

Gezondheidszorg en Chemie - Geel

Bachelor in de ergotherapie



Op bezoek bij ouderen

Verhoging van de levenskwaliteit van sociaal geïsoleerde
ouderen door vrijwilligers

CAMPUS

Geel



Vicky Vander Aerschot

Academiejaar 2009-2010

Voorwoord

Het maken van een eindwerk lijkt vaak eenvoudiger dan het echt is. Dat heb ik ook aan den lijve ondervonden. Gelukkig kon ik rekenen op een aantal mensen die ik via deze weg heel erg wil bedanken.

Allereerst wil ik het personeel van het woonzorgcentrum De Edelweis bedanken voor de kans die ze me gaven om mijn eindwerk bij hun te maken. In het bijzonder wil ik mijn stagebegeleidster, Sandra Verbeek, bedanken voor de leuke samenwerking. Ook voor het begeleiden van mijn eindwerk, net als voor het nalezen en herlezen van mijn eindwerk. Verder wil ik ook de animatrice, Brigitte Kempnaers, heel erg bedanken voor de tijd die ook zij in mijn eindwerk stopte en voor de fijne samenwerking. Dankzij hen ging ik elke dag met plezier naar het woonzorgcentrum.

Ik wil hen heel erg bedanken om de bezoekersgroep ook na mijn stageperiode verder te zetten.

Natuurlijk wil ik ook graag de andere personeelsleden bedanken voor de fijne samenwerking.

Naast het personeel van het woonzorgcentrum, wil ik graag Nele Sturtewagen, de vrijwilligster, bedanken voor haar deelname aan de bezoekersgroep. Zij was steeds enthousiast en aangenaam in de omgang. Samen overlegden we de activiteiten met de ouderen en zij stond altijd klaar voor de ouderen. Dankzij haar is mijn eindwerk uitgegroeid tot een groot succes.

Verder wil ik ook mijn docent, Ann Van Uytsel, bedanken voor de begeleiding en het verbeteren van mijn eindwerk. Met zorgen, vragen en successen kon ik steeds bij haar terecht.

Een belangrijke persoon die ik zeker niet mag vergeten, is mijn moeder. Zij stond klaar voor mij in goede en minder goede tijden. In perioden waarin ik geen uitweg meer zag, was zij daar om mij gerust te stellen. Dankzij haar steun ben ik altijd positief naar mijn eindwerk blijven kijken, ook al liep het praktijkonderzoek soms wat stroef. Ook wil ik haar bedanken om met me rond te rijden om affiches omhoog te hangen en om de laatste schrijffouten te verbeteren in mijn eindwerk.

Naast mijn moeder zijn er nog een aantal personen die ik wil bedanken voor het zoeken naar vrijwilligers. Dit zijn de personen die via mond tot mond reclame op zoek zijn gegaan naar vrijwilligers alsook de winkels waarin ik affiches mocht ophangen.

Verder wil ik Tommy Gontie bedanken voor het nalezen en verbeteren van mijn Engelstalig artikel. Ook Stefan van Dyck wil ik bedanken voor de computertechnische hulp.

Artikel

Inleiding

‘Als ik oud ben en versleten, mijn naasten me stilaan vergeten en ik de kracht niet meer heb om alleen tegen de eenzaamheid te strijden. Dan hoop ik dat anderen me hiervan weg kunnen leiden (gebaseerd op Yevgueni, 2004)’.

Ouderen belanden steeds vaker in een sociaal isolement, maar dit is niet altijd hun eigen keuze. Omwille van verscheidene redenen kunnen zij niet meer deelnemen aan de samenleving in het woonzorgcentrum. Het vastraken in een sociaal isolement is nefast voor de kwaliteit van leven. Daarom vroeg ik me af, of het mogelijk was, om via een bezoekersgroep van vrijwilligers, deze ouderen uit hun sociaal isolement te halen om zo een hogere levenskwaliteit te bekomen.

Om een antwoord te kunnen geven op mijn vraag, is het belangrijk om te weten welke oorzaken er zijn voor sociale isolatie, wat de kwaliteit van leven inhoudt en hoe men die kan verbeteren. Wat houdt vrijwilligerswerk in en hoe kan een vrijwilliger een meerwaarde betekenen in het doorbreken van sociaal isolement.

Sociale isolatie

Volgens Hortulanus, Machielse en Meeuwesen (2003) en van Tilburg en de Jong Gierveld (2007) zijn er vier grote groepen te onderscheiden op basis van de kwaliteit en omvang van de relaties. De kleinste groep, ongeveer 6 % van de totale bevolking, zijn diegenen die sociaal geïsoleerd zijn. Zij hebben een klein sociaal netwerk en voelen zich eenzaam. Diricx (2004) en Vilans (2009) beschrijven twee grote oorzaken. Er wordt onderscheid gemaakt tussen intra-individuele factoren waarbij de oorzaak bij de persoon zelf ligt en inter-individuele factoren waarbij de oorzaak ligt in het contact maken met anderen. Deze kunnen leiden tot sociale isolatie.

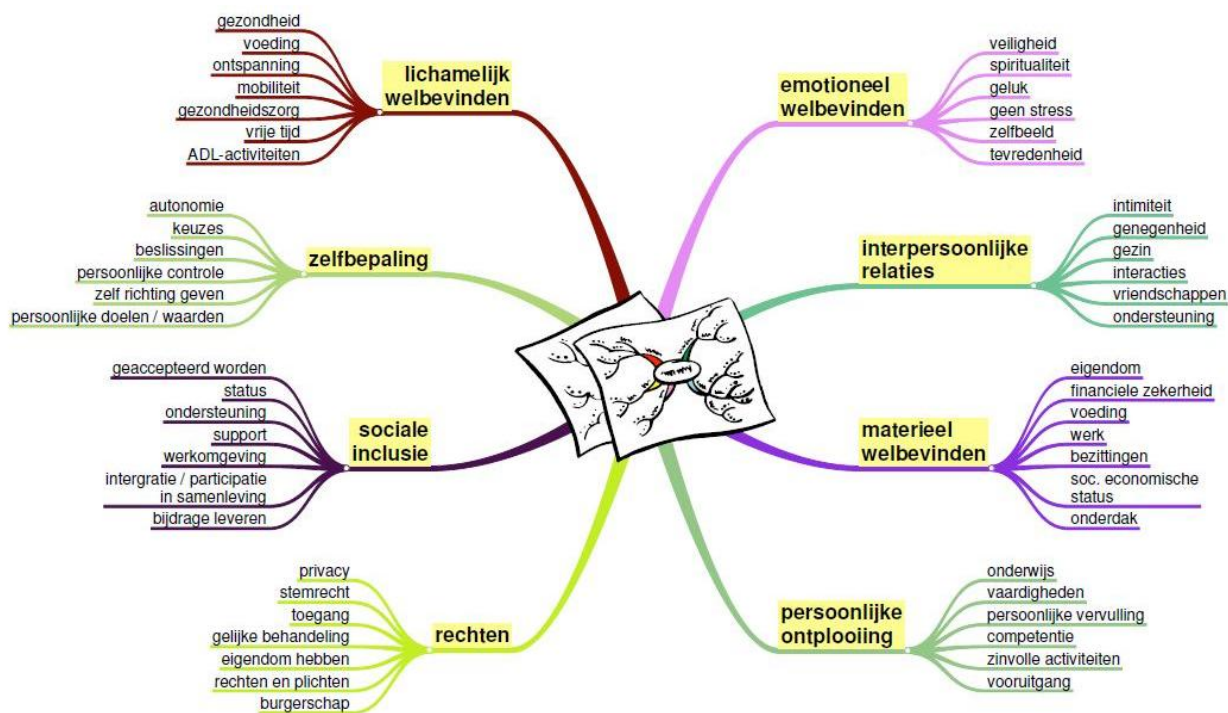
Men kan de sociale omgeving contactrijker maken of de ouderen bewust maken van hun aandeel in de sociale isolatie waarin zij zich bevinden (Fokkema & van Tilburg, 2006).

Kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven is subjectief, het hangt af van de emotionele interpretatie van de persoon (Sprangers, 2009), (Xavier, Ferraz, Marc, Escosteguy & Moriguchi, 2003).

Kwaliteit van leven kan zich uiten op acht verschillende domeinen (zie figuur 1), het lichamenlijk welbevinden, het emotioneel welbevinden, interpersoonlijke of sociale relaties, sociale inclusie, persoonlijke ontplooiing, materieel welbevinden, zelfbepaling en recht. Onder elk domein horen een aantal indicatoren (Maes & Petry, 2006), (Schalock, Gardner & Bradley, 2007).

Volgens Vilans (2009) moet men het leed opheffen en positieve emoties en ervaringen stimuleren. Dit kan wanneer men empowerment en het normalisatieprincipe als basis neemt. Kwaliteit van leven kan men beïnvloeden wanneer men de ouderen meer inspraak geeft om hun zelfbeeld te verbeteren.



Figuur 1: Kwaliteit van leven op de acht verschillende domeinen volgens Schalock (2007)

Vrijwilligerswerk

Ongeveer 1 op 6 Vlamingen doen aan vrijwilligerswerk waarbij vrouwen zich gemiddeld 5,2 uur per week als vrijwilliger engageren. Vooral 35 tot 70-jarigen doen aan vrijwilligerswerk (Hambach, 2006).

Hortulanus, Machielse en Meeuwesen (2006) en Hambach (2006) zijn ervan overtuigd dat vrijwilligers een meerwaarde betekenen wanneer zij iets gemeen hebben met de ouderen. Samen activiteiten doen die zinvol zijn voor de ouderen en waarbij de ouderen inspraak krijgen, zijn het waardevolst. Door het ontstaan van een vriendschapsband, kunnen ouderen hun problemen bespreken, voelen zij zich gerespecteerd en geapprecieerd.

Het belangrijkste aan vrijwilligerswerk is dat de vrijwilligers dezelfde visie en modellen volgen als de rest van het personeel. Verder moeten zij het beroepsgeheim en discretieplicht in acht nemen (Wouters, Herbots & Put, 2009).

Er zijn verschillende manieren om vrijwilligers aan te trekken (Hambach, 2002). Elke techniek heeft zijn voor en nadelen, maar het succes hangt af van een aantal factoren, zoals het beeld dat mensen van de organisatie hebben en de verwachtingen die men aan de vrijwilligers stelt.

Methode

Het doel van de bezoekersgroep is om na te gaan of vrijwilligers kunnen zorgen voor een hogere kwaliteit van leven bij ouderen die in een sociaal isolement verkeren. Dit wordt nagegaan via een zelfopgestelde vragenlijst en gerichte observaties. Voor de kennismaking met de vrijwilligster vindt de nulmeting plaats. Na 3 maanden wordt een deel van de vragenlijst opnieuw afgenomen. Verder wordt bij de ouderen nagevraagd wat ze zelf van de bezoekersgroep vonden.

Praktijkopzet

De deelnemende ouderen zijn niet-dementerende ouderen omdat de drempel naar vrijwilligers toe zo lager is. De ouderen zijn vrij om te kiezen of ze al dan niet deelnemen. Zo besloten drie ouderen, die elk hun redenen hadden voor hun sociaal isolement, om deel te nemen.

