

**Bachelorproef  
Professionele Opleidingen  
Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk**

**Academiejaar 2020-2021**

## **Horen, zien en praten**

**‘Een gezinswetenschappelijke visie op hoe we het  
welbevinden kunnen bewaken/verhogen van zowel de nieuwe  
bewoner als zijn familie bij een verhuis naar een wzc’**

Bachelorproef aangeboden door

**Nyiraneza Callaerts**

tot het behalen van de graad van

**Bachelor in de Gezinswetenschappen**

Bachelorproefbegeleider

**Wim Embrechts**



# ABSTRACT BACHELORPROEF

ACADEMIEJAAR 2020-2021

Opleiding:	<b>BACHELOR IN DE GEZINSWETENSCHAPPEN</b>	
	<b>Voornaam</b>	<b>Naam</b>
Student:	Nyiraneza	Callaerts
Bachelorproefbegeleider	Wim	Embrechts
<b>Titel bachelorproef</b>	Horen, zien en praten: 'Een gezinswetenschappelijke visie op hoe we het welbevinden kunnen bewaken/verhogen van zowel de nieuwe bewoner als zijn familie bij een verhuis naar een wzc'	

### **Kern- / trefwoorden bachelorproef:**

Woonzorgcentrum, verhuis, aanpassingsproblemen, nieuwe bewoners, communicatie.

### **Onderzoeksvraag:**

Mia, een 86 jarige dame verhuist nadat ze alle vormen van thuishulpdiensten kreeg naar een wzc. Ze mist nabijheid en verbinding met anderen. Ze voelt zich niet erkend en ze zondert zich af (mede door haar gehoorprobleem en de quarantaine vanwege de Covid-pandemie). Ze verliest hierdoor nog meer de verbinding met anderen. Er volgt een snelle fysieke achteruitgang en ook maatschappelijk en godsdienstig voelt ze zich in de steek gelaten.

### **Korte samenvatting bachelorproef:**

**Achtergrond:** Wanneer een persoon geconfronteerd wordt met een definitieve verhuis naar een woonzorgcentrum (wzc), treft dit het hele gezin en de hulpverlening hierrond. Deze bachelorproef behandelt de vraag: 'Wat dient te worden aangepast aan de benadering van een wzc naar een nieuwe bewoner toe en hoe kunnen we ervoor zorgen dat de kwaliteit van leven van die persoon gewaarborgd blijft of verhoogd wordt?

Deze bachelorproef poogt vanuit drie theoretische invalshoeken de onderzoeksvraag te verhelderen. In de eerste invalshoek, nl. de zorgethiek wordt het belang toegelicht van zorgethisch werken in een wzc en beschreven hoe de hulpverleners kritisch leren werken. De kern van zorgethisch handelen is de bereidheid om je eigen moraal, waarden en normen, te blijven ontwikkelen en in vraag te stellen. Grypdonck geeft handvaten om functieoverschrijdend de hele mens te zien en verder te gaan dan het biomedische zorgmodel (Grypdonck, et al., 2018).

Vanuit een psychologisch perspectief wordt bekeken wat nodig is om van welbevinden te spreken. De meeste ouderen geven blijk van veerkracht en slagen erin om een aanvaardbaar niveau van welbevinden te bewaren (Van de Ven, 2014). Het SOC model is een methodiek die mensen kan helpen om te gaan met een veranderende werkelijkheid

en hen veerkrachtig te houden (Napolitano & Freund, 2019). Om te begrijpen hoe verlieservaringen die veerkracht kunnen verminderen, moeten we die verlieservaring kunnen begrijpen (Keirse, 2017). Hierbij kunnen life review, reminiscentie en validation ondersteunende methodieken zijn voor hulpverleners. In dit psychologisch perspectief komt ook euthanasie uitgebreid aan bod (Keirse, 2017). Deze invalshoek maakt bij de vergelijking tussen zorgcoördinatie en casemanagement eens te meer duidelijk hoe belangrijk het is om de zorgvrager zoveel mogelijk te laten participeren.

De sociologische invalshoek verklaart de begrippen vergrijzing en verzilvering en toont het belang van informatie en sensibilisatie over ouder worden, woonvormen en verhuizen. Volgens Peuteman is het ook belangrijk om over een 'verhuis' te spreken in plaats van over een 'opname.' Ook zij vindt het belangrijk om te informeren en te sensibiliseren (Peuteman, 2021).

Goede communicatie is de rode draad doorheen de bachelorproef en vormt de pijler binnen het doel tot verandering. Deze bachelorproef beschrijft in drie veranderingsstrategieën hoe de communicatie in het wzc kan verbeterd worden. Deze strategieën zijn toepasbaar in elk wzc. Een eerste strategie, die door het wzc onmiddellijk werd toegepast, is de welkomkaart waarbij een ervaren wzc bewoner de nieuwe bewoner welkom heet en hem uitnodigt om samen in gesprek te gaan.

De directie van het wzc gaat akkoord om in stapjes ook een functieoverschrijdende communicatie en een babbelmuur te introduceren. Verschillende methodieken kunnen toegepast worden door de hulpverlener zoals life review, reminiscentie en validation. Naast de bewoners die als niet-professionele aandachtspersoon fungeren, er wordt ook nagedacht over mijn voorstel om daarnaast ook met professionele aandachtspersonen te werken.

Deze veranderingsstrategieën kunnen niet alleen zorgen voor meer verbinding tussen de bewoners onderling en tussen bewoners-familie-hulpverleners, maar ook tussen de hulpverleners onderling. Communicatie, zorgethiek, verbondenheid, erkenning, life review, zingeving en inspraak zijn cruciale elementen om mee te nemen in alle vormen van hulpverlening naar ouderen toe.

**Methode:** Een evidence-based kwalitatief onderzoek in de vorm van een interview bij het gezin om een casus te vormen en daarnaast een hearing met professionelen. Via interview van een hoofdverpleegkundige met jarenlange werkervaring in het wzc waarnaar Mia is verhuisd. En via interview van de directeur en twee maatschappelijk werkers van een wzc. Eén van hen is een psychologe en oefent die functie ook uit in het wzc.

### **Referentielijst:**

Grypdonck, M., Vanlaere, L., & Timmerman, M., (2019). Zorgethisch leiderschap in praktijk. Tiel: uitgeverij Lannoo nv, pp. 10-22. Geraadpleegd op 24 december 2020 via [zorgethisch.leiderschap.in.praktijk.indd\(lannoo.be\)](http://zorgethisch.leiderschap.in.praktijk.indd(lannoo.be))

Keirse, M. (2017). Helpen bij verlies en verdriet. Een gids voor het gezin en de

hulpverlener. Tielt: Lannoo; 2011a (26ste druk).

Napolitano, C., & Freund, A. ( 16 mei 2019). Het model van selectie, optimalisatie en compensatie. Encyclopedie van gerontologie en vergrijzing. Springer Link. Living editie. Redactie: Danan Gu, Matthew E. Dupre. Geraadpleegd op 21 april 2021 via [The Model of Selection, Optimization, and Compensation | SpringerLink](#)

Peuteman, A. (2020). Verplant: waarom het heerlijk wonen kan zijn in een woonzorgcentrum. E-book, geraadpleegd op 28 januari 2021 via [Verplant: Waarom het heerlijk wonen kan zijn in het woonzorgcentrum - Ann Peutemans - Google Boeken](#)

Van de Ven, L. (2017). Troost. Over ouderdom zorg en psychologie. Antwerpen - Apeldoorn: Garant.

**E-mailadres:**

[nyike@hotmail.com](mailto:nyike@hotmail.com)

## VOORWOORD

Als jongvolwassene heb ik vaak met jongeren gewerkt. Ik was een enthousiaste sportmonitor en jeugdtrainster op de atletiekclub. Naarmate ik ouder werd, kreeg ik meer affiniteit voor volwassenen en ouderen. Ik hou van uitdagingen en ben leergierig, altijd geweest. Die leergierigheid kreeg ik enerzijds mee door mijn opvoeding, mijn ouders inspireerden mij door hun voorbeeld. Zij zijn een schoolvoorbeeld van levenslang leren en lieten me zien dat je nooit te oud bent om je bij te scholen of om te scholen. Zo kun je doen wat je graag doet en de opgedane kennis vormt je als persoon. Anderzijds ben ik ervan overtuigd dat de drang om mijn kennis te vergroten ook te maken heeft met mijn persoonlijkheid. Mijn schoolloopbaan kende een moeilijke start. Toen ik als achtjarig kind geadopteerd werd, was ik analfabeet. Als jong kind fantaseerde ik in mijn geboorteland vaak over hoe het zou zijn om op de schoolbanken te zitten.

Ondertussen ben ik moeder van twee dochters, toen onze jongste dochter geboren werd ben ik halftijds beginnen werken om te kunnen genieten van mijn moederschap, ik koos voor een vijfjarige loopbaanonderbreking. Op het moment dat mijn kleinste meisje naar school ging, had ik plots veel tijd, dit bracht mij op het idee om een studie te beginnen gedurende de resterende drie jaar loopbaanonderbreking.

Ik werk al jarenlang met hart en ziel als verpleegkundige, maar merkte dat ik iets miste. Net als voor alle andere mensen is, voor onze bewoners in het woonzorgcentrum waar ik werk, het psychosociale minstens even belangrijk als het biomedische deel van de verzorging. Hoewel ik in mijn opleiding verpleegkunde ook vakken had gehad waar de nadruk lag op het psychosociale aspect van verpleegkunde, voelde ik toch meer en meer de nood om daarin bij te leren. Verschillende mensen uit mijn omgeving hebben de opleiding Gezinswetenschappen gedaan en ik had weinig overtuiging nodig om het nut daarvan in te zien. En toch... Zou ik het aankunnen? Zou ik mijn man en mijn kinderen, mijn ouders, mijn vrienden nog genoeg aandacht kunnen geven. Zij trokken me uiteindelijk over de streep. Ik moest het niet alleen aankunnen, ze zouden me alle mogelijke ondersteuning bieden die ik nodig had. En dat hebben ze gedaan. Ook bij de kers op de taart van de opleiding Gezinswetenschappen: mijn bachelorproef.

Deze studie bracht me niet alleen veel inzichten in psychosociale literatuur en vakken. Ik heb ook geleerd hoeveel mensen er klaarstaan om mij te ondersteunen. Ik ben hen er stuk voor stuk ontzettend dankbaar voor.

Eerst een woord van dank aan mijn bachelorproefbegeleider Meneer Wim Embrechts. Oprecht dank u wel om mij steeds in de juiste richting te duwen door uw eerlijke, goede en leerrijke feedback. Hierdoor heb ik het gevoel gekregen dat mijn bachelorproef nu compleet is.

Dankjewel Mia en Lucia om jullie bereidheid en medewerking tot het vormen van deze casus. Ik ben vereerd jullie te mogen ontmoeten en deel te mogen uitmaken van jullie warme persoonlijkheden.

Dankjewel aan bewoner X, bewoner XY en dochter XY2 om jullie te willen inzetten voor mijn 'mini-projectje' peterschappen en voor jullie toekomstige burens bij hun verhuis naar het wzc.

Dankjewel aan de medewerkers van het wzc die meewerkten aan deze bachelorproef.

Dankjewel aan mijn papa, moeke en make. Jullie zijn mijn grote steun en inspiratie! De besten.

Hartelijk dankjewel lieve vriendin Reinhilde. Voor alles. Van begin tot einde was je er voor mij. Ik werkte met een gerust geweten door aan deze bachelorproef, wetende dat ik jou op elk moment kon laten meelesen. Het was hartverwarmend om iemand te hebben die mij exact begreep als het even niet meer ging, als ik gefrustreerd was, maar ook de blije en goede momenten wist je op te merken.

Tot slot bijzondere dank aan mijn gezinnetje: liefste dochters Felicia en Maite, mijn liefste echtgenoot, steun en toeverlaat Peter, na 3 jaar opleiding ga ik weer jullie mama en echtgenote zijn voor de volle 100%. Jullie waren er steeds voor mij, duizendmaal dank.

Nyiraneza

## INHOUD

<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>Fase 1. Probleemstelling, probleemverkenning en veranderingsdoel</b>	<b>5</b>
<b>1.1 De probleemstelling</b>	<b>5</b>
<b>1.2 Praktijkgerichte probleemverkenning</b>	<b>6</b>
Casusbeschrijving	6
<b>1.3 Veranderingsdoelen</b>	<b>12</b>
<b>Fase 2. Theoretische analyse vanuit drie invalshoeken</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Zorgethische, psychologische en sociologische invalshoek</b>	<b>13</b>
2.1.1 Algemene inleiding invalshoeken	13
<b>2.2 Relevante, wetenschappelijk, gefundeerde en recente literatuur</b>	<b>14</b>
2.2.1 Invalshoek 1: zorgethiek in een woonzorgcentrum	14
Inleiding	14
Het verschil tussen ethiek en moraal	15
Het belang van zorgethisch werken in een woonzorgcentrum	16
Hoekstenen om ethisch gerechtvaardigd te handelen	20
Omkadering binnen de wzc om zorgethisch te kunnen handelen	21
Besluit	23
2.2.2 Invalshoek 2: psychologie	24
Inleiding	24
Invloed van verlies op de gezondheid	25
Omgaan met verlieservaringen die correleren met een negatief welbevinden van de bewoner in het woonzorgcentrum	26
Levenslang rouwen (mentale kwelling) en rouwarbeit	26
Verlieservaring: voorbeeld rouwen om verlies van broers en zussen	27
Verdriet om verlies van een kind bij de geboorte	27
Verdriet om verlies van een levensgezel	28
Verdriet om verlies van eigen woning en fysieke achteruitgang	28
Verlies van levenslust	30
Wens om te sterven als een mogelijk gevolg van een negatief welbevinden	30
Hulpverlening aan hulpvragers met 'de wens om te sterven'	30
Wetgeving over euthanasie en wilsverklaring in België	32
Zinnige gegevens inzake euthanasie, wilsverklaring en palliatieve zorg in België	33
Psychologische hulpverlening voor ouderen	35
Optimaliseren van mentaal en emotioneel welbevinden van ouderen	37
Hulpverlening in de ouderenzorg met behulp van het SOC-model naar succesrijk ouder worden	39



	Hulpverlening in de ouderenzorg door toepassing van life review, reminiscentie en validation .....	41
	Ouder worden en spiritualiteit: gerotranscendentie .....	43
	Zorgcoördinatie en casemanagement in de eerstelijns hulpverlening .....	43
	Besluit .....	45
2.2.3	Invalshoek 3: sociologie .....	46
	Inleiding .....	46
	Vergrijzing en verzilvering.....	46
	Waarom mensen in de loop van hun leven verschillende keren verhuizen.....	47
	Verhuis uit vrije wil of verhuis onder dwang .....	48
	Hoe kunnen we mensen enthousiasmeren om naar een wzc te verhuizen?.....	51
	Andere optie dan wonen in een woonzorgcentrum .....	52
	Relatie en loyaliteit van kinderen naar hun ouders toe .....	53
	Besluit .....	55
2.2.4	Algemeen besluit invalshoeken zorgethiek, psychologie en sociologie .....	57
	Profiel van respondenten: interview, hearing met professionelen in het wzc waar Mia woont.....	58
<b>Fase 3.</b>	<b>Fase 3: Drie veranderingsgerichte strategieën .....</b>	<b>60</b>
<b>3.1</b>	<b>Formuleren van probleemvoorstellen .....</b>	<b>60</b>
	Inleiding .....	60
<b>3.2</b>	<b>Aansluiting veranderingsstrategieën en veranderingsdoelen .....</b>	<b>60</b>
	De kracht van communicatie .....	60
<b>3.3</b>	<b>Welke Veranderingsgerichte strategieën zijn er? .....</b>	<b>64</b>
3.3.1	Veranderingsstrategie 1: sectoroverschrijdende zorg.....	64
3.3.2	Veranderingsstrategie 2: professionele en niet-professionele aandachtspersonen.....	65
3.3.3	Veranderingsstrategie 3: babbelmuur als hulpmiddel bij hulpverlening .....	68
	Besluit .....	69
	<b>Algemeen Besluit.....</b>	<b>71</b>
	<b>Literatuurlijst .....</b>	<b>74</b>
	<b>Bijlage .....</b>	<b>78</b>

## INLEIDING

Beste lezer

Mijn interesse naar hulpverlening is reeds ontstaan in mijn kindertijd. Ik droomde ervan om verpleegkundige te worden. Die droom heb ik verwezenlijkt en ondertussen ben ik 15 jaar werkzaam als verpleegkundige. Ik werk in een woonzorgcentrum, dus specifiek met ouderen. Deze job heb ik gedurende een vijftal jaar gecombineerd met een job als zelfstandige in de thuisverpleging.

Als eindstage voor de opleiding Gezinswetenschappen deed ik 120 uren praktijkervaring op in het Huis van het Kind. Daar werkte ik voornamelijk op mesoniveau, ik leidde twee projecten doorheen de korte stageperiode. Dit was voor mij ongekend terrein, maar de stage was een verrijking voor mij.

In overleg met mijn bachelorproefbegeleider koos ik ervoor om mijn eindwerk te koppelen aan mijn werkervaring. Via gesprekken met ouderen, hun kinderen, collega's, en aan de hand van eigen observaties bij aankomst in het wzc (naar gedrag/reactie van de ouderen en hun kinderen) merk ik op dat een verhuis naar een woonzorgcentrum (wzc) heel wat impact heeft op deze ouderen en hun familie. Daar waar verhuizen in de loop van het leven meestal een eigen beslissing is, is dat anders op hoge leeftijd. Dan is verhuizen vaak een noodzaak. Dat betekent dat ouderen vaak niet uit vrije wil verhuizen naar een wzc. Op dit moment is de beeldvorming naar wzc toe niet positief. Mensen zien de verhuis naar een wzc als iets wat moet als het echt niet anders kan.

Doorheen de opleiding Gezinswetenschappen kreeg ik bepaalde inzichten over hoe hulpverleners kunnen omgaan met specifieke problematieken. Met name door hun hulpvragers te benaderen vanuit een brede context. Deze inzichten wou ik gebruiken om te onderzoeken hoe een wzc het welbevinden kan bewaken/verhogen van de bewoner en zijn familie bij een verhuis naar een wzc. Ik benaderde dit in drie fases.

In de eerste fase formuleer ik een probleemstelling, daarvoor ga ik op probleemverkenning via een casus. Ik haal deze casus uit een wzc waarnaar Mia verhuisd is, ze heeft een dochter Lucia. Mia heeft het moeilijk met haar verhuis naar een wzc. Mia mist nabijheid en verbinding met anderen. Ze voelt zich niet erkend en ze zondert zich af (mede door haar gehoorprobleem en de quarantaine vanwege de Covid-pandemie). Ze verliest hierdoor nog meer de verbinding met anderen, er is een snelle fysieke achteruitgang en ook maatschappelijk en godsdienstig voelt ze zich in de steek gelaten. Vanuit deze casus formuleer ik een veranderingsdoel, nl. Mia wordt in het nieuwe wzc opgevangen en geïnformeerd. Mia kan bij de zorgverleners terecht met haar eigen specifieke gevoelens en behoefte (wil dood, vraag naar euthanasie, behoefte aan afzondering, vraag om 'gehoord' te worden/behoefte aan een gesprek). Mia heeft een vertrouwenspersoon in het wzc.

In een tweede fase wordt de casus benaderd vanuit drie invalshoeken, met het oog op het veranderingsdoel. Deze fase wordt wetenschappelijk onderbouwd, door literatuurstudie en interviews; hearing met professionelen. De invalshoeken koos ik vanuit een gezinswetenschappelijk perspectief. Ik heb het met name over zorgethiek, psychologie en sociologie.

Tot slot is er de derde fase, ik sluit de bachelorproef af met drie veranderingsstrategieën. Omdat uit de fases één en twee blijkt dat communicatie heel belangrijk is, zet ik dat in het laatste deel van mijn bachelorproef op de voorgrond. Daarvoor ging ik in gesprek met het wzc waar Mia woont en stelde ik hen drie veranderingsstrategieën voor die de communicatie kunnen verbeteren. De welkomkaart die ik voorstelde om ervaren bewoners te koppelen aan nieuwe bewoners werd meteen gedrukt en gebruikt. De directie staat ook open voor mijn andere voorstellen en wil die stapsgewijs in de werking implementeren. Ze zijn het met me eens dat nog meer interdisciplinair overleg de zorg ten goede zal komen. Ik stelde ook een 'babbelmuur' voor, waarbij verschillende methodieken kunnen worden toegepast door de hulpverlener zoals life review, reminiscentie en validation. Ook dat idee wordt als toepasbaar en realistisch gezien. Het wzc neemt het voorstel in overweging.

## Fase 1. PROBLEEMSTELLING, PROBLEEMVERKENNING EN VERANDERINGSDOEL

### 1.1 De probleemstelling

#### Formuleren van een centrale vraag

Hoe gaat een gezin om met een verhuis naar een woonzorgcentrum? Hoe gaat een organisatie om met een verhuis van een oudere persoon naar een woonzorgcentrum? Wat is de houding en de algemene beeldvorming van onze maatschappij wat betreft verhuizen naar een woonzorgcentrum?

Als gezinswetenschapper bemerk ik de volgende krachtgerichte elementen en zorgbehoeften op microniveau op. In mijn veranderingsdoel wil ik de hele gezinscontext meenemen. Mia en Lucia botsen op volgende zaken:

- Mia wenst te sterven, ze zegt dat ze een goed leven heeft gehad en bidt tot Onze Lieve Vrouw om haar te komen halen. Omdat haar gebed geen gehoor krijgt, voelt ze zich door haar geloof in de steek gelaten, maar ze heeft niet het gevoel dat ze daar met iemand kan over praten.
- Haar dochter, Lucia, heeft respect voor die doodswens, maar kan er moeilijk mee om. Mia voelt dat aan en wil haar enige dochter er niet meer mee belasten. Mia bereidt zich daarom zo veel mogelijk voor, ze plant haar eigen begrafenis. Omdat Lucia enig kind is kan ze het niet delen met siblings.
- Mia huilt en heeft verdriet (rouwen om verlies echtgenoot en zussen, huis, alleen achterblijven van een hele generatie...). Bovendien worstelt ze met haar eigen aftakelingsproces. Ze heeft nood om daar met iemand over te praten, maar dan wel iemand 'die haar begrijpt'. Van de zorgkundigen verwacht ze niet de tijd voor een gesprek, ze vindt het wel fijn als ze af en toe eens even een 'gesprekje' voeren.
- Mia eet niet goed, is afgefallen en is vermagerd, ze heeft geen eetlust... Ze zegt tijdens een gesprek dat ze vroeger graag samen met vrienden of familie aan tafel zat 'om een klapke te doen terwijl ze eten' maar als nieuwe bewoner voelt ze zich niet verbonden genoeg met de andere bewoners om die sfeer terug te vinden.
- Mia heeft veel moeite met de coronacrisis, en de daarbij horende lockdown, ze is ervan overtuigd dat deze situatie (hele dagen opgesloten zitten op haar kamer) haar meer doet huilen en verlangen naar de dood. Ze mist de bezoeken van haar dochter en haar (achter)kleinkinderen. Ook voor Lucia weegt het zwaar. Zij mist het ongedwongen binnen lopen om 'zomaar' en zonder afspraak een bezoekje te brengen aan haar moeder, om moeder mee op wandel te nemen. Ze zegt dat het voor haar gemakkelijker zou zijn als ze zou weten dat haar moeder binnen de muren van het wzc contacten heeft waar ze zich goed bij voelt.

De focus in deze bachelorproef wordt gelegd op een probleemstelling op microniveau. Met name: Het is duidelijk dat Mia nabijheid en verbinding met anderen mist. Ze voelt zich niet erkend en ze zondert zich af (mede door haar gehoorprobleem en de quarantaine vanwege de Covid-pandemie). Ze verliest hierdoor nog meer de verbinding met anderen, er is een snelle fysieke achteruitgang en ook maatschappelijk en godsdienstig voelt ze zich in de steek gelaten.

## 1.2 Praktijkgerichte probleemverkenning

### Casusbeschrijving

De casus binnen de bachelorproef omvat het verhaal van Mia. De informatie van de casus werd verkregen door interview met collega's alsook vanuit het (geschreven) zorgdossier..

Om de casus te vervolledigen werd een interview afgenomen (kwalitatief onderzoek) bij Mia en haar dochter.

De concrete bronnen worden in de tekst doorlopend weergegeven.

Deze casus werd opgemaakt door informed consent naar de betrokken persoon en haar dochter. De casus werd volledig geanonimiseerd door gebruik van fictieve namen (zelf gekozen door respondent), aanpassing leeftijden, aanpassing aantal kinderen, verandering geslacht van de kinderen, aanpassing context (geen locatie, woonplaats, aanpassing beroep, hobby's) zodat derden niet kunnen achterhalen om welk gezin het hier gaat.

- Mondelinge toelichting van collega's

Mia werd opgenomen in het woonzorgcentrum tijdens de tweede COVID-19 periode.

Ze is vaak alleen op haar kamer en zegt levensmoe te zijn.

### Informatie uit het sociaal verslag, samenvatting interview met Mia en Lucia

#### Situatieschets

- Samenvatting sociaal verslag

Mia is een 86 jarige vrouw. Haar enige dochter, Lucia, en schoonzoon zijn haar contactpersonen. Ze heeft twee kleinkinderen en drie achterkleinkinderen. Na een kortverblijf in 2018 werd ze definitief opgenomen in een woonzorgcentrum van een landelijke gemeente. Ze woonde daar niet graag en bleef haar dochter vragen om te mogen verhuizen naar een ander woonzorgcentrum. Op het moment dat er een plaats vrijkwam, grepen ze die kans.

COVID-19: Een week voor de opname is er mailverkeer met de huisarts. De familie is op de hoogte gebracht wat betreft de quarantainemaatregelen en her- test op dag 5 door CRA. De familie zal twee dagen voor de opname de kamer zelf inrichten. Zij zijn op de hoogte dat er tijdens de quarantaine maar één persoon op bezoek mag komen na raadpleging met de dienst.

#### Medische anamnese

- Samenvatting sociaal verslag

Als veertienjarige kreeg Mia TBC, om hiervan te genezen moest ze verhuizen naar een arbeidersgezin in Zwitserland. Ze verloor haar zus die ook TBC had. Het overlijden van haar zus en de gedwongen verhuis naar Zwitserland hebben vandaag de dag nog een grote invloed op haar

leven. Mia heeft last van hypochondrie en signaleert regelmatig medische problemen. Haar medicatie wordt door de verpleging klaargezet.

Verslag interview met Mia\* en Lucia\*\*

\*Toen Mia naar Zwitserland moest sprak ze geen woord Frans. Op achttien maanden tijd kreeg ze dagelijks lessen Frans. Later kon ze haar Frans onderhouden door met haar man Frans te spreken.

\*\*Lucia vertelt dat haar vader een 'goed mens' was en kansarme kinderen op kuur stuurde naar Zwitserland. Haar ouders hebben elkaar via deze weg leren kennen. Lucia vertelt dat het overlijden van haar zus aan TBC een enorme impact heeft gehad op haar moeder.

### Familiale anamnese

#### ➤ Samenvatting sociaal verslag

Mia is opgegroeid in een stedelijke gemeente. Ze heeft een moeilijk leven gekend en om die reden is ze geen gemakkelijke vrouw. Na Zwitserland deed Mia het huishouden en deed ze zo nu en dan de schoonmaak bij familieleden. Ook ging ze vaak een handje helpen bij haar zus die een café had.

Verslag interview met Mia\* en Lucia\*\*

\*Mia heeft één dochter en schoonzoon. Ze vertelt over het overlijden van haar echtgenoot. Hij stierf in bed toen Rosa 60 jaar was, zij was reeds vroeg opgestaan... ("...iets in zijn buik, er loopt daar een slagader en het heeft een medische benaming"). Haar man was 14 jaar ouder dan Mia. Zijn overlijden is nu zeker 24 jaar geleden, maar vergeten doe je niet zegt ze. Mia hield veel van haar man, hij was braaf en zelfs té braaf voor haar zegt ze. Ze heeft geen behoefte gehad naar iemand anders, uit respect naar haar man toe. Had ze ervoor open gestaan, kon dat wel want ze vindt dat zij er best wel mocht zijn! Ze kreeg veel aandacht van andere mannen. Voor de geboorte van haar dochter is Mia bevallen van hun eerste levenloos kindje. Dit neem je ook je hele leven mee zegt ze. Maar Mia vindt het goed dat er toen in haar tijd enkel het geslacht van haar kindje werd meegedeeld en ze verder niet 'geconfronteerd' werd met het levenloze lichaam van een baby'tje. Ze kreeg een zoon. Als troost zei de arts toen: 'O, mevrouw u bent nog zo jong. Je kan vast nog kinderen krijgen.' Wat ze moeilijk vond aan dit verlies is de confrontatie bij thuiskomst, ze was tenslotte in een ver stadia van haar zwangerschap, had een naam en het wiegje stond klaar. Ook werden er reeds andere voorbereidingen gedaan. Later werd ze zwanger en kreeg haar dochter.

Mia vergelijkt haar gezinssituatie van de vorige generatie met haar gezinssituatie nu. Mia vindt het nu spijtig voor haar dochter dat ze enig kind is, want ze beseft hoe zwaar alles is als je zaken niet kan delen of samen beslissen met broers of zussen. Samen met haar echtgenoot gingen ze voor 1 kind, omdat ze niet groot woonden en anders moesten verhuizen indien ze meerdere kinderen wilden. Mia heeft een neef mee groot gebracht en deze beschouwt ze als een broer voor

Lucia. Zijzelf komt uit een arm gezin met zeven kinderen, enkele weken geleden is haar zus overleden en nu blijft ze als laatste van haar generatie over. Ze huilt, want door de coronacrisis kon ze geen afscheid nemen en ze had haar zus al een poosje niet meer gezien. Haar moeder werd 92 jaar, zo oud wil ze zelf niet worden! Maar doordat ze met veel kinderen waren konden ze hun moeder met een beurtrol gaan verzorgen en zo was er steeds iemand tot moeder in bed lag. Haar moeder zorgde goed voor de kinderen en deed dit alleen vindt Mia, haar vader dronk eens een glaasje en hield van andere vrouwen. Zo had hij een zoon in Frankrijk en kwam haar moeder dit te weten via papieren per post die in orde moesten gebracht worden. Mia had contact met haar 'halfbroer'. Ze herinnert zich ook nog hoe moeder in haar vruchtbare periode bij de kinderen kwam slapen, met een stoel voor de deur. In die tijd was er nog geen pil zegt Mia. Als kind begreep ze hier niets van.

Mia beschrijft zichzelf als geen gemakkelijke persoon. Ze zegt dat haar dochter dit wel zou bevestigen.'

