

Student: Leemans Greet

Promotor: De Wael Werner

Academiejaar: 2020-2021

Bachelor in het sociaal werk

**HO
GENT**

Sociaal werker als brug tussen de oudere en het woonzorgcentrum

Welke rol heeft de sociaal werker bij de psychosociale en praktische begeleiding van de oudere zorgvrager en zijn of haar familie bij het opnameproces in een woonzorgcentrum?

Hogeschool Gent

Faculteit Mens en Welzijn

Opleiding Sociaal Werk

Campus Schoonmeersen

V. Vaerwyckweg 1 - 9000 Gent

Aangenaam

*Met wie heb ik de eer?
vroeg ik me af
toen ik weerspiegeld in het glas
een vage schaduw las.*

*Ik was het zelf,
verdwalend tussen oud en jong
een broze vrouw
waarin een kind opsprong,
met wilde passen
en een blos die haar geheel omsloot.*

*Met wie heb ik de eer?
klonk nu gedempt achter het raam.
Ik was het zelf,
een meisje dat met lome tred
haar weg zocht naar het brede bed
en voor ze rustte
haar eigen handen zachtjes kuste.*

Diane Broeckhoven

Voorwoord

De periode waarin ik terug ging studeren heeft veel van mij gevraagd maar ook van mijn omgeving. Zonder de steun van mijn omgeving was het niet mogelijk geweest om mijn doel te realiseren. Mijn vrienden, vriendinnen en collega's zorgden voor de mentale steun en mijn (schoon)ouders zorgden voor de praktische steun in de opvang van de kinderen. Vooral mijn echtgenoot Jan en onze kinderen, Senne en Lars, wil ik nadrukkelijk bedanken. Zij hebben de stress van dichtbij mogen ervaren, maar ze zorgden steeds voor een veilige haven en maakte het mogelijk dat ik het studeren met mijn werk en gezinsleven kon combineren. Ook schrijfster Diane Broeckhoven, mijn nicht, wil ik bedanken voor de exclusieve noot in mijn bachelorproef, nl. het gedicht over ouder worden. Verder verdienen ook Veerle, Lutgarde, Geert een dikke merci voor het herlezen van mijn werk. Bedankt !

Naast mijn omgeving waren er nog enkele belangrijke actoren nodig om deze bachelor proef te kunnen schrijven. Ik wil dan ook graag alle collega's van Residentie Beukenhof te Kalmthout bedanken, in het bijzonder mijn stagementor Veerle Van Lierde, de kwaliteitscoördinator Liesbeth Pinck en de directeur Joppe Wils. Zowel voor de kansen die ze mij gaven tijdens mijn stageperiode om te ontdekken en te leren maar vooral voor de vrijheid die ik kreeg in het uitwerken van mijn bachelorproef en de ondersteuning waar mogelijk.

Tevens waren ook mijn promotors Bart Ryckewaert en Werner De Wael van groot belang in het ontwikkelen van mijn bachelorproef. Zij zorgden voor bijsturing, extra tips en steunden mij tijdens dit ganse proces. Tenslotte mag ik ook mijn medestudenten, Sofie en Glenn, niet vergeten omdat ze steeds, vanop afstand, paraat stonden om mijn frustraties te aanhoren.

En als laatste zijn alle respondenten in mijn praktijkonderzoek van cruciaal belang geweest. Zonder deze antwoorden was er dan ook geen bachelorproef om te schrijven.

Dank u wel iedereen voor de steun !

Ik wil nu ook u, als lezer, bedanken voor de tijd die u neemt om mijn bachelor proef door te nemen.

Veel leesplezier !

Greet Leemans

Inhoudsopgave

Inleiding	7
Begrippen	8
Hoofdstuk 1: Probleem-, doel- en vraagstelling	9
1.1. <i>Probleemstelling</i>	9
1.2.1. Een oudere bevolking	9
1.2.2. Vermaatschappelijking van de zorg	10
1.2.3. Negatief beeld woonzorgcentra in de maatschappij	12
1.2. <i>Doelstelling</i>	14
1.3. <i>Vraagstelling</i>	15
Hoofdstuk 2: Onderzoeksopzet	16
2.1. <i>Literatuurstudie</i>	16
2.2. <i>Enquête</i>	16
2.3. <i>Interviews</i>	17
2.4. <i>Tekortkomingen onderzoek</i>	17
Hoofdstuk 3: Situering ouderenzorg	18
3.1. <i>Levensverwachting</i>	18
3.2. <i>Geschiedenis van de ouderenzorg</i>	19
3.2.1. Belgische geschiedenis	19
3.2.2. Geschiedenis van de ouderenzorg	19
3.2.2.1. Voor en tijdens de 18 ^{de} eeuw	19
3.2.2.2. 19 ^e eeuw	20
3.2.2.3. 20 ^e eeuw	21
3.2.2.4. 21 ^{ste} eeuw	23
3.3. <i>Vermaatschappelijking van de zorg</i>	23
3.4. <i>Ondersteuningsmogelijkheden voor ouderen</i>	24
3.4.1. Financiële ondersteuning	24
3.4.1.1. Leefloon	24
3.4.1.2. Inkomensgarantie voor ouderen	24
3.4.1.3. Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden (vroegere zorgverzekering)	24
3.4.1.4. Zorgbudget voor ouderen met een zorgnoed	25
3.4.1.5. Tussenkost in de mobiliteitshulpmiddelen	25
3.4.1.6. Zakgeld Rusthuisbewoners	25
3.4.2. Woonomstandigheden	26
3.4.2.1. Aanpassingen woning	26
3.4.2.2. Assistentiewoningen	26
3.4.2.3. Alternatieve woonvormen	27
3.4.3. Hulpsoorten	27
3.4.3.1. Mantelzorg	27
3.4.3.2. Thuiszorg of gezins- en bejaardenhulp	28
3.4.3.3. Poets hulp	28
3.4.3.4. Strijkatelier en wassalon	28
3.4.3.5. Oppashulp	29
3.4.3.6. Thuisverpleging en nachtzorg	29
3.4.3.7. Dienstencentrum en maaltijden aan huis	29
3.4.3.8. Klusjesdienst en verhuishulp	30
3.4.3.9. Dagopvang, dagverzorgingscentra en/of kortverblijf	30
3.5. <i>Structuur van een woonzorgcentrum</i>	30

3.5.1.	Reglementering	31
3.5.1.1.	Overheid	31
3.5.1.2.	Erkenning en kwaliteit	33
3.5.1.3.	Subsidiëring	34
3.5.1.4.	Kwaliteitshandboek en inspectie	34
3.5.1.5.	Zorgprofielen (RVT/ROB)	35
3.5.2.	Voorzieningen	36
3.5.2.1.	Koepelorganisaties	36
3.5.2.2.	Soorten voorzieningen	36
3.5.2.3.	Prijzen	37
3.5.2.4.	Dienstverlening	38
3.5.2.5.	Gebruikers-, familie- en ouderenraad	38
3.5.2.6.	Dagplanning en bezoeksregeling	38
Hoofdstuk 4:	Opnamebeleid bewoners	39
4.1.	<i>Telefonisch contact</i>	39
4.2.	<i>Informatiegesprek</i>	39
4.3.	<i>Bepaling zorgprofiel</i>	40
4.4.	<i>WachtlIJst</i>	40
4.5.	<i>Telefonisch contact</i>	40
4.6.	<i>Contractopmaak en -bespreking</i>	41
4.7.	<i>Opname</i>	41
Hoofdstuk 5:	Het verouderingsproces	42
5.1.	<i>Zelfrealisatie</i>	42
5.2.	<i>Erkenning en waardering</i>	42
5.3.	<i>Behoeftte aan sociaal contact</i>	43
5.4.	<i>Veiligheid en zekerheid</i>	44
5.4.1.	Materiële zekerheid	45
5.4.2.	Fysieke en mentale veiligheid	45
5.5.	<i>Lichamelijke behoefte</i>	47
5.5.1.	Cognitieve veranderingen	47
5.5.2.	Zintuigelijke veranderingen	47
5.5.3.	Organen	48
5.5.4.	Lichaamsbouw	48
Hoofdstuk 6:	Sociaal werk in de ouderenzorg	49
6.1.	<i>Wat is sociaal werk?</i>	49
6.1.1.	Geschiedenis sociaal werk	49
6.1.1.1.	18 ^e en 19 ^e eeuw	49
6.1.1.2.	20 ^e eeuw	49
6.1.1.3.	21 ^e eeuw	50
6.1.2.	Definitie	51
6.1.3.	Wat is "Sociaal" werk?	51
6.2.	<i>Sociaal werk op de verschillende niveaus</i>	53
6.2.1.	Moeilijkheden op het niveau van de cliënt	53
6.2.2.	Moeilijkheden op het niveau van de organisatie	54
6.2.2.1.	Mutualiteiten	54
6.2.2.2.	Thuiszorgdienst	55
6.2.2.3.	Ziekenhuis en/of revalidatiecentrum	55
6.2.2.4.	Woonzorgcentra	56
6.2.3.	Moeilijkheden op het niveau van de maatschappij	57

Hoofdstuk 7: Praktijkonderzoek	58
7.1. Ouderen en hun familie	58
7.1.1. Algemene cijfers	58
7.1.2. Mogelijkheden voor het woonzorgcentrum	59
7.1.3. Invloeden op de beslissing tot een verhuis	60
7.1.4. Wat is een woonzorgcentrum?	61
7.1.5. Kostprijs woonzorgcentrum	62
7.1.6. Opname in een woonzorgcentrum	62
7.2. Organisaties voor opname	67
7.2.1. Algemene cijfers	67
7.2.2. Mogelijkheden voor het woonzorgcentrum	67
7.2.3. Opname naar een woonzorgcentrum	68
7.2.4. Voorstellen	72
7.3. Woonzorgcentra	73
7.3.1. Algemene Cijfers	73
7.3.2. Opname in een woonzorgcentrum	74
7.3.3. Voorstellen vanuit de woonzorgcentra	75
Hoofdstuk 8: Eindconclusie, Eindreflecties en Suggesties	76
8.1. Eindconclusie	76
8.1.1. Niveau van de oudere	76
8.1.2. Niveau van de organisatie	77
8.1.3. Niveau van de maatschappij	78
8.2. Suggesties	78
8.2.1. Suggesties tegenover het niveau van de maatschappij	78
8.2.2. Suggesties tegenover het niveau van de oudere	80
8.2.3. Suggesties tegenover het niveau van de organisaties	80
8.3. Eindreflecties	83
Literatuurlijst	85
Bijlagen	92
1. Figuren	92
2. Tabellen	92
3. Interviews: verblijf in het woonzorgcentrum	93
4. Enquêtes	94
4.1. Van thuis naar een woonzorgcentrum	94
4.2. Het verblijf in het woonzorgcentrum (voor familieleden)	94
4.3. Ondersteuning thuiszorgdienst van thuis naar een woonzorgcentrum	95
4.4. Ondersteuning geriatrische patiënten door de sociale dienst van een ziekenhuis	95
4.5. Onthaal bewoners in woonzorgcentra	96
5. Informed Consent	97

Inleiding

Voor mijn bachelorproef heb ik gekozen voor een thema dat nauw aansluit bij mijn halftijdse derdejaars stage in een woonzorgcentrum en bij mijn verleden op de sociale dienst van geriatrie patiënten in een ziekenhuis. Tijdens deze periode op de sociale dienst waren er zeer veel ouderen met zorgvragen en waarbij de situatie thuis het moeilijk maakte om zelfstandig thuis te blijven wonen. In vele van de gesprekken met de familie was de enige mogelijkheid nog een woonzorgcentrum. Er was ook nooit tijd om lang stil te staan bij het psychosociale aspect rond de verhuis naar een woonzorgcentrum. Al denk ik steeds na over oorzaak en gevolg van bepaalde beslissingen, tijdens de stageperiode heb ik echt ontdekt wat een verhuis naar een woonzorgcentrum betekent op psychosociaal gebied voor de ouderen en hun familie.

Ondanks de emotionele aspecten hiervan werkt het zorgpersoneel dag en nacht om de ouderen een fijne, gezellige en zorgeloze thuis aan te bieden. Uiteraard nemen woonzorgcentra steeds beslissingen met het oog op mensenrechten, maar de covid-19-pandemie maakt dit soms erg moeilijk. Door stage te lopen tijdens de tweede golf van covid-19 heb ik de mindere kanten van een woonzorgcentrum ervaren, zoals de beperkingen in bezoek- en uitgaansrecht voor de ouderen en hun familieleden. Toch zorgde het personeel ervoor dat er met respect werd omgegaan met de beslissingen van de overheid, waardoor deze door iedereen beter aanvaard werden.

De pandemie heeft onder andere tot gevolg dat men van veel bewoners in het woonzorgcentrum afscheid moest nemen. Dit blijft emotioneel een zware impact op het woonzorgcentrum hebben. Ondanks het verlies van vele bewoners moest men nieuwe bewoners aantrekken, zonder werkmiddelen te verliezen. Mede door de negatieve berichtgevingen in de media rond woonzorgcentra in 2020 was dat geen gemakkelijke opdracht. Bij onthaalgesprekken met ouderen en/of hun familieleden was het duidelijk dat deze negatieve berichtgevingen nog meer een effect had op hun beslissing tot een verhuis. Los van de Covid-19-pandemie waren er al vooroordelen over woonzorgcentra en was een verhuis dan ook een zeer moeilijke beslissing op psychosociaal gebied. Om ouderen toch positief te kunnen onthalen zijn we ook steeds op zoek gegaan naar manieren om het woonzorgcentrum positief in beeld te brengen.

Sociaal werkers uit woonzorgcentra en ziekenhuizen en de zorgkundigen in de thuiszorgdiensten zijn binnen de ouderenzorg de eerste aanspreekpersonen voor ouderen en hun familieleden bij deze beslissing. Deze hebben dan ook een belangrijke functie in de begeleiding naar de nieuwe leefomgeving. Helaas stellen we vast dat dit de laatste jaren niet het geval is. Sociaal werkers krijgen te maken met beleidsmatige druk en veel administratief werk. Dit komt zeer duidelijk naar voor in de bevraging. In ziekenhuizen wordt de ligduur alsnar korter en woonzorgcentra hebben zo snel mogelijk nieuwe bewoners nodig, beide in functie van de financiering van de organisaties. Hierdoor is er weinig tijd om bij deze, soms wel zeer ingrijpende, beslissing stil te staan. Het zou dan ook interessant zijn om als sociaal werker zich te kunnen inzetten op het psychosociaal aspect dat komt kijken bij een verhuis naar een woonzorgcentrum.

Begrippen

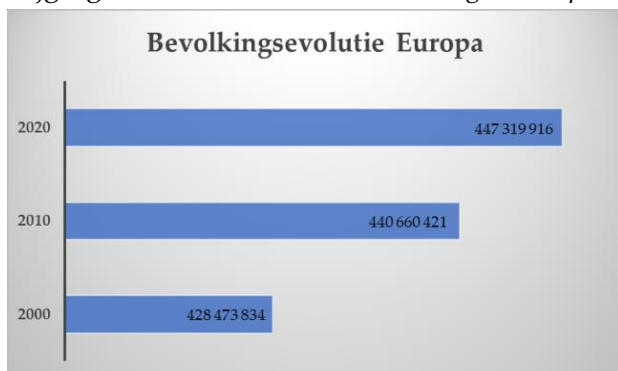
Oudere	Personen ouder dan 65 jaar
DRG	Diagnosis-related group
WZC	Woonzorgcentrum
CRA	Coördinerend en raadgevend arts verbonden aan WZC
KV	Kortverblijf
VV	Vast verblijf
RVT	Rust- en verzorgingstehuis
ROB	Rustoord voor bejaarde
TV	Thuisverpleging
KATZ	Evaluatieschaal afhankelijkheidsgraad oudere
ADL	Evaluatieschaal algemene dagelijkse levensverrichtingen
MMSE	Evaluatieschaal cognitieve mogelijkheden
VAPH	Vlaams agentschap personen met een handicap
RIZIV	Rijksdienst voor invaliditeit- en ziekteverzekering
OCMW	Openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn
COO	Commissie voor openbare onderstand
IGO	Inkomensgarantie voor ouderen
VZW	Vereniging zonder winstoogmerk
WVG	Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
VLOZO	Vlaams Onafhankelijk Zorgnetwerk vzw
FEMARBEL	Federatie van woonzorgcentra
VVSG	Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten
Micro	Systeem van het individu
Meso	Systeem van de organisatie
Macro	Systeem van de maatschappij

Hoofdstuk 1: Probleem-, doel- en vraagstelling

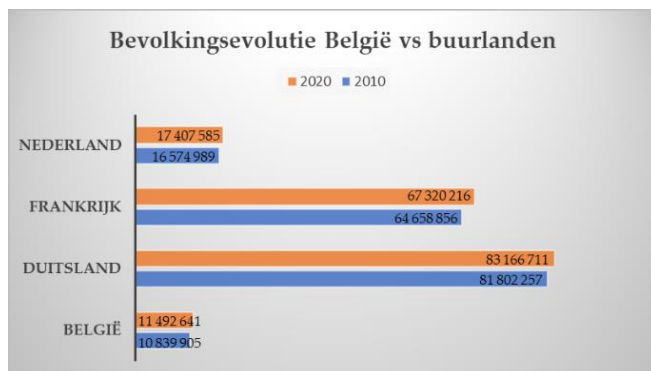
1.1. Probleemstelling

1.2.1. Een oudere bevolking

In Europa is het bevolkingsaantal tussen 2010 en 2020 met 1,5% gestegen. Voor België gaat het zelfs over een stijging van 6% (*Europese Unie, sd*). Wanneer we dit vergelijken met onze buurlanden Frankrijk (4,11%), Duitsland (1,66%) en Nederland (5%) zien we ook hier een stijging van het aantal inwoners. (*Agentschap Intermutualistisch, 2021*)

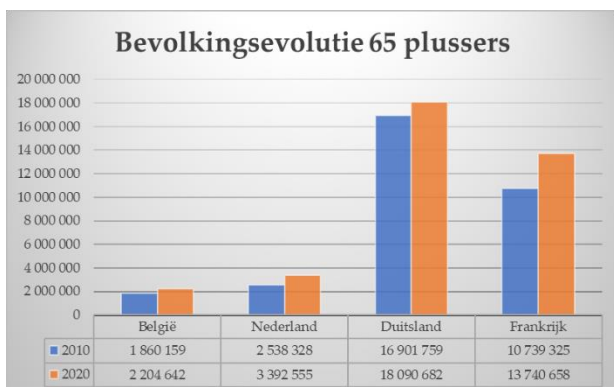


Tabel 2: Bevolkingsevolutie Europa

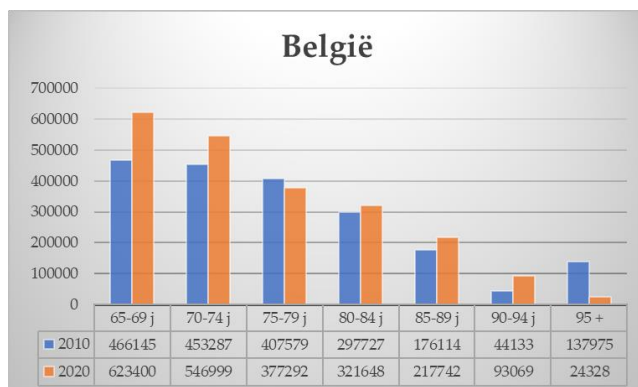


Tabel 1: Bevolkingsevolutie België-buurlanden

We zien niet alleen een sterke stijging in de algemene bevolking maar ook een duidelijke toename bij de 65-plussers. Dit zowel in België als onze buurlanden. In Nederland kent men een groei van 15% naar 19%, in Duitsland van 21% naar 22% en in Frankrijk zelfs van 17% naar 20%. Voor België gaat het van 17% naar 19% ouderen tegen over de algemene bevolking.

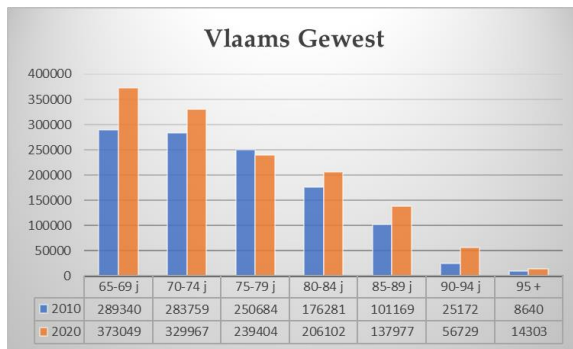


Tabel 4: Bevolkingsevolutie 65-plussers

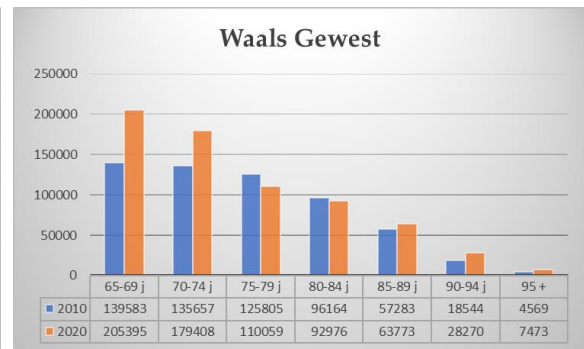


Tabel 3: Bevolkingsevolutie België

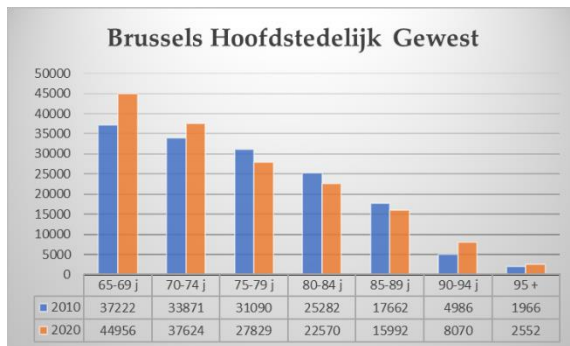
De vergrijzing in België is vooral verschillend tussen het Brussels Hoofdstedelijk gewest en de twee grotere gewesten Vlaanderen en Wallonië. Het Brussels Hoofdstedelijk gewest telde op 1 januari 2020 159.593 ouderen tegenover 152.079 in 2010 (+4,9%). Het Waals gewest telde 687.354 ouderen tegenover 577.605 in 2010 (+19%). Het Vlaams gewest telde 1.357.531 ouderen tegenover 1.135.045 in 2010 (+19,6%). De grootste toename in alle gewesten is bij de 65-74 jarigen en de 85 plussers. De aanwezigheid van de vele ouderen in onze samenleving zowel nu als in de toekomst valt dan ook niet te negeren. (*Agentschap Intermutualistisch, 2021*)



Tabel 6: Vlaams Gewest



Tabel 5: Waals Gewest



Tabel 7: Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Als oorzaak voor het toegenomen bevolkingsaantal ligt, op de eerste plaats, onze sterk geëvolueerde gezondheidszorg aan de basis. De medische wereld heeft ervoor gezorgd dat besmettelijke ziektes zoals pest, cholera en polio uitgeroeid konden worden maar waarbij ook besmettelijke ziekten, (kwaadaardige) gezwellen en aids sneller en beter konden opgespoord en behandeld worden. Denk hierbij ook aan de uitvindingen als vaccins en antibiotica. Hierdoor is de gemiddelde levensverwachting sterk toegenomen. Verder is deze verbetering ook grotendeels het resultaat van een verbeterde hygiëne, denk maar aan de aanleg van rioleringen en schoon drinkwater, de beschikbaarheid van voedsel, verbeterde levensomstandigheden (verwarmde huizen) en minder oorlogen in de Europese landen.

1.2.2. Vermaatschappelijking van de zorg

Wanneer men ouder wordt heeft dit een enorme impact op het leven. Het inkomen, welzijn, gezondheid, mobiliteit, wonen, beweging en het verenigingsleven krijgen een heel andere dimensie. Wanneer men arbeidsactief is droomt men van de pensioengerechtigde leeftijd waarbij men kan doen waar men zin in heeft. Maar ook wanneer men net gepensioneerd is denkt men na over wat men gaat doen met de extra vrije tijd die men krijgt en hoe men kan participeren in de maatschappij. Hierbij krijgen de kinderen, kleinkinderen en het verenigingsleven dan ook veel meer aandacht. De jaren die volgen krijgen meer en meer een impact op de woon- en leefomstandigheden, mobiliteit en gezondheid. Hierdoor ontstaan er meer zorgvragen. Ouderenzorg is dan ook een belangrijk aspect binnen welzijn in Vlaanderen. Zowel de sociaal werkers van de mutualiteiten, de ziekenhuizen als de thuiszorgdiensten hebben aandacht voor de woon- en leefomstandigheden van de ouderen. Deze sociaal werkers worden ingeschakeld wanneer er zorgvragen ontstaan en gaan de situatie van kortbij proberen te analyseren; waar heeft men hulp nodig, kan de oudere nog alleen wonen, hoe is de woning georganiseerd, en zo verder.

Daar waar men vroeger sneller naar het woonzorgcentrum zou gaan als alternatief voor de thuissituatie zien we de voorbije jaren een trendwijziging in de aanpak met betrekking tot het welzijn van de oudere zorgvrager. De grootste reden hiervan zijn de lange wachtlijsten in de woonzorgcentra die de voorbije jaren zeer sterk zijn toegenomen. Dankzij de goede gezondheidszorg in België is de levensverwachting van ouderen momenteel 82,7 jaar. (*Federale overheid België, 2021*) Hierdoor verblijven ouderen veel langer in een woonzorgcentrum en komen er dus minder snel woongelegenheden vrij. Ouderen die een acuut probleem hebben kunnen hierdoor niet in een woonzorgcentrum terecht. Denk maar aan het plots wegvallen van de partner die veel van de zorgtaken op zich nam of wanneer men door een beroerte plots rolstoelafhankelijk is en de thuissituatie hier niet voor kan aangepast worden.

Vlaanderen telt 820 woonzorgcentra¹ met 81.743 woongelegenheden voor ouderen vanaf 65 jaar. (*Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021*) Maar ook personen onder de 65 jaar kunnen hier verblijven als de zorgzwaarte te groot is om thuis te wonen. De zorgzwaarte van ouderen wordt geschaald via de Katz-schaal². Het is een evaluatieformulier waarbij men de zorgbehoefte kan meten aan de hand van zes pijlers; zich wassen, zich kleden, zich verplaatsen, eten, toiletbezoek en incontinentie. Daarnaast kan men ook te weten komen hoe men plaats en tijd ervaart. Deze Katz-schaal is van belang om te weten of er een RVT toewijzing kan zijn. Een woonzorgcentrum wordt onderverdeeld in RVT (rust- en verzorgingstehuis) en ROB (rustoord voor bejaarden) bedden. De RVT-bedden zijn voor zorgbehoevende ouderen waarvoor het woonzorgcentrum een hogere tussenkomst van het RIZIV (rijksdienst voor ziekte- en invaliditeitsverzekering) krijgt. In Vlaanderen verblijven momenteel 5,4% van de 65-plussers in een woonzorgcentrum. (*Agentschap zorg en gezondheid, 2021*) Dat cijfer is quasi vergelijkbaar tegenover 2008 en 2010. De vergrijzing van de bevolking en de toenemende zorgzwaarte komt helaas niet overeen met het aantal woongelegenheden die beschikbaar zijn in woonzorgcentra.

Zowel de vergrijzing als het te kort aan woongelegenheden was een belangrijke reden om verder te beginnen inzetten op de vermaatschappelijking van de zorg. Hierbij heeft men als doel de krachten te bundelen om iedereen zolang mogelijk zelfstandig thuis te laten blijven wonen. Er is om die reden fors geïnvesteerd in de professionele thuishulp en het uitbreiden van tegemoetkomingen voor ouderen. Hiervoor heeft men ook mantelzorg erkend in de samenleving waardoor er meer mogelijkheden zijn om werk en zorg gemakkelijker te kunnen combineren.

Ook andere huisvestingsmogelijkheden worden meer en meer uitgebouwd en gepromoot. Het betreft hier de assistentiewoningen, kangoeroewoningen en zorgunits aangebouwd aan het ouderlijke huis of bij familie. Doordat de verhuis naar een woonzorgcentrum zo lang mogelijk uitgesteld wordt staat men helaas niet altijd stil bij de extra zorg die er komt kijken om 'alleen' thuis te blijven wonen. Het alleen thuis blijven wonen heeft nochtans een impact op verschillende dimensies van het leven waarbij er niet alleen gezien moet worden naar de basisbehoeften zoals voeding, wassen en slapen. Maar ook naar het ontmoeten van generatiegenoten, de juiste medische hulp en de ondersteuning op financieel en praktisch gebied. Een ander belangrijk aspect in het thuis wonen is de context van de oudere. Dit is van belang om niet in de eenzaamheid terecht te komen maar ook om zo snel mogelijk aan de alarmbel te kunnen trekken wanneer er meer zorgvragen ontstaan.

¹ Aantal woonzorgcentra: 3.5.2.2. soorten voorzieningen (pg.36)

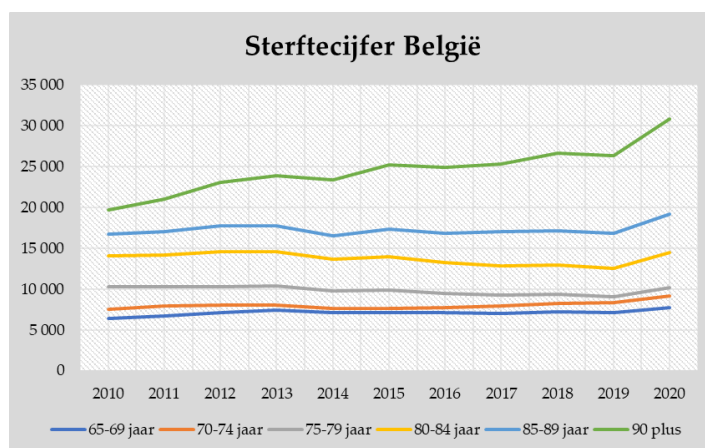
² Katz-schaal: meer info in hoofdstuk 3.5.1.5. zorgprofielen (pg. 35)

De mantelzorger is dan ook essentieel voor de oudere om op terug te vallen voor boodschappen, onderhoud en psychosociale gesprekken maar ook voor hen is dit niet altijd even gemakkelijk. Mantelzorgers combineren veelal de zorg van de oudere met hun gezin en soms zelfs nog een job, de zogenoemde sandwichgeneratie. Wanneer er geen mantelzorgers zijn of de mantelzorger beslist om meer uit handen te geven is er de professionele hulp. Dit heeft financieel ook wel een impact op de oudere. In 2019 hadden 1,2 miljoen Belgen een pensioen van minder dan 1500 euro per maand. Hiervan moeten de dagelijkse kosten betaald worden (voeding, water, verwarming, elektriciteit, gas, woning, vervoer,...) en belangrijke bijkomende kosten zoals arts, medicatie en eventueel professionele hulp (*De Tijd*, 2020). Ondanks het feit dat de gezinszorg³ wordt berekend aan de hand van het inkomen blijft het nog steeds een grote hap uit het budget van de oudere. Hoe meer hulp men nodig heeft hoe meer men betaalt. Dit kan oplopen tot 300 euro per maand.

1.2.3. Negatief beeld woonzorgcentra in de maatschappij

In maart 2020 werd net als de rest van de wereld ook België hard getroffen door Covid-19. Ziekenhuizen, revalidatiecentra en woonzorgcentra werden als eerste in een lockdown gezet waardoor deze op 12 maart 2020 gesloten werden voor bezoek. Families en externen (scholen, vrijwilligers, ...) konden niet meer binnen en bewoners konden niet meer naar buiten gaan. De openheid van woonzorgcentra, waar voordien een open-huis-gevoel was, viel hierdoor weg. Een maatregel die genomen werd om Covid-19 buiten de woonzorgcentra te houden en zo de mogelijke risico's tot een uitbraak uit te sluiten. Helaas liet het virus zich niet tegenhouden door deze maatregelen en vond het ook zijn weg naar de woonzorgcentra. Met als gevolg dat de pandemie dan ook aan zeer veel ouderen het leven heeft gekost, zowel in het binnen- en buitenland.

In België was dit vooral het geval in de woonzorgcentra waardoor er sprake was van oversterfte. De oversterfte van 2020 werd bepaald door het gemiddelde van overlijdens per week over de laatste 5 jaar te berekenen en de cijfers van 2020 hiernaast te leggen. Wanneer deze boven het gemiddelde komt spreekt men van oversterfte.



Tabel 8: Sterfte België

³ Gezinszorg: meer info in hoofdstuk 3.4.3.2. Thuiszorg of Gezins-en bejaardenhulp (pg. 28)

Omwille van de oversterfte in de woonzorgcentra ontstonden er dan ook zeer veel lege kamers maar was het door de lockdown onmogelijk om nieuwe bewoners toe te laten te verhuizen naar het woonzorgcentrum. Na de eerste lockdown was de perceptie van onveilige woonzorgcentra ook te groot waardoor nieuwe bewoners wegbleven. De wachtlijsten werden korter en de woonzorgcentra leger. De berichtgevingen rond het aantal besmettingen en de hoge sterftegraad, de kritiek rond de harde aanpak van ouderen en de eenzaamheid zorgden ervoor dat de woonzorgcentra in een negatief daglicht werden geplaatst. Ook Amnesty International (*Amnesty International, 2020*) (*Sofasessie ouderenrechten in woonzorgcentra*) gaf aandacht aan de problemen in de eerste lockdown.

Niet alleen de mediaberichten rond de pandemie hadden een effect op de ouderen, ook de mediareportages over het personeelstekort (*VRT, 2017*) de voorbije jaren zorgden niet bepaald voor een positief oordeel. De woonzorgcentra kregen al snel een slechte naam in Vlaanderen. Hierdoor ontstaan er zeer veel vooroordelen die een effect hebben op de beslissing van de oudere. Wanneer ik ouderen vroeg naar hun beeld van woonzorgcentra, kreeg ik uiteenlopende reacties, maar bleven deze veelal negatief: *“je kwijnt weg in een wzc”, “er is te weinig personeel”, “gedwongen groepsbeleving”, “geen vrijheid meer”, “afhankelijk zijn van anderen”, “geen eigen beslissingen meer mogen nemen”, “geen privacy”, “een laatste fase in afwachting van het einde”*. Tijdens de onthaalgesprekken met toekomstige bewoners is dit ook al aan het licht gekomen. Hierdoor worden alle mogelijkheden verder uitgeput om de verhuis naar een woonzorgcentrum zo lang mogelijk te kunnen uitstellen. Nochtans is een woonzorgcentrum een goed alternatief voor de thuissituatie en wordt er steeds meer ingezet om ouderen er daadwerkelijk een echte thuis aan te bieden.

Na de “light” heropening van de woonzorgcentra was er nog steeds geen sprake van een open-huis-gevoel; externen werden niet toegelaten zonder specifieke reden en bezoek voor bewoners werd telkens beperkt en geregistreerd. Wanneer nieuwe opnames van ouderen dan toch mogelijk werden kon men geen rondleiding aanbieden om een duidelijk beeld van een woonzorgcentrum te geven. Hierdoor was het moeilijk om ouderen met een fysieke beperking en mentaal geen of weinig achteruitgang en hun familie te overtuigen om naar het woonzorgcentrum te verhuizen en waren er veel afwijzingen. Toch wijzigt er ondanks de Covid-19-pandemie niets aan de vergrijzingsproblematiek. Hoe ouder men wordt hoe meer zorg men nodig heeft. Wanneer de oudere en zijn of haar familieleden op zoek gaan naar alternatieven zijn de sociaal werkers uit woonzorgcentra en ziekenhuizen en de zorgkundigen in de thuiszorgdiensten de eerste aanspreekpersonen.

“Sociaal werk is een praktijk-gebaseerd beroep en een academische discipline die sociale verandering en ontwikkeling, sociale cohesie, empowerment en bevrijding van mensen bevordert. Principes van sociale rechtvaardigheid, mensenrechten, collectieve verantwoordelijkheid en respect voor diversiteit staan centraal in het sociaal werk. Onderbouwd door sociaalwerktheorieën, sociale wetenschappen, menswetenschappen en inheemse en lokale vormen van kennis, engageert sociaal werk mensen en structuren om levensuitdagingen en problemen aan te pakken en welzijn te bevorderen.” (*International Federation of Social Workers, sd*) Wanneer we deze definitie van het sociaal werk vertalen naar het sociaal werk in de ouderenzorg engageert men zich om zorgvragen aan te pakken en het psychosociaal welzijn van ouderen te bevorderen. Zij hanteren de principes van de mensenrechten waarbij men op zoek gaat naar de juiste zorg en waarbij men aandacht heeft voor de emotionele, sociale en financiële context van de oudere.

Helaas stel je vast dat dit de laatste jaren niet het geval is. Tijdens mijn periode op de sociale dienst van het ziekenhuis waren er zeer veel ouderen met zorgnoden waarbij het niet meer mogelijk was om zelfstandig thuis te blijven wonen. In vele van de gesprekken met de familie was de enige mogelijkheid een verhuis naar een woonzorgcentrum. De gesprekken die ik toen had met ouderen en familieleden waren zwaar en confronterend voor hen. Helaas kreeg ik toen de opdracht om ouderen zo snel mogelijk uit het ziekenhuis te ontslagen. Het sneller ontslagen van ouderen in ziekenhuizen heeft te maken met de overheidsfinanciering aan deze ziekenhuizen. Op basis van diagnoses wordt een DRG (groep van diagnoses) bepaald waaraan een bepaalde ligduur wordt gekoppeld. Aan deze ligduur hangt een financiering vast. Blijft de patiënt langer in het ziekenhuis dan deze vastgestelde ligduur, dan worden de bijkomende dagen niet door de overheid gefinancierd (behalve wanneer deze verantwoord kan worden door bijvoorbeeld bijkomende problematieken). (*Rijksdienst voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, 2021*) Hierdoor was er geen tijd om lang bij deze, soms wel zeer ingrijpende, beslissingen stil te staan.

Toch was er één vraag dat steeds door mijn hoofd spookte: wie ondersteunt de oudere bij zijn emotionele en praktische vragen? Nu ik stage heb gelopen in een woonzorgcentrum zie je hoe ouderen reageren wanneer ze naar het woonzorgcentrum komen, veelal rechtstreeks van het ziekenhuis. Het emotioneel aspect dat hierbij komt kijken wordt dan ook te vaak onderschat in de verschillende onderdelen van de ouderenzorg. Hierdoor stel ik mijzelf de vraag: **hoe kunnen we ouderen en hun familieleden dan ook psychosociaal en praktisch beter ondersteunen bij de verhuis naar een woonzorgcentrum?**

1.2. Doelstelling

Verhuizen naar een woonzorgcentrum heeft een ingrijpend effect op veel verschillende dimensies van het leven. Ouderen blijven dan ook het liefst zo lang mogelijk thuis wonen. Voor toekomstige bewoners is het belangrijk dat een woonzorgcentrum een leefomgeving is waar men zich sociaal en emotioneel goed voelt en dat dit een thuis wordt voor hen. Om dit mogelijk te maken moet er een goed evenwicht zijn tussen bewoners met een fysieke achteruitgang en mentale achteruitgang. Hierdoor kan men aan iedereen de juiste zorg aanbieden, hen stimuleren tot sociaal contact en hen mogelijk laten deelnemen aan verschillende activiteiten. Wonen in een woonzorgcentrum heeft ook positieve elementen die bijdragen tot het verbeteren van het welzijn van ouderen en hun familieleden. Sociaal werkers en/of onthaalmedewerkers van een woonzorgcentrum zijn een eerste aanspreekpersoon bij de verhuis en hebben dan ook een belangrijke functie in de begeleiding naar de nieuwe leefomgeving. Om de stap naar een woonzorgcentrum zo positief mogelijk te laten verlopen voor toekomstige bewoners is het dan ook belangrijk om op zoek te gaan naar wat ouderen verwachten van een woonzorgcentrum en de verwachtingen te vertalen naar adviezen voor sociaal werkers in de ouderenzorg om hier positief in te kunnen bijdragen.