Wekelijks gaat de vrijwilligster op bezoek bij de ouderen. De activiteiten die uitgevoerd worden, zijn steeds individueel en in samenspraak met de ouderen. Zij beslissen, volgens het concept empowerment, wat er tijdens het bezoek van de vrijwilligster gebeurt. De activiteiten die ondermeer uitgevoerd werden, zijn gesprekken over vroeger en nu, wandelingen, voetmassages, het bijwonen van de misviering, het bijwonen van een modeshow en het opruimen van kleerkasten.

Resultaten

Bij het vergelijken van de nulmeting met de eindmeting, werd de kwaliteit van leven op vier domeinen opnieuw nagegaan. Deze zijn de sociale inclusie, zelfbepaling, sociale relaties en emotioneel welbevinden. Elke oudere schatte de kwaliteit van leven op deze domeinen hoger in bij de eindmeting dan bij de nulmeting. Hieruit kan men besluiten dat het bezoek van een vrijwilliger, een positieve invloed heeft op de kwaliteit van leven. Ook zeggen ze alledrie genoten te hebben van het bezoek van de vrijwilligster. Door het wekelijkse bezoek, ontstond er een vriendschapsband met wederzijds vertrouwen.

Besluit

Uit de resultaten blijkt dat een bezoekersgroep van vrijwilligers een positief effect kan hebben op de levenskwaliteit van sociaal geïsoleerde ouderen. Dit blijkt voor de drie deelnemende ouderen. Maar omdat deze onderzoeksgroep te klein is, is het onmogelijk om een algemeen besluit te trekken voor de ganse populatie van sociaal geïsoleerde ouderen in een woonzorgcentrum. Ook is de kwaliteit van leven voor iedereen verschillend. Toch is het zeker zinvol om af te wegen bij welke oudere een vrijwilliger een meerwaarde kan zijn.

Het zoeken naar vrijwilligers vraagt heel wat voorbereidend werk. Er kwam ook weinig tot geen reactie op al de inspanningen die geleverd zijn om vrijwilligers aan te trekken. Daarom vraag ik mezelf af welke manier nu de efficiëntste manier is om vrijwilligers aan te trekken of bestaat dit niet? Hangt alles bijgevolg af van de goedwil van de mensen uit de buurt?

Bij het aanspreken van ouderen in een sociaal isolement is het belangrijk om heel wat informatie te hebben over de ouderen in kwestie. Op die manier kan men eenvoudig inspelen op de noden en wensen van de ouderen.

De vragenlijst is geen gestandaardiseerde vragenlijst. Daarom is het onmogelijk om wetenschappelijke conclusies te trekken uit de antwoorden. Wat wel mogelijk is, is een vergelijking met de nulmeting. Dit, in combinatie met het achterhalen van de ervaringen van de ouderen, geeft een duidelijk beeld over de kwaliteit van leven.

Als je iemand nieuw leert kennen, is het alsof je een nieuwe wereld ontdekt.

Literatuurlijst

- Diricx, B. (2004). *Eenzaamheid bij ouderen*. Mechelen: Kluwer.
- Fokkema, T., & van Tilburg, T. (2006). *Eenzaam en dan? De (on)mogelijkheden van interventies bij ouderen*. De Haag: NIDI.
- Hambach, E. (2006). *Handboek werken met vrijwilligers, wetgeving en praktijk*. Brussel: Paliteia nv.
- Hambach, E. (2002). *Vrijwilligers aantrekken is een kunst. Een praktische handleiding*. Antwerpen: Halewijn.
- Hortulanus, R., Machielse, A., & Meeuwesen, L. (2003). *Sociaal isolement. Een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland*. Den Haag: Elsevier.
- Maes, B., & Petry, K. (2006). Kwaliteit van leven bij personen met verstandelijke beperkingen. *Gedrag en gezondheid*, 280-295.
- Schalock, R., Gardner, J., & Bradley, V. (2007). *Quality of life of persons with intellectual and other developmental disabilities*. Washington: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Sprangers. (2009). *Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven*. Gevonden op 15 november 2009 in RIVM Nationaal Kompas Volksgezondheid: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2297n18749.html
- van Tilburg, T., & de Jong Gierveld, J. (2007). *Zicht op eenzaamheid: achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Vilans. (2009, februari 11). *Innovatieprogramma welzijn ouderen*. Gevonden op 17 oktober 2009 op internet: <http://www.vilans.nl/smartsite.dws?ch=def&id=24092>
- Wouters, W., Herbots, K., & Put, J. (2009). *Omgaan met vertrouwelijke informatie en beroepsgeheim door vrijwilligers*. Gevonden op 30 november 2009 op internet: <http://wvg.vlaanderen.be/vrijwilligers/documenten/onderzoek2009/Brochure%20vertrouwelijke%20info.pdf>
- Xavier, F., Ferraz, M., Marc, N., Escosteguy, N., & Moriguchi, H. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr*, 31-39.
- Yevgueni (Componist). (2004). *Oud en versleten* [Cd]. Petrol, België.

Article

Introduction

'When I'm old and burnt-out, when my friends and relatives have forgotten about me and when I don't have the strength to fight my loneliness all by myself, I hope others can guide me away.'

Elderly often end up in social isolation, but it's not always their own choice. They can't join in society within a retirement home because of different reasons. Being stuck in social isolation has a bad influence on the quality of life. That's why I asked myself, if it was possible to get these elderly out of their social isolation to gain a better quality of life, by using a visiting group of volunteers.

To find an answer to my question, it is important to find out more about the origins of social isolation, the meaning of quality of life and how to improve these. The meaning of voluntary work and how volunteers can be an added value in breaking through social isolation is important as well.

Social isolation

According to Hortulanus, Machielse and Meeuwesen (2003) and van Tilburg and de Jong Gierveld (2007), there are four big groups based on quality and size of relations. The smallest group, about 6 % of the total population, are people who are socially isolated. They have a small social network and feel lonely. Diricx (2004) and Vilans (2009) describe two major origins. There's a difference between intra-individual factors, where the origin's situated in the person itself and inter-individual factors, where the origin is situated in coming in contact with others. These factors can lead to social isolation.

People can increase their contacts among their social environment or make them aware of their part in social isolation (Fokkema & van Tilburg, 2006).

Quality of life

Quality of life is subjective, it depends on the emotional interpretation of the person (Sprangers, 2009), (Xavier, Ferraz, Marc, Escosteguy & Moriguchi, 2003).

Quality of life expresses itself in eight different domains (figure 1): physical health, emotional health, social relationships, social inclusion, personal development, material health, self-determination and rights. Every domain can be divided in a series of indicators (Maes & Petry, 2006), (Schalock, Gardner & Bradley, 2007).

According to Vilans (2009), people have to eliminate sorrow and to stimulate positive emotions and experiences, based on empowerment and the principle of normalization. Quality of life can be influenced by giving older people more participation to improve their self-image.

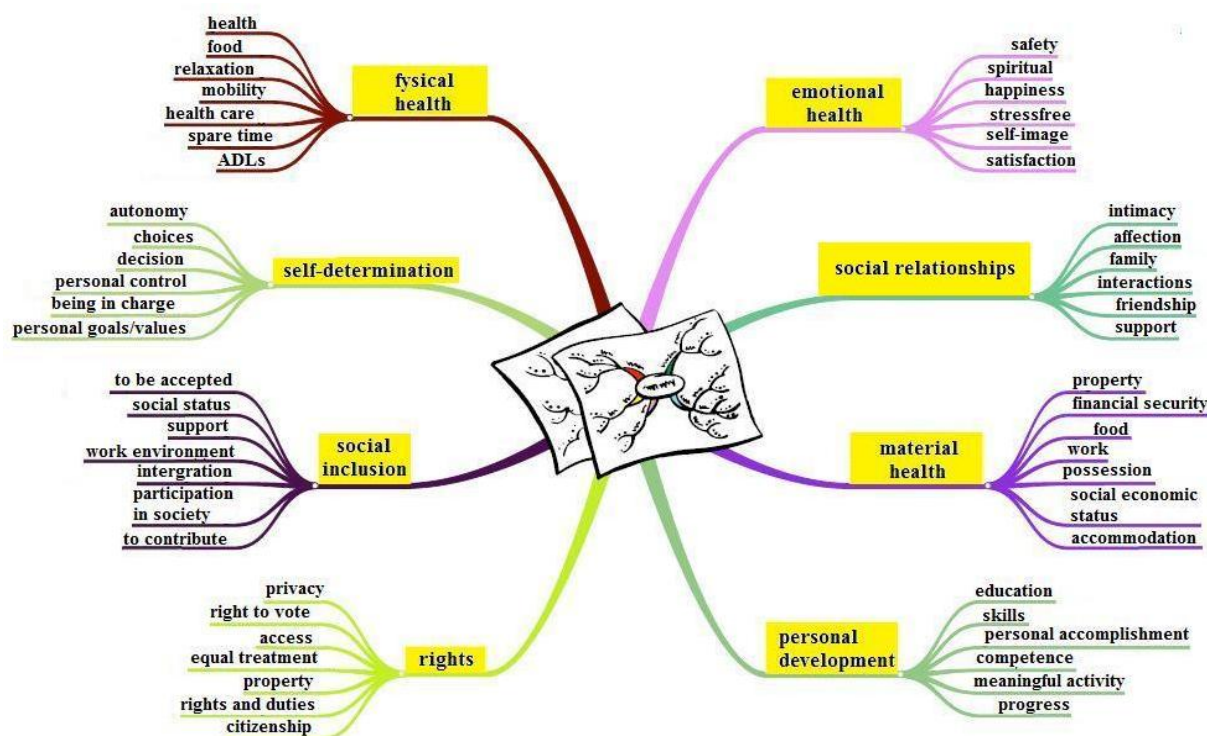


Figure 1: Quality of life on eight different domains according to Schalock (2007)

Voluntary work

Approximately 1 to 6 Flemish people work as a volunteer with an average of 5,2 hours a week for women. People aged 35 till 70 engage themselves more to work as a volunteer (Hambach, 2006).

Hortulanus, Machielse and Meeuwesen (2006) and Hambach (2006) are convinced that volunteers can be an added value when volunteers and older people share the same interests. The most valuable activities are considered meaningful when they are practiced commonly and when the elderly are allowed to participate. The existence of a tie of friendship makes elder talk about their problems, makes them feel accepted and respected.

Volunteers have to share the same vision and models as used by the other personnel. This is the most important thing about voluntary work. They also have to follow the trade secret and the duty of discretion (Wouters, Herbots & Put, 2009).

There are many different ways to attract volunteers (Hambach, 2002). Each way has its own benefits and disadvantages, but the success depends on a couple of factors, like the image people have of an organization and the expectancy of an organization.

Method

The main goal of the visiting group is to check if volunteers can improve the quality of life of senior citizens, stuck in a social isolation. This will be evaluated by a self-made questionnaire and directed observations. Before the meeting with the volunteer, the elderly has to answer the questionnaire a first time. After three months, these questions are asked again. Experiences of the elder will be checked as well.

Practical plan

The participants are non-demented elderly because the threshold towards volunteers is lower. The elder are free to choose whether they participate or not. That's how three elder, whom had their reasons for their social isolation, decided to participate.