\*\*Lucia beschrijft haar band met haar moeder als complex en zegt dat Mia geen gemakkelijke is. Lucia beschrijft haar vader als een rustige, zorgzame en goed mens. Ze beseft dat ze haar vader eigenlijk nooit goed heeft gekend, haar grootouders heeft ze niet gekend en vader sprak er ook nooit over. Hij was een stille mens. Lucia verklaart haar ietwat afstandelijke band met haar vader door het feit dat hun interesses ver uit elkaar lagen. Vader was erg sportief en Lucia hield veel van kunst. Toen Lucia 16 jaar was ging ze naar de kunstacademie en ze kreeg de indruk er alleen voor te staan (niet financieel). Lucia raadt het niemand aan om enig kind te zijn, hoewel ze bij haar echtgenoot terecht kan mist ze het kunnen overleggen met een broer of zus over moeilijk bespreekbare onderwerpen zoals wilsbeschikking. Lucia wil haar echtgenoot en kinderen hiermee zo weinig mogelijk belasten zegt ze. Ze merkt op dat haar echtgenoot die meerdere broers en zussen heeft kan rekenen op andere personen uit het gezin, hoewel ze beseft dat een gezin met meerdere kinderen niet persé hecht is, voegt ze hieraan toe. Lucia heeft wel een neef die ze als broer beschouwt, na het overlijden van vader heeft ze hier veel steun bij ervaren. Ze staat ook even stil bij hun recent verlies van Mia's zus die een café had. De tante van Lucia, hiermee had Lucia een betere band dan met haar moeder zegt ze. Ze was begripvol en attent, een beetje mijn tweede moeder zegt Lucia. Ook voegt ze hieraan toe dat ze het zich niet kan inbeelden omdat ze enig kind is, maar ze denkt dat het verschrikkelijk moet zijn voor haar moeder om als enige over te blijven van haar generatie en van de zovele broers en zussen.

## Psychosociaal welzijn, ethiek en levensbeschouwing

### ➤ Samenvatting sociaal verslag

Mia is af en toe vergeetachtig. Ze herhaalt hetzelfde (dit ligt volgens haar dochter aan haar kleine wereld). Mia is Katholiek.

Vroegtijdige zorgplanning: Mia heeft een negatieve wilsbeschikking: deze wordt meegebracht bij de opname.

Verslag interview met Mia\* en Lucia\*\*

\*Mia heeft twee kleinkinderen en drie achterkleinkinderen waar ze heel fier op is, zegt ze. Mia wijst naar de foto's. In normale omstandigheden krijgt ze graag bezoek van haar achterkleinkinderen, maar dat mag nu niet door de quarantainemaatregelen. Dit vindt ze wel spijtig, ze vertelt een korte anekdote over haar kleindochter die met haar hoofdje geklemd raakte tussen het ziekenhuisbed en glimlacht. Dat is een deugniet hoor.... Dan wordt ze verdrietig. Ze huilt want ze zit hier hele dagen alleen op haar kamer door de lockdown. Ze vindt het spijtig dat het bezoek alleen in de cafetaria toegelaten is omwille van Covid. Ze kijkt uit naar de mensen die komen, maar wil hen liever op haar kamer ontmoeten. Dat kan nu niet. Wat ze zo fijn vond in het vorige wzc is dat ze daar via de laptop kon communiceren met haar achterkleinkinderen, maar hier kan dat niet zegt ze.

Mia is niet praktiserend Katholiek, ze zijn haar al komen halen voor een misviering (de periode voor de lockdown). Daar doet ze niet aan mee zegt ze. En toch vindt ze het spijtig dat haar achterkleinkinderen niet gedoopt zijn, ze vindt dat ze later de keuze moeten kunnen maken om al dan niet te trouwen. Wel voegt ze hieraan toe dat ze vindt dat ze zich absoluut niet mag moeien met de opvoeding van de achterkleinkinderen. Zij doen dit goed en op hun eigen manier. Hierna vertelt Mia dat ze bij moeilijke momenten wel bidt. Ze leest vaak het 'Weesgegroot' in het Frans (zo kan ze de taal onderhouden zegt ze). Mia houdt van Onze-Lieve-Vrouw. Ze bidt en vraagt aan Maria om haar alstublieft te komen halen, liever vandaag dan morgen. Ze hoopt dan stilletjes om niet meer wakker te worden. Maar ons Maria luistert niet zegt Mia. Ze zegt dat ze de hemel verdient. Ze heeft niemand kwaad gedaan. Mia is van mening dat als je je leven hebt gehad en het moment dat je wil sterven, dat je recht hebt om euthanasie aan te vragen. Ze heeft een mooi leven gehad en wil nu sterven. Ze zegt dat ze dit ook direct zouden moeten toelaten, maar haar huisarts zei dat hij niet in de gevangenis wou belanden door hieraan mee te werken. Hierdoor heeft ze al een lange procedure doorlopen vindt ze, ze is hier al zeker twee jaar mee bezig. Recent heeft ze laten weten dat ze niet meer wil worden opgenomen in het ziekenhuis en geen behandeling meer wil indien ze ernstig ziek wordt. Haar dochter heeft de documenten mee ondertekenend, want hiervoor had ze een vertrouwenspersoon nodig. Ze werd ook al onderzocht en verhoord door verschillende artsen. Tot hiertoe huilt Mia nog.

\*\*Lucia zegt dat ze het huilen en verdrietig zijn van Mia haar hele leven heeft geweten, de ene periode al wat minder dan de andere periode. Psychologische hulpverlening heeft Mia nooit gekregen. Dat was vroeger niet bespreekbaar zegt ze. Ze vindt dat ze de verzorgende rol overnam van haar vader na zijn overlijden naar haar moeder toe. Lucia vindt dat het haar plicht is om te



zorgen dat haar moeder in een goed wzc zit. Voor de stervenswens en wilsbeschikking van haar moeder heeft Lucia veel respect.

\*Mia heeft een goede vriendin die even oud is als zij, die kan nog goed uit de voeten en heeft haar man nog zegt ze. Toch durft ze soms nogal eens te klagen... Nadat haar man stierf zegt Mia heel veel steun van dit koppel gekregen te hebben. Ze gingen samen iets drinken, kwamen bij elkaar.'

\*\*Lucia vertelt dat haar moeder een heel sociaal persoon is. Zo had ze veel contacten als ze vroeger op vakantie gingen. De sociale contacten die mijn moeder had, kenden haar meestal niet zoals ik haar ken. Ze kregen alleen te zien wat mijn moeder wou dat ze zagen. Ze gaf zichzelf niet gauw bloot. Lucia is ervan op de hoogte dat ze haar moeder in dit wzc kan laten communiceren via een laptop, dit dient ze aan te vragen.

### **Fysiek welbevinden en Ontspanning**

#### ➤ Samenvatting sociaal verslag

Mia is een moeilijke eter, lust weinig. Doordat ze weinig eet is ze recent veel afgevallen. Mia snoept met perioden veel. Haar familie brengt soms eten mee waar ze zin in heeft. Ze ontbijt op haar kamer, de andere maaltijden wil ze ook in de kamer nuttigen. Ze vindt het nutteloos om in het dagverblijf te gaan zitten omdat ze niet goed hoort. We willen geleidelijk aan proberen om haar het middagmaal in het dagverblijf te laten eten. Bij het wassen is ze volledig afhankelijk van onze hulp. Om zich aan te kleden heeft ze gedeeltelijk hulp nodig. Ze verplaatst zich binnen haar kamer met een rollator, buiten de kamer met een rolstoel (kan dit zelf niet). Voor het toiletbezoek heeft ze geen hulp nodig om zich te verplaatsen, reinigen en aankleden. Doordat ze zich vaak ophoudt omdat het toilet te ver is, is ze accidenteel incontinent.

We willen haar deelname aan activiteiten stimuleren, Mia vindt het nutteloos om deel te nemen omdat ze de mensen niet meer hoort. We proberen sociaal isolement te doorbreken indien ze hiermee instemt.

#### Verslag interview met Mia\* en Lucia\*\*

\*In het wzc eet Mia niet veel, ze is de laatste jaren veel gewicht verloren en hierdoor is ze vermagerd. Dit komt doordat ze geen eetlust heeft op de momenten dat het eten haar wordt geserveerd, ze wil eten wanneer ze dit zelf wil. Ook lust ze niet alles wat ze brengen, ze wil een keuze kunnen maken. Mia zegt niet goed te kunnen stappen. In de periode van haar kortverblijf en het begin van haar verhuis kon ze zichzelf nog gedeeltelijk behelpen bij het ochtendtoilet (bijvoorbeeld intiem toilet en haar zelf aan/uitkleden). Na verloop van tijd stond ze niet stabiel meer en moest ze zich volledig laten verzorgen. Mia zegt dat ze dit wel moeilijk vond, ze probeert zich aan te passen aan de zorgen die ze krijgt (van het personeel is ze erg tevreden) en nam zich voor om hier niet over te klagen. Ze stelt zich open voor deze onbekende zorgverleners. Maar vandaag had Mia zorg gekregen van een stagiaire, ze zegt dat niet iedereen hetzelfde verzorgt hoor. Ze begrijpt wel dat iedereen moet leren, maar verzorgen met een lach en vriendelijk zijn doet al veel zegt Mia. Ze vindt het fijn dat sommige zorgverleners eens een 'klapke' doen met

haar. Maar dit kan niet altijd, ze komen ze haar eten brengen en zijn direct weg. Ze hebben dan geen tijd en hebben het erg druk.

Wat Mia moeilijk vindt is geconfronteerd worden met haar eigen 'aftakelen', dit kan ze moeilijk aanvaarden. Het niet meer kunnen gaan en gehoorproblemen krijgen. Ze hoort nog met haar gehoorapparaat, maar kan in een menigte het gepiep van het apparaat niet verdragen. Daarom is ze liever op haarzelf. 's Avonds wil ze haar bovenkleding zelf uitdoen, zo zegt ze: wat ik zelf nog kan, wil ik blijven doen.

Vroeger kon ze genieten van breien, maar nu kan ze dit niet meer. Haar handen willen niet meer meewerken. Ze laat me enkele werkjes zien die ze vroeger maakte (kussens) en ook de werkjes van haar dochter laat ze met glinsterende ogen zien. Ze had vroeger een tuintje waar ze graag in werkte, alles moest proper liggen, vindt ze. Gewoon wat in de tuin zitten en genieten van de rust, daar kon ze ook van genieten.

Op haar kamer luistert ze vaak naar muziek. Ze somt op welke muziek haar dochter moet laten spelen op haar begrafenis. Mia heeft haar begrafenis al gepland, zodat haar dochter niet alles moet beslissen in de toekomst zegt ze. Ze houdt van poëzie /gedichten van Toon Hermans. Ze leest de krant en volgt het nieuws op televisie. Mia heeft een kalender en daarop worden alle afspraken genoteerd (zoals bezoek kapper, afspraak met dochter, schoondochter...), dit om te voorkomen dat ze iets zou vergeten.

\*\*Lucia vertelt wat voorafging aan de verhuis van Mia. Het begon met het moeilijker stappen bij Mia. Ze was verward, kon niet stappen en was slaperig. Deze eerste confrontatie met de fysieke aftakeling van Mia ervoer Lucia als shockerend. Mia werd op een bepaald moment via de spoeddienst binnengebracht in het ziekenhuis. Volgens de artsen kreeg Mia een beroerte. Om hiervan te herstellen moest ze onder meer met een rollator leren stappen. Ze werd een eerste maal opgenomen in kortverblijf. Hierna ging ze naar huis, het huis werd aangepast, ze kreeg de nodige thuishulp, er werd een alarm geïnstalleerd. Lucia ging 2 à 3 keer in de week langs bij haar moeder, afgewisseld door haar man hun twee kinderen. Dit was een intensieve periode voor Lucia en haar gezin. Er volgde een tweede opname in kortverblijf. Mia's huis werd aangepast. Ze woonde op de eerste verdieping. Beneden had Lucia voor zichzelf een werkatelier ingericht. Samen met haar man verbouwde Lucia de benedenverdieping tot woonruimte voor haar moeder. Er werd een ziekenhuisbed aangekocht, een rolstoel op maat gemaakt, ook haar gehoor ging achteruit waarvoor een gehoorapparaat werd aangekocht en Mia had ook een klikgebit nodig. Na 9 maanden leek deze manier van leven niet te lukken, de situatie was niet meer leefbaar voor Lucia en haar gezin. Ze zochten naar een mogelijkheid voor een verhuis naar een wzc. Het was een hele zoektocht, maar uiteindelijk was er plaats in de eerste landelijke gemeente. Daar heeft ze twee jaar gewoond en nu kreeg ze de mogelijkheid om te veranderen, dichterbij Lucia en haar gezin. Eenmaal Mia definitief verhuisde was ze helemaal in de war geraakt van alles wat voorafging aan de verhuis. Ze zit vaak te huilen om wat ze achterliet.

## Besluit

- Samenvatting sociaal verslag

Mia werd uitgebreid geïnformeerd door de sociale dienst aangaande alle bestaande hulpverlening aan huis, opdat een opname niet noodzakelijk hoeft te zijn. Ze werd ook uitgebreid geïnformeerd over andere instellingen waarin ze zou kunnen opgenomen worden. Tot slot besloot de sociale dienst dat Mia zich, ondanks de aangeboden hulpverlening aan huis, niet langer zelfstandig kan behelpen. Ze werd opgenomen volgens de wachtlijst en evaluatieschaal.

Verslag interview met Mia\* en Lucia\*\*

\*Mia vertelt dat ze alle zorgen aan huis kreeg in de periode die voorafging aan het kortverblijf (thuiszorg, poetshulp...). Ze is ook een keer gevallen. Ze gaf haar toestemming om op kortverblijf te gaan, maar had nooit gedacht dat ze haar huis niet meer ging zien. Na haar kortverblijf werd ze definitief opgenomen. Ze zegt te beseffen dat het niet meer mogelijk was om zelfstandig te leven thuis, maar eigenlijk heeft ze het voor haarzelf niet gemakkelijk gemaakt door haar keuze om in kortverblijf te gaan. Later werd haar huis verkocht, omdat een woonzorgcentrum veel geld kost. Ze werd later door haar dochter opgepikt met de auto om er eens te passeren, de voordeur was nu anders. Maar het huis ziet er nog hetzelfde uit. Ze zegt dat ze het heeft losgelaten.

\*\*Lucia vertelt dat Mia een lang proces meemaakte voor de verhuis naar een woonzorgcentrum. Ze vindt dat ze alles heeft geprobeerd om haar moeder zo lang mogelijk thuis te laten. Sinds de laatste verhuis ervaart Lucia rust, een last die van haar schouders valt. Haar moeder woont nu goed, ze heeft veel vertrouwen in het personeel en kan er terecht met vragen of bemerkingen vindt ze. Lucia's moeder woont nu op wandelafstand van haar. Ze kijkt uit naar het vrij binnenwandelen in het wzc na de coronacrisis. Dan kan ze meer binnenspringen en haar moeder mee op wandel nemen zonder afspraak (covidmaatregelen).

### 1.3 Veranderingsdoelen

Hoe kan ik als gezinswetenschapper ouderen en hun familie ondersteunen bij een verhuis naar een woonzorgcentrum? Hoe kunnen we de negatieve impact verlagen en de draagkracht verhogen van de oudere en zijn familie? Hoe helpen we hen om te gaan met het verlies en het rouwproces dat zij beleven doordat ze heel veel verliezen en moeten achterlaten? Hoe kunnen we het psychosociaal welzijn verhogen van zowel de nieuwe wzc bewoners als van zijn familie?

De focus wordt verder gelegd op een veranderingsdoel op microniveau die luidt als volgt: Mia wordt in het nieuwe wzc opgevangen en geïnformeerd. Mia kan bij de zorgverleners terecht met haar eigen specifieke gevoelens en behoefte (wil dood, vraag naar euthanasie, behoefte aan afzondering, vraag om 'gehoord' te worden/behoefte aan een gesprek). Mia heeft een vertrouwenspersoon in het wzc.

Een mogelijke formulering van veranderingsdoel op mesoniveau: Het woon en zorgcentrum neemt een gepaste houding aan t.o.v. Mia en kan gepast reageren op de specifieke behoeften en belevingen van Mia (wil dood, vraag naar euthanasie, behoefte aan afzondering,...).

## Fase 2. THEORETISCHE ANALYSE VANUIT DRIE INVALSHOEKEN

### 2.1 Zorgethische, psychologische en sociologische invalshoek

#### 2.1.1 *Algemene inleiding invalshoeken*

In fase 2 van deze bachelorproef focus ik op het veranderingsdoel 'Mia wordt in het nieuwe wzc opgevangen en geïnformeerd. Mia kan bij de zorgverleners terecht met haar eigen specifieke gevoelens en behoefte (wil dood, vraag naar euthanasie, behoefte aan afzondering, vraag om 'gehoord' te worden/behoefte aan een gesprek). Mia heeft een vertrouwenspersoon in het wzc.'

De casus over Mia en haar gezin wordt benaderd vanuit drie invalshoeken. Deze drie invalshoeken werden gekozen vanuit een gezinswetenschappelijke kritische blik op de casus. Deze kritische blik kon ik vormen dankzij de reflectie die me mogelijk werd gemaakt in de opleiding gezinswetenschappen waar ik veel kennis opdeed en inzichten kreeg. Deze kennis is wetenschappelijk onderbouwd maar is nog niet voldoende om Mia en haar gezin te kunnen helpen. Om aan goede hulpverlening te doen heeft men dus nood aan relevante, wetenschappelijke, gefundeerde en recente literatuur. De casus wordt met andere woorden benaderd aan de hand van een literatuurstudie. Ik toets deze literatuur mensen die in het werkveld staan te bevragen aan de hand van een kwalitatief onderzoek met name een hearing bij professionelen (hoofdverpleegkundige, directie en sociale dienst) die werken in het betrokken wzc waar Mia nu woont.

In een eerste invalshoek wordt het belang van zorgethiek in een woonzorgcentrum en hoekstenen om zorgethisch te handelen besproken.

In een tweede invalshoek wordt de invloed van verlies op gezondheid besproken, alsook psychologische hulpverlening voor ouderen toegelicht. Verder wordt de noodzaak toegelicht op maatschappelijk en federaal niveau die het mentaal en emotioneel welbevinden van ouderen helpt optimaliseren. Termen zoals zorgcoördinator, casemanagement en SOC worden verklaard.

Tot slot, in de derde invalshoek sociologie wordt de casus van Mia belicht vanuit een sociologische-demografische wetenschap. Termen zoals vergrijzing en verzilvering zijn statistische termen die hier verklaard worden. Verder in deze invalshoek wordt gezinsociologie toegelicht in kader van verhuizen, andere opties dan wonen in een woonzorgcentrum worden kort besproken. Deze invalshoek wordt beëindigd met een pedagogisch perspectief over de relatie en loyaliteit van kinderen naar hun ouders.

## 2.2 Relevante, wetenschappelijk, gefundeerde en recente literatuur

### 2.2.1 *Invalshoek 1: zorgethiek in een woonzorgcentrum*

“Vertel me en ik vergeet.

Laat me zien en ik onthoud.

Laat me ervaren en ik begrijp.”

Naar een Chinese wijsheid

#### **Inleiding**

Rekening houdend met het veranderingsdoel, namelijk dat ‘Mia in het nieuwe wzc opgevangen en geïnformeerd wordt. Mia kan bij de zorgverleners terecht met haar eigen specifieke gevoelens en behoefte (wil dood, vraag naar euthanasie, behoefte aan afzondering, vraag om ‘gehoord’ te worden/behoefte aan een gesprek). Mia heeft een vertrouwenspersoon in het wzc’ wordt in het eerste gedeelte van dit werk de morele ontwikkeling en het belang van een zorgethisch werken in een wzc door literatuurstudie aangetoond. Een niet onbelangrijke link met de lessen ‘psychopathologie van volwassenen en ouderen’ sluit hier zeker aan. Docent Baeten spreekt over het belang van de context (gezin, kennissen, familie, verleden) van de persoon. Je kan als hulpverlener geen goede begeleiding (zorg) bekomen door enkel ‘het probleem’ benaderen. Hiervoor verwijst Baeten naar Keirse die het mooi verwoordt in zijn boek ‘Zie de mens’. Een multidisciplinaire samenwerking is dan ook cruciaal zegt Baeten. Deze invalshoek belicht eerst het verschil tussen ethiek en moraal.

De les ethiek in de tweede opleidingsfase van gezinswetenschappen geeft weer dat het nemen van goede medische beslissingen vertrekt vanuit vier basisprincipes (Beauchamps en Childress). Deze zijn de vier hoekstenen die in het tweede gedeelte van dit werk volgens Grypdonck onder ‘ethisch gerechtvaardigd handelen’ vallen.

Een link naar de lessen over maatschappelijke dienstverlening van de opleiding gezinswetenschappen: Eén van de taken van een maatschappelijk werker is de cliënt tot zijn recht laten komen. In deze zorgethische invalshoek kan men stellen dat dit ook het doel van de zorgethiek is. In de lessen ethiek en deontologische vraagstukken leren toekomstige gezinswetenschappers ethische knopen (belangenvermenging) te ontwarren door eerst casussen te ontleden. Vervolgens wordt geprobeerd om ethische knopen te formuleren in een vraag. Dit gebeurt door na te denken in de breedte (positioneren), de hoogte (overwegen) en de diepte. Volgens docent Claes ligt de focus voor deze opleiding op het nadenken in de diepte, de waarde-afweging met het werk van een sociaal werker. Een rationele beroepsethische benadering door een hulpverlener, zorgt ervoor dat deze een goede hulpverlening kan geven die de hulpvrager tot zijn recht laat komen (Stas, Verbruggen, & Vlaeminck, 2019).

## Het verschil tussen ethiek en moraal

Onze morele ontwikkeling, ook gewetensontwikkeling genoemd, gebeurt in drie fasen. De eerste fase begint van zodra we ter wereld komen tot ongeveer de leeftijd van twaalf jaar, in deze fase gaat het hoofdzakelijk om het onderscheid te kennen tussen wat goed en wat kwaad is. Kinderen leren dat van hun ouders, het gezin en de omgeving waarin ze opgroeien. Niet iedereen ziet hetzelfde als 'goed' of 'kwaad'. Daar waar bepaalde godsdiensten het eten van varkensvlees als 'kwaad' aanzien, zullen andere mensen daar absoluut niets slechts in zien. Daar waar het ene kind thuis leert om empathisch te zijn, leert het andere kind te overleven door zich bikkenhard op te stellen naar anderen toe. Het ene kind leert om te gaan met verlies en verdriet van de mensen rondom zich, het andere kind leert dat verdriet moet verstoppt worden en dat het 'flink' moet zijn.

De tweede fase verloopt verder tot ongeveer de achttienjarige leeftijd. In deze fase hebben we voor onszelf een idee gevormd van wat goed en wat kwaad is en reageren we van daaruit al dan niet emotioneel gepast op een gebeurtenis. De derde fase loopt verder vanaf achttien jaar en duurt ons hele leven lang. De morele ontwikkeling van een volwassene houdt waarden in en ook normen, deze gaan gepaard met bedenkingen en emoties. Bovendien is, als de morele ontwikkeling goed is verlopen, de volwassene in staat om bedenkingen en emoties te respecteren. Mensen die een goede morele ontwikkeling hebben doorstaan, kunnen een goede beoordeling maken tussen wat goed of kwaad is. Bijkomend kunnen zij gepast emotioneel reageren op gebeurtenissen, ze kunnen bijvoorbeeld hun spijt betuigen of zich schuldig voelen. Dit wil zeggen dat mensen die geen goede morele ontwikkeling hebben doorstaan, niet gepast kunnen reageren in overeenstemming met wat de rest van onze maatschappij aanziet als goede waarden en normen. Mensen kunnen een tekort aan morele ontwikkeling hebben door een traumatische ervaring, hersenschade, mentale handicap of indien er zich problemen voordeden in hun opvoeding (Walraven, 2021).

Iemand kan moreel gepast handelen als die handelt volgens zijn morele waarden en normen.

De kern van zorgethisch handelen is de bereidheid om je eigen moraal, je eigen waarden en normen, te blijven ontwikkelen en in vraag te stellen.

Een hulpverlener die ethisch handelt zal zijn handelen op een systematische en kritische manier bevragen en bestuderen. Een zorgverlener die is opgegroeid in een omgeving die hem leerde dat verdriet tonen een teken van zwakheid is, zal in eerste instantie niet gepast reageren als een nieuwe bewoner zijn pijn en verdriet toont als gevolg van de verhuis naar het woonzorgcentrum. Als hij handelt volgens zijn morele waarden zal hij de bewoner aansporen flink te zijn. Zorgethisch goed handelen betekent dat die zorgverlener bereid moet zijn om over die reactie te reflecteren en zijn waarden en normen in vraag te stellen. Is die bewoner echt geholpen als ik hem aanspoor flink te zien? Hoe doen andere collega's dat? Heeft hun aanpak een ander effect?

Zorgverleners die niet bekwaam of bereid zijn om dat proces te doorlopen, zullen niet komen tot zorgethisch handelen. Nochtans is dat heel belangrijk binnen een woonzorgcentrum.

## Het belang van zorgethisch werken in een woonzorgcentrum

De manier waarop hulpverleners hulp bieden aan zorgvragers zal determinerend zijn aan hoe de zorgvrager zijn 'ziek zijn' of afhankelijkheid beleeft. Een verhuis naar een woonzorgcentrum verandert de woonomgeving van de zorgvrager. Deze nieuwe woonomgeving is vooral een omgeving waar de inzet op verzorging centraal staat. Dit beïnvloedt zeer erg de existentie van de bewoner én van zijn naasten. De bewoner wordt hulpbehoevend en kan zich weerloos voelen doordat hij dagelijks afhankelijk is van zijn zorgverleners. Daarom is het belangrijk dat zorgverleners ethisch onderricht zijn (Grypdonck, et al., 2018).

Als het over zorgethisch werken gaat wordt Grypdonck vaak geciteerd. Deze Vlaamse hoogleraar en grondlegster van integrerende verpleegkunde komt in heel wat handboeken aan bod in de opleiding voor verpleegkundigen. Toch kan deze visie volgens Grypdonck doorgetrokken worden naar alle hulpverleners, alsook mantelzorgers/naasten en mensen die uit vrije wil hun hulp aanbieden (Grypdonck, et al., 2018).

De zorgethische benadering is een denkrichting van de zorgethiek. Essentieel in de zorgethiek is de vraag wat noodzakelijk is om de bewoner de hem toegediende zorg te laten ervaren als een meerwaarde om zijn kwaliteit van leven zo hoog mogelijk te houden.

Hiervoor is de verbinding tussen hulpverlener en bewoner heel belangrijk. Ook de verbinding met de context van de bewoner is heel belangrijk voor de hulpverlener (zoals familie van de bewoner of belangrijke vrienden en kennissen van de bewoner) (Grypdonck, et al., 2018).

### Is er een interdisciplinaire samenwerking binnen dit wzc?

"Sinds een jaar hebben we een MDO (Multidisciplinair overleg, interdisciplinair). Vroeger was dit op team met enkel zorgverleners. We vroegen dan een ergotherapeute, iemand van wonen en leven, de CRA (coördinerend arts) en de kinesist erbij. Nu vragen we iedereen met functie. De psychologe, maatschappelijk werker, keukenmanager, kinesisten, ergotherapeut, hoofdverpleegkundigen, iemand van de dienst zelf (zorgkundige, verpleegkundige) en kwaliteitscoördinator. Er wordt dan samen overlegd over hoe die bewoner zich hier voelt en leeft, en hoe de familie hiermee omgaat. De bewoner zelf is hier niet bij. Daarnaast komen de hoofdverpleegkundigen ook samen om elkaar suggesties te geven of van elkaar te leren." (A., hoofdverpleegkundige wzc, persoonlijke communicatie, 24 maart 2021).

Het zorgethisch antwoord op de essentiële vraag is dus een toegewijde verbinding tussen de hulpverlener en de bewoner, zodat de bewoner de zorg ervaart als een deugdelijke zorgverlening. Deugdelijke zorg door zorgverleners dat ze kunnen reflecteren en beoordelen over wat goed is en wat nog beter kan. Hierbij moet de hulpverlener zich kunnen verplaatsen in de situatie van de bewoner. Er wordt rekening gehouden met de complexiteit van de situatie en er is besef dat dit niet als vanzelfsprekend zal verlopen (Grypdonck, et al., 2018).

Een empirisch onderzoek in zes Europese landen wijst uit dat oudere mensen de zorg als deugdelijk ervaren indien die zorg aan een aantal voorwaarden voldoet. De ouderen moeten niet

alleen respectvol benaderd worden, ze moeten ook respect krijgen voor hun autonomie en persoonlijke levenssfeer. Bovendien moet vermeden worden hen te herleiden tot een 'aandoening'. Iemand 'is' niet dement, iemand heeft - of lijdt aan - dementie. Zorgverleners moeten erover waken om de ouderen niet te betuttelen en hen laten ervaren dat er écht naar hun verhaal geluisterd wordt. De ouderen aankijken als ze worden aangesproken lijkt een detail, maar dat is het niet. Ook empowerment is een voorwaarde om van deugddoende zorg te kunnen spreken. Ouderen moeten inspraak hebben en aangemoedigd worden om zelf te beslissen. Deugdelijke zorg houdt in dat de hulpverlener alles onderneemt om de behoeften van de kwetsbare persoon te beantwoorden (Vanlaere, et al., 2010, Gastmans, 2010).

sTimul ([www.stimul.be](http://www.stimul.be)) is een voorbeeld van hoe leren door ervaring een belangrijke rol kan zijn voor hulpverleners. In dit zorgethisch lab leren ervaren hulpverleners (verschillende zorgprofielen zoals zorgkundigen, verpleegkundigen, ergotherapeut, maatschappelijk assistenten, kaderleden en studenten in een zorgrichting) van elkaar om deugdelijke zorgverlening te bieden, door letterlijk zelf in de huid van de bewoner te kruipen. Via een rollenspel krijgen de hulpverleners met ervaring en de studenten de mogelijkheid om persoonlijk te ervaren wat die kwetsbaarheid en zorgafhankelijkheid met de bewoner doet door zelf in die situatie gezet te worden (Grypdonck, 2016, Lammens & De schepper, 2012, Vanlaere, et al., 2010). Een eigenschap die het zorgethisch lab naar voren schuift in zo'n bijeenkomst is dus het inlevingsvermogen. Een onderzoek naar inlevingsvermogen is fundamenteel om ethisch te kunnen overwegen (Vanlaere et al., 2010, Lammens & De schepper, 2012).

Na afloop van zo'n bijeenkomst die een halve dag duurt, is er voldoende ruimte om de andere helft van de dag na te denken via intervisie. Het achterliggende plan is dat de hulpverlener tot nieuwe inzichten komt. De hulpverlener heeft even kunnen ervaren dat het niet gemakkelijk is om plots zelf niet(s) meer te kunnen of mogen beslissen. Een andere opdracht die de hulpverleners krijgen is om langs te gaan bij een bewoner voor een gesprek. De vraag die de hulpverlener dan moet stellen is: 'Hoe is het voor jou om hier in het wzc te zijn?' Het doel van deze opdracht is om de hulpverlener zich te laten onderwerpen (exposure) aan het milieu van de bewoner, waar de hulpverlener iedere dag langskomt om zorgen toe te dienen. De inzichten die hulpverleners hierdoor krijgen is dat ze een meer oprechte aanpak van 'zorg toedienen' zullen hanteren, aangepast aan de bewoner als individu. Zij maken dat de bewoner zich een persoon voelt die erbij hoort. Zij maken die menswaardigheid waar. Het doel van sTimul is dus dat de hulpverleners over hun ethisch zien, ethisch doen en ethisch handelen gaan reflecteren én het gaan implementeren in eigen praktijk. België heeft twee sTimulhuizen (Grypdonck, 2016, p. 1-5).

