik ga mij niet laten gaan. Nee… En ik ga bijvoorbeeld de dingen bezien, allez, het nieuws om 13h een halfuur, drie kwartier. Maar nooit ga ik mij op mijn bed leggen om te rusten, oh nee."* (Jeanne, 85j)
- zich niet laten doen: *"Ge moest eens zien, die (ouderen) gaan 2-3 keer per week dansen, die rijden per velo, nee, nee, op de buiten laten ze zich nog minder doen dan hier."* (Jeanne, 85j)
- een aantal ouderen relativeren het feit dat ze minder actief zijn of vinden het normaal dat op hogere leeftijd bepaalde zaken minder vlot gaan.
- zich ertegen verzetten: "ik voel mij niet oud", "ik voel mij niet afgeschreven".

6.1.2 SOCIAAL ACTIEF

Het sociaal netwerk van de oudere bestaat uit de familie, de buurt, vrienden en kennissen, vereniging(en), zorgverleners,… Ouderen verschillen in de mate waarin ze belang hechten aan hun sociaal netwerk en deze contacten onderhouden. Voor veel ouderen hangt hun sociale leven sterk samen met hoe zij vroeger sociaal actief waren.

6.1.2.1 FAMILIE

De familie neemt een centrale plaats in het leven van de oudere. Voor verschillende ouderen is dit 'het belangrijkste in hun leven.' *"De kinderen. Als ge u niet verstaat met uw kinderen, dan is alles kapot. Kinderen, kleinkinderen, de familie…dat is het belangrijkste in mijn leven."* (Jeanne, 85j) Verschillenden voelen zich geliefd door de familie: *"ja, als ze komen is het direct weer een knuffel en kussen enz."* (René, 90j) Ouderen hebben een speciale band met hun kleinkinderen. Het doet hen goed dat jongeren zich interesseren voor hen, langskomen,…De respondenten vinden het zeer belangrijk dat het goed gaat met hun familie en dat ze er voldoende contact mee hebben. Eén oudere man ervaart dit niet zo, door zijn interesseverlies maakt contact met zijn kinderen niet veel meer uit. Soms is dit niet eenvoudig, wanneer de kinderen ver weg wonen. De meeste ouderen houden dan telefonisch contact. De familie is een belangrijke bron van steun en sociale contacten voor de oudere, maar ook ervaren veel ouderen dat zij voor hun familie waardevol zijn. Verschillende ouderen zijn op praktische of morele wijze een hulp voor de partner, kinderen en kleinkinderen.
Een oudere dame vertelt hoe zij nood heeft aan steun van haar familie: *"Ik ben weggeweest 14 dagen bij mijn familie in de Vlaanderen, en daar heel heel goed onthaald. Dat herzet mij…maar hier, we hebben veel ambras…"* (Jeanne, 85j)
Ouderen beseffen het belang van hun partner te hebben: *"Wij beseffen, afin, ik besef het geluk van dat we nog tezamen zijn, want dan kunnen we elkaar dus een beetje aanvullen. Want hetgeen dat zij nodig heeft, daar zorg ik voor en hetgeen wat ik nodig heb, daar zorgt zij voor. Tot nu toe nog, zolang we kunnen."* (Bernard, 83j)
Ouderen ervaren ook hindernissen op familiaal vlak. Familiale problemen zoals echtscheiding, financiële problemen, nieuw samengestelde gezinnen, verdriet om verlies van familieleden of 'miserie', kinderen of aangetrouwden 'die op geld uit zijn', ziekte… hebben een belangrijke invloed op de relatie met de familie. *"In een nieuw samengesteld gezin vergeet men nogal eens… 'mijn kinderen, schoon kinderen'. Dat gaat niet op. Ge krijgt nieuwe kinderen erbij."* (Marcel, 87j)
Ouderen wijzen op het feit dat het geen evidentie is dat men als familie goed overeenkomt, wanneer men bijvoorbeeld verhalen hoort van anderen: *"er zijn kinderen die niet zien achter hun*

ouders." (Jeanne, 85j) Sommige ouderen voelen zich nutteloos in hun familie: *"Ik voel mij daar…niet teveel, want er is niemand die dat laat blijken…maar nutteloos. Want hetgeen dat ik te vertellen heb, dat hebben ze misschien al honderdduizend keer gehoord. En dat interesseert hen niet meer."* (Gilberte, 85j) Een aantal willen vermijden dat ze een last worden voor hun familie.

6.1.2.2 ZOETE INVAL

Een aantal ouderen vermelden dat zij frequenter bezoek krijgen dan zelf weggaan. Bijvoorbeeld: buurvrouwen die een tas koffie komen drinken, de familie die op bezoek komt.
"Ik kom nergens, mijn familie komt regelmatig, dat is hier de zoete inval." (Gilberte, 85j)
Een aantal redenen zijn: fysieke beperkingen, zin om thuis te blijven, niet de behoefte hebben om weg te gaan.
Anderen vinden het moeilijk om veel mensen te ontvangen en gaan liever weg, bijvoorbeeld bij een familiebijeenkomst. Een reden hiervoor is het niet meer kunnen koken voor veel personen.
Een respondent merkt op dat sinds de geheugenproblemen van zijn vrouw het ontvangen van bezoek ook moeilijker wordt, gezien zij tijdens het koken zaken als ingrediënten vergeet. Ze nodigen nu veel minder mensen uit. Als de kinderen komen, halen ze taart. De mentale beperkingen van zijn partner heeft dus invloed op hun sociale contacten.

6.1.2.3 DE BUURT: GOEIENDAG ZEGGEN

Verschillende ouderen hebben contacten in de buurt, maar zoals iemand het verwoordt: *"de relatie blijft een babbeltje op straat"* (Henriette, 80j).
Bij gelegenheid is er contact ("goeiendag zeggen") maar veel respondenten zullen niet het initiatief nemen om iemand uit te nodigen, zelf op bezoek te gaan, ergens bijeen te komen of samen weg te gaan. *"Wij kennen wel de geburen, wij zeggen tegen alleman goedendag. Maar bijeenkomen, of dingen doen, dat doen we niet."* (René, 90j)
Een aantal redenen die genoemd worden zijn: "liever thuis blijven"; "op zichzelf blijven"; "op het gemak zijn"; het niet gewend zijn; interesseverlies: "dat zegt me niets meer"; angst voor vreemden. Sommigen voelen zich niet zo sociaal om spontaan een gesprek aan te knopen. Een dame ziet het feit dat ze weinig contact heeft met de buurt als een voordeel: *"Ik heb met niemand geen ruzie."* (Mariette, 83j) Voor haar is er weinig interferentie en mogelijkheid tot conflict.
De buurt is door immigratie, het overlijden of verhuizen van generatiegenoten en toenemende urbanisatie de laatste decennia zeer sterk veranderd. *"We zitten hier met een groepje, die hier al laaang wonen. De rest is allemaal vreemd."* (Therèse, 88j) Ouderen hechten belang aan langdurige relaties. Enkele ouderen vermelden de angst om vreemde mensen te ontvangen. Met nieuwe buren heeft men minder contact 'omdat zij van elders komen'.
Een oudere man merkt op dat hij zelf als "vreemde" wordt ervaren door zijn buren nadat hij recent verhuisd is. Hoewel ouderen aangeven geen frequente noch intensieve contacten met de buurt te onderhouden, zijn deze ontmoetingen toch belangrijk: *"Dat is mijn grootste plezier, mijn schoonste… dat is een uurke of twee dat ik in de dinge ben (restaurant)…en dan zie ik mensen die in de blok wonen, en een beetje babbelen en zo; dat doet me plezier."* (Jeanne, 85j)
Er zijn ouderen die aangeven net méér tijd door te brengen met buren: bijvoorbeeld contact met lotgenoten zoals alleenstaande ouderen.

6.1.2.4 ENGAGEMENT

Als het gaat over engagementen in de omgeving zijn er verschillende ouderen die jaren actief betrokken (geweest) zijn in een vereniging of kerkgemeenschap. Een aantal zijn hiermee gestopt o.w.v. verschillende redenen: "de ouderdom", de lange afstand, fysieke beperkingen, te weinig opkomst van andere leden, het doorgeven van taken aan de volgende generatie. Iemand beschrijft hoe zijn vereniging "stilletjes aan het uiteenvallen is", waardoor ze uiteindelijk niet meer samenkomen, maar wel nog af en toe telefoneren. Een aantal ouderen spreken over (hun) pogingen tot het bijeenbrengen van leeftijdsgenoten, maar zonder veel succes:

"Ze hebben hier geprobeerd de gepensioneerden bijeen te houden in de kerk, en dat heeft niet gepakt. We waren met 10-12, en met de vakanties waren we dan met zessen, dus dat ging niet meer." (René, 90j)
Andere ouderen zeggen nog steeds actief lid te zijn. Maar ook zij merken dat dit verminderd is door ziekte of overlijden van leeftijdsgenoten. Sommige ouderen verklaren nooit betrokken geweest te zijn in een vereniging en zijn dit nu ook niet. Een aantal ouderen verwoorden hun nood aan sociale contacten in de buurt: *"Ergens heengaan om met de kaarten te spelen. Gelijk dat er veel mensen zijn die weggaan, naar een café, iets gaan drinken, met de kaarten spelen, en van een keer bijeen te zijn. Maar nu heb ik geen vrienden niet meer, en geen kennissen niet meer."* (Jos, 85j) Een vrouw vertelt hoe ze helemaal opleeft wanneer ze eens kan uitgaan: *"Ik was helemaal content dat ik mij mocht weer wat opzetten afin, en dat ik onder 't volk kon zijn…"* (Jeanne, 85j)
Ouderen ervaren drempels in hun interactie of engagement met de buurt: onveiligheidsgevoel in de omgeving, angst voor vreemden, fysieke beperkingen, beperkingen bij de partner, afhankelijkheid van derden om zich te kunnen verplaatsen.

6.1.2.5 VRIENDEN EN KENNISSEN

Verschillende ouderen onderhouden contacten met vrienden en kennissen. Een aantal doen dit telefonisch, via internet of via briefwisseling; anderen proberen bijeen te komen of houden reünies. Hindernissen in het onderhouden van deze relaties zijn gelijkaardig aan de barrières die ouderen ervaren in hun betrokkenheid in de buurt. Verder spelen factoren als de geografische afstand, verhuizen en reizen een belangrijke rol in het onderhouden en het verwateren van deze contacten. *"Het interesseert me niet meer, mijn vrienden. De vrienden van ik weet niet waar, dat is allemaal veel te ver. We nemen geen contact meer."* (Catherine, 85j)
Ook hier ligt de frequentie lager dan vroeger. De nood aan contacten met kennissen of vrienden is heel verschillend. Een man vermeldt het belang van herinneringen kunnen ophalen: *"als we bijeenkomen, dan babbelen we over vijftig, zestig jaar geleden en we zeggen dikwijls hetzelfde, maar ieder kan dat vertellen op zijn eigen manier, ieder heeft zijn eigen karakter,(…) en dat vind ik er tof aan."* (Bernard, 83j) Voor een oudere vrouw is het als buitenlandse belangrijk contact te houden met haar landgenoten.

6.1.2.6 DE TELEFOON

Veel ouderen zeggen regelmatig te telefoneren, voor velen is dit een belangrijk medium om contacten te onderhouden, in het bijzonder met vrienden of familie op afstand. Wanneer men door omstandigheden niet meer kan samen komen, zeggen de meeste ouderen gebruik te maken van de telefoon.

6.1.2.7 EENZAAMHEID

Een aantal ouderen relateren het ouder worden aan vereenzaming en vinden dit ook moeilijk. Zoals een vrouw verwoordt: *"Wel, soms dat ge zegt: 'ge zit hier alleen (stem breekt), wat zit ge hier nog te doen?"* (Therèse, 88j) Er zijn ouderen die, ondanks dat ze familie hebben, zich dikwijls alleen voelen. Een aantal ouderen zeggen anderzijds graag op zich zelf te zijn. Redenen die hiervoor aangehaald worden, zijn: niet gewend aan veel sociaal contact, conflict vermijden, graag thuis blijven, nood aan privacy. *"Ik leef op mijn eigen. Ik houd mij op m'n gemak. Als ik iemand kan helpen, geen probleem. Maar ik ga nooit bij iemand, en er komt ook niemand hier. Ik ben dat nooit gewend geweest."* (Mariette, 83j)

6.1.3 MENTAAL ACTIEF EN LEVENSLANG LEREN

De meeste ouderen zijn mentaal actief op één of meerdere gebieden. Volgende zaken werden genoemd: lezen van boeken, kranten en tijdschriften; nieuws kijken; politiek volgen; kruiswoordraadsels invullen; financiën regelen; rekenen; spelletjes op radio en tv; oplossen van

puzzels; feuilletons kijken; de beurs volgen; lezen in meerdere talen (Frans, Nederlands, Engels,…); documentaires volgen; boekhouding voor vereniging bijhouden; schrijfwerk; met de kaarten spelen; bewust memoriseren van feiten. Een paar ouderen spreken over levenslang leren zoals het opzoeken van woorden bij kruiswoordraadsels, medische zaken opzoeken in een naslagwerk en documentaires volgen. Sommigen zeggen mentale activiteiten bewust te doen om hun geheugen op peil te houden. Mentaal actief of "fris" blijven wordt als belangrijk ervaren. *"Ja, Godzijdank. Als je nog kruiswoordraadsels kunt doen, en je kunt nog boeken lezen die je kan verstaan…"* (Germaine, 89j) Iemand vertelt dat ze leest om te kunnen bijblijven met alles.
Verschillende ouderen ervaren hindernissen in hun mentale activiteiten: fysieke beperkingen zoals moeite om te schrijven, visusproblemen; zich moeilijker kunnen concentreren; sneller vermoeid; niet de gewoonte hebben van te lezen; 'gebrek aan de nodige intelligentie'; geheugenproblemen. *"Ik kan zo snel niet meer lezen, ik heb mijn ogen laten opereren."* (Gilberte, 85j) Er zijn ook ouderen die niet vinden dat ze mentaal actief zijn. Een vrouw vertelt dat ze enkel naar de tv kijkt, maar niet leest of andere mentale bezigheden heeft. Anderen vermelden een gebrek aan interesse: mentale activiteit hangt nauw samen met interesses en hobby's. Een aantal respondenten zeggen selectief naar televisie te kijken of boeken te lezen naargelang de thema's waarin men geïnteresseerd is.

6.1.4 FYSIEK ACTIEF

Verschillende ouderen zijn fysiek vrij actief. Een belangrijk gegeven is dat het fysiek actief kunnen zijn nauw samenhangt met zelfredzaamheid. Dit wordt later verder toegelicht.
De meesten zeggen niet doelbewust te bewegen om hun conditie te onderhouden. Meestal is dit in functie van wat er gedaan moet worden in het huishouden of bij een gelegenheid (zich buitenshuis begeven, op bezoek gaan). Hoewel de meesten nog actief zijn, vinden zij dat ze op fysiek vlak wel achteruit gegaan zijn (zie paragraaf 6.1.1.8). Zoals eerder aangehaald, ligt het tempo vaak lager, moet er voor alles meer tijd uitgetrokken worden. Een aantal ouderen gebruiken hulpmiddelen, zoals een wandelstok of looprek.

6.1.5 MOBILITEIT

Als het over de mobiliteit gaat, letterlijk vertaald "het zich verplaatsen, beweeglijkheid", kwamen er heel uiteenlopende meningen naar voor. Zich kunnen verplaatsen of buitenshuis begeven wordt door een aantal ouderen als belangrijk ervaren, terwijl andere ouderen niet meer de behoefte hebben frequent buiten te komen. Verschillende ouderen geven aan enkele keren per week buiten te komen.

6.1.5.1 OPENBAAR VERVOER

Voor ouderen is het gebruik van openbaar vervoer niet vanzelfsprekend. Een aantal merken heel wat drempels om de tram, metro, trein of bus te gebruiken: zich niet kunnen vasthouden aan de leuning, te hoge opstap, te ingewikkeld of omslachtig…
"Vroeger ging ik meer naar buiten, dan ging ik met de bus naar de pedicure. Nu kan ik niet meer met de bus omdat ik mij niet kan vasthouden. Nu komt de pedicure aan huis." (Louisa, 82j)
Een oudere dame zegt anderzijds zich vlot te kunnen verplaatsen met het openbaar vervoer:
"Ik ga alle dagen nog buiten, ik kan nog min of meer doen wat dat ik wil; ik neem de bus, de metro, de trein,…" (Geraldine, 88j)

6.1.5.2 DE AUTO

Zoals hierboven beschreven, zijn er een aantal tachtigplussers die rijden met de wagen (een minderheid in deze studie). Voor een oudere dame draagt autorijden bij tot haar onafhankelijkheid en zelfredzaamheid, waardoor ze niet van anderen moet afhangen. Ook gaat

het gepaard met meer vrijheid, zoals het kunnen kiezen wat ze koopt in de winkel. *"Als (mijn dochter) nu telefoneert, de zaterdag of zondag: 'komt ge naar hier? Komt ge eten?' Awel, dan stap ik mijn auto in en ik rij weg. Maar als ze moeten zeggen: 'we komen u halen en we moeten u terugbrengen..' Dan zal het niet waar zijn, he. (…) Morgen ga ik boodschappen doen, en dan ga ik met mijn auto. En dan koop ik een hele hoop, en ik laat dat in de auto.(…) En anders moet ge daar wachten tot ze goesting hebben om te komen (familie) of ge moet een caddiehome ofzo…Maar ik zie graag wat ik koop. Ja, dat is ook een vorm van vrijheid, he? Zo lang dat ik dat zelf kan, dan doe ik dat zelf."* (Geraldine, 88j)
Ouderen maken gebruik van hun wagen om naar familie te gaan en boodschappen te doen. Sommigen zijn niet goed te been, maar kunnen zich wel verplaatsen met de wagen, waardoor zij hier meer gebruik van maken. Hindernissen in het besturen van een wagen zijn winterse neerslag en ijzel op de baan, reacties en/of bezorgdheid uit de omgeving, medisch niet verantwoord, angst om te rijden, niet meer kunnen rijden o.w.v. fysieke beperkingen. Drukke plaatsen (zoals het centrum van Brussel) worden vermeden.

6.1.5.3 OP REIS

Een aantal ouderen reizen nog per auto of met het vliegtuig. *"Wat we wel elk jaar gedaan hebben, is onze jaarlijkse vakantie. Nu in augustus gaan we drie weken naar Frankrijk.(…) Dat is nog te doen."* (Jacques, 80j) Anderen gaan weg in groep. Een respondent vertelt dat ze elk jaar met de gemeente weg gaan. Hij vermeldt hierbij dat dat gratis is; er moeten ook de middelen zijn om weg te kunnen gaan. Dit komt vaker terug, dat sommige ouderen niet meer de financiële mogelijkheden hebben om op reis te gaan e.d.

6.1.5.4 AFHANKELIJKHEID VAN DERDEN

Een aantal ouderen geven aan afhankelijk te zijn van derden wanneer ze zich buitenshuis willen begeven. *"Als ik moet buiten gaan voor het één of ander…dan komt één van mijn zonen mij halen."* (Gilberte, 85j) *"Ik ga maar een keer per jaar naar de buiten (platteland), want ze moeten mij komen halen en het is toch 135 km."* (Jeanne, 85j)
Sommige ouderen vinden het moeilijk dat ze niet frequent naar buiten kunnen gaan en/of hierbij de hulp moeten inroepen van derden. Ze ervaren hierbij een stuk eenzaamheid en isolatie door hun verminderde zelfredzaamheid.

6.1.6 HOBBY'S EN INTERESSES

Verschillende ouderen houden zich bezig met hobby's en interesses. Volgende zaken worden genoemd:

- (hand)werk: breien, naaien, verstelwerk, bricoleren, tuinieren, koken
- mentale activiteiten: het lezen van boeken, kranten, tijdschriften, politiek volgen, interesse in geschiedenis, aardrijkskunde, andere culturen, kunst, documentaires volgen, financiën volgen/beheren
- ontspanning: TV kijken, lezen, kruiswoordraadsels, sudoku's, muziek luisteren (klassieke muziek, chansons), kaarten
- talenten onderhouden: tekenen, beeldhouwen, schilderen
- weggaan: musea bezoeken, concerten, naar de zee gaan, op reis gaan
- lidmaatschap van een vereniging: pingpongclub, seniorenvereniging, kaartclub

Een aantal ouderen noemen beperkingen waardoor zij hun hobby of interesse niet meer (volledig) kunnen uitoefenen: zichtproblemen, schouder/armproblemen (waardoor handwerk niet meer gaat), angst om te rijden,…anderen vertellen dat ze afhankelijk zijn van derden om bijvoorbeeld eens weg te gaan (zie eerder). Er zijn ook ouderen die geen interesse meer hebben in voorgenoemde zaken (zie paragraaf 6.1.3). Verschillende ouderen zeggen nu minder bezig te zijn met zaken die ze vroeger graag deden. Sommigen wijten het aan 'de ouderdom'. Soms

worden ouderen echter door hun omgeving beperkt in het uitoefenen van hun hobby, zoals knutselen of tuinieren. Meestal is dit uit bezorgdheid voor de oudere.
Anderen worden hierin ondersteund: (schoon)kinderen die kranten en/of boeken meebrengen, een film opnemen, vervoer ter beschikking stellen, rekening houden met de wensen van de oudere. Veel ouderen zetten hun hobby's van vroeger verder, andere zijn met nieuwe zaken begonnen op oudere leeftijd zoals reizen. Bij een aantal ouderen is hun hobby of interesse een manier om iets te kunnen doen voor anderen, bijvoorbeeld herstelwerk van kleren, praktisch werk, enz. Anderen zeggen eerder 'bezig te zijn' en geen specifieke hobby te hebben. *"Hobbies…nee…mijn hobby…(lacht) ik moet zeggen, ik ben altijd bezig. Ik kan naaien en al, als er iets te naaien is van de kinderen, dat komt allemaal bij mij. Ik doe dat nog gaarne. Ik occupeer mij zo nog, maar anders niets speciaal."* (Jeanne, 85j)

6.1.7 SPIRITUEEL ACTIEF

Spiritualiteit betreft het innerlijk geestesleven. Het gaat over zingeving, geloof en levensvragen. Een opmerking hierbij is dat dit onderwerp niet in alle interviews aan bod gekomen is. Soms werd het spontaan door de respondent aangehaald, op andere momenten als vraag gesteld: "bent u spiritueel actief?"

6.1.7.1 GELOOF

Verschillende ouderen zeggen zich niet bezig te houden met spiritualiteit. Voor zij die spiritueel actief zijn, gaat het in de meeste gevallen over gelovig zijn (katholiek, christelijk). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen naar de kerk gaan en een persoonlijk geloof hebben:
"Ik lees de bijbel 's morgens en 's avonds, ik ben eigenlijk niet meer katholiek, maar ik volg de EO, de evangelische omroep van Nederland." (Germaine, 89j) Voor een aantal ouderen is het o.w.v. fysieke beperkingen niet meer mogelijk zich nog naar de misviering te verplaatsen.
Een aantal ouderen zijn heel actief (geweest) binnen hun kerkgemeenschap zoals de boekhouding doen of lidmaatschap van de parochie. In deze gevallen behoort de kerk ook tot hun sociale netwerk.