The volunteer visits the elder every week. The activities implemented are individual and elder have say. They decide, according to the term empowerment, what they want to do during the visits. Most occurred activities are small talks about the past and the present, walks in the backyard, massages of the feet, going to church, going to a fashion show and cleaning up the closets.

Results

The comparison of the answers from the first questionnaire and the answers from the second questionnaire, measures the quality of life on four domains. These domains are social inclusion, self-determination, social relationships and emotional health. Every elder scored his quality of life higher during the second questionnaire. Conclusion is that the visits of the volunteer have a positive influence on the quality of life. They also enjoyed the visits of the volunteer. Because of the weekly visiting, they developed a tie of friendship with mutual thrust.

Conclusion

The results show the positive effect of a visiting group of volunteers on the quality of life of older people who became victim of social isolation. This is shown by the results of all three participants. But it is impossible to make the same conclusion for the whole group of socially isolated elderly, because the study group was too small. The quality of life is also different for everyone. It is advisable to find out which elder will have an advantage by engaging a volunteer.

The search for volunteers implies a lot of preparations. There were very little to almost no reactions on the attempts to gain more volunteers. That's why I ask myself what the most efficient method is to gain volunteers, supposing there is a method after all. And does everything depend on the well-willing of people in the neighborhood?

It is very important to have a lot of information about the elder in a social isolation you address to. With a lot of information, you can easily anticipate the needs and expectations of the elder.

The questionnaire isn't a standard questionnaire. That's why it is impossible to draw scientific conclusions from the answers. You can only make a comparison between answers on the first and second questionnaire. This, in combination with the experiences of the elder, gives an obvious image on the quality of life.

When you meet someone new, it feels like your discovering a whole new world.

Reading list

- Diricx, B. (2004). *Eenzaamheid bij ouderen*. Mechelen: Kluwer.
- Fokkema, T., & van Tilburg, T. (2006). *Eenzaam en dan? De (on)mogelijkheden van interventies bij ouderen*. De Haag: NIDI.
- Hambach, E. (2006). *Handboek werken met vrijwilligers, wetgeving en praktijk*. Brussel: Paliteia nv.
- Hambach, E. (2002). *Vrijwilligers aantrekken is een kunst. Een praktische handleiding*. Antwerpen: Halewijn.
- Hortulanus, R., Machielse, A., & Meeuwesen, L. (2003). *Sociaal isolement. Een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland*. Den Haag: Elsevier.
- Maes, B., & Petry, K. (2006). Kwaliteit van leven bij personen met verstandelijke beperkingen. *Gedrag en gezondheid*, 280-295.
- Schalock, R., Gardner, J., & Bradley, V. (2007). *Quality of life of persons with intellectual and other developmental disabilities*. Washington: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Sprangers. (2009). *Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven*. Gevonden op 15 november 2009 in RIVM Nationaal Kompas Volksgezondheid: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2297n18749.html
- van Tilburg, T., & de Jong Gierveld, J. (2007). *Zicht op eenzaamheid: achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Vilans. (2009, februari 11). *Innovatieprogramma welzijn ouderen*. Gevonden op 17 oktober 2009 op internet: <http://www.vilans.nl/smartsite.dws?ch=def&id=24092>
- Wouters, W., Herbots, K., & Put, J. (2009). *Omgaan met vertrouwelijke informatie en beroepsgeheim door vrijwilligers*. Gevonden op 30 november 2009 op internet: <http://wvg.vlaanderen.be/vrijwilligers/documenten/onderzoek2009/Brochure%20vertrouwelijke%20info.pdf>
- Xavier, F., Ferraz, M., Marc, N., Escosteguy, N., & Moriguchi, H. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr*, 31-39.
- Yevgueni (Componist). (2004). *Oud en versleten* [Cd]. Petrol, België.

Inhoudstabel

Voorwoord	2
Artikel	3
Article	7
Inhoudstabel	11
Inleiding	14
Bronnenonderzoek	15
1 Modellen	16
1.1 Activiteitstheorie	16
1.1.1 Oorsprong	16
1.1.2 Inhoud activiteitstheorie	16
1.2 Competentiemodel.....	16
1.3 Conclusie.....	17
2 Sociale isolatie	18
2.1 Sociale isolatie en eenzaamheid	18
2.2 Prevalentie.....	20
2.3 Oorzaken van sociaal isolement.....	20
2.3.1 Intra-individuele factoren	20
2.3.1.1 Lichamelijke factoren.....	20
2.3.1.2 Persoonlijkheidskenmerken	21
2.3.1.3 Zingeving.....	21
2.3.2 Inter-individuele factoren	22
2.3.2.1 Opname in een woonzorgcentrum	22
2.3.2.2 Overlijden van de partner	22
2.3.2.3 Afname cognitieve vermogen.....	22
2.4 Eenzaamheidsinterventies.....	23
2.4.1 Sociaal-culturele activering	23
2.4.2 Persoonlijke activering	23
2.4.3 Cursussen, gespreksgroepen en therapie	24
2.5 Conclusie.....	24
3 Kwaliteit van leven.....	25
3.1 Definitie	25
3.2 Factoren, domeinen en indicatoren.....	25
3.3 Beïnvloedende factoren	26
3.3.1 Life-events	26
3.3.2 Individuele kwetsbaarheid	27
3.4 Verbeteren van kwaliteit van leven	27
3.4.1 Empowerment	27
3.4.2 Normalisatieprincipe	28
3.5 Conclusie.....	29
4 Vrijwilligerswerk	30
4.1 De wetgeving	30
4.2 Organisaties.....	30
4.2.1 Rechtspersonen	30
4.2.2 Feitelijke verenigingen	31
4.3 Cijfergegevens.....	31
4.4 Vrijwilligers, een meerwaarde?.....	31
4.5 Informatie voor de vrijwilliger.....	32
4.5.1 Algemene informatie	32

4.5.1.1	Modellen.....	32
4.5.1.2	Motivatietechnieken.....	32
4.5.1.3	Visie.....	32
4.5.1.4	Veiligheidsregels.....	33
4.5.1.5	Privacy.....	33
4.5.2	Het beroepsgeheim.....	33
4.5.3	Discretieplicht.....	33
4.6	Vrijwilligers aantrekken.....	34
4.6.1	Hapklare techniek.....	34
4.6.2	Klassieke technieken.....	34
4.6.3	Simpele technieken.....	34
4.6.4	‘Het oog wil ook wat’ techniek.....	35
4.6.5	‘We trekken er op uit’ techniek.....	35
4.7	Conclusie.....	35
5	Praktijkonderzoek.....	36
5.1	Vrijwilligers aantrekken.....	36
5.1.1	Gebruikte technieken.....	36
5.1.1.1	‘Het oog wil ook wat’ techniek.....	36
5.1.1.2	Simpele techniek.....	36
5.1.1.3	Hapklare techniek.....	36
5.1.1.4	‘We trekken er op uit’ techniek.....	37
5.1.1.5	Extra inspanningen.....	37
5.1.2	Conclusie.....	37
5.2	Informatie voor de vrijwilliger.....	37
5.3	Doelgroep selecteren.....	38
5.3.1	Activiteitenlijst.....	38
5.3.2	Controle van sociaal isolement.....	38
5.3.3	Aanspreken van ouders.....	38
5.4	Evaluatie.....	39
5.4.1	Nulmeting.....	39
5.4.2	Eindmeting.....	39
5.5	Evolutie van de geselecteerde ouders.....	39
5.5.1	Oudere MRD.....	39
5.5.1.1	Nulmeting.....	39
5.5.1.2	Het eerste contact met de vrijwilliger.....	40
5.5.1.3	Het verdere verloop.....	40
5.5.1.4	Eindmeting.....	40
5.5.1.5	Eigen ervaringen oudere.....	41
5.5.2	Oudere CR.....	41
5.5.2.1	Nulmeting.....	41
5.5.2.2	Het eerste contact met de vrijwilliger.....	42
5.5.2.3	Het verdere verloop.....	42
5.5.2.4	Eindmeting.....	42
5.5.2.5	Eigen ervaringen oudere.....	43
5.5.3	Oudere AB.....	43
5.5.3.1	Nulmeting.....	43
5.5.3.2	Het eerste contact met de vrijwilliger.....	44
5.5.3.3	Het verdere verloop.....	44
5.5.3.4	Eindmeting.....	44
5.5.3.5	Eigen ervaringen oudere.....	44

5.6	Activiteiten en handelingen door vrijwilliger	45
5.6.1	Gesprek	45
5.6.2	Misviering	45
5.6.3	Modeshow	45
5.6.4	Opruimen van de kasten	45
5.6.5	Voetmassage	46
5.6.6	Wandeling	46
6	Besluit	47
7	Literatuurlijst	48
8	Bijlagen	51
8.1	Bijlage 1: affiche	52
8.2	Bijlage 2: brochure	53
8.3	Bijlage 3: activiteitenlijst	55
8.4	Bijlage 4: vragenlijst kwaliteit van leven	56

Inleiding

Tijdens mijn eerste kennismaking met ergotherapie in een woonzorgcentrum, merkte ik op dat er vaak groepsactiviteiten gepland werden. Hieraan namen steeds dezelfde ouderen deel en bleven steeds dezelfde ouderen op hun kamers achter. Vaak wilden deze ouderen wel deelnemen aan de activiteiten, maar lag het niet in hun mogelijkheid of hadden ze persoonlijke redenen om niet deel te nemen aan de activiteiten. Deze redenen waren zeer uiteenlopend, maar het resultaat bleef hetzelfde, de ouderen bleven eenzaam op hun kamer zitten. De taak van de ergotherapeut bestaat erin om bij deze personen te zoeken naar de competenties van de ouderen om zo de beperkingen te compenseren en te verbeteren om hun zelfbeeld te verhogen. Dit past binnen het competentiemodel.

Vaak leidde het niet deelnemen aan activiteiten tot sociale isolatie waardoor ze hun kamers enkel nog uitkwamen om te eten in de gezamenlijke refter. Dit benadeelde hun kwaliteit van leven. Het is belangrijk om de ouderen zo lang mogelijk actief te houden zodat de kans op fysieke aftakeling vermindert en de activiteiten de ouderen voldoening geven. Dit sluit aan bij de activiteitstheorie waarbij het uit den boze is om niets meer te doen.

Omdat het zo nauw aansluit bij ergotherapie vond ik het ook belangrijk om een manier te zoeken om deze ouderen uit hun sociaal isolement te halen en ze opnieuw te laten genieten van hun leven. Zo is het idee van een bezoekersgroep ontstaan, waarbij vrijwilligers zich inzetten om het leven van de ouderen opnieuw aangenaam te maken en hen meer inspraak te geven in de activiteiten.