Dokters en andere hulpverleners komen vaak met belangrijke ethische vragen in aanraking. Deze ethische vragen vanuit de zorgvrager kunnen weer andere ethische vragen oproepen bij de zorgverleners. Volgens Grypdonck is het cruciaal om deze vragen op te merken. Een repliek op deze vragen kan men bekomen door erover na te denken en grondig te beoordelen met enige nuance. Een belangrijke ethische vraag kan bijvoorbeeld zijn dat een hulpverlener zich afvraagt of en hoe hij kan of moet tegemoetkomen aan de doodswens van een bewoner (Grypdonck, et al., 2018).



De zorg naar bewoners toe is in een wzc in wezen moreel gekleurd. De verzorging van personen op hoge leeftijd streeft naar menselijkheid. Deze menselijkheid spitst zich erop toe dat de bewoner zich fysiek, zedelijk, in verbinding, maatschappelijk en godsdienstig erkend voelt tot het levenseinde toe. Zich erkend voelen geeft kracht en dit kan mensen aanmoedigen op gebied van welvaren, verstandhouding, persoonlijke groei, saamhorigheid, bestaansreden en zelfbeschikkingsrecht (Gastmans, 2010).

In het volgend voorbeeld van Mia wordt duidelijk dat Mia nabijheid en verbinding met anderen mist. Ze voelt zich niet erkend en ze zondert zich af (mede door haar gehoorprobleem en de quarantaine). Ze verliest daardoor nog meer de verbinding, er is een snelle fysieke achteruitgang en ook maatschappelijk en godsdienstig voelt ze zich in de steek gelaten.

**Voorbeeld verlies verbinding en zich maatschappelijk in de steek gelaten voelen:**

Mia is vaak alleen op haar kamer en zegt levensmoe te zijn.

**Voorbeeld confrontatie met de fysieke achteruitgang:**

Wat Mia moeilijk vindt is geconfronteerd worden met haar eigen 'aftakelen', dit kan ze moeilijk aanvaarden. Het niet meer kunnen gaan en gehoorproblemen krijgen. Ze hoort nog met haar gehoorapparaat, maar kan in een menigte het gepiep van het apparaat niet verdragen. Daarom is ze liever op haarzelf. 's Avonds wil ze haar bovenkleding zelf uitdoen, zo zegt ze: wat ik zelf nog kan, wil ik blijven doen.

**Voorbeeld doodswens Mia:**

Mia vertelt dat ze bij moeilijke momenten wel bidt. Ze leest vaak het 'Weesgegroet' in het Frans (zo kan ze de taal onderhouden zegt ze). Mia houdt van Onze-Lieve-Vrouw. Ze bidt en vraagt aan Maria om haar alstublieft te komen halen, liever vandaag dan morgen. 'Maar ons Maria luistert niet zegt Mia'. Ze zegt dat ze de hemel verdient. Ze heeft niemand kwaad gedaan.

Er hoeven niet steeds grote ethische vragen te zijn om te kunnen spreken van ethiek. Ethiek zit in iedere wisselwerking tussen de hulpverleners en de bewoners. De hulpverlener die ethisch handelt weet dat deze wisselwerking cruciaal is naar beleving van de bewoner. De manier waarop de hulpverlener actie onderneemt kan door de bewoner ervaren worden als erkenning of net niet. Dit heeft een invloed op het mentale welzijn van de bewoner. Komt deze hulpverlener bij wijze van spreken enkel zijn taken verrichten? Doet het ertoe hoe de bewoner zich voelt? Doordat de hulpverlener naast zijn taken rekening houdt met hoe de bewoner zich voelt, kan deze houding een helende kracht zijn voor de bewoner. Wat ook belangrijk is in deze wisselwerking, is dat de hulpverlener zelf het gevoel heeft een correcte verzorging te hebben gegeven (Grypdonck, et al., 2018).

Mia geeft ook aan dat ze méér wil dan enkel verzorgd worden (een lach, een vriendelijk woord, een 'klapke' kunnen doen...). De hulpverlener die Mia primair zet boven het bezorgen van haar

‘maaltijd’ zal in een zorgethisch denkkader gepaste hulpverlening toedienen. Deze volgorde zou er als volgt kunnen uitzien: Primair komt Mia, dan de relatie aangaan, vervolgens de maaltijd en tot slot kan de hulpverlener zich weer tot Mia richten (Grypdonck, et al., 2019).

\*Mia vindt het fijn dat sommige zorgverleners eens een ‘klapke’ doen met haar. Maar dit kan niet altijd, zo komen ze haar eten brengen en zijn direct weg. Ze hebben dan geen tijd en hebben het erg druk.

Om correcte verzorging te kunnen toedienen hebben de hulpverleners niet enkel hun kennis over ethiek nodig, maar ze hebben ook nood aan verantwoordelijken die hen gidsen, steun bieden en aanmoedigen om hen die correcte verzorging te laten uitvoeren. Deze verantwoordelijken zijn te vinden op macroniveau (overheid, middelen en beslissingen zoals quarantainemaatregelen), op mesoniveau (de instelling zelf/wzc, missie en visie), de beleidsmakers en directie, de verantwoordelijken van een afdeling, leerkrachten en stagebegeleiders) en op microniveau (collega’s of leerlingen onderling kunnen via intervisie die verantwoordelijkheid om ethisch te handelen vervullen) (Grypdonck, et al., 2019, p. 10).

“Als we het hebben over zorgethiek zijn wij momenteel bezig met een project. In de volgende teamvergaderingen zal er een film worden opgezet van hoe mensen handelen met zorgvragers. Zo willen wij dat verhaal toch opentrekken van hoe zie jij jouw eigen handelen en hoe kan dat beter? Dit om onze zorgverleners aan zelfreflectie te laten doen. Momenteel zijn er toch wat hiaten in onze instelling en dit zou wel helpen om een betere kwalitatieve zorgverlening te bekomen. Het is cruciaal om hieraan te werken. Het zorgethisch lab vind ik een goed idee, omwille van die zelfervaring. Het confronteert wel, maar hieruit groei je wel. Alle soorten situaties moeten dan aan bod komen, natuurlijk. Een situatie zoals die van Mia, maar ook bijvoorbeeld een situatie van personen met een dementie. De film die we volgende teamvergadering laten zien is maar een begin” (A., hoofdverpleegkundige wzc, persoonlijke communicatie, 24 maart 2021).

Als hulpverlener kan je je via zelfreflectie afvragen of je een gids bent in ethisch correct handelen. Vind jij dat je een gids bent voor anderen door hen steun te bieden of aan te moedigen om ethisch correcte verzorging te geven? Welke betekenis heeft een gids naar ethisch correcte verzorging toedienen voor jou? Ben jij bereid om jezelf te laten gidsen door een ander? (Grypdonck, et al., 2019, p. 11).

Een voorbeeld toont een gevolg aan van beslissingen die werden gemaakt door het beleid en de overheid. De instelling paste de bezoeken aan nadat de overheid een lockdown had aangekondigd ten gevolge van Covid-19. Hierdoor kreeg Mia minder bezoek, de nieuwe bezoekenregeling was ook niet de manier waarop zij bezoek wou ontvangen en dit maakte haar verdrietig. De hulpverlening moest zich naar de pandemie maatregelen schikken. De uitdaging in

dergelijke omstandigheden is om steeds te bezinnen over het ethisch correct (be)handelen . Hoe voelt de bewoner zich? Wat doet de quarantaine met de bewoner?

\*Mia heeft twee kleinkinderen en drie achterkleinkinderen waar ze heel fier op is, zegt ze. Mia wijst naar de foto's. In normale omstandigheden krijgt ze graag bezoek van haar achterkleinkinderen, maar dat mag nu niet door de quarantainemaatregelen. Dit vindt ze wel spijtig, ze vertelt een korte anekdote over haar kleindochter die met haar hoofdje geklemd raakte tussen het ziekenhuisbed en glimlacht. 'Dat is een deugniet hoor...' Dan wordt ze verdrietig. Ze huilt want ze zit hier hele dagen alleen op haar kamer door de lockdown. Ze vindt het spijtig dat het bezoek alleen in de cafetaria toegelaten is omwille van Covid. Ze kijkt uit naar de mensen die komen, maar wil hen liever op haar kamer ontmoeten. Dat kan nu niet. Wat ze zo fijn vond in het vorige wzc is dat ze daar via de laptop kon communiceren met haar achterkleinkinderen, maar hier kan dat niet zegt ze.

Ook de familie van de bewoner lijdt onder de maatregelen. Om gepaste hulpverlening te geven houden de hulpverleners en het wzc rekening met de ervaring van de context van de bewoner. Zowel de hulpverleners als het wzc erkennen het belang van verbondenheid tussen Mia, haar dochter en andere familieleden en kennissen. Lucia kan op bezoek komen, maar moet steeds een afspraak maken. Het wzc laat bezoek toe rekening houdend met de door de overheid opgelegde maatregelen. Bezoekregeling in cafetaria (Lucia en andere familieleden) en een vast knuffelcontact in de kamer.

\*\* Sinds de laatste verhuis ervaart Lucia rust, een last die van haar schouders valt. Haar moeder woont nu goed, ze heeft veel vertrouwen in het personeel en kan er terecht met vragen of bemerkingen vindt ze. Lucia's moeder woont nu op wandelafstand van haar. Ze kijkt uit naar het vrij binnenwandelen in het wzc na de coronacrisis. Dan ze meer kan binnenspringen en haar moeder mee op wandel nemen zonder afspraak (covidmaatregelen).

In een volgend voorbeeld zijn er 2 zaken opmerkelijk. Mia geeft aan dat iedereen verschillend handelt. Maar ze toont begrip voor de stagiaire die nog begeleiding nodig heeft van een gids. De mensen die haar kunnen gidsen zijn onder andere haar leerkrachten, medeleerlingen, verantwoordelijken en begeleiders/collega's in het wzc. Deze mensen handelen volgens de missie en visie van de instelling.

\*Maar vandaag had Mia zorg gekregen van een stagiaire, ze zegt dat niet iedereen hetzelfde verzorgt hoor. Ze begrijpt wel dat iedereen moet leren, maar verzorgen met een lach en vriendelijk zijn doet al veel zegt Mia.

### **Hoekstenen om ethisch gerechtvaardigd te handelen**

Fundamenteel zijn er vier hoekstenen waarop de hulpverlening zich kan beroepen bij de vraag of hun handelingen ethisch gerechtvaardigd zijn. Deze hoekstenen zijn deugdelijkheid bezorgen, niet benadelen/ kwaad handelen, zelfstandigheid en billijkheid. Als men ethisch wil handelen is er steeds een afweging tussen 'regels en utiliteit'. Met utiliteit wordt nuttigheid of voordeel bedoeld. In de praktijk komt het al eens voor dat deze regels en utiliteit van de hulpverlener niet verenigbaar zijn met die van de bewoner of zijn aanverwanten. Dan sta je voor een ethisch

dilemma. Hierbij is een plichtgetrouwe overweging noodzakelijk. Het onderstaande voorbeeld uit de praktijk laat zien hoe de arts en Mia's dochter reageren op zo'n ethische tweestrijd (Grypdonck, et al., 2018).

Kritische opmerking: Dit voorbeeld moet bekeken worden met enige nuance. De uitkomst van deze tweestrijd zal deze zijn door de bril van een arts. Daartegenover staat de uitkomst van dezelfde tweestrijd door de bril van de dochter. De billijkheid ligt voor beiden anders. In een latere invalshoek (psychologie, contextuele) wordt aangetoond dat er meer factoren zijn die fundamenteel zijn om tot deze uitkomst te komen.

\*Mia bidt en vraagt aan Moeder Maria om haar alstublieft te komen halen, liever vandaag dan morgen. Ze zegt dat ze de hemel verdient. Ze heeft niemand kwaad gedaan. Mia is van mening dat als je je leven hebt gehad en het moment dat je wil sterven, dat je recht hebt om euthanasie aan te vragen. Ze heeft een mooi leven gehad en wil nu sterven. Ze zegt dat ze dit ook direct zouden moeten toelaten, maar haar huisarts zei dat hij niet in de gevangenis wou belanden door hieraan mee te werken. Hierdoor heeft ze al een lange procedure doorlopen vindt ze, ze is hier al zeker twee jaar mee bezig. Recent heeft ze laten weten dat ze niet meer wil worden opgenomen in het ziekenhuis en geen behandeling meer wil indien ze ernstig ziek wordt. Haar dochter heeft de documenten mee ondertekenend, want hiervoor had ze een vertrouwenspersoon nodig. Ze werd ook al onderzocht en verhoord door verschillende artsen. Tot hiertoe huilt Mia nog.

\*\*Voor de stervenswens en wilsbeschikking van haar moeder heeft Lucia veel respect.

De zorgethiek is een toepassing op zorgverleners. Er is enig verschil tussen enerzijds de relatie patiënt/bewoner- hulpverlener en anderzijds de relatie cliënt- hulpverlener in een niet residentieel contact. De bewoner van een wzc kan zich niet zomaar beroepen op andere hulpverlening naar keuze en kan zelfs niet beslissen om de samenwerking onmiddellijk te beëindigen. Bovendien is de bewoner iedere dag afhankelijk van de hulpverlener. Van de hulpverlener wordt verzocht om een weloverwogen houding aan te nemen om een goed gesprek toe te staan. In een contact tussen niet residentiële cliënt en hulpverlener kan de cliënt gemakkelijker de beslissing nemen om over te stappen naar een andere hulpverlener (Grypdonck, et al., 2019, Vanlaere, et al., 2010).

### **Omkadering binnen de wzc om zorgethisch te kunnen handelen**

In hoeverre is er binnen onze woonzorgcentra een kader om een goede zorgethiek toe te passen? Is er in onze wzc de dag van vandaag vooral aandacht voor het biomedische model waarbij het fysiologische functioneren op de voorgrond staat? Krijgt het bio-psychosociaal dat door George Engel in 1977 werd ontwikkeld vandaag de nodige aandacht binnen de wzc? Onderzoek van Dezutter die onderzoekster is aan de KU Leuven, wijst immers uit dat fysiologische, psychologische en sociale aspecten elkaar beïnvloeden. Voor haar moet ook het existentiële aspect nog worden toegevoegd aan dit model omdat aandacht voor de zingeving mee deel uitmaakt van de holistische benadering vanuit het 'whole person care' perspectief. Volgens Dezutter zijn de voordelen van het bio-psychosociaal-existentieel model afdoende bewezen.

Mensen die (mentale of fysieke) pijn ervaren zijn vatbaarder voor depressies en mensen met depressieve klachten zijn vatbaarder voor chronische pijnen. Nochtans is er volgens haar, ondanks verschillende studies en visieteksten, in onze ouderenzorg nog steeds te weinig aandacht voor de samenhang tussen de geestelijke, lichamelijke, sociale en spirituele aspecten van de ouderen (Dezutter, december 2016).

## Besluit

In het eerste gedeelte van de invalshoek zorgethiek wordt het belang van zorgethisch werken in een wzc behandeld. De manier waarop hulpverleners de zorgvrager benaderen is determinerend aan hoe de zorgvrager zijn afhankelijkheid beleeft. De waarde die de zorgvrager geeft aan deze benadering is medebepalend voor zijn kwaliteit van leven. Men kan de manier waarop we als hulpverleners de zorgvragers benaderen in vraag stellen. Zorgethische benadering is een denkrichting van de zorgethiek, maar deze visie wordt doorgetrokken naar alle hulpverleners, familieleden en mantelzorgers. Hierbij is verbinding belangrijk tussen de hulpverlener, bewoner en hun context. Door de zorgvrager respectvol te benaderen met respect voor zijn autonomie en zijn persoonlijke levenssfeer, ervaart deze zorgvrager de hulpverlening als deugdelijke zorg. Niet onbelangrijk in de wisselwerking tussen zorgvrager en de hulpverlener is dat ook de hulpverlener het gevoel heeft correcte zorg te hebben verleend.

Deugdelijke zorg houdt in dat de hulpverlener alles onderneemt om de behoeften van de kwetsbare persoon te beantwoorden. In deze zorgethische invalshoek beschreef ik sTimul als voorbeeld van een zorgethisch lab waar leren door ervaring een belangrijke rol kan zijn voor hulpverleners. Zij krijgen in de twee sTimulhuizen een hele dag professionele begeleiding die hen de mogelijkheid biedt om de rol van bewoner in een wzc te beleven, zich in te leven en tot zelfreflectie en inzicht te komen. Op deze manier toont de ervaring het belang van ethisch reflecteren.

De literatuurstudie in verband met ethische zorg toont ook aan dat de hulpverleners niet enkel nood aan ethische kennis om ethisch correcte zorg te bieden, maar ook aan verantwoordelijken die hen gidsen en de nodige steun bieden. Dat kunnen collega's zijn, de verantwoordelijke van de instelling of afgevaardigden van de overheid.

In het tweede gedeelte van de invalhoek zorgethiek heb ik de vier fundamentele hoekstenen belicht. Deze hoekstenen zijn deugdelijkheid bezorgen, niet benadelen/ niet kwaad handelen, zelfstandigheid en billijkheid. Aan deze vier hoekstenen kan de hulpverlening zich steeds toetsen bij de vraag of hun handelingen ethisch gerechtvaardigd zijn.

Artsen- specialisten, gezondheidsmedewerkers, psychologen, sociaal- agogische beroepen zoals maatschappelijk werkers en gezinswetenschappers... De hulpverlener concentreert zich niet enkel op datgene waar deze is voor opgeleid, maar op vele andere zaken die ertoe doen om de bewoner 'goede zorgen' toe te dienen. Deze 'goede zorgen' doelen niet enkel op 'de lichamelijke zorg'. De zorgethische benadering omvat niet enkel de heup die moet worden geopereerd, niet enkel de oproep die een gezondheidsmedewerker krijgt, niet enkel de psychische problematiek die 'nu' moet worden behandeld en ook niet enkel de gezinsproblemen 'nu', maar de gehele mens, zoals benadrukt in het bio-psychosociale-existentiële model. Besluitend kan men stellen dat de bewoner hier centraal wordt gesteld, zich erkend voelt doordat er rekening wordt gehouden met zijn/haar context en emoties en dat dit geldt voor alle hulpverleningsvormen.

*\*Een filmpje ter illustratie: Wat is een zorgethisch lab?: zie bijlage (zorgafhankelijkheid zelf ervaren).*

## 2.2.2 Invalshoek 2: psychologie

*“The word*

*LISTEN*

*contains*

*the same letters*

*as the word*

*SILENT.”*

- **Alfred Brendel**

### **Inleiding**

Een verhuis naar een woonzorgcentrum heeft een grote psychosociale impact op het gezin en zijn context, zowel de verhuis die min of meer voorbereid was als het ‘plotse’ verhuizen zorgen vaak voor kwaadheid, verdriet, angst, opstandigheid, onaangepast gedrag van de oudere persoon en/of zijn familie en zelfs voor conflicten binnen de familie. Hoe is dit gedrag te verklaren? Van waar komt dit gedrag? Ook schuldgevoelens van familie tegenover de oudere persoon die moet worden opgenomen spelen een cruciale rol. Ze blijven andere oplossingen zoeken en zien een verhuis naar een wzc als iets wat moet als er geen andere oplossing is. Als ze dan uiteindelijk in het wzc aankomen, voelen ze zich alsof ze hebben gefaald.

Ouder worden betekent dat mensen heel wat levensgeschiedenis hebben opgebouwd. De levenservaring van de ene persoon verschilt hierin sterk van de andere persoon. Zo kan de ene persoon veel meer ervaring hebben in verliessituaties dan de andere. Misschien heeft die andere persoon andere ervaringen of heeft die een bijna ‘zorgeloos’ levensparcours afgelegd. Verlies brengt veel verdriet teweeg. Dat verdriet wordt door Keirse rouwarbeid genoemd, rouwarbeid omdat dit een proces is dat in verschillende fases verloopt en verschillende taken geeft (rouwtaken) (Keirse, 2017).

Volgens Keirse zijn er verschillende vormen van verlies. De best gekende vorm is verlies door sterfte, maar enkele andere vormen van verlies zijn verlies van werk, verlies door echtscheiding, mensen op de vlucht, noodgedwongen uw eigendom verlaten om permanent in een wzc te gaan wonen. Een niet onbelangrijke vorm van verlies is het doorlopend verlies. Dit verlies houdt levenslang aan, Keirse benoemt het als een ‘levend verlies’. Enkele voorbeelden hiervan: ouder zijn van een kind met een handicap, geen keuzemogelijkheid in het krijgen van kinderen, samenwonen met een persoon met een verslaving, adoptie, verder leven met een langdurige en zware mentale of fysieke kwaal (Keirse, 2017). In deze invalshoek ligt in het eerste luik de focus op verschillende vormen van verlies. Ik bekijk de psychologische weerslag van verschillende vormen van verlies–door sterfte (een kind verliezen, verlies van levensgezel), verlies van eigen woonst door een permanent verhuis naar een wzc en het levend verlies waarbij de persoon jarenlang een mentale of fysieke kwelling ervaart.

In een tweede luik wordt de wens tot sterven besproken. Er wordt een verschil aangetoond tussen een wilsverklaring en de vraag om euthanasie.

Deze invalshoek wordt afgesloten met een korte toelichting over psychologische begeleiding van ouderen in de huidige samenleving. Hierin wordt het optimaliseren van mentaal en emotioneel welbevinden van ouderen opgenomen en kort toegelicht wat gerotranscendentie inhoudt. Tot slot wordt er besproken welk belang zorgcoördinatie en casemanagement in de eerstelijns hulpverlening kan spelen.

Ook in deze invalshoek wordt rekening gehouden met het veranderingsdoel dat ik vooropstelde i.v.m. de casus die als een rode draad door deze studie loopt: Mia kan terecht bij de zorgverleners met haar eigen specifieke gevoelens en behoeften (Mia wil dood, vraagt naar euthanasie, heeft behoefte aan afzondering en heeft behoefte aan een gesprek).

### **Invloed van verlies op de gezondheid**

De Wereldgezondheidsorganisatie werd in 1948 opgericht door de VN als gespecialiseerde organisatie die tot doel heeft de gezondheid te bevorderen. De Wereldgezondheidsorganisatie omschrijft gezondheid als volgt: *‘een toestand van geheel psychisch, fysisch en sociaal welbevinden en niet enkel de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken’* (Poiesz, et al., 2016).

Adriaenssens (2018) merkt op dat mentale en emotionele problemen een invloed hebben op het dagelijks functioneren van mensen, hun eigenheid en hun sociale relaties.

In de lessen ‘Inleiding tot de psychologie’ tijdens de opleiding Gezinswetenschappen, kwamen we in aanraking met psycholoog Seligman die besluit dat het plezierige leven, het goede leven, positieve relaties en zinvol leven (iets bereikt hebben) bijdragen aan een emotioneel of subjectief welbevinden. Welbevinden wil zeggen dat mensen tevreden zijn en positieve gevoelens ervaren (geluk). In diezelfde lessen leerden we dat psychologe Barbara Frederickson spreekt over liefde als delen van positieve emoties en investeren in elkaars welbevinden, zorg dragen voor elkaar (positiviteitsresonantie). De liefde tussen mensen noemt zij interpersoonlijk en verbindend. Liefde ervaren als emotie heeft volgens haar een positieve invloed op het menselijk welzijn, inzicht en geluk (levenskwaliteit).

Het ervaren van zaken als levenslust, fijne relaties, positieve emoties etc. dragen dus bij aan onze gezondheid (positieve psychologie). Als we één of meerdere van deze elementen verliezen, heeft dat een negatieve invloed op ons algemeen welbevinden en dus op onze algemene gezondheid.



## **Omgaan met verlieservaringen die correleren met een negatief welbevinden van de bewoner in het woonzorgcentrum**

### **Levenslang rouwen (mentale kwelling) en rouwarbeid**

Om het rouwproces te omschrijven spreekt Keirse over vier rouwtaken. Mensen die rouwen, gaan als het ware in rouwarbeid. Mensen moeten hun verdriet doorstaan, ze leren verder te leven op een andere manier. De eerste taak is de realiteit aanschouwen, door de realiteit te negeren komen mensen snel vast te zitten. Hulpverleners kunnen in deze fase herhaaldelijk en keurig informeren, veiligheid, genegenheid en toewijding bieden (Van de Ven, 2014). Daar hebben mensen nood aan in deze eerste rouwtaak.

De tweede rouwtaak is het lijden van het verlies ondergaan. Lijden kan op zowel op lichamelijk vlak (hullen, pijn) als op psychisch vlak (woede, agitatie, rebelleren). Belangrijk voor de hulpverlening in deze fase is om niet alles te willen oplossen met medicatie. Bij depressie bijvoorbeeld, grijpt men al snel naar antidepressiva. De hulpverlening moet vooral alert zijn bij ouderen die hun mentale problematieken omzetten naar fysieke ongemakken. Een voorbeeld hiervan is slapeloosheid. Als ze naar de dokter gaan en daar slaappillen voorgeschreven krijgen, bestaat de kans dat zaken als dieperliggende psychische pijn (tijdelijk) onderdrukt worden in plaats van aangepakt te worden. Medicatie voorkomt dat mensen hun lijden ondergaan, met name de pijn ervaren. Mensen die rouwen, kunnen emoties ervaren van schuld, agressief reageren, treuren, wanhopig en teruggetrokkenheid. Voor hulpverleners is het belangrijk om deze emoties te (h)erkennen en te benoemen. Door die emoties te normaliseren bij mensen die rouwen, worden ze aanvaard in hun verdriet. Het toelaten van deze emoties kan mensen verlossen en troosten (Van de Ven, 2014). Daar tegenover staat het onderdrukken van emoties waaruit de 'abnormale rouw' voortvloeit. Keirse noemt deze abnormale rouw de 'pathologische rouw.'

*'lets uitspreken geeft een bestaan*

*aan wat het in stilte niet had'*

**-Jonathan Safran Foer**

De derde rouwtaak is assimileren aan de samenleving. Een verlieservaring vraagt verder leven in een veranderde context. Mensen sneuvelen in deze fase als ze zich niet bijsturen. Door geen hulp te (willen) aanvaarden zetten mensen zichzelf buiten spel om terug deel uit te maken van de samenleving. Een voorbeeld hiervan is iemand blijven verafgoden, de overledene op een voetstuk blijven plaatsen. Assimileren wil zeggen dat er een recuperatie periode komt waarbij iemand een werkelijke voorstelling kan maken van het verlies. Men kan zowaar goede en minder goede kwaliteiten van een persoon die gestorven is benoemen. Het blijven steken in vereenzelving is een ander voorbeeld van niet geassimileerd zijn aan de samenleving. Vereenzelving komt voor in verschillende vormen. Zo kan iemand zich beginnen gedragen, kleden of spreken zoals de persoon die gestorven is. Een andere vorm is de vereenzelving in andere personen, bijvoorbeeld

iemand die wenst dat zijn kinderen de positie innemen van de ouder die gestorven is. De wens om zelf te sterven is een ook een vorm van vereenzelviging met de persoon die gestorven is.

Tot slot is er een vierde rouwtaak met name herinneringen koesteren en terug proberen te genieten. Mensen moeten niets of iemand vergeten, ze moeten een andere manier leren om vast te houden. Terugkijken naar prachtige gebeurtenissen met een persoon die gestorven is, is een bijdrage aan een toekomstperspectief (Keirse, 2017, Van de Ven, 2014).

### **Verlieservaring: voorbeeld rouwen om verlies van broers en zussen**

- Samenvatting sociaal verslag

Mia verloor haar zus die ook TBC had. Het overlijden van haar zus en de gedwongen verhuis naar Zwitserland hebben vandaag de dag nog een grote invloed op haar leven. Mia heeft last van hypochondrie en signaleert regelmatig medische problemen.

**\*\***Lucia vertelt dat het overlijden van haar zus aan TBC een enorme impact heeft gehad op haar moeder. Ook voegt Lucia hieraan toe dat ze het zich niet kan inbeelden omdat ze enig kind is, maar ze denkt dat het verschrikkelijk moet zijn voor haar moeder om als enige over te blijven van haar generatie en van de zovele broers en zussen.

### **Verdriet om verlies van een kind bij de geboorte**

Sinds 1999 bestaat er een federaal besluit dat ouders die hun kind pré -en perinataal verliezen de mogelijkheid biedt om hun kind een persoonsnaam toe te kennen. In de jaren voordien werd hiermee geen rekening gehouden. Ouders kregen van de hulpverlening te horen dat ze op hun jonge leeftijd nog kinderen zullen krijgen, ze werden niet erkend in hun verlies. In de maatschappij en zelfs bij de hulpverlening heerste een denkwijze die erop neer kwam dat men niet kon rouwen om iets dat er niet was geweest. Keirse stapt echter weg van deze denkwijze. Hij zegt dat er leven is tijdens de zwangerschap en zelfs al voor de zwangerschap. De wens van de ouders om zwanger te worden, brengt een toekomstperspectief tot leven. Dit schept een sterke gevoelsband (Keirse, 2017).

Resultaten uit een research van Keirse in 1989 geven aan dat ouders het cruciaal vinden om hun pasgeboren baby die overleden is te kunnen bekijken en aan te raken. Zo kunnen ze zich een beeld vormen van hun baby. Ze kunnen dit beeld opslaan en bewaren in hun geheugen ter nagedachtenis. Deze ouders verzoeken de hulpverlening en de maatschappij om meer belangstelling te hebben naar de psycho- emotionele dimensie bij een overlijden van hun pasgeboren baby (Keirse, 2017).

De begeleiding van hulpverleners bij een doodgeboren baby en de omstandigheden zijn essentieel voor moeders en vaders. Hierbij is de verbinding tussen hulpverleners en ouders fundamenteel, met name een goede verstandhouding tussen beiden zodat de ouders zich gewaardeerd voelen. Deze omstandigheden bepalen hoe de ouders hun draad kunnen opnemen in hun verdere leven. Indien de ouders zich niet gewaardeerd voelen in hun verlies, kunnen zij een teruggetrokken leven gaan leiden en/of achteruitgaan op gebied van hun psychisch en

emotioneel welzijn. Wetenschappelijk onderzoek wijst uit dat alle ouders die een verlies van een kind meemaakten dit ervaren als een traumatische gebeurtenis die een ingrijpende verandering in hun leven heeft teweeggebracht (Price et al., 2011).

\*Voor de geboorte van haar dochter is Mia bevallen van hun eerste levenloos kindje. Dit neem je ook je hele leven mee, zegt ze. Maar Mia vindt het goed dat er toen in haar tijd enkel het geslacht van haar kindje werd meegedeeld en ze verder niet 'geconfronteerd' werd met het levenloze lichaam van een baby'tje. Ze kreeg een zoon. Als troost zei de arts toen: 'O, mevrouw u bent nog zo jong. Je kan vast nog kinderen krijgen.' Wat ze moeilijk vond aan dit verlies is de confrontatie bij thuiskomst, ze was tenslotte in een ver stadium van haar zwangerschap, had een naam en het wiegje stond klaar. Ook werden er reeds andere voorbereidingen gedaan. Later werd ze zwanger en kreeg haar dochter.