1.3. Vraagstelling

Vanuit deze doelstelling stel ik mij de volgende hoofdvraag;

Welke rol heeft de sociaal werker bij de psychosociale en praktische begeleiding van de oudere zorgvrager en zijn of haar familie bij het opnameproces in een woonzorgcentrum?

De hoofdvraag kan ik verder opsplitsen in deelonderzoeksvragen die hierop een antwoord kunnen bieden:

Welke factoren hebben invloed op de beslissing om te verhuizen naar een woonzorgcentrum?

- Welke mogelijkheden zijn er voor men de stap naar een woonzorgcentrum zet?
- Hoe ziet de structuur van een woonzorgcentrum eruit?
- Hoe verloopt een opname in een woonzorgcentrum?
- Welke invloed heeft het verouderingsproces op de beslissing tot opname in een woonzorgcentrum?
- Welke tekortkomingen zijn er op niveau van de oudere en hoe kan men deze beperken?
- Welke tekortkomingen zijn er op niveau van de maatschappij en de organisaties en hoe kan men deze beperken?
- Welke tekortkomingen zijn er op niveau van de overheden en hoe kan men deze beperken?
- Welke actoren kunnen ouderen ondersteunen in deze beslissing?
-

Hoofdstuk 2: Onderzoekopzet

Om een antwoord te krijgen op de hoofd- en deelonderzoeksvragen is het van belang om een goed onderzoek te voeren.

2.1. Literatuurstudie

Ik ben op zoek gegaan naar de geschiedenis van de zorgmogelijkheden voor ouderen en de mogelijkheden die er momenteel zijn voor men naar een woonzorgcentrum verhuist. Tevens wou ik graag zicht krijgen op de werking van een sociale dienst in een ziekenhuis en de structuur en werking van een woonzorgcentrum. Om de werking van woonzorgcentra te kennen is het bestuderen van de wetgeving en de ouderenzorg in het algemeen heel belangrijk. Dit om een beeld te krijgen op de aspecten die invloed kunnen hebben op de beslissing om te verhuizen naar een woonzorgcentrum.

Daarnaast is het belangrijk om het psychologisch aspect van een verhuis naar een woonzorgcentrum nader te bestuderen. Hiervoor ben ik mij gaan verdiepen in de menselijke levensloop waarbij de focus ligt op het emotioneel welzijn van 65-plussers.

2.2. Enquête

Door middel van enquêtes is het de bedoeling om op beperkte tijd veel informatie te krijgen om een antwoord te kunnen bieden op de hoofd- en deelvragen. Via Survio is het gemakkelijk om de nodige enquêtes op te maken en deze te versturen naar de juiste personen en organisaties. Hierin is een combinatie gemaakt van zowel cijferdata als tekst.

Als eerste is het van belang om te weten hoe de werking van een sociale dienst voor geriatrische patiënten in een ziekenhuis verloopt. Daar de meeste doorverwijzingen via het ziekenhuis verlopen kan ik informeren naar de emotionele reactie rond de doorverwijzing en beslissing tot opname zowel bij de patiënten als de familieleden en in hoeverre men een bijdrage heeft in de beslissing. Vlaanderen telt 53 ziekenhuizen (Agentschap zorg en gezondheid, 2021). De enquête wordt via email naar verschillende ziekenhuizen in Vlaanderen verstuurd. Gebaseerd op de emailadressen die te vinden zijn op de websites van de ziekenhuizen. Daarnaast worden ook de opnamediensten van woonzorgcentra bevraagd. Ook deze zijn een belangrijke factor bij de beslissing in verhuis en de psychosociale ondersteuning na verhuis. Om ook te weten hoe woonzorgcentra werken worden er willekeurig e-mails met de enquête verstuurd onderverdeeld in de verschillende instellingen (social profit, openbare, privé). Door een enquête te versturen via e-mail naar de thuiszorgdiensten is het mogelijk om ook via die weg te weten te komen hoe ouderen over een woonzorgcentrum denken en wat belangrijk is voor hen. De thuiszorgdiensten krijgen op deze manier ook inspraak in de adviezen voor sociaal werkers die de directe aanspreekpersoon zijn bij opname in een woonzorgcentrum.

Bijkomend wordt er een enquête opgesteld om te weten te komen hoe 65-plussers over een woonzorgcentrum denken en wat effect heeft op hun beslissing. De enquête kan zowel online via Survio als op papier ingevuld worden en heeft betrekking op 65-plussers. Zij worden door middel van sociale media en via vrienden en kennissen op de hoogte gebracht waardoor de juiste doelgroep wordt bereikt. Hierdoor kan ik een zicht krijgen op wat men verwacht van een woonzorgcentrum.

Om te weten te komen hoe familieleden van bewoners in het woonzorgcentrum een opname hebben beleefd en wat het gevoel was bij de bewoners wordt ook aan hen een enquête verstuurd. Dit gebeurt via de nieuwsbrief van het woonzorgcentrum met goedkeuring van de directie. Zo krijg ik een goed zicht van alle factoren die belangrijk zijn in de beslissing om te verhuizen naar een woonzorgcentrum.

2.3. Interviews

Omdat de interpretatie van familieleden verschillend kan zijn van de eigenlijke gevoelens van een bewoner wordt er een diepte-interview afgelegd bij bewoners op mijn stageplaats. Het doel is te gaan voor 6 tot 8 bewoners. De bewoners worden willekeurig uitgekozen op vlak van geslacht en leeftijd maar waarbij er alleen sprake is van een fysieke achteruitgang en waarbij er minder een stoornis in het cognitief functioneren is die invloed heeft op het dagelijks functioneren. Wanneer er een cognitieve stoornis is kan het niet altijd duidelijk zijn of de emotie, het gedrag en reactie die aanwezig is, afkomstig is door het verblijf of door de stoornis. Om een goed onderzoek te kunnen voeren, hoe men een verhuis emotioneel beleefd, is het belangrijk dat de echtheid van het gevoel verzekerd wordt. Ik wil hierbij graag informeren naar de beeldvorming die men had voor men naar een woonzorgcentrum verhuisde en of deze positief of negatief is veranderd. Daarnaast wil ik in het kader van mijn hoofdvraag zeker weten welke bijdrage de sociaal werker/onthaalmedewerker hierin heeft gehad.

2.4. Tekortkomingen onderzoek

Aangezien dit onderzoek volop tijdens de covid-19-pandemie valt is het een uitdaging om de juiste profielen te vinden om een kwaliteitsvol onderzoek te voeren. De onderzoeken worden dan ook vooral via e-mail gevoerd.

Het uiteindelijke onderzoek via enquêtes is verstuurd naar 165 woonzorgcentra, 52 ziekenhuizen en 95 thuiszorgdiensten. Uiteindelijk hebben er 44 medewerkers van woonzorgcentra, 23 sociaal werkers van ziekenhuizen en 85 medewerkers van thuiszorgdiensten geantwoord. Hierdoor heb ik een foutenmarge van 15,52% bij de ziekenhuizen en 14,38% bij de woonzorgcentra. Voor de thuiszorgdiensten is dit moeilijk in te schatten daar het aanbod versnipperd is en het aantal niet in cijfers terug te vinden is.

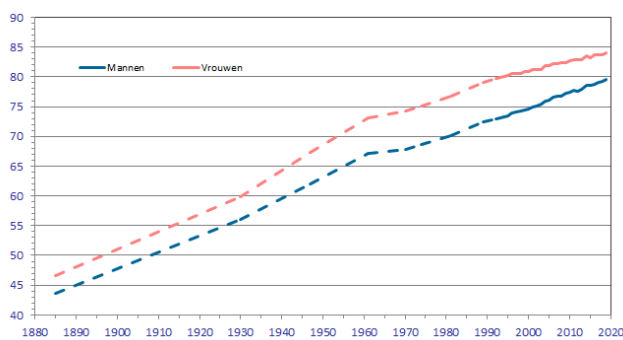
Daarnaast heb ik wegens een tekort aan kandidaten tijdens de stageperiode op de stageplaats slechts met 3 bewoners een gesprek kunnen voeren in plaats van de respectievelijke vooropgestelde 6 personen.

Hoofdstuk 3: Situering ouderenzorg

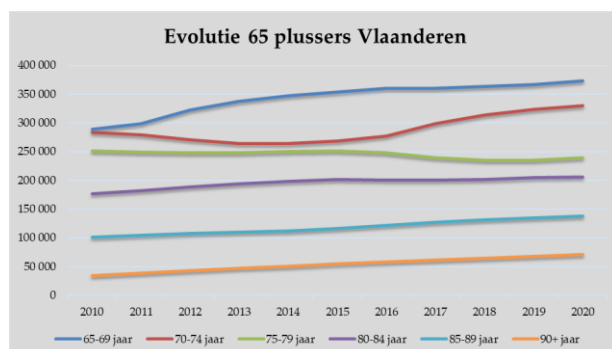
3.1. Levensverwachting

De voorbije decennia wijzigden de geboortecijfers zeer sterk. De groei van gezinnen hierdoor ook. Tussen 1866 en 1880 kregen vrouwen gemiddeld 4,5 kinderen. Vanaf 1880 daalden deze cijfers weer waarbij men in 1930 gemiddeld 2,2 kinderen kreeg. Kort na de tweede wereldoorlog trad er een babyboom op zowel in België als in andere westerse landen. Door de rust die weerkeerde na het geweld werden er weer gezinnen gesticht. Tussen 1963 en 1964 kreeg men gemiddeld 2,7 kinderen. (Federale overheid België, 1991) De jaren die volgden zakten de cijfers steeds verder. Momenteel is dit 1,60 per vrouw in 2019. (*Kind en Gezin, 2019*)

Niet alleen de grote gezinnen in het midden van de 20^e eeuw zorgen voor de vergrijzing, ook de toegenomen levensverwachting van ouderen hebben hiertoe bijgedragen. De levensverwachting van ouderen kende de voorbije jaren een belangrijke evolutie. Begin 20^{ste} eeuw was de gemiddelde levensverwachting 50 jaar, de jaren die volgden steeg de levensverwachting van een Belg. Momenteel is de gemiddelde levensverwachting in ons land 82,7 jaar. Veel elementen hebben bijgedragen aan de hogere levensverwachting waardoor we nu een duidelijke vergrijzing zien van de bevolking. Binnen Vlaanderen zie je deze evolutie zelfs op 10 jaar tijd waarbij er ook een sterke stijging is van ouderen boven de 80 jaar (*Federale overheid België, 2021*)



Figuur 1: Levensverwachting België (Federale overheidsdienst België, 2021)



Tabel 9: Evolutie 65-plussers Vlaanderen

Verskillende elementen hebben bijgedragen tot de stijging in de levensverwachting. De leefomstandigheden zijn sterk verbeterd vermits er rioleringen en drinkbaar water voorhanden was. Maar ook propere en verwarmde huizen hebben hiertoe bijgedragen. Een belangrijk element dat heeft bijgedragen tot de verhoogde levensverwachting van de ouderen is de verbeterde gezondheidszorg in België. Daar waar het vroeger veel moeilijker was om de juiste zorg te krijgen heeft men nu veel meer mogelijkheden om verzorgd te worden. Artsen en ziekenhuizen zijn zowel financieel als fysiek toegankelijk gemaakt om iedereen de juiste zorg te kunnen aanbieden. Maar ook binnen de wetenschap staat men veel verder dan vroeger. De ziektes met een hoge sterftegraad van de 19^{de} en 20^{ste} eeuw zoals de pest en polio zijn uitgeroeid en andere nieuwere ziektes worden sneller ontdekt door de nieuwe technologieën die steeds verder verbeterd worden. Hierdoor is de levensverwachting bij bijvoorbeeld kanker ook sterk gestegen.

3.2. Geschiedenis van de ouderenzorg

3.2.1. Belgische geschiedenis

De geschiedenis van België heeft een heel belangrijke invloed gehad op de ouderenzorg in Vlaanderen. Tot 1815 behoorde België tot het Franse Keizerrijk van Napoleon Bonaparte. In 1813 kreeg Nederland zijn onafhankelijkheid terug. Daardoor bepaalde het Congres van Wenen dat in 1815 de Noordelijke en Zuidelijke Nederlanden herenigd zouden worden. Hierop werd de uit ballingschap teruggekeerde zoon van de stadhouder, Willem Frederik, uitgeroepen tot een soevereine vorst. Het Koninkrijk der Nederlanden was een feit.

In 1830 ontstond er een Belgische revolutie. Ondanks dat het economisch beleid niet zo slecht was voor de Belgische burgers ontstond er toch een sociale opstand bij de lagere klassen en protesteerde de burgerij voor hun vrijheden. Nadat men bij de vorst vroeg naar een administratieve scheiding en deze niet kreeg steeg de opstand waardoor het Nederlands leger Brussel bezette. Hierdoor kregen de opstandelingen steun van mensen buiten de stad en scheidde België zich af van de noordelijke provincies. Op 4 oktober 1830 werd in België de onafhankelijkheid uitgeroepen. (*Deneckere , De Paepe, De Wever , & Vanthemsche, 2014*)

3.2.2. Geschiedenis van de ouderenzorg

Ondanks het feit dat er altijd al ouderen zijn geweest en net zoals nu nood hadden aan fysieke, mentale, materiële en financiële ondersteuning is er weinig onderzoek terug te vinden over de Belgische geschiedenis van de ouderenzorg. De ouderenzorg kan men onderverdelen in verschillende tijdsperiodes. Hierdoor is er dus ook aandacht voor de periode voor België onafhankelijk werd.

3.2.2.1. Voor en tijdens de 18^{de} eeuw

Deze periode wordt beschreven in de doctoraatscriptie van Sluijter Ronald, Bejaardenzorg in Leiden in de achttiende eeuw (*Sluijter, 1995*). Bejaarden in deze periode zijn andere ouderen dan hoe we deze in de huidige tijden beschrijven. Het Oude Mannenhuis in Delft en het Oude Mannen- en Vrouwenhuis te Alkmaar hanteerde de grens van personen boven de vijftig jaar. Deze ligt ver onder de huidige grens van 65 jaar. In deze periode kunnen we verschillende woonvormen onderscheiden waarbij ouderen kunnen verblijven.

- Zelfstandig wonen met bedeling; Binnen deze vorm woonde men zelfstandig waarbij men beroep kon doen op een bedelingsinstantie. Men kreeg steun voor goederen (voedsel, turf, stro en medicijnen), in zeldzame gevallen een geldbedrag en de vergoeding van de begrafeniskosten. Deze ouderen werden onderverdeeld in verschillende bedelings-instanties waarbij het Huiszittenhuis veruit het grootste was en waarbij men de voorkeur gaf aan geloofsgenoten.
- Hofjes; De hofjes werden gesticht door de rijke burgers als daad van barmhartigheid. Deze huisjes werden gekocht als belegging waarin ouderen die zorgbehoevend waren konden verblijven. Wanneer, in bepaalde gevallen, de partner erbij mocht wonen, werd deze gevraagd elders te wonen indien de zorgbehoevende oudere overleden was. Aan de oudere, die er mocht wonen, werd een inkoopsum gevraagd en men moest het liefst een eigen inboedel hebben.

In dit hofje had men dan recht op brood, kaas, bier en turf⁴ en in sommige gevallen ook kleding.

- Proveniers; Deze ouderen kochten kost en inwoon bij gasthuizen (gastgezinnen). Ook minder welgestelden konden hier verblijven, zij werden dan door hun familie ingekocht.
- Inwonen bij familie
- Uitbesteding bij particulieren
- Het Hou- of Arme Kinderhuis; In de beginperiode van het Arme Kinderhuis verbleven er ook ouderen, nadien werden, door de complexiteit van de zorg ouderen-kinderen, er minder en minder ouderen opgenomen.
- Gasthuizen; Het Gasthuis, huis waarbij men zieken verzorgd, kon in die tijd ook aanzien worden als een vorm van ouderenzorg. Dit omdat hier ouderen verbleven die door hun leeftijd ziek werden. Binnen deze Gasthuizen verbleven zieken en proveniers maar ook krankzinnigen⁵.
- (Wees- en) oudeliedenhuizen; De oudeliedenhuizen hadden op verschillende plekken in de Nederlanden een andere naam; bejaardenhuis, Oudemannenhuis en zelfs gestichten.

3.2.2.2. 19^e eeuw

Vercauteren Gregory, licentiaat in de geschiedenis, schreef een artikel waarbij hij de leefomstandigheden van behoeftige ouderen beschreef. Het onderzoek (*Vercauteren, 2001*) situeert zich tussen 1811 en 1910 in Antwerpen.

Onder het Antwerpse stadsbestuur ontstonden in 1796 er twee belangrijke instanties die zich het lot van behoeftige ouderen "aantrok" nl.; De burgerlijke Godshuizen (verantwoordelijk voor de behoeftigen in hospitalen) en het Bureel van weldadigheid (verantwoordelijk voor de behoeftigen thuis). Paupers (personen die geboren waren in een arm gezin en geen mogelijkheid hadden tot welstand) kregen een wekelijks steunbedrag vanuit het weldadigheidsbureel. Voor invalide ouderen was dit een aanvulling op de steun die men ontving van verwanten die wettelijk verplicht waren om zorg te dragen aan noodlijdende (groot)ouders. Men kon pas uit die plicht ontslagen worden indien zij financieel niet de mogelijkheid hadden om te voorzien in het onderhoud. Invalide ouderen of ouderen die geen terugval hadden op verwanten werden ten laste van de Burgerlijke Godshuizen daar zij volgens de overheid het recht hadden op een goed onderkomen. Een recht dat men niet kon waarmaken omwille van de schaarste aan tehuizen voor zorgbehoevende ouderen.

Een Godshuis, opgericht voor ouderen vanaf 55 jaar, was een plaats waar men kosteloos kon verblijven maar waar geen verzorging aanwezig was. Deze werden opgericht voor mannen, vrouwen en echtparen. In de praktijk resulteerde dit, dat alleen welstellende ouderen die goed te been waren hier verbleven. Zij betaalden een "groot" bedrag om de Godshuizen te steunen of werden door kennissen aan de prefect (ambtenaar) voorgesteld. Deze selectie gebaseerd op de welgesteldheid van ouderen zorgde dan ook voor moeilijkheden bij het weldadigheidsbureel omdat meer armen zich gingen aanbieden voor financiële steun.

⁴ Turf is gedroogd veen dat als brandstof kan gebruikt worden.

⁵ In die tijd werden krankzinnigen omwille van de verwardheid bestempeld als een gevaar voor de maatschappij.

Het Weldadigheidsbureel kreeg door de toenemende verarming en de grotere vraag aan steun een financieel tekort. Om dit te kort op te vangen verlaagde men het wekelijks steungeld. Officieel had men recht op 3 frank per week maar er werd maar 2 frank per week uitbetaald. Veel ouderen konden hierdoor niet meer rondkomen en werden doorgestuurd naar de Burgerlijke Godshuizen om uitbesteed te worden.

Uitbestedelingen werden per opbod voor het laagste verzorgingsgeld uitbesteed aan kostgezinnen. Men kon hierin de kostgevers (deze zijn betrokken in de landbouw en behoorden tot de middengroep van de samenleving) en de rijkere landbouwers (waren commercieel aan de slag en hadden geen nood aan bijkomende inkomsten) onderscheiden. De middengroep kon deze inkomsten wel gebruiken maar waren niet arm. De kostgezinnen kregen elke 3 maanden het verzorgingsgeld uitbetaald door het weldadigheidsbureel om de uitbestedelingen op te vangen. De uitbestedingen werden vooral naar het zuidoosten van de stad (Mechelen, Lier) en het Hageland gestuurd. Het stadsbestuur heeft tussen 1840 en 1870 geprobeerd om een verbod te krijgen op de uitbesteding maar dit was niet gelukt. In 1870 kwam er een nieuwe beleid om ouderen in natura uit te betalen; behoeftigen + 70-jaar kregen 1,80 frank, +75-jarigen kregen 2 frank. Hiermee konden ze nog steeds niet rondkomen daar huurprijzen en broodprijzen waren verdubbeld. De uitbesteding van de stad naar kostgezinnen op het platteland door de Burgerlijke Godshuizen was daardoor nog steeds realiteit.

Humanitaire verenigingen startten in 1880 dan ook een campagne tegen de uitbesteding en klaagden de wantoestanden aan waarbij een verblijf op het platteland gelijkstond voor honger, ontbering en eenzaamheid. De oplossing hierop werd in 1893 vastgelegd. Zorgbehoeftige ouderen werden bij verwanten ondergebracht in de stad en het Burgerlijk Godshuis stond mee in voor de thuiszorg voor gezonde ouderen en hun verwanten. Het weldadigheidsbureel betaalde het kostgeld uit. Vanaf 1901 werden de bevoegdheden verder verdeeld onder de instanties en kreeg het weldadigheidsbureel ook de uitbesteding naar verwanten in de stad onder zijn hoede. De kostgevers in de stad waren gezinnen die al in armoede leefden. Met het steungeld konden zij zorgdragen voor hun verwanten. Deze gezinnen situeerden zich in de oude binnenstad waaronder het Sint Andries Kwartier. Tijdens deze tijdperiode was duidelijk dat de zorgbehoevende en arme ouderen het slachtoffer waren van de maatschappij.

3.2.2.3. 20^e eeuw

In 1925 werden de Burgerlijke Godshuizen (residentiële hulpverlening) en Burelen van Weldadigheid (hulpverlening aan huis) vervangen door de Commissie van Openbare Onderstand (COO). De COO had als opdracht de ellende te verzachten en te voorkomen en de dienst der ziekenverpleging op te richten. Deze taken werden uitgevoerd door vertegenwoordigers van de gemeente. De voorbije jaren is er meer en meer ingezet op een maatschappij waarbij men het kapitalistisch productiesysteem garant stelt voor het collectieve sociale welzijn van de burgers. Hierdoor is er een welvaartsstaat ontstaan. Onze Belgische verzorgingsstaat telt een aantal kenmerken waaronder de wettelijke grondrechten waarbij elke burger gelijke rechten heeft. Later werd onze welvaartsstaat een actieve welvaartsstaat. Dit doordat er rond 1973 een crisis is ontstaan waarbij door de stijgende werkloosheid een financieel onevenwicht was ontstaan en waarbij men niet aangepast was aan de nieuwe sociale problemen zoals de toenemende vergrijzing.

De actieve welvaartsstaat kenmerkt zich door de activering van burgers waarbij men een grotere verantwoordelijkheid krijgt maar wanneer men niet meewerkt hiervoor gesanctioneerd wordt. Hiernaast wordt er ingezet in een decentralisering van de het sociaal zekerheidsbeleid waarbij er aandacht is voor zorg op maat bij lokale instanties. In 1976 werd dan ook het COO omgevormd naar het OCMW (Openbare centra voor maatschappelijk welzijn). Deze heeft als doel: *Artikel 1.- Elke persoon heeft recht op maatschappelijke dienstverlening. Deze heeft tot doel eenieder in de mogelijkheid te stellen een leven te leiden dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid. (Federale overheid België, 2018)*

Iedere gemeente in België werd vanaf dan verplicht een OCMW te hebben, waarbij minstens één maatschappelijk werker in dienst moet zijn. Het OCMW heeft tal van taken waaronder het uitbetalen van leefloon⁶, het verstrekken van aanvullende steun, aanbieden van dringende hulp, budgethulpverlening, materiele hulpverlening (steun in nature door middel van voedselpakketten, kleding, brandstof), psychosociale hulpverlening, informatie aanbieden en diensten (gezinszorg, maaltijdbedeling,...) en instellingen (dienstencentra, woonzorgcentra, ...). In de 21^{ste} eeuw is het OCMW gewijzigd naar het Sociaal Huis, waarbij men zich focust op een ruimere dienstverlening waarbij alle aspecten van welzijn (mutualiteiten, emotioneel welzijn, handicap, wonen, ouderenzorg, enzoverder) aan bod kunnen komen.

Wanneer we de geschiedenis lezen van de periode rond de 19^e eeuw en de ervaringen horen van de 20^e eeuw is er niet zo veel veranderd op het gebied van ouderenzorg. Ouderen woonden rond en na de tweede wereldoorlog bij het kerngezin (vader, moeder en kinderen). Gezinnen van meer dan drie kinderen waren normaal, een klein gezin was eerder zeldzaam. (Federale overheid België, 1991) De huizen waren dan ook druk bevolkt met al deze verwanten. Het inwonen van ouderen bij de gezinnen was mogelijk door de opgelegde onderhoudsplicht vanuit het Burgerlijk Wetboek maar in die periode was ook de huisvesting beperkt of in zeer erbarmelijke staat. Het vergaren van inkomsten was tijdens en na de oorlog zeer moeilijk, waardoor men heel moeilijk kon rondkomen laat staan om hun verwanten apart te onderhouden. Het voedsel was schaars en duur waardoor het goedkoper was om het in één gezin te verdelen dan twee huishoudens te onderhouden. Wanneer de ouderen nog de mogelijkheid hadden om een steentje bij te dragen werden zij ingeschakeld in de opvang van de kleinkinderen of het bereiden van maaltijden. Het was dus veelal om financiële, praktische en gezondheidsredenen dat er drie generaties samenwoonden. Bejaardentehuizen zoals we ze nu kennen bestonden toen nog niet. Pas vanaf de jaren '50 werd er ingezet op het uitwerken van bejaardentehuizen en professionele hulp voor bejaarden. Ondanks de verdere uitwerking van bejaardentehuizen bleven ouderen vooral bij hun kinderen wonen en werden zij in drie- generatiewoningen verder ondersteund. Naarmate er meer en meer vrouwen buitenhuis gingen werken, de gezinnen minder groot werden (2 kinderen werd de norm) en men meer aandacht kreeg voor vrijetijdsbestedingen werd de tijd om voor oudere verwanten te zorgen beperkter. Hierdoor werd professionele zorg voor ouderen belangrijker waardoor men zo lang mogelijk zelfstandig thuis kon wonen of werd er gezocht naar een bejaardentehuis, later het gekende woonzorgcentrum.

⁶ Leefloon: meer info in hoofdstuk 3.4.1.1. leefloon (pg. 24)

3.2.2.4. 21^{ste} eeuw

Sinds de 21^{ste} eeuw is de ouderenzorg sterk verbeterd en uitgebreid en hebben ouderen en hun familie dan ook veel meer mogelijkheden om de juiste zorg te krijgen. Dit zowel in residentiële (kort- en vastverblijf in woonzorgcentra, assistentiewoningen, revalidatiecentra, ...) of niet-residentiële zorgverlening (thuiszorg, thuisverpleging, nachtverpleging, ...) en op gemeentelijk, provinciaal, gewestelijk of federaal gebied. Er wordt de laatste 10 jaar dan ook sterk ingezet om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen. Om familie en vrienden de kans te geven te kunnen zorgen voor de ouderen wordt mantelzorg steeds meer wettelijk bepaald als zorgmogelijkheid naar ouderen toe, waarbij men tevens een financiële tegemoetkoming of extra zorgverlofdagen kan krijgen. Toch wordt er ondanks de goede zorg van familie veel uitbesteed naar professionelen om ouderen te ondersteunen in het langer thuis wonen.

3.3. Vermaatschappelijking van de zorg

Om al deze ouderen in Vlaanderen de nodige zorgen te kunnen aanbieden is er de voorbije jaren sterk ingezet op de vermaatschappelijking van de zorg. Er wordt gekozen om meer te investeren in het langer en zelfstandig thuis wonen dan de residentiële voorzieningen die men tot op heden kent zoals de woonzorgcentra. De vermaatschappelijking van de zorg is nochtans geen nieuwe manier van zorgverlening in de ouderenzorg. In de geschiedenis werd al duidelijk dat er in de 19^e eeuw werd geïnvesteerd in kostgezinnen om behoeftige ouderen op te vangen in gezinnen, later werd dit dan gestimuleerd in kostgezinnen als bloedverwanten en waren drie- generatiewoningen heel normaal. Hierdoor werden de familieleden belast met de zorg van hun dierbaren. Later is deze vorm van ondersteuning aan ouderen nog steeds blijven bestaan. Ook op wettelijke basis worden we gewezen op de solidariteit tussen de bloedverwanten door een onderhoudsplicht⁷. Hierdoor is men verplicht in te staan voor het levensonderhoud van behoeftige ouders. (Federale overheidsdienst België, 1984) (POD maatschappelijke integratie, 2021)

De vermaatschappelijking van de zorg is dan ook een keuze die men gemaakt heeft om de vergrijzing financieel betaalbaar te houden en de zorg zo goed mogelijk uit te besteden aan de maatschappij. Op alle beleidsniveaus in België wordt er aan deze “nieuwe” manier van zorgverlening gedaan. De ouderenzorg is een Vlaamse bevoegdheid maar ook lokale besturen worden hierin sterk betrokken en krijgen subsidies om dit verder uit te werken op lokaal niveau. Het is hierdoor een samenwerking tussen professionele zorgverleners, mantelzorgers en vrijwilligers. Vlaanderen beschrijft deze manier van zorgverlening als een positieve keuze waarbij er een betere kwaliteit van het leven wordt gecreëerd bij mensen die extra zorg nodig hebben.

Als sociaal werker zijn we steeds gericht op het zoeken naar oplossingen om het welzijn te bevorderen wanneer zich bij mensen uitdagingen en problemen voordoen. De vermaatschappelijking van de zorg heeft dan ook een directe invloed op de sociaal werkers. Concreet gaan we op zoek naar mogelijkheden waarbij de mensenrechten van ouderen worden gerespecteerd en waarbij ouderen mits eventuele hulp beroep kunnen doen op hun eigen krachten en hun sociale context. Om dit mogelijk te maken kunnen ouderen beroep doen op verschillende soorten van ondersteuning.

⁷ Onderhoudsplicht: meer info in hoofdstuk 3.4.1.6. zakgeld rusthuisbewoners (pg. 25)

3.4. Ondersteuningsmogelijkheden voor ouderen

3.4.1. Financiële ondersteuning

Ouderen hebben verschillende mogelijkheden om extra financiële ondersteuning te krijgen wanneer er fysieke moeilijkheden zijn, men door omstandigheden zonder inkomen valt of wanneer het inkomen uit het pensioen onvoldoende is om aan de basisbehoeften te voldoen.

3.4.1.1. Leefloon

Een leefloon (*Federale overheid België, 2021*) wordt door het OCMW uitbetaald. Wanneer men over onvoldoende financiële middelen beschikt om een waardig leven te leiden en zich te voorzien in de basisbehoeften kan men beroep doen op een leefloon. Dit is een minimuminkomen per maand dat is vastgelegd. Deze kan in zijn totaliteit uitbetaald worden of gedeeltelijk een aanpassing zijn tot men in het geheel een minimuminkomen heeft. Het leefloon wordt bepaald aan de hand van 3 categorieën:

- Categorie 1: bedrag per samenwonende persoon (voor 2021 bedraagt dit € 656,45)
- Categorie 2: bedrag voor alleenstaande persoon (voor 2021 bedraagt dit € 984,68)
- Categorie 3: bedrag voor samenwonenden met minimum één minderjarige ten laste (voor 2021 bedraagt dit € 1.330,74)

3.4.1.2. Inkomensgarantie voor ouderen

Het IGO of de inkomensgarantie, voor ouderen vanaf 65 jaar, is een uitkering dat de federale overheid verstrekt aan ouderen die niet of onvoldoende financiële middelen hebben. In de meeste gevallen start het onderzoek naar het IGO vanzelf van zodra men de pensioenleeftijd heeft bereikt. Het bedrag dat men ontvangt is afhankelijk van de gezinssituatie waarin men zich bevindt en hoeveel bestaansmiddelen men heeft. In 2021 mag men maximaal 1.184,20 euro hebben als alleenstaande en 789,47 euro als samenwonende. Het IGO zorgt net als het leefloon voor een bijpassing tot het maximaal bedrag dat men mag krijgen. Naast het IGO krijgt men tijdens de Covid-19-pandemie een corona-premie van 50 euro per maand. Dit is een tijdelijke sociale premie tijdens de crisis om een steun te bieden aan de meest kwetsbare ouderen. (*Federale pensioendienst, 2021*)

3.4.1.3. Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden (vroegere zorgverzekering)

Het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden is een Vlaamse bevoegdheid (*Vlaamse sociale bescherming, 2021*). Door zich aan te sluiten bij de Vlaamse Sociale Bescherming, waarbij men jaarlijks de zorgpremie aan de zorgkas betaalt, kan men beroep doen op het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden. Dit is een maandelijkse uitbetaling van 130 euro voor zorgbehoevenden waarbij veel professionele hulp nodig is of wanneer men in een woonzorgcentrum verblijft. Hiervoor is geen minimum of maximum leeftijd. Het zorgbudget moet aangevraagd worden door middel van een attest of meting van zorgzwaarte. Wanneer men thuis woont gebeurt dit via de zorgkas waarbij men is aangesloten. Als men dan in een woonzorgcentrum, rust- en verzorgingstehuis of psychiatrisch verzorgingstehuis verblijft, wordt het zorgbudget aangevraagd door middel van een verblijfsattest dat door de instelling wordt bezorgd. (*Vlaamse sociale bescherming, 2021*)

3.4.1.4. Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood

Het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood ofwel de vroegere tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden is een Vlaamse bevoegdheid (*Vlaamse sociale bescherming, 2021*). Het zorgbudget is een tegemoetkoming die men kan aanvragen en ontvangen vanaf de leeftijd van 65 jaar, wanneer men een beperkt inkomen heeft en wanneer de zelfredzaamheid beperkt is. Deze wordt uitbetaald door de Vlaamse Sociale Bescherming en is afhankelijk van de zorgzwaarte en het inkomen van de oudere. Men heeft recht op een zorgbudget wanneer men minstens 7 punten behaalt op de schaal van zelfredzaamheid, bepaald door de artsen van Directie Generaal Personen met een Handicap. Afhankelijk in welke Categorie (1 tot 5) men valt krijgt men meer uitbetaald. Ook hier is het van belang om aangesloten te zijn bij de zorgkas om van deze steun te kunnen genieten.

3.4.1.5. Tussenkost in de mobiliteitshulpmiddelen

Voor ouderen zorgt de Vlaamse Sociale Bescherming eveneens voor een tussenkost in een mobiliteitshulpmiddel dat men kan aankopen of huren. Dit kan gaan over een rolstoel, elektrische scooter, loop- en sta hulpmiddelen die door een bandagist worden afgeleverd. Wanneer de huisarts of de gespecialiseerde arts hiervoor een medisch voorschrift schrijft wordt de factuur van het hulpmiddel rechtstreeks naar de zorgkas gestuurd en zijn alleen mogelijke supplementen door de oudere zelf te betalen. (*Vlaamse sociale bescherming, 2021*)

3.4.1.6. Zakgeld Rusthuisbewoners

Wanneer men als oudere over onvoldoende middelen beschikt en in een woonzorgcentrum terecht komt kan men beroep doen op financiële steun van het OCMW. Zij passen dan het tekort bij. Hierdoor moet men de inkomsten afstaan en krijgt men maandelijks zakgeld wat door het OCMW wordt bepaald en wat men vrij kan spenderen. (*POD maatschappelijke integratie, 2021*) Om het tekort aan te vullen beroept het OCMW zich op de wet van de onderhoudsplicht. Wanneer het OCMW⁸ hierin moet ondersteunen zal men eerst op zoek gaan naar de onderhoudsplichtigen (kinderen, kleinkinderen en echtgenoot/echtgenote) om dit tekort bij te passen. De onderhoudsplichtige kan zich onttrekken van betaling wanneer men zelf zware financiële lasten ervaart of er een verstoorde familiale band is met de betrokken ouder. De sociaal werker van het OCMW zal hiervoor een sociaal onderzoek doen.

De laatste jaren is er een te groot verschil tussen de kostprijs van een verblijf in woonzorgcentra en het pensioen dat de oudere van de overheid trekt. Als alleenstaande krijgt men gemiddeld 1.500 euro pensioen. Een woonzorgcentrum kost afhankelijk van de provincie tussen 1.700 en 2.000 euro. Ondanks de extra financiële ondersteuning die er op Federaal en Vlaams niveau zijn zoals de zorgbudgetten en het IGO heeft men het moeilijk om een woonzorgcentrum te bekostigen.

3.4.1.7. Ziekteverzekering

Naast de bovengenoemde financiële ondersteuning wordt er vanuit het RIZIV ook bijkomende tegemoetkomingen gegeven aan ouderen die bepaalde zorgvragen hebben of een verminderd inkomen hebben.

⁸ OCMW: meer info in hoofdstuk 3.2.2.3. 20^{ste} eeuw (pg. 22)

- De maximumfactuur zorgt ervoor dat personen niet meer dan een bepaald bedrag betalen per jaar aan gezondheidskosten. Voor de ouderen zijn er 3 types; het inkomen gerelateerde, de sociale en deze voor chronische zieken. Deze wordt automatisch door de mutualiteiten toegekend wanneer men hier recht op heeft. (RIZIV, 2021)
- Bij de derdebetalersregeling moet men alleen het persoonlijk aandeel en het eventuele supplement betalen bij de zorgverlener, ziekenhuis en apotheker. In woonzorgcentra wordt dit ook automatisch geregeld met de huisartsen zodat het persoonlijk aandeel in vele gevallen via de factuur van het woonzorgcentrum wordt verrekend aan de oudere (of zijn familie).
- Het incontinentieforfait wordt door de mutualiteit automatisch toegekend wanneer de oudere een B of C forfait⁹ heeft op voorwaarde dat bij het criterium incontinentie een score van 3 of 4 vermeld wordt.
- Het palliatief forfait is een tegemoetkoming voor medicatie, verzorgingsmateriaal en hulpmiddelen die door de mutualiteit wordt uitbetaald door middel van een aanvraag opgesteld door de arts. Hierdoor heeft men ook recht op een volledige terugbetaling van het remgeld voor huisbezoeken van een arts en een kinesist.

3.4.2. Woonomstandigheden

3.4.2.1. **Aanpassingen woning**

Wanneer men in het “ouderlijk” huis wenst te blijven wonen kan het zijn dat er aanpassingen nodig zijn aan de woning om dit mogelijk te maken. Indien men een trap heeft naar de slaapkamer en badkamer maar deze fysiek niet meer kan opgaan moet men bekijken wat er mogelijk is om te slapen en zich te wassen. Zowel via de steden en gemeenten als de verschillende mutualiteiten kan men beroep doen op een team van ergotherapeuten die woonadvies geven. Zij gaan in de woning kijken wat aanpasbaar is en nodig is om in de woning te blijven wonen. Dit kan gaan over een traplift, een douchezitje, handgrepen, aangepast bestek, alarmsystemen en nog veel meer hulpmiddelen die ter beschikking zijn maar waarvan de oudere en zijn omgeving soms het bestaan niet afweten. Maar ook voor grotere aanpassingen zoals een hellend vlak, grotere toegangsdeur of verbouwingen in de sanitaire ruimten kan een premie worden aangevraagd. (*Wonen Vlaanderen, 2021*)

3.4.2.2. **Assistentiewoningen / Serviceflats**

Als alternatief zijn er de serviceflats of assistentiewoningen. Deze kunnen onderdeel zijn van een woonzorgcentrum of van het Sociaal Huis van de gemeente. Een assistentiewoning of serviceflat is een kleinschalig appartement met één slaapkamer. Deze voldoen aan de noden van de belanghebbende. De woningen zijn aangepast aan rolstoelgebruikers waardoor alles bereikbaar is in de woning en beschikken over een noodoproepsysteem. Het systeem zorgt ervoor dat er steeds iemand kan opgeroepen worden door middel van een drukknop wanneer dit nodig zou kunnen zijn. De huurprijs is gebaseerd op het inkomen. In vele gevallen is deze dicht bij een dienstencentrum gelegen waardoor ouderen veel gemakkelijker tijd met elkaar kunnen doorbrengen.