6.1.7.2 LAATSTE LEVENSJAREN

Spiritueel actief zijn kan ook inhouden dat men bewuster om gaat met de laatste levensfase waar men in zit. Dit wordt verwoord door een oudere man: *"Dat is misschien typisch voor gelovige oudere mensen, maar ik bid meer dan vroeger. (…) Ge waart met andere dingen bezig, vroeger werkte ge, maar nu, heb ik meer tijd om dieper op bepaalde zaken in te gaan. Ik word geloviger… (…) Ik realiseer mij dat ik aan mijn laatste levensjaren bezig ben en dan probeer ik er nog iets goed van te maken."* (Bernard, 83j)

6.1.7.3 HOU OUDER JE WORDT, HOE MINDER JE VAN BETEKENIS KUNT ZIJN VOOR ANDEREN?

Uit de interviews kwamen verschillende elementen naar voor over hoe ouderen het leven ervaren, wat ze belangrijk vinden, wat bijdraagt tot hun geluk en levenskwaliteit, wat hen zin geeft in het leven. Zingeving gaat ook over betekenisvol kunnen zijn voor anderen.
Er zijn ouderen van mening dat ze minder kunnen betekenen voor anderen door hun ouderdom: *"Wij kunnen voor de mensen niet veel doen, he, op onze ouderdom. Ik zou niemand meer kunnen helpen, he."* (René, 90j). Volgens een andere respondent heeft men door het ouder worden minder sociaal contact en kan men bijgevolg ook minder betekenen voor anderen.
Sommige ouderen vinden dat je betekenis verliest als je naar een WZC gaat: *"Als ge daar ergens in een kamertje zit…dan voel je je niet veel meer van betekenis, en dan kun je ook niets meer doen voor anderen."* (Jacques, 80j) Andere respondenten voelen zich nuttig en van betekenis voor hun

familie en stellen zich beschikbaar op t.o.v. de omgeving door hulp aan te bieden of door aanwezig te zijn.

6.1.7.4 BELANGRIJK IN HET LEVEN

Ouderen vinden de volgende zaken belangrijk: 'nog zo lang mogelijk goed blijven', dat het goed gaat met hun partner, kinderen en kleinkinderen, thuis kunnen blijven, familiale samenhorigheid, geliefd zijn, rust, optimisme, gezondheid, voldoende financiën hebben, goed overeenkomen met anderen, eerlijkheid, beleefdheid, hard werken, kunnen voortleven zoals het nu is, vriendschappen, meekunnen, genieten,…
"Meekunnen met wat ze daar vertellen. Mij kwaad maken als het niet goed is. En als het goed weer is mij in de veranda zetten en met mijn verrekijker mijn bloemen bewonderen." (Gilberte, 85j)

6.1.7.5 GELUK(KIG ZIJN), LEVENSVREUGDE EN VOLDOENING

Ouderen beschrijven hun geluk als volgt: een goede gezondheid, zelf in kunnen staan voor het huishouden, kunnen terugkijken op een goed leven, bezig zijn, samen met de partner oud kunnen worden, het dagdagelijkse leven, 'ik heb mijn geluk thuis' (René, 90j), eens weg kunnen gaan 'mijn grootste plezier is de zee' (Rosette, 90j), liefhebben en geliefd zijn, helpen van anderen: 'kunnen plezier doen aan mijn vrouw.' (Pierre, 84j) De omgeving draagt in belangrijke mate bij tot dit gevoel van geluk en tevredenheid: *'als ze allemaal rond de tafel zitten, en ik zie ze lachen en smullen'* (Gilberte, 85j), *'zien dat iedereen tevreden is, gelukkig is, dan ben ik ook gelukkig'* (Henriette, 80j), *"Het plezier, dat is als die vrouw (vriendin) komt…en mijn dochter. Dat is mijn plezier, he.*' (Jos, 85j)

6.1.8 BEPERKINGEN VERSUS VAARDIGHEDEN

In dit onderdeel werd nagegaan hoe ouderen en hun omgeving kijken naar de beperkingen en vaardigheden van de oudere.

6.1.8.1 ACHTERUITGANG ALGEMEEN FUNCTIONEREN

Verschillende ouderen vinden dat hun algemene toestand verminderd is. Meestal doelen ze hierbij op fysieke activiteit, sommigen spreken ook over het geheugen. Sommige ouderen merken dat er gradueel verlies optreedt: *"Tot verleden jaar heb ik nog zelf mijn gordijnen opgehangen. Dat heb ik dit jaar niet meer gedaan. Maar ik heb ze nog wel gewassen en gestreken. Zo'n dingen allemaal. Maar dat is toch iets dat ge minder kunt dan het jaar voorheen, he."* (Geraldine, 88j)

6.1.8.2 BEPERKINGEN PARTNER

Een aantal ouderen ervaren niet zozeer bij zichzelf beperkingen als wel bij hun partner, wat invloed heeft op hun dagdagelijks leven. *"Mijn echtgenote die kon heel goed werken, ze kan nog heel goed werken maar dat is de laatste weken wel verminderd.(…) Er zijn momenten dat het heel goed gaat, dan zie ik haar nog werkelijk marcheren…en als het slechter gaat, dan is het meer sleffen, en ik zie dat direct aan haar gezicht, ook, dat het minder goed gaat."* (Bernard, 83j)
"Bijvoorbeeld op het ogenblik, met haar geheugen dat verdwijnt, dat is soms heel moeilijk. Ik ben niet erg geduldig, en als ze dan 10-15 keer per uur hetzelfde herhaalt…dat wordt heel vervelend." (Pierre, 84j)

6.1.8.3 INVLOED VAN DE OMGEVING

Aan de respondenten werd de volgende stelling voorgelegd: 'door de omgeving wordt je als oudere vaker aangesproken op je beperkingen (wat je niet meer kan) dan op je vaardigheden (wat je wel nog kan)'. Een aantal ouderen ervaren dit niet zo. Sommigen zeggen dat ze het niet weten omdat ze niet veel contact hebben met hun omgeving. Verschillende ouderen

ondervinden bezorgdheid van de omgeving in hun fysieke activiteiten. Dit wordt vaak dubbel ervaren: enerzijds het geliefd zijn "*misschien omdat ze toch wel een beetje van mij houden, dat ze mij zo lang mogelijk willen bij hun hebben*" (Marcel, 87j), anderzijds een beperking in hun vrijheid, in wat ze graag willen doen en in hun zelfstandigheid. *"Ik werkte graag in de hof, maar nu kan ik niet meer. Maar als ik nu in de hof kom, dan neem ik nog altijd wat vuiligheid mee, he (onkruid). Ik kan mij niet inhouden, mijn gebuur zegt, t is hij die mijn hof komt doen, 'ik heb het gezien, he, ge hebt u weer niet kunnen inhouden'. Maar ja, kom…wat wilt ge? (…) Hij heeft schrik dat er iets voorvalt. Dan zegt hij: 'we willen u nog lang hier, he'."* (Therèse, 88j)
Een oudere dame vraagt aan haar kinderen om haar was te geven om te strijken, maar stuit op weerstand omwille van hun bezorgdheid. Volgens een oudere man worden ouderen door de omgeving 'opzij gezet worden door hun beperkingen'. Hij is van mening dat ouderen 'hun tanden moeten laten zien'. Voor de omgeving is het vaak 'normaal' dat de oudere zijn/haar functies verlies door de ouderdom, maar de beleving van de oudere kan helemaal anders zijn:
"Mijn dochter die zegt soms, als ik dan zeg: ja, ik wou dat doen, maar ik kon dat niet! 'Ja, mama, ge vergeet dat ge 88 jaar zijt!' Néé, ik vergeet dat niet. Maar, dan heeft het idee van te zeggen 'ja, dat is normaal, he' en dat is ook normaal, maar dat is zo normaal niet voor degene die het voorheeft, he." (Geraldine, 88j)

6.1.8.4 INVLOED VAN DE BEPERKINGEN VAN DE OUDERE OP DE OMGEVING

Vaak hebben de beperkingen waar ouderen mee te maken krijgen invloed op hun omgeving, met name de familie, mantelzorgers, buren en zorgverleners. Dit vergt aanpassingen van beide kanten, wat niet altijd vanzelfsprekend is. Soms kan het leiden tot verminderd sociaal contact met die omgeving, wat eenzaamheid en isolatie van de oudere in de hand werkt.
"Mijn dochter heeft tien jaar geleden zelfs een vierdeurs gekocht, zodat ik er beter in kon. De kinderen staan ook in functie van al die dingen." (Gilberte, 85j)
Een oudere man vertelt dat het moeilijker wordt om sociale contacten te onderhouden o.w.v. de geheugenproblemen van zijn echtgenote: *"dan laten we het gewoon vallen, dan nodigen we geen mensen meer uit."* (Pierre, 84j)

6.1.8.5 OMGAAN MET BEPERKINGEN EN AANDACHT VOOR VAARDIGHEDEN

Ouderen wenden verschillende copingstrategieën aan om om te gaan met hun beperkingen. Ze kunnen deze beperkingen op heel verschillende manieren beleven.
Er zijn ouderen die het aanvaarden*. "Ik had mij geschikt. Wat niet kan, kan niet en wat wel kon, dat deden we. "* (Germaine, 89j) Er wordt gerelativeerd: *"We mogen niet klagen"* (René, 90j). Men trekt zijn/haar plan: het aanwenden van hulpmiddelen, oplossingen zoeken 'ik heb verschillende trucjes', het tempo aanpassen… Hulpmiddelen die worden gebruikt zijn: aanpassingen in het huis, hulpmiddelen voor het stappen (looprek, rolstoel, wandelstok), geheugensteuntjes, personenalarm, een elektronische pepermolen, enz. Men leert leven met de beperkingen die men voelt. Er wordt hulp gevraagd: *"Ge moet niet met uw kop tegen de muur bonken, he. Als ge weet dat het niet meer gaat, als ge voelt dat het niet meer gaat, dan moet ge van de nood een deugd maken en iemand anders vragen."* (Bernard, 83j) Anderen onderhouden hun functies en activiteiten*: "Ik ben altijd heel actief geweest. Ik onderhoud alles goed."* (Henriette, 80j) *"Het is lastiger om dezelfde dingen te blijven doen als wanneer ge jonger zijt, maar ik doe ze nog."* (Pierre, 84j) Een oudere dame spreekt over 'zich niet laten gaan'. Anderen verzetten zich tegen hun beperkingen en vinden het moeilijk hier mee om te gaan. Enkele ouderen uiten hun verdriet en frustratie over hun beperkingen*: "door mijn knieën kan ik niet meer doen wat ik gráág wil doen."*(Jos, 85j)

6.1.9 BETROKKENHEID

Betrokkenheid wil zeggen (a) ergens deel van uitmaken; (b) zich ergens emotioneel mee verbonden voelen. (31) In dit interview werd gefocust op het betrokken zijn bij de samenleving, de omgeving en de cirkel van familie en nabije vrienden/buren.
Er werd vertrokken van de volgende stelling: "Hoe ouder je wordt, hoe minder je betrokken bent in de samenleving". Zijn ouderen minder betrokken in de samenleving dan jongere generaties? Hangt dit samen met de leeftijd? Indien ja: welke redenen halen zij hiervoor aan?
De meeste ouderen ervaren dat ze minder betrokken zijn dan vroeger bij de maatschappij. Bij de familie voelt men zich vaak wel nog betrokken. Verschillende ouderen uiten zich afstandelijk of negatief t.o.v. de politiek. Meerdere ouderen beschouwen plaatsing in een woonzorgcentrum als het afgesneden worden van de maatschappij: men is er geen deel meer van, men kan niet meer van betekenis zijn.

6.1.9.1 OP DE HOOGTE ZIJN

De meeste ouderen blijven op de hoogte van wat er zich afspeelt in hun omgeving via verschillende media: nieuws via de buren of familie, televisie, weekbladen etc.
Televisie heeft een belangrijke rol als medium om betrokken te blijven. Dit geldt in het bijzonder voor ouderen die minder mobiel zijn en zorgafhankelijk. Soms is de televisie het enige kanaal waardoor ouderen nieuws ontvangen. Verschillende ouderen uiten zich negatief t.o.v. de politiek. Een aantal ouderen zegt kritiek te hebben of zich er emotioneel bij betrokken te voelen: *"ik maak mij alle dagen kwaad op de gazet."* (Henriette, 80j). Veel ouderen volgen de politiek van op afstand, maar willen zich er niet in mengen of engageren. Een oudere man heeft het gevoel zijn mening niet te kunnen uiten en voelt zich daardoor niet betrokken bij de politiek. Anderen houden zich er niet mee bezig.

6.1.9.2 BETROKKENHEID BIJ DE OMGEVING

Verschillende ouderen zijn betrokken bij hun omgeving. De meeste betrokkenheid wordt ervaren bij de familie (het kerngezin). Een aantal ouderen die actief geëngageerd waren, zijn dit nu minder o.a. door omstandigheden waar zij geen vat op hebben. Veranderingen in de omgeving hebben een impact op de betrokkenheid van de oudere: zij hebben dit niet volledig in eigen handen. Dit werd eerder besproken in *paragraaf 6.1.2.4*. Niet alleen de omgeving maar ook de persoonlijkheid van de oudere is bepalend of men al dan niet betrokken is. Een oudere dame haalt aan dat veel afhangt van 'het karakter van een mens' en dat men betrokkenheid moet zien vanuit het perspectief op het hele leven. Ouderen die vroeger heel betrokken waren, zijn dit later vaak nog.

6.1.9.3 'ALS ER NIKS IS, BEN IK NUTTELOOS'

Ouderen vinden het belangrijk zich nuttig te maken en te voelen. Dit bevordert hun betrokkenheid en verbondenheid met de omgeving (*zie paragraaf 6.1.7.3*). Verschillende ouderen leveren praktisch werk, geven advies en zijn vaak bezig voor anderen.
Veel ouderen stellen zich beschikbaar en hulpvaardig op naar hun omgeving. Een dochter zegt over haar moeder: *"Ze zegt 'als er niks is, ben ik nutteloos', dus geven we haar werk, he."* (Henriette, 80j)

6.1.9.4 JEZELF AANMELDEN

Een aantal ouderen zijn van mening dat je niet minder betrokken hoeft te zijn als oudere. Een respondent pleit voor een zekere assertiviteit van de oudere ten opzichte van de samenleving. De oudere zou initiatief moeten nemen: *"Neen. Ik veronderstel dat als ge wilt betrokken zijn, dan moet ge uzelf aanmelden. Natuurlijk, anders 'diene ouwe' zeggen ze, 'daar kunnen we niks meer*

mee doen'. Maar als ge uzelf aanmeldt en feiten desnoods aanhaalt die bewijzen dat ge er nog zijt, dan zullen ze u wel meenemen, dan zullen ze u wel aanvaarden…" (Marcel, 87j)

6.1.9.5 BARRIÈRES IN BETROKKENHEID

Door de respondenten worden verschillende barrières aangehaald die hun betrokkenheid in de omgeving beïnvloeden:

- Niet meer kunnen: door beperkte mobiliteit en afname van capaciteiten
- Niet meer willen: 'ik blijf liever thuis'
- Berusten: 'ik hoor er toch niet meer bij gezien mijn ouderdom'
- Teruggetrokken zijn: niemand aanspreken op straat
- Opvoeding: nooit de gewoonte hebben gehad op bezoek te gaan en bezoek te krijgen
- Omgevingsfactoren: het afhaken van leeftijdsgenoten aan activiteiten (voor senioren), zich niet thuis voelen in de omgeving ('vreemden'), op weerstand stuiten en verandering van de omgeving/maatschappij

Ouderen hebben de maatschappij heel sterk zien veranderen. In een grootstad als Brussel is dit nog meer uitgesproken. Verschillenden vertellen over hun ervaring dat ze vroeger 'iedereen kenden', maar dat vandaag 'de mensen niet meer zoals vroeger' zijn: 'ze waren meer behulpzaam', 'wie ken ik hier nog?', 'niemand gaat niet bijeen, allemaal blijft alleen', 'de evolutie van de wijk'… Ouderen ervaren vervreemding van de omgeving. Dit kan er toe bijdragen dat ouderen zich minder en minder verbonden voelen met deze omgeving en samenleving. Een oudere man stuit op weerstand wanneer hij zijn diensten aanbiedt: *"Ge kunt van betekenis…ge kunt iemand inlichten en voor iemand iets doen, dat ze zelf niet moet lopen, maar ze pakken dat niet aan.(…) Ik ben voor mensen te helpen…ja, maar ik kan niet…ik kan het voorstellen, maar als ze niet willen, ja…ze zeggen niets. "* (Jos, 85j)
Enkele respondenten zijn op oudere leeftijd verhuisd. Uit hun verhaal blijkt dat ze het moeilijk vinden om aansluiting te vinden bij hun omgeving. Zo is er een dame die sinds tien jaar zelfstandig in een woonzorgcentrum woont. Ze beschrijft haar omgeving als 'vreemden', ze kent de taal en de mensen niet en ze wordt omgeven door mensen die 'niet meer weten wat ze doen en zeggen' (demente personen) – hiermee heeft ze geen voeling. Ze laat de gebeurtenissen in haar omgeving op hun beloop gaan, ze zal niet actief interveniëren of bijdragen. Ze vertoont een bepaalde gelatenheid ('ze doen maar'). Ouderen hebben vaak weinig andere keuze dan de veranderingen te aanvaarden en hiermee leren om te gaan. Voor de ene persoon lukt dat beter dan de andere*: "ik heb het aanvaard, dan moet ik ook blijven…"* (Germaine, 89j)

6.1.10 HINDERNISSEN

Ouderen ervaren heel wat hindernissen om actief ouder te worden. Een hindernis is iets wat storend werkt, een belemmering. (32) Dit kunnen hindernissen zijn bij de persoon zelf, in de onmiddellijke omgeving en/of in de maatschappij. Een aantal ouderen ondervinden geen hindernissen om nog te kunnen doen wat ze willen doen. Het begrip 'hindernis' is bijgevolg relatief: een bepaalde beperking kan aanwezig zijn, maar hoeft niet automatisch een hindernis te zijn voor deze persoon. Veel hangt ook af hoe men ermee omgaat (zie paragraaf 6.1.1.9). Eerst worden vier hindernissen besproken die te maken hebben met de oudere zelf, de volgende vier hindernissen zijn omgevingsgebonden factoren.

6.1.10.1 FYSIEKE HINDERNISSEN

Fysieke beperkingen hebben heel wat invloed op het dagdagelijks leven van ouderen, denk hierbij aan verminderde mobiliteit, visusproblemen, pijn of krachtsverlies in de ledematen, evenwichtsproblemen, minder uithoudingsvermogen en gew(r)ichtsproblemen. Zoals eerder aangehaald maken veel ouderen gebruik van hulpmiddelen. Sommige ouderen vermelden dat ze

zich eigenlijk zouden moeten laten opereren (heupprothese), maar opzien tegen de operatie omwille van angst voor complicaties of de anesthesie. Zoals blijkt uit dit voorbeeld zijn er soms mogelijkheden die de oudere kunnen helpen om bijv. fysiek actiever te worden, maar stuit men op nieuwe hindernissen. Één oudere dame heeft altijd met fysieke beperkingen moeten leven, waardoor er voor haar met het ouder worden geen verschil is wat betreft fysieke activiteit.

6.1.10.2 MENTALE HINDERNISSEN

Verschillende ouderen vermelden geheugenverlies, met name problemen met het recente geheugen. Voor een aantal ouderen heeft dit een belangrijke impact op hun dagelijks leven, of wordt het zelfs als 'het belangrijkste probleem' beschouwd. Anderen bekijken het eerder als typische ouderdomsvergeetachtigheid en relativeren het. Een oudere dame vertelt dat het haar angstig maakt.

6.1.10.3 PSYCHISCHE EN SOCIALE IMPACT

'Door hun beperkingen worden ouderen opzij geschoven', aldus de visie van een oudere man. (Marcel, 87j) Deze fysieke en/of mentale beperkingen hebben een belangrijke invloed op de sociale rol en positie van de oudere. Ook wordt hun zelfbeeld hierdoor aangetast: 'ja, ik kan dat toch niet meer' of 'ik hoor er toch niet meer bij gezien mijn ouderdom'. Een andere oudere vertelt hoe zijn knieproblemen er o.a. voor gezorgd hebben dat hij geïsoleerd geraakt is en geen sociaal contact meer heeft. Sommige ouderen uiten hun angst naar de toekomst toe: 'stel dat ik mijn verstand verlies of lichamelijk gehandicapt wordt, dan…' Een oudere man vertelt hoe zijn jarenlange constipatie voor hem vooral een psychisch probleem geworden is. Verschillende ouderen hebben valangst. Dit omdat ze zich niet zeker voelen van zichzelf, of omwille van eerdere valincidenten. Ook dit heeft invloed op het buiten komen, sociale contacten en het zelfbeeld.

6.1.10.4 FINANCIËLE MOEILIJKHEDEN

Hoewel hier niet rechtstreeks vragen over gesteld werden, benoemden enkele ouderen dat het op oudere leeftijd niet evident is alles financieel te kunnen dragen. Sommigen hebben de mogelijkheden niet om weg te gaan of extra hulp in het huishouden aan te schaffen.

6.1.10.5 BEZORGDHEID VAN DE OMGEVING

Zoals eerder vermeld ervaren een aantal ouderen bezorgdheid van hun omgeving inzake de activiteiten die zij (graag) doen, zoals tuinieren, bricoleren, boodschappen doen, trappen lopen etc. Ook dit heeft invloed op het actief blijven van de oudere.

6.1.10.6 (ON)VEILIGHEID

Verschillende ouderen voelen zich onveilig in hun omgeving. Volgende redenen worden vermeld: evolutie van de wijk met immigratie van allochtonen, overvallen worden op straat,… Ouderen voelen zich ook fragieler en kwetsbaarder voor incidenten. Dit maakt dat zij minder buiten komen, 'veel voorzichtiger zijn', niet spontaan de voordeur open doen, niet alleen weggaan. *"Het enige wat mij bang maakt…ja, ik ben al een paar keer overvallen, en dat maakt mij wél bang. Daar kijk ik wel… daar pas ik wel voor op'"* (Geraldine, 88j)
Eerder werd al de vergelijking gemaakt met het platteland: daar is men actiever (dansen, fietsen,…) omdat het er ook veiliger is. "*De mensen hebben er een heel ander leven*." (Jeanne, 85j)

6.1.10.7 GEBREK AAN ONDERSTEUNING (EMPOWERMENT)

Sommigen ondervinden een gebrek aan ondersteuning. *"Ik ga niet veel vertellen; ik ga juist maar één ding zeggen: dat er in Molenbeek geen agence is om mensen te helpen 1 dag per week, voor wandelen te gaan."* (Jos, 85j)

6.1.10.8 MOBILITEIT EN URBANISATIE

Hindernissen in het gebruik van openbaar vervoer en de auto werden eerder vermeld in *paragraaf 6.1.5*. Door de toenemende bebouwing in Brussel is de omgeving minder aantrekkelijk voor ouderen om zich buiten te begeven*: "ondertussen is alles dichtgebouwd."* (Jacques, 80j) Ook zijn er vaak heel wat werkzaamheden, met daardoor oneffen voetpaden of andere hindernissen waardoor de mobiliteit van ouderen bemoeilijkt wordt. Sommigen spreken over de zee en het platteland, als contrast met de stad, waar men minder geconfronteerd wordt met de verstedelijking en er meer open ruimte is.