### **Verdriet om verlies van een levensgezel**

Een levensgezel vervult vele behoeften van zijn partner. Deze behoeften verschillen van persoon tot persoon. Zo kan de ene persoon zijn levensgezel aanzien als de ouder van zijn kinderen, zijn beste vriend waar hij alles kan tegen vertellen, activiteiten mee doet (reizen, uit eten gaan etc.), huishoudelijke karweitjes mee doet, liefdevolle momenten mee beleeft, iemand die er steeds is, iemand die veiligheid biedt, iemand die voor ontspanning zorgt... Een andere persoon zal dit partnerschap anders invullen. Uiteindelijk zullen andere familieleden en vrienden die achterblijven ook deze behoeften anders invullen voor zichzelf (Stevens, & van Rijswijk, 2010, Van de Ven, 2014).

Statistisch gegeven is dat personen van het vrouwelijke geslacht gewoonlijk langer leven dan personen van het mannelijke geslacht. Daarbij zijn mannen meestal ouder dan hun vrouwen. Dit maakt dat het verliezen van een levensgezel zo goed als een voorzien moment wordt voor vele vrouwen, dit wil niet zeggen dat ze 'er klaar' voor zijn. Als bij mensen die al jarenlang lief en leed delen, plots een van hen wegvalt door sterfte, is dit gebeuren schokkend voor diegene die achter blijft. Op termijn kan deze ontbinding voor agitatie en angstgevoelens zorgen (Stevens, & van Rijswijk, 2010).

### **Verdriet om verlies van eigen woning en fysieke achteruitgang**

In het volgende deel 'invalshoek sociologie' wordt het belang van erkenning van verdriet om verlies van eigen woning als aandachtspunt toegelicht. Volgens Van Malderen, De Maerschalk en Peuteman staan hulpverleners hier te weinig bij stil. Volgend voorbeeld toont aan hoe snel zo'n verlieservaring van een eigen woning kan verlopen, daarbij wordt Mia ook nog geconfronteerd met haar fysieke aftakeling. Ook de gezinsleden (context) ervaren een verlies van hun ouderlijke thuis en worden geconfronteerd met de fysieke aftakeling van hun (groot)moeder:

- Samenvatting sociaal verslag

Mia werd uitgebreid geïnformeerd door de sociale dienst aangaande alle bestaande hulpverlening aan huis, wat een opname kan uitstellen of voorkomen. Ze werd ook uitgebreid geïnformeerd

over andere instellingen waarin ze zou kunnen opgenomen worden. Tot slot besloot de sociale dienst dat Mia zich, ondanks de aangeboden hulpverlening aan huis, niet langer zelfstandig kan behelpen. Ze werd opgenomen volgens de wachtlijst en evaluatieschaal.

➤ Verslag interview met Mia\* en Lucia\*\*

\*Mia vertelt dat ze alle zorgen aan huis kreeg in de periode die voorafging aan het kortverblijf (thuiszorg, poetshulp...). Ze is ook een keer gevallen. Ze gaf haar toestemming om op kortverblijf te gaan, maar had nooit gedacht dat ze haar huis niet meer ging zien. Na haar kortverblijf werd ze definitief opgenomen. Ze zegt te beseffen dat het niet meer mogelijk was om zelfstandig te leven thuis, maar eigenlijk heeft ze het voor haarzelf niet gemakkelijk gemaakt door haar keuze om in kortverblijf te gaan. Later werd haar huis verkocht, omdat een woonzorgcentrum veel geld kost. Ze werd later door haar dochter opgepikt met de auto om er eens te passeren, de voordeur was nu anders. Maar het huis ziet er nog hetzelfde uit. Ze zegt dat ze het heeft losgelaten.

\*\*Lucia vertelt dat Mia een lang proces meemaakte voor de verhuis naar een woonzorgcentrum. Ze vindt dat ze alles heeft geprobeerd om haar moeder zo lang mogelijk thuis te laten. Sinds de laatste verhuis ervaart Lucia rust, een last die van haar schouders valt. Haar moeder woont nu goed, ze heeft veel vertrouwen in het personeel en kan er terecht met vragen of bemerkingen vindt ze. Lucia's moeder woont nu op wandelafstand van haar. Ze kijkt uit naar het vrij binnenwandelen in het wzc na de coronacrisis. Dan kan ze meer binnenspringen en haar moeder mee op wandel nemen zonder afspraak (covidmaatregelen).

\* Wat Mia moeilijk vindt is geconfronteerd worden met haar eigen 'aftakelen', dit kan ze moeilijk aanvaarden.

Vroeger kon ze genieten van breien, maar nu kan ze dit niet meer. Haar handen willen niet meer meewerken. Ze laat me enkele werkjes zien die ze vroeger maakte (kussens) en ook de werkjes van haar dochter laat ze met glinsterende ogen zien. Ze had vroeger een tuintje waar ze graag in werkte, alles moest proper liggen, vindt ze. Gewoon wat in de tuin zitten en genieten van de rust, daar kon ze ook van genieten.

Op haar kamer luistert ze vaak naar muziek. Ze leest de krant en volgt het nieuws op televisie. Mia heeft een kalender en daarop worden alle afspraken genoteerd (zoals bezoek kapper, afspraak met dochter, schoondochter...), dit om te voorkomen dat ze iets zou vergeten.

\*\*Lucia vertelt wat voorafging aan de verhuis van Mia. Het begon met het moeilijker stappen bij Mia. Ze was verward, kon niet stappen en was slaperig. Deze eerste confrontatie met de fysieke aftakeling van Mia ervoer Lucia als shockerend.

## **Verlies van levenslust**

### **Wens om te sterven als een mogelijk gevolg van een negatief welbevinden**

In Nederland merkten zorgverleners op dat meer en meer 70 plussers om euthanasie vragen niet omdat ze ongeneeslijk ziek zijn of psychisch ondraaglijk lijden, maar omdat ze geen zin meer hebben om verder te leven. Dit gaf aanleiding naar onderzoek door de Nederlandse overheid. Waarom zijn zoveel 70 plussers levensmoe zijn en beschouwen ze hun leven als voltooid? Onderzoeksresultaten moeten een antwoord bieden op de vraag of ze als overheid de euthanasiewetgeving zouden moeten aanpassen om 'voltooid leven' als toegestane reden te beschouwen om euthanasie toe te passen. **Het toetsen naar de levenservaring van de deelnemers is cruciaal om de leefwereld van deze 70 plussers te kunnen begrijpen.** Dit onderzoek vraagt een filosofische houding van de onderzoeker tegenover zijn respondenten. Dit wil zeggen dat de onderzoeker het onderzoek uitvoert met een open kijk, zonder de respondenten te vooroordelen (van Wijngaarden, 2015).

Deelnemers aan deze onderzoeken geven aan dat hun dagelijkse leven niet meer de weerspiegeling is van wie ze werkelijk zijn, hun levensverwachtingen of ideeën. Ze voelen een verlies van verbondenheid met het leven, dit versterkt hun wens om hun leven te beëindigen. Bij het ouder worden zijn er veranderingen in de manier van denken die fundamenteel zijn en dit zet mensen aan tot de wens om te sterven. Deze zijn met name het gevoel van eenzaam zijn, zich niet meer kunnen uitdrukken zoals ze dit wensen, vermoeid zijn door allerlei kwalen, zich niet meer nuttig voelen voor de maatschappij, de pijn voelen om er niet meer bij te horen en angst voor de toekomst. Ook al lijkt dit op depressiesymptomen, toch is er enige nuance tussen de wens om te sterven en een depressie (van Wijngaarden, 2015).

Naast de huidige wetgeving inzake euthanasie werd in 2020 in Nederland een wetsvoorstel gedaan. Dit voorstel houdt in om euthanasie toe te laten voor mensen op leeftijd die hun leven als voltooid beschouwen. Zij zouden euthanasie kunnen aanvragen zonder geneeskundige motivering. Ondanks het feit dat dit wetsvoorstel nog niet werd goedgekeurd, kan met wel euthanasie aanvragen en verkrijgen op basis van stapeling van klachten die de ouderdom teweegbrengt wat door de aanvrager als ondraaglijk psychisch lijden wordt ervaren (Rijksoverheid.nl, z.d.).

### **Hulpverlening aan hulpvragers met 'de wens om te sterven'**

We moeten hier een onderscheid maken tussen mensen die palliatief zijn, binnenkort zullen sterven en dat proces bewust willen versnellen om de laatste pijn en aftakeling te vermijden enerzijds en anderzijds lichamelijk relatief gezonde mensen die hun leven als voltooid beschouwen en niet meer verder willen leven.

Hulpverleners die na ethisch reflecteren over hun eigen waarden en normen kunnen aanvaarden dat iemand die palliatief is die vraag stelt, zullen misschien meer moeite hebben als diezelfde wens om te sterven wordt geuit door iemand die fysiek nog gezond genoeg is om te blijven leven.

Om aan de vraag om euthanasie te krijgen te kunnen voldoen, moeten dokters onder meer oordelen of het lijden uitzichtloos is. Als iemand hen heel rustig meedeelt dat het genoeg geweest

is, dat zij haar leven als voltooid ziet, kunnen ze die patiënt dan aanzien als iemand die zich bevindt in een medisch uitzichtloze toestand van aanhoudend en ondraaglijk psychisch lijden? Als iemand geen toekomstdromen of –doelen meer heeft en het leven moe is, lijdt die persoon dan ondraaglijk? Of is het eerder berusten? Voor Dr. Hans 'TKindt bestaat er geen twijfel en gaat er altijd psychisch lijden gepaard met levensmoeheid ('T kindt, 27 maart 2019).

Hij ziet levensmoeheid als een complex probleem met verschillende achterliggende oorzaken. Voor hem beleven mensen die zeggen liever te sterven dan verder te leven een ernstige existentiële eenzaamheid en ervaren ze een gebrek aan wederkerigheid. Ze hebben het gevoel dat het er niet toe doet of ze leven of sterven, dat niemand hen zal missen omdat ze toch niemand of niets nog tot nut zijn. Als ze niet meer kunnen zijn wie ze ooit waren, dan willen ze er liever niet meer zijn. Ze willen helemaal niet afhankelijk zijn van anderen, maar beseffen dat die afhankelijkheid enkele nog zal toenemen. Ze zijn letterlijk en figuurlijk het leven moe.

Als ik deze visie van 'T Kindt terugkoppel naar Mia dan merk ik dat al deze zaken ook op haar van toepassing zijn. Ze voelt zich niet nuttig meer, ze voelt zich een last voor iedereen. Ze is eenzaam, voelt zich niet meer de Mia die ze ooit was en als ze terugkijkt op haar leven ziet ze vooral de problemen die ze heeft gehad en wil ze niet nog meer problemen ervaren. Nee, dan liever meteen sterven. 't Is genoeg geweest.

Wettelijk gezien is 'voltooid leven' geen reden om euthanasie te krijgen. Hulpvragers kunnen echter wel euthanasie verkrijgen als ze hun artsen kunnen overtuigen dat ze psychisch ondraaglijk lijden als ze worden gedwongen om verder te leven.

Hulpvragers die de wens uitten dat ze willen sterven, hebben nood aan – en puur menselijk gezien recht op - een professionele benadering van deze vraag. Hulpverleners kunnen deze vraag op twee manieren behandelen.

De eerste manier is een menselijke, persoonlijke benadering. De hulpverlener reageert empathisch en probeert om via een persoonlijk contact de hulpvrager te bereiken. Ook zal de hulpverlener de vraag van de hulpvrager accepteren en het onderliggende lijden (h)erkennen. Als de hulpverlener niet veroordelend optreedt, kan deze benadering een bemoedigend resultaat opleveren.

De tweede manier is een professionele manier van handelen. Hulpverleners kunnen de hulpvrager benaderen vanuit drie fases:

De eerste fase is het verkennen van de vraag:

De verkenning van de vraag vereist veel toewijding en tijd en moet gebeuren in een multidisciplinair team. De vraag eist van de hulpverleners dat deze ethisch kunnen nadenken. Als hulpverlener ga je de vraag verkennen door te onderzoeken wat de achterliggende vragen/noden/angsten zijn. Is er een depressie aanwezig bij de hulpvrager? Wat weet je als hulpverlener over de context (het netwerk) van de hulpvrager. Hoe verloopt zijn dag? Kan hij zich met iets bezighouden overdag? Hoe is de algemene gezondheidstoestand van de hulpvrager? De hulpverlener gaat de fysieke en mentale omstandigheden na van de hulpvrager en zal niet alleen zijn huidige lijden bevragen, maar ook hoe hij dat lijden verder ziet evolueren in de toekomst. Het is ook belangrijk om uit te zoeken wat het lijden misschien kan verminderen, toetsen naar

veerkracht van de hulpvrager en van zijn netwerk. Voelt de hulpvrager zich eenzaam? Zijn er trauma's opgelopen in het leven? Ook de toetsing naar de socio-economische situatie van de hulpvrager is belangrijk. Is er een financieel probleem? Is de zorgvrager bang dat verder leven voor financiële problemen kan zorgen voor zichzelf of voor zijn kinderen? Hier is ook het netwerk van belang. Tot slot kan de hulpverlener ook toetsen naar het al dan niet aanwezig zijn van een geloofsovertuiging. Sommige hulpvragers halen (hernieuwde) energie uit hun geloof.

In de tweede fase wordt de behandeloptie beoordeeld:

- Behandelen kan nog of niet meer?
- Is de vraag naar euthanasie aanhoudend en betrouwbaar?
- Als behandelen niet meer mogelijk is en de vraag is aanhoudend en betrouwbaar dan kan de procedure worden opgestart die nagaat of aan de normen van nauwkeurigheid inzake de wet rond levensbeëindiging voldaan is.

In de derde fase worden normen van nauwkeurigheid of zorgvuldigheidscriteria beoordeeld:

Deze fase houdt in dat de hulpvrager aan bepaalde voorwaarden moet voldoen om te kunnen overgaan naar levensbeëindiging ('T kindt, 27 maart 2019). Deze voorwaarden worden verder toegelicht in de volgende paragraaf.

### **Wetgeving over euthanasie en wilsverklaring in België**

De Belgische euthanasiewetgeving rond euthanasie is van kracht sinds 2002 en verschilt niet zoveel van de Nederlandse. Ook de Belgische wetgeving laat onder zeer strikte omstandigheden het doelbewust stopzetten van iemands leven toe, en aanziet dit niet als een overtreding. Niet iedereen kan euthanasie toedienen, dit kan enkel een dokter. Ook zijn bepaalde voorwaarden gesteld waaraan moet worden voldaan alvorens een dokter euthanasie mag toedienen. Niet iedereen kan zomaar om euthanasie vragen. Mensen die ongeneeslijk ziek zijn en uitbehandeld zijn kunnen euthanasie aanvragen. Dit geldt ook voor mensen die zich in een toestand van een onhoudbaar mentaal of lichamelijk lijden bevinden. Voor mensen die zonder verdere motivatie zeggen dat ze euthanasie willen omdat ze hun leven als voltooid zien, het leven niet meer zien zitten of zeggen 'klaar' te zijn met leven is de euthanasiemogelijkheid niet van toepassing. Net als in Nederland, moeten artsen zich inleven in hoe de patiënt zijn toestand ervaart en wat de aanvrager ervaart als ondraaglijk psychisch lijden moet door de artsen worden beoordeeld als onoplosbaar alvorens ze euthanasie omwille van die reden kunnen overwegen. Om die inschatting te kunnen maken, zijn diepgaande gesprekken nodig met verschillende artsen. Naast de arts die de euthanasie uitvoert, moeten twee onafhankelijke artsen, waaronder minstens één psychiater, hun mening geven over de toestand waarin de aanvrager zich bevindt en of deze patiënt ondraaglijk en medisch uitzichtloos lijden ervaart. Ondanks het feit dat deze twee artsen hun advies moeten geven, is dit advies niet bindend voor de arts die de euthanasie uitvoert. Met andere woorden: ook in België kan niemand euthanasie aanvragen omwille van 'voltooid leven', maar iemand kan wél motiveren waarom verder leven voor hem ondraaglijk en uitzichtloos is (Keirse, 2011).

Het is bovendien wettelijk toegelaten aan een arts om zijn patiënten in te lichten over het staken van voeding en vochtinname, alsook over diverse alternatieven van 'zelfeuthanasie.' Dat kan een alternatief zijn voor een arts die de patiënt begrijpt en het ondraaglijk lijden (h)erkent, maar zelf geen euthanasie wil toepassen. Een arts is namelijk niet verplicht om euthanasie toe te dienen en kan dit dus weigeren. Bij weigering wordt de dokter verzocht om zijn patiënt door te verwijzen (Blommendaal & van de Vathorst, 2017, Keirse, 2011).

Naast de mogelijkheid tot aanvragen van euthanasie kan iedere persoon die wilsbekwaam is een wilsverklaring opmaken. De voorwaarde hier is wel 'het bewustzijn.' Als een persoon de stap zet om een wilsverklaring op te maken, betekent dit dat de persoon heeft nagedacht over de eindigheid van het leven. Deze persoon wil zelf een keuze maken, zodat zijn geliefden indien de situatie zich voordoet dit niet moeten doen in zijn plaats. Iedere persoon in maximaal besef en niet onder dwang van derden kan een wilsverklaring opmaken. Deze stap is mogelijk een cruciaal moment in een mensenleven. Er bestaat een 'wilsverklaring betreft gezondheid en levenseinde' (afgevaardigde nodig) en een 'wilsverklaring betreft levensbeëindiging in geval van irreversibel buiten bewustzijn' (twee personen nodig die getuigenis afleggen zijn noodzakelijk, waarvan één geen instrumentele relevantie heeft bij sterfte). Alvorens iemand een wilsverklaring opmaakt is het belangrijk dat die persoon daarover genoeg informatie verzamelt en erover praat met de huisarts en met gezinsleden. Een wilsverklaring is niet te vergelijken met een testament waarin een erfenis wordt bepaald. Voor dit laatste is een notaris noodzakelijk en die is niet vereist bij de opmaak van een wilsverklaring. Het betreft hier een bewijs waarin een persoon zijn keuze vastlegt op een moment van bewustzijn. De keuze houdt in welke medische therapie en tussenkomst de persoon al dan niet wil, indien deze persoon in omstandigheden terechtkomt waarin hij zijn keuze niet meer kan uitdrukken. Het is mogelijk om een wilsverklaring aan te geven in de gemeente waarin de persoon woonachtig is, maar dit is geen verplichting. Omdat je die verklaring mag bewaren waar je wil, is het belangrijk dat de dokter en gezinsleden weet hebben van de aanwezigheid van een wilsverklaring. Indien de persoon irreversibel buiten bewustzijn is, is de behandelende dokter gedwongen om na te gaan of deze persoon een wilsverklaring heeft betreft levensbeëindiging. Indien dit is aangegeven, vindt de dokter dit terug in de database van de overheid (Keirse, 2011).

### **Zinvolle gegevens inzake euthanasie, wilsverklaring en palliatieve zorg in België**

(Keirse, 2016):

- ✓ 'Federatie Palliatieve zorg Vlaanderen (FPZV)'  
Mogelijkheid om documenten te downloaden betreft 'wilsverklaring'  
'[www.palliatief.be](http://www.palliatief.be)'
  
- ✓ 'LevensEindeInformatieForum (LEIF)'  
Informeert en begeleidt hulpverleners met belangstelling rond levensbeëindiging  
'[www.leif.be](http://www.leif.be)'



✓ 'Federale Evaluatiecommissie Palliatieve Zorg'

Heeft Keirse als voorzitter. Dit comité toetst de noodzaak naar palliatieve zorg en de waardigheid van de instellingen en geeft tweejaarlijks resultaten door aan de overheid.

✓ 'Federale Evaluatiecommissie Euthanasie'

Wim Distelmans en Rogel Lallemand zijn de voorzitters. Deze commissie toetst of de euthanasie correct werd uitgevoerd en de regels en voorschriften van de Belgische wetgeving werden gerespecteerd. Iedere dokter die euthanasie uitvoert dient een geregistreerd bewijs in bij dit comité.

Volgend voorbeeld ter illustratie over hoe Mia nadenkt over haar leven, een wilsverklaring opmaakt en bezig is met het plannen van haar eigen begrafenis. Mia gaf aan haar hulpverleners ook haar mening over euthanasie.

➤ Samenvatting sociaal verslag:

Vroegtijdige zorgplanning: Mia heeft een negatieve wilsbeschikking: deze wordt meegebracht bij de opname.

\*Mia vertelt dat ze bij moeilijke momenten wel bidt. Ze leest vaak het 'Weesgegroet' in het Frans (zo kan ze de taal onderhouden zegt ze). Mia houdt van Onze-Lieve-Vrouw. Ze bidt en vraagt aan Maria om haar alstublieft te komen halen, liever vandaag dan morgen. Ze hoopt dan stilletjes om niet meer wakker te worden. Maar ons Maria luistert niet zegt Mia. Ze zegt dat ze de hemel verdient. Ze heeft niemand kwaad gedaan. Mia is van mening dat als je je leven hebt gehad en het moment dat je wil sterven, dat je recht hebt om euthanasie aan te vragen. Ze heeft een mooi leven gehad en wil nu sterven. Ze zegt dat ze dit ook direct zouden moeten toelaten, maar haar huisarts zei dat hij niet in de gevangenis wou belanden door hieraan mee te werken. Hierdoor heeft ze al een lange procedure doorlopen vindt ze, ze is hier al zeker twee jaar mee bezig. Recent heeft ze laten weten dat ze niet meer wil worden opgenomen in het ziekenhuis en geen behandeling meer wil indien ze ernstig ziek wordt. Haar dochter heeft de documenten mee ondertekenend, want hiervoor had ze een vertrouwenspersoon nodig. Ze werd ook al onderzocht en verhoord door verschillende artsen.

Ze somt op welke muziek haar dochter moet laten spelen op haar begrafenis. Mia heeft haar begrafenis al gepland, zodat haar dochter niet alles moet beslissen in de toekomst zegt ze. Ze houdt van poëzie /gedichten van Toon Hermans.

## Psychologische hulpverlening voor ouderen

Het feit dat 'T Kindt levensmoeheid beschrijft als een complex probleem met veel achterliggende angsten en problematieken, en die verschillende domeinen ook benoemt, betekent dat het mogelijk is om preventief te werken zodat mensen minder kans maken om levensmoe te worden. Samengevat kunnen we stellen dat het zo hoog mogelijk houden van de kwaliteit van leven essentieel is. Om daaraan te werken moeten we aandacht hebben voor de psychosociale aspecten van het ouder worden.

De afgelopen tien jaar is er in onze samenleving een opmerkelijke vooruitgang wat betreft de sensibilisering over het belang van aandacht voor de psychische gezondheid van oudere personen. Die vooruitgang zorgt ervoor dat er meer hulpverleners zich gaat specialiseren in het begeleiden van oudere personen. Er worden meer tools ontwikkeld als handleiding om te werken rond het psychisch welzijn van oudere personen. Een weergave van iemands levensloop via sessies rond terugblik op het leven of reminiscentie, is zo'n tool. Maar ook individuele begeleiding voor personen met dementie en rouwcoaching kunnen als methodiek gebruikt worden. Tegenwoordig is er ook een mogelijkheid om psychologische begeleiding te krijgen in instellingen (zoals een geriatrische afdeling van een ziekenhuis of een wzc) en in de thuissituatie. In tegenstelling tot vroeger waar deze vorm van hulpverlening enkel ambulante te verkrijgen was en in een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) (Van de Ven, 2014).

Zijn ervaring met de psychologische hulpverlening aan oudere personen, leerde Van de Ven dat vooral de personen op hogere leeftijd het moeilijk vinden om gesprekken te voeren over hun geestelijk welzijn en over hun gevoelens. Zij willen met een buitenstaander niet praten over onaangename zaken of hebben angst om zwak over te komen. Een verkeerd beeld over wat psychologische hulpverlening inhoudt kan een goede begeleiding in de weg staan. Het is niet de hulpverlener die de problemen zal oplossen voor de cliënten, maar de cliënt zelf. Cruciaal is hier om te toetsen naar de verwachtingen van de cliënt (Van de Ven, 2014).

\*\*Lucia zegt dat ze het huilen en verdrietig zijn van Mia haar hele leven heeft geweten, de ene periode al wat minder dan de andere periode. Psychologische hulpverlening heeft Mia nooit gekregen. Dat was vroeger niet bespreekbaar zegt ze. Lucia vertelt dat haar moeder een heel sociaal persoon is. Zo had ze veel contacten als ze vroeger op vakantie gingen. De sociale contacten die mijn moeder had, kenden haar meestal niet zoals ik haar ken. Ze kregen alleen te zien wat mijn moeder wou dat ze zagen. Ze gaf zichzelf niet gauw bloot.

Keirse vindt het belangrijk dat hulpverleners weet hebben van die levenslange rouw bij bewoners. Zodat de bewoners hun verdriet erkend wordt en zij zorg op maat kunnen krijgen van de hulpverleners (Keirse, 2017).

“Intern hebben wij een psychologe, maar zij is door die quarantaine niet ingeschakeld geweest omdat er op dat moment vele mensen in quarantaine moesten. Covid-19 heeft hier een grote impact gehad. Buiten deze periode zou Mia haar situatie er anders hebben uitgezien denk ik. Want ze was hier al ‘half’ thuis en ze kende onze werking. Het feit dat er weinig mensen over de vloer zijn geweest in die eerste week, was een dieptepunt voor haar. Maar volgens onze kinesisten die ook werkzaam zijn in dat ander wzc waar ze eerst woonde en ook volgens haar dochter was het niet vreemd voor haar om zo’n dieptepunten te hebben. Hierdoor hebben we er weinig aandacht aan besteed eerlijk gezegd. Het was zo, we hadden het gevoel dat we er niet veel aan konden doen. Omdat haar levenspatroon eigenlijk al altijd zo was geweest. Verder werd ze uiteraard wel opgevangen door onze andere collega’s zorgkundigen en verpleegkundigen. Ze uit zich ook wel, ze heeft een sterk karakter en ze zal het wel laten weten als er zaken niet goed lopen. Als dergelijk probleem zich stelt bij een verhuis bij iemand die anders altijd opgewekt is, zouden we er sneller onze psychologe bij halen. Dit gebeurt hier wel regelmatig met mensen die zich niet goed voelen in hun vel” (A., hoofdverpleegkundige wzc, persoonlijke communicatie, 24 maart 2021).

Een Rogeriaanse grondhouding van de hulpverlener kan hier veel betekenen (een link naar de lessen methodieken in de opleiding gezinswetenschappen en psychologie). Onvoorwaardelijke acceptatie, waardering, echtheid en empathie zijn hier cruciaal om van een goede hulpverlening te kunnen spreken. Hierbij betrek ik nog Maslow (de behoeftetheorie) die stelt dat de mens behoefte heeft aan zelfontplooiing (zelfactualisering). Hulpverlening is belangrijk om mensen te ondersteunen in hun zelfontplooiing. In de lessen maatschappelijke dienstverlening wordt toegelicht hoe draagkracht en draaglast uit evenwicht kunnen zijn, wat tot veel stress kan leiden. Een goede hulpverlener kan ervoor zorgen dat de stress wordt gereduceerd door de draagkracht te verhogen en de draaglast te verminderen. Dit bekom je door emancipatie en empowerment, dus krachtgericht werken. Mensen empoweren is hen die kracht geven zodat ze weer energie hebben om zich te ontplooien. Hun welzijn wordt verhoogd. Hierbij is het belangrijk dat de hulpverlener de chronische problematieken aanvaardt, en deze problematieken ernstig neemt.

Het vak ‘Psychopathologie van volwassenen en ouderen’ in de opleiding gezinswetenschappen houdt in dat een gezinswetenschapper leert om niet in hokjes te denken (framen). Hiermee wordt bedoeld dat een persoon die het moeilijk heeft vaak wordt gereduceerd tot het probleem waar die mee zit. Een concreet voorbeeld hiervan is dat de hulpverlener, de maatschappij en/of de gezinscontext al snel spreken over ‘de depressieve.’ De arts/psychiater of therapeut zou hier dan medicatie opstarten tegen die depressieve klachten, gezinsleden zouden deze persoon als ‘het depressief gezinslid’ kunnen beschouwen. Een gezinscontext kan toxisch of helend zijn voor deze persoon. Als de hele omgeving gaat focussen op dat ene zichtbare probleem, kan er geen begrip zijn voor die persoon in zijn geheel, voor onderliggende problemen die misschien op de hele

omgeving van toepassing zijn. Een gezinswetenschapper kan een gezin ondersteunen door kennis te hebben over hoe belangrijk de elementen omgeving (context), persoonlijkheid, geschiedenis (gezinsbanden van vroeger) en gezin (nu) zijn bij hulpverlening. Ook de wil om mensen te verbinden met elkaar mag hier niet ontbreken. Op deze manier is een gezinswetenschapper een meerwaarde voor een samenwerking binnen een multidisciplinair team (Baeten, K., 2020-2021).

### **Optimaliseren van mentaal en emotioneel welbevinden van ouderen**

Als we weten dat algemene gezondheid en welbevinden belangrijk zijn om de levenslust te behouden, dan moeten we aandacht besteden aan het mentaal en emotioneel welbevinden van ouderen.

“Maatschappelijk is er te weinig aandacht voor het psychisch welzijn van ouderen en ook voor dat van jongere generaties. Om mensen te informeren en te sensibiliseren over ouderen in wzc hebben wij hier al één opendeurdag georganiseerd en vanuit de directie was er sprake om er nog eens één te doen. Maar daar stak Covid-19 een stokje voor (A., hoofdverpleegkundige wzc, persoonlijke communicatie, 24 maart 2021).”

“Een maatschappij die meer en meer aandacht krijgt voor het welbevinden van ouderen, zou meer middelen moeten vrijmaken om de nodige tijd en mensen daarvoor te voorzien. De weinige mensen op onze dienst worden overspoeld door administratief werk (J. & K., sociale dienst wzc, persoonlijke communicatie, 31 maart 2021).”