⁹ Voor meer informatie zie 3.5.1.5. zorgprofielen (pg. 35)

3.4.2.3. Alternatieve woonvormen

De voorbije jaren zijn de mogelijkheden om dicht bij familie te wonen sterk toegenomen. Wanneer de eigen woning geen optie meer is en een serviceflat ook beperkingen heeft (wachttijd, afstand familie, ...) kan er gekeken worden naar de mogelijkheden van kangoerewonen of het plaatsen van een zorgunit of mantelzorgwoning. Bij de eerste optie woont men in het huis van de mantelzorger en zorgt deze voor de oudere eventueel met professionele hulp. Een zorgunit of mantelzorgwoning kan in de tuin of naast een woning gezet worden zowel bij de oudere als bij een mantelzorger.

De laatste jaren zijn er grote verschillen gekomen in deze units en de verschillende bedrijven die dit aanbieden waardoor de kostprijs hiervan sterk verschilt. Er zijn mogelijkheden waarbij men deze kan huren maar ook kan kopen. Een zorgunit of mantelzorgwoning bestaat uit een keuken, leefruimte, badkamer en slaapkamer. Binnen de overheid zien zij hier ook een toename van mogelijkheden en zijn er ook op vlak van wetgeving meer mogelijkheden om een zorgunit in de tuin te plaatsen. *(Vlaanderen, sd)*



Figuur 2: Zorgunit klein (Alforte, 2021)

Figuur 3: Zorgunit groot (Alforte, 2021)

3.4.3. Hulpsoorten

3.4.3.1. Mantelzorg

Wanneer de oudere zelfstandig thuis woont zijn er verschillende mogelijkheden voor hulp. De meeste hulp is afkomstig van een familielid, buur of vriend die extra zorg aanbiedt aan de oudere zonder een financiële tegemoetkoming. Men doet dit op vrijwillige basis. Door deze steun heeft de oudere het gevoel dat men er niet alleen voor staat en graag gezien wordt. In veel gevallen wordt dit door de kinderen gedaan. Toch is het niet altijd gemakkelijk om als mantelzorger die zorg op te nemen. Het brengt vaak ook extra kosten met zich mee maar het zorgt vooral voor fysieke inspanning. Je maakt tijd voor de oudere en zorgt ervoor dat men de nodige hulp heeft in de dagelijkse behoeften maar ook bij doktersbezoeken en andere medische onderzoeken. Dit heeft tevens een zware mentale impact op de mantelzorger.

In de huidige tijden hebben we de sandwichgeneratie die de zorg combineert met een job en hun eigen kinderen en kleinkinderen. Zij worden heen en weer geslingerd tussen deze zorgtaken en hebben geen ruimte meer voor zelfzorg. Deze vorm van zorg wordt te vaak als normaal beschouwd en krijgt nog te weinig aandacht bij de overheid. Wanneer mantelzorgers nog een job uitoefenen kunnen zij ook een aanvraag doen om het thematisch verlof voor medische bijstand op te nemen. *(Steunpunt Mantelzorg, 2021)*

Bij de financiële tegemoetkomingen is er al uitgebreid uitgelegd dat ouderen een zorgbudget kunnen krijgen voor zorgbehoefvendheid, daarnaast kunnen sommige gemeenten ook een bijkomende premie uitbetalen. Deze premie kan uitbetaald worden aan de oudere of aan de mantelzorger. De gemeenten beslissen hier zelf over. (*Steunpunt mantelzorg, 2021*)

3.4.3.2. Thuiszorg of gezins- en bejaardenhulp

Indien de mantelzorg te zwaar wordt kan er hulp ingeroepen worden van professionele hulp. Thuiszorg of gezinshulp is een groot onderdeel van deze professionele hulp. Een sociaal werker gaat door middel van een huisbezoek op zoek naar de behoeften van de oudere; waar is er hulp nodig, wat kan de oudere nog zelf, wat is de sociale en familiale situatie? Vanuit dit onderzoek wordt er afgesproken hoeveel hulp er komt en waar zij ondersteuning in zullen bieden. Een gezins- en bejaardenhulp heeft een beperking in mogelijkheden inzake wat hij of zij mag en kan doen. Wanneer men 4 uur hulp vraagt per week of per dag mag men maximum 2 uur besteden aan het poetsen van de woning, de overige tijd moet gespendeerd worden aan de alternatieve hulp; persoonsverzorging, hulp in het huishouden zoals koken, wassen en strijken. Men ondersteunt en begeleidt de oudere ook op psychosociaal gebied waarbij men een aanspreekpunt is maar ook gezelschap aanbiedt aan de oudere. (*Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021*)

De prijs per uur voor gezinszorg wordt berekend aan de hand van het inkomen en de grootte van het gezin waarbij de maximale prijs per uur 14,14 euro is (*Agentschap Zorg en Gezondheid, sd*). Wanneer je, als alleenstaande, ongeveer 1.500 euro pensioen ontvangt, betaal je ongeveer 6 euro per uur. Hoe meer (gezins)zorg men nodig heeft hoe meer korting (tussen 0,65 en 1,25 euro per uur) men krijgt. Toch is de goedkopere gezinszorg bij meer hulp zeer relatief. Voor 15 uur zorg per week betaalt men ongeveer 300 euro per maand, bij 10 uur zorg is dit 270 euro per maand. Het blijft steeds een grote hap uit het budget van de oudere en helaas voldoet de professionele hulp nog steeds niet om alle zorgbehoevende ouderen thuishulp aan te bieden.

3.4.3.3. Poetshulp

Wanneer gezins- en bejaardenhulp niet voldoende is kan er een extra poetshulp worden ingeschakeld. Een poetshulp mag in de praktijk meer tijd besteden aan het onderhouden van de woning dan een gezins- en bejaardenhulp. Wanneer er dus nood is aan meer ondersteuning in het onderhouden van de woning dan wordt poetshulp aangeraden. Deze mag dan o.a. dweilen, stofzuigen, ramen wassen, bedden verschonen, wassen en strijken. Voor deze dienst betaal je dan een vast bedrag van 9 euro per uur, die ook nog eens aftrekbaar is van de personenbelasting. (*Vlaanderen, 2021*)

3.4.3.4. Strijkatelier en wassalon

Wanneer de oudere alleen maar nood heeft aan het strijken van kleding is er ook nog altijd een strijkatelier waar men op kan terugvallen. Daarnaast zijn er in elke gemeente wel wassalons die ervoor zorgen dat de kleding en/of beddengoed kan gewassen worden aan voordelige tarieven.

3.4.3.5. Oppashulp

Voor sommige ouderen met een dementerend profiel of met een fysieke beperking is het onmogelijk om nog alleen thuis te blijven. In vele van die problematieken is er mogelijk nog een partner waar men steun en verzorging van krijgt. Toch is het als mantelzorger niet altijd gemakkelijk om de zorg van de partner of het familielid op zich te nemen maar wenst men geen extramurale opvang. Om deze mantelzorgers tegemoet te kunnen komen zijn er oppashulpen of buddy's die op regelmatige en afgesproken momenten langs komen en bij de oudere blijft wanneer de mantelzorger uit huis gaat. Hierdoor kan men de mantelzorger extra rust bieden zodat men aan zichzelf kan denken zonder dat de zorg voor de oudere wegvalt. (*Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021*)

3.4.3.6. Thuisverpleging en nachtzorg

Thuisverpleging kan ook een optie zijn om hulp te bieden bij de persoonlijke verzorging (wassen, aankleden) en de dagelijkse medische handelingen (steunkousen, medicatie, ...). In vele gevallen is het ook een dagelijks toezicht om na te gaan of het zelfstandig wonen mogelijk is (niet gevallen, cognitieve functioneren) en een sociaal moment voor de oudere. Deze hulp wordt door het RIZIV rechtstreeks aan de thuisverpleegkundige betaald indien dit aangevraagd wordt door de huisarts en is dus gratis voor de hulpbehoevende oudere. (*Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021*) Om 's nachts hulp te bieden in de woning is er nachtzorg waarbij een verzorgende of vrijwilliger 's nachts aanwezig is. Deze kan ademruimte bieden aan de mantelzorger en hierdoor zorgen dat ouderen zo lang mogelijk thuisblijven. In deze situatie kan er mogelijk beroep gedaan worden op een tussenkomst van de mutualiteit. Tevens kan men ook beroep doen op een nachthotel, hiervoor is geen tussenkomst mogelijk van de mutualiteiten. (*Nachtzorg, 2021*) Wanneer men nood heeft aan extra hulp kan men beroep doen op 24-uurs zorg, dit is inwonende verpleging die op elk moment van de dag hulp kan bieden aan de zorgbehoevende. Zij nemen de taken van een professionele gezinszorg en poetshulp op zich. (*zuster in huis, 2021*)

3.4.3.7. Dienstencentrum en maaltijden aan huis

Buiten deze vormen van hulp is er ook de mogelijkheid om warme maaltijden aan huis te laten brengen of naar een dienstencentrum in de buurt te gaan indien men dit fysiek nog kan. Zowel via het sociaal huis van de gemeenten of via externe traiteurs is het mogelijk om aan een betaalbare prijs een maaltijd aan te kopen. Wanneer men toch nog graag sociaal contact heeft dan is er de mogelijkheid om naar een dienstencentrum te gaan. In het dienstencentrum zorgt men dagelijks (uitgezonderd in het weekend) voor maaltijden en activiteiten. Dit kan kaart- en knutselnamiddagen, muziekoptredens, rommelmarkten, uitstappen naar musea of natuurdomeinen en kerstdiners zijn maar ook computer- en taallessen om ouderen vrijetijdbesteding aan te bieden. Dit bevordert het sociaal contact van de oudere en vermindert de kans op eenzaamheid. De meeste dienstencentra zijn gekoppeld aan een woonzorgcentrum of Sociaal Huis¹⁰ van een gemeente waardoor men snel kan inspelen op mogelijke zorgpunten en hier aandacht aan kan geven. (*VVSG, 2021*) Ouderen kunnen via het Sociaal Huis of de mutualiteiten gebruik maken van speciaal vervoer gericht op ouderen, waarbij de kosten beperkt zijn.

¹⁰ Sociaal huis: voor meer informatie zie OCMW 3.2.2.3. 20^e eeuw (pg.22)

3.4.3.8. Klusjesdienst en verhuishulp

Voor sommige ouderen die te weinig hulp hebben vanuit de context is het soms noodzakelijk dat er hulp wordt geboden bij klusjes in huis. Een meubeltje verplaatsen, het onkruid uit de tuin verwijderen, een lichtsckelaar repareren. Voor tal van kleine zorgen kan de klusjesdienst hulp bieden.

Bij sommige thuiszorgbedrijven is het ook mogelijk om de hulp in te schakelen van een verhuishulp. Deze dienst zorgt er mee voor dat de verhuis naar bijvoorbeeld een serviceflat vergemakkelijkt kan worden. Zij zijn van alle markten thuis en kunnen de ouderen helpen bij verschillende onderdelen die te maken hebben met een verhuis waaronder ook de poets van de oude en nieuwe woning maar ook hulp bij de administratie rond een verhuis.

3.4.3.9. Dagopvang, dagverzorgingscentra, centra voor herstelverblijf en kortverblijf

Om de mantelzorger te ondersteunen en aan zelfzorg te kunnen doen is er de mogelijkheid om de oudere één of meerdere dagen per week naar een dagopvang in een woonzorgcentrum te laten gaan. Een dagopvang of dagverzorgingscentrum biedt opvang en verzorging aan ouderen die geen zware medische verzorging of begeleiding nodig hebben. In het dagcentrum kan men revalidatie- en ontspanningsactiviteiten doen en sociaal contact hebben met generatiegenoten. 's Middags kan men hier een warme maaltijd nuttigen. Meestal is een dagopvang open tussen 8 uur en 17 uur en wordt hiervoor een dagprijs betaald. (*Vlaanderen, 2021*)

Het centrum voor herstelverblijf is voor ouderen die herstellen van een operatie, zware aandoening of ongeval en niet de mogelijkheid hebben om na de ziekenhuisopname naar huis te gaan. Hier kan men maximaal 60 opeenvolgende dagen verblijven. In dit centrum kan men beroep doen op artsen, verpleegkundigen, sociaal werkers, psychologen en verzorgenden. (*Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021*)

Wanneer de mantelzorger op vakantie gaat of tijdelijk, door bijvoorbeeld een geplande ziekenhuisopname, geen hulp kan bieden aan de oudere is er de mogelijkheid om in kortverblijf te gaan. Ouderen kunnen maximaal 60 opeenvolgende dagen verblijven en maximaal 90 dagen per kalenderjaar in hetzelfde woonzorgcentrum. Wanneer er meer nood is aan ondersteuning en een vast verblijf door de wachtlijsten nog niet mogelijk is kan men dit overbruggen door te verblijven in meerdere woonzorgcentra. Het kan zo een tussenschakel zijn wanneer de zorg thuis te zwaar wordt. (*Vlaanderen, 2021*)

3.5. Structuur van een woonzorgcentrum

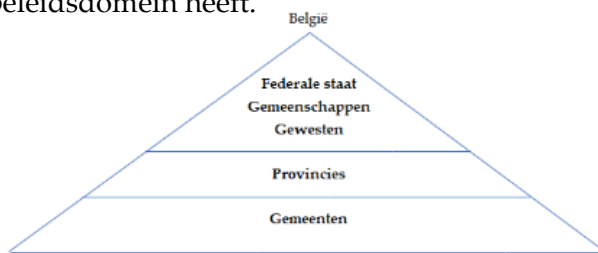
Wanneer het zelfstandig (alleen) wonen moeilijker wordt en alle hulpbronnen uitgeput zijn, is een woonzorgcentrum een laatste mogelijkheid voor professionele hulp in de ouderenzorg. Een woonzorgcentrum is een permanente opvang in groep waarbij men verzorging aanbiedt aan 65-plussers. Daarnaast hebben woonzorgcentra mogelijkheden tot centra voor kortverblijf. Hierbij wordt er binnen de woonzorgvoorziening gedurende een beperkte periode zorg en ondersteuning aangeboden aan personen met een zorg- en ondersteuningsvraag.

Het woonzorgdecreet (*Agentschap zorg en gezondheid, 2021*) beschrijft het woonzorgcentrum als volgt: “een woonzorgcentrum is een woonzorgvoorziening waar in een aangepaste infrastructuur en binnen een organisatorisch geheel zorg en ondersteuning wordt geboden in een thuis vervangend milieu aan ouderen met een complexe zorg- en ondersteuningsvraag, die er permanent verblijven.” Het is hier dan ook de bedoeling dat ouderen alle zorg aangeboden krijgen die zij nodig hebben, dat men hierbij aandacht heeft voor de eigenheid van deze ouderen en hun vroegere leefomstandigheden tevens in acht neemt.

3.5.1. Reglementering

3.5.1.1. Overheid

De Belgische overheid is onderverdeeld in een complexe structuur waarbij ieder niveau zijn eigen beleidsdomein heeft.

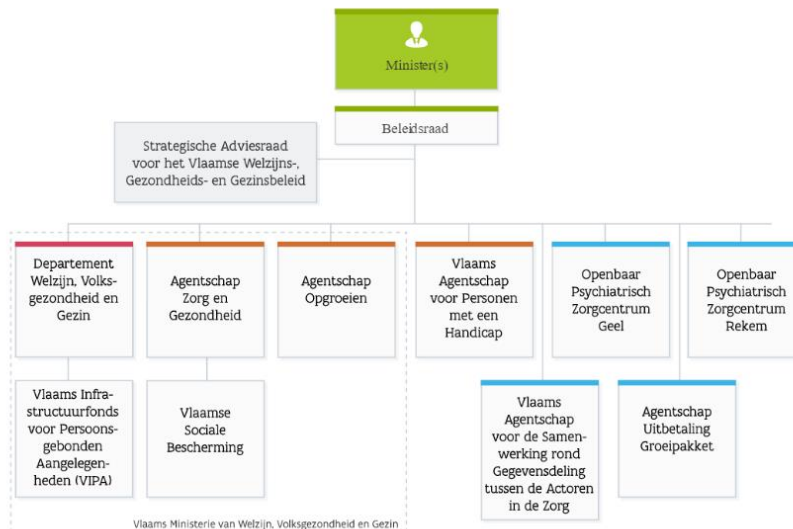


Figuur 4: piramide Belgische niveaus

De Federale staat is bevoegd voor alles wat te maken heeft met het algemeen belang van de Belgen. In het geval van de ouderen betreft dit de sociale zekerheid, sociale bescherming (zoals pensioenen en ziekte- en invaliditeitsverzekering) en delen van de volksgezondheid. De bevoegdheden van de gewesten (Vlaams, Waals en Brussels Hoofdstedelijk) zijn gebaseerd op grondgebonden domeinen. Voor de ouderenzorg kan dit betrekking hebben op de ruimtelijke ordening voor de wetgeving rond aanpassingen van de woning maar ook het wetgevend kader rond de bouwwetgeving van woonzorgcentra. De bevoegdheden van de gemeenschappen (Vlaams, Frans en Duitstalig) zijn gebaseerd op taal en persoonsgebonden beleidsdomeinen. Elk beleidsdomein is onderverdeeld in een departement en agentschappen.

Het departement bepaalt mee het beleid (decreten, politieke en financiële controle) onder het gezag en de verantwoordelijkheid van de minister. Het agentschap is dan weer verantwoordelijk voor het uitvoeren van de beleidsvoerende taken en heeft een autonome werking. Met betrekking tot de ouderen gaat dit voornamelijk over het gezondheidsbeleid en de hulp aan personen. Binnen Vlaanderen zorgt de Vlaamse regering voor de ouderenzorg in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) waarvan momenteel Dhr. Wouter Beke de minister is.

Organogram



Figuur 5: organogram departement WVG (Vlaanderen, 2021)

Het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin heeft verschillende afdelingen; (Vlaamse Overheid, 2021)

- De diensten van de Secretaris-Generaal is de ondersteuning van de Secretaris-Generaal van het departement in het beleidsdomein en in de Vlaamse overheid.
- De afdeling Beleidsontwikkeling is verantwoordelijk voor de beleidsvoorbereiding, adviseert en geeft juridisch advies, stuurt het beleidsontwikkelingsproject Vlaamse ouderenraad aan, ...
- De afdeling beleidsinformatie, communicatie en kennis staat onder andere in voor de digitalisering, coördineert het magazine Weliswaar en biedt de sociale kaart en de rechtenverkenner aan. Deze coördineert tevens de klachtenbehandeling van WVG.
- De afdeling Welzijn en Samenleving staat onder andere in voor de erkenningen, ondersteuning of subsidiëring van organisaties m.b.t. ouderparticipatie.
- De afdeling VIPA staat in voor de subsidiëring aan voorzieningen m.b.t. gebouwen voor thuiszorg.
- De afdeling Zorginspectie Welzijn, Gezondheid en Financieel inspecteert de voorzieningen die erkend en gesubsidieerd zijn door het departement en rapporteert de bevindingen na een inspectie.

Het agentschap Zorg en Gezondheid staat in voor de gezondheid en het welzijn van de Vlamingen. Concreet zorgen zij mee voor de kwaliteit van de ouderenzorg; voorzieningen en professionele thuishulp. Het agentschap is onderverdeeld in verschillende domeinen. Voor de ouderenzorg betreft dit (Vlaanderen, 2021);

- De afdeling woonzorg behandelt dossiers en staat in voor de erkenning en subsidiëring van de ouderenzorg (woonzorgcentra, serviceflat, centra voor kortverblijven en herstelverblijven, dagverzorgingscentra, assistentiewoningen), thuiszorg (gezinszorg en aanvullende thuiszorg, dienstencentra, oppashulp, thuisverpleging, maatschappelijk werk mutualiteiten, vereniging voor mantelzorgers, projecten in de thuiszorg) en eerste lijn.

Zij zijn ook bevoegd voor de woonzorglijn die informatie en advies geeft en klachten behandelt rond de residentiele ouderenzorgvoorzieningen. Zij werken samen met de afdeling zorginspectie indien eventuele klachten moeten behandeld worden door inspectie.

- De afdeling Vlaamse Zorgkas en Zorgberoepen
- De afdeling Preventie deze verenigt alles wat een gezonde levensstijl bevordert en ziektes en aandoening probeert te voorkomen. Voor ouderen kan dit bijvoorbeeld gaan over voldoende drinken bij warm weer als valpreventie.
- De afdeling Eerste lijn en Gespecialiseerde zorg deze afdeling staat in voor de ziekenhuizen en de geestelijke gezondheidszorg
- De afdeling Beleidsinformatie en data deze staat onder andere in voor de erkenning van zorgberoepen.
- De afdeling Vlaamse sociale bescherming zorgt ervoor dat ouderen tegemoetkomingen kunnen krijgen en er wordt tussengekomen in de aankoop of huur van mobiliteitshulpmiddelen. De sociale bescherming betaalt ook deels de personeelskost van residentiële voorzieningen.

3.5.1.2. Erkenning en kwaliteit

Woonzorgcentra moeten erkend worden door het Agentschap Zorg en Gezondheid en moeten dan ook voldoen aan erkenningsvoorwaarden en -normen. Indien zij hieraan voldoen en erkend zijn kunnen deze uitgebaat worden. Op regelmatige basis worden deze geïnspecteerd om de kwaliteit te meten aan de hand van vooropgestelde criteria. Op de website van zorg en gezondheid verschijnen regelmatig de rapporten van de inspectie waardoor ouderen en hun familie de kwaliteit van de woonzorgcentra kunnen raadplegen.

In maart 2009 werd het decreet betreffende de woonzorg gepubliceerd waarna deze in februari 2019 werd bijgewerkt naar de huidige criteria. Dit decreet bepaalt de aanmelding, erkenning en subsidiëring van woonzorgcentra waar men zich moet aan houden. Artikel 4 van het woonzorgdecreet (*Vlaanderen, 2009*) bepaalt de doelstellingen en werkingsprincipes voor voorzieningen die erkend wensen te worden. Deze bestaan onder meer uit; het eerbiedigen van de grondwet en de rechten van de mens, de waardigheid en integriteit, persoonlijke levenssfeer, gebruiker en mantelzorger als volwaardige partners zien, toegankelijkheid waarborgen zonder discriminatie, ondersteunen en stimuleren van de autonomie, communicatie en inspraak aanbieden. Wanneer men voor deze werkingsprincipes aanvaard en erkend wenst te worden, moet men nog verschillende zaken in orde brengen waaronder het opmaken van een administratief basisdossier.

In het basisdossier is het belangrijk dat de voorgenomen activiteiten, de organisatiestructuur, de feitelijke leiding, de verwantschappen en nauwe banden met de andere personen en een code voor goed bestuur erin verwerkt worden. Deze code voor goed bestuur bevat de missie en visie, de duidelijke bepalingen (taakafbakening, rechten en plichten, algemene vergadering, raad van bestuur, directies en organen), transparante structuur, kwaliteit en prijsbeleid en de betrekking van de stakeholders tot de organisatie. Ook is het van belang dat erin vermeld wordt welke de belangrijkste strategische beslissingen zijn die impact hebben op de werking en men uitlegt hoe men waakt over de continuïteit van de zorg en de ondersteuning.

Aanvullend kan de Vlaamse regering nog bijkomende erkenningsvoorwaarden vastleggen die betrekking hebben op de organisatie waaronder zorg en ondersteuning (voor bewoners van 65 jaar of ouder, afwijkingen zijn mogelijk), bijscholingen en voldoende personeel (1 nachtschift per schijf van 60 woongelegenheden), werking en infrastructuur, de wederzijdse rechten en plichten van gebruikers en woonzorgvoorziening. De voorziening moet maximum 1 jaar na de erkenningsbeslissing voldoen aan de bepalingen over de kwaliteit. (*Agentschap Zorg en Gezondheid, 2017*)

3.5.1.3. Subsidiëring

De voorwaarden waaraan woonzorgcentra en centra voor kortverblijven moet voldoen worden door de Vlaamse regering bepaald. Men moet rekening houden met de technische en kwaliteitsnormen, de aanrekening van kosten voor gebruikers en de cumuleerbaarheid met andere steun om infrastructuursubsidies te krijgen. Woonzorgcentra en/of centra voor kortverblijf kunnen in aanmerking komen voor verschillende soorten subsidie;

- Vlaamse animatiesubsidie (*Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021*)
- Werkingsubsidie
- Personeelssubsidie bij een RVT erkenning (*Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, 2021*); Men moet minstens over 25 woongelegenheden beschikken, wanneer men voor meer woongelegenheden een erkenning aanvraagt moet men een coördinerend en raadgevend arts (CRA) aanstellen. Deze huisarts heeft een attest behaald bij Zorg en Gezondheid. De zorgprofielen voor een RVT betreffen; B, C, D of CD. (meer uitleg bij zorgprofielen)
- Infrastructuurforfait (*Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021*); Woonzorgcentra kunnen een aanvraag doen voor een infrastructuurforfait van € 5,15 per dag per woongelegenheden gedurende onbepaalde duur als de woongelegenheden voldoet aan de infrastructuurvoorwaarden. Deze moet zichtbaar in mindering gebracht worden bij de maandelijkse factuur van de bewoner.

3.5.1.4. Kwaliteitshandboek en inspectie

Om erkend te zijn als woonzorgcentrum moet men zich aan minimale kwaliteitseisen voldoen, opgesteld door de Vlaamse overheid (*Agentschap Zorg en Gezondheid, 2001*):

- Gebruikersrecht; Er wordt vastgesteld hoe de organisatie in zijn totaliteit de behoeften rond welbevinden van de ouderen afstemt op de organisatie. Een woonzorgcentrum bepaalt hier hoe men omgaat met de privacy van de gebruiker, zorgt voor keuzevrijheid en inspraak en stimuleert en respecteert de eigen levensstijl van het individu. Tevens geeft men mee hoe men omgaat met klachten en hoe de juiste informatie bij de gebruiker terechtkomt in elke fase van het hulp- en dienstverleningsproces.
- Continuïteit; Hierin wordt vastgesteld of de juiste hulp- en dienstverlening wordt aangeboden zonder onderbrekingen. Men bepaalt hier onder andere hoeveel personeel er wordt ingezet om de doelstellingen te kunnen realiseren.
- Maatschappelijke aanvaardbaarheid; Hierin wordt vastgesteld of de hulp- en dienstverlening afgestemd is op de maatschappelijke waarden en plichten waarbij de grond- en mensenrechten worden gerespecteerd. Het woonzorgcentrum zorgt er hiervoor dat de politieke en burgerlijke rechten en de ideologische, filosofische en godsdienstige overtuiging worden gerespecteerd.

- Doeltreffendheid: Hierin wordt missie, visie en waarden kenbaar gemaakt en beschrijft men de doelen van de voorziening om deze te realiseren. Tevens evalueert men op verschillende tijdstippen de hulp- en dienstverlening en zorgt men eventueel voor de nodige bijsturing ervan.
- Doelmatigheid: Hierin wordt de hulp- en dienstverlening en de werking beschreven om deze via de middelen waar men over beschikt kan realiseren. Dit is zowel het financieel beleid, het organogram en functieomschrijving van de personeelsleden en welke vormingen men aanbiedt aan het personeel. Tevens geeft men aan dat men ook de vrijwilligers, stagiairs en studenten ondersteunt.

Al deze eisen worden in het kwaliteitshandboek en jaarverslag beschreven zodat men bij inspectie deze leidraad kan aanbieden ter controle. Hierdoor kan men vaststellen of men voldoet aan de minimale kwaliteitseisen. (*Agentschap Zorg en Gezondheid, 2020*)

3.5.1.5. Zorgprofielen (RVT/ROB)

Woonzorgcentra zijn beschikbaar voor valide en zwaar behoevende ouderen. De beschikbare plaatsen voor valide ouderen worden omschreven als ROB (rustoord voor bejaarden) bedden. Voor zwaar zorgbehoevende ouderen betreft het RVT (rust- en verzorgingstehuis) bedden. Het grootste deel van woonzorgcentra zijn ook erkend als RVT waardoor zij een hogere tussenkomst (oftewel forfait) krijgen vanuit het RIZIV. Het bedrag hangt af van de graad waarin men zorgbehoevend is en aan welke kenmerken het personeel van een rustoord voldoet. Binnen het ROB heeft men recht op verzorging door verpleegkundigen, logopedieverstrekkingen, bijstand in het dagelijkse leven, verzorgingsmateriaal. Bij een RVT-statuuut heeft men bijkomend recht op kinesitherapieverstrekkingen en moet een woonzorgcentrum een coördinerend en raadgevend arts (CRA) en een hoofdverpleegkundige voorzien.

De zorgbehoevendheid van een oudere wordt geschaald via de Katz-schaal (*Agentschap zorg en gezondheid, 2021*). Er wordt op 6 domeinen van het dagelijkse leven geëvalueerd; zich wassen, zich kleden, transfer en verplaatsing, toiletbezoek, continëntie en eten. Elk domein heeft 4 mogelijke antwoorden, deze gaan van “geen behoefte aan hulp” tot “volledige hulp”. Naast deze domeinen kan men ook nog evalueren op tijd en plaats. Hierbij bekijkt men of er “geen probleem”, “nu en dan”, “bijna elke dag” of “volledig gedesoriënteerd” is. Op basis van de antwoorden wordt er een categorie bepaald;

- Categorie O:
in deze categorie is men fysiek volledig onafhankelijk en niet dement
- Categorie A:
in deze categorie is men fysiek afhankelijk (afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden) of psychisch afhankelijk (gedesoriënteerd in tijd en ruimte, én fysisch volledig onafhankelijk)
- Categorie B:
in deze categorie is men fysiek afhankelijk (afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én afhankelijk voor de transfer en verplaatsingen en/of naar het toilet te gaan) of psychisch afhankelijk (gedesoriënteerd in tijd én ruimte, én afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden)

- Categorie C:
in deze categorie is men fysiek afhankelijk (afhankelijk om zich te wassen en te kleden, **én** afhankelijk voor de transfer en verplaatsingen en naar het toilet te gaan, **én** afhankelijk wegens incontinentie en/of om te eten)
- Categorie D:
in deze categorie heeft men een diagnostisch bilan voor dementie verkregen door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie **of** in de geriatrie, de diagnose van dementie werd vastgesteld;
- Categorie C dement:
in deze categorie is men psychisch afhankelijk (gedesoriënteerd in tijd én ruimte, of hebben een diagnose dementie op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een geneesheer-specialist, **én** afhankelijk om zich te wassen en te kleden, **én** afhankelijk wegens incontinentie, **én** afhankelijk voor de transfer en verplaatsingen en/of om naar het toilet te gaan en/of om te eten.

Men wordt als een zorgbehoevende beschouwd vanaf een B profiel. O en A zijn valide ouderen.

3.5.2. Voorzieningen

3.5.2.1. Koepelorganisaties

Koepelorganisaties zijn een vereniging, vzw, stichting of vennootschap die zich inzetten om de belangen van de woonzorgvoorzieningen te vertegenwoordigen en te behartigen. In België zijn er 4 koepelorganisaties;

- Vlaanderen
 - Vlaams Onafhankelijk Zorgnetwerk (VLOZO, 2021)
 - Zorgnet-Incuro (zorgnetincuro, 2021)
 - Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten vzw (VVSG, 2021)
- Wallonië en Brussel
 - Federatie van woonzorgcentra (Femarbel, 2021)

3.5.2.2. Soorten voorzieningen

De woonzorgcentra worden onderverdeeld in 3 soorten instellingen:

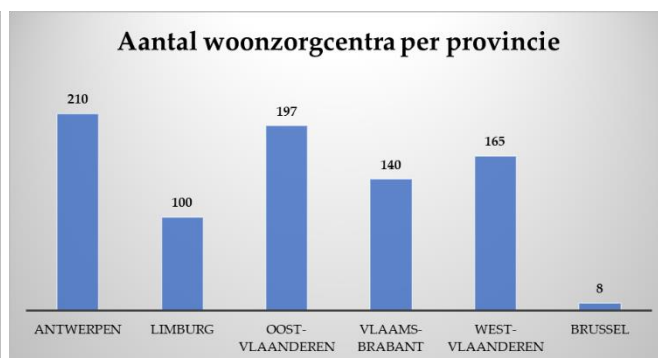
- Openbare instellingen: Dit zijn woonzorgcentra verbonden aan de gemeente. Zij maken vaak verlies daar zij verbonden zijn aan het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW). Dit omdat een OCMW hulp moet aanbieden aan de personen die dat nodig hebben.
- Private instellingen zonder winstoogmerk (Social profit): Deze woonzorgcentra zijn een vereniging zonder winstoogmerk (VZW) en moeten de winst die zij maken terug investeren in het woonzorgcentrum.
- Private commerciële instellingen: Deze zijn woonzorgcentra die uitgbaat worden door een naamloze vennootschap of een besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid. Zij streven naar winst.

Een instelling kan ook een VZW zijn en een dochteronderneming zijn van een Vennootschap. De Vennootschap kan dan voorzien in dienstverlening en dit doorverkopen aan de dochteronderneming (VZW).

In Vlaanderen tellen we momenteel 820 woonzorgcentra. Hiervan zijn er 218 openbare instellingen, 345 Social profit instellingen en 257 privé instellingen. (*Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021*) Het betreft hier 81.743 woongelegenheden voor personen vanaf 65 jaar. (*Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021*) Momenteel zijn er 50.659 woongelegenheden erkend als RVT (Rust en verzorgingstehuis) bedden. De overige zijn ROB (Rustoord voor bejaarden) bedden, nl. 32.589.



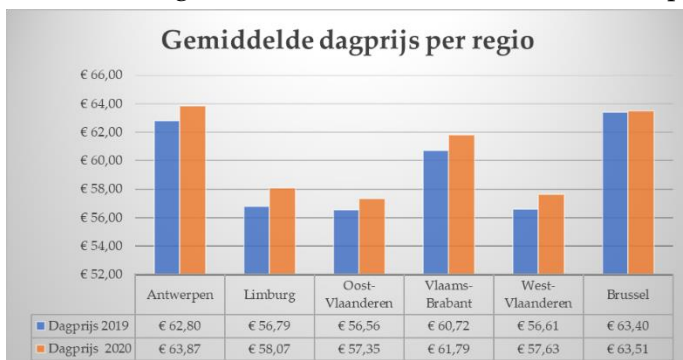
Tabel 11: aantal wzc per categorie



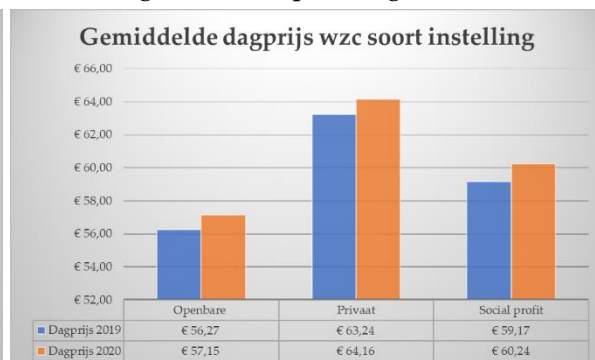
Tabel 10: aantal wzc per provincie

3.5.2.3. Prijzen

Wanneer men naar een woonzorgcentrum gaat, betaalt men een dagprijs waarin de volledige verplichte dienstverlening is vervat; woongelegenheden en de infrastructuur (bed, nachtkastje, zetel, stoel en tafel, wastafel, oproepsysteem, verwarming, inrichtingskosten), gebruik gemeenschappelijke ruimten, verpleging en verzorging, gebruik incontinentie- en verzorgingsmateriaal, animatie, voeding, onderhoud en herstel van gebouw en tuin, dagelijks energieverbruik, dagelijks onderhoud, huisvuil, verzekering brand en burgerlijke aansprakelijkheid, administratieve kosten. Deze mag men alleen jaarlijks verhogen onder bepaalde voorwaarden. De dagprijs wordt via Zorg en Gezondheid vastgelegd en gemeld. Daarnaast zijn er woonzorgcentra die extra kosten aanrekenen voor het gebruik van bepaalde diensten (Tv, telefoon, wasserij, kapper, medicatie, dokter, ...). (*Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021*) De dagprijs van woonzorgcentra hangt af van de soort voorziening en is ook verschillend door de ligging. (*Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021*) Gemiddeld kost een woonzorgcentrum in Vlaanderen 1861,86 euro per maand (gebaseerd op 31 dagen).



Tabel 13: gem. dagprijs per regio



Tabel 12: gem. dagprijs per categorie

3.5.2.4. Dienstverlening

Een woonzorgcentrum heeft verschillende taken te volbrengen aan de ouderen. Belangrijk hierbij is dat men aandacht heeft voor de huishoudelijke, logistieke en administratieve ondersteuning waaronder het stimuleren en behouden van sociale contacten, het aanbieden van een multidisciplinaire en persoonsgerichte zorg zoals psychosociale ondersteuning, dagbesteding en ontspanning, het zorg- en ondersteuningsplan, verwachtingen en voorkeuren van de gebruiker op het vlak van wonen, zorg en leven. Daarnaast bieden zij veelal nog extra dienstverlening zoals een wasserij, kapsalon en pedicure/manicure. Wanneer een oudere onder een RVT statuut in het woonzorgcentrum verblijft heeft men recht op kinesitherapie en is er een coördinerend en raadgevend arts (CRA) aanwezig om dringende medische steun aan te bieden. (*Agentschap Zorg en Gezondheid, 2017*)

3.5.2.5. Gebruikers- , familie- en ouderenraad

De gebruikersraad zorgt voor inspraak van de bewoners en kan advies uitbrengen over de algemene werking van het woonzorgcentrum. De raad is er voor de bewoner en zijn familie enerzijds en het personeel en de directie van een woonzorgcentrum anderzijds. Elke bewoner mag hieraan deelnemen en deze gaat per kwartaal door. De familieraad functioneert zoals de gebruikersraad maar deze raad is voor familieleden.

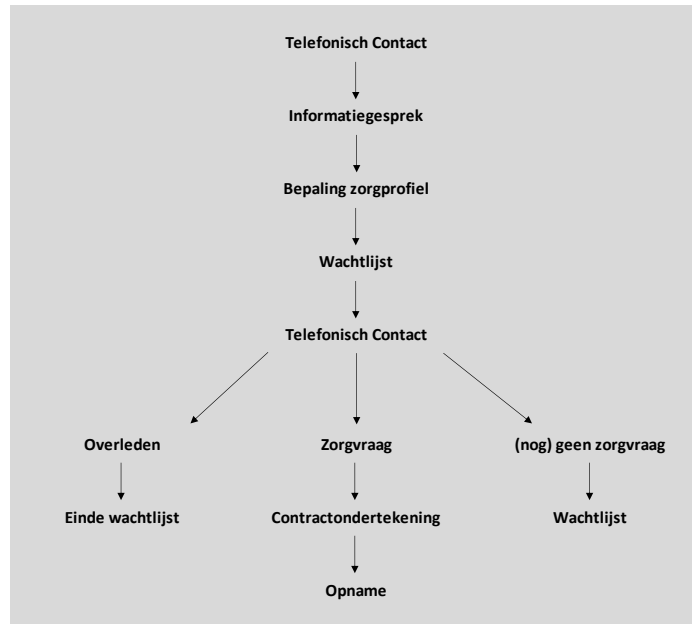
Zij vertegenwoordigen o.a. de bewoners die moeilijkheden hebben over hun noden en wensen te communiceren. (*Vlaanderen, 2009*) Naast de gebruikersraad en familieraad in woonzorgcentra bestaat er ook nog een Vlaamse Ouderenraad. Deze is een advies- en inspraakorgaan in de Vlaamse regering. Vanuit signalen en ervaringen geven zij beleidsadviezen en zorgen ze voor sensibiliseringscampagnes (*Vlaamse Ouderenraad, 2021*).

3.5.2.6. Dagplanning en bezoeksregeling

Binnen de woonzorgcentra is er een richtlijn in de dagplanning; 7u – 10u30 ochtendzorg, 8u-9u30 ontbijt, 9u30- 11u30 animatie of kinesitherapie, 11u30 soep, 12u-13u middagmaal, 14u – 17u koffie, animatie en bezoek, 17u-18u avondmaal en vanaf 18u avondzorg. Hiervan kan afgeweken worden wanneer dit noodzakelijk is voor de bewoner en wanneer dit ook mogelijk is op logistiek vlak voor het woonzorgcentrum. Familie heeft steeds de mogelijkheid om vrij langs te komen. Er wordt wel gevraagd om specifieke momenten (zoals tijdens de ochtendzorg en maaltijden) te vermijden om bewoners rust te kunnen aanbieden. Alleen bij bepaalde omstandigheden zoals een pandemie kan dit wijzigen.