6.2 ZELFREDZAAMHEID

6.2.1 BETEKENIS ZELFREDZAAMHEID

Zelfredzaamheid betekent voor ouderen het volgende: 'niet helemaal afhankelijk zijn', zich jong voelen, zich graag bezig houden, dingen blijven doen, thuis kunnen blijven, iets voor anderen kunnen doen, zelfstandigheid bewaren, zich onafhankelijk voelen, eten maken voor de kinderen, zelf instaan voor het huishouden, de boodschappen doen (te voet of met de auto), 'een kwestie van fierheid', vrijheid ('ik zie graag wat ik koop'),'ge maakt klaar wat ge graag hebt',…
Verschillenden proberen hun zelfstandigheid zoveel mogelijk te behouden. Een aantal ouderen gaan zelf naar het kabinet, en doen dit bewust in de mate van het mogelijke, 'tenzij dat het iets is waardoor de huisarts naar hier moet komen'. Een oudere dame die zeer slecht te been is, heeft verschillende trucjes gevonden om haar huishouden te doen. Wanneer een respondent nadenkt over de mogelijkheid van geplaatst te worden in een WZC, zou hij 'nog altijd proberen zelfstandig te worden'. Een oudere dame kookt nog een hutsepot of maakt een konijn klaar voor haar kinderen, "'ge doet dat zo goed', zeggen ze." (Therèse, 88j) Een van de respondenten zegt vastberaden: *"ik ben graag baas van mijn eigen en nogal zelfstandig…"(Geraldine, 88j)*

6.2.2 HOUDING TEN OPZICHTE VAN AFHANKELIJKHEID

Verschillende ouderen hangen niet graag af van anderen of vragen niet graag hulp. Ze behouden liever hun zelfstandigheid door dingen zelf te doen. Een aantal zeggen zich nutteloos te voelen als ze werk uit handen geven of vinden het vervelend omdat het dan niet op 'hun eigen manier' gebeurt. Verschillende ouderen doen graag het huishouden. Een paar zeggen niet stil te kunnen blijven zitten. Ouderen reageren heel verschillend op het feit dat ze afhankelijk zijn van anderen of er in de toekomst mee geconfronteerd kunnen worden. Sommige ouderen kunnen het idee niet aanvaarden afhankelijk te zijn van anderen: *"dan heeft het geen zin meer om te leven. Door het feit dat ik constant hulp nodig heb, dat is het leven niet waard."* (Claude, 86j) Ook hebben enkelen kritiek op de kwaliteit van thuishulp. Anderen staan positief ten opzichte van hulp aanvaarden: 'dat is niet moeilijk: het is tenslotte om uw eigen welzijn'. Een aantal ouderen geven aan tevreden te zijn van familiehulp en zouden het niet erg vinden om thuisverpleging te krijgen. Een respondent spreekt zelfs over het idee om iemand te laten inwonen in huis die voor hen kan zorgen wanneer het niet meer gaat. Een oudere dame vindt dat je moet *"meegaan met uw ouderdom: wat je zelf niet meer kan doen, dan ben ik blij dat er iemand kan komen helpen."* (Mariette, 83j) Een aantal ouderen nuanceren: hulp aanvaarden is moeilijk omdat men 'het liever zelf doet', maar het is ook wel 'fijn dat alles proper is'. Men moet realistisch zijn: 'niet met uw kop tegen de muur bonken'. *"Als het niet meer gaat moet je van de nood een deugd maken en iemand anders vragen."* (Bernard, 83j) Een oudere merkt op dat je altijd afhankelijk bent van anderen: als men bijvoorbeeld op restaurant gaat is men afhankelijk van de kok, "*het kan altijd goed of slecht meevallen"*. (Jos, 85j)

6.2.3 ADVIES VAN DE OMGEVING

Soms krijgen ouderen van de omgeving te horen dat ze meer hulp zouden moeten vragen/aannemen. Een oudere dame vertelt hoe hun vrienden aan hen vroegen *'waarom pakken jullie geen kuisvrouw, op jullie ouderdom?*'. (Catherine, 85j) Sommigen botsen op ongewenste reacties van de omgeving. Wanneer men laat merken dat iets minder goed lukt of men ergens hulp voor nodig heeft, wordt er soms gesuggereerd om naar een woonzorgcentrum te gaan. *"Want dat is het eerste wat dat ze zeggen als ge ouder wordt of 'Tiens, ik kan dit of dat niet goed meer', 'Ja, zoudt ge niet beter naar een home gaan?' Ziet ge mij al in een home zitten? (verontwaardigd) Neen, he!"* (Geraldine, 88j) De visie van ouderen kan verschillen van deze van de omgeving, waarbij de omgeving vaker hulp zal aanbieden of adviseren terwijl de oudere meer gericht is op het allemaal nog zelf te doen.

6.2.4 HULPBEHOEVENDHEID

Een aantal ouderen vertellen hoe ze op korte tijd hun zelfredzaamheid verloren hebben. Dit kwam o.a. door ziekte, hospitalisatie, … Deze veranderingen vragen veel aanpassingsvermogen van de oudere: 'het huis is niet meer op orde zoals vroeger'. Ook de hulp die zij boden aan anderen viel daarmee weg. *"En tot dan toe deed ik de kleinkinderen hun strijk, hun was, ik deed dat allemaal… en van vandaag op morgen was dat gedaan. (…) Ja, daar hebben ze veel verloren."* (Therèse, 88j) Als ouderen bijkomende hulp nodig hebben, verschillen zij in visie op welke manier: een aantal zouden hun familie vragen, anderen de professionele thuishulp maximaliseren. Frequent worden de kinderen ingeschakeld als er hulpnodig is. Eén respondente zei liever naar een WZC te gaan dan dat ze haar kinderen zou moeten belasten. In het ontvangen van hulp of zorg willen ouderen hun onafhankelijkheid zoveel mogelijk bewaren. Zo vertelt een dame dat ze ervoor zorgt dat ze al gewassen is 's morgens wanneer de verpleegkundige komt, zodat ze enkel haar rug en voeten nog moeten doen. Anderen poetsen in hun huis wat ze kunnen voordat de poetsvrouw komt.

6.2.5 ZO LANG MOGELIJK THUIS

Wat sterk naar voor komt is dat bijna alle ouderen zo lang mogelijk thuis willen blijven. Dit wordt geassocieerd met zelfstandigheid en onafhankelijkheid.
Sommigen zijn hier bewust mee bezig, zoals het zoeken naar manieren om thuis te kunnen blijven: installeren van een traplift, het uitkijken naar een serviceflat, aanpassingen doen (bed naar de living verhuizen), iemand laten inwonen die instaat voor de zorg ('een gezelschapsdame'). Anderen moeten meer hulp aan huis laten komen om nog thuis te kunnen blijven. Soms moeten er compromissen gesloten worden, zoals een oudere dame die na een aantal valincidenten met de huisarts overeen komt dat ze beneden slaapt en niet meer alleen de trap naar boven neemt.

6.2.6 PARTNER

De ouderen met partner ervaren veel steun van deze persoon. Men' vult elkaar aan', men kan 'elkaar helpen' met zaken die voor de één niet en voor de ander wel lukken. Sommigen nemen ook hun voorzorgen indien zij komen te overlijden, door bijvoorbeeld financiële zaken te regelen zodat de partner niet in problemen komt. Een vrouw beschrijft een moment waarop ze haar bezorgdheid naar haar echtgenoot uitte i.v.m. haar geheugenproblemen en wat er met haar zal gebeuren in de toekomst. Zijn antwoord was: *"als dit je overkomt, zal ik er zijn om je te helpen."* Dit biedt haar veel troost. (Emilia, 83j)

6.3 ZORG

Aansluitend op het vorige thema werd hier besproken hoe ouderen zorg ontvangen en/of geven, hoe zij zorgverlening en de relatie met zorgverleners beleven.

6.3.1 DOOR ZORG TE ONTVANGEN, VERLIES IK MIJN AUTONOMIE

Zoals eerder besproken ervaren veel ouderen dat ze een (deel van) hun autonomie verliezen wanneer zij hulp vragen of zorg ontvangen. *"Je voelt dat je niet meer dezelfde bent."* (Claude, 86j). Anderen hebben hier geen angst voor of hebben er geen moeite mee; zij zullen nog zoveel mogelijk zelf doen terwijl ze afhankelijk zijn van hulp. Het gaat erom zichzelf realistisch inschatten: *"Als ge weet wat ge moogt doen en wat ge moet laten…als ge u daarin schikt, dan gaat dat weer."* (Germaine, 89j)

6.3.2 LIEVER ZORG GEVEN DAN ZORG TE ONTVANGEN

Verschillende respondenten geven liever zorg dan zorg te ontvangen. *"Ik ben iemand die altijd veel gedaan heeft voor anderen… dat zou natuurlijk de zaak omkeren, he…de rem erop, he."* (Jacques, 80j) Voor een oudere man heeft het met 'fierheid' te maken, *"toch nog fier wat ik in mijn leven gepresteerd heb."* (Bernard, 83j) Anderen zijn tevreden dat ze geholpen worden. *"Si on a besoin d'être soigné, je ne vois pas pourquoi ça sera mieux donner… content qu'on le reçoit, c'est sur. »* (Emilia, 83j) Een interessant gegeven is dat terwijl ouderen aangeven dat iets doen voor anderen betekenis geeft, ze het zelf moeilijk hebben wanneer zij zorg moeten aannemen.

6.3.3 POSITIE VAN ZORG ONTVANGEN

Ouderen ervaren hun positie als 'zorg-ontvanger' vaak als iets moeilijk. *"Als je gewoon bent van alles zelf te doen, je te wassen en te kleden…"* (Louisa, 82j) *"J'étais toujours si valide"* (Emilia, 83j). Men is zelfstandigheid gewoon, men heeft jaren gezorgd en gewerkt voor anderen; het moment dat er afhankelijkheid ontstaat of een hulpvraag, is het niet vanzelfsprekend dat de oudere dit zomaar aanvaardt. Veel ouderen wennen (vroeg of laat) wel aan hun nieuwe situatie.

6.3.4 ZELF ZORGEN VOOR ANDEREN

Verschillende ouderen geven aan zorg te verlenen of hulp te bieden aan anderen. Dit gaat van praktische hulp in het huishouden, financiën regelen tot het moreel ondersteunen, aanwezig zijn: *"Misschien morele zorg, maar geen lichamelijke zorg. In ieder geval, het is hier de zoete inval. En dat is altijd zo geweest."* (Gilberte, 85j) Sommigen hebben als mantelzorger langdurig en intensief gezorgd voor een derde: "*ik heb hier drie jaar mijn schoonmoeder gehad, die aan het dementeren was, ze is hier zelfs gestorven, ik heb mijn vrouw daarvoor moeten helpen. En later haar broer die ziek was, waar we meer dan één keer per week naartoe moesten."* (Jacques, 80j)
Verschillende ouderen merken dat ze nu minder goed kunnen zorg dragen voor anderen dan vroeger. "*Vroeger was dat meer dan nu, he. Omdat ik niet meer fysiek iets kan dragen; ik kan wel lichtere zaken doen, maar voor de rest kan ik dat zo niet meer."* (Jacques, 80j)

6.3.5 ZORGVERLENERS

6.3.5.1 INVENTARIS ZORGVERLENERS

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen informele zorg (mantelzorg) door familie, buren en/of vrienden enerzijds en professionele thuiszorg anderzijds: thuisverpleegkundige, familiehulp, kinesist, ergotherapeut en de huisarts worden vermeld door de respondenten.
Bij de meeste ouderen staan de (schoon) kinderen in voor heel wat praktische hulp, denk o.a. aan vervoer en huishoudelijke hulp. Een aantal ouderen zeggen 'alles zelf te doen' en niet af te hangen van hulp van buitenaf. Indien de huisarts aan huis komt, is dit meestal één keer per maand.

6.3.5.2 RELATIE MET ZORGVERLENERS

De meeste ouderen voelen zich respectvol behandeld door zorgverleners. Sommige ouderen stellen hun voorwaarden voordat ze hulp of zorg aanvaarden en wensen graag inspraak in beslissingen. Het is voor hen belangrijk dat hun grenzen gerespecteerd worden en een aantal ouderen stellen ook hun grenzen: *"als ik iemand zou nemen, dan is dat in de eerste plaats in vertrouwen. Zouden er zaken zijn die mij niet bevallen, ja, dan stop ik ermee, he." (*Jacques, 80j) "*Als er voor mij hulp komt, dan komt er hulp. Ik spreek wat ik moet spreken en wat hij niet moet weten, dat zeg ik niet."* (Jos, 85j) Voor een oudere dame is het belangrijk dat de thuisverpleegkundige haar laat doen wat ze nog kan tijdens de verzorging. Een andere respondente gaf aan dat ze vond dat de verpleging te vaak aan huis kwam, en heeft overlegd met hen dat ze één keer per week zouden komen. Sommige ouderen voelen zich teveel opgelegd door zorgverleners en stellen zich assertief op: *"ik ben nooit een moeilijke mens, he – ik heb graag iets, maar ze moeten mijn leven niet…hetgeen dat ik vraag, niet hun goesting, mijn goesting. Daar zit het verschil."* (Jos, 85j)
Iemand merkt op dat het verschil tussen betaalde of vrijwillige hulp een grote invloed heeft op hoe men omgaat met de zorgverlening. Ouderen voelen zich vrijer om hun wensen te uiten of hun voorwaarden te stellen wanneer ze zelf voor de zorg betalen. *"als het betalende hulp is, dan hebt ge nog altijd het recht om uw wetten te stellen. De betaler bepaalt, he."* (Marcel, 87j) Vrijwilligerswerk 'zou een beetje ongemakkelijker liggen.' (Marcel, 87j) Een dame vertelt over een negatieve ervaring tijdens een hospitalisatie waarbij zij zich niet gerespecteerd voelde en men in haar plaats een beslissing maakte.
"Ik was in de kliniek de tweede keer, en de sociale assistente…ik mocht niet…ik moest naar een home. Ik zeg 'ik naar een home??' ik zeg: 'waarom?' 'om uw eten te maken, ge kunt uw eten niet meer maken'. Ah, ik zeg: 'wie zegt er dat ik mijn eten niet kan maken?' ik zeg tegen mijn dochter 'hebt gij gezegd dat ik naar een home moet?'…ah, nee…ik was van zin om mij van kant te maken (weent). (…) 'Maar', zei ze dan, 'met uw reumatisme kunt ge toch uw…' ik zeg 'ik trek mijn plan! Ja, ik heb pijn aan mijn handen, akkoord, maar ik trek mijn plan!' " (Therèse, 88j)
Ouderen vermelden de volgende problemen met zorgverleners: incorrect handelen, niet beantwoorden aan de noden van de oudere, op uren komen die niet passen voor de oudere, steeds een andere thuisverpleegkundige in plaats van dezelfde persoon, ontevredenheid over de kwaliteit van de maaltijden aan huis, poetshulp die niet grondig werkt of niet komt opdagen… Een oudere man is gefrustreerd omdat hij geen hulp vindt om te kunnen gaan wandelen.
Sommige ouderen hebben een weerstand tegen hulp aan huis: 'je haalt een vreemde binnen', 'ik ben graag baas van mijn eigen',…Een oudere dame vindt het belangrijk dat er telkens dezelfde verpleegkundige aan huis komt omwille van haar fysieke toestand*: "toen ze bij mijn man kwamen was dat elke keer iemand anders, een man of een vrouw. Maar zoals ik gearrangeerd ben (wijst naar lichaam), dat moet een schok geven voor iemand die dat voor de eerste keer ziet. En ik loop daar niet graag mee te koop. Moest dat nu altijd dezelfde persoon zijn; dat voelt ge van de eerste keer of dat gaat of niet gaat. En toen hebben ze gezegd dat P. zou komen. Maar verleden week heeft P. I. gestuurd, maar haar kende ik nog van vroeger, van bij mijn man, en die is heel goed. (…) Maar*

nu is zij in verlof komende week, ik hoop dat ze mij dan niemand anders sturen, want dan stuur ik ze terug." (Gilberte, 85j)

6.4 ARTS-PATIËNTRELATIE

In het onderzoek werd er dieper ingegaan op de rol van de huisarts in de zorgverlening. Er werd bevraagd welke rol de huisarts heeft in het leven van ouderen, wat zij belangrijk vinden aan de arts-patiëntrelatie en hoe zij op dit moment het contact ervaren. Ook werd er gepeild naar waar de huisarts ouderen (nog meer) in kan ondersteunen.

6.4.1 BAND TUSSEN HUISARTS EN DE PATIËNT: ERVARING VAN OUDEREN

6.4.1.1 JARENLANGE BAND

Veel ouderen kennen hun huisarts al meer dan twintig jaar. Voor hen is dit een belangrijk feit. De huisarts is een persoon waar de meeste ouderen regelmatig contact mee hebben, hij is een vast element in hun leven. Verschillende ouderen voelen zich gekend door de huisarts. Voorbeelden die worden genoemd: gevoeligheid van de patiënt aan medicatie, mensenkennis hebben, aanvoelen dat er iets scheelt, het karakter kennen van de persoon,*…"En ik kwam bij hem (de huisarts) en hij kent mij, door en door, ik heb daar al moppen verteld, en nu, ik was kalm… en dan zegt hij: 'wat is 't? wat is er?' ik zeg: 'niks, niks'. 'jamaar, gij zijt niet gelijk als gewoonte, ik ga u iets voorschrijven.' Omdat ik zogezegd euh, een depressie had.' (…) Ah ja, ja, ik ben 25 jaar zijn patiënt; hij weet, als ik niet vrolijk ben of een goei mop 'kende die, dokter, van…' "* (Bernard, 83j)
Als ouderen praten over hun relatie met de huisarts, vertellen ze het volgende: 'dat heeft geklikt', 'ik heb nog nooit ruzie gemaakt', 'hij verzorgt mij goed', 'ze is altijd vriendelijk, ik mag dingen vragen', 'ik ben content van mijn huisarts'. Deze oudere man ervaart het belang van menselijk contact met de huisarts: *"dat is nog belangrijker dan geneesmiddelen krijgen."* (Claude, 86j)
Ouderen merken het verschil tussen de huisarts en de HAIO. Een oudere man vertelt een anekdote waarbij de HAIO handelde vanuit theoretische kennis, terwijl de huisarts handelde vanuit de kennis van de specifieke situatie van de patiënt.

6.4.1.2 ZOALS EEN BROEKZAK

Veel ouderen ervaren de huisarts als een vertrouwenspersoon. Een respondent drukt het uit als volgt: *"Daarom is de naam huisarts uitgevonden, he. De huisarts die moet zijn, hoe zal ik zeggen, zoals uw broekzak. Daar moet je alles kunnen tegen zeggen, in vertrouwen. Als er geen vertrouwen is, is er ook geen remedie of genezing."* (Marcel, 87j) Een oudere vrouw spreekt over de huisarts als 'een veiligheid': *"C'est un sécurité. Quand on a mal, quand on n'est pas bien, on va! Peut-être on laisse avancer quelque chose qu'on ne sait pas? Je ne suis pas médecin."* (Emilia, 83j)
Vertrouwen is ook belangrijk voor het lichamelijk contact: *"Als iemand anders u zou aanraken, aan uw arm, dan zou ge denken… maar ja, die (kinesist) neemt uw been vast en die trekt daar eens aan, of hij neemt uw arm vast, of hij zegt: doe uw rok eens uit, awel dan doet gij uw rok uit, he, dat is…gelijk bij u, dat is zo, he."* (Geraldine, 88j)

6.4.1.3 NIET ALLEEN OVER ZIEK ZIJN

Verschillende ouderen ervaren dat de huisarts iemand is met wie ze allerhande onderwerpen kunnen bespreken. *"Ja, want ik babbel niet alleen over ziek zijn, als er iets gebeurd is of met de kinderen..n'importe wat. Hij babbelt eens over zijn verlof, of…als ik hem dan vraag hoe zijn congé geweest is, dan vertelt hij daar iets over. "* (Therèse, 88j) De thema's die worden besproken met de huisarts zijn o.a. ideeën en wensen van de oudere i.v.m. ziekenhuisopnames, opereren of niet, problemen met thuishulp, (fysieke of psychische) problemen bij de partner, persoonlijke problemen, reizen, pensioen, levenseinde, euthanasie, 'als het niet meer gaat', (medicamenteuze)

behandeling,…Een oudere man drukt zich kordaat uit: *"Alles is bespreekbaar en moet bespreekbaar zijn tussen patiënt en dokter. En omgekeerd ook."* (Marcel, 87j) Ook als het over gevoelige onderwerpen gaat of zaken die moeilijk zijn voor de oudere om te horen: 'Hij *moet* ze zeggen, daarvoor wordt hij geraadpleegd, he.' (Marcel, 87j) Maar wel 'vanuit het standpunt van de arts'. Hieruit blijkt dat er een zekere professionaliteit verwacht wordt. Het kunnen bespreken van zowel medische als niet-medische zaken is sterk verbonden met de vertrouwensrelatie die men heeft met de huisarts. Voor sommigen heeft de huisarts louter een medische rol*: "Hij zal u wel uitleggen wat ge hebt en u onderzoeken, maar verder koffietafel houden, dat bestaat bij hem niet."* (René, 90j) Deze persoon vond het zelf ook niet nodig om uitgebreid te babbelen met de huisarts. Een oudere dame vertelt dat ze veel minder contact heeft met de huisarts omdat haar echtgenoot vooral het woord voert. Voor anderen hangt het er van af hoe lang men de huisarts ken en de frequentie van de contacten: *"Dat hangt er ook vanaf hoelang dat ge uw dokter kent, en de relatie die ge daarmee krijgt. Ik ga twee keer per week bij mijn kinesist, wel ja, wij vertellen van alles, zowel persoonlijke dingen…awel, ja, dat wordt meer een soort meubelstuk, als ge daar al tien jaar bij gaat."* (Geraldine, 88j)
Niet iedereen heeft nood aan een (persoonlijk) gesprek en het hangt ook af van de omstandigheden en de behoeften van de oudere, *'in de mate dat het nodig is'* (Jacques, 80j), maar de meesten zijn het er wel over eens dat het 'moet kunnen'. Tegen de huisarts hoeft men niet beschaamd te zijn om genânte lichamelijke problemen te bespreken: *"Als ik nu moest, ook weeral iets voor te lachen, moest ik nood hebben aan viagra, dan zou ik dat tegen hem durven zeggen (lacht)."* (Bernard, 83j) Volgens een oudere dame moet je tegen de huisarts alles zeggen, omdat hij of zij anders geen goede zorgen kan verlenen. Omgekeerd heeft de huisarts soms de plicht om moeilijke dingen bespreekbaar te maken. Een oudere man vindt dat de huisarts euthanasie moet kunnen bespreken als 'de patiënt het moeilijk krijgt om verder te leven' en de last voor hem en de omgeving te zwaar wordt. Soms ervaren ouderen een drempel om helemaal open te zijn, bijvoorbeeld wanneer er een stagiair bij is.

6.4.1.4 VERWACHTINGEN

Soms liggen de verwachtingen van patiënten buiten het bereik van de huisarts. Een oudere man uit een bepaalde machteloosheid t.o.v. de situatie waarbij zijn vrouw nog de verwachting heeft dat de huisarts haar kan helpen, maar de echtgenoot beseft dat de huisarts geen oplossingen heeft. Een andere respondent vindt dat de huisarts 'moet doen al wat mogelijk is'. (Jos, 85j)

6.4.2 COMMUNICATIE

De respondenten werden bevraagd over hoe zij de communicatie ervaren met hun huisarts en wat zij hierbij belangrijk vinden.

6.4.2.1 INFORMATIE KRIJGEN

Ouderen wensen graag informatie van de huisarts over hun toestand, de diagnose, prognose en het beleid: "*Ik wil toch weten wat er…wanneer ik ben genezen, wanneer mag ik naar huis gaan?"* (Claude, 86j), *"Uitleg geven over al wat dat ge hebt"* (René, 90j) "*Dan kunt ge zelf nadenken wat het beste is voor te doen."* (Jos, 85j) Informatie geeft controle, argumenten om een beslissing te kunnen maken, inspraak en betrokkenheid.