Daarom luidt mijn onderzoeksvraag als volgt: ‘Is het mogelijk om via een bezoekersgroep van vrijwilligers, ouderen uit hun sociaal isolement te halen om zo een hogere levenskwaliteit te bekomen?’ In deze vraag zitten een aantal elementen waarover ik eerst wat meer wilde weten. Met behulp van een literatuuronderzoek ben ik me eerst gaan verdiepen in het begrip sociale isolatie, wat de oorzaken hiervan zijn bij ouderen in een woonzorgcentrum en hoe sociale isolatie ontstaat. Daarnaast wilde ik ook bekijken wat kwaliteit van leven inhoudt voor ouderen. Ook wilde ik bekijken hoe vrijwilligers het sociale isolement kunnen doorbreken, over welke kennis ze moeten beschikken en welke taken ze op zich kunnen nemen om het leven van de ouderen aangenamer te maken. Ik vond het ook belangrijk om het competentiemodel en de activiteitstheorie duidelijk uit te leggen.

In mijn praktijkgedeelte wilde ik nagaan of een bezoekersgroep van vrijwilligers positieve effecten had op het leven van ouderen die in een sociaal isolement terecht gekomen waren. Hiervoor voerde ik eerst activiteitenlijsten in om een duidelijk beeld te krijgen over welke ouderen wel en niet deelnamen aan activiteiten. Om vrijwilligers te bereiken, heb ik, in samenwerking met De Edelweis, affiches, brochures en zoekertjes ontworpen. Ook zochten we naar vrijwilligers in andere organisaties zoals Okra en de KVLV. Via gesprekken en vragenlijsten polste ik naar de interesses en verwachtingen van zowel de ouderen als de vrijwilligers om zo na te gaan welke vrijwilliger het beste bij een bepaalde oudere paste. Hierbij lag de keuze steeds bij de oudere. Nadien werd nagegaan bij de oudere en de vrijwilliger welke impact het contact op hun leven had. Ik maakte hiervoor gebruik van een zelf opgestelde vragenlijst.

Bronnenonderzoek

In eerste instantie ben ik mijn onderzoeksvraag gaan analyseren. Uit deze analyse bleek dat er drie belangrijke factoren instonden, nl. sociale isolatie, kwaliteit van leven en vrijwilligerswerk.

Ik wilde eerst duidelijk maken op welke modellen ik me baseer. Dit zijn het competentiemodel en de activiteitstheorie. Hierbij stuitte ik op betrouwbare bronnen door de termen ‘competentiemodel’, ‘activiteitstheorie’ en ‘activiteitentheorie’ te gebruiken. Belangrijk was dat mijn bronnen enkel deze modellen bespraken bij ouderen in een woon- en zorgcentrum.

Nadien wilde ik me gaan verdiepen in bepaalde aspecten van sociale isolatie. Hierbij gebruikte ik eerst de termen ‘social isolation causes elderly’ en ‘social isolation prevention elderly’. Omdat deze termen me weinig informatie opleverden, ging ik ruimer zoeken naar eenzaamheid bij ouderen met de term ‘loneliness elderly’ en ‘eenzaamheid ouderen’. Hierbij kwam ik terecht op een eindwerk over eenzaamheid bij ouderen. Hierdoor kon ik mijn bevindingen vergelijken met de bevindingen uit dat eindwerk.

Een volgende stap ging over de kwaliteit van leven bij ouderen in een woonzorgcentrum. Ik wilde vooral weten wat kwaliteit van leven voor hen betekent en op welke manier je voor een goede kwaliteit van leven kan zorgen. Hiervoor gebruikte ik termen als ‘quality of life elderly’ in combinatie met ‘meaning’. Zo vond ik een duidelijke definitie en hierop heb ik mij dan gebaseerd in het verdere zoekwerk.

Als laatste aspect wil ik nagaan wat vrijwilligers kunnen betekenen voor ouderen, welke taken de vrijwilligers op zich kunnen nemen en welke extra kennis ze moeten opdoen.

Voor ik aan mijn eindwerk begon, heb ik eerst de cursus geriatrie van het eerste en tweede jaar opnieuw doorgenomen. Zo had ik mijn achtergrondkennis over ouderen en de modellen opnieuw opgefrist. Daarna ben ik pas op het internet gaan zoeken naar bronnen.

Omdat Pubmed, Ageline, OTDatabase en MedlinePlus belangrijke zoekkanalen zijn, ben ik hier literatuur gaan zoeken. Hier vond ik enkel informatie rond sociale isolatie en kwaliteit van leven bij kankerpatiënten en bij patiënten met een CVA of depressie. Omdat ik algemenere informatie wilde, zocht ik op google scholar. Hier gebruikte ik dezelfde termen zowel in het Nederlands als in het Engels en vond ik meer informatie. Als laatste stap ben ik op Google wat gaan zoeken, omdat de andere wetenschappelijke bronnen me te weinig informatie gaven. Uiteindelijk heb ik een aantal pdf-bestanden en interessante artikels uit tijdschriften gevonden. Zowel in het Engels als in het Nederlands die gebaseerd zijn op wetenschappelijke informatie. Ook stuitte ik op een aantal interessante boeken, die ik dan ook geraadpleegd heb.

Toen ik voldoende algemene informatie had, ben ik elk aspect nog gaan verdiepen. Hierdoor vond ik meer wetenschappelijke informatie op Pubmed, MedlinePlus en OTDatabase. Ook andere cursussen van het eerste en tweede jaar ergotherapie vormden hierbij een hulp.

1 Modellen

1.1 Activiteitstheorie

1.1.1 Oorsprong

Vanaf de 19^e eeuw werden ouderen, die minder presteerden op hun werk, vervangen door goedkopere en jongere arbeidskrachten. Na de tweede Wereldoorlog werden ouderen systematisch uitgesloten, zowel op politiek als sociaal vlak. Dit kwam vooral door de negatieve beeldvorming over de ouderen. Men ging er toen al van uit dat ouderen rigide en conservatief waren en helemaal niet geïnteresseerd in politiek. Daarom vond de maatschappij dat zij ouderen mochten uitsluiten. Pas na 1945 ontstonden bezorgde reacties doordat de maatschappij ouderen als bijzondere categorie begon te beschouwen. Zo ontstond na sociaal gerontologisch onderzoek in de jaren '40 en '50 de activiteitstheorie. Deze theorie ontstond oorspronkelijk aan de universiteit van Chicago na 1945 en werd vanaf dan een dominant paradigma in de sociale gerontologie. Niet alleen werd deze theorie aanvaard door sociale wetenschappers, maar ook door individuen (Van Assel & Messelis, 2006).

1.1.2 Inhoud activiteitstheorie

De activiteitstheorie wordt ook wel eens het rust roest model genoemd. Volgens deze theorie moeten ouderen zo lang mogelijk actief blijven door het verlies van bepaalde sociale rollen te compenseren. Ook moeten ouderen vervangende activiteiten zoeken om zo gelukkig ouder te worden. Succesvol ouder worden is dus enkel mogelijk door zolang mogelijk actief te blijven en compenserende rollen te vervullen (Vanderleyden & Heylen, 2007). De beste vorm van actief blijven is sociaal actief blijven. Dit zorgt voor een positiever zelfbeeld en een grotere levensvoldoening (Van Assel & Messelis, 2006). Daarom is de activiteitstheorie heel belangrijk voor ouderen.

Door deze theorie kan een neerwaartse spiraal van aftakeling afgeremd worden door activiteit. Zo kunnen ouderen gelukkig ouder worden. Ouderen die actief blijven gedurende hun hele leven, blijken een hogere kwaliteit van leven te hebben en minder kans op depressies. Zij hebben meer zelfvertrouwen en een positiever zelfbeeld (van Schijndel, 1992).

Het uitgangspunt van de activiteitstheorie is dat de ouderen hetzelfde zijn als mensen van middelbare leeftijd, maar met veranderingen op fysisch en geestelijk vlak die onvermijdelijk zijn. Actief blijven is heel belangrijk voor de gezondheid en het sociaal welzijn want de samenleving keert zich af van de ouder wordende mensen. De ouderen moeten vooral actief blijven op vlak van interactie met anderen. Zo moeten ze telkens een oude rol verloren gaat, een compenserende rol opnemen (Schoenmaekers & Breda, 2004).

1.2. Competentiemodel

Centraal staat in het competentie model de manier waarop de individuele mens gebruik maakt van al zijn capaciteiten en hoe die reageert op uitdagingen. In het competentie model gaat het om de interactie tussen de persoon en de situatie waarin deze zich bevindt. Steeds meer ouderen zijn in staat om op hoge leeftijd zich op een adequate manier aan te passen aan een nieuwe situatie. Dit leidt tot een verbeterde gezondheidstoestand en welbevinden. Ook

ouderen met fysische problemen zijn in staat om zich aan te passen aan nieuwe situaties. Het competentiemodel moet voldoen aan de individuele noden van de ouderen om zo succesvol ouder te worden (Marcoen, Grommen, & Van Ranst, 2006).

Actief burgerschap staat centraal in het competentiemodel. Het model benadrukt over welke competenties en vaardigheden de ouderen nog beschikken. Het competentiemodel is gericht op het zoeken naar mogelijkheden zodat de oudere zolang mogelijk op zijn manier kan aanpassen in zijn omgeving. Dit model sluit erg aan bij de activiteitstheorie (van Schijndel, 1992), (Van de Ven, 2007). Het competentiemodel zoekt naar verklaringen voor de deficits en de competenties van de ouderen. Het competentiemodel wordt gebruikt om de tekorten te compenseren of te verbeteren. Men zoekt naar uitdagingen waardoor men het zelfbeeld van de ouderen kan verhogen.

Volgens van Beveren (2006) kan een mens tot op hoge leeftijd competent en deskundig zijn in zijn eigen levensloop. Door middel van het competentiemodel zijn ouderen in staat om een positiever zelfbeeld te creëren, men accepteert verlieservaringen en nieuwe kansen en mogelijkheden en men kan nieuwe rollen op zich nemen.

1.3 Conclusie

In dit praktijkonderzoek zijn deze modellen heel belangrijk. Hier wordt nagegaan of sociaal actief blijven, positieve effecten heeft op de kwaliteit van leven. De mogelijkheden van de ouderen moeten als basis genomen worden bij het aanbieden van activiteiten op het niveau van de ouderen. De gezondheid van ouderen gaat achteruit, maar dit wil daarom niet zeggen dat zij zomaar genegeerd moeten worden. Deze modellen zorgen voor een verhoogd zelfbeeld. Ouderen die sociaal geïsoleerd leven, hebben een laag zelfbeeld. Het competentiemodel en de activiteitstheorie zorgen er mee voor dat ouderen een hoger zelfbeeld hebben. In een woonzorgcentrum zijn er voldoende mogelijkheden om (sociaal) actief te blijven, maar omwille van de achteruitgang van de gezondheid, raken ouderen toch in een sociaal isolement. Door activiteiten kan de aftakeling van ouderen afgeremd worden. Daarom is het heel belangrijk dat ouderen in een woonzorgcentrum voldoende activiteiten op maat aangeboden krijgen.

2 Sociale isolatie

Indien een persoon minder sociale contacten krijgt dan hij nodig heeft om zich goed te voelen, ontstaat sociale isolatie. Sommige mensen hebben veel contacten nodig, terwijl anderen bijna geen contacten nodig hebben. Sociale isolatie hangt niet af van de hoeveelheid van de contacten, maar eerder van de kwaliteit van de contacten (Buijssen & Adriaansen, 2005).