Hoofdstuk 4: Opnamebeleid bewoners

Het opnamebeleid van een woonzorgcentrum heeft verschillende onderdelen. In de meeste gevallen wordt deze effectief op deze manier doorlopen. Het is ook mogelijk dat door omstandigheden het informatiegesprek en de contractondertekening samenvallen. Dit gebeurt veelal wanneer er een dringende opname nodig is.



Figuur 6: opname

4.1. Telefonisch contact

Wanneer men beslist heeft dat een opname nodig is, nu of in de toekomst, neemt de oudere, de familie, de thuiszorgdienst, arts of sociale dienst van het ziekenhuis contact op met het woonzorgcentrum. Afhankelijk van wie de vraag komt wordt er nog contact opgenomen met het familielid om de zorgvraag verder te bepalen. Dit kan gaan van een kortverblijf of vast verblijf in een woonzorgcentrum. Tijdens het telefonisch gesprek wordt er een kort gesprek gevoerd rond het woonzorgcentrum indien men dit nog niet kent. Hierbij wordt een afspraak gemaakt om het woonzorgcentrum uitgebreid voor te stellen.

4.2. Informatiegesprek

Het informatiegesprek kan plaats vinden met de oudere en/of met de familie. Op sommige momenten kan dit ook met een thuiszorghulp zijn indien er geen familie is. Tijdens dit gesprek wordt er gepeild naar de zorgvragen van de oudere en wordt het woonzorgcentrum voorgesteld. In normale tijden geeft men een rondleiding, tijdens de coronapandemie kiezen sommige woonzorgcentra ervoor om alternatieven te gebruiken zoals filmpjes of foto's. Wanneer de oudere en/of de familie beslist heeft om zich aan te melden voor de wachtlIJst worden de gegevens van de oudere en zijn/haar familieleden genoteerd; de persoonlijke gegevens van de oudere, contactgegevens van de huisarts en de familieleden, dringend of niet dringende opnamen, type kamer, en zo verder.

4.3. Bepaling zorgprofiel

Om de oudere op de wachtlijst te plaatsen is het belangrijk dat het woonzorgcentrum weet wat het zorgprofiel van de oudere is. De zorgbehoevendheid van een oudere wordt geschaald via de Katz-schaal¹¹ (Agentschap zorg en gezondheid, 2021). Er wordt op 8 domeinen van het dagelijkse leven geëvalueerd. De Katz-schaal vraagt de oudere, of de familie op bij de (huis)arts of het woonzorgcentrum vraagt deze rechtstreeks via de (huis)arts of de sociale dienst van het ziekenhuis of revalidatiecentrum.

4.4. Wachtlijst

Nadat men alle gegevens heeft, plaatst men de oudere op de wachtlijst. Deze heeft als doel om een overzicht te bewaren van de ouderen die in de komende jaren naar een woonzorgcentrum wensen te verhuizen. De wachtlijsten worden op verschillende manieren beheerd. In de meeste gevallen is dit door het woonzorgcentrum zelf, in andere gevallen kan dit door het OCMW zijn of door de overkoepelende vzw van de woonzorgcentra. Men kan zich op meerdere wachtlijsten in woonzorgcentra laten plaatsen. Men staat gemiddeld tussen de 2 maand en 2 jaar op een wachtlijst. Dit is afhankelijk van het zorgprofiel van de oudere, de capaciteit van het woonzorgcentrum en of er sprake is van (over)sterfte in de woonzorgcentra.

Een wachtlijst bestaat uit een dringende en lange termijn wachtlijst. De dringende wachtlijst is bedoeld voor ouderen die nood hebben om op korte termijn te verhuizen naar een woonzorgcentrum. In vele gevallen is het thuis wonen moeilijker geworden of verblijft men op dat moment in een ziekenhuis, revalidatiecentrum, hersteloord of in een ander woonzorgcentrum (eventueel in kortverblijf). De lange termijn wachtlijst is een wachtlijst waar ouderen opstaan die in de toekomst graag naar een bepaald woonzorgcentrum willen gaan. Op de wachtlijst noteert men de datum van aanvraag, een registratienummer, het zorgprofiel, dringende of niet dringende aanvraag, de naam van de oudere, zijn geboortedatum en het laatste telefonisch contact.

Wanneer een oudere in het woonzorgcentrum overlijdt of in zeldzame gevallen uit het woonzorgcentrum verhuist kan men de eerstvolgende oudere op de wachtlijst contacteren. Afhankelijk van de zorgzwaarte van de oudere die overleden is gaat men de voorkeur geven aan een dringend profiel (nl. B, C, D en CD-profielen). Wanneer er dan nog plaats is kan men ouderen met een O en A profiel contacteren om opgenomen te worden.

4.5. Telefonisch contact

Wanneer er een mogelijkheid is tot opname contacteert de opnamedienst de eerstvolgende oudere en/of zijn familie die in aanmerking kan komen. Indien de oudere overleden is, wordt deze uit de wachtlijst gehaald. Wanneer men het nog niet nodig vindt om te verhuizen naar een woonzorgcentrum omdat het zelfstandig thuis wonen nog mogelijk is of omdat men net naar een assistentiewoning is verhuisd, blijft men nog op de wachtlijst staan. Pas bij een volgende telefonische ronde wordt men terug gecontacteerd. Een oudere en/of zijn familie kan later ook nog steeds contact opnemen wanneer er meer zorgvragen zijn.

¹¹ Katz-schaal: meer info in hoofdstuk 3.5.1.5. zorgprofielen (pg. 35)

Wanneer men wel kiest voor opname worden de ontbrekende gegevens verder opgevraagd. Hier wordt ook verder bepaald wanneer de oudere zal worden opgenomen. Als de oudere al langer op de wachtlijst staat kan het zijn dat het zorgprofiel niet meer correct is en zal men een nieuwe Katz-schaal opvragen aan de familie of de arts. Tijdens dit contact wordt er een afspraak gemaakt om het contract te bespreken en te handtekenen.

4.6. Contractopmaak en -bespreking

Het contract wordt opgemaakt met de gegevens waar het woonzorgcentrum over beschikt waaronder de naam en rijksregisternummer van de oudere en die van het familielid. In dit contract staat de datum van opname en de dagprijs van de kamer. Ook de inclusieve en exclusieve kosten alsook de opzegtermijn wordt hierin verder beschreven. Wanneer de huidige huisarts te ver van het woonzorgcentrum werkt kan er mogelijk ook beslist worden om een huisarts verbonden aan het woonzorgcentrum te nemen.

Tijdens de contractbespreking wordt het gehele document uitgelegd. Deze wordt door alle partijen (oudere, familielid of vertrouwenspersoon en directie) ondertekend. Ook de andere documenten worden verder besproken (privacyverklaring, missie en visie, enzoverder). Daarnaast kan men het sociale en verpleegkundige aspect van de oudere verder bespreken en de mogelijke extra's navragen. De afspraken rond de opname worden tijdens dit contact verder besproken.

4.7. Opname

Wanneer de oudere wordt opgenomen in het woonzorgcentrum zal hij/zij onthaald worden en naar de kamer worden begeleid. Afhankelijk van woonzorgcentrum kan dit gebeuren door een onthaalverantwoordelijke, directielid, sociale dienst en/of hoofdverpleegkundige. Tijdens dit onthaal laat men de kamer zien en worden verdere vragen van de nieuwe bewoner beantwoord.

Hoofdstuk 5: Het verouderingsproces

Zowel als kind en als volwassene hebben we behoeften die nodig zijn om te kunnen groeien en leven in de maatschappij. We wensen fysiek sterk te zijn, vriendschap en liefde te ervaren, een veilige woonst en waardering te hebben. Wanneer men ouder wordt hebben we veelal al een groei gehad waardoor er al een fundament gelegd is. Voor de ouderen is het dan belangrijk om er alles aan te kunnen doen om dit fundament, dat is opgebouwd, te kunnen behouden. Het ouder worden heeft een belangrijke impact op onze fysieke en mentale ik en dus op het leven in de maatschappij. Al de behoeften, die we nodig hebben, kunnen we terugvinden in de behoeftepiramide van Maslow. Deze zegt dat we pas een nieuw niveau kunnen bereiken als het vorige niveau bereikt werd waarbij de onderste behoeftecategorie, lichamelijke behoeften, het fundament is. Hieronder beschrijf ik de verschillende niveaus van de piramide van Maslow en hoe deze betrekking hebben op het verouderingsproces.



Figuur 7: piramide van Maslow (Huddle redactie, 2021)

5.1. Zelfrealisatie

Het laatste niveau van de piramide van Maslow eindigt bij zelfrealisatie, waarbij er onder andere aandacht is voor wat de persoon graag wil bereiken en wat de ervaringen zijn. Door het ouder worden heeft men veelal reeds zaken meegemaakt die ervoor zorgen dat er op een andere manier naar bepaalde problemen wordt gekeken en kan men deze beter relativeren. Het zorgt ervoor dat het welbevinden wordt verhoogd en men zo, bij een stress gerelateerd probleem, hier veerkrachtig in is om dit te kunnen plaatsen en te verwerken. Het probleemoplossend vermogen is gegroeid en wordt geïntegreerd in het dagelijkse leven. In de loop der jaren heeft men de mogelijkheid gehad om hun persoonlijke-, job gerelateerde- en vrijetijdsoelen te bereiken waardoor men gegroeid is als persoon. Toch betekent lang leven niet zo zeer dat men actief leeft. Vele ouderen ondervinden een toegenomen afhankelijkheid dat effect heeft op het emotioneel welzijn en waarbij men het zelfbeeld dat men had, moet wijzigen en aanvaarden. Men is veel minder nog zichzelf door bepaalde veranderingen op cognitief gebied waardoor er verlies is in zelfbewustzijn.

5.2. Erkenning en waardering

Op het niveau van erkenning en waardering heeft men voornamelijk aandacht voor het zelfvertrouwen, respect en kracht. Vanaf 65 jaar gaan de meeste ouderen op pensioen. Dit is meestal een beslissing wat een effect heeft op verschillende vlakken; persoonlijk, financieel, materieel, vrije tijd, enzoverder.

Op pensioen gaan heeft een rechtstreeks gevolg op de status die men heeft. De positieve ervaringen en de succesmomenten die men heeft tijdens het uitoefenen van een job vallen weg. Deze aspecten zijn nodig om zichzelf te waarderen. Voor velen kan het wegvallen van het werk een verademing zijn maar voor anderen kan dit ook nefaste gevolgen hebben op het welbevinden.

Hierdoor is het belangrijk dat ouderen op zoek gaan naar alternatieven om deze succesmomenten en positieve ervaringen te blijven ondervinden. Sommige ouderen worden de oppas van de kleinkinderen en/of zorgen voor het huishouden van de kinderen, anderen gaan sporten, nog anderen worden lid van een vereniging of worden vrijwilliger in een organisatie. In Vlaanderen (Vlaanderen, 2021) heeft 52% van de ouderen boven de 60 jaar zich verenigd in een sport- of hobbyclub, 24% is nog actief als vrijwilliger. Het is belangrijk dat ouderen het sociaal engagement blijven aangaan in de maatschappij. Dit is belangrijk, zowel voor de lichamelijke, als de mentale gezondheid van de oudere. Ook wanneer men in een woonzorgcentrum verblijft is het belangrijk om ook dan activiteiten te organiseren die zorgen dat er geen afbouw is aan sociale relaties en in zelfexpressie.

Ouderen hebben een stabiele persoonlijkheid en een sterk onafhankelijkheidsgevoel, dit geeft hen ook angst. Daar waar ouderen in het verleden zorg hebben geboden aan het gezin en dus in vele gevallen aan de kinderen is het nu omgekeerd, de kinderen moeten zorg geven aan de ouders. Deze andere manier van zorg geven heeft effect op het zelfbeeld van de oudere. Voor veel ouderen is het zeer moeilijk om hulp te vragen aan anderen: "Men wil niet tot last zijn van de andere". Hoe meer zorgbehoevend men is, hoe meer zorg er nodig is en hoe meer men dan ook zich moet overlaten aan de anderen. De omgevingen van de ouderen staan er niet altijd bij stil dat de goedbedoelde hulp die men wil geven een effect heeft op hun eigen waarde. Het is voor hen dan ook belangrijk dat ze met respect behandeld worden en de juiste behandeling krijgen waarbij taken niet te snel worden overgenomen en waarbij er geen inbreuk op de persoon is. Het is soms gemakkelijker om hen formele ondersteuning aan te bieden door professionelen in plaats van ondersteuning door de context. Hoe meer kwalen men ondervindt, hoe afhankelijker men wordt van anderen, hoe moeilijker het aanvaardingsproces van veroudering zal zijn. Veel ouderen ontwikkelen dan ook depressieve gevoelens omwille van het verlies van zelfwaarde.

5.3. Behoeftte aan sociaal contact

Op het niveau van behoefte aan sociaal contact is er aandacht voor de emotionele relaties. Doordat men meer vrije tijd heeft, verandert de rol in relaties. Tijdens de periode waarin men bijdraagt in de maatschappij door het uitoefenen van een job heeft men verschillende soorten relaties met onder andere collega's, het kerngezin, familie en vrienden. De contacten met de collega's verdwijnen veelal door op pensioen te gaan. Het feit dat dit verdwijnt wil niet betekenen dat ouderen geen ruim netwerk meer hebben. In bepaalde gevallen gaat men meer contacten ontwikkelen doordat men actief gaat worden in het verenigingsleven. Langs de andere kant gaan ouderen selectiever zijn in hun context en onderhoudt men alleen de relaties die voor hen positief en belangrijk zijn. Relaties worden op deze manier dus intenser en kwalitatiever. Het pensioen en het ouder worden kan wel een effect hebben op de partnerrelatie. Daar waar mannen het pensioen eerder zien als een manier om rust te creëren in het leven willen vrouwen plots actiever worden omdat de kinderen hun eigen gezin hebben gecreëerd.

Ze willen wel graag de rol als grootouder opnemen en plezier beleven met de kleinkinderen maar daarnaast wil men ook graag de beschikbare tijd gebruiken om nieuwe dingen te ontdekken zoals hobby's, sporten, sociale contacten maar ook door te reizen. Dit kan in sommige gevallen een probleem geven in de relatie wanneer de partners andere verwachtingen hebben voor het invullen van de vrije tijd. In sommige gevallen kan zelfs een echtscheiding nog steeds op de voorgrond komen. Toch kan het ook positief zijn en zijn conflicten sneller opgelost doordat men elkaar beter heeft leren kennen in de loop der jaren. Partners ondersteunen elkaar in het huishouden en vinden elkaar bij gezamenlijke activiteiten en vriendschappen.

Naast het feit dat er veranderingen zijn in de relaties begrijpt men zichzelf ook veel beter en neemt men vrede met zijn of haar onvolmaaktheden. Ondanks dat men uiterlijke veranderingen ontdekt en immobieler wordt, stellen ze nog steeds doelen die ze willen bereiken en zijn ze zich bewust van het feit dat sterven bij het leven hoort. Wanneer er effectief verlies is van een partner kan dit wel zeer ingrijpend zijn. Binnen België sterven er meer mannen (37,98 %) dan vrouwen in de eerste periode (tussen 65 en 70 jaar) van de pensionering. (*Federale overheid België, 2021*) Hierdoor worden vrouwen al vrij snel weduwe en moet men zich reorganiseren in het dagelijkse leven. Door de veerkrachtigheid van vrouwen is dit gemakkelijker dan bij mannen. Wanneer zij hun partner verliezen ontwikkelen zij sneller fysieke en mentale gezondheidsproblemen. Het rouwen kan ook te lang duren met een eventuele depressie tot gevolg.

Het aantal relaties van de oudere daalt tegenover de vorige fases in het leven. Dit komt vooral door het feit dat de generatiegenoten overlijden en een verminderde mobiliteit waarbij autorijden vaak niet meer mogelijk is. Hierdoor is het bezoeken van familie en kennissen die verder weg wonen moeilijker en hecht men meer belang aan de beperkte sociale context die men heeft. Toch is het zeer moeilijk om hulp te vragen. Eenzaamheid is dan ook een belangrijk onderdeel bij de ouderen. Niet alleen de zichtbare eenzaamheid waarbij er weinig context is om bij de oudere langs te gaan maar ook de onzichtbare eenzaamheid is belangrijk om te zien. Ouderen eten alleen, indien de partner overleden is, waardoor men veel minder eet. Het zelf bereiden van voeding verdwijnt maar hulp zoeken is soms heel moeilijk.

5.4. Veiligheid en zekerheid

Het niveau van veiligheid en zekerheid is een complexer niveau van behoefte. Op dit niveau is er aandacht voor financiële zekerheid, gezondheid en persoonlijke veiligheid. De voorbije jaren is er door onze samenleving sterk geïnvesteerd in een verbeterde leefomgeving. Huizen werden conform aan de hygiëne (riolering, drinkbaar water) die nodig is om een goede leefomgeving te creëren en waardoor er verwarming aanwezig was in de woningen. Maar ook meer voeding en een verbeterde gezondheidszorg heeft hier een belangrijk aandeel gekregen. Door deze aspecten zijn ouderen ook ouder kunnen worden. Niet alleen in de samenleving is er geïnvesteerd in het leven ook de ouderen hebben zich gefocust op een stabiel en veilig leven: trouwen, een woning, kinderen, werken, financiële zekerheid, sociale contacten, voeding, gezondheid.

5.4.1. Materiële zekerheid

Niet iedereen heeft de mogelijkheid gehad om financiële zekerheid op te bouwen. Wat je nodig hebt als je ouder wordt. Want hoe ouder men wordt hoe meer zorg er nodig is en deze is niet gratis. De verschillen in pensioenuitbetalingen zijn dan ook zeer groot en de kosten voor professionele zorg (thuishulp, woonzorgcentra, ...) zijn niet gebaseerd op de oudere maar op economische groei. Voor veel ouderen zorgt dit voor angsten of zorg wel betaalbaar is. Zelfs wanneer men die mogelijkheid wel heeft zal men de tijd die men nog heeft zich moeten beroepen op spaargelden en zelfs het verkopen van hun woning.

Een woning verkopen is voor zeer veel ouderen een ingrijpende gebeurtenis. Het spreekwoord zegt; een oude boom verplant je niet zomaar. Dit is toch wel van toepassing op de ouderen. Het is dan ook voor veel ouderen heel moeilijk om uit de vertrouwde leefomgeving te gaan. De woning is niet alleen een bakstenen muur maar het zit ook vol met herinneringen. Het heeft zijn of haar identiteit gevormd en is het symbool van zijn of haar leven. De buurt heeft ook een belangrijke waarde voor de oudere, vele hebben hier tientallen jaren gewoond en hebben hun kinderen hier grootgebracht of hebben hier vriendschappen gehad. Wanneer het wonen in het "ouderlijk" huis niet meer mogelijk is bestaan er nog verschillende alternatieven om te wonen. Een serviceflat of assistentiewoning is voor veel ouderen een stap die minder angstaanjagend is. Ouderen kunnen hier een bepaalde manier van geborgenheid en veiligheid voelen omdat ze kleiner wonen en toch hun autonomie kunnen bewaren. Hierbij kan men grotendeels de meubelen, waar een herinnering aan verbonden zit, mee verhuizen.

Een woonzorgcentrum zorgt voor een andere denkwijze in wonen. Deze heeft een heel andere sfeer en het nodigt uit dat je je overgeeft aan de zorg door anderen. Net dat waar ouderen het zo moeilijk mee hebben, het afgeven van die autonomie en dus erkennen dat ze zorgbehoevend zijn. Wanneer men naar een woonzorgcentrum verhuist, wijzigt ook heel hun leefwereld. In de meeste gevallen hebben ze daar geen context die men kent van vroeger en kent men niemand. Ouderen die vrijwillig naar een woonzorgcentrum verhuizen passen zich veel beter aan dan ouderen die gedwongen worden te verhuizen. Deze laatste groep ouderen aanvaarden de nieuwe situatie veel minder goed en genieten dan ook minder van de mogelijkheden die er zijn in een woonzorgcentrum. Veel woonzorgcentra hebben ondertussen al veel aandacht aan de noden en wensen van een oudere. Toch blijft de stap hier naartoe zetten zeer moeilijk voor het zelfbeeld van de oudere.

5.4.2. Fysieke en mentale veiligheid

Naast de materiële veiligheid is er ook nog de fysieke veiligheid. Wanneer de gezondheid vermindert en er meer kwalen zijn, wordt er ook gemakkelijk gefocust op wat niet kan en voorziet men in hulpmiddelen om veiligheid op te bouwen. Wandelstokken, looprekjes, rolstoelen, douchezitjes en trapliften zijn de grotere en zichtbare hulpmiddelen van het fysiek ouder worden maar er zijn ook kleine hulpmiddelen zoals handgrepen aan het toilet, een beker met een tuit, speciale borden of slabbetjes. Rolstoelen kunnen zowel door de oudere bestuurd worden als door anderen. Het verschil in aanvaarding kan hierdoor verschillend zijn waarbij men bij het ene zichzelf nog actief kan verplaatsen en bij de andere afhankelijk is in verplaatsingen.

Sommige ouderen kunnen nog met een auto rijden maar in vele gevallen wordt dit door het verminderd zicht en reactievermogen bemoeilijkt waardoor de bewegingscirkel verder verkleint. Omwille van de zintuiglijke en fysieke problemen op mobiliteitsgebied en de externe factoren waarbij het buiten komen ook gevaarlijk kan zijn (oneffen voetpaden, afstand winkel-woning) neemt de mobiliteit en zelfstandigheid bij ouderen af.

Ook treedt er meer angst op rond het sterven. Bij het ouder worden komt onherroepelijk de gedachte aan het levenseinde bij hen op. Vele dromen ervan dat ze graag een snelle, pijnloze dood wensen en dan nog het liefst tijdens de slaap. Maar ouderen zien de dood ook allemaal anders. Je hebt ouderen die er open over praten en hun praktische bezorgdheden bespreken of de angst hierover maar er zijn ook ouderen die het negeren. Er zijn ouderen die het levenseinde zelf willen bepalen en spreken over euthanasie en hun wensen rond het overlijden en hun begrafenis. Een manier om dit mogelijk te maken is door een wilsverklaring op te stellen waarin ouderen duidelijk vermelden wat zij wel of niet meer wensen wanneer er een moment is dat zij hierover zelf niet meer kunnen beslissen. Hierdoor zorgt men ervoor dat de familieleden zelf die beslissing niet meer moeten nemen. Er zijn 4 verschillende soorten van wilsverklaringen waarbij men de omstandigheden van het levenseinde zelf mee kan bepalen (*Leif, 2021*);

- De negatieve wilsverklaring waarbij men verklaart wat men wel of niet nog wenst behalve om comfort aan te bieden.
- De wilsverklaring euthanasie waarbij men rekening houdt bij de wens van de oudere als er een ongeneeslijk lijden is, niet meer bij bewustzijn is en de toestand onomkeerbaar is.
- De verklaring inzake de wijze van teraardebestelling waarbij men beslist over de uitvaart.
- De verklaring voor orgaandonatie waarbij men beslist om bij het overlijden organen te doneren aan mensen die dit nodig hebben.
- Lichaamsschenking aan de wetenschap waarbij men beslist om het lichaam na het overlijden aan de wetenschap te schenken. Dit wordt aangegeven door een eigen handgeschreven testament wat deel uitmaakt van de erfenis.

De angst over het levenseinde kan ook zorgen voor depressieve gevoelens. Wanneer ouderen ziek worden zijn er verschillende fases rond levenseinde (*Heylen, De Roeck, Kerkhof, Plessers, & Verheyen, 2009*);

- De ontkenning; waarbij men niet erkent dat men ziek is en nog steeds plannen maakt voor de toekomst
- Kwaadheid en oneerlijkheid; waarbij men niet begrijpt dat men getroffen is
- Onderhandelen; waarbij men zoekt naar oplossingen. Zij hebben vooral nood aan het luisteren of praten over hun vragen en gevoelens.
- Depressieve gevoelens; waarbij men heel gelaten is over het levenseinde en het onvermijdelijke dichterbij komt. Ouderen voelen wanhoop, pijn en verlies.
- Aanvaarding; waarbij men verlangt naar de dood om verlost te zijn van de pijn en waarbij men intens de dagen wil doorbrengen met zijn of haar geliefden.

De verschillende fases hebben een andere manier van aanpak door de context maar waarbij de gedachten en gevoelens en de eigenheid van de oudere wel van belang moet zijn.

5.5. Lichamelijke behoefte

Lichamelijke behoefte is het eerste niveau van de piramide van Maslow. Op dit niveau is er aandacht aan het fysieke deel van het leven waarbij we denken aan wat nodig is om te leven (gezondheid, voeding, zuurstof, ...). De voorbije jaren zijn onze voedingsgewoonten sterk gewijzigd. De ouderen van nu zijn ouderen die zich vooral bezig hield met gezonde voeding en die tijd maakten voor het bereiden van de maaltijden. In de gezondheidsenquête van 2018 (Sciensano, 2018) geeft 84% van de 65- tot 74- plussers aan dat zij dagelijks groenten eten. Hoe ouder men wordt hoe minder dit is. 27% van de 75-plussers geeft aan nog dagelijks groenten te eten. De eenzaamheid en het bereiden van de voeding voor één persoon kan hiervan het resultaat zijn. Gezonde voeding zorgt er nochtans voor dat er minder risico is op hart- en vaatziekten en er geen verhoogd risico is op ondervoeding. De diverse mogelijkheden die er zijn omtrent voeding zorgen er mee voor dat men bepaalde eisen heeft wanneer men naar een woonzorgcentrum gaat en deze niet altijd overeenkomen met het aanbod in woonzorgcentra.

Hoe ouder men wordt hoe kwetsbaarder men wordt op fysiek gebied. Dit kan gaan van zintuigelijke veranderingen, organen die niet goed meer functioneren tot effectief fysieke beperkingen. Men stelt hierbij ook vast dat de haren van kleur veranderen en de huid zwakker wordt. Het lichaam vertaalt hierdoor de effectieve leeftijd naar de lichaamsleeftijd op een zichtbare manier. Het duidelijk zichtbaar worden van deze veranderingen zorgt ervoor dat ouderen hun fysieke en mentale capaciteiten verliezen en een verlies moment ervaren. Het heeft verder effect op de bewegingsvrijheid van ouderen en de mogelijkheden om zich te ontspannen bij sociale activiteiten.

5.5.1. Cognitieve veranderingen

Van zodra men thuis is en geen verplichtingen meer heeft, gaat men de tijd die men heeft selectiever gebruiken en alleen activiteiten doen die men wil doen. Dit heeft een effect op het brein waarbij het kortetermijngeheugen minder wordt getraind en hierdoor informatie trager wordt verwerkt. Er treden meer geheugenproblemen op waarbij men vergeetachtig is. Het vergeten van tijd is hiervan een belangrijk voorbeeld. Veelal valt dit niet snel op daar men heel vindingrijk is om alternatieve hulpmiddelen te zoeken en het probleem te verbloemen. Ook het vergeten van bepaalde woorden, verwarren van dagen, familie niet meer herkennen en een vertraagde reactietijd kan voor komen. Cognitieve stoornissen waarbij er ook gedragsproblemen aanwezig zijn komen zeer vaak voor bij ouderen, nl. dementie en alzheimer. Wanneer men spreekt over dementie dan spreekt men over de zenuwcellen in de hersenen die stuk gaan of de verbindingen tussen die cellen. Vanaf dat dit in werking treedt functioneren de hersenen niet meer goed wat een effect heeft op het handelen van ouderen. Dementie kan traag optreden en zeer lang sluimeren maar kan ook actief zijn en snel veel schade aanrichten waardoor men verzwakt. Hierdoor gaan er andere organen het laten afweten en kan men overlijden. (*Alzheimer Nederland, 2021*)

5.5.2. Zintuigelijke veranderingen

Bij het ouder worden ontstaan er zintuigelijke veranderingen bij de ogen, het gehoor en de smaak. Wanneer men spreekt over oogproblemen ervaart men vooral dat het moeilijker wordt om kleuren van elkaar te onderscheiden en bepaalde objecten te zien.

Wanneer men goed kan zien heeft men een driedimensionaal zicht, hierbij kijken onze ogen vanuit verschillende invalshoeken en worden deze beelden door onze hersenen aan elkaar geplakt als één geheel. Wanneer men ouder wordt kunnen de hersenen het soms moeilijk krijgen om deze beelden aan elkaar te plakken doordat het ene oog minder goed ziet dan het andere of wanneer er een kortsluiting is in onze hersenen. Hierdoor gaat het zicht verder achteruit en kan er zowel problemen met het diepte- als het scherptezicht ontstaan. Ook cataract (troebel wordend zicht), een aandoening die vrij vaak voorkomt, heeft een zware impact en moet chirurgisch behandeld worden om blindheid te voorkomen. Het gehoor is een van de eerste zintuigen dat verzwakt waardoor boodschappen in gesprekken niet altijd meer goed overkomen bij de oudere. Dit kan voor frustraties zorgen en vaak gaat men luider beginnen spreken omdat men zichzelf beter zou horen. Tevens ondervindt men een verminderd smaakvermogen waardoor het plezier beleven aan voeding niet meer aan de orde is. Men gaat eenzijdig eten waardoor er verdere vermagering optreedt en men vatbaar wordt voor ziektekiemen.

5.5.3. Organen

Veel ouderen ontwikkelen cardiovasculaire problemen. De bloeddruk stijgt en/of daalt waarbij ook het zuurstofgehalte in het bloed verminderd en dit effect heeft op het hart en de longen. Bij inspanningen en bij dagelijkse activiteiten heeft dit een belangrijke impact. Niet alleen fysiek zijn er veranderingen ook het slapen krijgt een andere dimensie. Veel ouderen kunnen moeilijker in slaap vallen of slapen niet gemakkelijk door. Dit kan komen door veelvuldig urineren, slaapapneu en rusteloze benen. Door het feit dat men 's nachts slecht slaapt gaat men overdag een rustmoment creëren en valt men in slaap, hierdoor slaapt men 's nachts nog minder en creëert men een vicieuze cirkel. Wat dat weer tot gevolg heeft dat men gaat piekeren en zo nog minder gaat slapen. (Federale overheid België, 2021)

5.5.4. Lichaamsbouw

De ouderdom heeft een zeer belangrijke impact op het beender- en spierstelsel. Er ontwikkelen ziektes zoals artrose of reuma maar er kunnen ook beroertes (herseneninfarct) ontstaan waardoor er lichamelijke problemen zijn. Tevens verliest het beendergestel aan massa en stevigheid door osteoporose. Hierdoor worden ze brozer en kunnen ouderen ook kleiner worden. Dit heeft tot gevolg dat men bij een val gemakkelijker een botbreuk zal hebben dan in de kindertijd en volwassenheid. Spieren verliezen aan sterkte waardoor men geen atletische sporters meer kan zijn of hier harder voor moeten werken om hun spieren te behouden. Niet alleen de vrijheid in beweging is van belang voor de ouderen ook kan er afhankelijkheid optreden wanneer er incontinentieproblemen zijn of wanneer zich wassen en aankleden moeilijker wordt door de fysieke achteruitgang. Voor deze zaken heeft men dan extra hulp nodig en moet men zich ontbloot laten zien. De privacy die voor vele mensen zo belangrijk is waarbij men zich pas uitkleedt als men zich goed voelt bij iemand krijgt dan een heel andere dimensie waardoor er geen keuze meer is.

Het verouderingsproces is dan ook niet alleen fysiek verouderen maar heeft ook een invloed op emotionele. Wanneer een oudere zich verzet tegen bepaalde beslissingen kan het zijn dat dit te maken heeft met een bepaalde behoefte. Door aandacht te hebben op al deze aspecten kan het ook duidelijker worden waarom men zich verzet en kan hier psychosociale of praktische steun aangeboden worden. Een sociaal werker kan hiervoor een geknipt persoon zijn daar men op verschillende aspecten het welzijn kan bevorderen.

Hoofdstuk 6: Sociaal werk in de ouderenzorg

6.1. Wat is sociaal werk?

6.1.1. Geschiedenis sociaal werk

6.1.1.1. 18^e en 19^e eeuw

In de 18^e en 19^e eeuw kwamen burgers in opstand tegen het onrecht, uitbuiting en achterstelling. In de Franse Revolutie (1789-1799) zorgden de vrijheids- en gelijkheidsidealen (vrijheid, gelijkheid en broederschap) voor de beginselen van het sociaal werk, nl. het hart ervan. Sociaal werk is werken met het hoofd en het hart. De industriële revolutie (begin 19^{de} eeuw) zorgde voor de start van de sociale kwesties. Er waren ellendige werk- en levensomstandigheden waarbij men op de kap van de arme arbeiders zorgde voor winsten ten voordele van de kapitalisten. De arme arbeiders werden hierdoor de doelgroep van de sociaal werkers. Om zich te kunnen verzetten tegen deze slechte arbeidsomstandigheden en met het oog op de bestaanszekerheid en het beschermen van de eigen ambachten ontstonden er arbeidersbewegingen. Mutualiteiten, vakbonden, coöperatieven en sociaal culturele verenigingen werden opgericht.

In de loop der jaren ging men ontwikkelen van een nachtwakersstaat¹² tot een verzorgingsstaat. De klemtoon van de overheid bestond niet alleen op het naleven van de openbare orde en van de wetten maar ook op het algemeen welzijn en welvaart. Er was meer ook op onderwijs, armenzorg en ziekenzorg. Naast de revoluties ontstond er in 1796 ook de burelen van weldadigheid¹³. Er was aandacht naar sociale wetten, stadssaneringen (zoals riolen en drinkwater), sociale huisvesting en verbeterde arbeidsvoorwaarden waarbij de focus lag op de zwakkere groepen zoals vrouwen en kinderen.

6.1.1.2. 20e eeuw

De democratisering in de samenleving kwam verder tot stand in de 20^e eeuw. De voorbije jaren was het alleen mogelijk dat een man stemrecht had indien men een minimum aan belastingen betaalde, hierdoor kregen de lagere klassen geen stemrecht. Later breidde dit uit naar alle mannen vanaf 21 jaar tot er uiteindelijk in 1948 het algemeen stemrecht vanaf 18 jaar werd ingevoerd waardoor ook vrouwen hun stem mochten uitbrengen bij de verkiezingen. In 1944 ontstond het sociaal pact. Deze lag aan de basis van de sociale bijstand waardoor er uitkeringen konden uitbetaald worden zoals ziekte uitkeringen, kinderbijslag, vakantiegeld en werkloosheidsuitkeringen. Deze legden de fundamenten van het sociaal werk waarbij de welvaartsstaat/verzorgingsstaat ontstond. Er was aandacht voor hard sociaal werk (sociale infrastructuur) en zacht sociaal werk (ethiek op welvaart en welzijn). Binnen de interbellum periode (tussen WO I en WO II) werd de focus gelegd op sociale zekerheid en sociale bijstand. Hierdoor kwam er een verzekering inzake pensioenen, er werd kinderbijslag uitbetaald en de gezondheidszorg werd uitgebreid. In 1925 ontstond de wet op de openbare onderstand waarbij elke gemeente 1 dienst voor armenzorg moest opstarten, het Comité voor openbare onderstand (COO).

¹² De nachtwakersstaat is dat de overheid zich niet met de burgers moeit maar alleen instaat voor de veiligheid via politie en een krijgsmacht.

¹³ Burelen van weldadigheid: zie voor meer informatie 3.2.2.2. 19^e eeuw (pg.20)

Deze kreeg de opdracht niet alleen bijstand te bieden zoals uitbetaling van financiële middelen maar ook hulp bieden aan bejaarden, zieken, wezen en vondelingen. Daarnaast werd er in deze periode ook de aandacht gevestigd op het uitbouwen van de sociale scholen. In 1920 werd de eerste sociale school door de overheid opgericht; école centrale de service social. Later werden er scholen opgericht door arbeiders en vrouwen om voor alle lagen van de bevolking sociaal werkers te hebben. Binnen de opleiding zijn er verschillende opties in de werkvelden; maatschappelijk werk, sociaal cultureel werk, personeelswerk en maatschappelijke advisering. Momenteel zijn er opleidingen op HBO5-, bachelor- en masterniveau. Banaba's, postgraduaat opleidingen en bijkomende vormingen zijn ook nog mogelijk om zich bij te scholen. De jaren die volgde, werden de opleidingen verder verwetenschappelijkt en gespecialiseerd. Hierdoor zijn er ook veel verschillende titels ontstaan in de werkvelden rond maatschappelijk assistent; coach, intakers, consulent, enzoverder. Door deze verbrede titels wordt er de identificatie gelegd op de rol binnen de organisatie dan op de wettelijke beschermde titel als maatschappelijk assistent.

Tijdens de naoorlogse groei en bloei is er een sociaal pact vastgelegd. Het pact zorgde dat de welvaart zou gedeeld worden en waarbij men niet alleen de focus legde op materiele risico's maar ook het bevorderen van het psychisch en sociaal welbevinden via methodieken en theorie. Het is de basis van de welvaartsstaat zoals we deze nu kennen. Hierdoor kwamen er meer mogelijkheden op een uitbreiding van publieke dienstverleningen op verschillende domeinen van het maatschappelijk werk, een hedendaagse sociale zekerheid en het sociaal overleg. Er werd meer ingezet op de ambulante sector.

In 1973 kwam men terecht in de oliecrisis. Deze crisisjaren legde een bom onder de welvaartsstaat. Er ontstond werkloosheid, daling van de koopkracht en veel meer armoede. Door deze problematieken was er een daling aan inkomsten voor de sociale zekerheid. De combinatie van meer uitbetaling in pensioenen (vergrijzing) en gezondheidszorgen, minder kinderen die geboren werden en dus minder jonge mensen die de economie draaiend kunnen houden zorgde voor een staatsschuld. Het neoliberal beleid voerde hierdoor besparingen uit in de sociale zekerheid en de sociale dienstverlening om de staatsschuld te verlagen. Door dit beleid werd armoede weer zichtbaar. Binnen dit beleid werd de focus verlegd in het sociaal werk van het in stand houden van de hulpbehoevendheid naar een zakelijk sociaal werk waarbij er actief wordt gezocht naar problemen om deze te kunnen oplossen. Het kwaliteitsvol sociaal werk werd vooropgesteld waarbij men zich moest verantwoorden via procedures en registraties om zicht te krijgen op wat er binnen het sociaal werk gebeurt.

6.1.1.3. 21^e eeuw

De 21^{ste} eeuw zorgde voor een evolutie in de samenleving. Er was een postindustriële samenleving waarbij kennis, informatie en diensten centraal stonden, er was een postmoderne samenleving waarbij er aandacht was voor de waarden en de culturele diversiteit en een postideologische samenleving waarbij het neoliberalisme van belang was. Het sociaal werk verbond zich aan het activeren van de bevolking waarbij er aandacht was voor het empoweren van mensen en niet meer op de afhankelijkheid. De focus werd gelegd op een actieve welvaartsstaat met wederzijdse rechten en plichten "voor wat, hoort wat".

6.1.2. Definitie

“Sociaal werk is een praktijk-gebaseerd beroep en een academische discipline die sociale verandering en ontwikkeling, sociale cohesie, empowerment en bevrijding van mensen bevordert. Principes van sociale rechtvaardigheid, mensenrechten, collectieve verantwoordelijkheid en respect voor diversiteit staan centraal in het sociaal werk. Onderbouwd door sociaalwerktheorieën, sociale wetenschappen, menswetenschappen en inheemse en lokale vormen van kennis, engageert sociaal werk mensen en structuren om levensuitdagingen en problemen aan te pakken en welzijn te bevorderen.” (*International Federation of Social Workers, sd*)

6.1.3. Wat is “Sociaal” werk?

Het sociale in “sociaal werk” heeft 4 betekenissen;

- Empirische/feitelijke uitspraak over hoe mensen leven; mensen leven in groepen
- Typisch menselijke vorm van samenleven; bepaalde verhoudingen spelen een rol en het normatief element over herverdeling
- Kenmerk van de persoon; begrip, gevoel en empathie voor anderen
- Manieren van tussenkomen en vormgeven van interventies; door middel van menselijke verhoudingen.