Docent Van de Ven had het tijdens de lessen Psychogerontologie in de opleiding Gezinswetenschappen over de zienswijze van de Amerikaanse academicus en psycholoog Carol Ryff. Zij deed een literatuurstudie over het positief functioneren, gezien vanuit menselijke groei en ontwikkeling. Ze bestudeerde publicaties van verschillende psychologen en zocht naar overeenkomsten in hun beschrijvingen van optimaal ontwikkelde en functionerende personen. Zo kwam ze tot het benoemen van zes kerndimensies die overal in de literatuur aan bod komen en volgens haar essentieel zijn om tot **psychologisch welbevinden** te komen:

- **Omgevingsbeheersing:** je voelt dat je genoeg beheersing en grip kan uitoefenen op jouw leefomgeving. Je hebt de competentie om met de eisen die jouw omgeving je oplegt, om te kunnen.
- **Doelgerichtheid:** je hebt realistische planningen en doelstellingen. Dat kunnen bescheiden of grootse doelstellingen zijn, ze geven jouw leven een richting.
- **Positieve relatie met anderen:** je hebt begrip voor geven en nemen in menselijke relaties. Je brengt voldoende begrip op in omgang met anderen en je bent bezorgd om hun welbevinden. Je bent empathisch en hebt aandacht voor intimiteit.
- **Autonomie:** je voelt aan dat je vanuit je zelf zelfstandig kan beslissen en reflecteren over eigen handelen. Je neemt je eigen beslissingen en voelt daarbij niet echt druk van anderen.
- **Zelfacceptatie:** je beseft dat je mooie en minder mooie kanten hebt, maar hebt over het algemeen een positief zelfbeeld. Je kijkt naar het verloop van je leven met een overwegend positief gevoel.
- **Persoonlijke groei:** je voelt aan dat je groeit en bijleert van ervaringen, je vindt van jezelf dat je vooruitgang boekt als persoon. Je beschikt gaandeweg over een meer ontwikkeld

cognitief vermogen en weet beter hoe je moeilijke zaken en uitdagingen in je leven moet aanpakken.

De meeste ouderen slagen er volgens die kerndimensies in om een aanvaardbaar niveau van welbevinden te bewaren en dit ondanks meervoudig verlies en tegenslagen. Zij geven blijk van veerkracht (Van de Ven, 2014).

Het is goed om deze kerndimensies te kennen, maar op welke manier kunnen we de kennis over die dimensies gebruiken om het welbevinden van ouderen te verhogen?

Het Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) stelt zich de vraag welke aanpak er nodig is om het welbevinden van onze ouderen te optimaliseren. Het KCE rapporteert het belang van inclusie van onze ouderen in onze huidige maatschappij. Een maatschappij waarin wij allen zorg dragen voor elkaar en onze ouderen als gelijken aanzien. Cruciaal hierbij is dat onze samenleving de confrontatie met ouder worden moet durven aangaan. Onze ouderen eerbiedigen en stoppen met hen te bestempelen als zwakke of zieke personen (Adriaenssens, et al., 2018).

Daar waar men vroeger uitging van het deficitmodel dat ouder worden gelijkstelde met minder en minder kunnen en meer en meer competenties verliezen, gaan we vandaag meer en meer uit van het competentiemodel. Dat model focust op wat ouderen nog wél kunnen, de competenties die ze op dat moment wel hebben en kunnen inzetten.

Als antwoord op de vraag welke aanpak nodig is om het welbevinden van onze ouderen te optimaliseren deelt het KCE volgende aanbevelingen met fundamentele elementen om goed te kunnen werken aan het mentaal welbevinden van ouderen:

- Een betere manier vinden betreft verzamelen van gegevens over de mentale gezondheidszorg van ouderen.
- België geeft er de voorkeur aan om mensen te behandelen in hun context of directe leefomgeving. Indien mensen zich in een situatie bevinden van een noodzakelijk verhuis, moet er de mogelijkheid bestaan om hen te laten verhuizen naar een instelling met expertise (zoals dienst psychiatrie, geriatrie of psychogeriatrische dienst) naargelang hun zorgprofiel.
- De mentale gezondheidszorg vraagt een interdisciplinaire en multidisciplinaire samenwerking. Een samenwerking met thuiszorg, wzc, eerstelijns hulpverlening, geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuizen, sociale diensten (elke hulpverlener die hulp biedt op lichamelijk, psychisch en sociaal vlak) ... kan een bijdrage zijn om het mentaal welbevinden van de ouderen in kwaliteit te doen stijgen.
- Het mentaal welbevinden van onze ouderen vraagt hulpverlening die betrokken en deskundig is om met ouderen te werken. Ze vraagt ook naar mobiele dienstverlening zoals bezoeken aan huis.
- Betrekken van de oudere met mentale gezondheidsproblemen en zijn context (mantelzorg) bij zijn behandeling en zorgplanning. Meer erkenning en ondersteuning van de mantelzorg voor ouderen.
- De ziekenhuizen zouden moeten voorzien in diensten met expertise in de mentale gezondheidszorg voor ouderen.

- Verspreiden en ontwikkelen van evidence based- praktijken om aan bijzondere zorgnoden van ouderen te voldoen.
- Extra vorming voorzien om meer kennis en competentie aan te leren aan medewerkers.
- Mobiele equipes met expertise voor wzc's (medewerkers ondersteuning bieden, hen opleidingen aanbieden) en voorzien van afdelingen speciaal voor ouderen met gedragsproblemen.
- Mobiele psychiatrische equipes die voldoende expertise hebben in ouderen brengen een meerwaarde en optimaliseren zo de kwaliteit van zorg bij ouderen met ingewikkelde problematieken.
- Mentale gezondheidszorg voor ouderen bespreekbaar maken bij reformatie (overheid).
- Eerstelijns hulpverlening is essentieel bij het opsporen en aanpakken van de mentale problematieken van onze ouderen. Belangrijk hierbij is dat ze opgeleid zijn en zich hebben verdiept in de specifieke hulpverlening van ouderen, alsook de ondersteuning van de hulpverlening door andere hulpverlening met expertise. Een voorbeeld hiervan is een casemanager in de eerstelijns hulpverlening.
- Misverstanden wegwerken naar bijzondere noden voor het mentaal welbevinden van de oudere persoon: niet zozeer 'het ouder worden' bepaalt de bijzondere zorgnoden. De bijzondere zorgnoden worden bepaald door het zorgprofiel en de kwetsbaarheid van de ouderen.
- In beraad nemen van stelselmatig screenen naar de mentale gezondheidsproblemen bij ouderen in woonzorgcentra.
- De samenleving sensibiliseren en informeren over mentale gezondheidsproblematieken bij ouderen (ouderen en hun mentale gezondheidsproblemen niet doodzwijgen), draagt ertoe bij dat de ouderen deel blijven uitmaken van de maatschappij, zich menswaardig voelen en een antwoord vinden over hun existentie (Adriaenssens, et al., 2018).

Hieruit volgen elf cruciale adviezen van het KCE gericht aan de overheid (ministers van FOD volksgezondheid, gezondheidszorg, onderwijs, federaal, gemeenschappen en gewesten en RIZIV) en deze adviezen vragen voorrang op de politieke agenda. Als gevolg van vergrijzing en verzilvering bij de bevolking (die bijzondere noden met zich meebrengen) is er nood aan een georganiseerd en samenhangend zorgsysteem om de mentale gezondheidsproblemen aan te pakken. Dat zorgsysteem moet loyaal zijn aan de kwaliteit van het leven, integratie van de zorg en voor iedereen toegankelijk zijn (Adriaenssens, et al., 2018).

### **Hulpverlening in de ouderenzorg met behulp van het SOC-model naar succesrijk ouder worden**

De competenties die iemand (nog) heeft, zijn niet altijd voldoende om iemand tevreden te stellen. Een bepaalde groep ouderen voelt zich 'geslaagd' in het ouder worden, een andere groep ouderen voelt zich niet of minder 'geslaagd (Jennifer, 2015).' Of iemand wel of niet tevreden kan zijn met zijn veranderde levensomstandigheden en competenties, hangt af van de verwachtingen die die persoon had. Als iemand uitkeek naar rust en het zelf niet meer hoeven te koken, te poetsen of administratieve zaken te regelen, dan zal die persoon tevreden zijn op het moment dat

hij rustig kan gaan zitten tot zijn eten op tafel komt. Iemand die zich vast had voorgenomen om tot zijn laatste dag zelfstandig in zijn huisje te blijven wonen, zal minder tevreden zijn met een verhuis naar het wzc.

Om een analyse en beschrijving weer te geven van hoe mensen hun ontwikkelingsregulatie verwerken, wordt het SOC-model doorgaans gebruikt.

SOC is een raamwerk dat aansluit bij het competentiemodel. Het is een methodiek die mensen kan helpen om te gaan met een veranderende werkelijkheid. Een werkelijkheid die misschien anders is dan de toekomst die ze hadden verwacht.

SOC kan een hele levensperiode worden toegepast. **SOC** staat voor **Selecteren** (actie tot selecteren, gebaseerd op verlies), **Optimaliseren** (werken aan de veerkracht, ontwikkelen van ongekende competenties) en **Compenseren** (bijvoorbeeld bij verlies van competenties zal een persoon investeren in compenserende middelen om op een bepaald niveau te blijven fungeren). Als mensen ouder worden, is duidelijk geworden hoe betekenisvol het is als men kan selecteren, optimaliseren, en compenseren (Napolitano & Freund, 16 mei 2019).

Als Gezinswetenschapper kunnen we naar ouderen kijken vanuit dit SOC model. Lukt het voor deze oudere om te selecteren, te optimaliseren en te compenseren? Waar heeft deze senior ondersteuning nodig? Als een bepaald vooropgesteld doel niet meer bereikbaar is, kunnen we als Gezinswetenschapper mee zoeken naar een manier om dat doel bij te stellen en hoe het bijgestelde doel te bereiken. Op die manier kunnen ouderen 'op weg blijven.'

Een mooi SOC voorbeeld is dat van pianist Arthur Rubinstein: hij wou blijven concerten geven, maar kon niet meer ieder stuk aan. Hij selecteerde bewust stukken die hij nog wél aankon. Optimaliseerde die door ze veelvuldig te blijven oefenen en compenseerde de heel snelle stukken die niet meer perfect haalbaar waren, door het gedeelte daarvoor trager te spelen.

Het SOC-model van Baltes helpt de hulpverlening als methodiek om ouderen die een negatieve levenshouding hebben te helpen evolueren naar een positieve(re) levenshouding. In tegenstelling tot het biomedisch model (dit model legt de focus op de absentie van het ziek zijn en het in standhouden van het lichamelijke en mentale fungeren), legt dit model de focus op het psychosociale. Onder andere op de maatschappelijke betrokkenheid, de levenssatisfactie, vermogen tot handelen en intellectueel vermogen, waar de individuele ontplooiing onder valt. Bowling (2005) zegt dat het intellectueel vermogen zelfbeschikking en vrijheid, een positieve ingesteldheid en fierheid, ervaring van eigen leven te beheersen inhoudt. Hij ziet dat intellectueel vermogen als een noodzaak om succesrijk ouder te worden. Jennifer legt de nadruk op het feit dat een doeltreffende veerkracht hebben en doelstellingen kunnen maken om zich aan te passen in kader van gewijzigde situaties, belangrijk zijn (Jennifer, 2015).

De meeste ouderen dragen verschillende verlieservaringen met zich mee. Verlieservaringen door sterfte, ongeval, fysieke achteruitgang, mentale achteruitgang, financieel verlies, verlies van leefomgeving, waar veel verdriet komt bij kijken. Om ouderen een manier te leren vinden over hoe met dit verdriet en groot verlies te leren omgaan, kan de hulpverlener een grote hulp zijn door het verdriet te (h)erkennen. Het is geoorloofd dat ze verdrietig zijn. De focus van de hulpverlening moet liggen op de persoonlijkheid van de ouderen en waar hun ongekende

krachten liggen. De hulpverlening helpt op deze manier de ouderen aan de opbouw van hun veerkracht. Dat zal deze ouderen helpen om te evolueren naar een positieve levenshouding en succesrijk ouder worden (Jennifer, 2015).

Het SOC-model kan een goede tool zijn voor de hulpverlening van ouderen. De hulpverlening zou hieruit volgende vragen kunnen hanteren:

- Waarin is de oudere goed? Wat zijn zijn krachten?
- Over welk vermogen beschikt de oudere? (bij financieel verlies, verlies woonomgeving)
- Welke aanpak is er nodig om de oudere zijn krachten te laten ontdekken?
- Hoe kan deze inschatting een gids zijn om reële en realistische doelstellingen op te stellen?
- Welke aanpak kan anders en welke krachten die positief werken kunnen ingezet worden?
- Handelen naar het ontwarren van de kwestie is de doelstelling.
- De familiale context erbij betrekken om het doorzettingsvermogen van de oudere te optimaliseren.
- Samenwerking met collega's en andere hulpverleners om het doorzettingsvermogen van de oudere te optimaliseren.
- Zorgmedewerkers, hulpverleners coachen om aangepaste doelen te optimaliseren. (Jennifer, 2015).

Mia werkte vroeger graag in de tuin. Ze kon ook heel erg genieten van haar tuin na het werk, door buiten te zitten en trots te zijn op haar tuin die er mooi bij lag. De zorgverleners zouden Mia kunnen verantwoordelijk maken voor een aantal kamerplanten of voor een aantal bloembakken met geraniums in de zomer. Zo zou ze iedere dag verzorgen en genieten van de bloeiende bloemen. Ze zou trots zijn op 'haar' bloemen en ze zou zich nuttig voelen.

## **Hulpverlening in de ouderenzorg door toepassing van life review, reminiscentie en validation**

### **Life Review**

Life Review is een methodiek die (meestal in een één op één setting) acht weken lang met mensen werkt aan het ophalen van zowel goede als slechte herinneringen aan levensgebeurtenissen. Deze gebeurtenissen kunnen terugkijkend misschien in een ander perspectief gezien worden (Dely, mei 2016).

Een kwalitatief onderzoek van Meijerink bevestigt dat bij ouderen met ziekteverschijnselen van een depressie, life review een hoopgevend/bevorderlijk resultaat oplevert. Via life review leren ouderen omgaan met hun emoties wat betreft hun levensgeschiedenis, hierdoor leren zij die tijd te aanvaarden (Meijerink, 2011).

Het feit dat deze ouderen hun levensverhaal kunnen vertellen, heeft een effect op hun mentaal welbevinden en reduceert hun ziekteverschijnselen van een depressie (Elfrink, 2012).



## **Reminiscentie**

Reminiscentie is een methodiek die vaak en op verschillende manier gebruikt wordt in wzc. Aan de hand van oude voorwerpen, foto's en verhalen over vroeger, worden gesprekken op gang gebracht. Herinneringen komen weer boven en mensen vertellen hun eigen verhaal waardoor er een communicatie op gang komt en hulpverleners en andere bewoners deze bewoner weer een beetje beter leren kennen.

Reminiscentie kan worden onderverdeeld in acht taken/werkingen: het ontkrachten van vervelen bij ouderen, herleven van wrok, persoonlijkheid ontwikkelen, moeilijkheden ophelderen, vertrouwelijkheid en verbinding bewaren, voorbereiden naar levenseinde, onderrichten/inlichten en in gesprek gaan. Er is een onderscheid tussen life review en reminiscentie, met name dat zoals hierboven beschreven life review en gedragstherapie tot de beste behandelmethodes behoren van ouderen met ziekteverschijnselen van een depressie (Bohlmeijer, et al., 2011).

## **Validation**

Tussen 1963 en 1980 was gerontologe Naomi Feil de grondlegger van validation, een manier om ouderen die gedesoriënteerd zijn te benaderen. Validation kan ook worden toegepast op ouderen met depressieve symptomen.

Het doel bij validation is de erkenning en bevestiging (validatie) van ouderlingen en hun beleving. De hulpverlener zal vanuit een bepaalde methode handelen om dit te bereiken. Hij zal een actieve luisterhouding aannemen, de oudere aankijken bij het gesprek en aandacht besteden aan de manier waarop de oudere beweegt. Feil merkte op dat deze manier van benaderen een invloed had op het gedrag van de ouderen, ze werden rustiger. Ook had het een positief effect op hun spreken, bewegen en manier van communiceren. Overigens werd het gemakkelijker voor hulpverleners om deze ouderen te benaderen, als hen deze manier van benaderen werd aangeleerd. Feil zag dat deze manier van werken ook een positief resultaat bracht voor de hulpverleners. Ze zag dat zij minder gefrustreerd raakten dat deze methodiek preventief werkte tegen het 'opbranden' van zorgkundigen en dat ze meer voldoening hadden van hun werk. In 1982 stichtte Feil een trainingscentrum op in Ohio waar hulpverleners de validation methodiek kunnen aanleren. Later werden deze trainingen ook in Canada en de VS gegeven. Vanaf 1988 werden deze vormingen ook beschikbaar in Nederland. Belgische wetenschappers geven kritiek over deze methode, ze onderzoeken naar hoe wetenschappelijk deze onderbouwd is (Schrijnemaekers, et al., 1995).

*\*In bijlage een filmpje van Feil over validation. Feil toont in het filmpje hoe je met validation bijvoorbeeld Mia en andere ouderen kan benaderen in hun beleving (Naomi Feil. validation, communication through empathy).*

## Ouder worden en spiritualiteit: gerotranscendentie

In de opleiding gezinswetenschappen kwam Erik Erickson aan bod in het vak ontwikkelingspsychologie. Erickson is gekend om zijn ontwikkelingsfasen. Hij stelt dat, om uit te groeien tot een geïntegreerde persoonlijkheid, je de kans moet krijgen om acht verschillende levensstadia goed te doorlopen. Deze levensstadia zijn:

1. Vertrouwen (0-1,5 jaar)
2. Autonomie (1,5-3 jaar)
3. Initiatief (3-6 jaar)
4. Competentie (6 jaar-puberteit)
5. Identiteit (adolescentie)
6. Intimiteit (jongvolwassen)
7. Productiviteit (middelbare leeftijd)
8. Tevredenheid (ouderdom).

Om deze fases één voor één te doorlopen is de gezinscontext fundamenteel. In het levensoverzicht methode (life review) van Erickson ligt integriteit aan de basis. Hij stelt dat ieder die in de laatste levensfase komt, de ouderdomsfase, zich de grondhouding van tevredenheid kan stellen ondanks sociale, fysieke en mentale verliezen die men heeft ervaren. Volgens hem zal iemand die alle fases succesvol heeft doorlopen, eindigen als een persoon die tevreden is met zichzelf.

Tornstam gaat nog een stapje verder. Hij vertrekt vanuit Ericksons theorie en komt tot iets wat hij benoemt als de integratieve gerotranscendentie theorie. Transcendentie heeft te maken met spiritualiteit, gerotranscendentie verklaart die spiritualiteit bij het ouder worden. Tornstam vindt dat dit een slotscène is in de ontwikkelingsfase van de mens naar wijsheid en rijpheid, de hoofdzaak hierin is dat er grenzen wegvallen tussen persoonlijkheid en leefomgeving. Zo stelt Tornstam vast dat mensen op oudere leeftijd psychisch ergens in een andere leefwereld verzeild raken. Die leefwereld krijgt een meer ruimtelijke en spirituele visie dan de eerdere leefwereld waar er een visie was die meer gebaseerd was op redelijkheid (betekenis) en tastbaarheid. Een subjectief welbevinden of levenssatisfactie zou doorgaans volgen (te Paske, G., 2017).

## Zorgcoördinatie en casemanagement in de eerstelijns hulpverlening

Zorgvragers hebben nood aan een zorgplan en sturing. In Vlaanderen wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen zorgcoördinatie en casemanagement omdat de zorgcoördinatie ook kan opgenomen worden door de hulpvrager zelf of door een mantelzorger bijvoorbeeld. De casemanager daarentegen is iemand die vanuit een professionele context de coördinatie in de gaten houdt en bijstuurt waar nodig (infographic, 16 februari 2017).

Ook al moeten we ervan blijven uitgaan dat de zorgcoördinatie bij voorkeur gedaan wordt door de hulpvrager zelf, kan dat voor de hulpvrager onmogelijk zijn en moet iemand anders die taak op zich nemen. Uit onderzoek van Decock werd geconcludeerd dat een professionele casemanager een positieve bijdrage zou zijn voor de gezondheidszorg. Ook bewijzen andere landen door een samenwerking aan te gaan met casemanagers, dat deze manier van werken een gunstig resultaat oplevert. Er wordt verwacht van de casemanager dat hij voldoende competent is en inzicht heeft in het systeem en taken die opgenomen zijn in de gezondheidszorg. Een pluspunt zou zijn dat de casemanager iemand is die een medische basis heeft en zich heeft gespecialiseerd in

casemanagement. De casemanager en zorgvrager maken samen een plan op, waarbij de zorgvrager veel inspraak heeft. Er is voldoende aandacht voor het luisteren naar de wensen van de zorgvrager. De zorgvrager wordt persoonlijk benaderd. Tijdens het proces wordt geëvalueerd en bijgestuurd tot de zorgvrager zijn tevredenheid over het plan uit. De casemanager heeft ook aandacht voor de context van de zorgvrager. De familie, kennissen, personen die aanwezig zijn om mantelzorg toe te dienen bij de zorgvrager en andere personen die direct in verbinding staan met de zorgvrager, vormen samen die context. Op deze manier kan de casemanager een brugfiguur en aanspreekpunt zijn tussen de zorgvrager en zijn hulpverleners en context. Een casemanager kan gezien worden als een aanvulling op de reeds bestaande zorg. Onderling versterken ze elkaar door een goede samenwerking. Dit is een duurzame coöperatie die opnames op spoed, instellingen en wzc zou doen afnemen (Decock, L., 2015). Een mooi voorbeeld hiervan is dat in Nederland zorgvragers aan hun casemanager de wens konden kenbaar maken om thuis te overlijden. Doordat de casemanager die palliatieve zorg kon coördineren, hoefden ze niet meer opgenomen te worden in een ziekenhuis of een palliatieve eenheid. Dit in vergelijking met omstandigheden zonder casemanager (zonmw, nl., 18 maart 2021).

Vaak zien wij familiale conflicten binnen de context van de bewoner, waarbij de problemen reeds geëscaleerd zijn. Deze ouderen met bepaalde gezinsproblematieken voelen de verhuis naar een wzc vaak aan als een 'moeten'. Eigenlijk zou er vanaf het moment dat er ergens thuiszorg/verpleging wordt opgestart, tegelijkertijd met gezinsbegeleiding kunnen gestart worden (B., directeur wzc, persoonlijke communicatie, 31 maart 2021).

## **Besluit**

Het tweede perspectief, de invalshoek psychologie, belicht wat nodig is om van welbevinden te spreken. De meeste ouderen geven blijk van veerkracht en slagen erin om volgens de zes kerndimensies een aanvaardbaar niveau van welbevinden te bewaren. Dit ondanks meervoudig verlies en tegenslagen. Het SOC model (Selecteren, optimaliseren en compenseren) biedt een raamwerk dat aansluit bij het competentiemodel. Het is een methodiek die mensen kan helpen om te gaan met een veranderende werkelijkheid en hen veerkrachtig te houden. Om te begrijpen hoe verlieservaringen die veerkracht kunnen verminderen, moeten we die verlieservaring kunnen begrijpen. Hierbij kunnen life review, reminiscentie en validation ondersteunende methodieken zijn voor hulpverleners.

In dit perspectief kwam euthanasie uitgebreid aan bod. Het onderzoek van de Nederlandse overheid wijst uit dat mensen die een doodswens uiten hun dagelijkse leven niet meer als de weerspiegeling zien van wie ze werkelijk zijn. Ook de link tussen eenzaamheid en levensmoeheid werd me duidelijk, want levensmoeheid is een complex probleem met verschillende achterliggende oorzaken waaronder een ernstige existentiële eenzaamheid. Om communicatie over dit soort problematiek mogelijk te maken is een Rogeriaanse grondhouding van de hulpverlener belangrijk tijdens gesprekken. Om die gesprekken te vergemakkelijken en/of te verdiepen kunnen methodieken zoals life review, reminiscentie en validation toegepast worden in de hulpverlening met ouderen.

Bij de vergelijking tussen zorgcoördinatie en casemanagement blijkt eens te meer hoe belangrijk het is om de zorgvrager zoveel mogelijk te laten participeren. Daar waar mogelijk moet de zorgcoördinatie in handen blijven van de zorgvrager. Een professionele casemanager kan een meerwaarde betekenen als brugfiguur en aanspreekpunt tussen de zorgvrager, zijn hulpverleners en zijn context. Een casemanager kan dan gezien worden als een aanvulling op de reeds bestaande zorg.

### 2.2.3 Invalshoek 3: sociologie

#### Inleiding

Statistieken wijzen uit dat het aantal ouderen in de nabije toekomst nog zal toenemen. Reden te meer om extra aandacht te besteden aan die bevolkingsgroep. Als maatschappij zijn we verantwoordelijk om samen het welzijn en de quality of live te bewaken van die groep mensen.

In deze invalshoek wordt even stilgestaan bij het verschil tussen vergrijzing en verzilvering van de bevolking. Vanuit een demografische en statistische uitleg wordt verklaard waarom de gemiddelde verblijfsduur in een wzc korter wordt en het verloop van bewoners dus groter wordt. Rossi beschrijft waarom mensen in de loop van hun leven verschillende keren verhuizen. Aan de hand van een verslag dat werd opgemaakt na het volgen van de webinar van Ann Peuteman, wordt toegelicht hoe we mensen kunnen enthousiasmeren om naar een wzc te verhuizen. Ook andere opties worden onder de loep genomen. Mensen kunnen samenwonen met meerdere generaties. Co-housing en mantelzorgwoningen zijn voorbeelden hiervan. Tot slot wordt er ingezoomd op de relatie en loyaliteit van kinderen naar hun ouders toe. Voor sommigen is het vanzelfsprekend dat de ouders in het gezin en de woning worden opgenomen, anderen gaan al heel snel op zoek naar een woonzorgcentrum. Ook de houding van de kinderen heeft invloed op hoe ouderen de verhuis naar een wzc beleven, daarom komt in deze invalshoek ook de relatie en loyaliteit van kinderen naar hun ouders toe, aan bod.

#### Vergrijzing en verzilvering

Statistieken die bestudeerd werden in de lessen demografie en gezinssociologie in de opleiding Gezinswetenschappen, bewijzen dat er vandaag in 2021 een vergrijzing en een verzilvering van de bevolking is in België. Prognoses wijzen uit dat er een collectieve verdubbeling van de oudere bevolking in Vlaanderen zal zijn in 2060 (Loris & Vervoort, 2018). We spreken over de oudere bevolking indien deze personen zevenenzestig jaar of ouder zijn, de huidige pensioenleeftijd.

Zowel de levensverwachting van de man als die van de vrouw is de laatste honderd jaar gestegen. Gemiddeld worden mannen in België nu ongeveer tweeëntachtig jaar en onze vrouwen hebben een levensverwachting van vijfentachtig jaar (Bogaerts, 2020). De toename van de groep 80+'ers duiden onderzoekers aan met de term 'verzilvering' (Loris & Vervoort, 2018).

Niet zozeer de vergrijzing is een probleem maar wel de verzilvering en daaruit volgend het steeds ouder worden van de mensen die naar het woon en zorgcentrum verhuizen. We zien dat niet alleen de gemiddelde leeftijd van de nieuwe bewoners hoger wordt, maar ook dat hun problematieken complexer worden. Dat alles samen maakt dat de gemiddelde verblijfsduur in een woonzorgcentrum korter wordt en het verloop van bewoners dus groter. Deze 'variabelen' worden veroorzaakt doordat ouderen steeds meer en langer thuis willen blijven met thuiszorgondersteuning (thuisverpleging, poetshulp, maaltijden aan huis, serviceflats...) en een verhuis willen uitstellen. Een woonzorgcentrum (wzc) is een specifieke voorziening voor deze ouderen. De gemiddelde leeftijd van ouderen die permanent verblijven in een wzc is vandaag

zevenentachtig jaar in Vlaanderen. Vier op de vijf ouderen scoren hoog op zorgafhankelijkheid. De score wordt bepaald door na te gaan welke verzorging de bewoner nodig heeft in het wzc. Het resultaat hiervan is dat elke bewoner een zorgprofiel krijgt (StatistiekVlaanderen, 2018).

Voorbeeld: Mia behoort niet meer bij de eerste groep ouderen, die rond een pensioenleeftijd zitten. Mia behoort tot de groep ouderen die voor de verzilvering van de bevolking zorgt en ze wordt op hoge leeftijd nog verhuisd naar een wzc, tot tweemaal toe.

Een zorgprofiel kan evolueren en zal dan worden aangepast tijdens het verblijf in het wzc:

\*In de periode van haar kortverblijf en aan het begin van haar verhuis kon Mia zichzelf nog gedeeltelijk behelpen bij het ochtendtoilet (bijvoorbeeld intiem toilet en zichzelf aan/uitkleden). Na verloop van tijd stond ze niet stabiel meer en moest ze zich volledig laten verzorgen.

Op 31 maart 2021 is de gemiddelde leeftijd in dit wzc zesentachtig jaar, negen maanden en 29 dagen (B., directeur wzc, persoonlijke communicatie, 31 maart 2021).

Wzc maken zelf de keuze welke zorgprofielen ze opnemen. Ik verwijs bijvoorbeeld naar residentie Moretus in Antwerpen, waar residenten wonen met een laag zorgprofiel. Maar voor hoge zorgprofielen, krijgen wzc meer subsidie voor zorgpersoneel. Dit wil zeggen dat voor elke bewoner subsidie wordt voorzien. Deze stijgt echter met een hogere zorgbehoefte, bijgevolg wordt er door bijna alle woonzorgcentra vooral ingezet op zwaardere zorgprofielen. Eigenlijk is het geen goede zaak voor het imago van een wzc als alle bewoners dementerend zijn of bedlegerig. Om die reden werden er in ons wzc regels afgesproken over de invulling van de bedden. Namelijk dat 80 % van de bedden wordt ingevuld met bewoners met hoge zorgnood en 20 % van de bedden wordt voorbehouden voor bewoners met een laag zorgprofiel. Zij zorgen door hun mobiliteit en alerte geest voor een leefbaarder imago van het huis. Hier kunnen dus bewoners opgenomen worden die thuis vereenzamen of die gewoon mee willen komen met een zorgbehoevende partner (B., directeur wzc, persoonlijke communicatie, 31 maart 2021).

### **Waarom mensen in de loop van hun leven verschillende keren verhuizen**

Volgens socioloog Rossi zijn de redenen die mensen aanvoeren om te verhuizen vaak gelinkt aan bepaalde periodes in hun leven. Jonge mensen willen op eigen benen staan. Als er gezinsuitbreiding komt, ontstaat de nood om ruimer te gaan wonen. Nadat alle kinderen het nest hebben verlaten, voelt de gezinswoning aan als te ruim en te leeg en kiezen jonge senioren er vaak voor om weer kleiner te gaan wonen (Loris & Vervoort, 2018, De Bruijn, 2011). Rossi beschrijft een verhuis als volgt: 'Een context zodanig schikken naar wat een bewoner verlangt, door de woonplaats te veranderen.'

In de loop der jaren veranderde het woningaanbod. Mensen kunnen dan wel nood hebben aan een grotere, kleinere, goedkopere of aangepaste woonruimte, maar verhuizen kan alleen als die bepaalde woning op dat moment voorhanden is in de regio die zij wensen. Dat woningaanbod hangt vaak samen met wijzigingen en omstandigheden op gebied van demografie, politiek en

economie wat allemaal samen een invloed heeft op het al dan verhuizen van mensen (De Bruijn, 2011).