2.1 Sociale isolatie en eenzaamheid

In wetenschappelijke literatuur is er een duidelijk verschil tussen de begrippen eenzaamheid en sociaal isolement. Sociaal isolement duidt op het feitelijk geïsoleerd zijn. Sociale isolatie is objectief. Het betekent niet dat mensen die sociaal geïsoleerd zijn zich ook eenzaam voelen, maar het gaat vaak samen.

Eenzaamheid is een subjectief gegeven. Het is een gevoel. Je kan je eenzaam voelen in een grote groep en je kunt je niet-eenzaam voelen als je alleen bent. Eenzaamheid treedt op wanneer er een verschil is tussen de relaties die iemand heeft en de relaties die iemand wenst te hebben. Het gaat hier vooral over het gemis van kwaliteit in deze relaties. Men kan pas over eenzaamheid spreken wanneer het verschil tussen de twee relaties als negatief ervaren wordt. Wanneer iemand vaak alleen is, maar dit alleen-zijn als prettig ervaart, spreken we niet van eenzaamheid. Een laatste element heeft te maken met het tijdspectief. Indien de persoon zichzelf minder goed in staat acht om het verschil tussen de relaties binnen een redelijke termijn op te heffen, kan dit leiden tot sociale isolatie (Fokkema & van Tilburg, 2006), (Dorrestein, Paes & van Santvoort, 2009).

Volgens Weiss (1973) kan er een onderscheid gemaakt worden tussen twee vormen van eenzaamheid, namelijk emotionele en sociale eenzaamheid. Emotionele eenzaamheid komt voor wanneer iemand een intieme relatie mist met één persoon, vaak de levenspartner. Deze relatie kan onvoldoende gecompenseerd worden door een versterking van het sociale netwerk. Sociale eenzaamheid heeft te maken met een tekort aan sociale integratie. Contacten met mensen die iets gemeen hebben, ontbreken. Men heeft maar een klein sociaal netwerk.

Volgens Machielse (2006) is het voor de gezondheid en het welbevinden van iedere oudere noodzakelijk om een sociaal netwerk te hebben. Zo kunnen zij rekenen op de hulp en de steun van anderen. Zo zijn er twee vormen van sociale steun, nl. de praktische steun en de emotionele steun. De praktische steun houdt in dat de ouderen advies of concrete hulp krijgen van derden. Bij de emotionele steun krijgen ouderen het gevoel dat er iemand om hen geeft en dat ze hun persoonlijke problemen ergens kwijt kunnen.

Naast deze twee vormen van steun is er nog een derde belangrijk aspect, steun in de vorm van sociaal gezelschap. Hierin vinden we sociale activiteiten en bezoeken terug. Voor de ouderen, die in slechte gezondheid verkeren of ouderen waarvan de mobiliteit verminderd is, hebben deze steun heel erg nodig. Hun persoonlijk en sociaal functioneren hangt namelijk heel sterk af van de sociale steun die zij krijgen.

Hortulanus (2003) onderscheidt vier groepen (zie figuur 2) op basis van de kwaliteit van relaties en de omvang van de relaties. Het gaat hier om subjectieve isolatie, namelijk het al dan niet eenzaam zijn, en de objectieve isolatie, namelijk een klein of groot sociaal netwerk hebben om op terug te vallen (van Tilburg & de Jong Gierveld, 2007).

	Groot netwerk van relaties	Klein netwerk van relaties
Niet eenzaam	(A) Sociaal weerbaren	(B) Contactarmen
Eenzaam	(C) Eenzamen	(D) Sociaal geïsoleerden

Figuur 2: vier groepen volgens Hortulanus (2003) en van Tilburg & de Jong Gierveld (2007)

Groep A zijn de sociaal weerbaren. Zij hebben veel contacten, krijgen veel steun van hun sociaal netwerk en voelen zich niet eenzaam. Deze groep heeft geen risico op sociale isolatie. Onderzoekers schatten dat in deze groep ongeveer 64 % van de bevolking terug te vinden is.

Groep B zijn de contactarmen. Zij zijn tevreden met hun klein sociaal netwerk. Doordat zij een klein netwerk hebben, beschikken zij over weinig contacten en weinig goede relaties. Wie een klein sociaal netwerk heeft, is kwetsbaar. De enkele mensen met wie zij een goed contact hebben, kunnen plots wegvallen. Mensen met een klein sociaal netwerk lopen een groot risico op sociale isolatie. Het gaat hier om ongeveer 8 % van de totale bevolking.

Groep C zijn de eenzamen. Zij hebben een groot sociaal netwerk, maar deze voldoet niet aan hun wensen. De steun die zij krijgen, ervaren zij als onvoldoende of als ineffectief. Er is een duidelijke discrepantie tussen de realistische relaties en de relaties die zij wensen te hebben. Deze mensen lopen een groot risico op sociale isolatie. Het betreft ongeveer 22 % van de totale bevolking.

Als laatste groep is er groep D. Dit zijn de sociaal geïsoleerden. Zij hebben een klein sociaal netwerk en voelen zich eenzaam. De ouderen uit deze groep zijn het minst tevreden over hun sociale relaties. Zij voelen zich het minst beschermd tegen eenzaamheid. Deze groep omvat ongeveer 6 % van de totale bevolking (van Tilburg & de Jong Gierveld, 2007), (Hortulanus, Machielse, & Meeuwesen, 2003).

Sociale isolatie heeft een negatieve invloed op de kwaliteit van leven. Ouderen hebben nood aan sociale contacten om zich geapprecieerd te voelen. Zij hebben ook het gevoel nodig dat zij erbij horen. Een belangrijk doel van een sociaal netwerk is dat ouderen zo een band opbouwen. Ze kunnen hun problemen bespreken en krijgen zo het gevoel dat je hen respecteert (Machielse, 2006).

In dit eindwerk wordt enkel dieper ingegaan op de sociale isolatie, omdat men hier het minst tevreden is over hun sociale relaties. Zij voelen zich eenzaam en hebben een klein sociaal netwerk. Is het mogelijk dat ouderen zich minder eenzaam voelen wanneer zij over een groter sociaal netwerk beschikken? Dat wordt in de rest van dit eindwerk onderzocht. De interventies zijn enkel gericht op vlak van de sociale eenzaamheid, omdat men hier meer resultaten kan boeken dan bij emotionele eenzaamheid. Het omgaan met sociale eenzaamheid vereist dan ook een heel andere aanpak dan bij emotionele eenzaamheid.

2.2 Prevalentie

Sociale isolatie lijkt toe te nemen naarmate iemand ouder wordt. Hieruit concluderen we dat sociale isolatie verband houdt met leeftijd. Sociale isolatie komt vaak voor in woonzorgcentra. Sociale isolatie moet bestreden worden want het staat centraal in de kwaliteit van leven (van Linschoten, 2004).

Volgens het GGD Zeeland (2008) komt sociale eenzaamheid vaker voor dan emotionele eenzaamheid. Ouderen hebben meer nood aan een sociaal netwerk, dan aan intieme relaties. Sociale eenzaamheid komt in alle leeftijdscategoriën voor, maar bij ouderen moeten we hiervoor meer aandacht hebben. Wanneer ouderen sociale steun krijgen, zou dit voor een kleinere kans op sterfte zorgen. Dit heeft ook een positief effect op de lichamelijke gezondheid en het psychisch welbevinden.

Sociale isolatie komt ook het vaakst voor bij 75-plussers en eerder bij vrouwen dan bij mannen (GGD Zeeland, 2008). Dit heeft mede te maken met het feit dat vrouwen langer leven dan mannen.

Volgens Donaldson en Watson (2006) gaat ouder worden en sociale isolatie samen, maar veroorzaakt het ene het andere niet. Er zijn volgens dit artikel bewijzen dat sociale isolatie geassocieerd kan worden met lichamelijke en psychologische factoren.

Sociale isolatie gaat vaak samen met iemands achtergrond zoals leeftijd, financieel inkomen en de omgeving. Hierdoor zijn er verschillende groepen die een grotere kans hebben op sociale isolatie. Onder deze groepen behoren de ouderen (Machielse, 2006).

Het ouder worden op zich heeft geen invloed op sociale isolatie, maar wel de opeenvolging van een aantal gebeurtenissen (van Tilburg & de Jong Gierveld, 2007).

2.3 Oorzaken van sociaal isolement

Volgens Diricx (2004) zijn er drie grote oorzaken van sociaal isolement. Intra-individuele factoren, inter-individuele factoren en maatschappelijke factoren kunnen leiden tot sociaal isolement. Verder worden enkel de intra-individuele en inter-individuele factoren uitgelegd, omdat deze het vaakst voorkomen in woonzorgcentra.

2.3.1 Intra-individuele factoren

Intra-individuele factoren bevinden zich op het micro-niveau. Hier ligt de oorzaak van de sociale isolatie enkel bij de persoon zelf. Onder deze noemer kunnen we drie belangrijke componenten plaatsen, nl. lichamelijke factoren, persoonlijkheidskenmerken en zingeving (Vilans, 2009).

2.3.1.1 *Lichamelijke factoren*

Tijdens het ouder worden, verandert de motoriek. Bij ouderen merken we een versobering en een algemene vertraging bij het bewegen. Elke oudere kampt met dit natuurlijk fysiologisch proces. Onder lichamelijke factoren verstaan we elk soort van fysische beperking. Voornamelijk leiden osteoporose, reumatoïde artritis, artrose, contracturen, fractures, de ziekte van Parkinson, MS en een CVA tot sociale isolatie. Vaak lijden deze lichamelijke

ongemakken tot verminderde mobiliteit. Door een fysieke beperking kunnen ouderen minder deelnemen aan sociale contacten.

Doordat de gezondheidstoestand van ouderen afneemt, zijn ze kwetsbaarder dan andere leeftijdscategoriën. Er is een duidelijke, indirecte samenhang tussen ziek zijn, en dus een verminderde gezondheidstoestand en sociale isolatie. Vaak hebben mensen die ziek zijn, minder sociale contacten. Daardoor worden ze eenzaam en door die eenzaamheid komen deze mensen minder tot activiteiten.

2.3.1.2 *Persoonlijkheidskenmerken*

Om de contacten adequaat te benutten heb je een aantal persoonlijke competenties nodig. Vooral zelfrespect, zelfvertrouwen, sociabiliteit, sociale vaardigheden, probleem-oplossend vermogen, assertiviteit en het besef van persoonlijke controle zijn hiervoor belangrijk (Hortulanus et al., 2003).

Een eerste persoonlijkheidskenmerk dat kan leiden tot sociale isolatie is een gebrek aan sociale vaardigheden. Sommige ouderen willen geen hulp vragen aan anderen. Ze vertrouwen liever op hun eigen krachten en mogelijkheden. Wanneer zij hulp vragen, beschouwen ze dit als afhankelijk zijn van anderen. Soms vragen ze geen hulp omdat ze anderen niet tot last willen zijn. Ze weten niet hoe ze hulp moeten vragen en hebben geen oog voor de steun die ze vanuit hun sociaal netwerk aangeboden krijgen. Het is dan ook niet zo dat alle aangeboden steun positief wordt ervaren. Enkele ouderen beschouwen de steun als bemoeienis.