Anders gezegd; mensen zijn sociale wezens en leven in groep. Het samenleven binnen de maatschappij kan in verschillende rollen, maar is ook verbonden aan de noden die mensen hebben. Daarnaast kenmerkt de mens zich door begrip, gevoelens en empathie hebben voor anderen. Het sociaal werk onderscheidt zich van andere beroepen door het bevorderen van maatschappelijke veranderingen, zorgt ervoor dat de maatschappij blijft samen werken en dat mensen hun gevoelens kunnen blijven bespreken. Hoe men naar een probleem kijkt en hierop reageert verschilt van beroep. Binnen het sociaal werk onderscheiden we hierin 3 sociale praktijken;

- Therapeutisch sociaal werk ; omgaan met problemen
- Aanpassend sociaal werk; aanpassen aan de maatschappelijke evoluties
- Radicaal sociaal werk; vragen bij de maatschappelijke structuren binnen het welzijn

“Sociaal werk bevordert sociale verandering en ontwikkeling, sociale cohesie, empowerment en bevrijding van mensen”

Het sociaal werk zorgt voor individuele en collectieve ondersteuning waarbij men met de gehele context van het individu op zoek gaat naar de oorzaak van een probleem en hoe men dit moet aanpakken. Men focust zich op de kwaliteit van het samenleven in de maatschappij en zoekt door middel van de eigen krachten te stimuleren van het individu samen naar mogelijke oplossingen voor dat probleem. Dit zowel op het eigen niveau, als op het organisatorisch niveau (in de maatschappij) als op gemeenschapsniveau (het beleid). Daarnaast wil men mensen bevrijden van de onderdrukking die op collectieve basis aanwezig kan zijn.

“Principes van sociale rechtvaardigheid, mensenrechten, collectieve verantwoordelijkheid en respect voor diversiteit staan centraal in het sociaal werk”

Het sociaal werk zorgt dat men zich focust op sociale rechtvaardigheid en de mensenrechten. In de eerste plaats wil men ervoor zorgen dat mensen tot hun rechten komen en hierbij alle kansen krijgen, daarnaast wil men mensen aan hun recht laten komen zodat mensen krijgen waar ze effectief recht op hebben. Hiervoor wordt er mede beroep gedaan op de collectieve verantwoordelijkheid van de maatschappij. Voor België wordt er beroep gedaan op de beschreven mensenrechten door de Verenigde Naties in de “universele verklaring van de rechten van de mens” (Amnesty International, 2021)

- *De mensenrechten gelden voor wie je maar bent, waar je ook bent.*
- *Je hebt recht op leven, vrijheid en veiligheid.*
- *Je hebt recht op privacy en op bescherming van je goede naam.*
- *Je mag uitkomen voor je mening en je mag overal informatie vandaan halen.*
- *Je hebt recht op maatschappelijke zekerheid.*
- *Je hebt recht op voldoende inkomen, zo nodig moet de staat voor je zorgen.*
- *Alle regeringen moeten ervoor zorgen dat de mensenrechten worden nageleefd.*
- *De wetten en de democratie moeten de mensenrechten beschermen.*

Daarnaast is er ook de Belgische Grondwet die de burgerlijke en politieke grondrechten beschrijft; (Federale Overheid België, 2019)

- *Art. 10: Er is in de Staat geen onderscheid van standen. De Belgen zijn gelijk voor de wet; De gelijkheid van vrouwen en mannen is gewaarborgd.*
- *Art. 16: Niemand kan van zijn eigendom worden ontzet dan ten algemenen nutte, in de gevallen en op de wijze bij de wet bepaald en tegen billijke en voorafgaande schadeloosstelling.*
- *Art. 22: Ieder heeft recht op eerbiediging van zijn privéleven en zijn gezinsleven, behoudens in de gevallen en onder de voorwaarden door de wet bepaald.*
- *Art. 23: Ieder heeft het recht een menswaardig leven te leiden. Daartoe waarborgen de wet, het decreet of de in artikel 134 bedoelde regel, rekening houdend met de overeenkomstige plichten, de economische, sociale en culturele rechten, waarvan ze de voorwaarden voor de uitoefening bepalen.*

Naast de mensenrechten wordt er gezien naar wat de maatschappij nodig heeft. Om aan alle belangen te kunnen voldoen wordt er geëvolueerd naar een maatschappij waarin iedereen zijn steentje moet bijdragen en er rechten en plichten zijn. Waarbij de eigen verantwoordelijkheid ook van belang is om aan het recht te komen.

“Onderbouwd door sociaalwerktheorieën, sociale wetenschappen, menswetenschappen en inheemse en lokale vormen van kennis”

Het sociaal werk gaat door middel van onderzoek op zoek naar de beste rol die men kan spelen in de problematieken die zich afspelen in de maatschappij. Via evidence-based benadering gaat men op zoek naar oorzaken van sociale problemen en waarbij men de juiste interventies kan bepalen om een sociaal probleem te kunnen aanpakken.

“Sociaal werk engageert mensen en structuren om levensuitdagingen en problemen aan te pakken en welzijn te bevorderen”

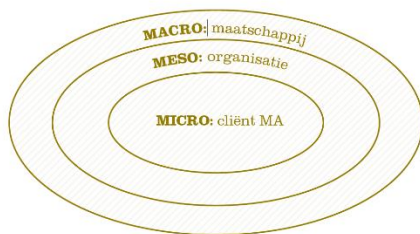
Het sociaal werk is een brugfunctie tussen het individu en groepen enerzijds en de samenleving anderzijds.

Individueel/groepen ↔ **Sociaal werker** ↔ samenleving

Het verleent hierbij diensten om medeverantwoordelijk te zijn in het beleid en als signaalgever op te treden om de belangen te behartigen van de individuen en groepen. Het is nooit waardenvrij. De beroepsethiek verbindt de waarden en idealen en helpt ons te bepalen of iets goed of fout is. Hierdoor kan men elke situatie anders aanpakken en door middel van creativiteit terug op zoek gaan naar nieuwe antwoorden in het verbeteren van de situatie die op maat is van de persoon die voor hen zit.

6.2. Sociaal werk op de verschillende niveaus

Het sociaal werk situeert zich op drie verschillende niveaus; Micro, Meso en Macro. Deze niveaus beschrijven de aspecten van ouderenzorg in de samenleving.



Figuur 8: drie systemen micro, meso, macro
(Verbruggen, Tuteleers, Gryp, & Ponteur, 2012)

6.2.1. Moelijkheden op het niveau van de cliënt

Sociaal werk situeert zich in de leefwereld van de cliënten waarbij men door middel van een vertrouwensband streeft naar sociale rechtvaardigheid. In de eerste plaats gaat men op zoek naar de wil en noden van de cliënt en niet naar de dwang om tot een oplossing te komen. Op dit niveau wordt er gezien naar de problemen en zorgen die er zijn in de verschillende levensdomeinen¹⁴ van cliënten om zo tot een oplossing te komen.

- Persoonlijk en relationeel welzijn: Ouderen worden geconfronteerd met het verlies van een partner en minder sociale contacten
- Geestelijke gezondheid: Ouderen gaan geestelijk achteruit, maar krijgen ook te maken met depressies rond het ouder worden van het lichaam en de beperkingen die hieruit voortkomen.
- Lichamelijke gezondheid: Het lichaam werkt niet meer mee en ouderen worden geconfronteerd met de nood aan hulpmiddelen om zelfstandig te kunnen blijven, in het slechtste geval wordt men hulpbehoevend en is er nood aan meer ondersteuning bij de fysieke beperkingen.
- Werken en financiën: Op financieel gebied krijgen ouderen een beperkter inkomen wat een belasting kan geven op het emotioneel welzijn.

¹⁴ Levensdomeinen: zie ook hoofdstuk 5 : het verouderingsproces (pg. 42)

- Wonen: Het verlies van de woning en het afscheid nemen van meubels en persoonlijke bezittingen door een mogelijke verhuis hebben een emotionele impact op de oudere
- Veiligheid: Ouderen hebben meer kans om te vallen maar zijn ook sneller bang dat er thuis iets kan gebeuren en er geen hulp voor handen is.

Sommige cliënten gaan geen hulp inroepen, anderen hebben misschien al hulp gekregen door de omgeving. Toch wil dit niet zeggen dat er niet naar de cliënt moet geluisterd worden voor wat hij of zij nodig heeft. Op dit gebied gaat men kijken naar het netwerk van de ouderen en de levensdomeinen om te kijken hoe men ouderen emotioneel gezond kunnen houden. Het microniveau situeert zich ook in de eenzaamheid waarin ouderen terecht kunnen komen. Naast het luisteren en raadplegen van de cliënten probeert men vanuit het sociaal werk verbindingen te leggen tussen de gebruikersgroepen en de organisaties en hen te betrekken in het sociaal beleid om meer zeggenschap te geven over hun eigen leven en over de diensten die zij gebruiken. (Tirions, et al., 2019)

6.2.2. Moelijkheden op het niveau van de organisatie

Binnen de organisaties worden de grondrechten van mensen vertaald naar rechtsgelijkheid waarbij men plichten gaat koppelen om tot hun recht te kunnen komen. Hierdoor is er geen basisrecht meer en spreekt men van gunsten en privileges. Hierbij ontstaan er in organisaties zeer veel regels, procedures en contracten om al deze gunsten en privileges in duidelijke rechten en plichten te onderschrijven. Vanuit het niveau van de maatschappij wordt hier ook verder aan bijgedragen door ook aan de organisaties plichten op te leggen die door de inspectie kunnen opgevraagd worden om te kunnen voldoen aan bijvoorbeeld subsidies. Instellingen die zich bezighouden met het welzijn van mensen worden hierdoor verplicht om zich steeds te verantwoorden wat zij aan het doen zijn. Als organisatie is het belangrijk om een toegankelijk (hulp)aanbod te voorzien.

- Bekendheid; is de organisatie bekend bij de doelgroep?
- Bereikbaarheid; niet alleen fysieke bereikbaarheid maar ook psychologische bereikbaarheid (openingsuren)
- Beschikbaarheid; kan men er terecht wanneer het echt nodig is?
- Bruikbaarheid; beantwoordt het aan de noden van de cliënt?
- Betrouwbaarheid; straalt het vertrouwen uit? Kan men effectief hulp krijgen of wordt men van de ene hulpverlener naar de andere gestuurd?
- Betaalbaarheid; is er geen financiële drempel om hulp te krijgen?
- Begrijpbaarheid; wordt er helder en duidelijk gecommuniceerd?

6.2.2.1. **Mutualiteiten**

Binnen de mutualiteiten is er de dienst Maatschappelijk werk die zich focust op de zorgvragen van de ouderen (en hun omgeving). Deze diensten zorgen voor de begeleiding bij verschillende zorgvragen (financiële vragen, ziekte en handicap) en werken stap voor stap naar oplossingen. Maar zij hebben tevens via de zorgkas ook de functie om te bepalen of iemand een zorgbudget kan krijgen. De sociaal werker kan ook preventief werken door het aanbieden van thuis- en psychologische hulp en valpreventie geven of doorverwijzen naar andere instanties.

6.2.2.2. Thuiszorgdienst

Bij de meeste thuiszorgdiensten is er een verantwoordelijke die bij de aanmelding voor thuiszorg langs de oudere gaat. Zij bepalen zo ook de zorgzwaarte en mogen een Katz-schaal invullen. Doordat deze verantwoordelijken minstens één keer per jaar langs de oudere gaan en zij steeds in contact staan met de verzorgenden ontdekken zij snel waar de zorgvragen zijn en waar men kan bijsturen indien nodig. Door dat gezins- en bejaardenhulp wordt berekend op het inkomen hebben zij ook een zicht op het volledige inkomen van de ouderen en kan men dit dan ook bespreken met de oudere wanneer er nog mogelijkheden zijn om het inkomen te verhogen.

6.2.2.3. Ziekenhuis en/of revalidatiecentrum

Ziekenhuizen werken als team samen om de oudere te begeleiden in een kwaliteitsvol leven. In het team zit een geriater, verpleegkundigen, sociaal werkers, kinesitherapeuten, psychologen en ergotherapeuten. Bij ziekte stelt men dan ook zo snel mogelijk een diagnose waardoor de juiste behandeling kan opgestart worden en dit op basis van de draagkracht van de oudere. Daarna kan men verder behandeld worden in de ambulante zorgverlening of worden zij naar een revalidatiecentrum doorverwezen. Wanneer er geen sprake is van een aandoening die acuut is zal men zich focussen op het welbevinden van de patiënt. Hierbij probeert men in een ziekenhuis toch de thuissituatie na te bootsen en is er een dagstructuur. Om de zelfredzaamheid en levensvreugde van ouderen te verhogen biedt men activiteiten aan.

Binnen de ziekenhuizen en revalidatiecentra gaat men na hoe de fysieke en mentale toestand van de oudere is. Door middel van een ADL-onderzoek (waarbij een Katz-schaal wordt opgesteld) waar men de dagelijkse activiteiten (wassen en aankleden, eten, continëntie, transfer en verplaatsing, toiletbezoek) onderzoekt. Daarnaast gaat men door middel van een MMSE (mini-mental state examination) de oudere cognitief onderzoeken. Deze test meet de verschillende vaardigheden van de hersenen waaronder het geheugen, oriëntatie in tijd en ruimte, concentratie, getallen, taal en visueel inzicht. Men kan maximum 30 scoren op de test, hoe hoger men scoort hoe beter de cognitieve functies zijn. Bij een score lager dan 23 of 24 op 30 kan men spreken van een dementieprofiel.

Binnen het team werken er ook sociaal werkers die kijken naar de situatie van de oudere voor de opname. Zowel de sociale diensten van de ziekenhuizen als die van de revalidatiecentra werken op dezelfde manier;

- Nagaan van de sociale situatie van de oudere
 - Gezinsituatie (alleenwonend, samenwonend, ...)
 - Mantelzorgers (wie, wie doet wat, waar woont men)
 - Vertegenwoordiger / contactpersoon (wettelijke, bewindvoering, informeel, contactpersoon)
 - Woonsituatie (huis met of zonder trap, appartement, serviceflat, ...)
 - Mobiliteit (geen hulp, looprekje, rolstoel, ...)
 - Professionele thuiszorg (welke, frequentie, welke dienst, ...)
 - Financieel/ administratief (OCMW, VAPH, zorgbudget, IGO, ...)
 - Psychologische begeleiding
 - Toekomst na ziekenhuis/revalidatie

- Zorgplan opstellen bij hulpvragen

Wanneer er een hulpvraag aanwezig is wordt er een zorgplan opgesteld in samenwerking met het team, de patiënt, de familie en eventueel ook de andere betrokken hulpverleners. Het plan kan op verschillende momenten van de opname worden geëvalueerd, bijgestuurd of uitgevoerd.

Op basis van de hulpvraag kan er dan extra professionele hulp worden aangevraagd of een transfer naar een woonzorgcentrum (vast- of kort verblijf), herstellingsoord of revalidatiecentrum.

Tijdens de teamvergaderingen wordt het zorgplan van de oudere besproken. Hierbij wordt er gestreefd naar een overleg met de familie, mantelzorger, professionele thuiszorg en huisarts of zorginstelling voor er een definitief ontslag wordt ingepland wanneer de patiënt ontslag klaar is. De geriater stelt dan een ontslagbrief op met de diagnoses, resultaten van de onderzoeken en de medicamenteuze behandeling. Afhankelijk van de diagnose van de oudere is er een gemiddelde ligduur in de ziekenhuizen en revalidatiecentra.

Gemiddelde ligduur en bezettingsgraad op 'geriatrie' (G-diensten)

Evolutie ligduur en bezettingsgraad op G-diensten / zorgprogramma's geriatrie, alle Vlaamse ziekenhuizen, 2007, 2012, 2016

		2007	2012	2016
Gemiddeld aantal bedden		3.918	4.241	4.431
Ligduur	gemiddelde	19,12	16,90	15,50
	kleinste	8,35	6,99	6,68
	grootste	51,21	65,41	150,94
Bezettingsgraad	gemiddelde	94,7%	95,6%	93,0%
	kleinste	62,8%	54,5%	43,5%
	grootste	213,9%	212,3%	222,9%

Figuur 9: gemiddelde ligduur ziekenhuis (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2017)

Geriaters worden dan ook onder druk gezet om ouderen zo snel mogelijk te kunnen ontslaan wanneer dit mogelijk is om plaats te maken voor nieuwe ouderen. Dit heeft te maken met de ziekenhuisfinanciering vanuit het RIZIV.

6.2.2.4. Woonzorgcentra

Wanneer een woonzorgcentrum een erkenning heeft zowel voor ROB- als voor RVT-bedden, wordt er verwacht dat zij zich aan de inspectienormen houden om de werkingssubsidies te kunnen behouden. Maar ook het aantal verblijvende ouderen het jaar voordien heeft een effect op de subsidies die woonzorgcentra krijgen om personeel te kunnen inzetten en de huidige werking te kunnen verzekeren. Hierdoor krijgen opnameverantwoordelijken vanuit de organisatie de vraag om zich te focussen op een gevuld woonzorgcentrum. Als het woonzorgcentrum net erkend is en hun dagprijzen vastleggen mogen zij deze vrij bepalen. Hierop is geen minimum- of maximumbedrag vooropgesteld. Het verhogen van de prijzen mag alleen door middel van een goedkeuring van de minister of door middel van één keer per jaar via een indexering. Deze is afhankelijk van de index van de gekozen periode.

6.2.3. Moeilijkheden op het niveau van de maatschappij

Het vermaatschappelijken van de zorg heeft als doel om te streven naar een geïntegreerde samenleving die in alle facetten ondersteuning biedt aan de meest kwetsbare personen. Het is hiermee de bedoeling dat er meer aandacht is voor ambulante zorg en zorg dicht bij huis dan residentiële zorg. Om hieraan tegemoet te komen wordt er ingezet op vrijwilligers en mantelzorgers die de zorg op zich nemen.

Dit kan gaan van familie en vrienden tot burens en verenigingen die zich hiervoor willen inzetten. Om dit mogelijk te kunnen maken werd er dan ook verder ingezet in de wettelijke regelgevingen rond het vrijwilligerswerk en mantelzorg. Het economisch argument rond het betaalbaar houden van de zorg heeft dan ook de keuze bepaald naar de vermaatschappelijking van de zorg. Daarnaast is er ook nog de vraag van de burgers die zo lang mogelijk thuis willen wonen en hun zelfstandigheid en autonomie niet willen opgeven. Maar ook de medeverantwoordelijkheid van de burgers is nodig om de juiste zorg te kunnen aanbieden en niet direct de uitbesteding van zorg aan te nemen. Door de zorg meer uit te besteden aan de samenleving ontstaat er een groter en ruim aanbod van organisaties die zich "inzetten" voor de ouderen. Door deze versnippering is het aanbod zo groot geworden dat er te weinig zicht is op de mogelijkheden die er zijn en er te weinig controle is op het naleven van de mensenrechten. Tevens is er naast de factor dat er verschillende soorten organisaties zijn die verschillende soorten hulp kunnen aanbieden, nog steeds te weinig personeelsleden die deze zorg effectief kunnen aanbieden en is de kostprijs niet evenredig met het inkomen dat ouderen hebben. Tevens is het een zeer mooie gedachte dat er meer moet ingezet worden in vrijwilligers en mantelzorgers, toch zijn er onvoldoende mogelijkheden om de zorg voor ouderen te combineren met werk en gezin waarbij men kan inzetten op het emotioneel welzijn van de mantelzorger.

Door de vrije bepaling van dagprijzen krijgen woonzorgcentra vrij spel. Wanneer er dan toch gekozen wordt voor een woonzorgcentrum zijn de financiële mogelijkheden om deze te betalen niet altijd evenredig. Ouderen worden genoodzaakt hun huis te verkopen, spaargeld te gebruiken en in vele gevallen wanneer dit niet voorhanden is kan er beroep gedaan worden op de familie en het OCMW. Bij dit laatste zal de samenleving ouderen financieel ondersteunen op hun oude dag.

Hoofdstuk 7: Praktijkonderzoek

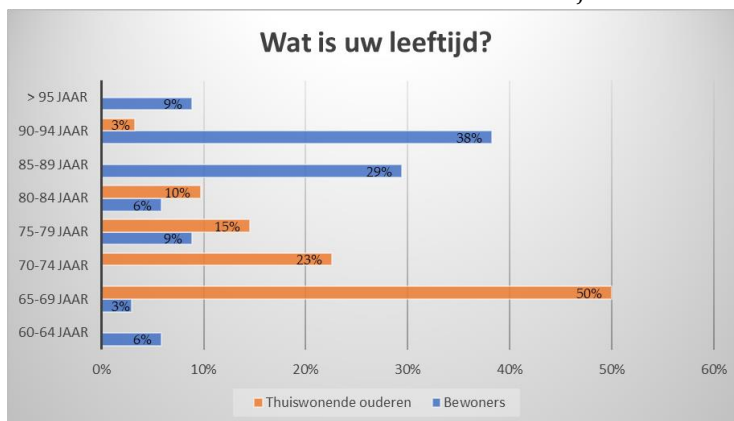
Het praktijkonderzoek is gefocust op alle aspecten die een directe invloed hebben op de beslissing van een verhuis naar een woonzorgcentrum: de oudere, familieleden en/of mantelzorgers, thuiszorgdiensten, sociale diensten ziekenhuis en de opnameverantwoordelijken van woonzorgcentra.

7.1. Ouderen en hun familie

7.1.1. Algemene cijfers

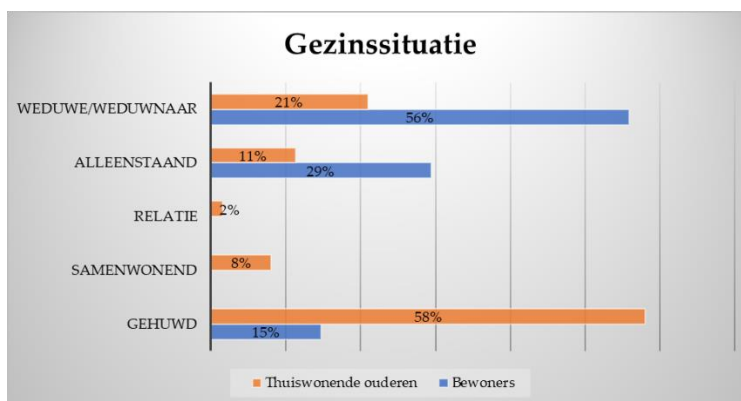
In het woonzorgcentrum waar ik stage liep heb ik 3 bewoners kunnen interviewen. Daarnaast hebben 31 familieleden van bewoners uit woonzorgcentra de enquête ingevuld en 62 ouderen vanaf 65 jaar die in Vlaanderen wonen. Voor de verdere analyse van de data worden de bewoners samengeteld bij de antwoorden van de familieleden daar deze gaan over de bewoners van het woonzorgcentrum zelf.

Van de thuiswonende ouderen was 50% tussen de 65 en 69 jaar. 3% heeft een leeftijd tussen 90 en 94 jaar. Deze werd samen ingevuld met een mantelzorger. Van de bewoners ging het merendeel van de antwoorden over de leeftijd tussen 90 en 94 jaar.



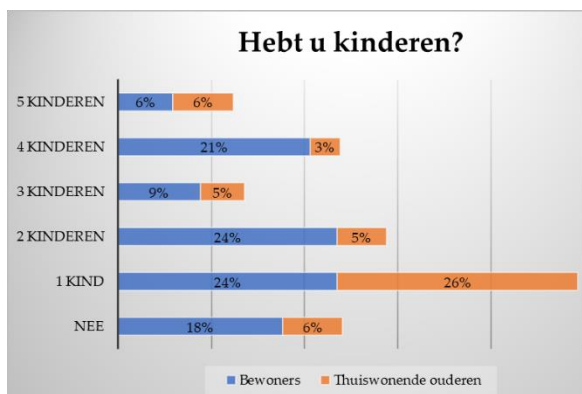
Tabel 14: leeftijd ouderen

Van de thuiswonende ouderen is 68% nog gehuwd, samenwonend of in een relatie. 32% is al alleenstaand door o.a. een echtscheiding of verlies van de partner. Bij de bewoners was 85% alleenstaande, weduwe of weduwnaar voor men is verhuisd naar het woonzorgcentrum.

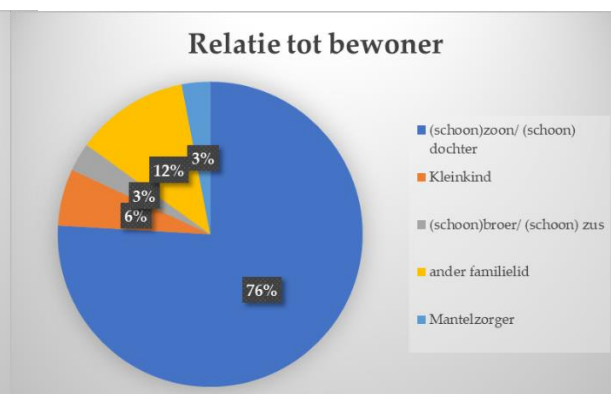


Tabel 15: gezinssituatie

Zowel bewoners als thuiswonende ouderen hebben merendeels maar 1 kind. 6% van de ouderen en 6% van de bewoners heeft 5 kinderen. 18% van de bewoners heeft geen kinderen en wordt bijgestaan door een mantelzorger. 76% van de mantelzorgers die de enquête over de bewoners heeft ingevuld is een kind in de eerste lijn of aangetrouwd kind. 15% is mantelzorger of een ander familielid van de bewoner.

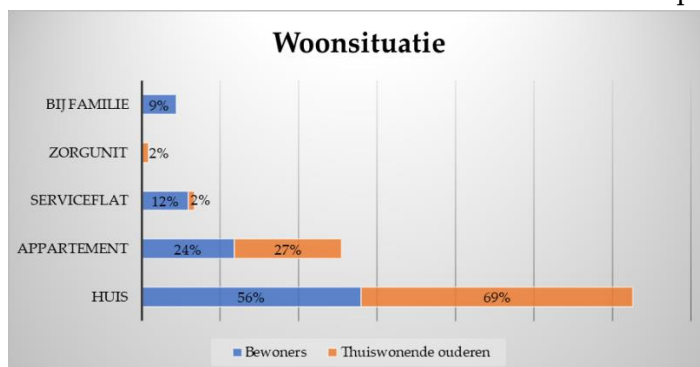


Tabel 17: kinderen



Tabel 16: relatie tot bewoner

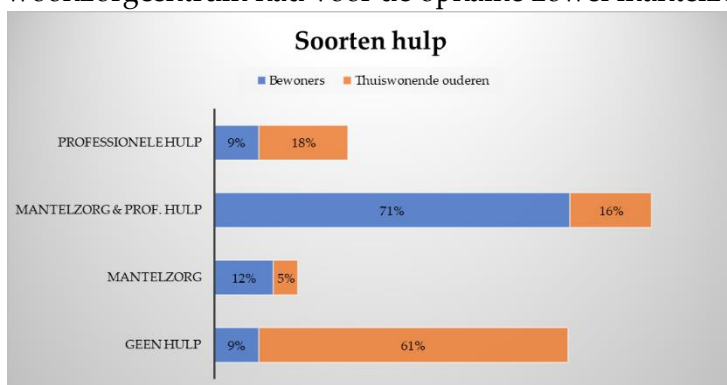
Het merendeel van de bevroegden zowel de thuiswonende ouderen als de bewoners woont of woonde in een huis. 2% van de ouderen woont momenteel in een zorgunit en 2% in een serviceflat. 9% van de bewoners woonde voor de opname in bij familie.



Tabel 18: woonsituatie

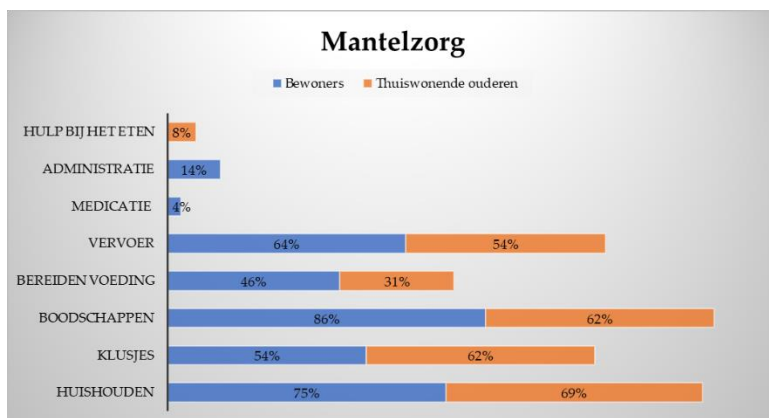
7.1.2. Mogelijkheden voor het woonzorgcentrum

Bij de bevraging rond de hulp die ouderen hebben geeft 61% van de thuiswonende ouderen aan momenteel nog geen hulp te hebben. 9% van de bewoners had voor de opname in het woonzorgcentrum ook nog geen hulp van mantelzorgers of professionele hulp. Daarnaast hebben de thuiswonende ouderen dan wel minder steun van mantelzorgers maar kennen ze toch ook wel de weg naar professionele hulp. 71% van de bewoners in het woonzorgcentrum had voor de opname zowel mantelzorg als professionele hulp.



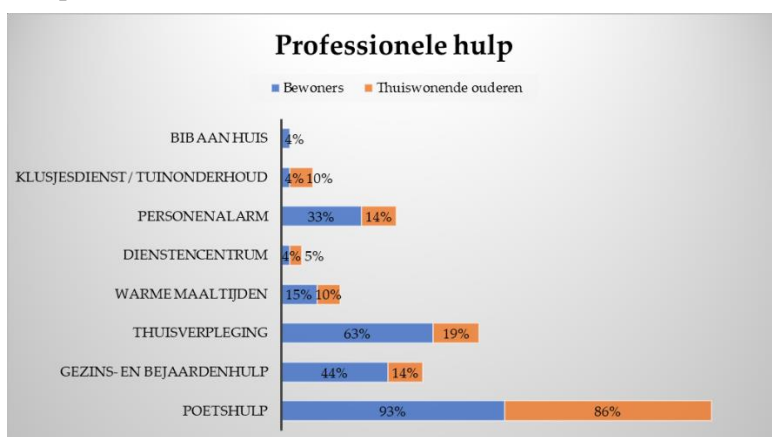
Tabel 19: soorten hulp

Bij de thuiswonende ouderen wordt er voor mantelzorg vooral beroep op gedaan voor het huishouden, boodschappen, klusjes en het vervoer. 8% geeft aan ook hulp te krijgen bij het eten. Bij de bewoners kreeg het merendeel ondersteuning voor het huishouden en boodschappen.



Tabel 20: mantelzorg

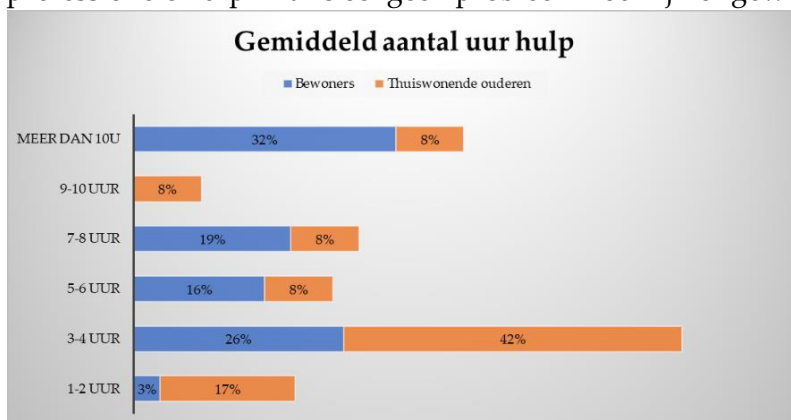
Bij de professionele hulp wordt er veelal beroep gedaan op poetsing, alleen de bewoners hadden voor de opname ook extra hulp van thuisverpleging, gezins- en bejaardenhulp en een personenalarm. 14% van de thuiswonende ouderen heeft ook een personenalarm.



Tabel 21: professionele hulp

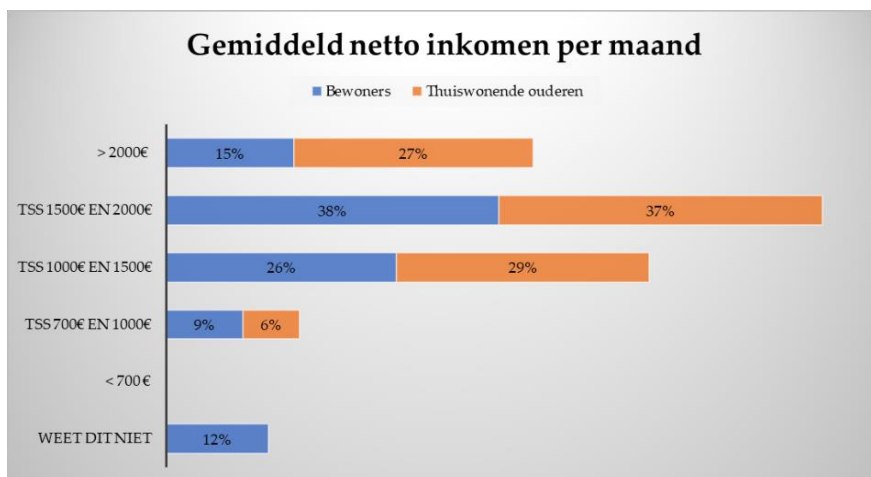
7.1.3. Invloeden op de beslissing tot een verhuis

Van de ondervraagde thuiswonende ouderen heeft momenteel 42% 3 tot 4 uur per week aan hulp. 8% geeft aan meer dan 10 uur per week aan hulp te krijgen. Van de bewoners in het woonzorgcentrum kreeg 32% voor de opname meer dan 10 uur per week aan hulp. Zowel bij de thuiswonende ouderen als bij de bewoners wordt aangegeven dat extra professionele hulp financieel geen probleem zou zijn of geweest zou zijn.



Tabel 22: gemiddelde hulp

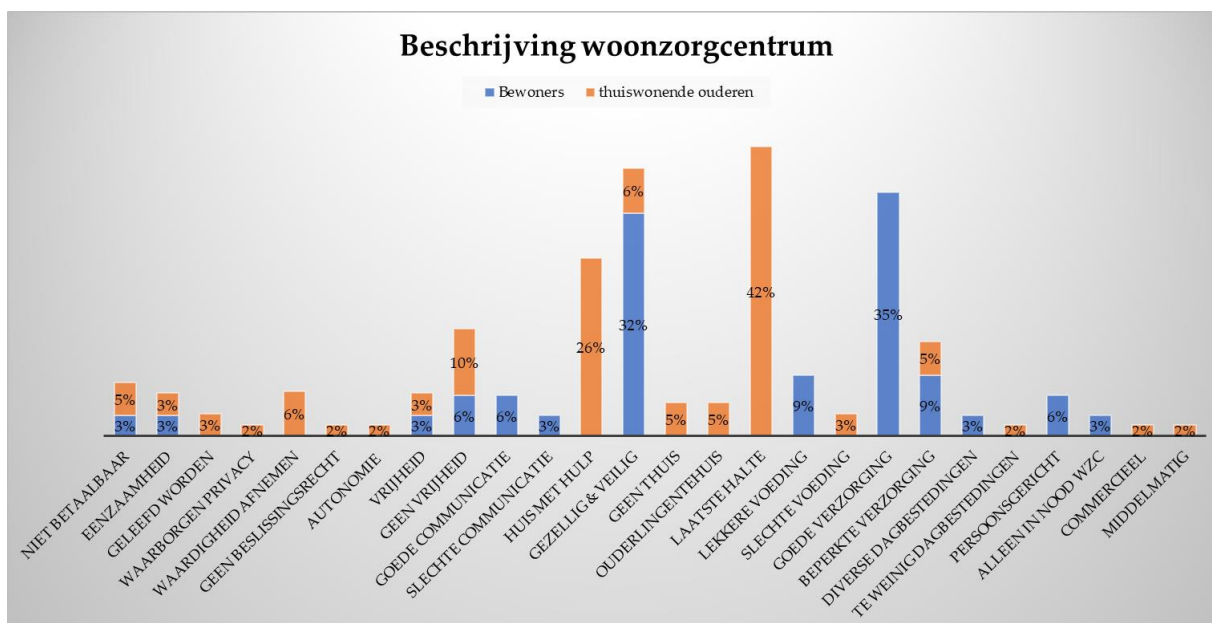
Zowel de thuiswonende ouderen als de bewoners in het woonzorgcentrum die bevestigd zijn hebben een gemiddeld netto-inkomen tussen 1500 en 2000 euro per maand. 9% van de bewoners en 6% van de thuiswonende ouderen hebben zelfs maar een inkomen tussen 700 en 1000 euro per maand.



Tabel 23: gemiddeld inkomen

7.1.4. Wat is een woonzorgcentrum?

Bij de vraag hoe men een woonzorgcentrum zou beschrijven wordt deze door de familieleden en bewoners positiever beschreven dan de thuiswonende ouderen. De ouderen die het woonzorgcentrum kennen geven aan dat er een goede verzorging is en het gezellig en veilig is. Eén bewoner beschrijft het als volgt; “Je woont in een soort hotel. Je kan het vergelijken met de Hilton; Het is wel anders door de persoonlijke bediening en meer ondersteuning en zorg en het is veel goedkoper.” 26% van de thuiswonende ouderen geeft aan dat het een huis is met hulp maar het merendeel 42% van de ouderen zegt dat dit een laatste halte is (voor de dood).



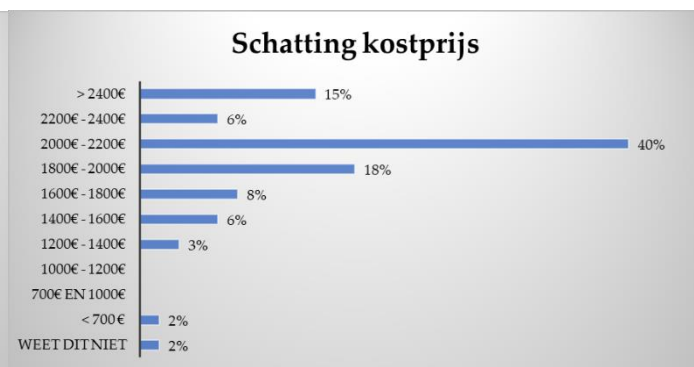
Tabel 24: beschrijving woonzorgcentrum

7.1.5. Kostprijs woonzorgcentrum

59% van de familieleden geeft aan dat er tussen 1800 en 2000 euro per maand betaald wordt voor het verblijf in het woonzorgcentrum. 18% betaald per maand nog eens 100 tot 150 euro aan extra's voor kapper, tv, telefoon en dergelijke meer. Van de thuiswonende ouderen schat 40% dat een verblijf in een woonzorgcentrum tussen de 2000 en 2200 euro per maand is. 15% denkt zelfs meer dan 2400 euro en 2% denkt dat dit minder dan 700 euro is.