### **Verhuis uit vrije wil of verhuis onder dwang**

Veel mensen veranderen vrijwillig van woning, zij maken een doordachte keuze. Niet iedereen verandert van woning omdat ze daarvoor kiezen. Voor een aantal mensen is een verhuis een noodzaak, zij voelen zich gedwongen om die 'keuze' te maken. Ook mensen die helemaal niet kiezen voor een verhuis kunnen daartoe gedwongen worden. Inkomensverlies, een scheiding waarbij het huis wordt verkocht, een onoverkomelijk burengeschil dat voor stres zorgt, een woningbrand, de onteigening van een woning ... Niet alleen ouderen, maar ook jonge mensen verhuizen soms noodgedwongen naar een instelling omdat ze bijvoorbeeld na een ongeval, door ziekte of door de hoge leeftijd van de ouders fysiek niet meer op diezelfde woonplaats kunnen functioneren (De Bruijn, 2011).

Bij mensen die ouder worden en die fysiek en/of psychisch aftakelen merken we die noodzaak om te veranderen van woonplaats ook op. Als mensen uit noodzaak moeten veranderen van woning laat dit een diepe indruk na. Er zijn nogal wat mensen die als gezonde volwassene nooit stil hebben gestaan bij hoe hun toekomst er eventueel zou kunnen uitzien en zij beginnen onvoorbereid aan dit verhuisavontuur. Mensen willen zich op jonge leeftijd de leuke vooruitzichten van hun pensioen voorstellen. Maar als het gaat over de minder leuke aspecten van het ouder worden zoals ziek worden of leven met een beperking, willen ze er bewust of onbewust niet over denken. Het niet erkennen of ervan weglopen ligt niet enkel bij de gezonde jonge mensen, maar evengoed bij de iets oudere bevolking op pensioenleeftijd. Loris en Vervoort pleiten in hun onderzoek ervoor dat mensen zich rond hun pensioenleeftijd zouden moeten realiseren dat ouder worden meestal gepaard gaat met een zekere nood aan externe zorg. Zij vinden dat er meer actie zou moeten gevoerd worden over andere opties dan woonzorgcentra. Zij vinden dat de bevolking moet gesensibiliseerd en geïnformeerd worden over de mogelijkheden van bijvoorbeeld serviceflats, mantelzorgwoningen (in de tuin), co-housing, inwonen bij de kinderen ... Enkel als mensen de mogelijkheden kennen, kunnen ze nadenken over de voor- en nadelen, zich verder informeren en daarna een geïnformeerde beslissing nemen. Dit voorkomt dat mensen op een bepaald moment onvoorbereid gedwongen worden te verhuizen naar een plaats waar ze zelf niet voor kiezen. Onderzoek wijst uit dat mensen hun eigen woning prefereren boven al de opgesomde woonvormen, wat begrijpelijk is. Dat neemt niet weg dat mensen best een plan B voorzien (Loris & Vervoort, 2018).

Verhuizen brengt verandering van de dagdagelijkse routine met zich mee. Onvoorbereid verhuizen maakt deze verandering moeilijker. Een gedwongen, onvoorbereide verhuis is emotioneel heel zwaar om dragen. Mensen voelen zich minder veilig en minder geborgen. Het tast ook hun zelfvertrouwen aan. Hoe langer mensen in hun vorige woning woonden, hoe zwaarder de (gedwongen) verhuis zal wegen. In extreme omstandigheden kan dit leiden tot mentale ongemakken. Naast het termijn die de mensen doorbrachten in hun vorige woning, maakt ook de verbondenheid die ze voelden met de woning een verschil. Mensen die heel gelukkig waren in hun vorige woning, zich daar echt op hun plaats voelden, zullen meer afwijzend

reageren en meer weerstand bieden bij de noodzaak om te veranderen van woning (De Bruijn, 2011). Dit zal het verlangen versterken naar hun eigen woning (zie verlies en verdriet van eigen woning, invalshoek psychologie).

Het loopt niet steeds dramatisch af zoals het hierboven wordt voorgesteld. Een noodzaak om te veranderen van woonplaats kan ook gunstig aflopen. Als iemand er al altijd rekening mee heeft gehouden dat een verhuis op termijn noodzakelijk kan zijn, dan helpt dat zeker bij de overgang. Ook mensen die niet tevreden of gelukkig waren in hun eigen woning zullen zich minder ongelukkig voelen bij een verhuis en meer openstaan voor de nieuwe verblijfplaats (De Bruijn, 2011).

Ook het karakter, de persoonlijkheid verschilt van persoon tot persoon en maakt wel degelijk een verschil als iemand zich moet aanpassen aan nieuwe woonomstandigheden. Wie positiever in het leven staat kan bij een noodzaak om van woonplaats te veranderen er het beste van willen maken. Iemand met een negatief perspectief zal zich focussen op de negatieve aspecten van de verhuis (zie invalshoek psychologie, interview A., hoofdverpleegkundige wzc). Misnoegdheid, ontevredenheid en twijfel vormen vaak de basis bij mensen die hun eigen, ooit zelfgekozen, woonplaats moeten verlaten. Een correcte aanpak van regeling en deugdelijke hulpverlening kan erbij toedragen dat deze mensen zich na geruime tijd gaan berusten in de situatie en deze geleidelijk aan gaan aanvaarden (De Bruijn, 2011).

Voorbeeld: Verloop van fysieke aftakeling bij Mia, mogelijkheid om context aan te passen aan de behoefte van Mia en uiteindelijk het verlaten van eigen woning.

\*Mia werd op een bepaald moment via de spoeddienst binnengebracht in het ziekenhuis. Volgens de artsen kreeg Mia een beroerte. Om hiervan te herstellen moest ze onder meer met een rollator leren stappen. Ze werd een eerste maal opgenomen in kortverblijf. Hierna ging ze naar huis, het huis werd aangepast, ze kreeg de nodige thuishulp, er werd een alarm geïnstalleerd. Lucia ging 2 à 3 keer in de week langs bij haar moeder, afgewisseld door haar man hun twee kinderen. Dit was een intensieve periode voor Lucia en haar gezin. Er volgde een tweede opname in kortverblijf. Mia's huis werd aangepast. Ze woonde op de eerste verdieping. Beneden had Lucia voor zichzelf een werkatelier ingericht. Samen met haar man verbouwde Lucia de benedenverdieping tot woonruimte voor haar moeder. Er werd een ziekenhuisbed aangekocht, een rolstoel op maat gemaakt, ook haar gehoor ging achteruit waarvoor een gehoorapparaat werd aangekocht en Mia had ook een klikgebit nodig. Na 9 maanden leek deze manier van leven niet te lukken, de situatie was niet meer leefbaar voor Lucia en haar gezin. Ze zochten naar een mogelijkheid voor een verhuis naar een wzc. Het was een hele zoektocht, maar uiteindelijk was er plaats in de eerste landelijke gemeente. Daar heeft ze twee jaar gewoond en nu kreeg ze de mogelijkheid om te veranderen, dichterbij Lucia en haar gezin. Eenmaal Mia definitief werd opgenomen was ze helemaal in de war geraakt van alles wat voorafging aan de verhuis. Ze zit vaak te huilen om wat ze achterliet.

De keuzemogelijkheid waar je wil wonen blijft bestaan. Mia koos uiteindelijk om te verhuizen naar een ander wzc. De Bruijn, Loris en Vervoort zouden stellen dat als Mia zich voorbereid had en voldoende geïnformeerd was op mogelijkheden (dus als Mia nagedacht had over wat ouder



worden met zich meebrengt en voldoende informatie kreeg van hulpverleners), ze heel dit parcours niet had moeten afleggen omdat ze dan meteen had kunnen kiezen om naar het wzc van haar keuze te verhuizen.

\*Na een kortverblijf in 2018 verhuisde Mia naar een woonzorgcentrum van een landelijke gemeente. Ze woonde daar niet graag en bleef haar dochter vragen om te mogen verhuizen naar een ander woonzorgcentrum. Op het moment dat er een plaats vrijkwam, grepen ze die kans.

Er is nood aan positieve aandacht voor wzc, we laten geen kans voorbijgaan als het gaat om publiciteit die het imago van wzc kan opkrikken. We moeten komen tot de visie dat de kandidaat-bewoner zelf kiest voor een verhuis naar een rusthuis. Binnen dit wzc hebben we een bewoonster die op haar 92 jaar een zeer bewuste keuze maakte om te verhuizen naar hier. Overleg met haar kinderen was niet nodig vond zij. Hiernaar zouden we moeten streven, dat mensen zelf die keuze kunnen maken (B., directeur wzc, persoonlijke communicatie, 31 maart 2021).

Vanuit het perspectief op de probleemverkenning **'hoe verliep de voorbereiding en begeleiding van Mia bij haar verhuis naar een WZC?'**

“Onze sociale dienst gaat de toekomstige bewoner thuis opzoeken of in het geval van Mia bezoeken zij ook de wzc waar de bewoner op dat moment woont (intake gesprek/vooropname gesprek). Zo vormen we een idee van de bewoner zijn context en kent de bewoner al twee gezichten van zijn nieuwe thuis. Dit vinden we heel belangrijk, maar sinds het begin van de Covidpandemie zijn deze huisbezoeken weggevallen.

Na ongeveer zes weken verblijf bij ons in het wzc wordt de bewoner geëvalueerd door de twee personen die bij hem op huisbezoek zijn geweest. Dit gebeurt eenmalig. Maar het is de bedoeling om enkele weken later terug te gaan evalueren met de bewoner, samen met zijn familie om te overlopen met de sociale dienst én de hoofdverpleegkundigen wat er goed verloopt, minder goed verloopt, wat beter kan. Hier bespreken we ook het levenseinde als we aanvoelen dat het kan voor de bewoner. Er wordt vooraf ook een vragenlijst meegegeven zodat de kinderen of mantelzorgers een aantal zaken over de levensloop van de bewoner kunnen invullen. Hiervan maakt de sociale dienst een verslag op en die wordt toegevoegd in ons zorgdossier. Zij staan achter het idee dat de toekomstige bewoner echt helemaal bekeken wordt en dat we zo veel mogelijk aspecten weten van de bewoner alvorens deze definitief verhuist naar ons wzc. Maar wij merken dat er eigenlijk te weinig informatie wordt gegeven door bewoner en familie. Mensen nemen niet de tijd thuis om dit degelijk in te vullen. Het is spijtig om tot conclusie te komen dat wij vaak meer te weten komen over de bewoner bij een begrafenis. Want dan leest iemand daar plots dingen voor over het leven van de overleden bewoner, die wij nooit geweten hebben. Het zou een meerwaarde zijn voor de bewoner moesten we die informatie vroeger meekrijgen, op het moment dat de bewoner verhuist naar ons wzc.

Mia is in deze omstandigheden verhuist naar ons wzc, maar dit was een heel andere situatie dan ze gewoon was. Ze was hier ooit in kortverblijf geweest in andere omstandigheden. Haar dochter mocht toen mee binnenkomen en haar kamer inrichten. Tijdens dat kortverblijf kon ze een nauw contact houden met haar familie. Kinderen, kleinkinderen en achterkleinkinderen kwamen

regelmatig op bezoek. Omwille van de Covid pandemie moest bij haar definitieve verhuis zeven dagen in quarantaine, zonder iemand te zien. Dit was een enorm gemis voor haar, dit had ze niet verwacht. Het was plots zeer moeilijk voor haar om haar familie niet meer te zien.

Normaal gezien worden nieuwe bewoners meteen betrokken bij het sociale leven in het wzc. Maar tijdens haar quarantaine zag ze enkel af en toe iemand die hoogstnoodzakelijk was. Ikzelf ben ook bij haar langs geweest en na een lang gesprek zuchtte ze triest: 'Nu heb ik heb geen contact meer... ik was eigenlijk beter gebleven waar ik was.' Mia is een persoon die direct heel diep gaat bij een tegenslag, dan ziet zij overal problemen. Dit komt doordat ze geen gemakkelijk leven heeft gekend. Ze is heel op zichzelf, sluit zich fel af van de andere bewoners, ze wil in haar coconnetje blijven. Maar langs de andere kant wil ze haar familie bij zich. Haar familiecocon is erg belangrijk voor haar. Deze quarantaineweek is ze doorgekomen doordat we haar in contact brachten met haar familie via de laptop (A., hoofdverpleegkundige wzc, persoonlijke communicatie, 24 maart 2021). "

### **Hoe kunnen we mensen enthousiasmeren om naar een wzc te verhuizen?**

Ann Peuteman is journaliste en auteur van het boek 'Grijsgedraaid.' In dat boek confronteert ze haar lezers met het feit dat we onze senioren heel veel, te veel, uit handen nemen. Ze geeft ook tips over hoe we dat anders kunnen aanpakken. Okra zorgrecht organiseerde op 24 februari 2021 een webinar waarin haar nieuwe boek 'Verplant' werd voorgesteld. Er werd een panelgesprek gehouden met Lynn Van Malderen (zorgnet Icuuro) en Melanie De Maerschalk (stafmedewerker vorming woonzorg VVSG). De aandacht gaat vooral naar de ondertitel van het boek, namelijk 'Waarom het heerlijk wonen kan zijn in een wzc.'

Peuteman legt de nadruk op 'verhuizen' in plaats van opnemen, als je mensen opneemt kunnen ze zich nergens 'thuis' gaan voelen. In eerste instantie vindt Peuteman dat een woonzorgcentrum hierin een belangrijke rol speelt. Ze is ook van mening het belangrijk is om de buurt binnen te halen in het wzc, vele woonzorgcentra doen dit reeds door kerstmarkten of rommelmarkten te organiseren.

Instellingen zouden nog meer kunnen inzetten op ontschotting: de muren neerhalen tussen de instelling en de maatschappij. De maatschappij binnenbrengen in de instelling door bijvoorbeeld lezingen op te nemen in woonzorgcentra, of een cultureel aanbod te voorzien waaraan bewoners en familie samen met buurtbewoners en vrienden kunnen aan deelnemen. Tot slot vindt Peuteman dat er een beladen of negatieve beeldvorming is in de maatschappij rond ouderen en kwetsbaarheid. Ze vindt dat er meer sensibilisatie moet zijn wat betreft ouder en kwetsbaarder worden, omdat dit tenslotte eigen is aan het leven. Peuteman kreeg reeds veel reacties op haar boek zoals: 'Mijn moeder is 'klaar' om naar een woonzorgcentrum te verhuizen, hoe begin ik hieraan?' Door gesprekken met verschillende ouderen komt Peuteman tot twee belangrijke conclusies, namelijk dat ouderen verlangen dat ze zo lang mogelijk de touwtjes in handen kunnen houden én dat ze kunnen blijven wie ze altijd geweest zijn.

Van Malderen en De Maerschalk zijn het eens met Peuteman om de buurt (maatschappij) vertrouwd te laten worden met woonzorgcentra. Zij voegen hieraan toe dat het belangrijk is om

in te zetten op buurtgericht werken. Bijvoorbeeld een open huis, heel gericht naar mensen met zorgnoden, woonzorgcentra deel laten uitmaken van de lokaliteit, samen werken met scholen in de buurt of met de ouderenverenigingen. De cafétaria's kunnen aantrekkelijk gemaakt worden voor wandelaars. Het nieuw woonzorgdecreet (wonen en leven) betreft 'woonzorg-leefplan' stelt het contact tussen de zorg, zorgmedewerkers, de bewoner en zijn familie voorop (= dialoog tussen wzc, familie en bewoner). Er moet een mogelijkheid zijn om de bewoner zijn wensen te bespreken. De inspraakmogelijkheid van de bewoner is belangrijk, inspraak over zijn eigen leven en de werking van de instelling. Het is cruciaal dat zorginstellingen bewoners bevragen en luisteren naar de wensen van de bewoner (Peuteman et al., webinar, 24 februari 2021). Dit bevestigt de noodzaak van een zorgethische benadering van een instelling en zijn medewerkers (zorgethische invalshoek).

Er is een merkbare evolutie van een medische of zorgbenadering naar een woon/leefgemeenschap. Om een woonzorginstelling te vinden op maat van de bewoner zou de bewoner zich goed moeten informeren bij verschillende instellingen om een uiteindelijke keuze te kunnen maken. Maar hier knelt het schoentje, de overheid bepaalt dat zwaar zorgbehoeftige ouderen kunnen verhuizen naar een wzc. Er is een transitie merkbaar, 30 jaar geleden had de bewoner dat wonen en leven zelf nog in de hand. Er is werk naar een financieringsplan op maat van de bewoner. Zou dit de oplossing zijn om de hoge facturen te kunnen betalen? Het gaat hier over een persoonsvolgende financiering (PVF) zoals deze wordt toegepast bij personen met een handicap, maar bij die doelgroep loopt het systeem van PVF momenteel nog te stroef om op dit moment al uit te breiden naar andere doelgroepen. Dit is een doel van de overheid, maar hier is nog jaren werk aan. Het pilootproject start in 2023 (Peuteman et al, webinar, 24 februari 2021).

Tot slot concludeerden de panelleden dat er weinig wordt stil gestaan bij het feit dat ouderen bij het verlaten van hun eigen woning verlies en verdriet ervaren. Volgens hen wordt dat verdriet om die verlieservaring nog te vaak onderschat. Zij zijn voorstanders van meer psychologische hulpverlening in wzc en bij de ouderen thuis. De mentale gezondheid en de sociale gezondheid zijn naast de fysieke gezondheid belangrijke aandachtspunten (Peuteman et al., webinar, 24 februari 2021).

### **Andere optie dan wonen in een woonzorgcentrum**

Een mogelijk andere optie dan te gaan wonen in een wzc kan zijn dat gezinnen verkiezen om met meerdere generaties samen te gaan wonen. Het samen wonen met verschillende generaties hoeft niet persé in één ruimte te zijn. Er duiken steeds meer verfrissende ideeën op over hoe mensen dit kunnen waarmaken. Een recent voorbeeld van zo'n verfrissend idee is bijvoorbeeld een mantelzorgwoning in de tuin of garage. Indien dit tijdelijk moet dienen is er de optie om een zorgunit te plaatsen. Het beleid loopt achter, het is nog moeilijk om een vergunning te krijgen voor het zetten van een zorgwoning in de tuin. Ook nutsmaatschappijen (elektriciteit, gas, water, internet...) lopen achterop als er twee meters moeten komen op hetzelfde adres (Timmers & Luyten, 2018).

De meest voor de hand liggende redenen om voor deze optie te kiezen kunnen voortkomen uit een gevoel van gewenste verbondenheid en nabijheid gepaard gaand met een economische afweging. Deze woonvorm kan een oplossing zijn voor mensen die door een verbouwing en

uitbreiding van hun gezinswoning plaats willen creëren voor het jonge gezin van een volwassen kind en voor zichzelf als ouder wordende senioren. De verschillende generaties onderling kunnen bij co-housen bepaalde en goed afgesproken verantwoordelijkheden opnemen. De ouderen kunnen zorgtaken op zich nemen voor de jongeren, hierdoor komt er ruimte vrij voor de ouders van de jongste generatie (zoals het niet moeten betalen van rekeningen voor kinderopvang, kinderen wegbrengen of afhaken...). De senioren kunnen de groentetuin onderhouden. Als het jonge gezin de hele dag afwezig is, is het mooi meegenomen dat de oudere generatie op minder voorstelbare tijden op stap gaat. Het jonge gezin kan de woning achterlaten met het geruststellende gevoel dat er tijdens hun afwezigheid (af en toe of meestal) iemand aanwezig is die de boel in de gaten kan houden. De keuze voor deze woonvorm komt dus niet persé voort uit 'het moeten zorgen voor onze ouders.' Een andere reden om met verschillende generaties samen te wonen kan gaan om het beperken van de onkosten voor beide generaties (Timmers & Luyten, 2018).

Het samen wonen met verschillende generaties is niet altijd rozengeur en maneschijn. Er kunnen zich spanningen voordoen, er kunnen geschillen ontstaan en de onderlinge gezinsrelatie kan hieronder gaan lijden. Een duidelijke communicatie omtrent afspraken over wie wat waar en wanneer doet kan deze moeilijke situatie voorkomen. Even belangrijk is dat ieder gezinslid zijn eigenheid kan blijven behouden, bijvoorbeeld een eigen mening kan vormen zonder inmenging van de andere generaties. Bij veel gezinnen is de privésfeer een belangrijk punt, iedereen in een gezin verlangt naar een eigen ruimte. Dit kan gaan om een verlangen naar eigen sanitair, eigen keuken of een eigen zitruimte. Evengoed zijn er andere gezinnen die net de behoefte hebben om alles samen te delen (Timmers & Luyten, 2018).

De keuze naar hoe men wil samenwonen en –leven verschilt van cultuur tot cultuur. Bij de Maghrebijns-Arabische en Turkse gezinnen zien we dat zij er meer voor kiezen om samen te leven in dezelfde woonruimte. Ook kan het samenwonen met verschillende generaties verschillen van regio tot regio, ook hier in Vlaanderen. In de Antwerpse, Limburgse en Vlaams-Brabantse regio is het opmerkelijk dat daar meer families met twee generaties samenwonen (Timmers & Luyten, 2018).

Er heerst(e) een taboe rond verhuizen naar een wzc, vroeger werd dit zelfs het stervenshuis genoemd. Ik ben zelf getuige geweest van een persoon die vertelde dat in de Marokkaanse gemeenschap dat taboe nog heerst. Hij vertelde dat binnen de Marokkaanse gemeenschap een rusthuis aanzien wordt als een vorm van ouder(en)mishandeling en daarom zorgen ze zelf voor hun ouders (B., directeur wzc, persoonlijke communicatie, 31 maart 2021).

### **Relatie en loyaliteit van kinderen naar hun ouders toe**

Kinderen kunnen op verschillende manieren tegenover hun ouders staan. In de lessen pedagogiek van deze opleiding werd onder andere het boekhoudersargument besproken. Dit argument, een theorie van de Hongaarse psychiater Boszormenyi-Nagy, stelt dat kinderen het leven cadeau krijgen van hun ouders. Hierdoor krijgen de kinderen een existentiële schuld, een schuld die blijft bestaan, die nooit kan worden 'terugbetaald'. Het leven is een heel waardevol cadeau. Niets wat

de kinderen voor hun ouders doen, dan de waarde van dat cadeau evenaren. Maar ze kunnen proberen om de existentiële schuld (partieel) af te lossen door een goed leven te leiden, hun ouders te helpen en ten slotte door zelf kinderen op de wereld te zetten (ze geven het leven, het waardevolle cadeau, door) (Van Crombrugge, 2009).

Nagy stelt evenwel ook dat ouders verantwoordelijk zijn door dat geven, zij moeten opvoeding verstrekken doordat zij schuldig zijn aan 'het op de wereld' zetten. De kinderen geven terug wat ze kunnen zodat ze een deel van hun schuld kunnen aflossen door iets goed te doen met hun gekregen leven, dit leven kunnen zij doorgeven aan de volgende generatie. Dat kan door gehoorzaamheid of te zorgen voor de hulpbehoevende ouder. Nagy spreekt over de intergenerationale loyaliteit. Er bestaat een existentiële band tussen verschillende generaties, tussen (groot-)ouders en kinderen. Doordat de kinderen hun leven kregen van hun ouders moeten zij hieraan loyaal zijn. Er is een verschil tussen een primaire loyaliteit (vanaf de geboorte ontstaan) en secundaire loyaliteit (door opvoeding en verzorging ontstaan) (Van Crombrugge, 2009).

Giesecke stelt dat kinderen een krediet krijgen van hun ouders die ze moeten afbetalen aan de volgende generatie. Enkele voorbeelden hiervan zijn te vergelijken met wat Nagy zegt, maar bij Giesecke staat het los van verwantschap. Giesecke ziet het terug -en doorbetalingen als contract. De kinderen moeten iets terugdoen, iets teruggeven in ruil voor het leven dat ze kregen van hun ouders. Zij kunnen dit waarmaken door zelf kinderen op de wereld te zetten en hen op te voeden, maar dus ook door kinderen te adopteren of door iets goed te doen voor de samenleving waarin de volgende generatie zal opgroeien (Van Crombrugge, 2009).

In het volgend voorbeeld is die existentiële schuld van het boekhoudersargument op te merken bij Lucia waarbij haar moeder Mia tegen haar zin naar een wzc moet verhuizen. Lucia wil ook goed zorgen voor haar moeder, ze vindt het haar plicht (loyaal) om voor haar hulpbehoevende moeder te zorgen (Nagy):

**\*\*Lucia vindt dat ze de verzorgende rol overnam van haar vader na zijn overlijden naar haar moeder toe. Lucia vindt dat het haar plicht is om te zorgen dat haar moeder in een goed wzc zit.**

Voorbeeld: Mia vergelijkt haar gezinscontext van vroeger met Lucia's gezinscontext, hier wordt duidelijk welke betekenis een hecht groot gezin heeft in verschillende omstandigheden. Vroeger waren er grotere gezinnen. Bij gebrek aan anticonceptie was er geen controle over hoeveel kinderen er zouden geboren worden. Dat veranderde toen de pil en andere contraceptiva algemeen beschikbaar werden waardoor geboortecontrolle mogelijk werd. In de lessen Demografie van de opleiding Gezinswetenschappen bestudeerden we het Totaal Vruchtbaarheidscijfer wat ons leert hoeveel kinderen een vrouw zal krijgen tijdens haar vruchtbare periode in een bepaalde regio. In België wordt TVC 1.76 niet gehaald. Het gevolg hiervan is dat er later een ontgroening zal zijn (minder jongeren) en er vergrijzing zal zijn (meer ouderen) (Bogaerts, 2020).

**\*\*Lucia raadt het niemand aan om enig kind te zijn, hoewel ze bij haar echtgenoot terecht kan mist ze het kunnen overleggen met een broer of zus over moeilijk bespreekbare onderwerpen**

zoals wilsbeschikking. Lucia wil haar echtgenoot en kinderen hiermee zo weinig mogelijk belasten zegt ze. Ze merkt op dat haar echtgenoot die meerdere broers en zussen heeft kan rekenen op andere personen uit het gezin, hoewel ze beseft dat een gezin met meerdere kinderen niet persé hecht is, voegt ze hieraan toe. Lucia heeft wel een neef die ze als broer beschouwt, na het overlijden van vader heeft ze hier veel steun bij ervaren. Ze staat ook even stil bij hun recent verlies van Mia's zus die een café had. Met deze tante had Lucia een betere band dan met haar moeder, zegt ze. 'Ze was begripvol en attent, een beetje mijn tweede moeder,' zegt Lucia.

\*Mia vergelijkt haar gezinssituatie van de vorige generatie met haar gezinssituatie nu. Mia vindt het nu spijtig voor haar dochter dat ze enig kind is, want ze beseft hoe zwaar alles is als je zaken niet kan delen of samen beslissen met broers of zussen. Samen met haar echtgenoot gingen ze voor 1 kind, omdat ze niet groot woonden en anders moesten verhuizen indien ze meerdere kinderen wilden. Mia heeft een neef mee groot gebracht en deze beschouwt ze als een broer voor Lucia. Zijzelf komt uit een arm gezin met zeven kinderen, enkele weken geleden is haar zus overleden en nu blijft ze als laatste van haar generatie over. Ze huilt, want door de coronacrisis kon ze geen afscheid nemen en ze had haar zus al een poosje niet meer gezien. Haar moeder werd 92 jaar, zo oud wil ze zelf niet worden! Maar doordat ze met veel kinderen waren konden ze hun moeder met een beurtrol gaan verzorgen en zo was er steeds iemand tot moeder in bed lag. Haar moeder zorgde goed voor de kinderen en deed dit alleen vindt Mia, haar vader dronk eens een glaasje en hield van andere vrouwen. Zo had hij een zoon in Frankrijk en kwam haar moeder dit te weten via papieren per post die in orde moesten gebracht worden. Mia had contact met haar 'halfbroer'. Ze herinnert zich ook nog hoe moeder in haar vruchtbare periode bij de kinderen kwam slapen, met een stoel voor de deur. In die tijd was er nog geen pil zegt Mia. Als kind begreep ze hier niets van.

\*Mia heeft een goede vriendin die even oud is als zij, die kan nog goed uit de voeten en heeft haar man nog zegt ze. Toch durft ze soms nogal eens te klagen... Nadat haar man stierf zegt Mia heel veel steun van dit koppel gekregen te hebben. Ze gingen samen iets drinken, kwamen bij elkaar.'

#### ➤ Samenvatting sociaal verslag

De eindconclusie die in het sociaal verslag te lezen staat is: *'Mia heeft een moeilijk leven gekend en om die reden is ze geen gemakkelijke vrouw. Na Zwitserland deed Mia het huishouden en deed ze zo nu en dan de schoonmaak bij familieleden. Ook ging ze vaak een handje helpen bij haar zus die een café had.'*

#### **Besluit**

Uit deze invalshoek blijkt dat niet zozeer de vergrijzing een probleem is, maar wel de verzilvering. Belangrijk om mee te nemen naar mijn veranderingsdoel toe is dat dit betekent dat de gemiddelde leeftijd van de nieuwe bewoners in wzc niet alleen hoger wordt, maar ook hun problematieken complexer worden. De literatuurstudie verklaart ook dat meer en meer ouderen

zo lang mogelijk willen thuisblijven ondanks hun hoge leeftijd en complexe problematiek. Mijn veranderingsdoel moet daarop afgestemd zijn.

Mensen verhuizen verschillende keren in de loop van hun leven. Uit de studie daarrond leerde ik dat het bewezen is dat de impact van een verhuizing groter is bij mensen die uit noodzaak moeten verhuizen dan bij mensen die verhuizen op vrijwillige basis. Een verhuis naar een woonzorgcentrum gebeurt vaak uit noodzaak of zelfs onder dwang. Als gezinswetenschapper moeten we het hele plaatje blijven zien en is het belangrijk om ook de rol van de persoonlijkheid en het karakter van de oudere mee te nemen. Ook al gebeurt de verhuis niet op vrijwillige basis, iemand met een positieve ingesteld zal daar beter mee omgaan dan iemand die negatief is ingesteld. Mensen op jongere leeftijd al informeren en sensibiliseren over verschillende mogelijkheden van woonvormen, kan helpen om hen op latere leeftijd bewuste beslissingen te laten nemen. Ook wat woonzorgcentra betreft geldt: onbekend is onbemind. Pas als mensen degelijk zijn geïnformeerd en alle keuzemogelijkheden kennen, kunnen ze een keuze maken. Via een goede communicatie inzetten op de beeldvorming naar wzc toe is daarbij noodzakelijk. Die beeldvorming zou al positief kunnen evolueren als we ons woordgebruik aanpassen. Zo worden mensen nog vaak 'opgenomen in een wzc' en dat klinkt veel minder neutraal dan 'verhuizen naar een wzc'. Bovendien is het belangrijk dat instellingen werken aan ontschotting en de buurt binnenhalen. Zorgen voor meer verbondenheid is zeker iets wat in mijn veranderingsdoel aan bod komt.

Inzicht in de manier waarop kinderen al dan niet verbonden zijn met hun ouders, helpt ook om inzicht te krijgen in de houding van familieleden van (nieuwe) bewoners. Als gezinswetenschappers maakten we kennis met verschillende theorieën daarrond die in deze invalshoek niet mochten ontbreken. Deze theorieën kunnen immers voor een stuk de houding van de familieleden naar de oudere toe, maar ook naar de hulpverleners toe, verklaren.