6.4.2.2 INSPRAAK BESLISSINGEN

Volgens een aantal ouderen kan men discussiëren met de huisarts over een beslissing, maar ligt de eindbeslissing bij de huisarts. Wanneer er sprake is van een meningsverschil met de huisarts, bijvoorbeeld over het beleid, zijn er ouderen die aangeven dat ze om 'meer uitleg zouden vragen', 'in akkoord met de huisarts om een bijkomend advies te vragen', nevenwerkingen van medicatie melden, 'discuteren', …Voor veel ouderen is het bespreken van een meningsverschil

geen probleem, ze ervaren dat er openheid is bij de huisarts om hun eigen visie of perceptie te delen. Een oudere man maakt duidelijk dat (discussie over) een meningsverschil moet vertrekken van de vertrouwensrelatie die men met de huisarts heeft: *"Wij kunnen van mening verschillen over het een of ander maar ik ben een leek wat gezondheid betreft, wat de geneeskunde betreft. Dus, als ik bij een huisarts ga, dat is in het volste vertrouwen, he."* (Marcel, 87j)
De meeste ouderen ervaren dat er naar hun geluisterd wordt en hechten hier ook belang aan. Een aantal koppelen 'luisteren' aan 'een goede dokter'. Veel ouderen vinden het belangrijk om het advies van de huisarts op te volgen. Voor anderen 'hangt het er vanaf' (Louisa, 82j), of ze nemen het 'met een korreltje zout' (Bernard, 83j). Ze zouden een bijkomend advies vragen (zie eerder), of het advies niet opvolgen zoals het minderen van alcoholgebruik*: "maar als ik met kameraden ben en we zijn in de 'mood', dan durf ik er wel eens een meer drinken dan toegelaten (lacht)."* (Bernard, 83j) Iemand zegt: 'hij kent mijn standpunt' en ervaart ook ruimte in zijn beslissing om het advies al dan niet op te volgen. Een oudere dame probeert eerst oplossingen te zoeken door 'zelf dokter te spelen', alvorens ze de arts raadpleegt. De huisarts moet de patiënt soms overtuigen om iets te doen wanneer er een weerstand heerst zoals angst voor een onderzoek. De huisarts kan deze weerstand afzwakken door goede informatie te geven.
Soms is er ook een discrepantie: een respondent zegt dat hij het advies van de huisarts opvolgt, maar wanneer er hem gevraagd wordt of hij zou stoppen met roken, is het antwoord negatief.

6.4.2.3 RECHTTOE RECHTAAN

Voor een aantal ouderen is het van het grootste belang dat de huisarts de waarheid meedeelt, en eerlijk is. *"Een goede arts is iemand die niets verzwijgt. Is het goed of slecht nieuws…ge moogt het hebben."* (Mariette, 83j) "*Dat hij u niets wijsmaakt, he, dat hij niet zegt: het is niet erg, maar in zijn eigen denkt: maar mens, binnen zes maand zijt gij hier weg, he, bijvoorbeeld. Zo hebt ge er ook."* (Geraldine, 88j) Volgens een oudere man is dit van groot belang dat de patiënt ingelicht wordt "*volgens de ernst van de zaak, anders gaat hij er zélf te licht over."* (Marcel, 87j)
Er wordt ook genuanceerd: niet iedereen kan het aan om op een rechtstreekse manier slecht nieuws te ontvangen. Er wordt bovendien opgemerkt dat het belangrijk is hoe men iets aanbrengt. Deze oudere dame geeft toe dat hoewel ze duidelijkheid verwacht van de arts, ze het ook moeilijk zou vinden om het slechte nieuws te ontvangen: *"ze zouden moeten weten hoe ze het aanbrengen, vind ik. Ge wilt het weten, en ge wilt het toch niet weten. Dat is het. Want ik heb schrik van te sterven, he."*
Int: "Dus ge vindt wel dat ze het moeten zeggen, maar op een manier dat het goed overkomt?"
Resp: "Afin ja…ik geloof dat daar veel van afhangt, he, van de manier waarop ge iets zegt." (Geraldine, 88j) Een andere respondente bekijkt het vanuit de kant van de patiënt: de patiënt moet óók volledig eerlijk zijn, anders kan de arts hem of haar niet goed behandelen.

6.4.3 BEROEP DOEN OP DE HUISARTS

6.4.3.1 REDENEN CONTACT

De meeste ouderen gaan vrij regelmatig bij de huisarts of de huisarts komt bij hen. (zie tabel 1) Redenen voor het contact zijn: voorschrijven van medicatie, preventief onderzoek, bloeddrukcontrole, een algemene controle, nood aan hulp, medisch probleem, ziekte, 'als er iets mankeert', 'een ander probleem',…Ziekte of een (medisch) probleem als reden van contact wordt als een aparte categorie beschouwd. Ziekte is voor verschillende ouderen een uitzondering, iets waarvoor ze 'tussendoor moeten gaan'. *"Ik doe beroep op de huisarts als ik eventueel nieuwe medicamenten moet hebben, niet omdat ik ziek ben."* (Claude, 86j*) "Het is niet dat ik altijd iets mankeer."* (Henriette, 80j) Een aantal ouderen zullen niet gaan 'als het niet nodig is'. Anderen zijn snel ongerust en gaan onmiddellijk naar de huisarts. Een oudere dame vertelt dat ze in haar leven zelden beroep deed op een huisarts totdat ze zorgbehoevend werd en een hartprobleem ontwikkelde.

6.4.3.2 DOEL VAN HET CONTACT

Voor een aantal ouderen heeft het contact met de huisarts louter een medisch doel, d.w.z. beluisteren van medische problemen, klinisch onderzoek uitvoeren en een medisch beleid uitstippelen. *"Ah ja, dat is iemand die ik vier keer per jaar ontmoet, die ten eerste medicatie voorschrijft en als ik een medisch probleem heb, dan bespreek ik dat met hem'"* (Bernard, 83j)
De huisarts heeft ook een belangrijke geruststellende functie: *"Ik ben tevreden dat de dokter komt, om mij te onderzoeken, te kijken of dat alles goed gaat."* (Rosette, 90j*) "(De huisarts komt) om het hart na te volgen."* (Germaine, 89j)
Zoals eerder besproken is voor veel ouderen de rol van de huisarts méér dan het aanbieden van medische zorgen.

6.4.4 PROFIEL VAN DE HUISARTS

Aan de respondenten werd gevraagd welke kenmerken de huisarts zou moeten bezitten volgens hen. Volgende zaken werden genoemd: medelevend, eerlijk, correct, duidelijk, de oudere ernstig nemen, goedheid als arts en als mens, mensenkennis, medische kennis, zich 100% inzetten: 'doen al wat mogelijk is', vriendelijk, begripvol, tactvol, menselijk, beschikbaar, tijd nemen, open voor discussie/meningsverschil, een 'hulpmiddel', zich kunnen inleven in de oudere – bewust zijn van de generatiekloof, ouderen 'doen praten', rekening houden met het karakter van de oudere. De huisarts heeft de volgende rol: vertrouwenspersoon, goede communicator, bemiddelaar, gezondheid bevorderen, geruststellen, kordaat optreden bij problemen, medische professionaliteit, ethische rol, een veiligheid, raadgever. De taken van de huisarts: medische zorg aanbieden, proactief opsporen dementie, alert zijn voor ouderdomsaandoeningen, begeleiding in moeilijke/onhoudbare thuissituatie, ondersteuning tijdens het levenseinde en belangrijke levensgebeurtenissen, doorverwijzing naar (specialistische) hulp en voorzieningen, aandacht voor menswaardig ouder worden, gastvrijheid van de oudere aanvaarden, ondersteuning in zelfredzaamheid, durven vragen en voorstellen doen, moeilijke zaken bespreekbaar maken.

6.4.5 HINDERNISSEN IN DE ARTS-PATIËNTRELATIE

De huisarts is minstens een generatie jonger dan de tachtigplusser (tenzij uitzonderlijk). Volgens een oudere man bemoeilijkt dit de arts-patiëntrelatie: *"'Ik veronderstel niet dat een jonge huisarts zich in de plaats kan stellen van een ouderling. Daarvoor zijn zij te jong. Euh, maar moest dat kunnen, dan zou dat veel helpen, om die ouderlingen te verstaan."* (Marcel, 87j)
Deze oudere haalt het probleem van de generatiekloof aan tussen de (jonge) huisarts en de oudere patiënt maar hij ziet ook mogelijkheden tot overbrugging: wanneer de huisarts over een 'goede dosis zelfkennis' beschikt, kan hij zich verplaatsten in de oudere. Ouderen ervaren ook dat de huisarts hen beschouwt als 'oud(ere)': 'Ge zijt toch al oud, pas toch maar op' (Geraldine, 88j), 'dat is omdat u ouder wordt' (Pierre, 84j). Een respondente vertelt dat ze 'direct voelt als ze bij een (huis)arts gaat of deze persoon vriendelijk zal zijn of niet.' (Jeanne, 85j) Voor haar was de onvriendelijkheid van een specialist in het ziekenhuis een drempel om nog terug te gaan bij deze arts.

6.4.6 TOEGANKELIJKHEID

6.4.6.1 TOEGANKELIJKHEID VAN DE PRAKTIJK

Er zijn ouderen die zelf naar de praktijk gaan en ouderen bij wie de huisarts aan huis moet komen. (*zie tabel 1*) Fysieke beperkingen, afwezigheid van openbaar vervoer in de buurt (geen bushalte dichtbij) en het niet beschikken over een auto (of rijbewijs) zorgen ervoor dat de praktijk moeilijk of niet bereikbaar is voor een aantal ouderen.

Ouderen die naar de praktijk gaan met de auto vermelden dat het niet evident is om parkeerplaats te vinden, o.a. omwille van werken. Er is wel een bushalte op 100 m stappen.
Voor de meeste ouderen is er qua toegankelijkheid weinig te verbeteren, men is over het algemeen tevreden.

6.4.6.2 BESCHIKBAARHEID VAN DE HUISARTS

De respondenten zijn tevreden over de beschikbaarheid van de huisarts. Het (telefonisch) contact loopt goed. *"De huisarts komt elke maand, en als ik het nodig heb, hoef ik maar te bellen."* (Germaine, 89j) Ouderen vinden het ook belangrijk dat de huisarts beschikbaar is. Zoals eerder vermeld waarderen ouderen het als de huisarts tijd voor hen neemt.

6.4.6.3 PRAKTISCHE ORGANISATIE

Lange wachttijden
Iets wat minder goed loopt zijn de lange wachttijden op de vrije raadpleging. Een aantal ouderen lossen dit op door zo vroeg mogelijk of op afspraak te gaan. Soms zoekt men elders hulp: *"Bijvoorbeeld voor dit (toont naar zijn arm, die hij gestoten heeft), ik zou dan al eerder naar de apotheker gaan en vragen: weet gij iets om hierop te smeren?"* (Bernard, 83j)
Een aantal ouderen kunnen het relativeren en men heeft er wel begrip voor: *"Ik begrijp het, he, u bent met drie, u kan afwisselen, méér kan u moeilijk doen."* (Bernard, 83j)

Infrastructuur
Over de infrastructuur merkte men op dat de wachtzaal vrij klein is en een 'opfrissing' zou mogen hebben. Een oudere man vond dat 'de huisarts soms ook beknot is volgens de woongelegenheid' en de inrichting (en uitgebreidheid) niet altijd in eigen handen heeft.

Contact met medewerkers
Het contact met de andere collega's en de praktijkmedewerker loopt in het algemeen goed.
Sommigen ervaren de medewerkende echtgenote wat kort aan de telefoon. *"Dat is, laat ons zeggen, dat is om haar man zoveel mogelijk te besparen, ik denk dat het dat is. Ze is van tijd een beetje afwerend, laten we zeggen."* (Marcel, 87j) Anderen ervaren hier geen problemen mee: *"Ik heb een heel goed contact, zowel met zijn vrouw als met hem. "* (Therèse, 88j)
Een aantal ouderen stellen zich flexibel op als de collega-huisarts of de HAIO moet komen: "*Ook als er een meisje komt (de HAIO), is dat nooit een probleem, die zijn altijd vriendelijk. Ik kan niets zeggen."* (Mariette, 83j) *"Iedereen moet leren",* vindt een oudere man. (Marcel, 87j)

6.5 PREVENTIE

Preventie gaat over al wat men kan doen om te voorkomen dat men ziek wordt of achteruit gaat door o.a. het onderhouden van functies en activiteiten. De thema's die hier besproken werden zijn beweging, valpreventie, evenwichtige voeding, gezondheid, griepvaccin en mentale oefeningen. De ouderen brachten zelf nog onderwerpen aan: participatie aan medische studies en het opsporen van ziekte in een vroeg stadium.

6.5.1 PREVENTIE? NOOIT AAN GEDACHT

De kennis van ouderen over preventie is in het algemeen vrij laag. Het begrip 'preventie' is niet concreet genoeg en wordt niet altijd goed begrepen. *"Ja, dat kunt ge op voorhand niet altijd weten, he, wat er gaat gebeuren."* (Henriette, 80j) *"Preventie..? nooit aan gedacht"'* (Marcel, 87j) *"Niet dat ik weet, niets speciaal denk ik."* (Germaine, 89j) *"Ja, wat bedoelt u daar precies mee?"* (Geraldine, 88j) Pas als er voorbeelden gegeven worden, kan men deze toepassen op de eigen

situatie. Definities die men geeft zijn: *"voorzien dat er niets verkeerd gebeurt."* (Jacques, 80j) , *"Wat u doet om te voorkomen dat ge ziek wordt."* (Geraldine, 88j).
Een aantal ouderen correleren het met een gezonde levensstijl*: "ik eet toch altijd goed (lacht). Ik drink geen alcohol, ik rook niet."* (Mariette, 83j)
Als het gaat over het belang van preventie zijn er veel ouderen die dit beamen en vinden dat het aangemoedigd zou moeten worden*: "Wel, ik vind dat normaal van dat te blijven voortdoen zolang ge kunt, he."* (Pierre, 84j) *"Het geeft een steun in mijn rug."* (Jos, 85j*), "ja, surtout voor ouderen."* (Geraldine, 88j) Opmerkelijk is dat deze oudere vindt dat preventie vooral van belang is voor ouderen. Een aantal ouderen zijn van mening dat preventie niet veel met hen te maken heeft. Deze ouderen distantiëren zich van 'preventie', ze vinden dat dit enkel voor anderen geldt. Eén respondente vindt dat het een taak van de arts is. "*Da's te zeggen, dat is belangrijk, maar voor mij is dat niet zo van doen maar voor hem wel (partner), want we hebben nu een looprek aangeschaft. Dan kan hij eens met mij mee naar buiten gaan als ik ga boodschappen doen."* (Louisa, 82j)
Sommigen doen niet aan preventie omdat het hen niet interesseert: *"omdat ik geen goesting meer heb."* (Claude, 86j) Verschillenden noemen het onderhouden van functies: *"Ge kunt dan niet anders doen dan u elke dag onderhouden, wassen, uw dingen allemaal onderhouden, u een beetje opzetten."* (Jeanne, 85j) Men kan voorkomen dat men zich 'laat gaan' door functies te onderhouden.
Volgens een oudere man is de beste preventie een positieve kijk op het leven behouden*: "Dan zullen ze zich niet alleen veel ziekte maar ook kommer besparen. Natuurlijk dat is tegen de dinge van de dokter, he, hahaha."* (Marcel, 87j) Wat opvalt hier is dat hij hier – al grappend - de opmerking maakt dat preventie niet zou passen binnen de doelen van de geneeskunde. De huisarts wordt hier blijkbaar geassocieerd met het behandelen van ziekten en niet met het promoten van een goede gezondheid. Op de vraag of men meer informatie zou wensen over preventie, zijn de reacties wisselend. Sommige ouderen tonen weinig interesse. Anderen vinden informatie 'leerrijk'.

6.5.2 (HOE) ZIJN OUDEREN BEZIG MET PREVENTIE?

Verschillende ouderen zijn niet spontaan, bewust of 'in het bijzonder' bezig met preventie. Zoals eerder vermeld is men eerder bezig met 'gewoon blijven doorleven gelijk we vroeger altijd geleefd hebben.' (Pierre, 84j)

6.5.2.1 BEWEGING

Hoewel de meeste ouderen vrij actief zijn, zijn ze niet geneigd extra te bewegen om gezond en fit te blijven. Verschillende ouderen vinden dat ze al voldoende beweging hebben.
Enkelen zullen wel extra bewegen: een toertje doen (Geraldine, 88j) , 'een beetje fitness' (Germaine, 89j), 'een beetje velo…fietsen, (…) een beetje gymnastiek, laat ons zeggen.' (Pierre, 84j) Sommigen zijn zich ervan bewust dat ze meer zouden moeten bewegen*: "Maar fysiek, moet ik eerlijk zeggen, daar doe ik heel weinig aan. Ik probeer nog al hetgeen dat ik kan te doen (…) Ja, fysiek laat ik het een beetje hangen."* (Bernard, 83j) Deze man zegt dat hij vaak gebruik maakt van de auto 'uit gemakzucht'. Hindernissen tot extra beweging zijn fysieke beperkingen, teveel werk thuis, onaangename of onveilige omgeving, werkzaamheden, weinig interesse voor beweging in groepsverband*… "Ik moet zeggen, beweging…ik…naar een club gaan, ze dansen daar zeker ook, maar dat zegt mij niks, dat zijn teveel mensen dat ik niet ken, dat zegt me absoluut niks. Surtout, ik heb mijn werk te doen ook."* (Jeanne, 85j)

6.5.2.2 VALPREVENTIE

Er zijn weinig ouderen die aandacht hebben voor vallen. Over valpreventie: "*Daar heb ik nog nooit aan gedacht."* (Marcel, 87j) Een oudere dame zegt dat ze wel 'goed oplet dat ze niet valt' (Mariette, 83j). Een aantal ouderen hebben hulpmiddelen zoals een wandelstok, een rollator of

een personenalarm. Een oudere man gelooft niet erg in valpreventie omdat hij ondanks zijn voorzichtigheid toch gevallen was en zijn heup gebroken had. Sommige ouderen vertellen over 'ongevalpreventie' waarbij zij (of hun familie) maatregelen nemen om zich bijvoorbeeld niet te stoten tegen de kast. Er zijn ook hindernissen wanneer ouderen maatregelen willen nemen voor valpreventie. Een oudere dame over een personenalarm: *"Ik vind het zelfs niet praktisch. Allez, laat mij nu vallen, daar (wijst in de hoek) of daar, ik duw daar op, bon, alarm. Dan moet ik tot in die hoek kruipen als ze bellen om te vragen wat er is (wijst naar de telefoon)! Dat gaat toch niet. "* (Gilberte, 85j) Een aantal ondervinden valangst omdat ze zich niet zeker voelen van zichzelf of omwille van eerdere valincidenten (zie paragraaf 6.1.10.3).

6.5.2.3 VOEDING

Verschillende ouderen hebben aandacht voor een gevarieerde voeding en zien dit als onderdeel van 'gezond blijven'.
Int: "Wat betekent dat voor u, gezond eten?"
Resp: "Awel, patatten, legumen, vlees en fruit…(…) gevarieerd. En af en toe een glaasje rosé." (Jos, 85j) *"Mijn vrouw let vooral op de voeding, geen frieten of heel uitzonderlijk eens. Zij kookt dikwijls mediterraans."* (Jacques, 80j). Sommigen letten ook in het bijzonder op, bijv. gedroogde pruimen en paraffineolie in geval van constipatie (Catherine, 85j), bananen en tomaten bij kaliumtekort (Rosette, 90j). Dit toont een bewustzijn over de eigenschappen van bepaalde voeding(sstoffen).
Ook hier kunnen ouderen hindernissen ervaren in het eten van evenwichtige voeding:
"Van die voeding…ik eet praktisch altijd hetzelfde. Want mijn smaak is veel verminderd. Bijvoorbeeld: elke morgen eet ik porridge. Dat is elke dag hetzelfde." (Claude, 86j)

6.5.2.4 GEZONDHEID

Ouderen zijn op volgende manieren bezig met hun gezondheid: voorkomen dat diabetes verergert door regelmatige suikercontroles, therapietrouw, niet roken noch drinken, jaarlijkse bloedcontrole, op regelmatige basis naar de huisarts gaan.
Gezondheid is voor ouderen een belangrijke waarde. *"Zolang ge gezond zijt, is het goed."* (Germaine, 89j)
Anderzijds zal men bepaalde gewoontes niet (gemakkelijk) opgeven, zoals minder alcohol drinken of dieetmaatregelen nemen: *'"Ik heb altijd boter gebruikt. Hoewel ik cholesterol heb. Ik moet zeggen, ik doe niet veel regime."* (Geraldine, 88j) *"Ik weeg teveel, ik zou zo'n 15 kg moeten vermageren. (…) En, ik leef een beetje zoals een Bourgondiër. (…) En ik drink nog graag een pintje, waarop de huisarts ook aanmerkte dat ik zou moeten minderen."* (Bernard, 83j) Een oudere zegt dat hij niet kan stoppen met roken, hoewel hij meerdere malen dit advies van de huisarts gekregen heeft.

6.5.2.5 VACCINATIE

De overgrote meerderheid van de respondenten laat jaarlijks het griepvaccin zetten, sommigen op advies van de huisarts. Enkelen laten het niet doen, o.w.v. een slechte ervaring zoals syncope bij een tetanusvaccinatie of hebben gehoord van nevenwerkingen bij anderen. Sommigen laten ook een pneumokokkenvaccin zetten, elke vijf jaar.

6.5.2.6 MENTALE OEFENINGEN

Een oudere dame benadrukt het belang van mentale activiteiten*: 'Ik moet zeggen…ik vind dat ge moet een beetje lezen, dat onderhoudt uw geheugen en alles, en ik heb alle weken mijn drie boeken, ik lees mijn boekskes (lacht)."* (Jeanne, 85j) Sommige ouderen doen dit doelbewust, voor anderen is het een gewoonte, iets wat men verderzet en niet bewust doet om mentale functies te onderhouden: "*Nee, nee…ik heb dat altijd gedaan, nu kruiswoordraadsels en die dingen…ik doe dat gewoon verder." (*Pierre, 84j)

6.5.2.7 OPSPOREN VAN ZIEKTE

Een oudere dame met geheugenproblemen heeft zich laten testen op Alzheimer: "*Ik vergeet veel. T is daarom niet dat ik dat heb (Alzheimer), maar ik wil toch mijn voorzorgen nemen. Zodat ge weet op voorhand… Ja, het is zoals dokter X gezegd heeft (de huisarts), als het zo is kunt ge er nog iets aan doen, maar als het te ver komt, kunt ge niets meer doen."* (Henriette, 80j) Deze vrouw wil kunnen anticiperen op de mogelijkheid van een progressieve dementie zodat ze zich hierop kan voorbereiden. Voor haar is dit een vorm van preventie.