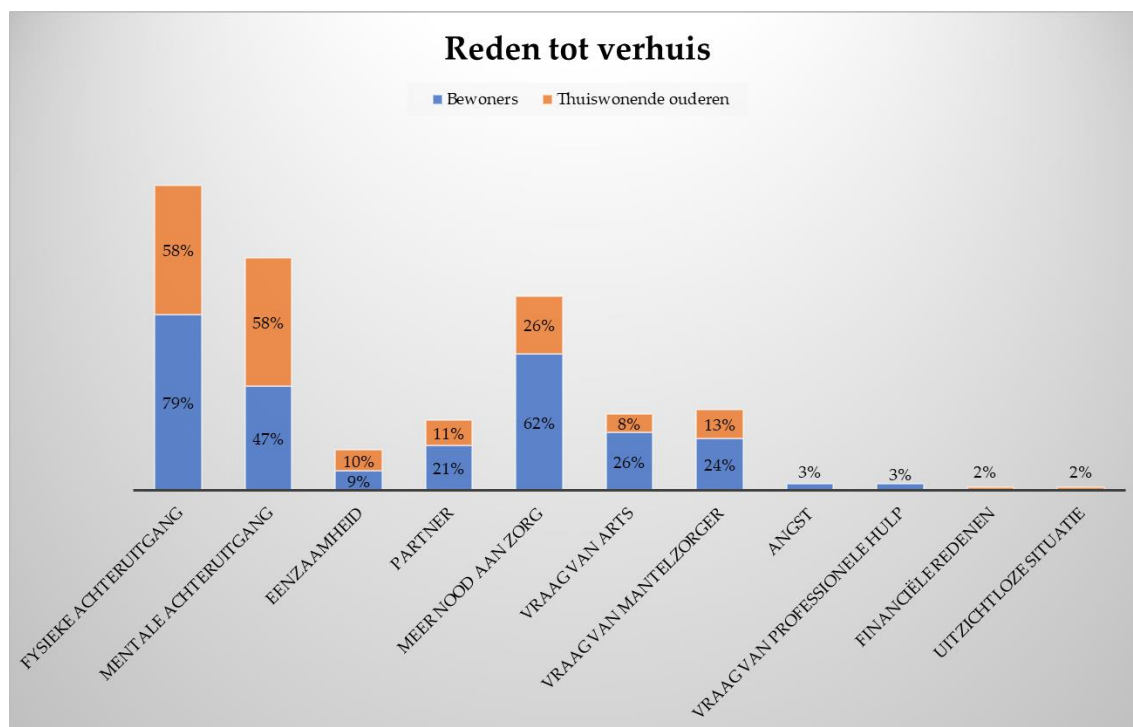
Tabel 26: kostprijs woonzorgcentrum



Tabel 25: schatting kostprijs woonzorgcentrum

7.1.6. Opname in een woonzorgcentrum

Voor de bewoners in het woonzorgcentrum was de fysieke achteruitgang en meer nood aan zorg de belangrijkste reden om te verhuizen. Voor de thuiswonende ouderen is zowel de fysieke en de mentale achteruitgang de hoofdredenen waarom men zou kiezen voor een verhuis naar een woonzorgcentrum. 32% geeft zelfs aan dat ze pas zouden overwegen te verhuizen als dit op vraag is van de mantelzorger of de arts of bij verlies van een partner.



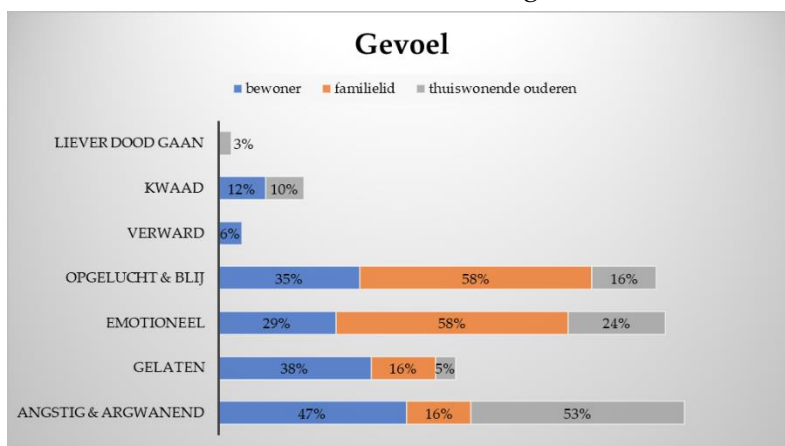
Tabel 27: reden tot verhuis

Bij de bewoners geeft 29% aan dat de beslissing tot verhuis genomen is tussen de mantelzorgers en de arts. 21% geeft aan dat men hier zelf over beslist heeft.

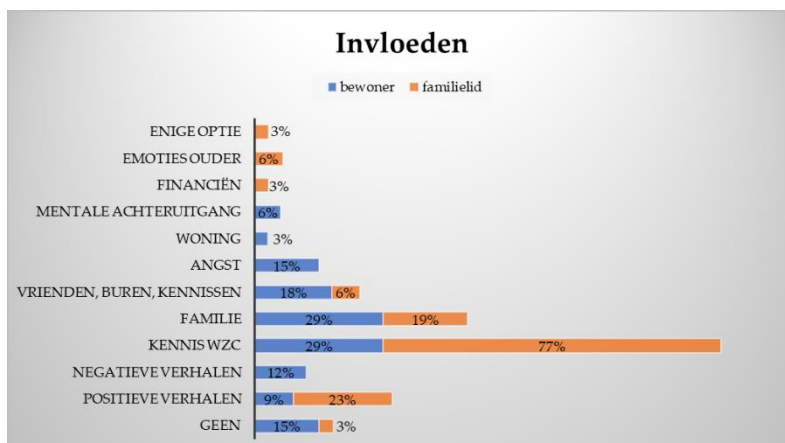


Tabel 28: wie heeft beslist?

Bij de beslissing tot een opname is 47% van de bewoners angstig en argwanend hierover geweest. De familieleden hier tegenover geven aan vooral opgelucht en blij te zijn. 77% van de familieleden geeft aan dat de kennis die men had van een woonzorgcentrum een invloed had op dit gevoel. 29% van de bewoners werd beïnvloed door zowel familie als de kennis van het woonzorgcentrum. Wanneer de vraag aan de thuiswonende ouderen wordt gesteld of men al eens over een woonzorgcentrum en mogelijke verhuis in de toekomst heeft nagedacht zegt de helft van wel. Wanneer we nader bevragen hoe men zich bij die gedachte voelde geeft 53% aan dat ze hier angstig en argwanend tegenover staan, 3% wil liever sterven om maar niet naar een woonzorgcentrum te moeten gaan.

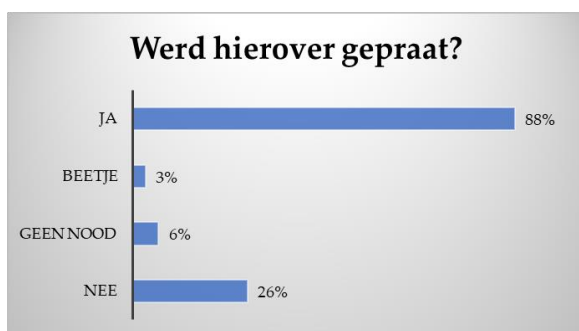


Tabel 29: gevoel



Tabel 30: invloeden

Wanneer we peilen of er psychosociale ondersteuning was bij de beslissing tot verhuis geeft 88% aan dat men hier over kon praten met anderen. Het merendeel zegt dat dit mogelijk was met familieleden. Amper 18% geeft aan dat dit mogelijk was met externen (sociale dienst ziekenhuis, arts en medewerker woonzorgcentra) 26% zegt dat dit niet mogelijk was.

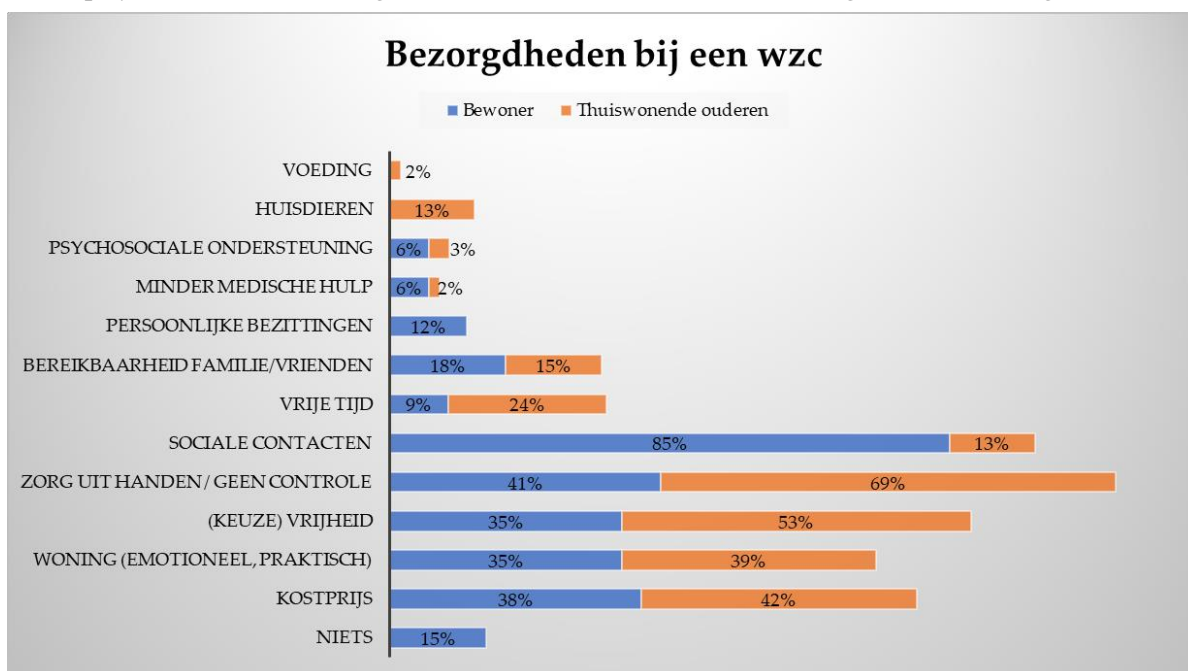


Tabel 32: werd hierover gepraat?



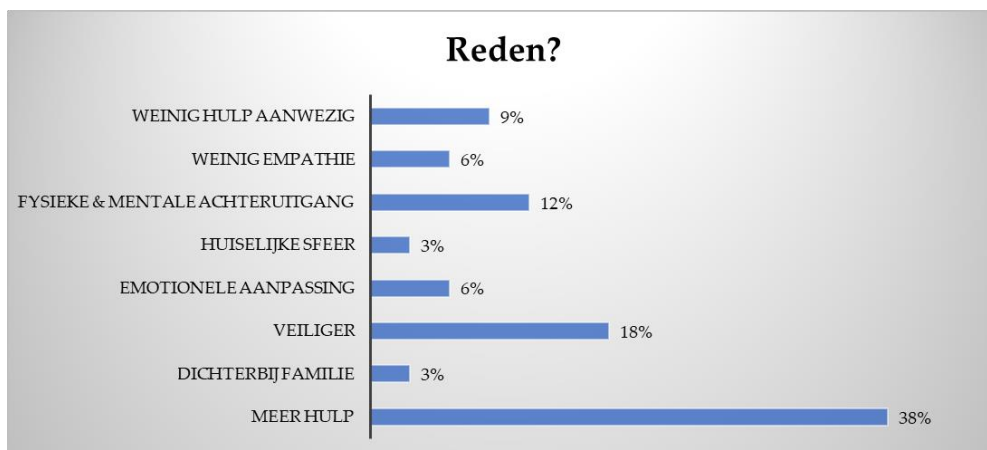
Tabel 31: met wie?

Bij de vraag waar men bezorgd om was/is rond de verhuis naar een woonzorgcentrum, geeft 85% van de bewoners aan dat de beperking van sociale contacten hen bezorgd maakte. 69% van de thuiswonende ouderen geeft aan dat de zorg uit handen geven en geen controle meer hebben hen tegenhoudt om te verhuizen naar een woonzorgcentrum. Ook de woning en de prijs van een woonzorgcentrum was voor beide ondervraagden een bezorgdheid.



Tabel 33: bezorgdheden bij een woonzorgcentrum

79% van de familieleden en bewoners geeft aan dat ze blij zijn dat ze de stap tot verhuis hebben gezet. 15% twijfelt eraan. Vooral dat er meer hulp aanwezig is voor de bewoner is een reden dat men weet dat de juiste stap gezet is.



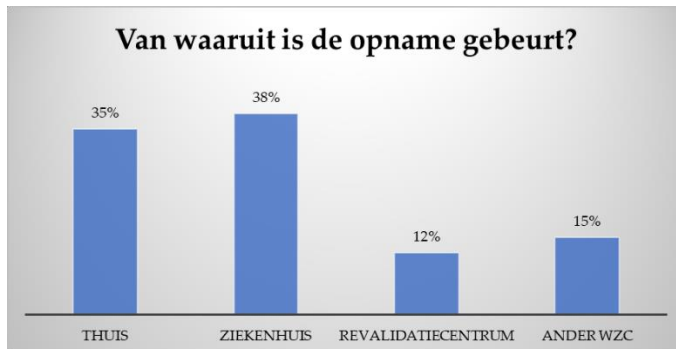
Tabel 34: reden van verhuis

Voor de bewoners in het woonzorgcentrum geeft 91% aan dat de nabijheid van verzorgend personeel heel belangrijk is. Daarnaast is het ontvangen van bezoek, gezelligheid en eigen meubels, privacy (zowel met badkamer als tv) en emotionele ondersteuning van belang is om zich goed te voelen. Voor thuiswonende ouderen is de privacy (zowel met eigen badkamer als tv), verzorgend personeel, en fijne voeding heel belangrijk. Emotionele ondersteuning is dan weer minder van belang.

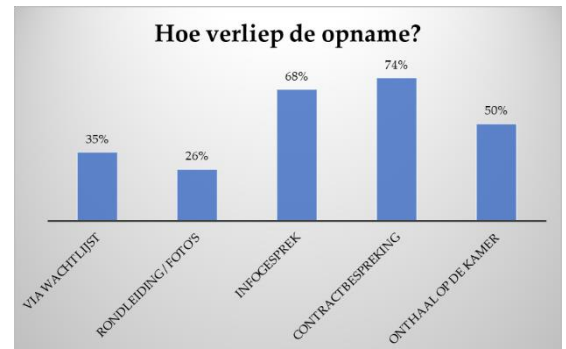


Tabel 35: wat is belangrijk in een woonzorgcentrum?

65% van de bewoners is vanuit het ziekenhuis, revalidatiecentrum of ander woonzorgcentrum naar het huidige woonzorgcentrum verhuist. Voor de opname zelf geeft het merendeel van de ondervraagden aan dat er een infogesprek en contractbespreking is geweest. De helft geeft aan dat er een onthaal op de kamer is geweest. Op voorhand heeft maar 26% tijdens het infogesprek een rondleiding gehad of heeft men een beeld kunnen krijgen van het woonzorgcentrum zelf.

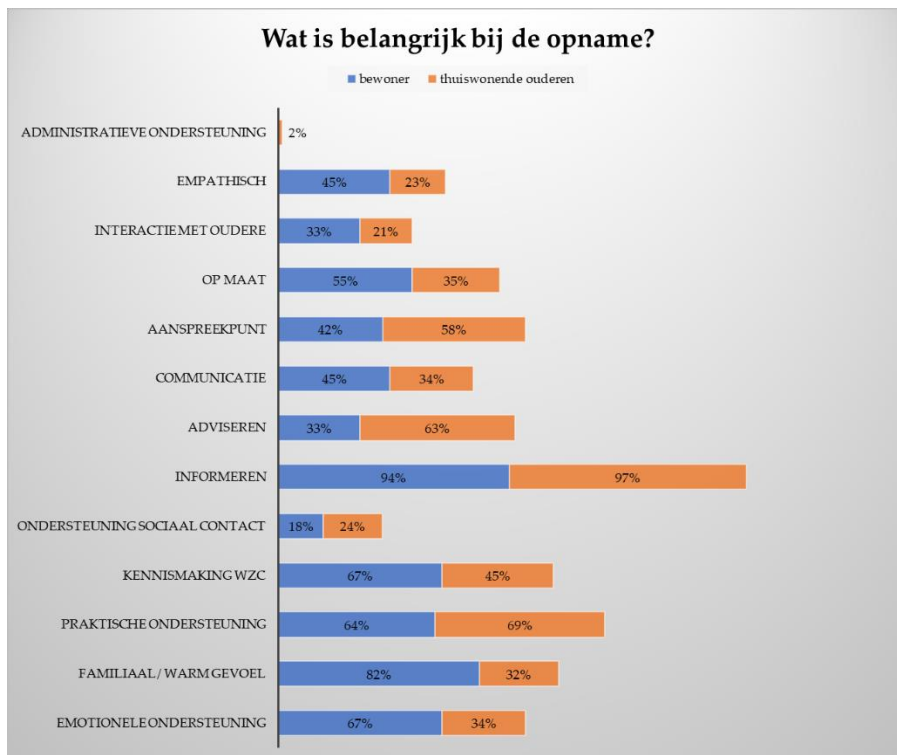


Tabel 37: van waar opname



Tabel 36: hoe verliep de opname

Zowel de bewoners en hun familieleden als de thuiswonende ouderen geven aan dat informeren over het woonzorgcentrum, adviseren en praktische ondersteuning voor hen heel belangrijk is. De bewoners en familieleden vinden een familiaal en warm gevoel in het woonzorgcentrum ook heel belangrijk en daarnaast emotionele ondersteuning. De thuiswonende ouderen vinden de emotionele ondersteuning dan weer iets minder belangrijk.

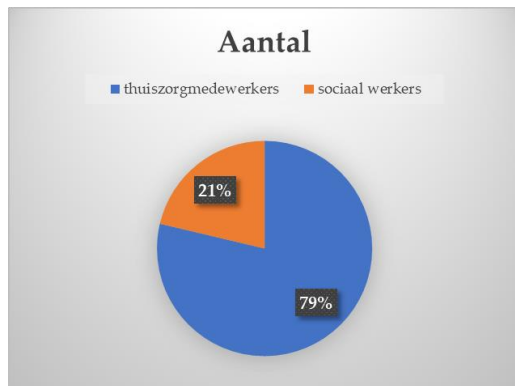


Tabel 38: wat is belangrijk bij de opname

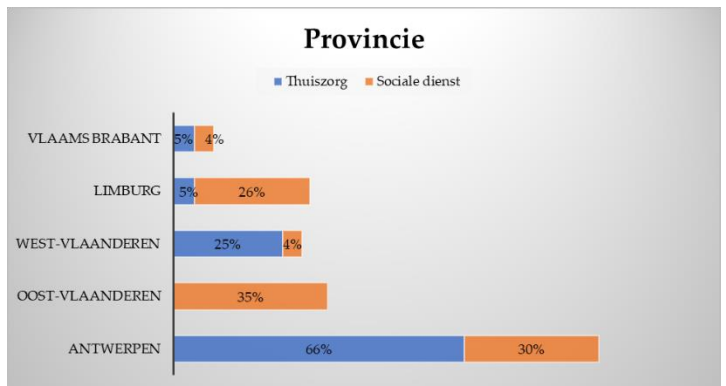
7.2. Organisaties voor opname

7.2.1. Algemene cijfers

In totaal hebben 85 medewerkers van de thuiszorgdiensten en 23 sociaal werkers uit ziekenhuizen de bevraging ingevuld. Bij de thuiszorgdiensten waren dit vooral medewerkers uit de provincie Antwerpen, de sociaal werkers waren vooral afkomstig uit Oost-Vlaanderen.



Tabel 40: aantal respondenten

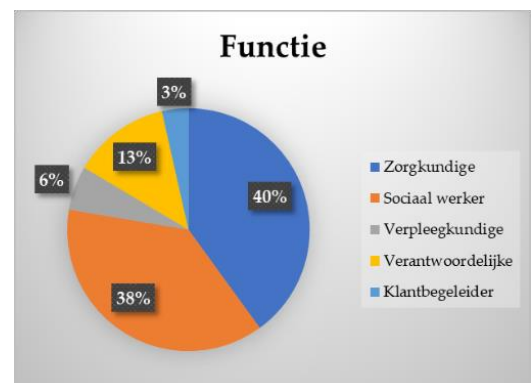


Tabel 39: provincie

Vanuit de thuiszorgdiensten werd de enquête ingevuld door medewerkers van Familiehulp, Villers, Vleminckveld, Gemeentelijke thuiszorgdiensten, Zorgbedrijven, Landelijke Thuiszorg, Welzijnszorg en Wit-Gele kruis. 40% van de ondervraagden zijn zorgkundigen, 38% zijn sociaal werkers binnen deze thuiszorgdiensten.



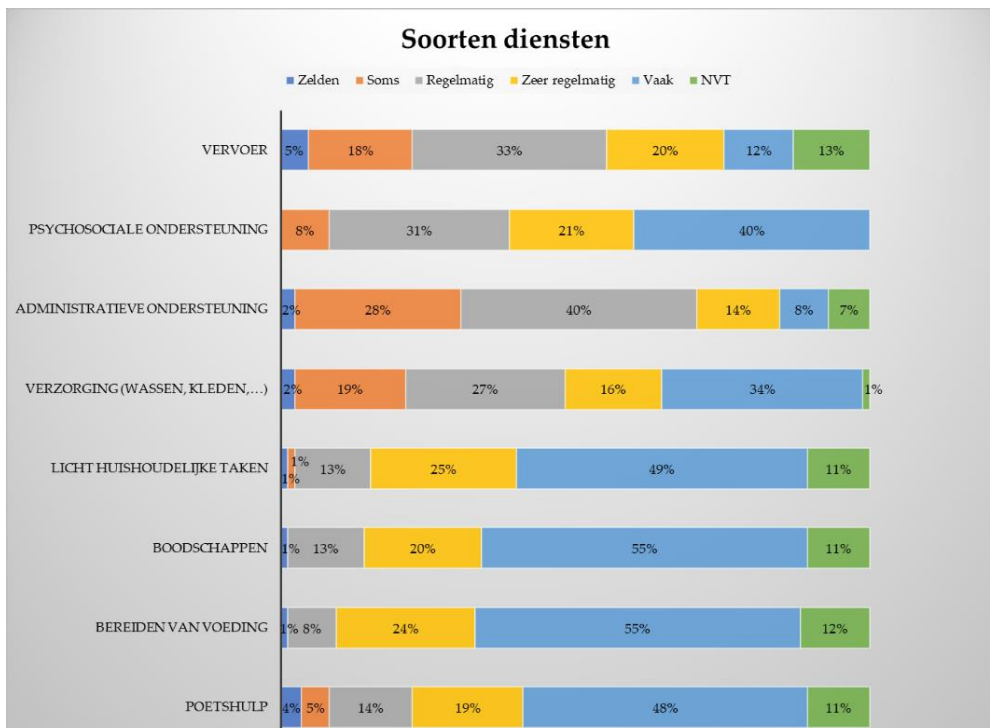
Tabel 42: thuiszorgdienst



Tabel 41: functie

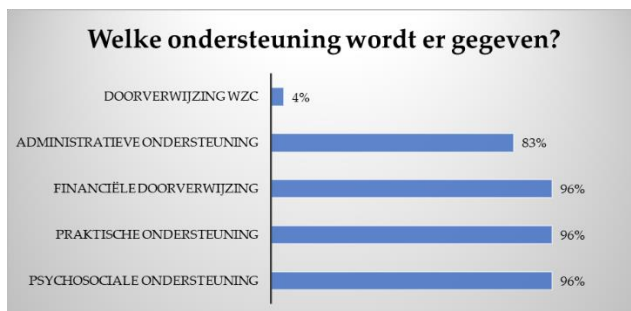
7.2.2. Mogelijkheden voor het woonzorgcentrum

De thuiszorgdiensten geven aan dat zij vooral poetshulp, licht huishoudelijke taken, boodschappen en bereiden van voeding aanbieden. In mindere mate wordt er administratieve ondersteuning geboden. 40% geeft aan ook psychosociale ondersteuning aan te bieden.



Tabel 43: soorten diensten

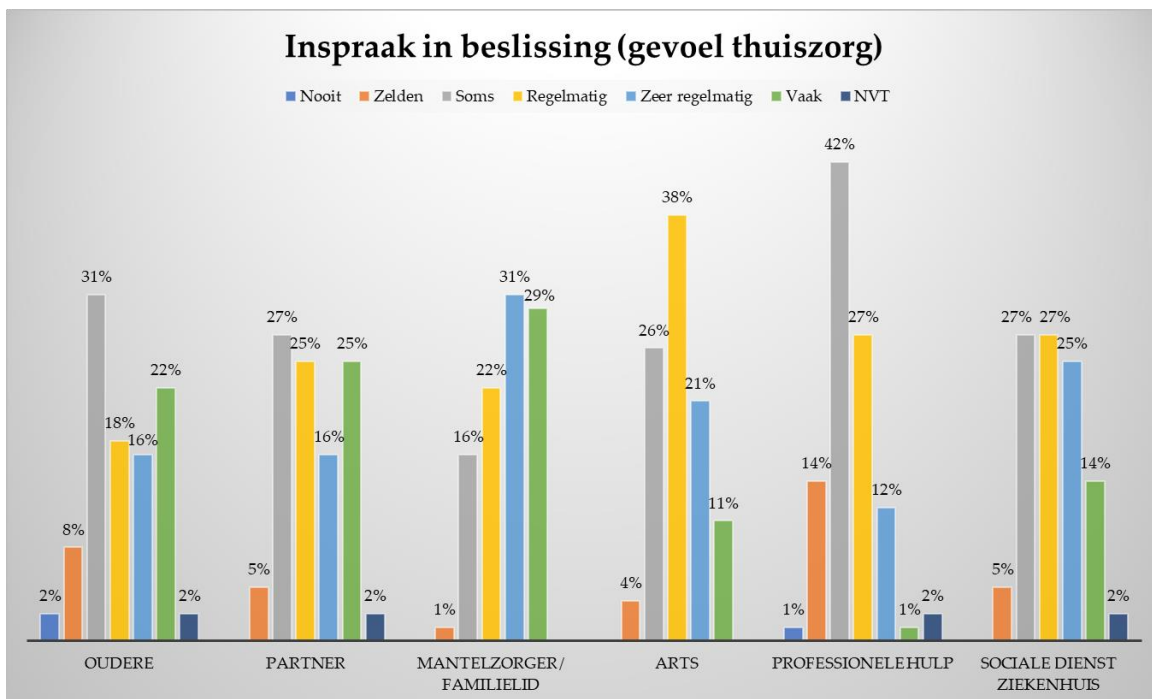
In ziekenhuizen geven de sociale diensten aan dat zij zowel psychosociale ondersteuning, praktische ondersteuning en financiële doorverwijzing aanbieden en in iets mindere mate administratieve ondersteuning.



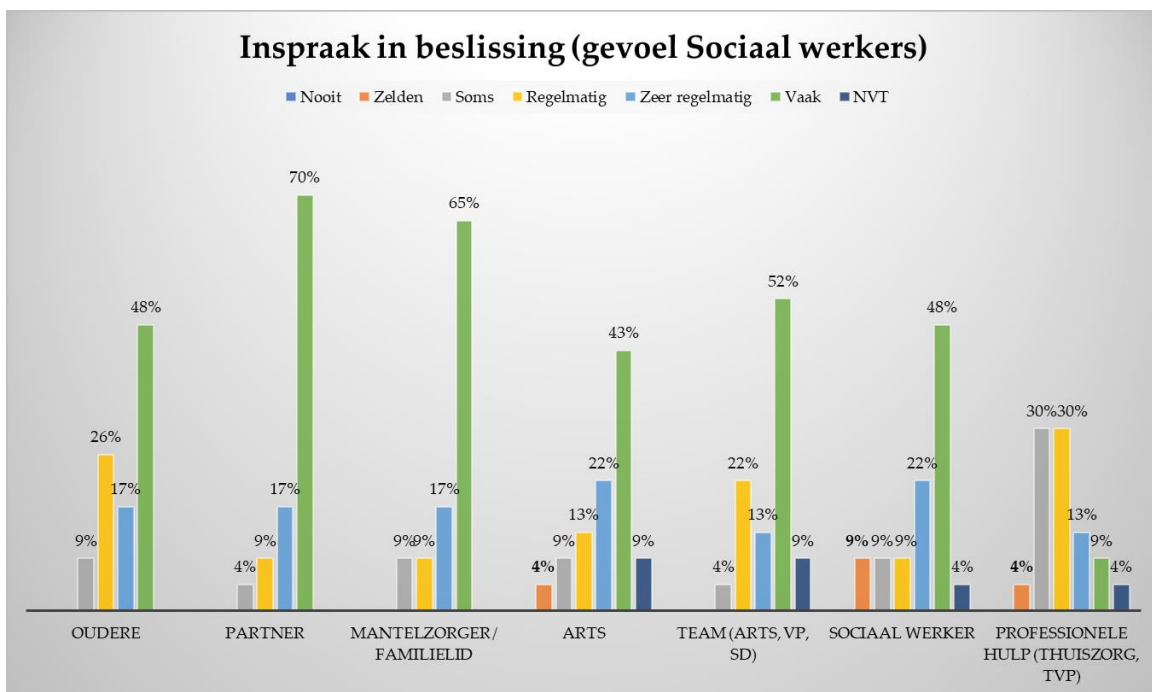
Tabel 44: soorten ondersteuning SD

7.2.3. Opname naar een woonzorgcentrum

Bij de thuiszorgdiensten geeft men aan dat de oudere soms inspraak heeft in de beslissing naar een woonzorgcentrum, in de meeste gevallen is dit de mantelzorg en partner maar ook de sociale dienst van het ziekenhuis met de artsen. De sociaal werkers geven quasi hetzelfde antwoord dat vooral de mantelzorg en de partner en daarnaast het team van artsen en sociaal werkers in het ziekenhuis beslist. Ouderen hebben minder vaak inspraak in de beslissing.

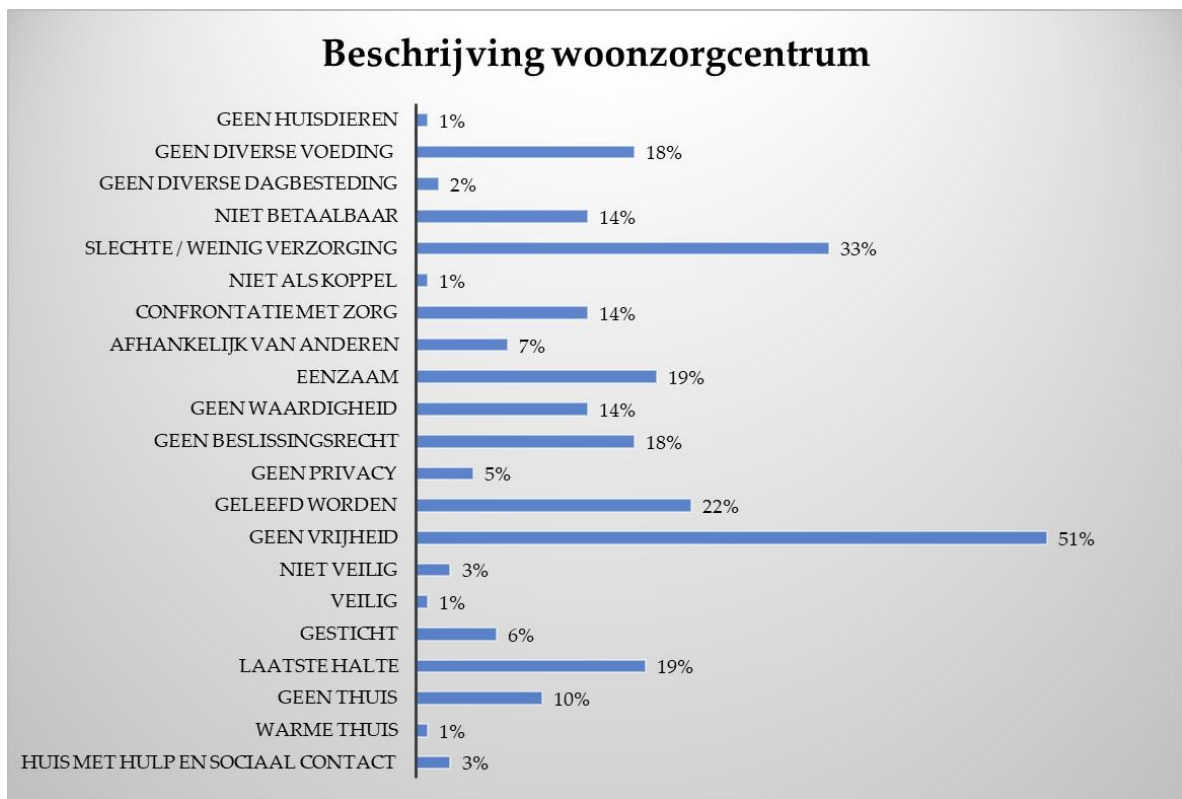


Tabel 45: inspraak in beslissing (thuiszorg)



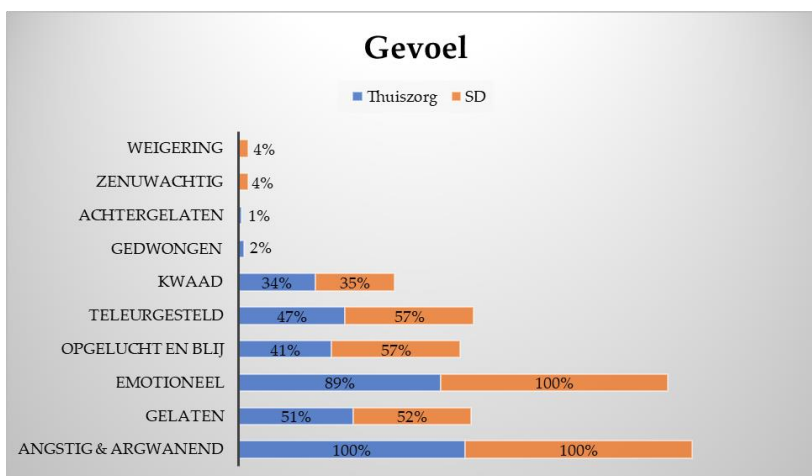
Tabel 46: inspraak in beslissing (Sociaal werkers)

Zowel de thuiszorgdiensten als sociaal werkers uit de ziekenhuizen geven aan dat ouderen vooroordelen hebben. De beschrijving die ouderen dan ook geven over woonzorgcentra zijn dan ook bijna allemaal negatief. Vooral de verzorging en het feit dat er geen vrijheid is in woonzorgcentra wordt het vaakst gezegd.



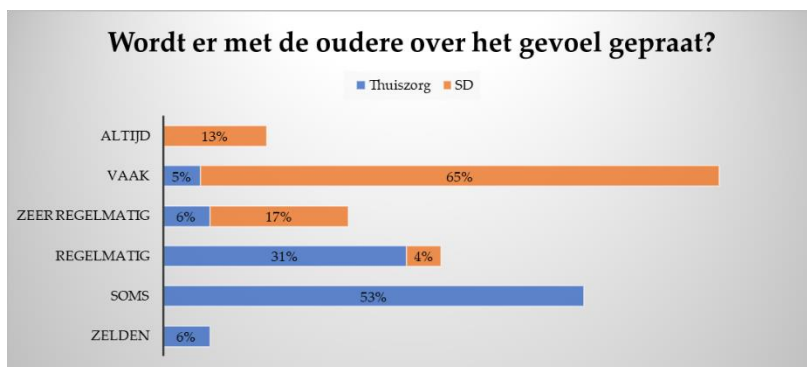
Tabel 47: beschrijving woonzorgcentrum

Er wordt aangegeven dat ouderen vooral heel angstig, argwanend en heel emotioneel zijn bij de beslissing naar een woonzorgcentrum. De helft van de thuiszorgdiensten en sociaal werkers geven aan dat ouderen ook heel gelaten zijn wanneer de beslissing voor een woonzorgcentrum is genomen.

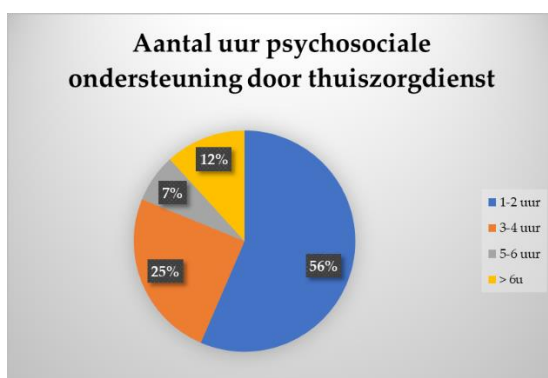


Tabel 48: gevoel

65% van de sociale diensten geeft aan dit vaak met de ouderen te bespreken. 53% van de thuiszorgdiensten geeft aan hier soms aandacht aan te hebben. Van de thuiszorgdiensten zegt meer dan de helft dat zij 1-2 uur psychosociale ondersteuning bieden aan ouderen.

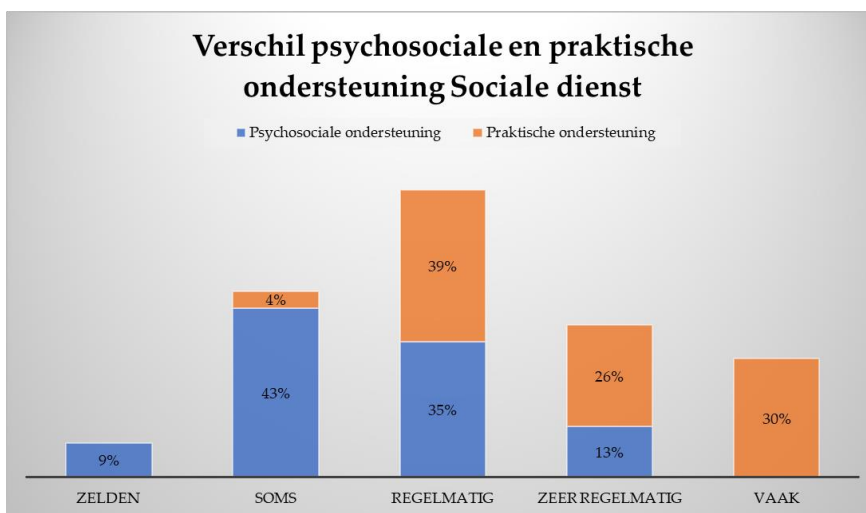


Tabel 49: wordt er gepraat?



Tabel 50: aantal uur psychosociale ondersteuning

Wanneer je bij de sociale diensten concreet de vraag stelt of zij naar hun gevoel voldoende tijd hebben aan psychosociale ondersteuning en praktische ondersteuning dan geeft 43% aan soms tijd te hebben voor psychosociale ondersteuning, 13% geeft aan hier zeer regelmatig tijd voor te hebben. Voor de praktische ondersteuning geeft 30% aan hier vaak tijd voor te hebben.



Tabel 51: verschil psychosociale en praktische ondersteuning sociale dienst

7.2.4. Voorstellen

Thuiszorgdiensten raden aan om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen met de nodige hulp en daarnaast ook aandacht te hebben voor sociaal contact. Daarnaast zeggen thuiszorgdiensten dat zij hulp kunnen bieden bij het inpakken van persoonlijke bezittingen en de praktische hulp van de verhuis. De thuiszorg kan de oudere ook zelf naar het woonzorgcentrum brengen zodat er een vertrouwenspersoon aanwezig is en nadien ook de mogelijkheid moet krijgen om regelmatig op bezoek te kunnen komen bij wijze van afscheid. Bij de sociaal werkers wordt er gewezen op het proactief werken voor de opname tussen alle factoren (familie, huisarts, thuiszorg, woonzorgcentrum). Om ouderen een positief beeld te kunnen laten krijgen vinden zij het belangrijk dat zij ook die kans krijgen. Iedereen in de omgeving van de oudere heeft dan ook het doel om woonzorgcentra zo positief mogelijk in het daglicht te zetten en de voordelen van een woonzorgcentrum aan te halen.