Wie een gebrek aan sociale vaardigheden heeft, voelt zich verloren en ziet geen kans meer op sociale integratie. Ze durven zelf geen nieuwe contacten aangaan waardoor hun zelfvertrouwen vermindert. Zo raken deze ouderen steeds meer in een sociaal isolement (Schrameijer, 1990).

Ouderen met een verminderd probleem-oplossend vermogen maken meer kans op sociale isolatie dan ouderen die voldoende copingsgedrag hebben. Coping zijn alle strategieën die men kan gebruiken wanneer ze geconfronteerd worden met probleemsituaties. Ze missen het vermogen om snel en adequaat te reageren op een probleemsituatie. Belangrijk is dat deze personen hun eigen leven vorm kunnen geven en hun leven niet op dezelfde wijze moeten leiden als hun vrienden. Dit is niet iedereen gegeven (Machielse, 2006), (Schrameijer, 1990).

2.3.1.3 *Zingeving*

Zingeving gaat over de manier waarop ouderen betekenis geven aan hun leven. Wanneer ouderen hun rollen in het dagelijkse leven niet meer kunnen vervullen, bijvoorbeeld wanneer zij op pensioen gaan of bij de verhuis naar een woonzorgcentrum, dan kunnen zij zich nutteloos voelen. Ze hebben plots veel vrije tijd die ze niet zelf kunnen invullen. Hun dagelijkse contacten vallen weg en zo krijgen de ouderen het gevoel dat hun sociaal netwerk hen in de steek laat. Wanneer de ouderen in dit geval zelf geen nieuwe contacten aangaan en geen nieuwe betekenis kunnen geven aan hun leven, zal dit leiden tot sociale isolatie. Dit sluit weer aan bij de activiteitstheorie en het competentiemodel. Om uit het sociaal isolement te komen, moeten ouderen zoeken naar compenserende rollen.

2.3.2 Inter-individuele factoren

Volgens Vilans (2009) bevinden inter-individuele factoren zich op het meso-niveau. De oorzaak ligt hier in het contact maken met anderen. Er komen met andere woorden gaten in hun sociaal netwerk. Hiervoor zijn verschillende oorzaken gekend zoals pensionering, scheiding, opname in een woonzorgcentrum, verhuizing, het overlijden van de partner, het overlijden van familie, afname van het cognitieve vermogen, enzovoort. Verder wordt er enkel dieper ingegaan op het verhuizen naar een woonzorgcentrum, het overlijden van de partner en de afname van het cognitieve vermogen omdat dit de drie grootste oorzaken van sociale isolatie zijn binnen een woonzorgcentrum.

2.3.2.1 *Opname in een woonzorgcentrum*

Vaak is eenzaamheid de reden voor een opname in een woonzorgcentrum. De verhuizing kan de eenzaamheidsgevoelens nog versterken. Wanneer ouderen net verhuisd zijn naar een woonzorgcentrum, verliezen zij een deel van hun oorspronkelijke sociale contacten. Zij moeten zich aanpassen aan de nieuwe omgeving en nieuwe contacten aangaan. In een woonzorgcentrum zullen de ouderen hun informele sociale relaties van thuis vervangen in meer formele, minder intieme relaties met de verzorgenden. Wanneer er dan sprake is van institutionalisering en alles uit handen genomen wordt, worden de ouderen volledig afhankelijk van de zorgen die ze krijgen (Vilans, 2009).

2.3.2.2 *Overlijden van de partner*

Bij ouderen is het vaak onvermijdelijk dat goede vrienden en familie wegvallen door ziekte en sterfte. Wanneer de partner overlijdt verliest de weduwe of weduwnaar een belangrijk sociaal contact. De partner zorgde steeds voor emotionele en praktische steun, maar na zijn dood, valt deze steun onherroepelijk weg. Niet alleen verliezen weduwen of weduwnaars de steun van hun partner, maar ze krijgen ook te maken met status- en inkomensverlies. Zo verdwijnen taken die men tijdens het huwelijk vervulde en moet men taken oppakken die tijdens het huwelijk op de schouders van de overleden partner rustte. De weduwe of weduwnaar kan zo in een vicieuze cirkel van sociale isolatie terecht komen.

Direct na het overlijden van de partner wordt de weduwe of weduwnaar ondersteund door familie en vrienden. Maar niet lang daarna vermindert deze steun, terwijl de weduwe of weduwnaar nog steeds behoefte heeft aan ondersteuning (Vilans, 2009).

2.3.2.3 *Afname cognitieve vermogen*

Naarmate mensen ouder worden, bestaat er kans op achteruitgang van cognitieve functies. Men spreekt van dementie wanneer er minstens twee cognitieve functies achteruit gaan en één daarvan moet een stoornis in het geheugen zijn. Dit is het gevolg van de aftakeling van hersenweefsel, een ziekteproces in de hersenen of hersenbeschadiging.

Er zijn verschillende symptomen merkbaar bij dementie. Er bestaan namelijk stoornissen van de eerste orde, de tweede orde en de derde orde. De stoornissen van de eerste orde leiden vaak tot sociale isolatie waardoor een negatieve spiraal ontstaat. De persoon voelt dat hij een eenvoudig gesprek niet meer kan volgen en uit angst om te falen, trekt hij zich meer en meer

terug. Hierdoor verminderen prikkels en stimuli met als gevolg dat de stoornissen verergeren (Abrahams, 1999).

2.4 Eenzaamheidsinterventies

Volgens Fokkema en van Tilburg (2006) zijn er vijf mogelijke eenzaamheidsinterventies. Algemene voorlichting en mentaliteitsverandering, deskundigheidsbevordering intermediairs, sociaal-culturele activering, persoonlijke activering en cursussen, gespreksgroepen en therapie. De eerste twee interventies richten zich op de omgeving van de ouderen. Dit is voor dit eindwerk niet van toepassing omdat de interventies hier gericht zijn op de eenzame ouderen en hier dan ook direct moeten op inwerken. De laatste drie interventies doen dit. Daarom worden deze interventies verder uitgelegd.

2.4.1 Sociaal-culturele activering

Sociaal-culturele activering streeft ernaar om de sociale omgeving van de eenzame oudere contactrijker te maken. Het accent van sociaal-culturele activiteiten ligt meestal op de activiteit en de gezelligheid, waarbij randvoorwaarden gecreëerd worden om contacten te leggen. Het opdoen van nieuwe contacten en het verminderen van eenzaamheid is meestal een neven doel. Hier wordt sociale isolatie via een omweg aangepakt (Fokkema & van Tilburg, 2006).

Eenzame ouderen worden in contact gebracht met andere ouderen door groepsactiviteiten. Deze activiteiten creëren nieuwe mogelijkheden om nieuwe contacten aan te gaan. Wanneer de activiteiten zich op regelmatige tijdstippen voordoen, kan het sociale netwerk uitgebreid worden. Ouderen leren elkaar beter kennen als de activiteiten vaak plaatsvinden. Maar het wil niet zeggen dat deze nieuwe contacten ervoor zorgen dat de ouderen zich minder eenzaam voelen. Dit gebeurt pas wanneer deze contacten behoren tot het intieme netwerk. Het gezelschap van anderen kan wel een eerste stap zijn (van Tilburg & de Jong Gierveld, 2007). Het is vooral belangrijk dat men, bij de ontwikkeling van nieuwe vriendschappen, rekening houdt met geestesverwanten. Eenzame ouderen zoeken vaak lotgenoten. Daarom streeft men ernaar om eenzame ouderen in contact te brengen met ouderen die dezelfde interesses hebben, die hetzelfde beroep uitgevoerd hebben of die uit dezelfde buurt komen (Buijssen & Linneman, 2000).

2.4.2 Persoonlijke activering

Persoonlijke activering richt zich erop ouderen bewust te maken van hun aandeel in de sociale isolatie waarin zij zich bevinden. Ouderen hebben begeleiding nodig bij het veranderen van de eigen situatie. Om persoonlijke stimulering te handhaven, moet men de ouderen steeds aandacht, emotionele en praktische steun bieden. Dit leidt tot het versterken van de sociale zelfredzaamheid. Persoonlijke activering is minder laagdrempelig dan sociaal-culturele activering. De ouderen moeten zich namelijk bewust zijn van hun eigen aandeel in hun sociale isolatie en ze moeten zich aangesproken voelen om hun situatie te veranderen (Fokkema & van Tilburg, 2006).

Tijdens persoonlijke activering gaat het vaak om een één-op-één relatie met de oudere. Deze activering kan gebeuren door professionelen zoals ergotherapeuten, verzorgenden, verpleegkundigen, maar ook door andere personeelsleden. Ook alle niet-professionelen kunnen helpen bij deze activering. Hieronder zijn de vrijwilligers de meest voornaamste tijdens mijn onderzoek. Bij vrijwilligers is het noodzakelijk dat hun interesses aansluiten bij die van de oudere. Zowel deze professionelen als niet-professionelen moeten een luisterend oor bieden. Zo kunnen vrijwilligers de eenzame ouderen thuis bezoeken of begeleiden.

2.4.3 Cursussen, gespreksgroepen en therapie

Deze interventies beogen een blijvende verandering aan te brengen in intra-individuele factoren, voornamelijk de persoonlijkheidskenmerken. De aandacht gaat hier vooral naar één bepaald aspect van het functioneren van de persoon. Zo kan men sociale vaardigheden of assertiviteit verbeteren.

2.5 Conclusie

Omdat sociale isolatie toeneemt naarmate de leeftijd toeneemt en het vaak voorkomt in een woonzorgcentrum, is het belangrijk om hier aandacht aan te besteden. Wanneer ouderen zich eenzaam voelen en een klein sociaal netwerk hebben, spreekt men van sociale isolatie. Indien men deze eenzaamheid of het sociaal netwerk gaat beïnvloeden, heeft dit een gunstige invloed op de sociale isolatie. Op deze manier kunnen ouderen uit hun sociaal isolement gehaald worden. Omdat sociale isolatie voor een lagere kwaliteit van leven zorgt, is het belangrijk om te achterhalen hoe de sociale isolatie tot stand is gekomen. Op deze manier kan een gepaste interventie ondernomen worden. Er zijn twee belangrijke interventies waarop het praktijkonderzoek gebaseerd is. Dit zijn de sociale en persoonlijke activering. Deze werken onmiddellijk in op de eenzame ouderen. Zo kunnen er zich sociale veranderingen in het sociaal isolement bij ouderen voordoen.

3 Kwaliteit van leven

3.1 Definitie

Kwaliteit van leven is het functioneren van personen op fysiek, psychisch en sociaal domein. Het bestaat uit objectieve en subjectieve aspecten. De objectieve aspecten gaan over het feit of iemand als gevolg van zijn gezondheid, bepaalde beperkingen heeft. De subjectieve aspecten hebben te maken met het oordeel van de persoon over zijn gezondheid (Sprangers, 2009).

De kwaliteit van leven hangt sterk af van de emotionele interpretatie van de persoon. Met andere woorden, kwaliteit van leven hangt af van hoe de persoon zijn gezondheid ervaart. Personen met dezelfde beperkingen, kunnen een andere kwaliteit van leven hebben omdat zij die beperkingen anders ervaren. De kwaliteit van leven verschilt ook bij het verlies van een bepaalde functie, bijvoorbeeld blind worden. De reactie van de ouderen hangt af van emotionele waarde (Xavier, Ferraz, Marc, Escosteguy & Moriguchi, 2003). Men gebruikt de subjectieve waarneming als maatstaf om kwaliteit van leven te omschrijven.