6.5.2.8 PARTICIPATIE AAN MEDISCHE STUDIES

Deze oudere man beschouwt het meedoen aan medische studies als onderdeel van preventie op maatschappelijk niveau: *"Euh, er is over laatst gevraagd aan mij om mee te werken aan dat fameus dinges van de universiteit van Leuven. "*
Int: "De longfunctie? (onderzoek bij COPD patiënten)"
Resp: "Ja. Dan hebben ze ook bloed getrokken. Als dat preventie is, dan doe ik daar graag aan mee."
Int: "Dat mensen onderzoek kunnen doen en ziektes beter begrijpen?"
Resp: "Ja, ja. En dat de evolutie van de gezondheidszorg ermee verbetert, he." (Marcel, 87j)

6.6 DE OUDERE ALS OUDERE: OVER ZICHZELF EN MAATSCHAPPIJ

6.6.1 OUDEREN OVER VANDAAG EN MORGEN

'Ik ben altijd blij zoals het nu nog is." (Henriette, 80j)
'Het is een heel moeilijk jaar geweest.' (Therèse, 88j)

6.6.1.1 DE TOEKOMST HEBBEN WE GEHAD

"We leven hier, we leven vandaag…en wat dat er morgen gebeurt, zien we wel. (…) Feitelijk voor mensen van jaren is er geen toekomst meer, ze leven vandaag. Die toekomst hebben ze gehad, vroeger, en ze leven vandaag." (Marcel, 87j*) "Ik zeg, ik ben gelukkig geweest, ik heb goede kinderen, ik heb een goed leven gehad, altijd bezig geweest."* (Henriette, 80j) "*Kijk, ik heb mijn tijd gehad…"* (Jacques, 80j) Gezien men niet meer de verwachting heeft van een heel leven voor zich, wordt de kijk op de toekomst heel anders ingevuld: elke dag is genoeg op zichzelf.
Ouderen hebben een lang leven achter de rug en veel meegemaakt, zoals ziekte, verlies van een partner, kind of familielid, tegenslag etc. Het verleden bepaalt in belangrijke mate hoe men kijkt naar de huidige omstandigheden en de toekomst. Een aantal ouderen zijn optimistisch:
Int: "U heeft dus heel wat verlies meegemaakt. Hoe bewaart u dan een goede moraal?"
Resp: "Wel, ge moet dat blijven behouden, he. Ge moet daar niet gaan zitten of wenen. Ge staat ervoor en ge moet erdoor. Ge moet optimist blijven. Dat is wat ik ook altijd zeg tegen mijn buurman als hij geen goede dag heeft." (Mariette, 83j)
Andere ouderen zijn minder optimistisch. Ze worstelen met de huidige samenleving, de evolutie van de omgeving, met gezondheidsproblemen, mentale problemen, eenzaamheid, verlies van betekenis…*"Ah, dat is soms, als ik de televisie zie of de krant, dat het leven van de mensen gans veranderd zijn. En dat vroeger de mensen gelukkiger waren. "* (Catherine, 85j)
"Wel, soms dat ge zegt: 'ge zit hier alleen (stem breekt), wat zit ge hier nog te doen?' Dat wel. Mijn man is 26 jaar dood, dus…" (Therèse, 88j) Voor een oudere man is het niet meer hebben van een toekomst een deprimerend beeld, bepaalde wensen kunnen niet meer in vervulling gaan: *"Af en toe eens goed gaan eten, met een kompanieke… een man of vier. Maar dat bestaat niet meer voor mij. Die zijn allemaal weg. Ik ben alleen en alleen; en ik blijf alleen tot het einde. Ik heb geen toekomst niet meer. "* (Jos, 85j)

6.6.1.2 LAATSTE LEVENSFASE

Anderzijds zijn ouderen wel bezig met deze laatste levensfase. Sommigen beleven deze periode heel bewust. *"Ik realiseer mij dat ik aan mijn laatste levensjaren bezig ben en dan probeer ik er nog iets goed van te maken."* (Bernard, 83j) Een oudere man is van mening dat ouderen aan later moeten denken door op tijd financiële regelingen te treffen wanneer ze 'door een sterfgeval hun leven moeten herbeginnen, een nieuw gezin stichten'. Ze moeten 'hun bedje op voorhand maken'. Men is ook bezig met 'hoe' men ouder wordt: "*Ik vergeet veel. T is daarom niet dat ik dat heb (Alzheimer), maar ik wil toch mijn voorzorgen nemen."* (Henriette, 80j)
Een oudere man vertelt hoe hij met zijn vrouw al verschillende mogelijkheden heeft overwogen om thuis te kunnen blijven, waaruit blijkt dat zij heel concreet bezig zijn met de toekomst. (Jacques, 80j) Een aantal ouderen uiten onzekerheid ten opzichte van de toekomst:
"We weten niet hoe we gaan uitmeten (hoe het gaat uitdraaien), he, dat kan bestaan dat ge nog kweet niet hoe lang in een hospitaal, in een rusthuis… En we leven langer, he, (…) op de buiten zijn er verschillenden van in de negentig jaar, verschillenden." (Jeanne, 85j)

6.6.1.3 OVER DOODGAAN

Verschillende ouderen vinden dat men hen 'moet laten gaan', eenmaal als het levenseinde nadert. Een respondente zegt duidelijk dat ze niet meer aan machines wil gekoppeld worden en ook geen bloedtransfusie wil ontvangen: *" euh, ze moeten mij doodgewoon laten gaan als mijn tijd om is."* (Germaine, 89j) Een oudere dame vindt het maatschappelijk en ethisch onverantwoord om ouderen nodeloos langer in leven te houden dan noodzakelijk. Voor sommige ouderen mag het leven stoppen. Omdat het voor hen te moeilijk wordt, of omdat men het gevoel heeft dat zijn of haar leven afgerond is. *"Als ik in 't UZ lag, toen ze mij met de ambulance waren komen halen, dan dacht ik "t is gebeurd". En ik voelde mij rustiger worden en ik dacht "potverdomme, t is nog niet voor vandaag". Hadden ze mij daar gezegd "voilah, we doen de boeken toe", ik was akkoord geweest. Ik heb mijn rol gespeeld."* (Gilberte, 85j)
Ook hier zijn er ouderen die aanvaardend staan tegenover doodgaan: *"Ik vind het normaal dat als ge ouder wordt, dat het minder gaat, en dat er een dag komt dat ge gaat, he. Dat trek ik mij niet veel aan, dan ben ik bij mijn man."* (Henriette, 80j)
Sommige ouderen denken heel nuchter over doodgaan: *"als ge moet dood gaan, gaat ge dood, he! Of ge daar nu om weent of kermt… het enige dat ge kunt wensen is dat er iemand u bijstaat en dat ge daar niet valt en ik weet niet hoe lang ligt…"* (Gilberte, 85j) Anderen hebben angst om dood te gaan.

6.6.1.4 HOSPITALISATIE

De meeste ouderen staan vrij weigerachtig t.o.v. een ziekenhuisopname. De redenen die ze hiervoor geven zijn: angst voor complicaties, angst voor de ziekenhuisbacterie, angst dat men hen kunstmatig in leven zal houden, veel vragen en twijfels over de resultaten (zal men beter af zijn nadien of slechter?).

6.6.1.5 NAAR HET 'RUSTHUIS' GAAN

Veel respondenten staan heel negatief ten op zichte van leven in een woonzorgcentrum:
Opname in een WZC wordt geassocieerd met verlies van zelfredzaamheid*: "Waar ik schrik voor heb, is dat ik naar een rusthuis zou moeten gaan. Zolang ik in mijn huis kan blijven, mijn plan kan trekken, dan kan ik zeggen 'ik ben een gelukkige vrouw'."* (Rosette, 90j)
Men verliest betekenis, zingeving: *"Als ge daar ergens in een kamertje zit…dan voel je je niet veel meer van betekenis, en dan kun je ook niets meer doen voor anderen. (…)Ik ben iemand die altijd veel gedaan heeft voor anderen…"*(Jacques, 80j)

Men verliest zijn of haar vrijheid: "*Daar doet ge toch niet wat ge wilt, t is waar, he. Hier ga ik in mijn kast als ik wil, ik doe dat als ik wil. Ik koop iets, ik heb graag eens een stukje chocolade."* (Therèse, 88j). *"Dan hebt ge niks te zeggen."* (Geraldine, 88j)
Men moet er dingen doen die men niet wil doen*: "Ik weet het niet, ge gaat precies in de 'ketjesschool' binnen. (…) de kleuterschool. Ge moet gymnastiek doen en op 't juiste uur eten."* (Rosette, 90j) "*En ge zit daar onder een dwang: ge moet dit doen en ge moet dat doen. En dat gaat niet."* (Jos, 85j) Sommige ouderen spreken over hun negatieve ervaringen*: "Wel, als ik in sommige rusthuizen zie hoe ouderen behandeld worden, dan heb ik compassie met die menskes. En daar zou ik niet graag in verzeild geraken."* (Bernard, 83j)
Een aantal ouderen zouden het aanvaarden indien het niet anders kan. Een oudere dame uit zich positief ten opzichte van een WZC. Men is daar niet alleen, er is gezelschap en ze is ervan overtuigd dat het niet allemaal 'mensen zijn die…(wijst naar haar hoofd), dat zijn mensen die soms niet meer alleen willen zijn.' Het schrikt haar 'absoluut niet' af om naar een rusthuis te gaan. Een aantal ouderen krijgen te maken met de omgeving die vindt dat ze naar een WZC zouden moeten gaan; dit stuit bij hen op veel weerstand en verontwaardiging.

6.6.2 OUDEREN OVER HUN LEEFTIJDSGENOTEN

Ouderen vergelijken zich dikwijls met hun leeftijdsgenoten. Ze vinden dat ouderen dikwijls berusten en zich laten gaan: *"Ge hebt mensen die zich hun hele leven laten gaan, die nooit niets doen, he. De ene tegen de andere is een groot verschil."* (Jeanne, 85j) Opvallend hier is dat het niet enkel over mensen gaat op oudere leeftijd, maar over 'hun hele leven'. Deze vrouw trekt duidelijk de lijn van hoe men vroeger was, zo is men later ook. Het karakter van de persoon bepaalt mee op welke manier dat men oud wordt. Een oudere man is van mening dat de oudere de zwakste is in de maatschappij. Maar dat wil niet zeggen dat men zich moet laten doen.
Ouderen zijn dikwijls pessimistisch: *"Ik geloof dat er veel mensen zijn van onze ouderdom die soms teveel nadenken, (…) Ik zou hier zeggen, in doemdenken, in die zin; en dat is verkeerd."* (Marcel, 87j) Een dame ervaart haar generatie als gelijken: iedereen heeft last van ouderdomskwaaltjes, de één staat niet boven de ander*. "Ik ga regelmatig zo naar de club, en dat zijn allemaal mensen…(…) ge kent elkaar al jaren, en dat is zo ongeveer hetzelfde niveau. En ja, daar roept ie...afin roepen, (lacht), daar moet ge tussendoor al eens roepen want, haha, de oren die gaan niet meer mee. Dat is plezant. Ja, daar is iedereen gelijk voor de wet."* (Geraldine, 88j)
Sommigen distantiëren zich van hun leeftijdsgenoten:
"Daar kan ik niet over meespreken." (Mariette, 83j) *"Ja, doordat er hier geen andere ouderen komen, kan ik daar niet veel over zeggen."* (Gilberte, 85j) Verrassend is dat ouderen zélf hun generatiegenoten op een stereotyperende wijze beschrijven: "*Ik weet niet of een arts dat zo goed vindt dat zo'n ouder mensen per auto rijden, nog…want daar zijn er ook sukkelaars bij dat ge ziet…dat daar zitten…(doet een persoon na, helemaal over zijn stuur gebogen) hun reflexen zijn dat niet meer ook niet, he."*(Geraldine, 88j) *"In mijn leeftijdsgroep…dat is van 80 tot 90, he? Tot en meer…Die kunnen al niet veel meer, he."* (Geraldine, 88j)
Over rusthuisbewoners: *"En dan al die sukkelaars die daar zitten, den ene zo en den andere zo (doet hangende positie na), en zo…geen leven in dat gezicht; nee, nee, nee."* (Geraldine, 88j)
"En we gingen daar een menske van 86 jaar in een rusthuis gaan bezoeken, en dat deed haar ook plezier, en ons ook…" (Jeanne, 85j)

6.6.3 INTERGENERATIONALITEIT EN 'AGEISM'

Uit de interviews komen verschillende uitspraken van ouderen over de jongere generaties: 'ze doen wat ze willen', 'het jonkheid is niet meer van mijn tijd', 'egoïsten en profiteurs', 'ik begrijp dat niet', 'jongeren hebben schrik om ouder te worden, ze voelen zich al oud als ze 30-35 jaar zijn', 'die hebben geen houvast', 'hetgeen ik te vertellen heb interesseert hen niet meer, ze

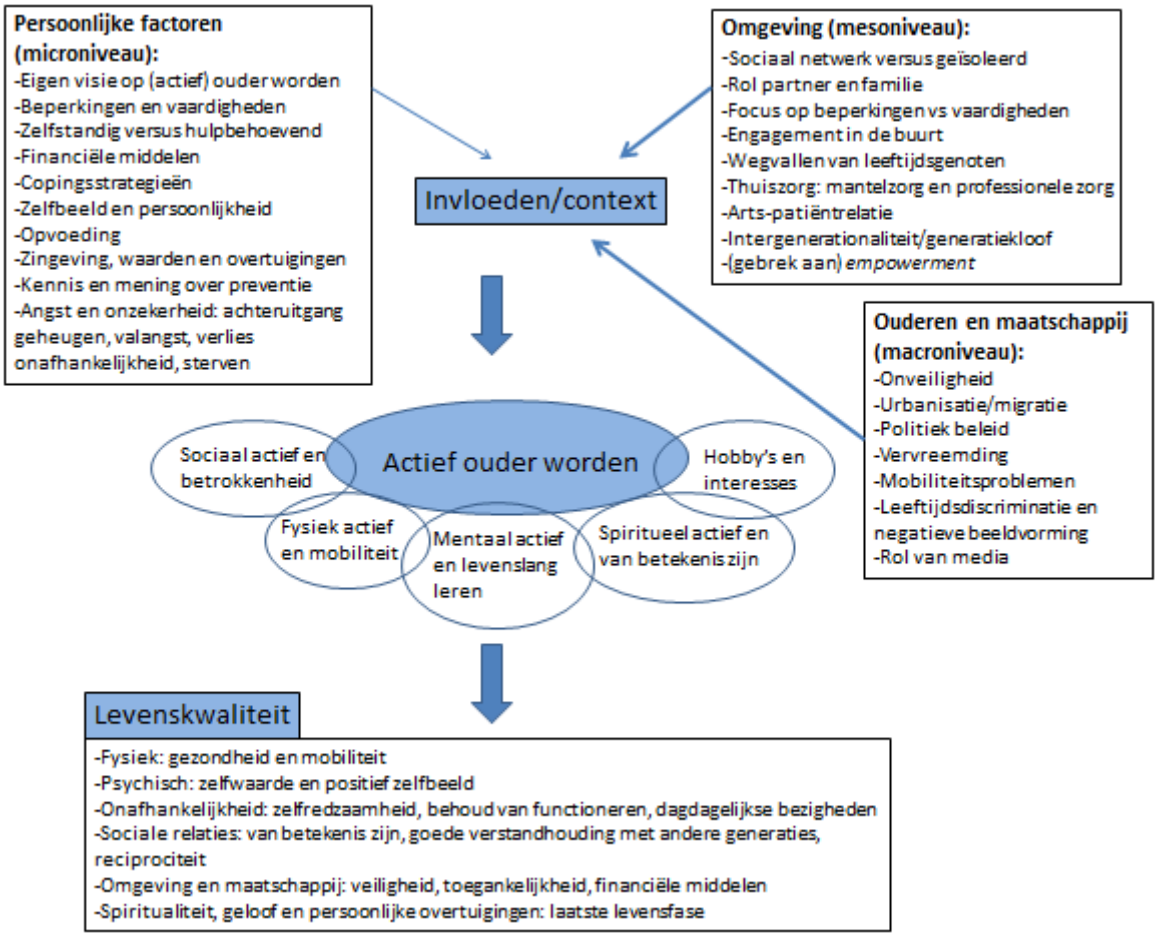
kunnen niet mee', 'diene ouwe, zeggen ze, daar kunnen we niks meer mee doen', 'die jongen hebben heel andere gedachten', 'ge wordt overstemd door al dat jong geweld', 'die jongen zijn goed ter taal, zelfs de kinderen'. Hieruit blijkt veel afstand en onbegrip tussen ouderen en jongeren, alsook negatieve percepties bij ouderen. Een oudere dame merkt hierbij wel op 'dat je ze allemaal aan de zelfde kant scheert, want er zijn overal uitzonderingen'. (Gilberte, 85j)
Een aantal ouderen vertellen over hun ervaringen met leeftijdsdiscriminatie: *"ja, …ze zullen u misschien als oudere vrouw alleen al, als ge in een restaurant komt, gemakkelijker in een hoekske zetten dan iemand anders."* (Geraldine, 88j) "*Ja, ik heb dat al ondervonden. Als de mensen opzij gaan als ik aankom, dan weet ik 'ok, er komt weer een oude vent aan, ik moet opzij gaan' (lacht)…dat voelt ge zelf wel, hoor."* (Pierre, 84j) Ook in de arts-patiëntrelatie krijgt men te maken met deze generatiekloof. Een aantal ouderen reageren tegen *ageism*: *"Nee, ge moet daar geen schrik voor hebben! Ge moet daar tegenin gaan, vind ik! Ge moet u niet laten doen. (lacht) dat is toch zo, als ze mij ergens willen zetten waar het mij niet…, dan zeg ik 'is er geen andere plaats of?' en als het mij niet aanstaat, stap ik het af, he. "* (Geraldine, 88j) "*Uw tanden laten zien."* (Marcel, 87j) Anderen aanvaarden het: "*Ik moet het daarmee doen, ik kan daar niet buiten. Ik had het liever een beetje anders, maar afin, het is zo."* (Pierre, 84j) Er zijn ook positieve ervaringen. De meeste ouderen hebben een goede band met hun kleinkinderen. *"Ik heb kinderen en kleinkinderen en achterkleinkinderen al. Dan ben ik verheugd als ik zie dat ze dat genre niet meedoen, geen één van allemaal."(*Gilberte, 85j) Ook over de samenleving zijn er ouderen die positieve ervaringen hebben, zoals beleefdheid op bussen en trams waarbij men rekening houdt met oudere personen.

7 DISCUSSIE

7.1 HET PARADIGMA *ACTIEF OUDER WORDEN*

7.1.1 OUDEREN OVER *ACTIEF OUDER WORDEN*

Volgens de WHO leidt *actief ouder worden* tot een verhoogde **kwaliteit van leven**. (1) De WHOQOL-100 definieert het begrip 'levenskwaliteit' aan de hand van zes verschillende domeinen. (12) Het dient hier als leidraad om verschillende elementen die verband houden met de levenskwaliteit van ouderen uit de interviews te beschrijven. *Figuur 2* fungeert als kapstok voor de bespreking van de resultaten.



FIGUUR 2: OVERZICHT PARADIGMA *ACTIEF OUDER WORDEN* A.H.V. DE RESULTATEN

Als eerste willen respondenten op **fysiek vlak** een goede gezondheid bewaren en mobiel blijven. Dit zijn belangrijke voorwaarden om te kunnen blijven doen wat ze graag doen en beïnvloeden het tweede domein: **onafhankelijkheid.** Er heerst een sterke drang naar behoud van functioneren, hoewel men zich bewust is van de 'leeftijd die daar is', en men niet meer de dingen kan doen die men 'twintig jaar geleden kon'. (Zo lang mogelijk) thuisblijven en 'zijn plan trekken' wordt frequent aangehaald. Zelfredzaamheid, behoud van vrijheid en zelfstandigheid is voor veel ouderen van vitaal belang.
Op **psychisch vlak**, ten derde, vermelden verschillende respondenten bewust hun mentale capaciteiten zoals het geheugen te onderhouden. Nuttig en betekenisvol bezig zijn geeft

zelfwaarde, een positief zelfbeeld en verhoogt het psychisch welbevinden. Ouderen halen veel van deze betekenis uit hun **sociale relaties**, het vierde domein**.** Familiale samenhorigheid en een goede verstandhouding met andere generaties (de kleinkinderen) is een belangrijke waarde. De respondenten ervaren steun van hun familie en de omgeving en maken zich op hun beurt nuttig door praktisch werk, advies, (morele) zorg, materiële zaken, talenten inzetten en 'er zijn'. Dit geeft hen zelfwaarde, zingeving en is gelinkt met identiteit. Reciprociteit is hierbij belangrijk: de wederkerigheid van zowel geven als ontvangen. Wat betreft de **omgeving en de maatschappij,** het vijfde domein, vinden ouderen veiligheid, financiële mogelijkheden, ondersteuning in mobiliteit, respectvolle omgang en verbondenheid met de omgeving belangrijk.
Op vlak van **zingeving,** ten slotte, komen volgende elementen naar voor: bewust bezig zijn met de laatste levensfase, zich verdiepen in persoonlijk geloof, met voldoening kunnen terugkijken op het leven, gelukkig thuis zijn, liefhebben en geliefd zijn, genieten van het leven, enz. De omgeving speelt hierbij een belangrijke rol.
Als het gaat over ***actief ouder worden*** lijken de meeste respondenten een actief leven te leiden maar zijn zij niet bewust bezig met '*actief ouder worden*' in al zijn facetten, zoals door de WHO wordt beschreven. Wat voor de meesten van belang is, is het blijven voortdoen zoals men bezig was. Dit wordt bevestigd door *Stenner et al* (2011) die vonden dat *actief ouder worden* door ouderen niet enkel beschreven werd aan de hand van één bepaald aspect, zoals fysieke, sociale of mentale activiteit, maar dat zij dit eerder zagen in een totaalbeeld, waarbij termen zoals 'bezig blijven' en het idee van het behouden van een 'algemene levensstijl' sterk naar voor kwamen. De verschillende aspecten aan ouder worden zijn met elkaar verbonden en moeilijk te scheiden. (11) Men is zich ook niet bewust van het feit dat men al dan niet 'actief' is. Wat zeer vaak terugkomt in de interviews is het belang van dagdagelijkse bezigheden en gewoonten.
Fysieke activiteit en mobiliteit is bij verschillenden afgenomen omwille van toenemende beperkingen. Dit wordt vaak toegeschreven aan de 'ouderdom'. Een aantal ouderen ervaren de auto als belangrijke ondersteuning in hun zelfredzaamheid en vrijheid.
De meeste ouderen zijn sociaal actief maar vooral binnen het eigen kerngezin en minder in de buurt. De telefoon is een belangrijk medium om in contact te blijven met familie of vrienden op afstand. Door de televisie blijven veel ouderen op de hoogte van wat er zich in de samenleving afspeelt. Bijna alle ouderen onderhouden dagelijks hun mentale functies. Hobby's en interesses blijven belangrijk op oudere leeftijd, maar hangen nauw samen met de beperkingen en mogelijkheden van de oudere. Ten slotte zijn verschillende ouderen niet (meer) bezig met geloof of spiritualiteit terwijl anderen zich hier op een nieuwe manier in verdiept hebben.
Ouderen zien zelf niet steeds het **verband** tussen actief blijven (op de verschillende domeinen) en een verhoogde levenskwaliteit. Dit gegeven komt vooral tot uiting in het thema "preventie": de meeste respondenten vinden gezondheid belangrijk, maar weinigen nemen preventieve maatregelen om zo lang mogelijk gezond en fit te blijven. Er is weinig kennis over preventie en blijkbaar ook weinig interesse. Preventie wordt niet als een prioriteit beschouwd, zie ook bij *Van Malderen et al. (2012).* (23) De Vlaamse praktijkrichtlijn Valpreventie toont bijvoorbeeld aan dat ouderen vaak te weinig bewust zijn dat vallen een 'probleem' is en dat preventie ervan mogelijk is. (33) Toch is preventie één van de belangrijkste sleutelelementen in het 'zo lang mogelijk thuis blijven'. Dit wordt in *paragraaf 7.2.2* besproken.
Hier moet men zich de vraag stellen of afname van activiteiten ('**passiviteit'**) of verminderde betrokkenheid leidt tot een daling van de levenskwaliteit. Er zijn respondenten die zich bewust terug trekken uit de maatschappij uit desinteresse of omdat men liever thuis is, 'op zichzelf'. Enkelen vinden dat ze het 'wat rustiger aan mogen doen', na een leven van hard werken en bezig zijn. Het is belangrijk om rekening te houden met de visie en voorkeuren van de oudere zelf: *actief ouder worden* moet op individueel niveau bekeken worden en ook vanuit het perspectief op het héle leven (verleden, heden en toekomst). Men moet hier oppassen voor stereotypen: verminderde betrokkenheid en afhankelijkheid zijn niet per se negatief of passief. (18)