Tevens vinden de thuiszorgdiensten het een noodzaak dat ouderen op voorhand al kennis hebben kunnen maken met de woonzorgcentra. Open-huis-dagen zijn hiervoor ideaal maar ook gewoon een rondleiding en kennismaking kan helpen bij de positieve beeldvorming van woonzorgcentra. Ook de sociale diensten geven aan dat het taboe van woonzorgcentra moet doorbroken worden en te sensibiliseren over woonzorgcentra. Dit kan gaan door woonzorgcentra meer aansluiting te laten vinden in de samenleving, beeldmateriaal en informatiecampagnes rond woonzorgcentra zoals preventieve wachtlijsten en de financiële mogelijkheden. Hierdoor kunnen zij op voorhand de beslissing maken en is de stap minder groot. Een proefperiode of dagopvang kan helpen om te wennen aan het idee en een trage overgang te hebben tot een definitieve verhuis. Zorg op maat en persoonsgericht werken werd ook zeer veel aangehaald in de bevraging. Eveneens vinden zij het belangrijk dat er duidelijk gecommuniceerd moet worden en voldoende uitleg gegeven wordt waardoor er vertrouwen kan zijn in het woonzorgcentrum. Luisteren naar de ouderen en psychosociale ondersteuning geven is daarbij noodzakelijk. Een verhuis naar een woonzorgcentrum is een emotionele gebeurtenis.

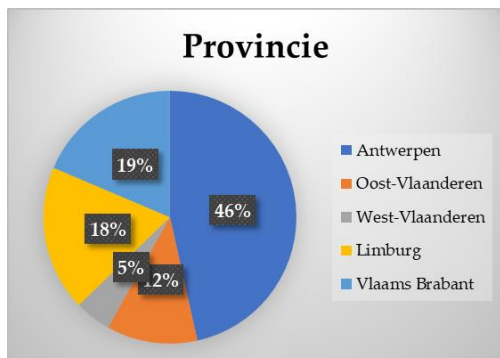
Voor ziekenhuizen raden thuiszorgdiensten aan om ouderen eerst thuis nog te laten proberen, om hen zelf de kans te geven te beseffen dat het moeilijker wordt. De thuiszorgdiensten (verpleegkundigen en zorgkundigen) kunnen hier een belangrijke rol spelen. Ouderen moeten zelf de inspraak kunnen hebben wanneer, hoe, waar en met wie de verhuis wordt gedaan. De sociaal werkers geven als voorbeeld dat er intakegesprekken thuis of in het ziekenhuis kunnen plaats vinden door de opnameverantwoordelijken van de woonzorgcentra. Hierdoor kan er al een vertrouwenspersoon zijn in de stap naar het woonzorgcentrum.

Binnen de woonzorgcentra moet er dan weer voldoende zorgpersoneel zijn en één aanspreekpunt zijn tijdens de opname (eventueel een psychologe). Deze persoon is dan de brugpersoon tussen de verschillende diensten waardoor er betrokkenheid is naar de oudere toe. Tijdens het verblijf moet er aandacht zijn voor een gezellige kamer en de persoonlijke spullen van de ouderen, tijd voor ontspanning en psychosociale ondersteuning. Hierdoor moet het ook mogelijk zijn dat de oudere op bezoek kan gaan naar het ouderlijke huis. Ook betaalbare woonzorgcentra moet mogelijk kunnen zijn om ouderen te kunnen overtuigen.

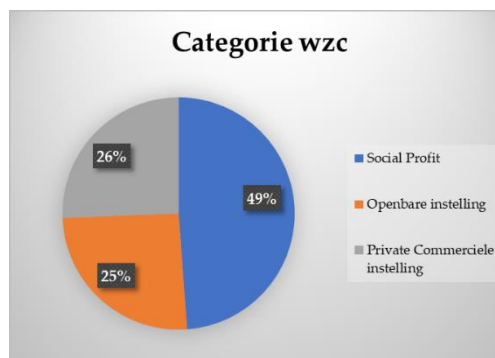
7.3. Woonzorgcentra

7.3.1. Algemene Cijfers

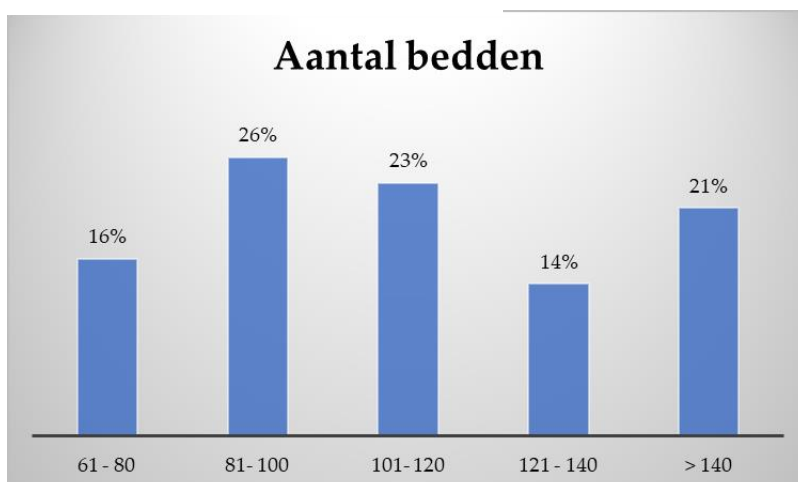
43 medewerkers van woonzorgcentra hebben de enquête ingevuld. De meeste werden ingevuld in de provincie Antwerpen. De medewerkers die de bevraging hebben ingevuld zijn werkzaam in de drie soorten instellingen van woonzorgcentra. Vooral de woonzorgcentra met meer dan 100 bedden (58%) zijn goed vertegenwoordigd in de enquête, 42% heeft minder dan 100 bedden. Zij hebben zowel RVT en ROB bedden. Van deze woonzorgcentra heeft 60% koppelkamers, 74% heeft kortverblijf mogelijkheden, 58% heeft serviceflats en 16% heeft ook een dagcentrum.



Tabel 53: wzc provincie

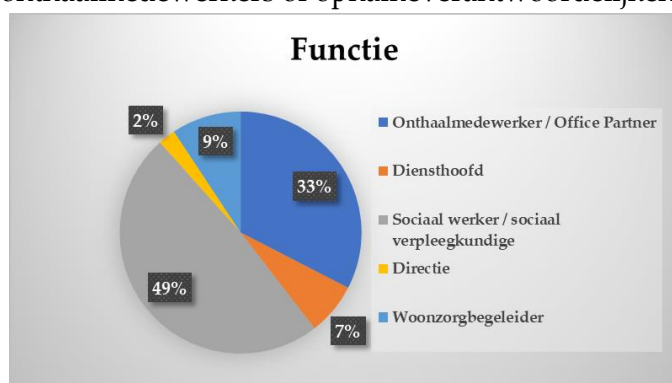


Tabel 52: categorie wzc



Tabel 54: aantal bedden wzc

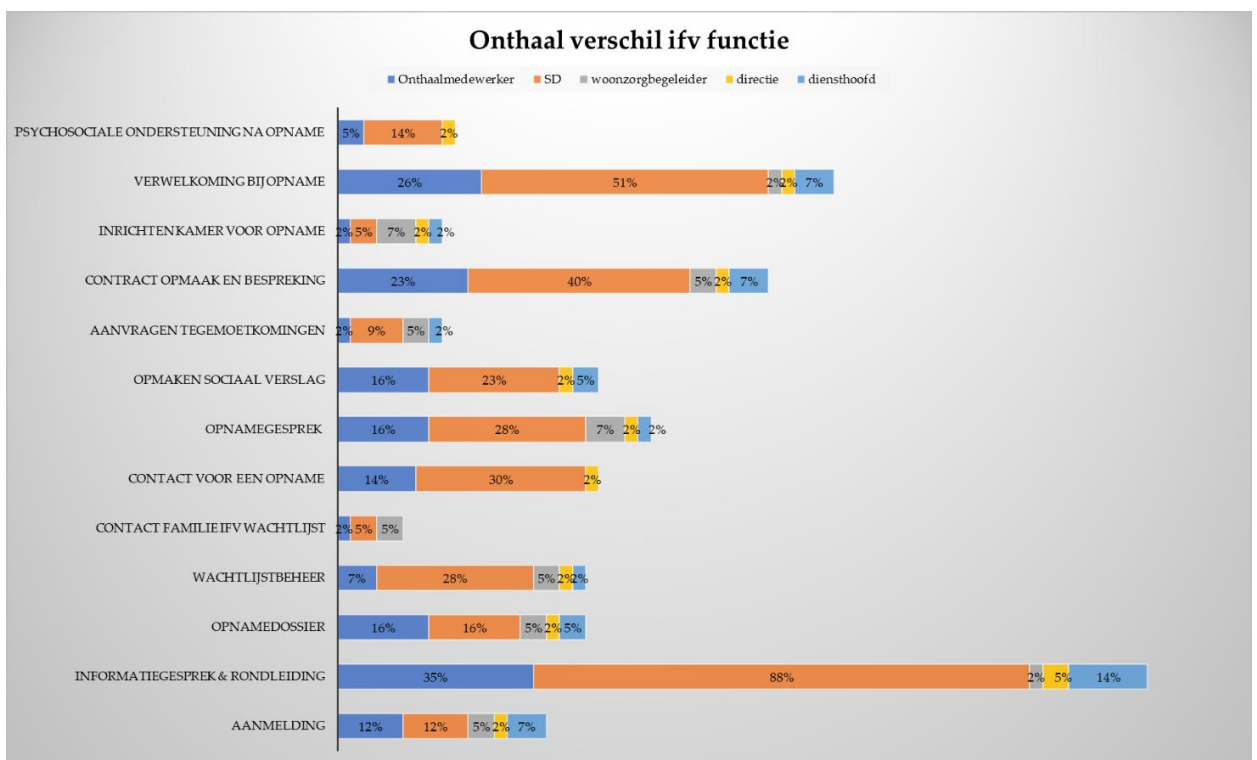
De medewerkers die deze enquête hebben ingevuld hebben verschillende functietitels. Het grootste deel daarvan zijn sociaal werkers of sociaal verpleegkundigen en onthaalmedewerkers of opnameverantwoordelijken.



Tabel 55: functie

7.3.2. Opname in een woonzorgcentrum

De opname in een woonzorgcentrum is verschillend per centrum, toch zijn er zeer veel gelijkenissen. In de meeste woonzorgcentra is er een informatiegesprek en rondleiding en een contractopmaak en -bespreking. Sommige woonzorgcentra kiezen nog voor een intakegesprek voor de opname samen met een sociaal verslag of opmaak van een zorgplan. 16% geeft aan dat er voor de opname al de mogelijkheid is om de kamer te laten inrichten. Tevens wordt er aandacht gegeven aan een verwelkoming van de oudere bij de opname. Tijdens het verblijf geeft 23% aan dat zij nog psychosociale ondersteuning kunnen aanbieden. Binnen de functies zijn er grote verschillen hoe men een opname van een nieuwe bewoner doet. Naast de specifieke administratieve aspecten rond een opname ligt de focus bij sociaal werkers meer op het psychosociale aspect van de opname bij de ouderen. Binnen deze functie zijn er duidelijk meer informatie-gesprekken, opmaken van sociale verslagen en/of zorgplannen en de emotionele ondersteuning tijdens het verblijf.



Tabel 56: onthaal verschil ifo functie

In de bevraging werd er ook gepeild of de opnameverantwoordelijke naar zijn of haar gevoel voldoende mogelijkheden had om psychosociale, praktische en administratieve ondersteuning te bieden. 32% geeft aan dat zij vaak de mogelijkheid hebben om praktische en administratieve ondersteuning aan te bieden. Op psychosociaal gebied heeft 14% hier vaak de mogelijkheid in om dit aan te bieden. 12% geeft zelfs aan hier zelden de mogelijkheid voor te hebben.



Tabel 58: voldoende mogelijkheden voor praktische en administratieve ondersteuning?



Tabel 57: voldoende mogelijkheden voor psychosociale ondersteuning?

7.3.3. Voorstellen vanuit de woonzorgcentra

Vanuit de woonzorgcentra geeft men aan dat er meer financiële middelen nodig zijn, meer bijscholingen en meer teamoverleg rond bewoners. Daarnaast moeten woonzorgcentra positief benoemd worden en eventuele her uitvindingen gebeuren zoals digitale rondleidingen. Verder geven de opnameverantwoordelijken de tip om bewonersgericht te werken en meer psychosociale ondersteuning aan te bieden.

Hoofdstuk 8: Eindconclusie, Eindreflecties en Suggesties

8.1. Eindconclusie

De voorbije maanden heb ik zowel vanuit mijn stage als vanuit mijn literatuur- en praktijkonderzoek ondervonden dat er goede zaken zijn maar ook zeer veel tekortkomingen in de ondersteuning van ouderen bij de beslissing tot verhuis naar een woonzorgcentrum.

8.1.1. Niveau van de oudere

Uit de bevraging valt op dat het sociaal netwerk van de oudere niet zo heel groot is. Van de thuiswonende ouderen is momenteel meer dan de helft in een relatie maar heeft men veelal maar 1 of 2 kinderen. Ook bij de bewoners is dit opvallend dat men veelal maar 1 kind heeft. Daarnaast wordt er door de thuiswonende ouderen amper hulp gevraagd bij de mantelzorgers. Indien zij dan wel hulp krijgen is dit vooral via professionele hulp. Bij de bewoners was dit vooral de combinatie van beide. Indien er dus beroep wordt gedaan op mantelzorg heeft de meerderheid maar 1 of 2 kinderen die de oudere kan ondersteunen. Bij de thuiswonende ouderen wordt er momenteel nog niet veel beroep gedaan op gezins- en bejaardenhulp. Is deze voldoende gekend bij de thuiswonende ouderen? Of is er nog geen nood aan? Vooral poetshulp is gekend bij de thuiswonende ouderen en de bewoners van het woonzorgcentrum. Een mogelijke verklaring kan hier voor zijn dat er sneller poetshulp wordt ingeschakeld daar deze laagdrempelig is en om werk en gezin beter te combineren. Eens dit opgestart is wordt dit minder snel stopgezet.

Veelal kiest men pas voor een woonzorgcentrum als de meeste hulp (mantelzorg en professionele hulp) thuis al is opgebruikt en het fysiek en mentaal te moeilijk wordt. Het valt vooral op dat de bewoners die pas zijn verhuisd naar een woonzorgcentrum dit veelal op vraag of dwang van de omgeving deden. Dit omdat de zorgvraag te groot werd. Het gevoel (ontspannen en blij) dat bij deze beslissing komt kijken van de familie is dan ook heel duidelijk: *“Gerustgesteld dat ze zorg en omkadering kreeg die ze nodig heeft”, “opgelucht”*. Ook in de bevraging van de thuiswonende ouderen is het duidelijk dat men pas zou verhuizen wanneer de omgeving dat vraagt. Het is voor de omgeving dan ook soms gemakkelijker om de verhuis te laten gebeuren via het ziekenhuis of revalidatiecentrum dan vanuit de thuisomgeving. Een familielid van een bewoner verklaarde het volgende: *“Ik mocht het haar niet zeggen van de specialist, gewoon verhuisd met weekendtas zonder aankondiging”*. Het lijkt hierdoor gemakkelijker te zijn om de ouderen niet te veel te betrekken in de beslissing die moet genomen worden. Hierdoor wordt er minder aandacht besteed aan de emotionele beleving van de oudere waarvoor de verhuis noodzakelijk is. Tijdens de stageperiode was er ook een dame die het moeilijk had om de stap te zetten naar een woonzorgcentrum ondanks dat dit door problemen op fysiek vlak wel noodzakelijk was. Tijdens het gesprek met haar en de familie heb ik hierover uitgebreid gepraat. Later vertelde de zoon dat het de eerste keer was dat iemand geïnteresseerd was in het gevoel van zijn moeder (ook artsen praatte niet met haar maar boven haar hoofd) waardoor ze iets minder moeite had met het nemen van de beslissing om te verhuizen naar het woonzorgcentrum. Het verlaten van de eigen woning en de herinneringen komen in de bevraging steeds naar voor als zijnde een obstakel in de verhuis naar een woonzorgcentrum wat ook bij veel van de onthaalgesprekken tijdens de stageperiode duidelijk een bezorgdheid was van de ouderen.

8.1.2. Niveau van de organisatie

Wanneer ouderen zonder vooroordelen naar een woonzorgcentrum verhuizen dan heeft men geen al te grote verwachtingen en valt het beeld enigszins mee. De thuiswonende ouderen hebben een zeer negatief beeld over woonzorgcentra en zien dit niet als een nieuwe thuis.

De thuiszorgdiensten geven aan dat de beslissing vooral genomen wordt door de mantelzorgers en de artsen, hierdoor hebben ouderen een angstig en argwanend gevoel. Het niet betrekken van de oudere is dan ook een tekortkoming die naar voor komt in de bevraging. Toch kan je concluderen dat de thuiszorgdiensten een goed oog hebben op de gevoelens van de ouderen rond een mogelijke beslissing tot verhuis maar dat er onvoldoende tijd is om hier aandacht aan te besteden.

De sociaal werkers van ziekenhuizen geven aan dat de korte opnametermijnen in ziekenhuizen ervoor zorgen dat er sneller beslist moet worden en er op psychosociaal gebied zeer weinig aandacht is bij deze toch wel ingrijpende beslissing. Een sociaal werker uit het ziekenhuis verwoordt het zo: *“Vaak is de opnamereden op geriatrie een onhoudbare thuissituatie. Huisartsen en familieleden durven dan al eens te vergeten dat een opname beperkt is in tijd en we daardoor dus ook niet de altijd de juiste psychosociale begeleiding kunnen geven en er ook snel moet beslist worden. Hierdoor staat de patiënt toch regelmatig met de rug tegen de muur.”* In de bevraging komt duidelijk naar voor dat vooral de mantelzorgers en het team in de ziekenhuizen de beslissing neemt en ouderen hierin minder worden bevraagd: *“als team op één lijn zitten, samen streven naar dezelfde oplossing en hier ook allemaal achterstaan om zodoende een patiënt van deze stap te kunnen overtuigen.”* Daarnaast zie je dan weer dat de praktische en administratieve ondersteuning meer aandacht krijgt : contact met woonzorgcentrum, doorverwijzing voor financiële ondersteuning, *“aanbrengen sociale kaart met name welke woonzorgcentrum in regio en vooral mogelijkheden maar ook beperkingen”*. Bij de voorstellen wordt er ook vooral gefocust op wat andere diensten kunnen doen om het welzijn te verbeteren van de ouderen (*“pro actief meer informeren”, “op voorhand gesprekken voeren met iemand van woonzorgcentra”, “meer personeel in de woonzorgcentra”, “sensibilisering om taboe rusthuis te doorbreken, onderwerp bespreekbaar maken”, “eventueel al meer aandacht of info vanuit de thuissituatie vb. door thuiszorg of huisartsen”*) woonzorgcentra zouden structureel meer moeten aansluiten bij de samenleving, *“eetfestijn of opendeurdag in woonzorgcentrum”*) en wordt er minder in de eigen dienst gezien wat mogelijks verbeterd kan worden: *“In een ziekenhuis werken is vaak uitdagend omdat men met veel disciplines samenwerkt. Als sociale dienst proberen we vaak de beste en mooiste oplossing te regelen voor de patiënt maar dit vergt soms tijd, wat artsen niet hebben. Met zaken zoals opnamedruk, ontslagdruk moeten we dagdagelijks rekening houden.”* Eén sociaal werker gaf aan dat er familiegesprekken zijn op de patiëntenkamer om een opname samen te bespreken.

Binnen het woonzorgcentrum heeft de oudere en zijn familie nood aan voldoende sociaal contact, gezelligheid en voldoende verzorgend personeel. Zowel uit de bevraging van de ouderen, de bewoners en de familie komt duidelijk naar voor dat het belangrijk is dat er bij de opname aandacht is voor het emotioneel aspect van de beslissing. Daarnaast is ook duidelijke informatie, praktische ondersteuning en administratieve ondersteuning geven van belang. In de bevraging van woonzorgcentra geeft men aan dat er niet genoeg tijd is voor psychosociale ondersteuning bij een opname in een woonzorgcentrum. Het is ook een groot verschil tussen de verschillende functies.

Wanneer men effectief als sociaal werker aan de slag is in een woonzorgcentrum heeft men hier duidelijk iets meer aandacht voor en probeert men hier ook tijd voor te maken. Wanneer we zien welke stappen er moeten gebeuren voor een opname valt het op dat er zeer veel administratieve taken zijn om de opname vlot te laten verlopen waardoor er minder tijd aanwezig is voor het psychosociaal welzijn van de oudere.

8.1.3. Niveau van de maatschappij

Het netto-inkomen situeert zich veelal tussen de 1500 en 2000 euro maar ook redelijk veel mensen hebben een inkomen tussen 1000 en 1500 euro. Een woonzorgcentrum betalen is voor zeer veel mensen dan toch moeilijk zonder het bijpassen van spaargeld of de hulp van familieleden of externen.

Het sociaal werk is de laatste jaren verder versplinterd waarbij de overheid niet altijd alle rechten op welvaart garandeert. De verantwoordelijkheid wordt verlegd naar de maatschappij en privé-initiatieven die inzetten op inkomsten vanuit het sociaal werk. Hierdoor wordt er meer ingezet op actief burgerschap zoals vrijwilligerswerk en mantelzorg. Het sociaal werk bestaat hierdoor niet alleen meer in het ondersteunen en helpen van mensen maar wordt een bureaucratisch en economische onderdeel in de maatschappij.

8.2. Suggesties

Zowel de thuiszorgdiensten, de mutualiteiten, de artsen, sociale diensten van een ziekenhuis of revalidatiecentrum alsook de opnameverantwoordelijken en sociaal werkers binnen een woonzorgcentrum zijn belangrijke actoren in het hele opnameproces van ouderen naar een woonzorgcentrum. Een opname in een woonzorgcentrum start vele jaren voor er ooit sprake is van een fysieke of mentale achteruitgang waardoor een opname niet meer kan uitgesteld worden.

8.2.1. Suggesties tegenover het niveau van de maatschappij

De beeldvorming rond woonzorgcentra is één van de belangrijkste aspecten waardoor ouderen het moeilijk vinden om de stap te zetten naar een woonzorgcentrum. Door de negatieve berichtgevingen in de media hebben woonzorgcentra een negatief beeld gekregen. Het is dan ook van belang dat woonzorgcentra positief worden voorgesteld en dat de media ook positieve verhalen uit woonzorgcentra vertelt. Dit kan door het ontwikkelen van promofilmmpjes op de nationale zenders, sociale media en internetkanalen over het leven in woonzorgcentra door de Vlaamse overheid. Tevens kan men de diensten in woonzorgcentra verder uitbreiden voor de ouderen uit de omgeving. Hierdoor kunnen ouderen nog voor een opname terecht in woonzorgcentrum en leert men deze al kennen.

De druk die er binnen de organisaties (woonzorgcentra, ziekenhuizen, revalidatiecentra, ...) ontstaat om de bedden te vullen is belangrijk voor de subsidies en premies die men van de overheden krijgt. Men krijgt een zorgforfait uitbetaald per dag dat er een bed ingenomen is. Binnen deze organisaties is er dan ook een opbod om ouderen opgenomen te houden tot na de middag om het zorgforfait niet te verliezen. Op het einde van het jaar vergelijkt het RIZIV hoe de bedbezetting was tegenover het jaar voordien. Indien dit minder was verliest men subsidies wat dan weer een effect heeft op het personeelsbeleid.

Tevens ligt de druk bij sociaal werkers ook veel hoger om zo snel mogelijk ouderen op te nemen en minder tijd te geven om na te denken. Een optie aanbieden waarbij er even kan nagedacht worden over een opname is momenteel niet mogelijk omdat er anders verlies is in zorgforfaits bij een leeg bed. Zowel de Federale als de Vlaamse overheid zal moeten nadenken over hoe men de draaglast van organisaties, die zich inzetten voor ouderen, kan verlagen. Wanneer die druk wegvalt kan er ook meer aandacht gaan naar de psychosociale kant van ouderen en wordt de druk van snel beslissingen nemen weggenomen of verlaagd. Het is noodzakelijk dat, ook voor de verandering in beeldvorming, woonzorgcentra meer personeel kan inzetten zodat de zorglast niet te zwaar wordt en ouderen meer aandacht krijgen in functie van het psychosociaal welzijn. Momenteel moet er zeker 1 nachtshift zijn per 60 woongelegenheden en wordt er veelal gewerkt met zorgkundigen. Wanneer men een RVT-statuut heeft komt daar een hoofdverpleegkundige bij. Het is duidelijk dat dit te weinig is en hierin beter kan geïnvesteerd worden om de zorglast te verlagen. De overheden kunnen onder andere verplichten dat er een minimum aan verpleegkundigen aanwezig moet zijn en er meer nachtshiften zijn per 60 woongelegenheden. Het kan er voor zorgen dat de beeldvorming verbeterd wordt en het werken in een woonzorgcentrum aantrekkelijk wordt.

Ondanks het feit dat er bijkomende financiële tegemoetkomingen mogelijk zijn, is een woonzorgcentrum voor veel ouderen niet betaalbaar. Als Vlaamse overheid zou het dan ook belangrijk moeten zijn dat de tegemoetkomingen meer kenbaar zijn voor ouderen en dat er hierover beter gesensibiliseerd wordt. Tevens valt het op dat wanneer men op kortverblijf gaat het zorgbudget tijdens deze periode wegvalt. Een kortverblijf dat in veel gevallen een moment is om de mantelzorgers te ontlasten in de zorg maar ook een tussenoplossing is tot een vast verblijf. Wanneer dit laatste het geval is dan valt het zorgbudget één week tussen kort- en vast verblijf weg. Een budget dat wel interessant is om het woonzorgcentrum lichtjes betaalbaar te houden. Ouderen worden hierdoor gestraft terwijl wanneer men van thuis naar een woonzorgcentrum gaat het zorgbudget wel blijft doorlopen of automatisch wordt toegekend. Waarom kan dit niet behouden worden tijdens een kort verblijf?

De laatste jaren worden woonzorgcentra meer geprivatiseerd waardoor er meer gefocust wordt op winst maken. Hierdoor zijn er woonzorgcentra die hogere dagprijzen hebben en in mindere mate woonzorgcentra met lagere en dus betaalbare dagprijzen. Waarom is er geen mogelijkheid om een maximumbedrag van dagprijs op te leggen of de dagprijs te bepalen op het inkomen van de oudere? Hoe meer pensioen men heeft hoe meer er aan een woonzorgcentrum kan betaald worden en dit met een maximumplafond zodat de kost ook voor hen nog betaalbaar blijft. Door een maximumbedrag op te leggen of een bepaling van dagprijs op inkomen waarbij de Federale en Vlaamse overheid extra financiële ondersteuning kan geven, kan er meer gefocust worden op het welzijn van ouderen bij een opname. Nu wordt er beroep gedaan op het OCMW wanneer ouderen financieel moeilijkheden ervaren om een woonzorgcentrum te betalen. Dit terwijl het OCMW gefinancierd wordt door de gemeente, deze zijn inkomsten haalt via gemeentebelastingen en de Vlaamse overheid en deze laatste op zijn beurt gefinancierd wordt via de federale belastingen betaald door de bevolking. Hierdoor kan de financiële ondersteuning rechtstreeks naar de oudere en de voorziening gaan.

Naast de bestaande maatregelen die er zijn voor het ondersteunen van de mantelzorgers zou er vanuit de overheid en de maatschappij in het algemeen nog meer aandacht mogen zijn voor deze groep mensen. Niet iedere mantelzorger geeft ook aan mantelzorger te zijn en ziet dit als een normale zaak om de oudere te ondersteunen. In de bevraging valt het op dat mantelzorgers vaak heel ontspannen zijn bij de beslissing tot een verhuis en zijn zij veelal ook de vragende partij. Dat geeft duidelijk aan dat er momenteel nog te weinig aandacht is voor deze doelgroep en er verder onderzoek naar zou kunnen gebeuren hoe men deze beter kan begeleiden en welke mogelijkheden er zijn om deze te ondersteunen. In vele gevallen zijn zij een sandwichgeneratie die werk, gezin en de zorg voor de oudere combineert. Het aanvragen van zorgverlof zorgt voor veel administratie waardoor hier ook niet altijd gebruik van wordt gemaakt. Daarnaast wordt er nog steeds geen psychologische hulp terugbetaald waardoor mantelzorgers ook hier geen beroep op kunnen doen. Verder kent men wel praatgroepen over dementie maar krijgen andere praatgroepen minder aandacht.

8.2.2. Suggesties tegenover het niveau van de oudere

Wanneer de media positieve verhalen deelt zal de beeldvorming bij ouderen en hun familie ook kunnen wijzigen. Toch is het vanuit de omgeving van de oudere ook belangrijk om regelmatig te vertellen wat de positieve elementen zijn van een woonzorgcentrum. Belangrijk kan hierbij zijn dat er regelmatig iets kan gedronken worden in de cafetaria (waarom geen dienstencentrum voor de buurt) of deel te nemen aan activiteiten in het dichtstbijzijnde woonzorgcentrum. Hierdoor leren ouderen het woonzorgcentrum kennen en eventueel bewoners of ouderen uit de omgeving. De stap om nadien een woonzorgcentrum binnen te stappen om zich op de wachtlijst te zetten zal hierdoor laagdrempelig kunnen worden.

Wanneer een oudere dan toch vanuit het ziekenhuis naar een woonzorgcentrum gaat omdat een andere optie niet meer mogelijk is, kan er op verschillende manieren omgegaan worden met de persoonlijke bezittingen van de oudere. Voor er sprake is van een achteruitgang kan het interessant zijn voor de familie om op voorhand met de oudere samen te zitten en een inventaris te maken van de bezittingen die men heeft. Van hieruit kan er dan gezien worden wat voor de oudere belangrijk is en wat hij of zij graag wil behouden als men naar een woonzorgcentrum verhuist.

Hierdoor valt de druk bij de familie ook weg om de juiste bezittingen te verhuizen en weet de oudere dat zijn of haar mening ertoe doet. Daarnaast zou het mogelijk moeten zijn dat er afscheid kan genomen worden van het huis waar men lang gewoond heeft. Dit kan emotioneel een belangrijke stap zijn in de aanvaarding van de nieuwe thuissituatie.

8.2.3. Suggesties tegenover het niveau van de organisaties

Thuiszorgdiensten geven aan dat zij meer kunnen doen dan de traditionele ondersteuning die zij momenteel aanbieden. Zij zijn de eerste verzorgenden in lijn die contact hebben met de oudere en hen kan ondersteunen in de moeilijke beslissingen. In vele gevallen kunnen zij als vertrouwenspersoon optreden tussen de verschillende actoren en de situatie thuis op een andere manier verklaren. Bij een verhuis naar een woonzorgcentrum zou het ook mogelijk moeten kunnen zijn dat de verzorgenden de verhuis praktisch kan ondersteunen door samen de persoonlijke bezittingen in te pakken en eventueel samen naar het woonzorgcentrum te gaan met een familielid bij de verhuis.

Tijdens de opname zouden verzorgden ook de mogelijkheid moeten kunnen behouden om op bezoek te gaan bij de ouderen als eventuele afscheid. Om dit mogelijk te maken kan er vanuit de overheden beter ingezet worden om de prijzen te verlagen zodat ouderen geen zorguren weigert omdat dit financieel niet meer mogelijk is. Wanneer men bijvoorbeeld een tijdelijke federale premie krijgt wordt deze ook bij het inkomen geteld en stijgt de uur prijs, hierdoor wordt zorg duurder. De verschillende premies die men krijgt bij de overheid kunnen dan beter op elkaar afgestemd worden of niet geteld worden als een inkomen. Hierdoor verlaagt het netto inkomen en kan de uur prijs voor zorg betaalbaar worden.

Sociaal werkers binnen deze context werken zowel op gebied van de oudere, de organisatie en de maatschappij. Toch werken zij als team binnen een organisatie waarin de financiële aspecten van de organisatie veelal de bovenhand krijgt op beslissingen. Ouderen moeten zelf de inspraak kunnen hebben in hun leven wanneer zij nog wilsbekwaam zijn. Wanneer ik mijn fantasie verder kan uitwerken en er geen beperkingen zouden zijn, lijkt het mij interessant dat er wordt onderzocht of sociaal werkers in een ziekenhuis op geriatrische afdelingen onafhankelijk kunnen worden van de organisatie. Tijdens de Covid-19-periode heeft men ontdekt dat het wenselijk is dat er meer psychologische ondersteuning kan geboden worden aan ouderen maar het is budgettair mogelijks niet haalbaar om dit door te voeren. Toch kan men, door geen organisatorisch belang te hebben, zich hierdoor verder toeleggen op de mogelijkheden die er zijn voor ouderen en hun familie. Door deze onafhankelijkheid kan men als sociaal werker ouderen emotioneel ondersteunen en zijn er misschien andere mogelijkheden om het welzijn van de ouderen te ondersteunen.

Om ouderen de kans te bieden de woonzorgcentra te leren kennen, is het goed dat zij hun deuren openzetten voor de buurt. Door middel van opendeurdagen, beeldmateriaal en informatiecampagnes kunnen de woonzorgcentra zich positief in de kijker zetten. Ook een proefperiode en dagactiviteiten in de woonzorgcentra kunnen een voorbereiding zijn op de effectieve verhuis. Niet in elk woonzorgcentrum is dit momenteel mogelijk. Tijdens het verblijf is het interessant dat er aandacht is voor een gezellige kamer en de persoonlijke spullen van de ouderen, tijd voor ontspanning en psychosociale ondersteuning.

Ouderen moeten zelf beslissingsrecht hebben in alles wat er gebeurt, hun waardigheid kunnen behouden en een goede begeleiding krijgen bij de verhuis. Er moet goed geluisterd worden naar de oudere en meer psychosociale ondersteuning geboden worden. Een verhuis naar een woonzorgcentrum is dan ook een emotionele gebeurtenis en heeft praktische en administratieve zorgen. Binnen de regelgeving van woonzorgcentra is er geen duidelijke richtlijn dat een woonzorgcentrum een sociaal werker in dienst moet hebben om deze zorgvragen te kunnen beantwoorden. Nochtans kan een sociaal werker een belangrijke rol spelen in een woonzorgcentrum. Een sociaal werker heeft niet alleen de mogelijkheid om praktische zorgen op te lossen of te verbeteren maar heeft ook kennis om psychosociaal te ondersteunen.

Welke rol heeft de sociaal werker dan bij de psychosociale en praktische begeleiding van de oudere zorgvrager en zijn of haar familie bij het opnameproces in een woonzorgcentrum?

Binnen de woonzorgcentra zou het mogelijk moeten zijn om als sociaal werker een aanspreekpunt te zijn vanaf de intake tot de opname en tijdens het verblijf. Deze persoon is dan de brugpersoon tussen de verschillende diensten waardoor er een vertrouwen kan gegeven worden naar de oudere die zijn of haar belangen verdedigd.

Om de ouderen meer te betrekken in het opnameproces zou de sociaal werker bijvoorbeeld intakegesprekken kunnen doen in de thuisomgeving van de oudere of in het ziekenhuis. Door dat men weet wie de oudere is kan men deze tijdens het verblijf emotioneel ondersteunen en de vertrouwenspersoon zijn wanneer er moeilijkheden zijn.

Als sociaal werker is het interessant dat er bij de intake van een oudere aandacht is voor de verschillende aspecten in zijn of haar leven. Hierbij kan men alvast eens nagaan wat de sociale situatie is van de oudere; gezinssituatie, mantelzorgers, vertegenwoordigers, woonsituatie, mobiliteit, professionele thuiszorg, financiën en administratieve zaken en psychologische begeleiding. Door deze bevraging krijgt men al een goed beeld van de oudere en kan men in volgende gesprekken terugkomen op deze bevragingen en hier dieper op in gaan. Tijdens het eerste gesprek kan er ook een brochure gegeven worden over het ouder worden en welke mogelijkheden er zijn om ouderen te ondersteunen tijdens de wachttijd naar een opname toe.

Naast een intakegesprek en een contractbespreking is het onthaal van de oudere ook zeer belangrijk in het proces bij een opname. Dit onthaal zou een situatie moeten zijn waarbij men deze niet te vlug organiseert en snel alles in de kamer overloopt maar dat men hier tijd voor kan maken. Bij het onthaal zou men de nieuwe bewoner en zijn familie kunnen uitnodigen voor een drankje in het cafetaria. Hierdoor ziet men al snel dat een woonzorgcentrum gezellig kan zijn. Bij dit drankje kan er een woonleefplan (zorgnet icuro, vvsg, vlozo, 2021) overlopen worden. Met de informatie die men al heeft bij het intakegesprek kan men hier verder op inspelen. Het woonleefplan bestaat uit vier domeinen:

- Woon- en leefomstandigheden; dagritme, eetgewoonten, dagelijkse gewoontes, lievelingsplek, inrichting kamer, ...
- Participatie; dagbesteding, sociaal leven, ...
- Identiteit en levensinvulling; wensen, zelfstandigheid, gevoel, ...
- Mijn gezondheid en zorg; waar is men bang voor, wat wil men wel of niet dat er gebeurt, wat wil men zelf doen, ...

Wanneer men dit heeft overlopen kan men een rondleiding aanbieden in het woonzorgcentrum. Tijdens deze rondleiding wordt er ondertussen door een medewerker of vrijwilliger de persoonlijke bezittingen die zijn mee gekomen al naar de kamer gebracht. Zo is het voor de mantelzorger ook fijn om te participeren aan de nieuwe situatie. Interessant kan zijn dat op de afdeling waar de oudere verblijft standaard er foto's met een naam hangen van de zorgverleners en medewerkers die op die afdeling komen maar eventueel ook foto's en namen van de bewoners. Na de rondleiding kan men dan naar de kamer en wordt daar de laatste informatie en eventueel een brochure over het woonzorgcentrum gegeven worden.

Tijdens het verblijf heeft de sociaal werker de mogelijkheden om op regelmatige tijdstippen een bezoekje te kunnen brengen aan de oudere. Afhankelijk van de situatie van de oudere en of men snel of niet geïntegreerd is in de nieuwe omgeving kan dit één of meerdere keren zijn tijdens het verblijf. Tijdens deze gesprekken kan er ook dieper ingegaan worden op de situatie van de oudere en kan er gezien worden waar men eventueel kan ondersteunen op praktische en administratieve zaken. Ondertussen leert men de oudere verder kennen en weet men wat het karakter is van de oudere en hoe men hier mee kan omgaan in een leefsituatie van verschillende ouderen.

Zowel bij de intake als bij het onthaal moet er duidelijk vermeld worden dat de sociaal werker een aanspreekpersoon is en deze steeds aanwezig is voor vragen en opmerkingen. Wanneer de oudere dan weet dat er aandacht is voor zijn of haar situatie zowel voor als tijdens de opname kan er vertrouwen zijn in de organisatie en in het aanvaarden van de nieuwe situatie.

8.3. Eindreflecties

Tijdens mijn stageperiode werd duidelijk dat ouderenzorg iets is waar ik mijn hart aan verloren heb. Binnen deze setting voel ik mij goed en heb ik het gevoel dat ik iets kan bijdragen aan het welzijn van de ouderen. Hierdoor was de keuze dan ook snel gemaakt om een bachelorproef te schrijven over het psychosociaal welzijn en praktische begeleiding van ouderen en hoe dit in de toekomst kan verbeterd worden als sociaal werker.

Deze bachelorproef is geschreven in een moeilijke periode waarin de ene na de andere lockdown was en waarbij een epidemie het hoofdonderwerp was binnen de samenleving. Door in een woonzorgcentrum stage te lopen was het dan ook een heftige tijd waardoor het niet altijd gemakkelijk was om na de werkuren nog bezig te zijn met een bachelorproef. De weekends werden dan ook opgeofferd en het sociaal- en gezinsleven on hold gezet. Gelukkig kon dit in deze epidemie waardoor er minder druk was van buitenuit en ik mij kon focussen op dit werk. De Covid-pandemie heeft niet alleen effect gehad op tijd maar ook op de literatuurstudie en het afnemen van interviews. Door de beperkingen en sluitingen was het voor de literatuurstudie dan ook zeer moeilijk om naar een bibliotheek te gaan, hierdoor is al de informatie die ik heb vanuit websites, online rapporten, cursussen en boeken die ik zelf bezat of heb uitgeleend van derden. Bij het onderzoek is er vooral gekozen voor enquêtes en was het moeilijk om met verschillende bewoners en sociaal werkers in woonzorgcentra te spreken.