### **2.2.4 Algemeen besluit invalshoeken zorgethiek, psychologie en sociologie**

Naar aanleiding van de casus heb ik verschillende elementen belicht en op de voorgrond gezet die belangrijk zijn voor mij als gezinswetenschapper. Ik deed dit vanuit het perspectief van drie verschillende invalshoeken: zorgethiek, psychologie en sociologie. Het is mogelijk dat er andere elementen naar voren worden geschoven door andere hulpverleners, als gevolg van hun specialisatie. Deze verschillende invalshoeken zijn niet afzonderlijk van elkaar te benaderen bij hulpverlening, ze vormen één geheel.

De literatuurstudie in fase twee bracht me het inzicht dat een goede communicatie tussen diensten onderling en naar de context, de gezinnen van de onze bewoners, essentieel is om het welbevinden van de bewoner en zijn gezin te bewaren en of te verhogen. De literatuur in verband met zorgethiek geeft aan dat om goed te communiceren het belangrijk is kritisch te werken, aan zelfreflectie te doen en steeds na te gaan wat je goed deed of wat beter kan bij de hulpverlening.

Via de literatuurstudie over psychologie werd duidelijk wat nodig is om van welbevinden te spreken. Cruciaal hier is dat er aandacht is en rekening wordt gehouden met de zes kerndimensies die nodig zijn om te kunnen spreken van een psychologisch welbevinden van de bewoner. In deze invalshoek schuift het belang van psychologische hulpverlening sterk naar voor, de laatste tien jaar is er een evolutie merkbaar die meer aandacht brengt naar het mentaal en emotioneel welzijn van ouderen. Het KCE-rapport bewijst dat, door vergrijzing en verzilvering van de bevolking de overheid dringend aan de nood moet tegemoetkomen om een georganiseerd en samenhangend zorgsysteem te faciliteren. Uit dit rapport blijkt dat er nood is aan een zorgsysteem dat de kwaliteit van het leven op de voorgrond zet, de zorg integreert en voor iedereen toegankelijk is. Tot slot is in deze invalshoek het idee dat een casemanager die als brugfiguur de communicatie op gang houdt tussen alle hulpverleners, de zorgvrager en zijn context, een interessant gegeven.

De sociologische invalshoek leert ons wat het verschil is tussen de keuze hebben om te verhuizen en die keuze niet te hebben. Ook andere woonvormen komen ter sprake. We leren hier hoe belangrijk het is om reeds de reflectie te hebben gemaakt naar een mogelijke toekomst waarin je ooit voor dergelijke keuzes komt te staan, het belang van voorbereid zijn. Er is de noodzaak om via een goede en duidelijke communicatie mensen te informeren en te sensibiliseren. Dit kan een taak van de overheid zijn, maar ook van de instellingen (wzc) zelf.

Omdat het belang van een goede communicatie de rode draad is die door de drie invalshoeken liep en dus het fundament vormt van deze bachelorproef, wil ik in het laatste deel van mijn bachelorproef die communicatie op de voorgrond zetten.



## **Profiel van respondenten: interview, hearing met professionelen in het wzc waar Mia woont**

24 maart 2021

### **Profiel van hulpverlener 1: hoofdverpleegkundige**

**Naam en leeftijd:** Ik ben A. en ik ben 50 jaar.

**Opleiding:** Ik ben afgestudeerd als verpleegkundige in 1991.

**Ervaringen uit het verleden:** Ik heb 12 jaar in een ziekenhuis gewerkt, op de afdeling intensieve zorgen. Dat werk deed ik heel graag. Mentaal en fysiek is dat werk wel zwaar. Ik besloot om in een woonzorgcentrum te beginnen werken als hoofdverpleegkundige, dit is een hele andere wereld want ik wist weinig over het werk in een wzc. Voor deze functie deed ik een kaderopleiding en maakte ik een eindwerk over seksualiteit bij ouderen. Ondertussen werk ik hier al 16 jaar, het geeft me voldoening om hier als hoofdverpleegkundige te kunnen werken in de ouderenzorg.

31 maart 2021

### **Profiel van hulpverlener 2: directeur**

**Naam en leeftijd:** Ik ben B. en ik ben 60 jaar.

**Opleiding:** Ik ben afgestudeerd als verpleegkundige en Master medische en sociale wetenschappen VUB (opleiding ziekenhuisbeheer).

**Ervaring uit het verleden:** Ik werkte 16 jaar in het operatiekwartier (O.K.), waarvan 10,5 jaar als O.K.-verpleegkundige en 5,5 jaar als hoofdverpleegkundige O.K. Hierna was ik 4,5 jaar tewerkgesteld als verpleegkundig directeur in een wzc. Sinds 16 jaar tot heden ben ik directeur van dit wzc.

### **Profiel van hulpverlener 3: sociaal werker, sociale dienst**

**Naam en leeftijd:** Ik ben J. en ik ben 33 jaar.

**Opleiding:** Ik heb een bachelor in de ergotherapie en een bachelor in het sociaal werk (optie maatschappelijk werk).

**Ervaring uit het verleden:** Ik werkte 1 jaar op een geriatrische dienst en op een palliatieve eenheid. Daarna was ik 2,5 jaar tewerkgesteld op interne liaison geriatrie. Sinds 9 jaar tot heden werk ik in dit wzc, daarnaast ben ik dagelijks verantwoordelijke voor de assistentiewoningen (GAW). Mijn werkervaring is hoofdzakelijk het uitoefenen van de functie als maatschappelijk assistent.

#### **Profiel van hulpverlener 4: psycholoog, sociale dienst**

**Naam en leeftijd:** Ik ben K. en ik ben 33 jaar.

**Opleiding:** Ik heb een bachelor in de toegepaste psychologie (klinische psychologie), Postgraduaat familiaal bemiddelaar en volgde een verkorte bachelor in verzekering en bemiddeling.

**Ervaring uit het verleden:** Ik werkte 2 jaar in een centrum voor ambulante revalidatie (CAR) binnen een multidisciplinair team en 5 jaar als bemiddelaar en begeleider bij Jeugdzorg Emmaüs. Daarna werkte ik 2 jaar als verzekeringsbemiddelaar en was ik in bijberoep echtscheidingsbemiddelaar (erkend). Sinds 3 jaar tot heden werk ik op de sociale dienst van dit wzc, daarnaast geef ik psychosociale ondersteuning voor wonen en leven en ben ik woonassistente voor de assistentiewoningen (GAW).

## Fase 3. FASE 3: DRIE VERANDERINGSGERICHTE STRATEGIEËN

### 3.1 Formuleren van probleemvoorstellen

#### Inleiding

Ik ben vertrokken vanuit de probleemstelling dat de voorbereiding en begeleiding van Mia bij haar verhuis naar het wzc, niet goed verlopen is. Ik stelde me bij aanvang al de vraag of dat beter kon en wat daar voor nodig is. Het veranderingsdoel formuleerde ik oorspronkelijk als:

Mia wordt in het nieuwe wzc opgevangen en geïnformeerd. Mia kan bij de zorgverleners terecht met haar eigen specifieke gevoelens en behoefte (wil dood, vraag naar euthanasie, behoefte aan afzondering, vraag om 'gehoord' te worden/behoefte aan een gesprek). Mia heeft een vertrouwenspersoon in het wzc.

Met de inzichten die ik verworven heb in fase twee, wil ik dat graag herformuleren:

'Wat dient te worden aangepast aan de benadering van een wzc naar een nieuwe bewoner toe en hoe kunnen we ervoor zorgen dat de kwaliteit van leven van die persoon gewaarborgd blijft of verhoogd wordt?' Verder Met de focus op dit veranderingsdoel zal ik in fase drie een aantal voorbeelden uit binnen- en buitenland van naderbij bekijken en in samenspraak met directie en sociale dienst van het wzc waar Mia woont, bekijken welke veranderingsstrategieën haalbaar zijn om uit te werken.

Als voorbereiding op deze fase van mijn bachelorproef ben ik gaan praten met de directeur en de sociale dienst van het wzc waar Mia woont. Zij zijn mijn informatiebronnen. Wat vinden zij dat goed loopt op vlak van communicatie en waar zien zij mogelijkheden om iets te verbeteren om het welbevinden van de bewoner en zijn gezin te bewaren of te verhogen?

### 3.2 Aansluiting veranderingsstrategieën en veranderingsdoelen

#### De kracht van communicatie

*'Je kan niet niet communiceren'*

**Paul Watzlawick**

De oudere generatie in onze maatschappij wenst niet te worden betutteld als kleine kinderen, maar vraagt om op een respectvolle manier benaderd te worden. Zij zijn immers volwassen personen. Hoe hulpverleners met ouderen omgaan en hoe ze hen aanspreken, geeft vaak de persoonlijkheid van de hulpverlener zelf weer. Communiceren op een respectvolle manier met ouderen is niet steeds vanzelfsprekend. We zien vaak dat bepaalde persoonlijkheden en karaktereigenschappen uitvergroot worden bij het ouder worden, wat maakt dat hulpverleners

het weleens moeilijk hebben met de 'scherpe' kantjes van ouderen. Het doel van een goede communicatie moet steeds zijn dat hulpverleners niet óver de ouderen communiceren, maar dat zij mét de ouderen communiceren. Hierbij houden zij rekening met de leefwereld van de ouderen, die steeds eenzamer en enger wordt (Heylen, et al., 2020).

Gebrek aan een goede communicatie veroorzaakt veel uiteenlopende problemen in onze maatschappij. Tijdens het gesprek met wzc directeur B., bleek dat hij het belang inziet van een goede en vlotte communicatie tussen verschillende diensten.

Wij hebben dankzij een goede samenwerking met de dienst thuiszorg al enkele mensen kunnen helpen met hun zorgnoden. Het gaat hier om bewoners van assistentiewoningen. Dit kunnen we in de toekomst verderzetten door sneller interdisciplinair samen te werken in het systeem (OCMW en zorgbedrijf). Door sneller met elkaar te communiceren naar wat deze mensen nodig hebben en door zelf voorstellen te doen, werken we aan hun levenskwaliteit (B., directeur wzc, 31 maart 2021).

#### **De directeur legt verder uit hoe de bestaande communicatie in dat wzc eruitziet:**

**Opendeurdagen:** In 2006 deden we een grote opendeurdag, ook hadden we al enkele beperkte opendeurdagen. We moeten echter steeds voor ogen houden dat een opendeurdag bedoeld is om vragen van mensen te beantwoorden en hun interesse te wekken. We mogen geen loze beloftes doen of te hoge verwachtingen scheppen.

De wachtlijst in ons wzc liep ooit op tot 460 kandidaat-bewoners en dit zonder het organiseren van opendeurdagen. Nog meer kandidaat-bewoners inschrijven zou onrealistische verwachtingen creëren, dus hebben we daar gedurende vele jaren niet op ingezet.

We werken nu met twee wachtlijsten, namelijk een passieve wachtlijst en een actieve wachtlijst. Op de passieve wachtlijst komen mensen met een niet dringende nood, zij maakten de keuze uit voorzorg. Op de actieve wachtlijst komen de mensen die de keuze gemaakt hebben en dringende nood hebben naar een verhuis. Hier is sprake van een versoepeling van de wachtlijst.

**Evaluatiegesprek:** Dit gebeurt na ongeveer 6 weken verblijf bij een definitieve verhuis.

**Gebruikersraad** (vroeger bewonersraad): dit is verplicht, we moeten vier keer per jaar een gebruikersraad organiseren. Hier krijgen bewoners en hun familieleden inspraak. Familieleden van een bewoner met dementie kunnen als vertegenwoordiger optreden, er mogen niet meer familieleden op de gebruikersraad aanwezig zijn dan bewoners.

**Familieavond:** deze avond wordt één keer per jaar georganiseerd voor bewoners en familieleden. Aanwezigen op deze avond zijn ongeveer 25 à 30 familieleden van de 92 bewoners en 2 à 3 bewoners. Hieraan koppelen we een informatief gedeelte zoals bijvoorbeeld een toelichting van enkele wijzigingen.

Verder hebben we een **informatiebrochure en folder** (B., directeur wzc, persoonlijke communicatie, 31 maart 2021).

**J. en K. van de sociale dienst leggen verder uit wat het doel is van intakegesprekken en verdere opvolging van bewoners en hun familie.**

**Doel van intake:** we proberen zoveel mogelijk informatie te krijgen van de bewoner en zijn familie, maar we nemen vooral ook de tijd om hén te informeren over onze werking. Door onze verbale en non-verbale communicatie drukken we uit hoe welkom iemand is (hierbij is het belangrijk uit te leggen waarom we iets noteren of waarom we bijvoorbeeld even afstand nemen om iets te noteren op onze computer). Er is niet één en dezelfde gesprekstechniek die wij gebruiken, want de manier van communiceren hangt af van wie er voor ons zit. Wel parafraseren, herhalen, we vragen door etc. om verwachtingen af te toetsen *(de lessen methodieken in de opleiding gezinswetenschappen leerden ons dat we met de basis die ons meegegeven is over gespreksmethoden, een eigen stijl zullen ontwikkelen van gesprekken voeren)*.

We werken ernaartoe om de mensen een gevoel te geven dat ze welkom zijn, we willen er zijn voor de mensen. We willen meegeven dat dit een plaats is waar de bewoners zichzelf kunnen zijn, maar ook voor alle betrokkenen rondom hen, hun netwerk zoals kinderen, kleinkinderen, ouders... staat de deur hier altijd open.

We houden rekening met 2 belangrijke zaken:

1. De voorafgaande communicatie/intake: dit is geen vaststaand proces, dit is een proces dat moet evolueren. In ons wzc zouden we kunnen op zoek gaan naar een manier waarop communicatie essentieel is en er geen informatie verloren gaat om het welbevinden van de bewoner en zijn familie te verhogen.
2. Verdere opvolging na dagen, weken, maanden en jaren is noodzakelijk. Maar als hulpverleners worden we soms geconfronteerd met het feit dat we het welbevinden van de bewoner niet kunnen bewaken of verhogen. Dit komt doordat de persoon zichzelf negatief opstelt, net als zijn omgeving. Nadat je alle mogelijkheden hebt uitgeput als hulpverlener onder andere door samen te werken met andere professionals, om aan dat welbevinden van de bewoner en zijn familie te werken, is het niet fijn om te zien dat alles bij het oude blijft en de bewoner daardoor ongelukkig is. Maar als zij willen leven op de manier waarop ze bezig zijn, blijft ons niets anders dan hun manier van leven te respecteren. Dan moet je als hulpverlener kunnen inzien dat het oké is. *(In de opleiding gezinswetenschappen zagen we in de lessen psychopathologie van volwassenen en ouderen dat een gezinscontext helend of toxisch kan zijn! Dit is een voorbeeld van een toxische gezinscontext)*.

Welbevinden in een laatste levensfase is cruciaal, hier gaan we na wat we nog kunnen doen op dat moment om de bewoner en zijn familie 'goed' te laten voelen (J. & K., sociale dienst wzc, persoonlijke communicatie, 31 maart 2021).

De casus van Mia laat leidt tot de conclusie dat we Mia's welbevinden kunnen helpen bewaren door respect te tonen voor de levenswijze van Mia. We merken op dat Mia's gezinscontext niet toxisch is, maar helend. Mia wordt begrepen door haar dochter en familie, ze krijgt hier de steun die ze nodig heeft. Ook de hulpverleners kunnen helend zijn voor Mia door goed te luisteren naar

wat ze wil. Zij kunnen nagaan wat er nodig is om Mia en haar familie een goed gevoel te geven. Ze kunnen Mia en familie laten weten dat ze steeds op hen kunnen rekenen. Dat er rekening wordt gehouden met wat ze wensen.

### **Samenwerking met andere disciplines**

Een goede communicatie tussen collega's van verschillende disciplines (zowel intern als extern) geeft de beste kans om het welbevinden van de bewoner en zijn familie te kunnen bewaren of verhogen. De essentie is om zoveel mogelijk informatie naar iedereen te communiceren. Zo zou het bijvoorbeeld al een goed idee zijn om nieuwe bewoners voor te stellen aan het team bij een ochtendbriefing.

Tot slot vinden we dat er in een wzc een basis moet zijn aan veiligheid en kracht. Het wzc moet zelf genoeg draagkracht hebben om op die manier de draaglast van de bewoner te verlagen waardoor hun welbevinden kan bewaard en zelfs kan verhoogd worden (J. & K., sociale dienst wzc, persoonlijke communicatie, 31 maart 2021).

### 3.3 Welke Veranderingsgerichte strategieën zijn er?

#### 3.3.1 *Veranderingsstrategie 1: sectoroverschrijdende zorg*

**Veranderingsvoorstel 1 - Op mesoniveau:** De communicatie

Verbeteren tussen de verschillende diensten (wat kan het wzc doen voor...).

##### **Sectoroverschrijdende zorg:**

Dit wzc is sterk bezig in verbinding te gaan met bewoner en familie. Elk discipline werkt hieraan mee, de bewoner wordt gehoord, gezien en mag praten. Er wordt geluisterd, men ziet de bewoner en de professionelen in de verschillende disciplines laten de bewoner aan het woord. Zo heeft de bewoner inspraak via de bewonersraad, inspraak op het menu via de keukenmanager, inspraak in de dagindeling via animatie, inspraak op dag en nachtritme...

Mijn veranderingsvoorstel is dat er intern aan de mensen op de 'werkvloer', de zorgverstrekkers die rechtstreeks in contact staan met de bewoner, meer informatie zou verstrekt worden zodat er meer betrokkenheid mogelijk is, zodat iedereen zich ten volle kan inzetten voor een kwalitatief goede 'zorgverlening' naar bewoner en zijn familie toe. Dit is een veranderingsdoel op mesoniveau (wat kan het wzc doen voor...).

Zo zouden ze allemaal samen er kunnen voor zorgen dat er meer antwoorden gegeven worden op de gedetailleerde vragen over het leven van de bewoner. Uit het gesprek met de hoofdverpleegkundige en sociale dienst bleek dat er weinig respons is van de familieleden op de gedetailleerde vragen, bedoeld voor het sociaal verslag dat in de zorgdossiers wordt opgenomen. Dat is niet verwonderlijk want die vragen moeten worden ingevuld door de familieleden op het moment van inschrijving op de wachtlijst. Het invullen wordt op die manier een extra opdracht op een moment dat er heel veel zaken administratief moeten geregeld worden en er al een grote mentale belasting is bij de toekomstige bewoner en zijn mantelzorgers.

##### **Idee om dat te verbeteren:**

Om die respons te verhogen zouden we verpleegkundigen, zorgkundigen en andere zorgverstrekkers kunnen betrekken bij het noteren hiervan. Op die manier ligt de verantwoordelijkheid niet bij één persoon van de sociale dienst op het moment van inschrijving of verhuis. Zorgverstrekkers worden tijdens hun verpleeg- en verzorgmomenten veel geïnformeerd door de bewoner. Tijdens bezoeken vertellen familieleden ook veel over het vroegere gezin. Deze informatieve gegevens kunnen genoteerd worden meteen na verhuis en bezorgd worden aan de sociale dienst. Belangrijk is dat dit niet stopt na de eerste gewenperiode van zes weken en dat verpleegkundigen en verzorgenden, net als kinesisten en andere betrokken hulpverleners blijvend die informatie blijven doorgeven aan iedereen die met de bewoner in contact komt. Het psychosociaal dossier van de bewoner is nooit af, net zoals het medisch dossier

blijvend wordt aangevuld, kan dat ook met het psychosociaal dossier. Als toekomstig gezinswetenschapper doe ik met dit voorstel aan bonding, bridging tussen de verschillende disciplines in het wzc. Ik zie verbinding tussen de sociale dienst en andere multidisciplines, die ieder met zijn specialisatie in verbinding staat met de bewoner en zijn familie.

### **3.3.2 Veranderingsstrategie 2: professionele en niet-professionele aandachtspersonen**

**Veranderingsvoorstel 2- Op mesoniveau:** Als hulpverleners aan de nieuwe bewoners en hun familie bij de verhuis naar het wzc hen een warm welkomgevoel willen geven, dan kunnen ze dat doen door hen echt te horen, echt te zien en echt op een respectvolle manier met hen te praten.

#### **Idee om dat te verbeteren:**

- Concretiseren van zorgcoördinator versus casemanagement in het wzc. Een tool die gebruikelijk is in ziekenhuizen en andere instellingen, maar ook wel toepasbaar is in een wzc is werken met ‘professionele aandachtspersonen.’ Hierbij krijgt één hulpverlener een mandaat om een bewoner wat meer van nabij op te volgen. *Ik stel voor om in dit wzc ook met professionele aandachtspersonen te werken. Door enkele bewoners (en hun familie) toe te wijzen aan een hulpverlener worden zij sneller gehoord en gezien en opgevolgd door diezelfde hulpverlener.* Het concept van werken met aandachtspersonen beperkt zich niet tot één op één contact op regelmatige basis. Aandachtspersonen krijgen van de directie de tijd om samen met de bewoner een tasje koffie te drinken, in gesprek te gaan, een verjaardagscadeautje te kopen, een keertje op uitstap gaan. Deze manier van werken zorgt voor meer betrokkenheid van zowel de bewoner als van het personeelslid. Er is meer aandacht naar het welbevinden van de bewoner doordat deze persoonlijk wordt opgevolgd. De aandachtspersoon zal sneller zaken opmerken bij de bewoner, dit in team bespreken en opvolgen indien nodig. Het zou ook een meerwaarde zijn als de aandachtspersoon aanwezig kan zijn bij het evaluatiegesprek zes weken nadat de bewoner verhuisd is. Het zorgt ervoor dat de bewoner zich verbonden voelt, er ontstaat een wederzijds vertrouwen. Dat wederzijds vertrouwen zorgt ervoor dat er goed gecommuniceerd wordt (Zorgzaam, z.d., z.p.).
- Met een ‘Welkom, nieuwe buur’-kaartje kunnen ze de nieuwe bewoner en zijn familie welkom heten bij verhuis naar hun wzc. Dit is een kaart waarop getuigenissen staan van de huidige bewoners en hun familie voor de nieuwe bewoners en hun familie. Bij een foto van enkele bewoners en/of hun familie wordt een tip vanuit hun beleving geplaatst, wat hen heeft geholpen om zich goed te blijven voelen na de verhuis. Dit is een manier van werken met ‘niet-professionele aandachtspersonen.’



### **Uitwerken van het project 'welkomkaart: welkom nieuwe buur':**

Ik ben ik gesprek gegaan met een huidige bewoner die zich goed voelt in het wzc (en familie) en vroeg wat hen heeft geholpen bij de verhuis om zich goed te blijven voelen. Hiervoor vroeg ik toestemming aan directie, de teamverantwoordelijke voor wonen en leven en aan de bewoner en familie. De bevraging zette ik in een korte quote bij een foto van die bewoner/familie en maakte hiervan een welkomkaart voor een nieuwe bewoner en familie. Als de nieuwe bewoner arriveert in het wzc treffen ze deze de kaart aan op tafel bij een bloemetje in hun nieuwe woonomgeving.

Dit ideetje deed ik op via een inspiratiegids-zilverwijzer in wzc. Oorspronkelijk idee in de inspiratiegids laat van bewoners voor bewoners een 'goed in je vel' brochure maken. Ik bekijk dit gezinswetenschappelijk, dus betrek ik de familieleden hierbij. Zeker als vertegenwoordigers van ouderen met dementie, zij kunnen een belangrijke steun zijn voor andere familieleden en vise versa (Inspiratiegids zilverwijzer, 2013).

Dit voorstel werd besproken op 27 april 2021 op een multidisciplinair team, waar verantwoordelijken van verschillende disciplines samen vergaderen.

Het voorstel werd ook besproken in het team van wonen en leven. Er is een akkoord en een voorstel om dit door te trekken naar alle afdelingen. De verantwoordelijke van het team wonen en leven liet me weten dat dit veranderingsvoorstel later zal worden toegelicht in de interne 'bewonerskrant'.

Er zijn verschillende voordelen aan dit kaartjessysteem. De huidige bewoners en hun familie worden op die manier gehoord en gezien en kunnen praten, dit is ook een moment om verder in gesprek te gaan met de zorgverleners indien nodig (welbevinden bewaren). De huidige bewoners betrekken de nieuwe bewoners en hun familie bij de werking door hen als nieuw lid van de 'wzc-familie' welkom te heten. In de literatuurstudie in fase 2 zagen we hoe cruciaal het is om ouderen het gevoel te geven 'erbij' te horen, op deze manier dragen bewoners hun steentje bij door aandacht te schenken aan nieuwe bewoners.

Hiermee hopen we dat de nieuwe bewoner en zijn familie zich gesteund voelt door gedeelde ervaringen van andere bewoners, waarin ze zichzelf kunnen herkennen. Voor nieuwe bewoners zijn de ervaringen van bewoners een aanvullen op de folder van het wzc en dat wat hen gezegd is tijdens het opnamegesprek. Tijdens gesprekken met bewoners kunnen ze hun verwachtingen toetsen. Gesprekken met leeftijdsgenoten zijn meestal ook gemakkelijker en drempelverlagend. Ik hoop dat ze zich hierdoor eerder opgenomen voelen in de wzc-familie en dat ze zich sneller 'thuis' zullen voelen (welbevinden verhogen).

Een ander voordeel van het kaartjessysteem is dat we daardoor de huidige bewoners die hieraan meewerken, empoweren. We laten de ervaringsdeskundige bewoner voelen dat we zijn inbreng waarderen en dat hij echt iets kan betekenen in het verhuisproces van de nieuwe bewoner. Op

die manier kan deze ervaringsdeskundige zich nuttig voelen. Hierdoor krijgt het psychisch welbevinden van zowel de nieuwe bewoner als dat van de huidige bewoner, aandacht.

De wzc medewerkers zullen de ervaringsdeskundigen natuurlijk zorgvuldig selecteren. Mensen die voornamelijk negatieve ervaringen beleven komen niet in aanmerking. Deze mensen uiten zich sowieso al vaker. Het is net om daaraan een realistisch tegengewicht te bieden dat zij mensen zullen inzetten die op een positieve manier met de verhuis hebben leren omgaan en dat willen delen. Het dwingt de medewerkers wel om na te denken over wie zich goed voelt en wie niet, waardoor er vanzelf weer meer aandacht komt voor het psychosociale welbevinden van de bewoners.

Het kaartjessysteem kan helpen om bruggen te bouwen die voor verbinding zorgen tussen de nieuwe bewoners en hun familie enerzijds en de huidige bewoners en hun familie anderzijds.

Een beschrijving van hoe de welkomkaart eruit ziet: Op de voorkant ziet u een kaart met frisse, kleurrijke tulpen, daarop staat: *'Welkom nieuwe buur!'* Binnenin de kaart is er eerst een foto van de peters van de afdeling met naam en kamernummer, gevolgd door een quote:

'Peter 1' X zegt: ***'Ik heb mijn vrijheid, want ik beslis zelf nog waar ik naartoe wil overdag. Alles wat ik nog zelf kan, doe ik ook.'***

'Meter 2' XY zegt: ***'Ze zorgen hier goed voor mij.'***

'Dochter van meter 2' XY2 zegt: ***'Als familieleden kunnen wij bij het personeel terecht, we werden warm onthaald.'***

Centraal is er een algemene tekst van alle peters en meters namens hun medebewoners en personeel: *Beste medebewoner, van harte welkom op onze afdeling! Net als jij heb ik de verhuis naar het wzc ook meegemaakt en wil ik graag jouw gids zijn. Ik wil je vertellen wat me geholpen heeft om me hier thuis te voelen. We zien elkaar vast en zeker eens in de refter, de dagzaal, de cafetaria, in onze mooie tuin... Of kom gerust eens op mijn deur kloppen voor een babbeltje. De mensen die hier werken zijn een stuk jonger dan wij. En neen, zij hebben nog niet meegemaakt wat wij beleven. Maar ze hebben al veel mensen ondersteund bij hun verhuis naar hier. Samen met mij wil iedereen jou verwelkomen en jou horen, zien en met jou praten.*

*Tot gauw, X, alle medebewoners en personeel*

*\*Uitwerking welkomkaart: zie bijlage*

### 3.3.3 Veranderingsstrategie 3: babbelmuur als hulpmiddel bij hulpverlening

**Veranderingsvoorstel 3- Op microniveau:** Communicatie verbeteren op het niveau van de bewoner.

Voorbeeld: hoe echt luisteren naar de bewoner, hoe echt begrijpen wat die zegt (en niet zegt, maar wel mee zit), hem écht horen.

Hoe gespreksonderwerpen vinden? Hoe van het levensverhaal een voortdurend proces maken wat gekend is/toegankelijk is voor alle verzorgenden die het kunnen lezen en aanvullen. Hoe de bewoner empoweren door in te zetten op de communicatie zodat hij het gevoel heeft de regie in handen te kunnen houden waar mogelijk?

#### Idee om dat te verbeteren:

Babbelmuur: 'Ik hoor, zie en praat met jou-wand': In de dagzaal zou men een muur (met prikbord) kunnen voorzien waar bewoners en hun familieleden, alsook personeelsleden worden uitgenodigd om hun persoonlijke 'gedachten' over te brengen. Dit kan bijvoorbeeld d.m.v. een krantenartikel, briefje, gedicht, muziektekst, tekening, foto's. In de week of twee weken die daarop volgen plant men een groepsgesprek hierrond, waar iedereen mag aan deelnemen. Het moment voor dat groepsgesprek kan aangekondigd worden bovenaan het prikbord. Het thema kan wisselend zijn, maar om verder te gaan op het mentaal welbevinden zou iedereen die hiertoe wordt uitgenodigd iets kunnen posten waaraan ze denken als men over 'mentaal welbevinden' spreekt. Ouderen zien die term opduiken in folders en tijdens gesprekken. 'Wij vinden jouw mentaal welbevinden belangrijk', maar weten zij wat dat inhoudt? Als iemand zegt: 'Dat wat ik nodig heb om me goed te voelen in't koppeke.' zullen alle medebewoners meteen begrijpen waar het om gaat. De onderwerpen zijn gespreksopeners. Dit kan in een vorm van life review of reminiscentie, bijvoorbeeld welke momenten waren moeilijk in jouw leven? Welke blijie momenten zijn jou bijgebleven? De gespreksvoerder neemt de grondhouding van Rogers aan en kan door kennis van validation op een empathische manier luisteren naar de deelnemers.

Indien iemand nood heeft aan een individueel gesprek na dit groepsgesprek, dan is dat zeker mogelijk. De gespreksleider kan dat aankondigen bij de aanvang of op het einde van het groepsgesprek. Dit idee geeft iedereen de mogelijkheid om in verbinding te blijven met elkaar en bevordert de communicatie onderling. Het zou kunnen dat deelnemers aan het groepsgesprek hierover verder onderling of met anderen communiceren. Ook zou het kunnen dat personen die niet deelnamen aan het groepsgesprek interesse tonen wat dit deed met de personen die wel deelnamen aan het groepsgesprek, wat op zich ook weer gespreksopeners kunnen zijn tijdens een zorgmoment of op een moment dat de bewoner kiné krijgt. Bewoners en families onderling kunnen erover praten tijdens een drink in de cafetaria of op het terras, tijdens een wandeling etc...