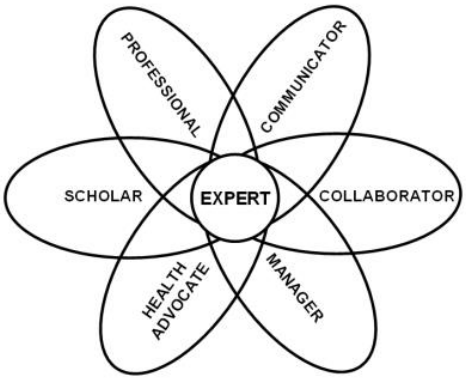
Anderzijds kan men ouderen ook aanspreken op hun mogelijkheden en vaardigheden en hen hierin uitdagen.
Verschillende **invloeden** spelen een rol bij de mogelijkheid tot *actief ouder worden* (zie *figuur 2*). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen persoonsgebonden factoren (microniveau), factoren in de omgeving (mesoniveau) en invloeden vanuit de maatschappij (macroniveau). Er zijn faciliterende en inhiberende factoren. Een bepaald gegeven, bijvoorbeeld de persoonlijkheid van de oudere, kan zowel faciliterend als belemmerend werken. De invloeden op *actief ouder worden* zijn complex. Vaak is er sprake van wederzijdse beïnvloeding of een vicieuze cirkel: door bijvoorbeeld fysieke beperkingen heeft de oudere angst om te vallen en zal hij zich minder buitenshuis begeven waardoor fysieke functies verder afnemen en men in een toenemende afhankelijkheidspositie terecht komt. Men mag de psychische impact van fysieke of mentale beperkingen op de oudere niet onderschatten. Ook is er een sterk verband tussen fysieke en mentale gezondheid enerzijds en sociale activiteiten, hobby's en betrokkenheid in de omgeving anderzijds.
De invloeden van de **omgeving** hebben een grote impact op de activiteit en participatie van de oudere: de omgeving reageert bijvoorbeeld met bezorgdheid en wil de oudere beschermen, of men vindt het 'normaal' dat de oudere zijn/haar functies verliest door de ouderdom. De beleving van de oudere kan echter helemaal anders zijn. Er zijn ouderen die hierdoor een gebrek aan empowerment ervaren. De beperkingen van de oudere beïnvloeden ook de omgeving: dit vergt aanpassingen van beide kanten, wat niet altijd vanzelfsprekend is. Soms kan het leiden tot verminderd sociaal contact met de omgeving, wat eenzaamheid en isolatie van de oudere in de hand werkt. Betrokkenheid met de omgeving komt van twee kanten. Enerzijds zijn er ouderen die ervoor kiezen zich 'terug te trekken'. Anderzijds zijn er ouderen die wel willen maar niet kunnen door gezondheidsredenen, fysieke beperkingen, mobiliteitsproblemen, financiële moeilijkheden, beperkingen bij de partner en/of door verschillende omgevingsgebonden hindernissen zoals onveiligheid, toenemende urbanisatie en het wegvallen van leeftijdsgenoten. *Cloos et al. (2010)* wijzen op de socio-economische dimensie van *actief ouder worden*: financiële mogelijkheden hebben een belangrijke impact op de betrokkenheid en activiteit van ouderen. (20)
De respondenten ervaren heel wat invloed van de **maatschappij**. Zij hebben verschuivingen en evoluties in sneltempo meegemaakt waardoor hun voeling met de maatschappij en hun verbondenheid met de omgeving veranderd is. In de Brusselse context zijn deze veranderingen door migratie en urbanisatie nog sterker uitgesproken. Verschillende respondenten voelen zich vervreemd van hun omgeving. Er heerst ook veel wederzijds onbegrip tussen ouderen en jongeren en de generatiekloof is nog lang niet overbrugd. Verschillende ouderen krijgen met leeftijdsdiscriminatie en negatieve beeldvorming over ouder worden te maken. Anderzijds valt op dat ook zijzelf leeftijdsgenoten op een stereotyperende wijze beschrijven. Deze fenomenen hebben een grote impact op het zelfbeeld en de identiteit van ouderen.
De focus van dit onderzoek is met welke **uitdagingen** ouderen geconfronteerd worden in het *actief ouder worden* en op welke manier zij hiermee omgaan (uitdaging-respons model). (11) Copingstrategieën kunnen de oudere helpen om op een constructieve manier met beperkingen en drempels om te gaan of net een negatieve situatie in stand houden/te verergeren. Uit de interviews kwamen verschillende manieren naar voor waarop de respondenten omgingen met al deze invloeden. Strategieën die de oudere helpen om op een actieve manier ouder te worden zijn: positieve aanvaarding, het erkennen van je beperkingen en ermee leren leven, zich niet laten gaan, initiatief nemen, hulp zoeken, het onderhouden van functies, aandacht voor vaardigheden en talenten, oplossingsgericht denken, optimisme, kunnen relativeren, wilskracht tonen, zich verzetten tegen negatieve invloeden.
Minder aansluitend bij de visie op *actief ouder worden* zijn reacties zoals berusting, gelatenheid, zich laten gaan, fatalisme, doemdenken, zich vergelijken met anderen.

7.1.2 OMGAAN MET AFHANKELIJKHEID EN ZORG

Wanneer blijkt dat de oudere moeilijkheden heeft om zelfstandig te leven, wordt er beroep gedaan op informele en/of professionele **zorg** en worden er hulpmiddelen aangewend om het thuis blijven mogelijk te maken. Familieleden worden dikwijls ingeschakeld, het meest frequent de kinderen en kleinkinderen. In de professionele zorgverlening vinden respondenten het belangrijk dat er rekening wordt gehouden met hun capaciteiten. De meesten proberen in de situatie van zorg-ontvanger nog zoveel mogelijk zelf te doen. Plaatsing in een WZC wordt als laatste optie beschouwd, wanneer er geen andere mogelijkheid meer is. Verschillende respondenten uiten hun angsten en weerstanden ten opzichte van het 'rusthuis'. Zij associëren dit met verlies aan zelfredzaamheid, activiteit, betekenis en vrijheid. Eén respondente was van mening dat wonen in een WZC een beter alternatief is: men is er niet alleen, er zijn mensen om mee te praten en op die manier vormt men geen last voor de familie en omgeving.
Clarke et al (2007) vonden dat de keuze om naar een WZC te gaan ook actief kan zijn omdat men op die manier zijn of haar eigen leven in handen neemt. (18)
De respondenten gaan op verschillende manieren om met **afhankelijkheid**. Voor sommigen is dit een duidelijk keerpunt in hun leven geweest, voor anderen gebeurt de toename in afhankelijkheid gradueel. Het vergt veel aanpassingsvermogen van de oudere, omdat men altijd gewend geweest is van zelfstandig te zijn. De wijze van (niet-)aanvaarding is belangrijk voor het zelfbeeld van de oudere, het behoud van autonomie (o.a. door het stellen van grenzen), de relatie met de zorgverlener en hun perspectief op de toekomst. Voor veel ouderen is de positie van zorgbehoevendheid moeilijk. Het creëert een ongelijkwaardigheid. Velen geven aan dat ze het makkelijker vinden om te geven dan te ontvangen. Voor meer zicht op de onderlinge relaties tussen enerzijds afhankelijkheid en zelfredzaamheid en tussen zorg geven en zorg ontvangen anderzijds, zie *bijlagen 11.3 en 11.4.*
In de literatuur wordt beschreven hoe ouderen te maken krijgen met **leeftijdsdiscriminatie** in de gezondheidszorg. *Walker (1996)* vond dat o.a. door stereotyperingen de focus meer ligt op de zorgverlening (het zorgen voor) dan ondersteuning aan de oudere om al zijn mogelijkheden en capaciteiten te benutten. (8) Sommige respondenten botsten op ongewenste reacties van de omgeving: wanneer men laat merken dat iets minder goed lukt of men ergens hulp voor nodig heeft, wordt er soms gesuggereerd om naar een woonzorgcentrum te gaan. De visie van ouderen kan verschillen van deze van de omgeving, waarbij de omgeving vaker hulp zal aanbieden of adviseren terwijl de oudere meer gericht is op het allemaal nog zelf te doen. Een respondente maakte in het ziekenhuis mee hoe dat men had beslist haar naar een WZC over te brengen zonder haar te consulteren. In het onderzoek van *Minichiello et al. (2000)* benoemden verschillende ouderen situaties waarin ze behandeld werden als onbelangrijk en niet geconsulteerd werden over een grote beslissing omwille van hun leeftijd. (21)

7.1.3 DE ARTS-PATIËNTRELATIE

In deze context situeert zich de relatie tussen de oudere en de huisarts. De geïnterviewde ouderen laten zich over het algemeen heel positief uit over hun relatie met de huisarts. Wat het frequentst genoemd wordt, is zijn rol als vertrouwenspersoon. Vertrouwen groeit met de jaren en is afhankelijk van hoe lang men de huisarts kent en de frequentie van de contacten. Ouderen vinden het belangrijk dat de huisarts informatie en uitleg geeft, luistert, open staat voor meningsverschillen en slecht nieuws duidelijk meedeelt met de nodige tact. Volgens het competentiemodel (de CanMEDS rollen) moet de arts-expert aan volgende eisen voldoen: hij moet een goed manager zijn, professioneel zijn, goed kunnen samenwerken, gezondheid bevorderen, zich continu bijscholen en tenslotte een goede communicator zijn (zie *figuur 3*). (34)



FIGUUR 3: DE CANMEDSROLLEN VAN DE ARTS-EXPERT

In *bijlage 11.2* vindt men het profiel van de huisarts volgens de respondenten. Aan de volgende elementen wordt veel belang gehecht:
De huisarts heeft een *ethische rol*, ouderen spreken over hem als 'een goede arts' en een 'goed mens'. Wat frequent terugkomt is het '*menselijke aspect'*: tijd nemen, mensenkennis, begripvol, vriendelijk, zich kunnen inleven in de oudere, de oudere ernstig nemen, gastvrijheid van de oudere aanvaarden,…Ouderen vinden het ten slotte belangrijk dat de huisarts hen *ondersteunt* tijdens belangrijke levensgebeurtenissen en het levenseinde; dit gaat verder dan medische zorgen of adviezen geven… het gaat over 'medeleven'. Deze competenties horen bij de professionaliteit van de huisarts. (35)
Opvallend is dat ouderen ziekte niet als eerste reden aanhalen voor contact met de huisarts. Hoewel gezondheidsproblemen toenemen met de leeftijd, beschouwen ouderen dit niet als 'normaal'. Dit werd ook door Koch *et al.* (2010) aangetoond in hun onderzoek bij honderdjarigen: een (relatief) goede gezondheid op hoge leeftijd is de norm en niet de uitzondering. (22)Maar ook de arts-patiëntrelatie is niet zonder bedreiging: een belangrijke hindernis in de arts-patiëntrelatie is de generatiekloof. Enkele respondenten voelden dat de huisarts hen als "oud(ere)" beschouwt. *Greene (1996)* vond dat er in arts-patiëntrelaties minder gezamenlijke beslissingen werden gemaakt en dat artsen hun oudere patiënten op een minder gelijke manier behandelden. (21) De respondenten in deze studie hadden niet deze ervaring; de meesten voelden zich vrij om hun mening te uiten en konden in discussie treden met de huisarts.

7.2 *ACTIEF OUDER WORDEN*: RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Een van de belangrijkste taken van de huisarts is het bevorderen van gezondheid op fysiek, mentaal en sociaal vlak (het biopsychosociaal model) en aldus de levenskwaliteit. Verschillende factoren beïnvloeden de mogelijkheid van ouderen tot gezond en *actief ouder worden*. In deze paragraaf wordt nagegaan hoe de huisarts kan inspelen op al deze factoren en hoe hij ouderen kan aanmoedigen en ondersteunen om op een actieve manier ouder te worden.

7.2.1 PARADIGMASHIFT

De visie op actief ouder worden begint in de eerste plaats bij de huisarts zelf: negatieve beeldvorming over ouderen kan (onbewust) invloed uitoefenen op de omgang met en de zorg voor ouderen.

Koch et al. (2010) toonden met verschillende voorbeelden aan dat stereotypen en een negatieve houding van de arts de vertrouwensrelatie ernstig kunnen schaden. (22) Misschien is het belangrijkste praktijkverbeterende aspect van dit onderzoek wel het bewust maken van

vooroordelen en een positieve visie op ouder worden promoten. Hopelijk hebben de talrijke inspirerende voorbeelden hier reeds toe bijgedragen. De huisarts moet ervoor waken geen veralgemenende uitspraken te doen en ouderen met hetzelfde respect en interesse te benaderen. Een aandachtspunt hierbij is de ideeën, verwachtingen en bezorgdheden van de oudere nagaan; voldoende informatie en uitleg geven; voldoende tijd te maken voor de oudere; hem of haar zoveel mogelijk te betrekken in de zorgverlening als actieve partner; gastvrijheid van de oudere aanvaarden (bijv. een tas koffie aannemen tijdens een huisbezoek) en aandacht hebben voor de specifieke behoeften alsook de vaardigheden van de oudere.
Een mentaliteitsverandering kan al sneller plaatsvinden door goed onderwijs: de WHO beveelt aan om *active ageing* op te nemen in de curricula van medische studies en gezondheidswetenschappen. (1) Het vormt ondertussen een lesonderdeel in de opleiding Master in de gerontologie aan de VUB en in 2011 werd er de leerstoel *active ageing* ingesteld.

7.2.2 SENSIBILISERING EN AANMOEDIGEN VAN PREVENTIE

De huisarts moet zich bewust zijn van het gebrek aan kennis en misvattingen over preventie. Goed informeren en werken aan bewustwording is de boodschap.

De kennis van ouderen over preventie blijkt vrij laag te zijn. Slechts enkele respondenten geven aan hier bewust mee bezig te zijn, bijv. door actief te bewegen.
De prevalentie van **cardiovasculaire ziekten (CVZ)** stijgt significant met de leeftijd en veroorzaakt een belangrijke mortaliteit en morbiditeit. Knoops *et al.* (jaar) wijzen op de positieve effecten van een gezonde levensstijl en rookstop op de mortaliteit en morbiditeit door coronaire hartziekte, CVZ en kanker bij ouderen. (36) Ook secundaire preventie d.m.v. medicamenteuze therapie blijft zinvol op oudere leeftijd. CVZ geven aanleiding tot chronisch hartfalen en neurologische sequellen die de levenskwaliteit van ouderen sterk beïnvloeden. *Ruijter (2009)* vond dat ondanks deze gegevens minder dan 40% van de huisartsen in Nederland actief primaire preventie promoten bij 75-plussers en slechts 60% secundaire preventie aanbiedt. (37)
Geen enkele respondent verklaarde bewust bezig te zijn met **valpreventie**. Nochtans valt één op drie thuiswonende ouderen één maal per jaar. Een valincident kan lichamelijke verwondingen, psychosociale gevolgen (valangst, verlies van zelfvertrouwen, verminderde zelfredzaamheid) en economische gevolgen (hospitalisatie, plaatsing in een WZC) met zich meebrengen. De huisarts heeft een belangrijke functie in het herkennen van het valrisico, de oudere bewust te maken van het probleem, informatie te verstrekken en de oudere te ondersteunen indien nodig. De week van de Valpreventie in 2013 zal de nadruk leggen op beweging als positief effect op het vermijden van vallen. (33)
Wat betreft **voeding** zijn veel ouderen zich bewust van het belang van gezond en gevarieerd eten. De grootste hindernissen in gezonde voeding zijn het afleren van gewoontes. Eén respondent vermeldde het probleem van smaakverlies, waardoor hij nog nauwelijks groenten of fruit at. Smaakstoornissen komen frequent voor bij ouderen, ten gevolge van verminderde reukzin. Dit kan leiden tot gedaalde levenskwaliteit en malnutritie. (38) Proactief opsporen van slechte voedingsgewoontes en malnutritie maken deel uit van gezondheidspromotie door de huisarts.
Een positief punt is dat de meeste ouderen overtuigd zijn van de voordelen van het **griepvaccin** en dat zij hun **mentale** functies (al dan niet bewust) onderhouden. Uchida *et al.* (2008) vonden dat dagelijkse cognitieve training een positief effect had op het behoud én de verbetering van verschillende cognitieve functies. (39) De huisarts kan hier ouderen verder in ondersteunen en aanmoedigen. Hij kan ook doorverwijzen voor cognitieve testen en heeft een belangrijke taak in het vroegtijdig herkennen van dementie.

Er zijn verschillende argumenten om preventie bij ouderen te stimuleren. Volgens de WHO is een goede gezondheid en welzijn op oudere leeftijd het resultaat van een gezonde levensstijl over het hele leven gezien: daarom vereist *actief ouder worden* een **brede (preventieve) aanpak** die het hele leven behelst, niet enkel de laatste decaden. (1) Als het doel is 'voortdoen zoals men bezig was', dan stelt zich natuurlijk de vraag of dit iets is wat de huisarts moet aanmoedigen wanneer de persoon altijd een ongezonde levensstijl heeft aangehangen. De taak van de huisarts is de oudere goed te informeren. Ook de familie en de thuiszorg kan hierbij betrokken worden. Een belangrijk argument is dat men door een betere gezondheid en conditie langer zelfredzaam kan blijven. Het gebruik van folders en informatie op websites kan hierbij nuttig zijn. *(zie bijlage 11.5)*

7.2.3 ONDERSTEUNEN IN ZELFREDZAAMHEID EN THUIS BLIJVEN

De huisarts speelt een belangrijke rol in het ondersteunen van de oudere in zijn of haar zelfredzaamheid.

De huisarts moet de mogelijkheden en capaciteiten van de oudere benutten en hindernissen in kaart brengen die hun zelfredzaamheid bedreigen. Enkele respondenten benadrukten het herkennen en proactief opsporen van ouderdomsgerelateerde aandoeningen. Ook is het belangrijk de copingstrategieën van ouderen te herkennen in het omgaan met ouder worden en beperkingen: leidt dit tot een constructieve aanpak of is er sprake van een negatieve spiraal?
De huisarts kan de oudere ook ondersteunen in het aanvaarden van hulp. Het is belangrijk te beseffen dat indien hulp en zorg de zelfredzaamheid en het onafhankelijkheidsgevoel van de oudere ondersteunen, deze hulp als positief zal worden ervaren. Als er anderzijds veel functies worden afgenomen van ouderen, zal men dit als heel negatief en ondermijnend ervaren. Hier is samenwerking met andere zorgverleners zoals thuisverpleegkundigen, kinesisten en ergotherapeuten primordiaal.

7.2.4 BEGELEIDING IN KEUZES ROND HET LEVENSEINDE

De huisarts begeleidt ouderen in hun laatste levensjaren en tijdens het levenseinde. Hij kan dit doen door vroegtijdige zorgplanning op eigen initiatief ter sprake te brengen.

Ouderen gaven zelf aan dat ze willen begeleid worden in de laatste levensjaren en tijdens het levenseinde. Wanneer de thuissituatie onhoudbaar wordt, willen ouderen advies omtrent beslissingen rond bijvoorbeeld een plaatsing in een WZC.
Vroegtijdige zorgplanning is een heel nuttig en dynamisch instrument voor het vastleggen van de levensdoelen en de verwachtingen van de oudere voor de komende jaren. Rond dit thema werd een praktijkverbeterend project uitgevoerd (*zie paragraaf 8.1*).

7.2.5 EEN GOED NETWERK UITBOUWEN

De huisarts moet een netwerk uitbouwen met andere zorgverleners en voorzieningen om de oudere en mantelzorgers zo goed mogelijk te ondersteunen.

De huisarts is een sleutelfiguur in de zorgverlening. Volgens de studie van het Kenniscentrum Woonzorg Brussel is de huisarts het eerste aanspreekpunt bij gezondheidsproblemen voor zowel Westerse als niet-Westerse ouderen. (4) De huisarts kan ouderen in contact brengen met voorzieningen, lokale diensten, ouderenverenigingen, dagcentra, enz. Denk hierbij ook aan vereenzaamde ouderen en ouderen die dreigen in isolatie verzeild te geraken. In Brussel zijn er bijvoorbeeld lokale dienstencentra speciaal gericht op ouderen en mensen die zorgbehoevend zijn. Kennis van deze voorzieningen en informatie hierover aan de oudere en zijn naasten is

belangrijk voor een bredere ondersteuning. De huisarts staat in voor de opvolging van de zorg en coördineert vaak ook de (thuis)zorg. Huisartsen ervaren in Brussel veel knelpunten wat betreft de organisatie van de gezondheidszorg. Een goed netwerk en samenwerking met andere zorgverleners is essentieel voor goede ouderenzorg.
Sociale ongelijkheid en (kans)armoede hebben een duidelijk negatieve impact op *actief ouder worden*. Gezondheidspromotie zou steeds geïntegreerd deel moeten uitmaken van een socio-economisch beleid. (20) Hoewel dit een probleem is dat moet aangepakt worden op een hoger beleidsniveau, kan de huisarts hier ook een rol spelen door de problemen te melden en gepaste hulp in te schakelen.

7.3 ZWAKTES EN STERKTES

In dit onderzoek komen een aantal zwaktes naar voor. Er is de mogelijkheid van onderzoekersbias: de respondenten werden geïnterviewd door de huisarts in opleiding van de praktijk zelf en niet door een onafhankelijke persoon. Dit kan voor een zekere geremdheid gezorgd hebben en de rol van de huisarts en de arts-patiëntrelatie in een té positief daglicht hebben gesteld. Anderzijds werden de respondenten aangemoedigd om vrij hun mening te uiten door o.a. de waarborg van anonimiteit. Er werd geprobeerd d.m.v. open vragen zoveel mogelijk de ideeën en visies van ouderen te achterhalen. Verschillenden hebben een sterke opinie naar voor gebracht en haalden bijv. ook minder positieve zaken aan over de praktijk en zorgverlening.
Het afnemen van interviews heeft beperkingen in de objectiviteit van de gegevens: er heerst een groot verschil is tussen wat mensen zeggen en wat mensen doen. Via interviewen krijgt de onderzoeker geen rechtstreekse toegang tot feiten. (40) Een correctere weergave van de realiteit zou mogelijk zijn door verschillende personen van de omgeving te interviewen, of nog rechtstreekser het gedrag te observeren van de persoon zelf. Dit was in dit onderzoek weinig haalbaar. Men moet er zich van bewust zijn dat het om subjectieve percepties gaat. Anderzijds is het doel van interviewen net om die impressies, ideeën, gevoelens en gedachten van personen te achterhalen. Deze zijn per definitie subjectief. Door een voldoende aantal personen van de doelgroep te interviewen en de resultaten onderling te vergelijken, kan men toch tot een zeker niveau van betrouwbaarheid van de data komen.
Een andere beperking is het individueel werken: kwalitatieve data-analyse komt het best tot zijn recht in een interdisciplinair team waarbij men de bevindingen toetst en bediscussieert om de kwaliteit en betrouwbaarheid van de gegevens te optimaliseren. (29) De bevindingen werden wel getoetst aan deze van een tweede en onafhankelijke lezer, wat de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogt.
De groep participanten is vrij homogeen: er zijn, buiten één persoon, geen ouderen van een ander etnisch origine geïnterviewd. Dit is omwille van het feit dat er in de praktijk weinig tot geen niet-Westerse Nederlandstalige of -kundige tachtigplussers zijn. Bewoners van woonzorgcentra werden ook niet geïncludeerd. Dit heeft als nadeel dat het niet volledig extrapoleerbaar is naar alle ouderen van de bevolking, anderzijds geeft het een goed zicht op wat deze groep ouderen denkt.
De grootte van de steekproef van interviews is onvoldoende om subgroepen onderling te vergelijken (mannen versus vrouwen, alleenstaande ouderen versus koppels, enz.).
Een sterkte van deze studie is dat het de eerste kwalitatieve studie is over *actief ouder worden* die uitgevoerd werd in de context van de huisartspraktijk. Gezien de vergrijzing het aandeel van ouderen in het patiëntenbestand van de huisarts vergroot en gezien de opmars van de visie *actief ouder worden* in verschillende domeinen van de samenleving (arbeidsmarkt, economie, ouderenbeleid, welzijnssector, gezondheidszorg…), blijkt dit thema zeer relevant te zijn voor de huisarts. De resultaten geven concrete handvaten voor de verbetering van de kwaliteit van zorg aan ouderen in de huisartspraktijken.