Er zijn drie belangrijke aspecten rond kwaliteit van leven. Kwaliteit van leven gaat om hetzelfde als dat wat belangrijk is voor iedereen. Het wordt vergroot als mensen zelf participeren in beslissingen en door mensen in hun eigen samenleving te accepteren en volledig te integreren. Door geïndividualiseerde ondersteuning wordt de kwaliteit van leven het best gewaarborgd (Schalock, Gardner, & Bradley, 2007).

3.2 Factoren, domeinen en indicatoren

Maes & Petry (2006) beschouwen kwaliteit van leven als een multidimensioneel idee dat beïnvloed wordt door persoonlijke en omgevingsfactoren en de interacties daartussen. Dit multidimensioneel idee wordt verduidelijkt door een opdeling te maken in de verschillende domeinen. Zo zijn er het lichamelijk welbevinden, het emotioneel welbevinden, de sociale relaties, maatschappelijke participatie, persoonlijke ontplooiing, het materieel welbevinden, de zelfbepaling en de rechten. Deze domeinen zijn nog eens ingedeeld in verschillende indicatoren. De indicatoren zijn ook bepalend voor de kwaliteit van leven omdat deze in interactie staan met elkaar (zie Tabel 1).

Tabel 1: kwaliteit van leven, domeinen en indicatoren volgens Maes en Petry (2006)

Domein	Indicatoren
Lichamelijk welbevinden	<ul style="list-style-type: none"> - Gezondheid - ADL
Emotioneel welbevinden	<ul style="list-style-type: none"> - Voldoening (tevredenheid, stemming) - Zelfconcept (identiteit, zelfwaardering) - Vrijheid van stress (controle, voorspelbaarheid)
Sociale relaties	<ul style="list-style-type: none"> - Interacties (sociale netwerken) - Relaties - Ondersteuning

Maatschappelijke participatie / Sociale inclusie	<ul style="list-style-type: none"> - Maatschappelijke integratie en participatie - Rollen - Ondersteuning
Persoonlijke ontplooiing	<ul style="list-style-type: none"> - Onderwijs - Persoonlijke competentie - Prestaties - Vrije tijd
Materieel welbevinden	<ul style="list-style-type: none"> - Financiële status - Arbeid - Woonplaats (type van residentie)
Zelfbepaling	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomie (persoonlijke controle en onafhankelijkheid) - Persoonlijke doelen en waarden - Keuzes
Rechten	<ul style="list-style-type: none"> - Mensenrechten - Burgerrechten

Uit onderzoek (Schalock et. al., 2007) blijkt dat deze acht domeinen onderverdeeld kunnen worden in drie hoofdfactoren. Deze zijn onafhankelijkheid, sociale participatie en welbevinden. Onder onafhankelijkheid zitten de domeinen persoonlijke ontwikkeling en zelfbepaling. Maatschappelijke participatie, rechten en sociale relaties behoren tot de sociale participatie. Onder welbevinden behoren het materieel, emotioneel en lichamelijk welbevinden.

Verschillende individuen en culturen bepalen de wijze waarop de domeinen worden ervaren of toegepast. Met andere woorden, een goede kwaliteit van leven betekent voor elke persoon iets anders. Denken over kwaliteit van leven vereist een holistische visie. Een verandering in het ene domein kan invloed hebben op een ander domein. Kwaliteit van leven heeft te maken met individuele keuzes en de controle hebben over de geplande interventies en de eigen leefwereld. Het is een emancipatoir begrip dat individuele keuzes en waarden accepteert (Vilans, 2009).

3.3 Beïnvloedende factoren

3.3.1 Life-events

Kwaliteit van leven kan beïnvloed worden door life-events of levensgebeurtenissen. Iedereen beleeft een life-event anders, zij hebben niet op iedereen dezelfde uitwerking. Dit heeft eerst en vooral te maken met de mate waarin een bepaalde levensgebeurtenis als stressor wordt ervaren, als positief of als negatief wordt beleefd. Dit treedt op wanneer een persoon een discrepantie ervaart tussen de eisen die door de omgeving gesteld worden en de bronnen waaruit hij kan putten om aan de eisen van de omgeving te voldoen (Lazarus & Folkman, 1984). Er zijn een aantal kenmerken die van belang zijn bij life-events, namelijk de

specificiteit van het event. Dit wijst op de aard van een gebeurtenis, bijvoorbeeld een overlijden. Daarnaast is de situering in tijd een belangrijke factor. Wanneer een aantal life-events elkaar snel opvolgen noemt met dit cumulatieve events. Dit kan een negatieve invloed hebben op de kwaliteit van leven. De mate waarin het life-event bij een bepaalde levensperiode hoort en de zwaarte van de gebeurtenis zijn een laatste belangrijk kenmerk. Wanneer de life-events dagelijkse ongemakken veroorzaken, heeft dit invloed op de kwaliteit van leven.

3.3.2 Individuele kwetsbaarheid

De individuele kwetsbaarheid wordt bepaald door factoren die de weerbaarheid en de veerkracht van mensen bepalen. Dit heeft invloed op de kwaliteit van leven bij ouderen. Zo kunnen genetische factoren, persoonlijkheidskenmerken en de gezondheidstoestand ervoor zorgen dat personen hier vatbaarder voor zijn. Genetische factoren bepalen de aanleg voor het ontstaan van een ziekte of een aandoening. Deze ziekte of aandoening kan op zijn beurt zorgen voor een verminderde kwaliteit van leven (Bilthoven, 2009).

Persoonlijkheidskenmerken bepalen de persoonlijkheid van een individu en ook de manier waarop iemand reageert op een bepaalde gebeurtenis. Dit noemt men coping. Inadequate copingstijlen, zoals het onvermogen om met stress om te gaan, kunnen voor verhoogde risico's zorgen voor de lichamelijke en psychische gezondheid. Individuen gebruiken steeds dezelfde copingstijlen bij verschillende situaties. Dit heeft als gevolg dat de coping niet altijd even effectief is. Er bestaan twee copingbronnen, namelijk intrapersoonlijke en extrapersoonlijke copingbronnen. Deze vormen een buffer tegen de negatieve impact van stressvolle gebeurtenissen (Stroebe & Stroebe, 1995), (Bilthoven, 2009).

De algemene gezondheid bepaalt mee de psychische gezondheid. Wanneer er lichamelijke klachten of chronische ziekten aanwezig zijn, dan verlaagt dit de kwaliteit van leven van ouderen (Bilthoven, 2009).

3.4 Verbeteren van kwaliteit van leven

Men moet zich ervan bewust zijn dat positief welbevinden niet altijd gelijk staat aan de afwezigheid van negatief welbevinden. Men moet het leed opheffen en positieve emoties en ervaringen stimuleren. Daarnaast zijn niet alleen de domeinen van belang, maar ook de relaties tussen en binnen de domeinen. Men moet te weten komen in welke mate elk domein bijdraagt bij de kwaliteit van leven en hoe deze bijdraagt. Verder moet men nagaan wat er gebeurt met de indicatoren van een domein waar men te kampen heeft met een negatief welbevinden en of er eventueel compensatie mogelijk is van andere domeinen (Vilans, 2009).

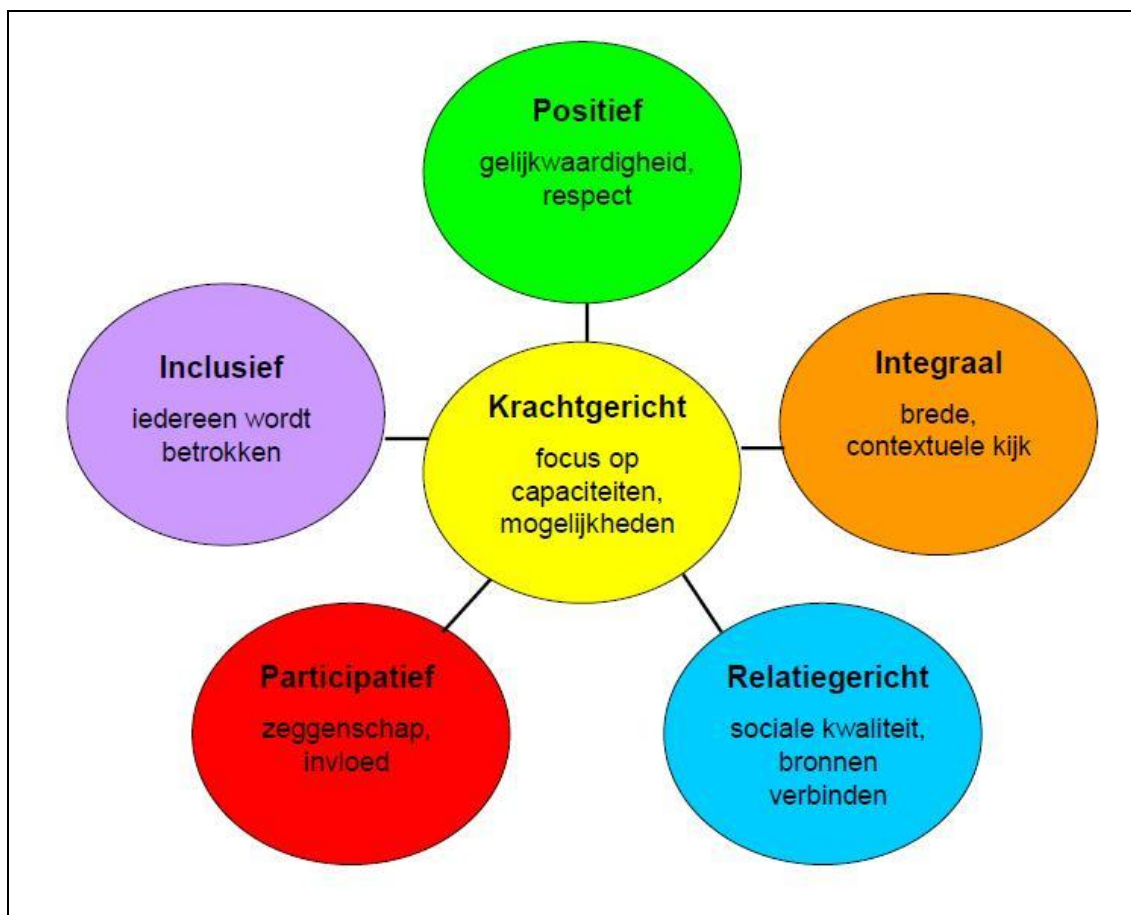
Omdat kwaliteit van leven in grote lijnen samenloopt met de begrippen empowerment en normalisatie, is het belangrijk om te weten wat deze begrippen inhouden. Professionele hulpverleners moeten zich bewust worden van deze concepten. Daarom worden deze verder uitgelegd.