## Besluit

Veranderingsstrategieën werden gevormd op het veranderingsdoel ‘Wat dient te worden aangepast aan de benadering van een wzc naar een nieuwe bewoner toe en hoe kunnen we ervoor zorgen dat de kwaliteit van leven van die persoon gewaarborgd blijft of verhoogd wordt?’

In een eerste veranderingsvoorstel ga ik na wat het wzc kan doen om dat doel te bereiken, namelijk de communicatie verbeteren tussen de verschillende diensten. Verschillende diensten volgen de bewoner en zijn familie samen op. De bewoners worden gezien en gehoord en krijgen inspraak. Vanuit de directie en sociale dienst wordt bevestigd dat er gewerkt kan worden aan de communicatie tussen verschillende diensten.

In een tweede veranderingsstrategie wil ik de nieuwe bewoners een warm welkomgevoel geven door te werken met professionele en niet-professionele aandachtspersonen op dienst. Het wzc neemt het voorstel in overweging wat de professionele aandachtspersonen betreft. Mijn voorstel om welkomkaarten te integreren van de huidige bewoners voor de nieuwe bewoners bij verhuis naar het wzc, werd onmiddellijk aanvaard. De ervaren bewoners stellen zich kandidaat als ‘meter’ of ‘peter’ en dus als niet-professionele aandachtspersoon voor de nieuwe bewoner. Op deze manier voelen de huidige bewoners dat ze een bijdrage leveren. Zij zijn een aanpreekpunt voor hun afdeling. Ik kreeg toestemming tot het concretiseren van dat voorstel en werkte het uit. Ik zocht alvast een peter en een meter op een afdeling, ging met hen in gesprek en de kaartjes werden gedrukt. Ze zitten in bijlage bij deze bachelorproef.

Tot slot deed ik een voorstel om de communicatie te verbeteren op het niveau van de bewoner. Ik stelde een ‘babbelmuur’ voor, de ‘Ik hoor, zie en praat met jou-wand’. Als tijdens deze groepsgesprekken nood blijkt aan verder één op één doorpraten van bepaalde zaken, kunnen door de hulpverleners verschillende methodieken worden toegepast zoals life review, reminiscentie en validation die werden beschreven in fase twee. Hierbij is de Rogeriaanse grondhouding van de hulpverlener belangrijk. Reminiscentie wordt reeds toegepast in het wzc waar Mia woont. Nadat personeelsleden worden bijgeschoold over verschillende methodieken (zoals life review en validation), vraagt het tijd en inspanning om deze toe te passen en te integreren in het wzc.

**Kritische opmerking** bij deze veranderingsdoelen: De directeur van het wzc staat open voor deze voorstellen. Maar volgens hem zouden drie voorstellen voor verandering op één en hetzelfde terrein onrust kunnen veroorzaken op de werkvloer. Hij zegt dat *‘te veel verandering mensen onzeker maakt en ook op andere terreinen is er altijd wel iets wat bijgestuurd wordt.’* Daarom is het aangewezen om het hele project uit te voeren in een stappenplan. Aanvullend stelde ik voor om eerst het voorstel van de welkomkaart (voorstel 2) volledig te integreren in de werking van het wzc en vervolgens over te schakelen naar een volgend voorstel. De directeur ging daarmee akkoord. Het voorstel om te werken met professionele aandachtspersonen zal planmatig moeten benaderd worden. Er zal gestart worden met enkele aandachtspersonen op één dienst, waarna een evaluatie volgt.

Vervolgens zal (indien de babbelmuur en de niet-professionele aandachtspersonen volledig geïntegreerd zijn in de werking van het wzc) voorstel 1 worden aangepakt. Ik stel voor om dit

voorstel als laatste aan te pakken omdat het hier om een groter project gaat, het vraagt veel tijd en werk om aan communicatie te werken tussen verschillende diensten. Om een goed resultaat neer te zetten, zal dit project ook planmatig moeten verlopen. Er zal een intern communicatieplan moeten worden opgesteld. In dat plan worden doelen opgesteld die om evaluatie en her-evaluatie vragen.

## ALGEMEEN BESLUIT

Deze bachelorproef gaf me de kans om dieper in te gaan op een problematiek waar ik als verpleegkundige slechts in beperkte mate bij betrokken werd in het verleden. Ik vroeg me af wat ik als verpleegkundige kan betekenen bij de verhuis van een oudere naar een woonzorgcentrum. Hoe kan ik als gezinswetenschapper verschillende disciplines en diensten met elkaar verbinden zodat ze met het hele team op één lijn staan en de betrokken nieuwe bewoners zo goed mogelijk kunnen opvangen? Het was Mia, een bewoner die zich moeilijk kon aanpassen aan de verhuis, die me deed nadenken over deze problematiek. Ik ben begonnen met gesprekken. Zowel met Mia als met haar dochter. Om uit te zoeken waar ze nu precies problemen mee hadden. Zo kwam ik op de probleemstelling want het werd me duidelijk dat Mia nabijheid en verbinding met anderen mist. Ze voelt zich niet erkend en ze zondert zich af (mede door haar gehoorprobleem en de quarantaine vanwege de Covid-pandemie). Ze verliest hierdoor nog meer de verbinding met anderen, er is een snelle fysieke achteruitgang en ook maatschappelijk en godsdienstig voelt ze zich in de steek gelaten. Vervolgens zocht ik via drie verschillende perspectieven in literatuur hoe ik deze probleemstelling kon benaderen.

In de invalshoek zorgethiek beschreef ik hoe de hulpverlener kritisch leert werken. Uit de geraadpleegde literatuur bleek dat het niet vanzelfsprekend is dat iedere hulpverlener een morele ontwikkeling heeft die het toelaat om zichzelf in vraag te stellen. Niet iedereen is immers bekwaam om de eigen moraal, eigen waarden en normen, te blijven ontwikkelen en in vraag te stellen. Enkel mensen die een goede morele ontwikkeling hebben doorlopen zijn daartoe in staat. Ik leerde ook dat de verbinding tussen de hulpverlener en de bewoner heel belangrijk is om de bewoner de hem toegediende zorg te laten ervaren als een meerwaarde om zijn kwaliteit van leven zo hoog mogelijk te houden. Bij het maken van verbinding is communicatie altijd belangrijk en ik begon me meer en meer te focussen op de vraag of de communicatie beter zou kunnen. Want hoe kun je de behoeften van de kwetsbare persoon beantwoorden als die behoefte niet besproken wordt? En wat als die behoeften volgens jouw normen en waarden niet redelijk zijn? Denken we maar aan een euthanasievraag. Het werd me duidelijk dat ethiek in iedere wisselwerking tussen de hulpverleners en de bewoners zit.

Het tweede perspectief, de invalshoek psychologie, belicht wat nodig is om van welbevinden te spreken. Ik bespreek de zes kerndimensies die volgens Carol Ryff overal in de literatuur aan bod komen en volgens haar essentieel zijn om tot psychologisch welbevinden te komen. De meeste ouderen geven blijk van veerkracht en slagen er volgens die kerndimensies in om een aanvaardbaar niveau van welbevinden te bewaren en dit ondanks meervoudig verlies en tegenslagen. Het SOC model (Selecteren, optimaliseren en compenseren) is een raamwerk dat aansluit bij het competentiemodel. Het is een methodiek die mensen kan helpen om te gaan met een veranderende werkelijkheid en hen veerkrachtig te houden. Het is ook weer via een goede communicatie met de oudere dat zorgverleners kunnen achterhalen waar die persoon kan selecteren, optimaliseren en compenseren.

Ouderen die naar een woonzorgcentrum verhuizen hebben allemaal al te maken gehad met verlies, wat hun veerkracht kan verminderen. Om bewoners te helpen om zich aan te passen aan

de verhuis naar een wzc, moeten we deze verlieservaringen begrijpen. Als ze daarover willen praten, moeten zorgverleners deze verliezen kunnen plaatsen in het juiste kader. Daarom vond ik het belangrijk om de verschillende soorten verlieservaringen te bespreken. Ik besprak de vier rouwtaken die Manu Keirse benoemt als rouwarbeid. Ik vond het belangrijk om daar aandacht aan te besteden omdat Mia tijdens gesprekken had aangegeven dat ze blijvend rouwt om haar overleden broers en zussen. Ze rouwt naar eigen zeggen ook nog iedere dag om haar eerstgeboren kindje dat nooit heeft geleefd. Ook fysieke aftakeling en het verlies van zelfstandigheid, het verlies van de eigen woning zijn verlieservaringen die aan bod komen.

Omdat Mia de wens uit om te mogen sterven en deze vraag regelmatig aan bod komt in wzc, ben ik ook de vraag naar euthanasie gaan onderzoeken. Dat deed ook de Nederlandse overheid en daaruit bleek dat deelnemers aan deze onderzoeken, aangeven dat hun dagelijkse leven niet meer de weerspiegeling is van wie ze werkelijk zijn. Omdat ik uit mijn casusbespreking had geleerd dat Mia vooral eenzaam was en verbinding miste, vond ik het als gezinswetenschapper belangrijk om te onderzoeken of er een link zou kunnen zijn met haar doodswens. Uit mijn literatuurstudie blijkt dat die link wel degelijk bestaat, want levensmoeheid wordt aanzien als een complex probleem met verschillende achterliggende oorzaken. Zo ervaren veel mensen die zeggen liever te sterven dan verder te leven, een ernstige existentiële eenzaamheid en een gebrek aan wederkerigheid. Samengevat kunnen we stellen dat het zo hoog mogelijk houden van de kwaliteit van leven essentieel is. Om daaraan te werken moeten we aandacht hebben voor de psychosociale aspecten van het ouder worden. Om communicatie over dit soort problematiek mogelijk te maken is een Rogeriaanse grondhouding van de hulpverlener belangrijk tijdens gesprekken. Voor ouderen kan het immers moeilijk zijn om daar met hulpverleners over te praten. Dat bracht me op het idee om in mijn derde fase een veranderingsvoorstel te formuleren wat focust op de mogelijkheid om bewoners meer met elkaar in gesprek te brengen. De drempel is minder hoog dan naar de hulpverlening toe en het zou de eenzaamheid kunnen verminderen en de verbinding en het samenhangingsgevoel kunnen verbeteren.

De invalshoek sociologie leerde me het belang van informatie en sensibilisatie over ouder worden, woonvormen en verhuizen. In deze invalshoek focuste ik onder meer op de vergrijzing en verzilvering van onze bevolking, waar onlosmakelijk het onderwerp 'verhuis' mee verbonden is. Daar waar verhuizen in de loop van het leven meestal een eigen beslissing is, is dat anders op hoge leeftijd. Dan is verhuizen vaak een noodzaak. Dat betekent dat ouderen vaak niet uit vrije wil verhuizen naar een wzc. Op dit moment is de beeldvorming naar wzc toe niet positief. Mensen zien de verhuis naar een wzc als iets wat moet als het echt niet anders kan. De literatuurstudie hielp me nadenken over het feit dat deze verhuis heel vaak onvoorbereid gebeurt. Ik zag daardoor dat ook hier een goede communicatie, sensibilisatie en informatie nodig is die kan helpen bij de voorbereiding. We spreken in wzc nog te vaak over een 'opname' terwijl dat negatief klinkt. Over een 'verhuis' spreken is neutraler. Ik heb alvast het goede voorbeeld gegeven door in deze bachelorproef over een verhuis te praten en niet over een opname. Als gezinswetenschapper vond ik het ook belangrijk om niet enkel de problematiek van Mia te bestuderen, maar ook te kijken naar de pijn die Lucia, haar dochter ervaart. Daarom heb ik de relatie en loyaliteit van kinderen naar hun ouders toe besproken.

De rode draad doorheen mijn literatuurstudie was dat een goede communicatie tussen de diensten onderling en naar de bewoners en hun familie toe, essentieel is om het welbevinden van de bewoners te bewaren/verhogen. Daarom wou ik in mijn veranderingsstrategie vooral inzetten op het verbeteren van de communicatie om daardoor het algemeen welbevinden te verhogen.

De welkomkaartjes van bewoners die de nieuwe bewoners krijgen, kunnen hen al meteen het gevoel geven dat ze welkom zijn in de wzc-familie en dat er iemand op hen wacht, klaar om contact te maken. Dit idee werd meteen goed onthaald door het wzc waar Mia woont en enthousiast gebruikt. Het wzc gaf me de toestemming om dit 'mini-projectje' te leiden, de nieuwe welkomkaart voor het wzc is het resultaat van een goede samenwerking met verschillende disciplines, bewoners en hun familie.

Ze overwogen ook mijn voorstel om voortaan met aandachtspersonen te werken. Het gaat er dan om dat iedere bewoner een zorgverlener toegewezen krijgt die aan die bewoner extra aandacht schenkt. Aandachtspersonen krijgen van de directie de tijd om samen met de bewoner een tasje koffie te drinken, in gesprek te gaan, een verjaardagscadeautje te kopen...

Een ander idee om gesprekken op gang te brengen is de 'Babelmuur', een 'Ik hoor, zie en praat met jou-wand'. Op een centrale plaats waar mensen samenkomen (in het dagverblijf, de cafetaria...) voorziet het wzc een muur (met prikbord) waar bewoners en hun familieleden, net als personeelsleden worden uitgenodigd om hun persoonlijke 'gedachten' over te brengen. Dit kan bijvoorbeeld d.m.v. een krantenartikel, briefje, gedicht, muziketekst, tekening of (oude) foto's. Om de zoveel tijd plant men een groepsgesprek hierrond, waar iedereen mag aan deelnemen.

Verder stelde ik aan het wzc ook een aantal methodieken voor die minder zichtbaar zijn, maar zeker niet minder belangrijk. Life review, herinnering en validatie zijn stuk voor stuk methodieken die aan zorgverleners een raamwerk bieden waarbinnen diepere gesprekken gestructureerd kunnen plaatsvinden.

Deze veranderingsstrategieën zijn voorbeelden van zorgethiek en psychologie. Ze doen hulpverleners nadenken over hun handelen, over hun waarden en normen. Psychologische hulpverlening kan ondersteund worden door verschillende methodieken zoals hierboven beschreven. Hierbij kunnen de veranderingsstrategieën niet alleen zorgen voor meer verbinding tussen de bewoners onderling en tussen bewoners-familie-hulpverleners, maar ook tussen de hulpverleners onderling. **Interdisciplinair werken aan meer verbinding, zorgt ervoor dat we de maatschappij samen een beetje warmer en menselijker maken. Voor onze buurt, onze bewoners, onze families en voor elkaar.**





## LITERATUURLIJST

Adriaenssens, J., Farfan-Portet, M-I., Benahmed, N., Kohn, L., Dubois, C., Devriese, S., Eyssen, M., & Ricour, C., (2018). Hoe de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen verbeteren?- Synthese. Geraadpleegd op 13 maart 2021 via [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be)

Baeten, K. (2020-2021). Cursus Psychopathologie van volwassenen en ouderen.

Blommendaal, P., & van de Vathorst, S. (2017). Euthanasie bij voltooid leven. Geraadpleegd op 28 januari 2021 via [Euthanasie bij voltooid leven | SpringerLink](#)

Bogaerts, S. (28 april 2020). Cursus Gezins sociologie.

Bohlmeijer, E.T., Steunenbergh, B., & Westerhof, G.J. (30 juni 2012). Remiscentie en geestelijke gezondheid: empirische onderbouwing van interventies. Springerlink. Geraadpleegd op 29 april 2021 via [Remiscentie en geestelijke gezondheid: empirische onderbouwing van interventies. | SpringerLink](#)

De Bruijn, A. (2011). Ook oude bomen moeten soms verplant worden. Een onderzoek naar gedwongen verhuizingen onder ouderen als gevolg van herstructurering. Utrecht University Repository. Geraadpleegd op 11 februari 2021 via [Scriptie Anke de Bruijn.pdf = Ook oude bomen moeten soms worden verplant Een onderzoek naar gedwongen verhuizingen onder ouderen als gevolg van herstructurering. \(uu.nl\)](#)

Decock, L. (2014-2015). De implementatie van een casemanagement in de eerstelijnszorg in Vlaanderen: een kwalitatieve studie naar de visie van verpleegkundigen binnen eerstelijnszorgorganisatie. Universiteit Gent, de Vlaamse scriptiebank. Geraadpleegd op 17 maart 2021 via [De implementatie van casemanagement in de eerstelijnszorg in Vlaanderen: een kwalitatieve studie naar de visie van verpleegkundigen binnen eerstelijnszorgorganisaties | Scriptieprijs \(scriptiebank.be\)](#)

Dely, H. (mei 2016). Remiscentie bij personen met dementie: (niet) zomaar terug naar het verleden? Handboek dementie. Geraadpleegd op 3 mei 2021 via <https://www.dementie.be/wp-content/uploads/2018/01/remiscentie.pdf>

Dezutter, J. (december, 2016). Het biopsychosociaal model: Een integraal model? KU Leuven, ResearchGate. Geraadpleegd op 17 mei 2021 via [\(PDF\) Het biopsychosociaal zorgmodel: Een integraal model? \(researchgate.net\)](#)

Elfrink, T. (2012). De betekenis van groei perspectief van deelnemers aan een life-review interventie. Universiteit twente, student theses. Geraadpleegd op 29 april 2021 via [De betekenis van groei Perspectief van deelnemers aan een life-review interventie - University of Twente Student Theses \(utwente.nl\)](#)

Ganzevoort, R. (2009). Ouderenzorg als waardengemeenschap. Symposium Communities van en voor ouderen, Windesheim, Zwolle. Geraadpleegd op 18 januari 2021 via [2009 Ouderenzorg.pdf \(ruardganzevoort.nl\)](#)

Gastmans, C. (2010). Ruimte voor relaties ethisch verantwoorde ouderenzorg. KU Leuven: Zorgnet Icuuro. Geraadpleegd op 23 december via [Ruimte voor relaties Ethisch verantwoorde ouderenzorg \(zorg-en-gezondheid.be\)](#)

Geraadpleegd op 18 januari 2018 via [STiMUL - Het verhaal van de man die op een dag van de trap viel - YouTube](#)

Geraadpleegd op 18 januari 2018 via [sTimul zorg ethisch lab een praktijk van zorg ethisch leren - YouTube](#)

Grypdonck, M., (december 2016). Exposure en zorgethiek: na-denken bij een symposium.

Geraadpleegd op 24 december 2020 via [Exposure en zorgethiek](#)

Grypdonck, M., Lemiengre, J., & Lammens, A., (december 2019). Groeien in deugddoende zorg, relationele zorgethiek in de praktijk: Roadmap voor leidinggevenden in woonzorgcentra.

Publicatie vanuit het project 'Ruimte voor relaties: ethische verantwoorde zorg voor woonzorgcentra' in opdracht van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Stimulans en sTimul. Geraadpleegd op 24 december 2020 via [Brochure - Groeien in deugddoende zorg - Roadmap.pdf \(zorg-en-gezondheid.be\)](#)

Grypdonck, M., Vanlaere, L., & Timmerman, M., (2019). Zorgethisch leiderschap in praktijk. Tiel: uitgeverij Lannoo nv, pp. 10-22. Geraadpleegd op 24 december 2020 via [zorgethisch leiderschap in praktijk.indd \(lannoo.be\)](#)

Grypdonck, M., Vanlaere, L., & Timmerman, M., (2018). Zorgethiek in praktijk. De basis. Tiel: uitgeverij Lannoo nv, pp. 8-22. Geraadpleegd op 24 december 2020 via [9789401450539.pdf \(academiapress.be\)](#)

Heylen, L., Blux, T., Neijenhuis, K., & De Bodt, M., (2020). Respectvol communiceren met ouderen. Senioren in de maatschappij. Oud-Turnhout/'s Herenbosch: Gompel&Svacina.

Infographic, (16 februari 2017). Zorgcoördinatie vs casemanagement. Geraadpleegd op 11 april 2021 via <https://www.youtube.com/watch?v=f4t2A4MBekM>

Inspiratiegids. Zilverwijzer in woonzorgcentra. Een groepsmethodiek voor bewoners van woonzorgcentra. Geraadpleegd op 14 april 2021 via [Inspiratiegids\\_ZW\\_WZC.pdf \(gezondleven.be\)](#)

Jennifer, E. (2015). Journal of aging life care. Ierland. Geraadpleegd op 20 april 2021 via [The Baltes' model of successful aging and its considerations for Aging Life Care™ / geriatric care management – Aging Life Care Association™ \(aginglifecarejournal.org\)](#)

Keirse, M. (2017). Helpen bij verlies en verdriet. Een gids voor het gezin en de hulpverlener. Tiel: Lannoo; 2011a (26ste druk).

Keirse, M. (2011). Later begint vandaag. Antwoorden over de laatste levensfase, palliatieve zorg en euthanasie. Tiel: Lannoo nv (10<sup>de</sup> druk).

Lammens, A., & De Schepper, A. (2012). Onderdompeling in het perspectief van de zorgvrager. Minithema: zorgethiek en goede zorgpraktijken. Verslag van een 'inleef tweedaagse'.

Geraadpleegd op 18 januari 2021 via [Onderdompeling in het perspectief van de zorgvrager | SpringerLink](#)

Loris, I., & Vervoort, P. (2018). Het experiment: een verbeeldende kijk op ouder worden.

Geraadpleegd op 11 februari 2021 via [Het experiment : een verbeeldende kijk op ouder worden \(ugent.be\)](#)

Meijerink, M. M. (2011). Evaluatie van de life-review interventie voor ouderen met depressieve klachten: een kwalitatief onderzoek. Universiteit twente, student theses. Geraadpleegd op 29

april 2021 via [Evaluatie van de life-review interventie voor ouderen met depressieve klachten: een kwalitatief onderzoek - University of Twente Student Theses \(utwente.nl\)](#)

Napolitano, C., & Freund, A. (16 mei 2019). Het model van selectie, optimalisatie en compensatie. Encyclopedie van gerontologie en vergrijzing. Springer Link. Living editie. Redactie: Danan Gu, Matthew E. Dupre. Geraadpleegd op 21 april 2021 via [The Model of Selection, Optimization, and Compensation | SpringerLink](#)

Peuteman, A. (2020). Verplant: waarom het heerlijk wonen kan zijn in een woonzorgcentrum. E-book, geraadpleegd op 28 januari 2021 via [Verplant: Waarom het heerlijk wonen kan zijn in het woonzorgcentrum - Ann Peutemans - Google Boeken](#)

Poiesz, P., Caris, J., & Lapré, F. (29 oktober 2016). Gezondheid: een definitie? Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 94, 252-255 (2016). Geraadpleegd op 13 maart 2021 via [Gezondheid: een definitie? | SpringerLink](#)

Price, J., Jordan, J., Prior, L., & Parkes, J. (2011). Living through the death of a child: A qualitative study of bereaved parents' experiences. International Journal of Nursing Studies 48 (2011) 1384-1392. Geraadpleegd op 21 januari 2021 via [Living through the death of a child: A qualitative study of bereaved parents' experiences | Elsevier Enhanced Reader](#)

Rechtsethiek.NI (14 augustus 2018). Geraadpleegd op 21 april 2021 via [Het verschil tussen moraal en ethiek \(rechtsethiek.nl\)](#)

Rijksoverheid.nl, (z.d). Eutanasiëwens zonder medische reden (voltooid leven). Geraadpleegd op 8 februari 2021 via [Euthanasiewens zonder medische reden \(voltooid leven\) | Levensende en euthanasie | Rijksoverheid.nl](#)

Schrijnemaekers, V., Duijnhouwer, E., te Wierick, M., & Frederiks, C. (1995). De effectiviteit van validation. Een literatuuronderzoek. Tijdschr gerontol geriatr 1995, 26-205-13. Geraadpleegd op 30 april 2021 via [25305 .PDF \(ru.nl\)](#)

Stas, K., Verbruggen, A., & Vlaeminck, H. (2019). Ethische knopen. Leidraad voor doordacht sociaal werk. Pelckmans Pro: Antwerpen.

StatistiekVlaanderen, 2018. Geraadpleegd op 5 maart 2021 via [Zorg en ondersteuning voor ouderen - Statistiek Vlaanderen](#)

Stevens, N., & van Rijswijk, R. (2010). Partnerverlies op latere leeftijd. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. Geraadpleegd op 18 januari 2021 via [Partnerverlies op latere leeftijd | SpringerLink](#)

te Paske, G. (2017). De zin van herinneren. Een onderzoek naar de mogelijkheden van de life review methode voor de geestelijke verzorging van ouderen. Radboud, Universiteit Nijmegen. Geraadpleegd op 11 april 2021 via

[https://eur02.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Ftheses.ubn.ru.nl%2Fbitstream%2Fhandle%2F123456789%2F4335%2FPaske%252C\\_G.\\_te\\_1.pdf%3Fsequence%3D1&data=04%7C01%7Cnyike.callaerts%40student.odisee.be%7C14aa8fb301624c4e5fd808d8fc3153a8%7C5e74901d334f46e396d147d842585abd%7C0%7C0%7C637536636498277366%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWljojMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ikl1haWwiLCJXVCi6Mn0%3D%7C1000&sdata=QDKhxeWRnWNeAbJY7hMh8muySj876ryDLWBNahMH7Tg%3D&reserved=0](https://eur02.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Ftheses.ubn.ru.nl%2Fbitstream%2Fhandle%2F123456789%2F4335%2FPaske%252C_G._te_1.pdf%3Fsequence%3D1&data=04%7C01%7Cnyike.callaerts%40student.odisee.be%7C14aa8fb301624c4e5fd808d8fc3153a8%7C5e74901d334f46e396d147d842585abd%7C0%7C0%7C637536636498277366%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWljojMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ikl1haWwiLCJXVCi6Mn0%3D%7C1000&sdata=QDKhxeWRnWNeAbJY7hMh8muySj876ryDLWBNahMH7Tg%3D&reserved=0)

Timmers, M., & Luyten, D., 2016. Zoals het klokje thuis tikt... Generaties onder één dak. ACTUEEL-informatieblad. Vlaamse ouderenraad. Geraadpleegd op 5 maart 2021 via [Actueel 2016-10 p34-36.pdf](#)

'T kindt, H., 27 maart 2019. Levensmoeheid. Voordracht NVKVV Oostende. Geraadpleegd op 22 april 2021 via [PowerPoint-presentatie \(nvkvv.be\)](#)

Van Crombrugge, H. (2009). Ouders in soorten. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Van de Ven, L. (2017). Troost. Over ouderdom zorg en psychologie. Antwerpen - Apeldoorn: Garant.

Vanlaere, L., Coucke, B., & Gastmans, C. (2010). Experiential learning of empathy in a care-ethics lab. sTimul: Care-Ethics Lab, Moorsele, Catholic University of Leuven Belgium. Geraadpleegd op 24 december 2020 via [https://www.researchgate.net/publication/44575376\\_Experiential\\_Learning\\_of\\_Empathy\\_in\\_a\\_Care-Ethics\\_Lab](https://www.researchgate.net/publication/44575376_Experiential_Learning_of_Empathy_in_a_Care-Ethics_Lab)

van Wijngaarden, E., Leget, C., & Goossens, A. (2015). Ready to give up on life: The lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living. *Social Science & Medicine* 138 (2015), pp. 257-264. Geraadpleegd op 21 januari 2021 via [Ready to give up on life: The lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living | Elsevier Enhanced Reader](#)

van Wijngaarden, E. (2016). Voltooid leven. Over leven en willen sterven. Schoonhoven: atlas contact.

Vink, M., Teunisse, S., & Geertsema, H. (2016). Klaar met leven? Ouderen en het levenseinde in psychologisch perspectief. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. [Klaar met leven?: Ouderen en het levenseinde in psychologisch perspectief - Google Boeken](#)

Walraven, B., 2021. Normenwaarden.org. Geraadpleegd op 22 april 2021 via [Morele ontwikkeling, of gewetensontwikkeling. Uitleg en stadia \(normenwaarden.org\)](#)

Zorgzaam, geraadpleegd op 10 mei 2021 via [Aandachtspersonenwerking | Zonnehove \(zorgzaam.be\)](#)

Zorgverbeter, geraadpleegd op 18 maart 2021 via [Casemanagement bij palliatieve zorg | Kennisplein Zorg voor Beter](#)

## **Mondelinge bronnen:**

A., hoofdverpleegkundige wzc (24 maart 2021), persoonlijke communicatie, via interview

B., directeur (31 maart 2021), persoonlijke communicatie, via interview

J. & K., sociale dienst wzc (31 maart 2021), persoonlijke communicatie, via interview

Lucia (16 december 2020), persoonlijke communicatie via interview

Mia (10 december 2020), persoonlijke communicatie via interview

X., bewoner wzc (2 mei 2021), persoonlijke communicatie, via interview

XY., bewoner wzc (2 mei 2021), persoonlijke communicatie, via interview

XY2., dochter XY (2 mei 2021), persoonlijke communicatie, via interview

## BIJLAGE

Volgende bijlagen zijn aanwinsten als toepassing op de casus van Mia

**Zorgethiek:** informatie over zorgethisch lab, wat is een zorgethisch lab?

[Zorgafhankelijkheid zelf ervaren - Bing video](#)

**Psychologie:** Naomie Feil over validation, empatisch communiceren!

[Validation, communication through empathy | Naomi Feil | TEDxAmsterdamWomen - YouTube](#)

## Welkomkaarten

Welkomkaart van huidige bewoner en dochter voor de nieuwe medebewoner





*'Ze zorgen hier goed voor mij'  
'Als familieleden kunnen we bij het personeel terecht, we werden warm onthaald'*

Naam: XY en XY2  
Kamernr.

Beste medebewoner,

Van harte welkom op onze afdeling zonnebloem! Net als jij heb ik de verhuis naar het woonzorgcentrum ook meegemaakt en wil ik graag jouw gids zijn. Ik wil je vertellen wat me geholpen heeft om me hier thuis te voelen. We zien elkaar vast en zeker eens in de refter, de dagzaal, de cafetaria, in onze mooie tuin... of kom gerust eens op mijn deur kloppen voor een babbeltje. De mensen die hier werken zijn een stuk jonger dan wij. En nee, zij hebben nog niet meegemaakt wat wij beleven. Maar zij hebben al veel mensen ondersteund bij hun verhuis naar hier. Samen met mij wil iedereen jou verwelkomen en jou horen, zien en met je praten

Tot gauw,  
[ ]  
& alle medebewoners  
en personeel



## Welkomkaart van huidige bewoner voor de nieuwe medebewoner



Naam: X

Kamernr.

Beste medebewoner,

*Van harte welkom op onze afdeling zonnebloem! Net als jij heb ik de verhuis naar het woonzorgcentrum ook meegemaakt en wil ik graag jouw gids zijn. Ik wil je vertellen wat me geholpen heeft om me hier thuis te voelen.*

*We zien elkaar vast en zeker eens in de refter, de dagzaal, de cafetaria, in onze mooie tuin...*

*of kom gerust eens op mijn deur kloppen voor een babbeltje.*

*De mensen die hier werken zijn een stuk jonger dan wij. En nee, zij hebben nog niet meegemaakt wat wij beleven. Maar zij hebben al veel mensen ondersteund bij hun verhuis naar hier.*

*Samen met mij wil iedereen jou verwelkomen en*

*jou horen, zien en met je praten*

Tot gauw,

& alle medebewoners  
en personeel