7.4 VERDER ONDERZOEK

Verder onderzoek zou interessant zijn om thuiswonende ouderen te vergelijken met bewoners van woonzorgcentra en te zoeken naar de rol van de huisarts in het promoten van *actief ouder worden* in deze setting.
Interventiestudies om de aanbevelingen rond *actief ouder worden* te implementeren in de praktijk en na te gaan of dit de levenskwaliteit van ouderen verhoogt, zou in een vervolgstudie uitgevoerd kunnen worden.
Ook de invloed van *actief ouder worden* op de samenwerking tussen zorgverleners van 1e, 2e en 3e lijn zou kunnen bestudeerd worden.
Active ageing zou ten slotte als lesonderdeel kunnen opgenomen worden in het curriculum van studenten geneeskunde.

8 PRAKTIJKVERBETEREND PROJECT

8.1 BESPREKEN VAN VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING

Uit de interviews blijkt dat meerdere respondenten de rol van de huisarts tijdens het levenseinde benadrukken: zij wensen steun en begeleiding in keuzes. Vroegtijdige zorgplanning (VZP) is een tool die kan aangewend worden om de oudere meer controle te geven over beslissingen rond het levenseinde. Op die manier kan men ouderen ondersteunen in het *actief ouder worden* en hun autonomie verhogen: ouderen wordt actief betrokken in dit proces, krijgen de ruimte om hun wensen te uiten en men vertrekt vanuit hun visie, waarden en normen.
VZP heeft de volgende doelstellingen: respecteren van de persoonlijke keuzes van de patiënt, het taboe van de dood doorbreken door het levenseinde bespreekbaar te maken, de communicatie hierover bevorderen met de familie en dierbaren (dit bevordert ook de rouwverwerking), de kwaliteit van de arts-patiëntrelatie verbeteren, het beslissingsproces rond (medische) zorgen verbeteren, uitkomst voor de patiënt verbeteren, ervoor zorgen dat de vertegenwoordiger echt namens de patiënt kan optreden en ten slotte de onrust van de patiënt verminderen i.v.m. belasting voor zijn naasten. VZP is méér dan het invullen van wilsverklaringen: het gaat over een continu communicatieproces tussen de zorgverlener en de patiënt. (41)

8.1.1 KWALITEITSCIRKEL VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING

De Lokale Overleg Kring (LOK) in Anderlecht organiseerde in december 2012 een kwaliteitscirkel over vroegtijdige zorgplanning *(zie figuur 4).* (42) Het praktijkverbeterend project kwam in samenwerking met hen tot stand.



FIGUUR 4: KWALITEITSCIRKEL VAN IMPLEMENTATIE VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING (VZP) IN DE LOK-GROEP ANDERLECHT

Men vertrok van de probleemstelling dat er in de praktijk onvoldoende gesproken werd over beslissingen rond het levenseinde en VZP met de patiënt.
Op 7/12/2012 werd tijdens een eerste vergadering de informatie die enkele huisartsen hadden verzameld over het levenseinde, besproken: de wetgeving van de patiëntenrechten, wilsverklaringen, VZP, euthanasie en het aanstellen van de vertegenwoordiger van de patiënt. Vervolgens werd bekeken hoe men dit in de praktijk zou kunnen toepassen.
De praktijkopleider en collega van de huisartsenpraktijk werden eind december 2012 bevraagd over hoe zij beslissingen rond het levenseinde bespraken en hoe zij dit noteerden in het elektronisch medisch dossier (EMD). In de praktijk wordt dit meestal gedaan bij een situatie die verslechtert, bij een ziekenhuisopname of nadien bij thuiskomst, of wanneer de patiënt er zelf over begint. Dit laatste gebeurt eerder zelden. Gesprekken rond het levenseinde worden als moeilijk bevonden, omdat er bij de patiënt drempels heersen (er niet over kunnen of willen praten) of bij de zorgverlener (gevoelig gespreksonderwerp). Patiënten ervaren het spreken over het levenseinde als 'slecht nieuws'. Ook in een palliatieve setting is dit meestal niet eenvoudig omdat veel patiënten de deur toe houden.
Deze ervaringen kwamen ook naar voor in de LOK vergadering. Verschillende huisartsen voelen zich niet in staat om het levenseinde bespreekbaar te maken met de patiënt omdat ze vinden dat ze de nodige communicatievaardigheden missen. Een huisarts vertelde over een crisissituatie waarbij de wensen van de rusthuisbewoner niet duidelijk waren. Ze vroeg zich af of en hoe ze dit had kunnen voorkomen.
Er werd besloten om als toepassing een invoerbase te maken in het softwareprogramma Medigest®. Op deze manier kan men op gestructureerde wijze (beslissingen rond) het levenseinde bespreekbaar maken en coderen in het EMD. Het kan bovendien dienen als basis voor verdere gesprekken. Samen met een collega-haio werd de invoerbase gemaakt o.b.v. de brochure VZP voor de zorgverlener "Het levenseinde teruggeven aan de mensen"(M. Keirse) en het Brugse model (*zie bijlage 11.1*) (41), (43). Men brengt eerst het onderwerp ter sprake, d.w.z. uitleg geven over vroegtijdige zorgplanning. Men verkent vervolgens de toekomstverwachtingen van de patiënt: opvattingen, misvattingen, vroegere ervaringen rond het levenseinde. De arts geeft ook informatie over de diagnose en prognose. Dan bespreekt men de (zorg)doelen van de laatste levensperiode: wat wordt er wel en niet meer gedaan? De arts legt de mogelijke medische beslissingen rond het levenseinde uit, alsook palliatieve zorg en euthanasie. De gewenste medische zorg (positieve wilsverklaring) wordt weergegeven in drie codes: code A wil zeggen 'alles doen', code B 'behoud van functie' en code C 'comfortzorg'. Er wordt ook nagegaan of hospitalisatie nog gewenst is. De keuzes van de patiënt worden genoteerd in het EMD: zowel de positieve als negatieve wilsverklaring, evt. euthanasieverklaring, de wettelijke vertegenwoordiger en evt. de vertrouwenspersoon. Ten slotte worden deze keuzes bij de volgende contacten herbekeken en opnieuw geëvalueerd.
Er werden verschillende nieuwe DCM-termen aangemaakt. (*zie bijlage 11.1*) Aan de verschillende onderwerpen werden formulieren aangehecht in het EMD die de arts kan gebruiken tijdens het consult: de brochure VZP voor de zorgverlener, de brochure VZP voor de patiënt, uitleg van de codes A, B en C, aanvullende wilsverklaringen, wilsverklaring betreffende euthanasie en onomkeerbaar coma, negatieve wilsverklaring en aanduiding van de vertegenwoordiger.
Deze invoerbase werd voorgesteld aan de andere leden van de LOK op 1/03/2013. De huisartsen die MediGest gebruiken, zullen de invoerbase incorporeren in het EMD en het vervolgens VZP bespreken met enkele oudere patiënten. Om de huisartsen hierin te ondersteunen werden communicatievaardigheden ingeoefend onder begeleiding van Prof. M. Keirse. Hij verwees ook naar het boek "Competenties in moeilijke situaties". (44) Op 7/06/2013 wordt de laatste vergadering gehouden waarbij men de implementatie van communicatievaardigheden en gebruik van de invoerbase zal evalueren.

Ook in de huisartspraktijk werd de invoerbase voorgesteld en besproken met de collega's. Er werden brochures besteld bij de palliatieve federatie om mee te geven aan de patiënt en op te hangen in de wachtzaal.

8.1.2 VOORLOPIGE EVALUATIE

Op basis van de eigen ervaringen konden volgende vaststellingen worden gedaan. Er werd met vijf ouderen gesproken over VZP. Twee patiënten brachten het thema zelf aan doordat ze een euthanasieverklaring en negatieve wilsverklaring op eigen initiatief hadden ingevuld en meegebracht. De anderen werden hierover aangesproken: er werd uitleg gegeven over VZP en aan één persoon werd de brochure van de palliatieve federatie meegegeven. Hindernissen in deze gesprekken waren: weigerachtige houding van de oudere om hierover na te denken en de zin er niet van inzien om dit op voorhand te bespreken. Een andere hindernis is dat er tot nog toe geen Franstalige brochures bestaan over VZP, wat in Brussel wel noodzakelijk is. Anderzijds komen uit deze gesprekken zeer nuttige gegevens en handvatten voor de huisarts, bijvoorbeeld over de toekomstverwachtingen van de oudere en zijn of haar wensen omtrent welke zorgen nog gegeven moeten worden tijdens het levenseinde.
De invoerbase lijkt een heel handig en eenvoudig instrument om deze gegevens op gestructureerde wijze te noteren. Een belangrijk aandachtspunt is dat ouderen moeten geïnformeerd worden over VZP en dat dit hen aangereikt moet worden door de huisarts, m.a.w. het initiatief zal (meestal) bij de huisarts liggen. Men kan evenwel een gesprek hierover niet forceren. De communicatievaardigheden die werden aangeleerd brachten een aantal nuttige tips aan over hoe de huisarts kan omgaan met weerstanden van de patiënt. Het doel is dat dit instrument verder geïmplementeerd wordt in de praktijk.

8.2 ANDERE TOEPASSINGEN

De huisarts kan de oudere op verschillende manieren ondersteunen om op een actieve manier ouder te worden. Een aantal toepassingen worden hier vermeld; meer informatie en tips voor de huisarts kunnen teruggevonden worden in *bijlage 11.5.*

- Ondersteuning in zo lang mogelijk **thuis** blijven: de Koning Boudewijnstichting heeft een brochure uitgegeven over "*zo lang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen*" met allerhande tips en informatie.
- Aandacht voor **valpreventie**: neem een kijkje op www.valpreventie.be. Zie ook *"Op weg naar een betere aanpak van valpreventie bij thuiswonende ouderen"* (Op De Beeck P. masterproef Huisartsgeneeskunde 2012)
- Aanmoedigen van een **gezonde levensstijl** en aandacht voor primaire en secundaire preventie. Denk hierbij aan rookstopbegeleiding, verwijzing naar een diëtist(e), beweging stimuleren enz.
- In kaart brengen van **zorgnoden** bij kwetsbare ouderen: in 2012 werd de GAZETO-agenda ontwikkeld, een online-applicatie waarbij de huisarts op gestructureerde wijze veertien (onbeantwoorde) zorgnoden kan identificeren. Hierdoor kan men o.a. op proactieve wijze ouderdomsgerelateerde aandoeningen opsporen en behandelen. (45)
- **Vereenzaming** tegengaan: één van de respondenten gaf aan dat er voor hem geen mogelijkheden waren om naar buiten te kunnen gaan en te gaan wandelen. Naar aanleiding van dit interview werden enkele lokale dienstencentra in de buurt gecontacteerd. Er werd contact gelegd met de coördinator van thuisdiensten in de Vaartkapoen te Molenbeek en sindsdien komt er iemand 1 à 2 keer/week om ' s middags een wandeling te gaan maken. Er zijn verschillende voorzieningen in Brussel, maar vaak weinig gekend door de oudere.

9 BESLUIT

Ouderen staan vandaag voor een grote uitdaging. In de context van een voortdurend veranderende maatschappij en de vergrijzing moeten zij verschillende hindernissen overwinnen zoals leeftijdsdiscriminatie, onbegrip tussen generaties, verlies van zelfredzaamheid, toenemende afhankelijkheid van anderen, hogere prevalentie van gezondheidsproblemen en beperkingen, enz.

Actief ouder worden biedt een positieve visie op ouder worden waarbij de focus ligt op vaardigheden en capaciteiten van de oudere, op zelfwaarde en gelijkwaardigheid, op behoud van zelfredzaamheid en op betrokkenheid van de oudere. Op die manier wil men de levenskwaliteit van ouderen verhogen alsook de solidariteit tussen de generaties aanmoedigen. De visie op *actief ouder worden* past volledig binnen de doelstellingen van de huisarts als gezondheidspromotor. Door in te spelen op de verschillende beïnvloedende factoren en de principes van *actief ouder worden* toe te passen, kan de huisarts de oudere ondersteunen door zijn mogelijkheden te benutten en bijdragen aan het bevorderen van de kwaliteit van leven.

10 GECITEERDE WERKEN

1. World Health Organization. Publications on active ageing. Active ageing, a policy framework. WHO, Geneva. [Online].; 2002 [cited 2012 03 03. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf.

2. Kalache A. Active ageing makes the difference. Bulletin of the World Health Organization. 1999;77(4):299.

3. Older, more numerous and diverse Europeans. Commission staff working document. Luxembourg: European Commission, Directorate-General for Employment Social Affairs and Inclusion, Unit D.4; Eurostat, the Statistical Office of the European Union, Unit F.1; 2010.

4. Kenniscentrum Woonzorg Brussel. Zorgnoden -en behoeften: de kijk van de Brusselaar. [Online].; 2012 [cited 2013 01 18. Available from: http://www.woonzorgbrussel.be/node/528.

5. De Standaard. België kan vergrijzingskosten (nog) niet opvangen. [Online].; 2012 [cited 2012 10 8. Available from: http://www.standaard.be/artikel/detail.aspx?artikelid=DMF20121008_00326348.

6. Walker A. A strategy for active ageing. International Social Security Review. 2002; 55: 121-139.

7. Walker A. Commentary: the emergence and application of active ageing in Europe. J Aging & Social Policy. 2009; 21: 75-93.

8. Verté D, Dury S, De Donder L, Buffel T, De Witte N. Doe mee! Over ouderen en maatschappelijke participatie. In.: Provinciebestuur van West-Vlaanderen; 2011.

9. Vlaamse gemeenschapscommissie. Home-info vzw: informatie en advies over rusthuizen. [Online]. [cited 2013 03 29. Available from: http://www.home-info.be/v4.0/wat-is-een-rusthuis-rvt-serviceflat-kortverblijf/rvt.

10. Belgische kamer van volksvertegenwoordigers. De vergrijzing van de samenleving: uitdagingen inzake werkgelegenheid en financiering van de sociale zekerheid en de pensioenen. Vaststellingen en aanbevelingen inzake het vergrijzingsvraagstuk in België. Brussel: Belgische kamer van volksvertegenwoordigers; 3 september 2004.

11. Stenner P, McFarquhar T, Bowling A. Older people and 'active ageing': subjective aspects of ageing actively. Journal of Health Psychology. 2011 Jan; 16:467-477.

12. World Health Organization. Measuring quality of life. The World Health Organization Quality of Life instruments (The WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF). [Online].; 1997 [cited 2013 03 30. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.

13. Walker A. A European perspective on quality of life in old age. Eur J Ageing. 2005 2; 2-12.

14. Richard L, Gauvin L, Gosselin C, Laforest S. Staying connected: neighbourhood correlates of social participation among older adults living in an urban environment in Montréal, Québec. Health Promotion International. 2008; 24 (1): 46-57.

15. Ranzijn R. Active ageing - another way to oppress marginalized and disadvantaged elders? Aboriginal Elders as a Case Study. Journal of Health Psychology. 2010; 15: 716-723.

16. Bowling A. Enhancing later life: how older people perceive active ageing? Aging & Mental Health. 2008; 12 (3): 293-301.

17. Bowling A. Perceptions of active ageing in Britain divergences between minority ethnic and whole population samples. age and ageing. 2009; 38; 703-710.

18. Clarke A, Warren L. Hopes, fears and expectations about the future: what do older people's stories tell us about active ageing? Ageing & Society. 2007; 27; 465-488.

19. Buys L, Boulton-Lewis G, Tedman-Jones J, Edwards H, Knox M. Issues of active ageing:perceptions of older people with lifelong intellectual disability. Australasian Journal of Ageing. 2008 June; 27 (2):67-71.

20. Cloos P, Allen CF, Alavrado BE, Zunuzunegui MV, Simeon DT, Eldemire-Schearer D. 'Active ageing': a qualitative study in six Caribbean countries. Ageing & Society. 2010; 30: 79-101.

21. Minichiello V, Browne J, Kendig H. Perceptions and consequences of ageism: views of older people. Agein and society. 2000; 20: 253-278.

22. Koch T, Turner R, Smith P, Hutnik N. Storytelling reveals the active, positive lives of centenarians: Tina Koch and colleagues interviewed a group of people whose narratives of their lives challenge the stereotypical view of those aged over 100. Nursing Older People. 2010 Oct; 22 (8): 31-36.

23. Van Malderen L, Mets T, De Vriendt P, Gorus E. The active ageing-concept translated to the residential long-term care. Qual Life Res. 2012 June.

24. European Commission, EY 2012 Coalition. European Year for Active Ageing and Solidarity Between Generations 2012 - everyone has a role to play! [Online].; 2011 [cited 2011 11 11. Available from: www.active-ageing-2012.eu.

25. Europees Jaar van Actief Ouder Worden en Solidariteit tussen de Generaties. [Online].; 2012 [cited 2012 03 03. Available from: http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=986&langId=nl.

26. Kabinet van Vlaams Minsister van Welzijn, Gezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen. Ontwerp Vlaams Ouderenbeleidsplan 2010-2014. [Online].; 2010 [cited 2011 11 6.

27. Actief ouder worden. Visie van de Vlaamse Ouderenraad. [Online].; 2012 [cited 2012 11 19. Available from: http://www.ouderenweek.be/2012/visietekst.pdf.

28. Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. Field Methods. 2006; 18: 59-82.

29. Dierckx de Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. International Journal of Nursing Studies. 2012; 49:360-371.

30. Strauss A, Corbin JM. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. 2nd ed. California: Sage Publications; 1998.

31. Van Dale. [Online]. [cited 2012 12 28. Available from: http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=betrokken&lang=nn.

32. Van Dale. [Online]. [cited 2012 28 12. Available from: http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=hindernis&lang=nn.

33. Valpreventie.be - Expertisecentrum Val-en fractuurpreventie Vlaanderen. [Online]. [cited 2013 3 14. Available from: http://www.valpreventie.be/Home.aspx.

34. Royal college of physicians and surgeons of Canada. CanMEDS Physician Competency Framework. [Online].; 1996 [cited 2013 03 26. Available from: http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds.

35. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. [Online].; 2005 [cited 2013 04 22. Available from: http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/resources/publications/framework_full_e.pdf.

36. Knoops KT, de Groot L, Kromhout D, Perrin AE, Moreiras-Varela O, Menotti A, et al. Mediterranean diet, lifestyle factors and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. JAMA. 2004; 292 (12): 1433-9.

37. De Ruijter W. Cardiovascular risk management in old age. Doctoral thesis, Leiden University. [Online].; 2009 [cited 2013 3 14. Available from: https://openaccess.leidenuniv.nl/handle/1887/13869.

38. Gaines AD. Anosmia and hyposmia. Allergy and Asthma Proceedings. 2010 May/June; 31 (3): 185-189.

39. Uchida S, Kawashima R. Reading and solving arithmetic problems improves cognitive functions of normal aged people: a randomized controlled study. Age (Dordr). 2008 March; 30(1): 21–29.

40. Silverman D. Interpreting Qualitative Data: Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction. 3rd ed.: SAGE publications; 2009.

41. Keirse M. Het levenseinde teruggeven aan de mensen. Over vroegtijdige planning van de zorg. [Online].; 2009 [cited 2013 01 15. Available from: http://files.palliatieve.org/download/66/brochure_levenseinde-brochure-VZP-1-dec_2008.pdf.

42. Deming WE. Out of the crisis. Cambridge, Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Educational Services; 1982.

43. Raes A, Bogaert H, De Lepeleire J, werkgroep VZPB. Vroegtijdige zorgplanning in woon- en zorgcentra. Ontwikkeling van het Brugse model. Huisarts Nu. 2010; 39:275-80.

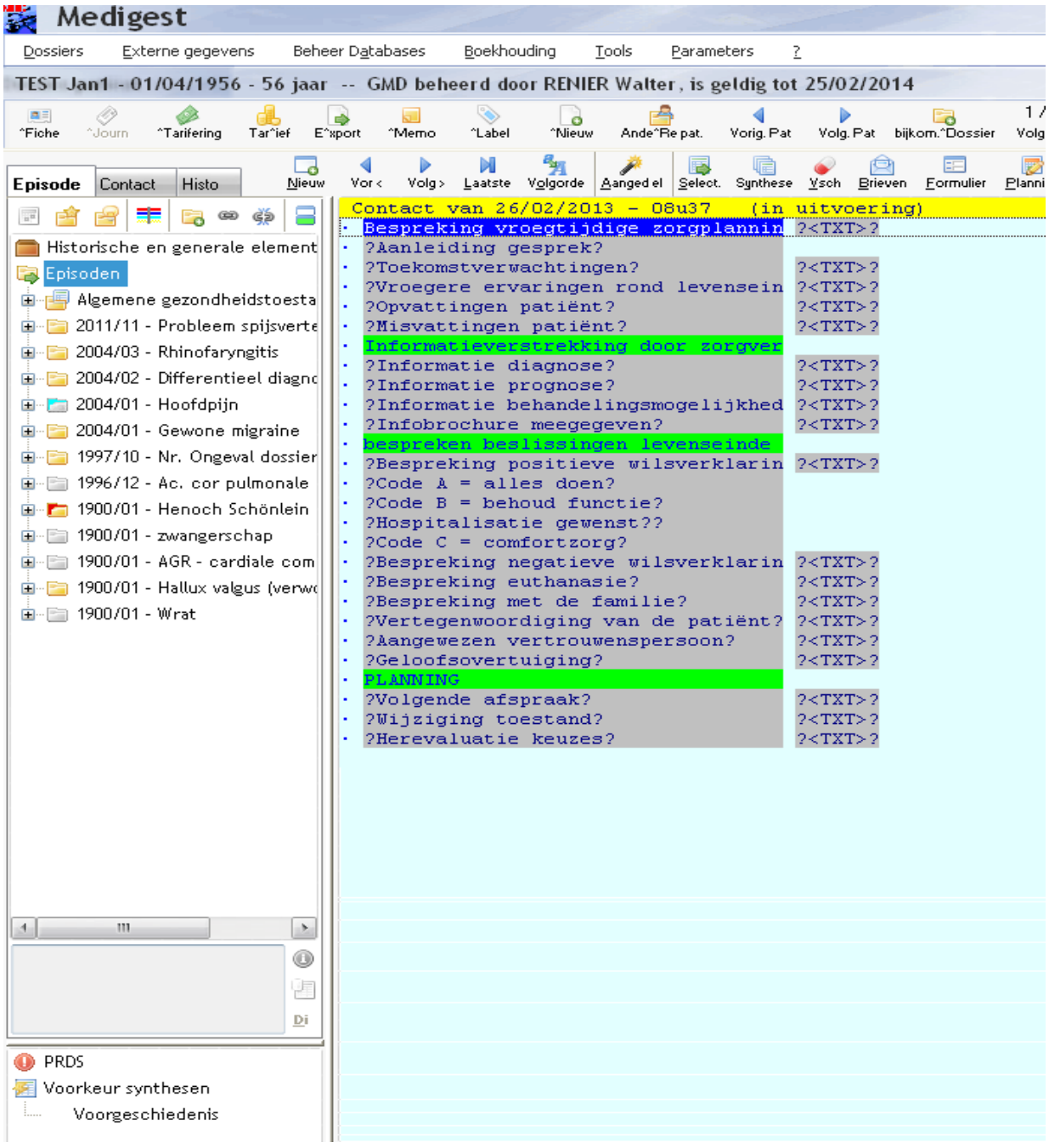
44. De Lepeleire J, Keirse M. Competenties in moeilijke situaties. Over kwaliteit van zorg en communicatie. Leuven/Den Haag: Uitgeverij Acco; 2012.