Het was voor mij belangrijk om uit te zoeken hoe ouderen zich voelen wanneer zij naar een woonzorgcentrum verhuizen maar ook hoe ouderen hier over denken in de toekomst. Daarnaast was het belangrijk dat ik kon uitzoeken welke actoren hier van belang zijn en hoe men vanuit hun organisatie hierop zien. Naar mijn aanvoelen was ik vrij zeker dat ik in mijn enquêtes zou ontdekken dat ouderen inderdaad over het hoofd gezien worden tijdens een verhuis en dat er te weinig aandacht is voor het emotioneel aspect van de ouderen. De resultaten hebben dit ook aangegeven.

Toch vind ik het als sociaal werker in spe spijtig dat niet elke organisatie dit zelf inziet. Vooral de sociaal werkers uit ziekenhuizen hebben niet het gevoel dat er iets mis is aan hun werking en kijken vooral naar andere organisaties hoe het beter kan. Nochtans zijn zij een belangrijke schakel in de beslissing tot verhuis. Sociaal werkers reflecteren minder naar zichzelf en hun organisatie. Een verklaring hiervoor kan zijn dat er geen bevraging is naar de ouderen en/of hun familieleden over hoe zij de opname in het ziekenhuis, de gesprekken met de sociale dienst en de opname naar een woonzorgcentrum hebben ervaren. Deze bevraging kan bijvoorbeeld in het woonzorgcentrum of door de thuiszorgdienst gedaan worden en gereflecteerd worden naar de sociale diensten van de ziekenhuizen. Maar dit kan binnen de woonzorgcentra ook standaard gedaan worden na een opname om te reflecteren over de sociale dienst van het woonzorgcentrum. Het zijn soms kleine dingen die voor ouderen heel belangrijk zijn en die men misschien gemakkelijk kan aanpakken.

Het voorbije jaar werd er in de media zeer veel geschreven over woonzorgcentra. Hierdoor zijn de problematieken naar boven gekomen en werd er verder nagedacht over de toekomst van woonzorgcentra. Mvr. Peutemans Ann schreef eind 2020 hierover een boek, Verplant. In dit boek wordt er nagedacht hoe het leven in een woonzorgcentrum kan zijn zodat dit heerlijk wonen is. Ik sta hier achter, als sociaal werker en als mens, want een woonzorgcentrum kan ook echt zeer fijn zijn. Ouderen kunnen zich hier zeker thuis voelen wanneer men op verschillende vlakken de nodige aandacht aan kan geven. Tevens werd er ook meer gesproken over kleine leefgroepen of kleinschaligere woonzorgcentra. Ik denk dat er vooral moet ingezet worden op het welzijn van ouderen en als dit betekent dat kleinere leefgroepen of kleinschaligere woonzorgcentra hierin kunnen bijdragen moet dat zeker verder onderzocht worden. Een van de redenen waarom men hierover nadenkt is het feit dat momenteel veel ouderen dicht bij elkaar leven en hierdoor minder personeel nodig is. In de covid-19-pandemie heeft dit gezorgd voor meer besmettingen. Een logische discussie maar door kleinschaligere omgevingen te creëren kan het ook zijn dat bepaalde ouderen het niet met elkaar kunnen vinden waardoor er frustraties veroorzaakt worden. Er is ook geen mogelijkheid om andere ouderen op te zoeken die wel dezelfde interesses hebben. Wat mogelijks wel kan bijdragen tot het welzijn en het graag verblijven in het woonzorgcentrum. Zeg nu zelf, wij hebben ook niet met elke buur dezelfde interesses en zoeken dan ook contact met de personen die dat wel hebben, mogelijks wonen zij zelfs niet in dezelfde straat.

Als sociaal werker is het belangrijk dat we ondanks dat er in een organisatie gewerkt wordt ook mag stilgestaan worden bij wat er beter kan in functie van het welzijn van ouderen. We mogen geen genoegen nemen met de middenmoot in de wereld maar steeds focussen op wat nog beter kan. Dit is niet gemakkelijk want de werkdruk zal altijd een invloed hebben op de mening en bezorgdheden van de sociaal werkers. Toch denk ik dat sociaal werkers hier zeer goed in zijn en zowel op gebied van de cliënten, de organisatie en de maatschappij ideeën naar voor kunnen brengen die het welzijn kunnen bevorderen.

Zelf ben ik trots op wat ik hier heb neergeschreven en ben ik ervan overtuigd dat ik een goed idee heb wat sociaal werk is en hoe deze in de ouderenzorg kan geïmplementeerd worden. Ik ben iemand die vaak de roze bril op heeft en vooral nadenkt hoe de oneerlijkheid uit onze samenleving kan verdreven worden. Ik hou mijn opmerkingen en ideeën ook niet voor mijzelf en deel dit steeds met de betrokken organisaties of overheden. Als sociaal werker in spe wil ik dan ook graag verder in de ouderenzorg aan de slag gaan en mijn bevindingen en aanbevelingen verder doortrekken in de praktijk. Ik hoop dan ook zelf te kunnen bijdragen aan het psychosociaal welzijn van ouderen op mijn (toekomstige) werkplek.

Literatuurlijst

- Agentschap Intermutualistisch. (2021, 04 08). *databank statistieken*. Opgehaald van atlas ima-aim: https://atlas.ima-aim.be/databanken/?rw=1&lang=nl&fbclid=IwAR2KYx1o8Wby6yBO9WIp_4WxPKfawbFSBpBpKRuP0o0h3K8rn59KOgRMFfc
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2001, 12 10). *sectorale minimale kwaliteitseisen woonzorgcentra*. Opgehaald van Zorg en gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Sectorale%20minimale%20kwaliteitseisen%20voor%20woonzorgcentra.pdf>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2017). *evolutie van de ligduur en bezettingsgraad per ziekenhuisdienst*. Opgehaald van Zorg en gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/evolutie-van-de-ligduur-en-bezettingsgraad-per-ziekenhuisdienst#G-dienst>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2017). *Interpretatie van de erkenningsvoorwaarden en normen voor WZC, RVT en CVK in woonzorgcentra*. Brussel: Vlaanderen. Opgeroepen op 04 08, 2021, van https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/NORMINTERPRETATIES%20WZC-RVT-CVK%2029-11-2017_0.pdf
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2020, 12 28). *een kwaliteitshandboek en kwaliteitsplanning opstellen in een ouderenzorgvoorziening*. Opgehaald van Zorg en Gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/een-kwaliteitshandboek-en-kwaliteitsplanning-opstellen-in-een-ouderenzorgvoorziening>
- Agentschap zorg en gezondheid. (2021, 04 19). *aanbod ziekenhuizen*. Opgehaald van zorg en gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/overzicht-aanbod-ziekenhuizen-en-geestelijke-gezondheidszorg>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2021, 02 12). *Bijkomende erkenning van woongelegenheden voor woonzorgcentra*. Opgehaald van Zorg en Gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/de-bijkomende-erkenning-van-woongelegenheden-voor-woonzorgcentra>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2021). *centra voor herstelverblijf*. Opgehaald van zorg en gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/centra-voor-herstelverblijf>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2021, 04 08). *dagprijzen*. Opgehaald van zorg en gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/dagprijzen>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2021, 3 30). *diensten voor oppashulp*. Opgehaald van zorg en gezondheid: <https://zorg-en-gezondheid.be/per-domein/thuiszorg/diensten-voor-oppashulp>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2021, 3 30). *diensten voor thuisverpleging*. Opgehaald van Zorg en Gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/thuiszorg/diensten-voor-thuisverpleging>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2021, 04 08). *evolutie dagprijzen in de ouderenzorg*. Opgehaald van zorg en gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/evolutie-dagprijzen-in-de-ouderenzorg>

- Agentschap zorg en gezondheid. (2021, 04 19). *formulier indicatiestelling*. Opgehaald van home-info: <https://home-info.be/wp-content/uploads/2019/05/Formulier-indicatiestelling.pdf>
- Agentschap zorg en gezondheid. (2021). *indexberekening*. Opgehaald van zorg en gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/indexberekening>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2021, 01 25). *infrastructuurforfait*. Opgehaald van zorg en gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/infrastructuurforfait>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2021, 04 08). *Overzicht aanbod ouderenzorg*. Opgehaald van zorg en gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/overzicht-aanbod-ouderenzorg>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2021, 01 25). *subsidies voor de animatiewerking in woonzorgcentra*. Opgehaald van Zorg en Gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/subsidies-voor-de-animatiewerking-in-woonzorgcentra>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2021, 3 30). *thuiszorg*. Opgehaald van zorg en gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/thuiszorg>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2021, 04 08). *wat is in de dagprijs van een woonzorgcentrum inbegrepen*. Opgehaald van zorg en gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/wat-is-in-de-dagprijs-van-een-woonzorgcentrum-inbegrepen>
- Agentschap zorg en gezondheid. (2021, 04 07). *Woonzorgdecreet*. Opgehaald van Codex Vlaanderen: <https://codex.vlaanderen.be/Portals/Codex/documenten/1017896.html#H1044675>
- Agentschap zorg en gezondheid. (2021, 22 04). *zorgzwaarte in de ouderenzorg*. Opgehaald van Zorg en gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/zorgzwaarte-in-de-ouderenzorg>
- Agentschap zorg en gezondheid. (sd). *evolutie dagprijzen in de ouderenzorg*. Opgehaald van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/evolutie-dagprijzen-in-de-ouderenzorg>
- Agentschap zorg en gezondheid. (sd). *evolutie dagprijzen in de ouderenzorg*. Opgehaald van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/evolutie-dagprijzen-in-de-ouderenzorg>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (sd). *vragen over de gebruikersbijdrage voor gezinszorg*. Opgehaald van zorg en gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/vragen-over-de-gebruikersbijdrage-voor-gezinszorg#6>
- Alforte. (2021, 05 14). *voorbeelden zorgunits*. Opgehaald van zorgunits op maat: <https://www.zorgunits-op-maat.nl/voorbeelden>
- Alzheimer Nederland. (2021, 04 08). *dementie*. Opgehaald van Alzheimer Nederland: <https://www.alzheimer-nederland.nl/dementie#dementie>
- Amnesty International. (2020). *woonzorgcentra in de dode hoek*. Brussel: Amnesty International. Opgehaald van https://www.amnesty-international.be/sites/default/files/bijlagen/amnesty_international.woonzorgcentra_in_de_dode_hoek.pdf
- Amnesty International. (2021, 04 10). *universele verklaring van de rechten van de mens*. Opgehaald van amnesty: <https://www.amnesty.nl/encyclopedie/universele-verklaring-van-de-rechten-van-de-mens-uvrm-korte-versie>

- Beroepsvereniging sociaal werkers algemene ziekenhuizen. (2017). *Samen bouwen aan continue en geïntegreerde zorg*. Beroepsvereniging sociaal werkers algemene ziekenhuizen. Opgehaald van <https://www.bswz.be/images/publicaties/2017-09-10-beleidsaanbevelingen.pdf>
- De Tijd. (2020, 01 2). (D. Dieter, Redacteur, & De Tijd) Opgeroepen op 03 07, 2021, van <https://www.tijd.be/politiek-economie/belgie/federaal/1-2-miljoen-pensioenen-liggend-lager-dan-1-500-euro-netto/10195249.html>
- Deneckere, G., De Paepe, T., De Wever, B., & Vanthemsche, G. (2014). *Een geschiedenis van België*. Gent: Academia Press.
- Departement welzijn, volksgezondheid en gezin. (2013). *Kracht van het engagement*. Brussel. Opgeroepen op 2021, van <https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/13748>
- Europese Unie. (2021, 02 28). *Statistics Eurostat*. Opgehaald van https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/MIGR_POP2CTZ__custom_621120/default/table?lang=en
- Europese Unie. (sd). *Eurostat*. Opgeroepen op 02 28, 2021, van Eurostat: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?query=BOOKMARK_DS-054722_QID_-55A3996D_UID_-3F171EB0&layout=TIME,C,X,0;GEO,L,Y,0;INDIC_DE,L,Z,0;INDICATORS,C,Z,1;&zSelection=DS-054722INDICATORS,OBS_FLAG;DS-054722INDIC_DE,JAN;&rankName1=INDICATORS_1_2_-1_2
- Federale overheid België. (1991). *Algemene volks- en woningtelling*. Brussel: Cheruy Claude. Opgeroepen op 04 17, 2021, van https://statbel.fgov.be/sites/default/files/Over_Statbel_FR/1991%20Monografie%20nr.%201%20-%20De%20bevolkingsevolutie%20-%20Algemene%20Volks-%20en%20woningtelling.pdf
- Federale overheid België. (2003, 11 06). *artikel 29 financiering van de coördinerend geneesheer in het RVT*. Opgehaald van ejustice fgov: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2003110632&table_name=wet
- Federale overheid België. (2003, 11 26). *Hoofdstuk 2 De financieringsnormen van het personeel*. Opgehaald van ejustice: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2003110632&table_name=wet
- Federale overheid België. (2018, 08 30). *Organieke wet van 8 juli 1976*. Opgehaald van POD maatschappelijke integratie: <https://www.mi-is.be/nl/wetgeving/wet-betreffende-de-bepalingen-van-de-organieke-wet-van-8-juli-1976-betreffende-de-ocmws>
- Federale Overheid België. (2019, 7 9). *De Belgische Grondwet*. Opgehaald van Senate: https://www.senate.be/doc/const_nl.html
- Federale overheid België. (2021, 04 15). *doodsoorzaken*. Opgehaald van statbel fgov: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/doodsoorzaken#news>
- Federale overheid België. (2021, 04 19). *equivalent leefloon*. Opgehaald van POD maatschappelijke integratie: <https://www.mi-is.be/nl/equivalent-leefloon>

- Federale overheid België. (2021, 04 08). *sterftetafels en levensverwachting*. Opgehaald van Statbel: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/sterftetafels-en-levensverwachting#figures>
- Federale overheid België. (2021, 03 16). *sterftetafels en levensverwachting*. Opgehaald van statbel fgov: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/sterftetafels-en-levensverwachting>
- Federale overheidsdienst België. (1984, 05 24). *Koninklijk besluit artikel 100bis betreffende openbare centra voor maatschappelijk welzijn*. Opgehaald van ejustice: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=nl&nm=1984013157&la=N
- Federale pensioendienst. (2021, 01 25). *IGO*. Opgehaald van sfpd fgov: <https://www.sfpd.fgov.be/nl/recht-op-pensioen/igo>
- Femarbel. (2021, 04 24). *Femarbel*. Opgehaald van Femarbel: <https://femarbel.be/nl/>
- Heylen, M., De Roeck, V., Kerkhof, I., Plessers, M., & Verheyen, E. (2009). *Atlas van de menselijke levensloop*. Leuven: Acco.
- Huddle redactie. (2021, 04 09). *Piramide van Maslow*. Opgehaald van the huddle: <https://www.thehuddle.nl/kennisbank/webpsychologie-tips/piramide-van-maslow/>
- International Federation of Social Workers. (sd). *Global definition of social work*. Opgeroepen op 01 16, 2021, van ifsw: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- Kind en Gezin. (2019). *Het kind in Vlaanderen*. Brussel: Kind en Gezin. Opgeroepen op 04 17, 2021, van <https://www.kindengezin.be/img/KIV2019.pdf>
- Leif. (2021, 05 14). *voorafgaande zorgplanning*. Opgehaald van Leif: <https://leif.be/voorafgaande-zorgplanning>
- Nachtzorg. (2021, 3 30). *Nachtzorg*. Opgehaald van Nachtzorg: <https://nachtzorg.be/>
- POD maatschappelijke integratie. (2021). *Onderhoudsplicht*. Opgehaald van mi-is: <https://www.mi-is.be/nl/onderhoudsplicht>
- POD maatschappelijke integratie. (2021). *zakgeld rusthuisbewoners*. Opgehaald van mi-is: <https://www.mi-is.be/nl/zakgeld-rusthuisbewoners>
- Rijksdienst voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. (2021, 03 26). *Basisprincipes nieuwe systeem*. Opgehaald van inami fgov: <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/ziekenhuizen/financiering/Paginas/basisprincipes-nieuwe-systeem.aspx>
- Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. (2021, 04 08). *financiering personeelskosten rob,rvt en cdv*. Opgehaald van riziv fgov: <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/rustoord/Paginas/financiering-personeelskosten-rob-rvt-cdv.aspx>
- RIZIV. (2021, 01 13). *types maximumfactuur*. Opgehaald van inami fgov: [https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financieel-toegankelijkheid/Paginas/types-maximumfactuur-\(MAF\).aspx](https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financieel-toegankelijkheid/Paginas/types-maximumfactuur-(MAF).aspx)

- Sciensano. (2018). *gezondheidsenquête*. Opgehaald van gezondleven: <https://www.gezondleven.be/themas/voeding/cijfers/wat-eet-de-gemiddelde-vlaming/wat-eten-ouderenhis.wiv-isp.be/nl/SitePages/Introductiepagina.aspx>
- Sluiter, R. (1995). *Oud, afgesloofd, behoeftig en arm*. Opgeroepen op 2021, van Ethesis: <http://www.ethesis.net/oud/oud.pdf>
- Sofasessie ouderenrechten in woonzorgcentra* (sd). [Film]. Brussel. Opgeroepen op 12 01, 2020
- Steunpunt Mantelzorg. (2021, 3 30). *Ben ik mantelzorger*. Opgehaald van steunpunt mantelzorg: <https://steunpuntmantelzorg.be/ben-ik-mantelzorger/>
- Steunpunt mantelzorg. (2021, 04 19). *premie via de gemeente*. Opgehaald van steunpuntmantelzorg: <https://steunpuntmantelzorg.be/premie-via-de-gemeente/>
- Tirions, M., Raeymaeckers, P., Cornille, A., Gibens, S., Boxstaens, J., & Postma, Y. (2019). Gebruikersperspectief. In *#sociaal werk* (pp. 478-479). Leuven: Acco.
- Verbruggen, A., Tuteleers, P., Gryp, D., & Ponteur, F. (2012). *Sociaal >weer< werk. positionering vanuit beroepsethiek*. Gent: Academia Press.
- Vercauteren, G. (2001). *De uitbesteding van behoeftige ouderen in en om Antwerpen*. Opgeroepen op 01 16, 2021, van https://www.journalbelgianhistory.be/nl/system/files/article_pdf/BTNG-RBHC%2C%2031%2C%202001%2C%201-2%2C%20pp%20253-281.pdf
- Vlaamse Ouderenraad. (2021, 04 19). *Vlaamse ouderenraad*. Opgehaald van Vlaamse ouderenraad: <https://www.vlaamse-ouderenraad.be/>
- Vlaamse overheid. (2021, 04 19). *Administratieve diensten van de vlaamse overheid*. Opgehaald van Vlaanderen: <https://www.vlaanderen.be/organisaties/administratieve-diensten-van-de-vlaamse-overheid/beleidsdomein-welzijn-volksgezondheid-en-gezin/agentschap-zorg-en-gezondheid>
- Vlaamse Overheid. (2021, 04 19). *beleidsdomein welzijn volksgezondheid en gezin*. Opgehaald van Vlaanderen: <https://www.vlaanderen.be/organisaties/administratieve-diensten-van-de-vlaamse-overheid/beleidsdomein-welzijn-volksgezondheid-en-gezin/departement-welzijn-volksgezondheid-en-gezin>
- Vlaamse Overheid. (sd). *Statistieken Vlaanderen*. Opgehaald van Statistieken Vlaanderen: <https://www.statistiekvlaanderen.be/nl/levensverwachting-0>
- Vlaamse sociale bescherming. (2021, 04 19). *de zorgkassen*. Opgehaald van Vlaamse sociale bescherming: <https://www.vlaamsesocialebescherming.be/de-zorgkassen>
- Vlaamse sociale bescherming. (2021, 01 25). *mobilitieitshulpmiddelen*. Opgehaald van Vlaamse sociale bescherming: <https://www.vlaamsesocialebescherming.be/mobilitieitshulpmiddelen>
- Vlaamse sociale bescherming. (2021). *zorgbudget voor ouderen met een zorgnood*. Opgehaald van Vlaamse sociale bescherming: <https://www.vlaamsesocialebescherming.be/zorgbudget-voor-ouderen-met-een-zorgnood>

- Vlaamse sociale bescherming. (2021). *zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden*. Opgehaald van Vlaamse sociale bescherming: <https://www.vlaamsesocialebescherming.be/zorgbudget-voor-zwaar-zorgbehoevenden>
- Vlaanderen. (2009, 07 24). *Codex Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorger*. Opgehaald van Codex vlaanderen: <https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1018609¶m=inhoud&AID=1118699>
- Vlaanderen. (2019, 2 15). *woonzorgdecreet artikel 33*. Opgehaald van codex vlaanderen: <https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1031639¶m=inhoud&ref=search&AVIDS=1372786,1372787,1372788,1372843,1372836,1372822,1372824,1372831,1372835,1372844,1372845,1372864>
- Vlaanderen. (2021). *agentschap zorg en gezondheid*. Opgehaald van Vlaanderen: <https://www.vlaanderen.be/organisaties/administratieve-diensten-van-de-vlaamse-overheid/beleidsdomein-welzijn-volksgezondheid-en-gezin/agentschap-zorg-en-gezondheid>
- Vlaanderen. (2021, 02 08). *Beleidsdomein welzijn, Volksgezondheid en gezin*. Opgehaald van Vlaanderen: <https://www.vlaanderen.be/organisaties/administratieve-diensten-van-de-vlaamse-overheid/beleidsdomein-welzijn-volksgezondheid-en-gezin>
- Vlaanderen. (2021, 3 30). *centra voor kortverblijf*. Opgehaald van Vlaanderen: <https://www.vlaanderen.be/centra-voor-kortverblijf>
- Vlaanderen. (2021, 3 30). *dagverzorgingscentra*. Opgehaald van Vlaanderen: <https://www.vlaanderen.be/dagverzorgingscentra>
- Vlaanderen. (2021, 3 30). *Huishoudhulp betalen met dienstencheques*. Opgehaald van vlaanderen: <https://www.vlaanderen.be/huishoudhulp-betalen-met-dienstencheques>
- Vlaanderen. (2021, 04 08). *maatschappelijk onderzoek*. Opgehaald van statistieken vlaanderen: <https://statistieken.vlaanderen.be/QvAJAXZfc/notoolbar.htm?document=SVR%2Fsvr-SCV-02.qvw&host=QVS%40cww100154&anonymous=true>
- Vlaanderen. (2021, 01 25). *Zorgbudget*. Opgehaald van Vlaamse sociale bescherming: <https://www.vlaamsesocialebescherming.be/zorgbudget>
- Vlaanderen. (sd). *Statistieken Vlaanderen*. Opgeroepen op 11 2020, van https://statistieken.vlaanderen.be/QvAJAXZfc/notoolbar.htm?document=SVR%2Fsv-Demografie-Stand-Bevolking_fusie2019.qvw&host=QVS%40cww100154&anonymous=true
- Vlaanderen. (sd). *zorgwonen*. Opgehaald van Vlaanderen: <https://www.vlaanderen.be/zorgwonen>
- VLOZO. (2021, 04 24). *vlozo*. Opgehaald van Vlozo: <https://www.vlozo.be/>
- VRT. (2017, 10 11). *undercover in woonzorgcentra*. (Pano, Red.) Opgehaald van <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2017/10/11/pano---undercover-in-woonzorgcentra/>
- VVSG. (2021, 04 19). *lokale dienstencentra*. Opgehaald van vvsg: <https://www.vvsg.be/kennisitem/vvsg/lokale-dienstencentra>

VVSG. (2021, 04 24). VVSG. Opgehaald van VVSG: <https://www.vvsg.be/>

VZW Enter. (2011). inspiratiebundel toegankelijkheid van woonzorgcentra. Hasselt. Opgeroepen op 2021, van https://inter.vlaanderen/sites/default/files/Inspiratiebundel%20Toegankelijkheid%20van%20Woonzorgcentra_2012_0.pdf

Wonen Vlaanderen. (2021, 03 30). *De vlaamse aanpassingspremie om de woning aan te passen aan de een oudere bewoner*. Opgehaald van wonen vlaanderen: <https://www.wonenvlaanderen.be/premies/de-vlaamse-aanpassingspremie-om-de-woning-aan-te-passen-aan-een-oudere-bewoner>

zorgnet icuro, vvsg, vlozo. (2021, 04 29). *domeinen van een wlp*. Opgehaald van annemiewerk: <https://annemiewerk.wixsite.com/woonleefplan/domeinen-van-een-wlp>

zorgneticuro. (2021, 04 24). *zorgneticuro*. Opgehaald van zorgneticuro: <https://www.zorgneticuro.be/>

zuster in huis. (2021). *24 uren zorg*. Opgehaald van zuster in huis: <https://www.zusterinhuis.be/>

Bijlagen

1. Figuren

Figuur 1: Levensverwachting België (Federale overheidsdienst België, 2021)	18
Figuur 2: Zorgunit klein	27
Figuur 3: Zorgunit groot (Alforte, 2021)	27
Figuur 9: piramide Belgische niveaus	31
Figuur 10: organogram departement WVG (Vlaanderen, 2021)	32
Figuur 6: opname	39
Figuur 7: piramide van Maslow (Huddle redactie, 2021)	42
Figuur 8: drie systemen micro, meso, macro (Verbruggen, Tuteleers, Gryp, & Ponteur, 2012)	53
Figuur 9: gemiddelde ligduur ziekenhuis (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2017)	56

2. Tabellen

Tabel 1: Bevolkingsevolutie België-buurlanden	9
Tabel 2: Bevolkingsevolutie Europa	9
Tabel 3: Bevolkingsevolutie België	9
Tabel 4: Bevolkingsevolutie 65-plussers	9
Tabel 5: Waals Gewest	10
Tabel 6: Vlaams Gewest	10
Tabel 7: Brussels Hoofdstedelijk Gewest	10
Tabel 8: Sterfte België	12
Tabel 9: Evolutie 65-plussers Vlaanderen	18
Tabel 10: aantal wzc per provincie	37
Tabel 11: aantal wzc per categorie	37
Tabel 12: gem.dagprijs per categorie	37
Tabel 13: gem. dagprijs per regio	37
Tabel 14: leeftijd ouderen	58
Tabel 15: gezinssituatie	58
Tabel 16: relatie tot bewoner	59
Tabel 17: kinderen	59
Tabel 18: woonsituatie	59
Tabel 19: soorten hulp	59
Tabel 20: mantelzorg	60
Tabel 21: professionele hulp	60
Tabel 22: gemiddelde hulp	60
Tabel 23: gemiddeld inkomen	61
Tabel 24: beschrijving woonzorgcentrum	61
Tabel 25: schatting kostprijs woonzorgcentrum	62
Tabel 26: kostprijs woonzorgcentrum	62
Tabel 27: reden tot verhuis	62
Tabel 28: wie heeft beslist?	63
Tabel 29: gevoel	63
Tabel 30: invloeden	63
Tabel 31: met wie?	64
Tabel 32: werd hierover gepraat?	64
Tabel 33: bezorgdheden bij een woonzorgcentrum	64
Tabel 34: reden van verhuis	65
Tabel 35: wat is belangrijk in een woonzorgcentrum?	65
Tabel 36: hoe verliep de opname	66
Tabel 37: van waar opname	66
Tabel 38: wat is belangrijk bij de opname	66
Tabel 39: provincie	67
Tabel 40: aantal respondenten	67

Tabel 41: functie _____	67
Tabel 42: thuiszorgdienst _____	67
Tabel 43: soorten diensten _____	68
Tabel 44: soorten ondersteuning SD _____	68
Tabel 45: inspraak in beslissing (thuiszorg) _____	69
Tabel 46: inspraak in beslissing (Sociaal werkers) _____	69
Tabel 47: beschrijving woonzorgcentrum _____	70
Tabel 48: gevoel _____	70
Tabel 49: wordt er gepraat? _____	71
Tabel 50: aantal uur psychosociale ondersteuning _____	71
Tabel 51: verschil psychosociale en praktische ondersteuning sociale dienst _____	71
Tabel 52: categorie wzc _____	73
Tabel 53: wzc provincie _____	73
Tabel 54: aantal bedden wzc _____	73
Tabel 55: functie _____	73
Tabel 56: onthaal verschil ifv functie _____	74
Tabel 58: voldoende mogelijkheden voor psychosociale ondersteuning? _____	75
Tabel 57: voldoende mogelijkheden voor praktische en administratieve ondersteuning? _____	75

3. Vragen interview: verblijf in het woonzorgcentrum

- Wat is uw geslacht?
- Wat is uw leeftijd?
- Wat was uw gezinssituatie voor uw verhuis?
- Hebt u kinderen? Zo ja, hoeveel?
- Waar woonde u voor het woonzorgcentrum?
- Had u hulp van een mantelzorger? Zo ja, welke hulp?
- Had u professionele hulp? Zo ja, welke hulp?
- Hoeveel uur had u gemiddeld hulp per week?
- Was (extra) professionele hulp financieel nog haalbaar?
- Wat is uw netto inkomen?
- Hoe lang woont u in het woonzorgcentrum?
- Wat was de reden om te verhuizen naar het woonzorgcentrum?
- Wie heeft de keuze tot verhuis gemaakt?
- Hoe voelde u zich bij die beslissing?
- Welke invloeden speelden mee bij deze gevoelens?
- Was er ruimte om over deze gevoelens te praten?
- Waarvoor had u schrik bij de verhuis naar het wzc?
- Werd u na de verhuis gerustgesteld? Bent u blij dat de stap naar het wzc gezet is?
- Hoe zou u het woonzorgcentrum beschrijven?
- Wat is voor u belangrijk om zich goed te voelen in het woonzorgcentrum?
- Hoe is de opname verlopen?
- Wat is voor u belangrijk bij het onthaal van de bewoner in het woonzorgcentrum?
- In hoeverre is dit momenteel nog van toepassing?
- Indien u iets wenst te verbeteren aan het onthaal, wat zou dit dan zijn?
- Wenst u nog iets toe te voegen aan deze enquête?

4. Vragen enquêtes

4.1. Van thuis naar een woonzorgcentrum

- Wat is uw geslacht?
- Wat is uw leeftijd?
- Wat is uw huidige gezinssituatie?
- Hebt u kinderen? Zo ja, hoeveel?
- In welke provincie woont u?
- Wat zijn uw huidige leefomstandigheden?
- Hebt u momenteel mantelzorg? Zo ja, welke hulp?
- Hebt u momenteel professionele hulp? Zo ja, welke hulp?
- Hoeveel uur hebt u gemiddeld per week aan hulp?
- Is (extra) professionele hulp financieel haalbaar indien nodig?
- Wat is uw netto inkomen?
- Hoeveel denkt u dat een verblijf in een woonzorgcentrum gemiddeld per maand kost?
- Wat zou er volgens u in de prijs inbegrepen zijn?
- Indien u dit vergelijkt met uw eigen inkomsten is een verblijf in een woonzorgcentrum dan financieel mogelijk?
- Hoe zou u het beste een woonzorgcentrum beschrijven?
- Hebt u al nagedacht over een toekomstig verblijf in een woonzorgcentrum?
- Indien ja, hoe voelt u zich bij deze gedachte?
- Wat zou voor u de doorslag geven tot een verhuis naar een woonzorgcentrum?
- Wat zou u tegenhouden te verhuizen naar een woonzorgcentrum?
- Wat is voor u van belang om u thuis te voelen in een woonzorgcentrum?
- Welke invloed kan het onthaal/sociaal werker hebben bij een mogelijke verhuis naar het woonzorgcentrum?
- Wenst u nog iets toe te voegen aan deze enquête?

4.2. Het verblijf in het woonzorgcentrum (voor familieleden)

- Wat is uw geslacht?
- Wat is uw leeftijd?
- Wat is de leeftijd van de bewoner in het woonzorgcentrum?
- Wat was de gezinssituatie van de bewoner voor het woonzorgcentrum?
- Heeft de bewoner kinderen? Zo ja, hoeveel?
- Wat is uw relatie tot de bewoner?
- Waar woonde de bewoner voor het woonzorgcentrum?
- Had de bewoner hulp van een mantelzorger? Zo ja, welke hulp?
- Had de bewoner professionele hulp? Zo ja, welke hulp?
- Hoeveel uur had de bewoner gemiddeld hulp per week?
- Was (extra) professionele hulp financieel nog haalbaar?
- Wat is het netto inkomen van de bewoner?
- Wat is de dagprijs van het woonzorgcentrum?
- Hoeveel betaald de bewoner per maand gemiddeld aan extra's?
- Zorgt het verblijf in het woonzorgcentrum voor financiële zorgen?
- Wie ondersteunt hierin?
- Hoe lang verblijft de bewoner al in het woonzorgcentrum?
- Wat was de reden om te verhuizen?

- Wie heeft de keuze tot verhuis gemaakt?
- Hoe voelde de bewoner zich bij die beslissing?
- Welke invloeden speelden mee bij deze gevoelens?
- Hoe voelde u, als familielid, zich bij deze beslissing?
- Welke invloeden hadden bijgebracht aan uw gevoel?
- Was er ruimte om over deze gevoelens te praten? Zo ja, met wie ?
- Waarvoor had u schrik bij de verhuis naar het woonzorgcentrum? Kan u dit antwoord toelichten?
- Werd u na de verhuis gerustgesteld?
- Bent u blij dat de stap naar het woonzorgcentrum gezet is? Kan u dit antwoord toelichten?
- Hoe zou u het woonzorgcentrum nu beschrijven?
- Wat is voor de bewoner belangrijk om zich goed te voelen in het woonzorgcentrum?
- Hoe is de opname van de bewoner verlopen?
- Wat is belangrijk bij het onthaal van de bewoner in het woonzorgcentrum?
- In hoeverre is dit momenteel (nog) van toepassing? Kan u dit antwoord toelichten?
- Indien u iets wenst te verbeteren aan het onthaal van een nieuwe bewoner, wat zou dit dan zijn?
- Wenst u nog iets toe te voegen aan deze enquête?

4.3. Ondersteuning thuiszorgdienst van thuis naar een woonzorgcentrum

- Voor welke thuiszorgdienst bent u werkzaam?
- Voor welke thuiszorgdienst bent u werkzaam?
- Wat is uw functie binnen de thuiszorgdienst?
- Welke ondersteuning wordt er aan ouderen gegeven?
- Hoeveel uur geeft u gemiddeld aan psychosociale ondersteuning?
- Hebben ouderen vooroordelen over woonzorgcentrum?
- Zo ja, welke vooroordelen hebt u al gehoord hierover?
- Wordt hier over gepraat?
- Hoe is de verhouding met betrekking tot invloed in de beslissing naar een woonzorgcentrum?
- Hoe voelt de oudere zich bij de beslissing?
- Hebt u de mogelijkheid om de oudere praktisch te ondersteunen in de verhuis?
- Hebt u voorstellen die een positieve invloed kunnen hebben op het welzijn van de oudere in de ondersteuning bij een verhuis naar een woonzorgcentrum?
- Wenst u nog iets toe te voegen aan de enquête?

4.4. Ondersteuning geriatrische patiënten door de sociale dienst van een ziekenhuis

- In welke provincie is het ziekenhuis gelegen?
- Hoe groot was de inspraak voor de beslissing van een verhuis naar een woonzorgcentrum?
- Hoe verloopt een gemiddelde doorverwijzing naar een woonzorgcentrum?
- Welke soort ondersteuning biedt u aan patiënten die naar een woonzorgcentrum gaan?
- Wordt de verhuis naar een woonzorgcentrum met de oudere besproken?
- Hebben ouderen vooroordelen over woonzorgcentra? Indien ja, welke vooroordelen hebt u al gehoord?
- Hoe voelt de oudere zich bij de beslissing tot een verhuis naar een woonzorgcentrum?

- Hebt u, naar uw aanvoelen, voldoende tijd om te spenderen aan psychosociale ondersteuning?
- Hebt u, naar uw aanvoelen, voldoende tijd om te spenderen aan praktische en administratieve ondersteuning?
- Hebt u voorstellen die een positieve invloed kunnen hebben op het welzijn van de oudere in de ondersteuning bij een verhuis naar een woonzorgcentrum?
- Wenst u nog iets toe te voegen dat relevant kan zijn voor het onderzoek?

4.5. Onthaal bewoners in woonzorgcentra

- In welke provincie is het woonzorgcentrum gelegen?
- Onder welke categorie valt het woonzorgcentrum waarin u werkzaam bent?
- Welke mogelijkheden zijn er voor bewoners?
- Aan hoeveel bewoners kan het woonzorgcentrum onderdak bieden?
- Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum?
- Kan u het onthaal van een nieuwe bewoner en hun familie beschrijven? Hoe verloopt dit?
- Welke ondersteuning biedt u aan (nieuwe) bewoners?
- Hebt u, naar uw aanvoelen, voldoende tijd om te spenderen aan psychosociale ondersteuning?
- Hebt u, naar uw aanvoelen, voldoende tijd om te spenderen aan praktische en administratieve ondersteuning?
- Indien u de mogelijkheid hebt om iets te verbeteren in uw functie met het oog op het welzijn van de bewoners, wat zou dit dan zijn?
- Wenst u nog iets toe te voegen dat relevant kan zijn aan dit onderzoek?

5. Informed Consent

Overeenkomst

Ik, (naam respondent), verleen mijn toestemming voor deelname aan het hierboven vermelde onderzoek.

Ik verklaar hierbij dat:

- de uitleg over de inhoud en werkwijze van het onderzoek voor mij duidelijk is en dat ik de kans kreeg bijkomende vragen te stellen over het onderzoek.
- ik uit vrije wil deelneem aan dit onderzoek.
- ik toestemming geef aan de student(e) om mijn gegevens te verwerken op de manier zoals afgesproken is.
- ik op de hoogte ben van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op elk moment stop te zetten.
- ik op de hoogte ben van de mogelijkheid om de algemene onderzoeksresultaten op te vragen bij de student(e) of zijn/haar promotor.

Plaats en datum

Naam + handtekening

.....

Ik, Greet Leemans, bevestig dat ik me aan de gemaakte afspraken zal houden.

Plaats en datum

Naam + handtekening

.....

HOGENT

Document geïnformeerde toestemming

Geachte,

Ik, Greet Leemans, ben student in de opleiding Professionele Bachelor Sociaal Werk van HOGENT en voer in het kader van mijn bachelorproef onderzoek uit naar:

Welke rol heeft de sociaal werker dan op de psychosociale en praktische begeleiding van de oudere zorgvrager en zijn of haar familie bij het opnameproces in een woonzorgcentrum?

Dit onderzoek loopt van 01/10/2020 tot en met 31/05/2021

De promotor van mijn bachelorproef is: Dhr. De Wael Werner (wemer.dewael@hogent.be)

De voorbije jaren zijn woonzorgcentra in een negatief daglicht gesteld. Hierdoor hebben ouderen en familieleden het moeilijk om de stap naar een woonzorgcentrum te zetten. Nochtans heeft een woonzorgcentrum zeer veel positieve elementen die kunnen bijdragen tot het verbeteren van het welzijn van ouderen en hun familie. Het is dan ook belangrijk dat het eerste aanspreekpunt in een woonzorgcentrum kan bijdragen tot een positief beeld van woonzorgcentra en de stap naar de nieuwe leefomgeving positief kan begeleiden. Om dit mogelijk te maken ga ik op zoek naar adviezen voor sociaal werkers in de ouderenzorg om te streven naar een positieve en open begeleiding in de opname en integratie in een woonzorgcentrum.

Dit interview zal mogelijks een uurtje in beslag nemen en de anonimiteit is verzekerd.

Tijdens het onderzoek mag je je deelname stop zetten. Je hoeft hier geen reden voor op te geven. Als je achteraf inzage wenst in de resultaten of nog vragen hebt, mag je altijd contact op nemen met mij als student of met mijn promotor.

Vriendelijke groeten,
Greet Leemans

greet.leemans.w2416@student.hogent.be