45. Deckers A, Willekens B, Helsmoortel A, Gouhie J, Depraetere S, Degryse JM. Zorgnoden van thuiswonende ouderen: de gestructureerde GAZETO-agenda. Huisarts Nu. 2012; 41 (4): 191-196.

46. HR World. [Online]. [cited 2012 10 6. Available from: http://www.hrworld.be/hrworld/Geschiedenis-van-het-brugpensioen.html?LangType=2067.

11 BIJLAGEN

11.1 BIJLAGE 1



FIGUUR 5: INVOERBASE MEDIGEST VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING

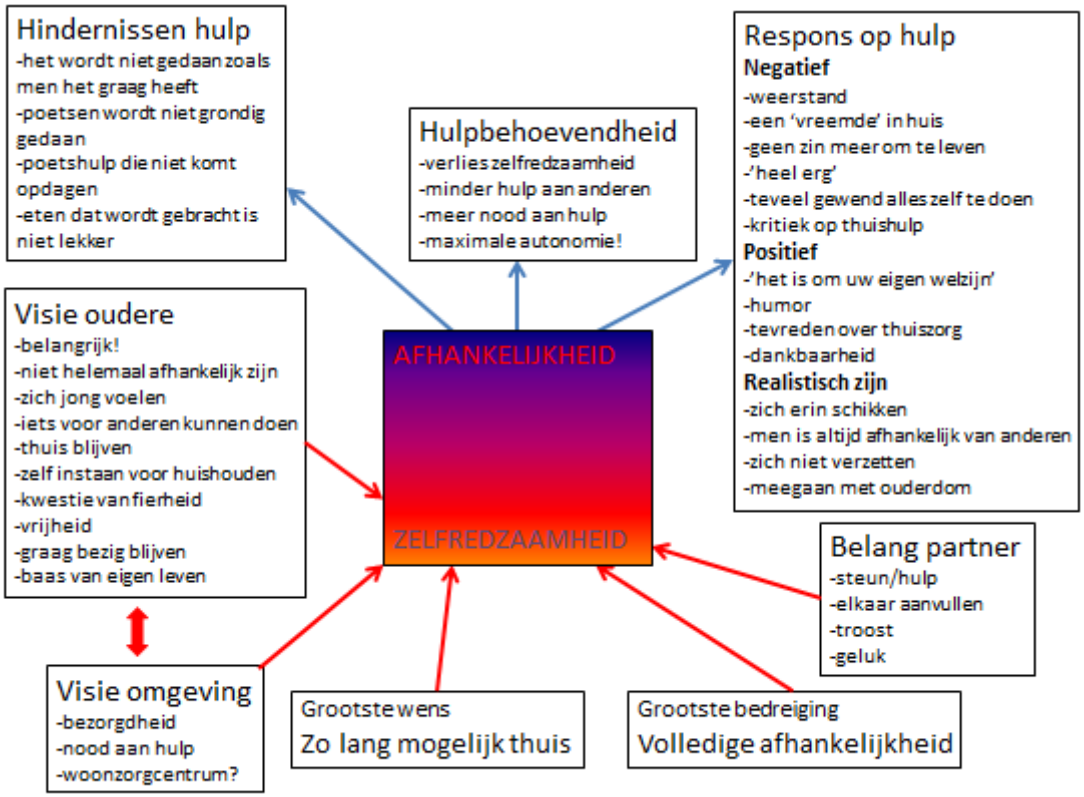
TABEL 2: PERSOONLIJKE DCM-TERMEN MEDIGEST

- aanleiding gesprek ZGD0
- bespreking vroegtijdige zorgplanning ZGDdW0
- toekomstverwachtingen A1
- vroegere ervaringen met levenseinde ZGDdW3
- opvattingen patiënt ZGDdW1
- misvattingen patiënt ZGDdW2
- informatie diagnose JQJA1
- Informatie prognose JQJA0
- informatie behandelingsmogelijkheden JQJA2
- infobrochure meegegeven JQJA3
- bespreking positieve wilsverklaring ZGDdX0
- code A = alles doen ZGDdX00
- code B = behoud functie ZGDdX01
- hospitalisatie gewenst? ZGDND
- code C = comfortzorg ZGDdX02
- bespreking negatieve wilsverklaring ZGDdX1
- bespreking euthanasie ZGDdX2
- geloofsovertuiging A5
- wijziging toestand CAA12
- herevaluatie keuzes CAA10

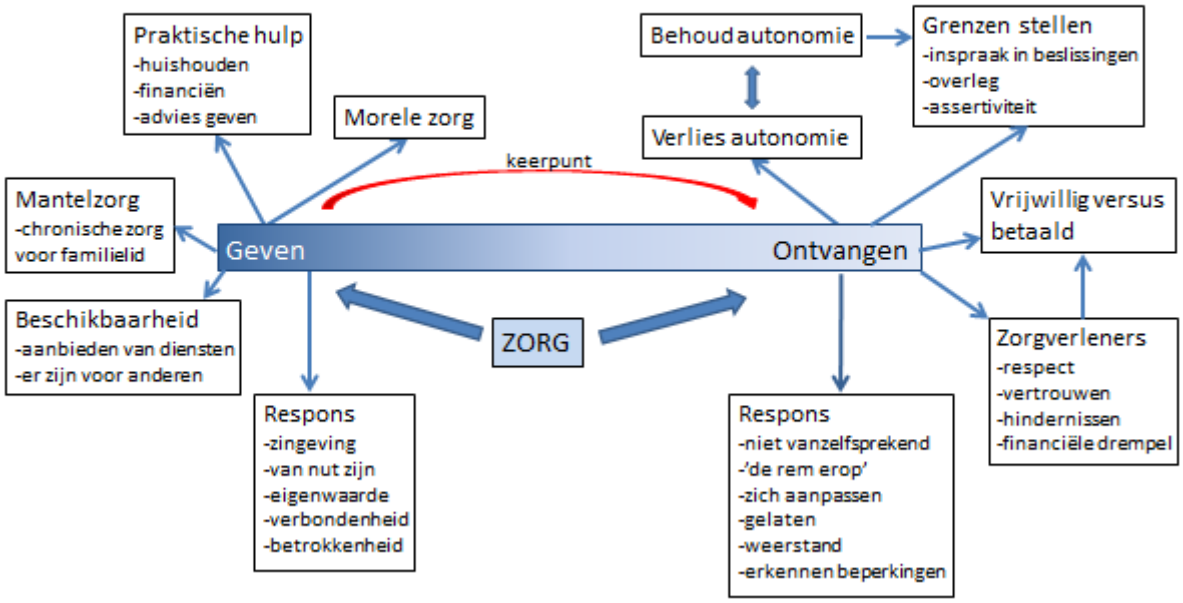
11.2 BIJLAGE 2

TABEL 3: PROFIEL VAN DE HUISARTS VOLGENS DE RESPONDENTEN

<table>
<tr><th colspan="2">Profiel van de huisarts</th></tr>
<tr><th>Eigenschappen</th><th>Rol</th></tr>
<tr><td rowspan="3">-medeleven
-eerlijk
-correct
-duidelijk
-de oudere ernstig nemen
-goedheid: als arts en als mens
-mensenkennis
-medische kennis
-zich 100% inzetten: ‘doen al wat mogelijk is’
-vriendelijk
-begripvol
-tactvol
-menselijk
-beschikbaar
-tijd nemen
-open voor discussie/meningsverschil
-een ‘hulpmiddel’
-zich kunnen inleven in de oudere
- bewust zijn van de generatiekloof
-ouderen ‘doen praten’
-rekening houden met het karakter van de oudere</td><td>-vertrouwenspersoon
-goede communicator: luisteren, informatie geven, inspraak bevorderen, tactvol
-bemiddelaar
-gezondheid bevorderen
-geruststellen
-kordaat optreden bij problemen
-medische professionaliteit
-ethische rol: goedheid als arts en mens
-een veiligheid
-raadgever</td></tr>
<tr><td>Taken</td></tr>
<tr><td>-medische zorg
-proactief opsporen dementie
-alert zijn voor ouderdomsaandoeningen
-begeleiding in moeilijke/onhoudbare thuissituatie
-ondersteuning tijdens het levenseinde en belangrijke levensgebeurtenissen
-doorverwijzing naar (specialistische) hulp en voorzieningen
-aandacht voor menswaardig ouder worden
-gastvrijheid van de oudere aanvaarden
-ondersteuning in zelfredzaamheid
-durven vragen en voorstellen doen
-moeilijke zaken bespreekbaar maken</td></tr>
</table>



FIGUUR 6: AFHANKELIJKHEID VERSUS ZELFREDZAAMHEID



FIGUUR 7: ZORG GEVEN VERSUS ZORG ONTVANGEN

11.5 BIJLAGE 5

-**WHO-publicaties** over *active ageing*: http://www.who.int/ageing/publications/active/en/

-het **Europees Jaar** van *Actief ouder worden* en Intergenerationele Solidariteit: http://europa.eu/ey2012/

-**De Vlaamse Ouderenraad**: deze vzw komt op voor de belangen van de zestigplussers in Vlaanderen en Nederlandssprekend Brussel. De Vlaamse Ouderenraad adviseert over alle thema's die het welzijn, de levenssituatie en de welvaart van de ouderen beïnvloeden. Verschillende initiatieven en documenten over *actief ouder worden* kan men vinden op hun website: http://www.vlaamse-ouderenraad.be/

-**Kenniscentrum Woonzorg Brussel**: onder het motto 'stabiliseer het wonen, mobiliseer de zorg', stimuleert het Kenniscentrum de ontwikkeling van woonzorgzones in Brussel. Ouderen en zorgbehoevenden krijgen in een woonzorgzone alle steun die ze nodig hebben om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Pas wanneer dat niet meer gaat, wordt passende zorg geboden in een residentiële voorziening. Het Kenniscentrum bevordert en ondersteunt de uitbouw van de woonzorgzones. Dat doet het door kennis en expertise te ontwikkelen, door de uitbouw van ouderenvoorzieningen en thuiszorgdiensten te ondersteunen en te begeleiden, en door nieuwe woon- en zorginitiatieven mee op gang te trekken. Meer info en documentatie op http://www.woonzorgbrussel.be/.

-**Het Steunpunt Woningaanpassing Brussel** biedt ondersteuning aan iedereen die zijn woning veilig, comfortabel en toegankelijk wil maken. http://www.woningaanpassing.be/

-**De Koning Boudewijnstichting** steunt projecten en burgers die zich engageren voor een betere samenleving. Ze dragen op deze manier bij tot meer rechtvaardigheid, democratie en respect voor diversiteit. In 2011 gaven zij een tweetalige brochure uit over "Zo lang mogelijk zelfstandig thuis, hoe doe je dat?". Deze brochures zijn gratis te bestellen via de website. Meer info op: http://www.kbs-frb.be

-**De zilveren sleutel** ijvert voor langer zelfstandig thuis wonen van ouderen. Concrete tips en informatie zijn te vinden op www.dezilverensleutel.be

-**Het Expertisecentrum Valpreventie Vlaanderen (EVV)** - www.valpreventie.be - lanceerde samen met de Vlaamse Overheid de website www.vermijdvallen.be met informatie en filmpjes over valscenario's en risicofactoren, alsook tips over preventie.

-**De 60-plusgids**, gids voor wie het pensioen nadert of bereikt heeft, 2011, is een uitgave van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. U kunt deze publicatie online raadplegen op: http://www.60plusgids.be of bestellen via de site van de Vlaamse overheid www.vlaanderen.be/ publicaties of via het gratis nummer 1700.

-**Lokale dienstencentra in Brussel**: http://www.ldcbrussel.be/

-**OKRA Trefpunt 55+** is een beweging van, voor en met gepensioneerden die allerhande activiteiten aanbiedt en de belangen van 55+ers behartigt: http://www.okra.be

-De actoren in de **welzijns- en gezondheidssector** in Brussel: http://www.bruxellessocial.irisnet.be/CDCS-CMDC/index.htm

-**Home-Info** is een vzw die ouderen, hun familie en professionelen helpt bij het zoeken naar informatie, advies en oriëntatie over alle rusthuizen, serviceflats, dagcentra en kortverblijf in het Brussels Gewest en de regio Halle-Vilvoorde: http://www.home-info.be

-**GAZETO-agenda**: een webgebaseerd CGA-programma (comprehensive geriatric assessment), te vinden op www.gazeto.be

11.6 BIJLAGE 6

11.6.1 UITNODIGING EN INTERVIEW

Deelname aan thesisonderzoek:

INTERVIEW:

De visie 'actief ouder worden' als leidraad voor zorgverlening door de huisarts

Beste 80 plusser,

2012 is het Europees Jaar voor *Actief Ouder Worden en Solidariteit tussen de Generaties*.

Actief ouder worden stelt mensen in staat om hun lichamelijke, maatschappelijke en geestelijke welzijn gedurende hun hele leven te verwezenlijken en aan de samenleving deel te nemen, mét garantie op bescherming en veiligheid en zo nodig zorgverlening.

Actief ouder worden gaat niet enkel over lichamelijk actief zijn of betaalde arbeid kunnen verrichten, maar is veel breder. Het gaat over kunnen deelnemen aan de samenleving op verschillende gebieden: sociaal, economisch, cultureel en spiritueel.
Met het ouder worden neemt de kans op ziekte toe en een aantal ouderen zal steeds meer hulp en zorg nodig hebben. In de maatschappij heerst een negatief beeld over ouder worden: ouderen zijn afhankelijk van zorg, ze gaan lichamelijk en geestelijk achteruit, ze nemen niet meer deel aan de samenleving.
Actief ouder worden werpt een positief licht op ouder worden: het vertrekt van de kwaliteiten en vaardigheden van een persoon en gaat er van uit dat elke persoon iets waardevols te bieden heeft.
Zo zien we dat veel ouderen zelf zorg en hulp verlenen aan anderen, bijvoorbeeld aan een zieke partner, familielid of buur en helpen bij het opvangen van (klein)kinderen. Ook zijn vele ouderen betrokken in vrijwilligerswerk, in de lokale gemeenschap of in het verenigingsleven.
Ook ouderen met een handicap of lichamelijke beperkingen en kwetsbare ouderen die zelf zorg nodig hebben, kunnen actief bijdragen aan hun omgeving, familie, buren enz. Het is niet omdat je zorg nodig hebt, dat je niet meer van betekenis kan zijn voor anderen.

Als huisarts in opleiding wil ik voor mijn eindwerk een antwoord vinden op de volgende vragen: hoe denken ouderen van tachtig jaar en ouder in onze praktijk over *actief ouder worden* ? Hoe kan de huisarts *actief ouder worden* nog beter toepassen in het zorgen voor zijn of haar oudere patiënten? Hoe kan de samenwerking met andere zorgverleners hierin nog verbeteren?
We kunnen alle tips, ideeën en inzichten gebruiken om onze zorg steeds beter af te stemmen op uw persoonlijke noden, verlangens en wensen.
Daarvoor heb ik uw hulp nodig. Via een open interview wil ik graag een aantal onderwerpen met u bespreken die gaan over *actief ouder worden.*
Belangrijk hierbij te vermelden is dat alle gegevens anoniem zullen verwerkt worden.

In de maand juli zal ik u opnieuw contacteren om een datum vast te leggen. Alvast bedankt dat u hieraan wil meewerken!

Dr Hannah Demaerel

Praktijk De Tijm
Tijmlaan 20
1080 Sint-Jans-Molenbeek
02/4657506

Wat is actief ouder worden?

Veel méér dan lichamelijk actief kunnen zijn

Deelnemen aan de samenleving op verschillende gebieden

Een samenleving voor jong én oud, waar ouderen en jongeren beiden kunnen geven en ontvangen

Elke persoon heeft iets waardevol te bieden

Het is niet omdat je zorg nodig hebt, dat je niet meer van betekenis kan zijn voor anderen

Een positief licht op ouder worden!

INTERVIEW

De visie ‘actief ouder worden’ als leidraad voor zorgverlening door de huisarts

Datum interview:

I. Inleidende vragen met betrekking tot persoonsgegevens:

1. leeftijd:

2. geslacht:

3. woonplaats (postcode):

4. sociale context:

    4.1 alleenwonend – met partner – bij kinderen – bij ander familielid - anders: namelijk…

    4.2 zorg verlenen - zorg ontvangen – beiden – geen van beiden

5. indien zorg ontvangen: wie speelt een belangrijke rol in de zorgverlening? (partner, mantelzorg, thuiszorg, verpleegkundige, kinesist, ergotherapeut, huisarts,…)

Inventaris:

6. gezondheidsbeleving (goede gezondheid – fysieke beperkingen – handicap - chronische aandoeningen):

7. graad van fysieke activiteit: (bedlegerig - immobiel grootste deel van de dag - stapt regelmatig rond in huis - komt af en toe buiten - doet alles zelf – doet aan sport…)

II. Topics:

1. Visie op actief ouder worden

We beginnen met het hoofdthema van dit interview. Samen nadenken over ‘actief ouder worden’, evt voorbeelden geven.
Mogelijke openingsvraag: hoe ervaart u het ouder worden? als iets negatief of positief? Wat vindt u van het vaak negatieve beeld van de maatschappij over ouder worden?

1.1 Stelling: (er zijn mensen die zeggen..) hoe ouder je wordt, hoe minder actief je bent
(nadruk op de verschillende aspecten van actief zijn)

1.2 Stelling: hoe ouder je wordt, hoe minder je betrokken bent in de samenleving

- (Op welke manier) voelt u zich betrokken in de samenleving? Bijvoorbeeld in uw onmiddellijke omgeving, de buurt, de stad,..?

1.3 Stelling: door de omgeving wordt je als oudere vaker aangesproken op je beperkingen (wat je niet meer kan) dan op je vaardigheden (wat je wel nog kan)

- Wat betekent het voor u om op een actieve manier ouder te worden?*
- Hoe actief vindt u dat u zelf bent?**
- Welke barrières ervaart u om actief te kunnen blijven?

(1.4 Voelt u zich door de huisarts gesteund om actief te blijven?)

- Hoe kan de huisarts u hierbij helpen?

**voorbeelden: lichamelijk actief (tuinwerk, boodschappen, wandelen, huishouden, relaxatie-oefeningen,..); sociaal actief (contact met familie, buren, vrienden, zorgverleners; verenigingsleven, mantelzorg, etc); mentaal actief (boeken of krant lezen, schrijven, het nieuws volgen, puzzels maken, zelf financiën regelen…); hobbies (tekenen, schilderen, muziek luisteren, muziek spelen, ..andere); spiritueel actief (deel van een kerkgemeenschap, persoonlijk geloof beleven, bezig met zin-en levensvragen,…);*
***heel actief, redelijk actief, noch actief noch inactief, eerder inactief, heel inactief*

2. Zelfredzaamheid

Als het gaat over nog zoveel mogelijk dingen zelf blijven doen:

2.1 Wat betekent 'zelfredzaamheid' voor u?

2.2 Hoe belangrijk vindt u het om dingen nog zelf te kunnen doen?*

- welke hindernissen ervaart u hierin?

(2.3 (Hoe) kan de huisarts u helpen om zo lang mogelijk dingen zelf te blijven doen ?)

***niet belangrijk – noch belangrijk, noch onbelangrijk – eerder belangrijk – heel belangrijk*

3. Preventie

Voorkomen is beter dan genezen, dat weten we ondertussen.

3.1 Hoe belangrijk vindt u preventie? *
3.2 Bent u zelf bezig met preventie?**

- Heeft u zelf een idee hoe er in uw situatie aan preventie kan gewerkt worden?

(3.3 Hoe kan de huisarts u hierin ondersteunen? (bijv door info te geven?))

**niet belangrijk – noch belangrijk, noch onbelangrijk – eerder belangrijk – heel belangrijk*
***Voorbeelden van preventie: vallen voorkomen (tapijten weghalen), fysieke activiteit (beweging) en mentale functies stimuleren (bijv kruiswoordraadsels) , evenwichtige voeding, vaccinaties ter bescherming tegen infecties (jaarlijks griepvaccin).*

4. Toegankelijkheid van de praktijk

4.1 Gaat u zelf naar de huisarts, of komt de huisarts op huisbezoek?

4.2 Hoe belangrijk vindt u het dat de praktijk toegankelijk is?*

- Welke kenmerken moeten zeker aanwezig zijn?**

4.3 Hoe ervaart u de toegankelijkheid van de praktijk op dit moment?

- Is de praktijk bereikbaar? Is de huisarts beschikbaar?

Evt: 4.4 Wat zou er nog mogen of kunnen veranderen?

**niet belangrijk – noch belangrijk, noch onbelangrijk – eerder belangrijk – heel belangrijk*
***Voorbeelden: bushalte, drempel, rolstoelvriendelijk, dichtbij kunnen parkeren, gemakkelijke stoelen in de wachtzaal, onderzoekstafel, telefonisch bereikbaar, beschikbaarheid van de arts, uren van de raadpleging, het krijgen van een afspraak, vriendelijk ontvangen worden, er wordt voldoende tijd genomen enz*

5. Arts-patiëntrelatie

5.1 Welke rol speelt de huisarts in uw leven?*

5.2 Wat vindt u belangrijk aan de arts-patiëntrelatie?

- Welke kenmerken moeten zeker aanwezig zijn?
- Welke zijn de voorwaarden voor u om een vertrouwensband te kunnen aangaan met de huisarts?

5.3 Hoe ervaart u op dit moment de relatie met de huisarts?

- Heeft u het gevoel dat u alles kan zeggen, dat er voldoende naar u geluisterd wordt?
- Wordt er rekening gehouden met uw wensen, verlangens en behoeften?
- Zijn er aandachtspunten wat betreft de communicatie tussen de huisarts en u? Zijn er zaken die verbeterd kunnen worden?
- Hoe gaat u om met advies van de huisarts?

5.4 Zijn er terreinen waarop de huisarts u nog meer kan ondersteunen (terugblikkend op de vorige onderwerpen Actief ouder worden, Zelfredzaamheid, Preventie, Toegankelijkheid van de praktijk)**?**

**niet belangrijk – noch belangrijk, noch onbelangrijk – eerder belangrijk – heel belangrijk*
**VBN: de huisarts is een vertrouwenspersoon, een steun, een consulent, iemand die instaat voor medische zorgen…*

6. Betrokkenheid in de zorgverlening

6.1 Wat vindt u belangrijk met betrekking tot de zorg die aan u verleend wordt?

- Vindt u het nodig om betrokken te zijn in alle beslissingen? Waarom wel/waarom niet?

6.2 Wat betekent het voor u om in de positie van zorg-ontvanger te zitten?*

- Wordt er respectvol met u omgegaan door zorgverleners?

6.3 Stellingen:

- "door hulp te vragen of zorg te krijgen, verlies ik mijn autonomie (=recht om zelf te bepalen wat je doet)"
- "zorg ontvangen is moeilijker dan zorg geven"

**Voorbeelden: dit is een lastige positie – u heeft hier veel problemen mee - u heeft er niet veel problemen mee – u heeft zich ermee verzoend*

7. Enkele eventuele slotvragen

- Stelling: hou ouder je wordt, hoe minder je van betekenis kunt zijn voor anderen
- (Op welke manier) voelt u zich betrokken in de samenleving? Bijvoorbeeld in uw onmiddellijke omgeving, de buurt, de stad,..?
- Wat zou u nog willen bereiken in het leven?
- Wat vindt u belangrijk in het leven?
- Welke zaken geven u het meeste (levens)vreugde? Welke zaken stemmen u somber?

Heeft u nog tips, raad of advies voor ons als huisarts met betrekking tot de zorg die we aan u geven?