3.4.1 Empowerment

Empowerment is een geheel van interventies die mensen moeten stimuleren om zelf verantwoordelijkheid op te nemen. Op deze manier krijgen zij opnieuw greep op hun

omgeving en hun eigen situatie. Belangrijk is om de interventies te richten op dat gebied dat de oudere als meest belangrijk ervaart. De oudere moet mee inspraak krijgen in zijn keuzes. Zo komt de oudere tot empowerment en krijgt hij de regie over zijn leven. Wanneer de oudere zelf beslissingen kan nemen, zorgt dit voor een betere kwaliteit van leven. De interventies moeten een versterking van het zelfbeeld van de oudere teweeg brengen, wat ook bijdraagt aan de kwaliteit van leven (Vilans, 2009).

Empowerment is een proces dat bestaat uit zes werkingsprincipes, nl. krachtgericht werken, positief werken, inclusief werken, participatief werken, relatiegericht werken en integraal werken (zie figuur 3). Het centrale uitgangspunt is het krachtgericht werken. Hierbij gaat men uit van de mogelijkheden van de ouderen. De andere vijf principes dragen bij tot het bereiken van empowerment. Bij het positief werken worden gelijkwaardigheid en respect nagestreefd. Bij inclusief werken is het belangrijk dat iedereen betrokken wordt in het proces. Participatief werken gaat er vanuit dat de ouderen mee inspraak krijgen in de zaken die zij belangrijk vinden. In het relatiegericht werken wordt gestreefd naar een win-win situatie en het zet aan tot samenwerkingsverbanden. Het integraal werken gaat uit van de totale context en de levensgeschiedenis van de persoon. Empowerment sluit zo ook aan bij het competentiemodel (Steenkens & Van Regenmortel, 2007).



Figuur 3: De 6 werkingsprincipes van empowerment volgens (Steenkens & Van Regenmortel, 2007)

3.4.2 Normalisatieprincipe

Het normalisatieprincipe gaat om zorg op maat en is gebaseerd op drie pijlers, namelijk integratie, personalisatie en normalisatie. Integratie draait om het zoeken naar een

gewaardeerde plaats van de ouderen binnen het woonzorgcentrum. In de praktijk komt dit erop neer dat er externe activiteiten aangeboden worden, zodat de ouderen zich ook kunnen integreren in de samenleving buiten het woonzorgcentrum. Zo kan men de buitenwereld in het woonzorgcentrum brengen door bijvoorbeeld een bezoek van een kleuterschool te organiseren.

Bij personalisatie vertrekt men vanuit de eigenheid van de ouderen. Hierbij vormt het competentie-model de basis. Men moet de ouderen als uniek individu beschouwen en er moet een goede communicatie aanwezig zijn.

Normalisatie houdt in dat hetgene de ouderen doen en de manier waarop zij leven, die van de normale burger moeten benaderen. Ouderen moeten de mogelijkheid krijgen om hun eigen levensgewoontes te kunnen verder zetten in het woonzorgcentrum. In de praktijk moet er een thuissituatie gecreëerd worden, er moet een huiselijke sfeer zijn. Verder moeten de activiteiten zinvol zijn en moet er voor ieder wat wils zijn.

Belangrijke doelen van normalisatie kunnen zijn om een thuisgevoel te creëren. Ouderen kunnen hun persoonlijke levensstijl behouden en krijgen een zinvolle dagbesteding aangeboden. Door het normalisatieprincipe stimuleert men de sociale contacten en behoudt men de persoonlijke waardigheid en de eigen autonomie. Zij krijgen met andere woorden de controle over hun eigen leven.

Dit principe kan enkel succesvol zijn, wanneer het hele team achter dit principe staat. Het normalisatieprincipe is een soort van omgangsvorm. Men moet respectvol, empatisch, individueel en competentiegericht tewerk gaan. Men moet de ouderen bijgevolg op een volwassen en verdraagzame manier benaderen.

3.5 Conclusie

Sociale isolatie zorgt vaak voor een vermindering van de kwaliteit van leven. Dit kan zich situeren op verschillende domeinen. Zowel op het lichamelijk welbevinden, het emotioneel welbevinden, de sociale relaties, maatschappelijke participatie, persoonlijke ontplooiing, materieel welbevinden, zelfbepaling en rechten. Samen met hun indicatoren, bepalen zij de kwaliteit van leven bij ouderen. Life-events en de individuele kwetsbaarheid leiden vaak tot sociale isolatie. Hierdoor wordt hun kwaliteit van leven ook bepaald door deze twee factoren. Via empowerment en het normalisatieprincipe kan men de kwaliteit van leven verbeteren. Uiteindelijk is het belangrijk om de ouderen meer inspraak te geven om zo het zelfbeeld te verbeteren. Hulpverleners moeten uitgaan van het normalisatieprincipe en de inclusie om ervoor te zorgen dat deze ouderen, waardig kunnen verder leven in het woonzorgcentrum.

4 Vrijwilligerswerk

4.1 De wetgeving

Om aan vrijwilligerswerk te doen, moet men zich actief engageren om iets te doen. Iets in de ruime betekenis van het woord. Deze activiteit moet uitgevoerd worden volgens de inspanningsverbintenis. Dit houdt in dat de vrijwilligers zich engageren om zich naar best vermogen in te zetten. De activiteit is ook geen beroepsactiviteit want men krijgt geen inkomen. Prestatievergoedingen en lonen zijn verboden. Vrijwilligerswerk volgt niet het ‘voor wat hoort wat’ principe. Er moet namelijk een duidelijk onderscheid zijn tussen activiteiten tegen betaling en activiteiten die onbezoldigd zijn. Vrijwilligerswerk kan zowel occasioneel zijn als permanent. De vrijwilliger beslist zelf of hij de activiteit wil doen of niet, men kan niet verplicht worden om vrijwilligerswerk te doen. De activiteit die men uitvoert, moet altijd ten goede komen van derden. Ze moeten met andere woorden gericht zijn tot anderen. Men spreekt alleen van vrijwilligerswerk wanneer er een andere band is dan een familiale band of vriendschapsband. Men verricht dus geen vrijwilligerswerk wanneer men een buur of een familielid een lift geeft naar een ziekenhuis (Provinciaal steunpunt vrijwilligerswerk, 2009), (Hambach, 2006). Familieleden van ouderen in een woonzorgcentrum kunnen wel vrijwilligerswerk uitvoeren in het woonzorgcentrum wanneer zij activiteiten uitvoeren die gericht zijn naar andere ouderen.

Een vrijwilliger is iemand die bovenstaande activiteiten verricht. Een vrijwilliger mag niet dezelfde activiteit uitvoeren als werknemer voor dezelfde werkgever. Een vrijwilliger kan niet burgerlijk aansprakelijk gesteld worden voor schade aan derden. Burgerlijke aansprakelijkheid heeft te maken met gebeurtenissen waarbij men zelf een fout heeft begaan. Men is immuun voor burgerlijke aansprakelijkheid, behalve bij grove fouten, bij opzettelijk schade berokkenen en wanneer de fout herhaaldelijk voorkomt. Elke organisatie heeft een verzekeringsplicht, behalve de feitelijke verenigingen. De organisaties dekken hun op deze manier in tegen schade (Provinciaal steunpunt vrijwilligerswerk, 2009), (Hambach, 2006).

4.2 Organisaties

Elke organisatie is verplicht om de vrijwilligers te informeren zodat de vrijwilliger beschermd is voor hij zich engageert. Die informatie gaat over de doelstelling van de organisatie, het juridisch statuut, de verplichte verzekeringen die afgesloten zijn, de kostenvergoeding en het beroepsgeheim. De organisatie is verplicht om een verzekering burgerrechtelijke aansprakelijkheid af te sluiten met zijn vrijwilligers. Er zijn drie soorten van organisaties, namelijk publieke rechtspersonen, private rechtspersonen en feitelijke verenigingen (Provinciaal steunpunt vrijwilligerswerk, 2009), (Hambach, 2006).

4.2.1 Rechtspersonen

Er zijn twee soorten rechtspersonen, namelijk de publieke en de private rechtspersonen. Publieke rechtspersonen zijn bijvoorbeeld het OCMW, een lokaal bestuur, de Vlaamse overheid, een bibliotheek, een ziekenhuis, een cultureel centrum, enzovoort. Hierin kunnen vrijwilligers terecht komen.

Private rechtspersonen zijn de vzw's, zowel nationaal als internationaal. Stichtingen behoren ook onder private rechtspersonen.

4.2.2 Feitelijke verenigingen

Een feitelijke vereniging heeft geen juridische grond en dus ook geen wettelijke regeling, zoals de private en publieke rechtspersonen. De vereniging ontstaat wanneer meerdere personen overeenkomen om op geregelde en duurzame wijze een aantal initiatieven te nemen. Deze personen verbinden zich tot de verplichtingen van de vereniging. De leden kunnen elk afzonderlijk aansprakelijk gesteld worden. De vereniging heeft geen bezittingen, maar de bezittingen zijn mede-eigendom van alle leden. Met andere woorden, een feitelijke vereniging is een vereniging van individuele personen die elk afzonderlijk aansprakelijk kunnen gesteld worden voor de totaliteit (Hambach, 2006), (Provinciaal steunpunt vrijwilligerswerk, 2009).

4.3 Cijfergegevens

Vrijwilligerswerk komt voor in elk maatschappelijk domein bijvoorbeeld bij ouderen, jeugd, welzijn, enzovoort. Volgens gegevens (Hambach, 2006) verrichten ongeveer 17 % van de Vlamingen vrijwilligerswerk. Dat is ongeveer 1 op 6. Vaak zijn er meer mannen die aan vrijwilligerswerk doen, vooral bij praktische zaken. Dit doen zij gemiddeld 3,8 uur per week. Bij vrouwen is dit gemiddeld 5,2 uur per week. Vrouwelijke vrijwilligers vindt men vaker terug in de zorgsector.

Zo zijn er meer hoog opgeleiden die aan vrijwilligerswerk doen, dan laaggeschoolden. Dit heeft te maken met de sociale en communicatieve vaardigheden. Men merkt wel een toename van laaggeschoolden. De niet-werkenden zijn actiever bij het vrijwilligerswerk. De leeftijdscategorie waar men de meeste vrijwilligers vindt, zijn de personen tussen de 35 en 70 jaar, waarbij de oudere vrijwilligers, namelijk de 50-plussers, steeds meer toenemen.

4.4 Vrijwilligers, een meerwaarde?

Vrijwilligerswerk is zeker niet vanzelfsprekend, maar de meerwaarde wordt ontegensprekelijk erkend. Een vrijwilliger kan een aantal functies uitvoeren. Zo kunnen zij een signaalfunctie hebben. Op deze manier wordt er gereageerd op tekorten en wantoestanden.

Een aanvullende functie kan vervuld worden door persoonlijke contacten in relaties. Elkaar helpen is hier het belangrijkste onderdeel. Doordat vrijwilligers iets gemeen hebben met bepaalde ouderen, kunnen zij helpen in het uitbouwen van het sociaal netwerk van de ouderen. Samen activiteiten uitvoeren zijn hierbij een hulp. De activiteiten moeten wel zinvol zijn voor de ouderen. Ze moeten mee inspraak krijgen, daarom moet men eerst weten waar de prioriteiten van de ouderen liggen (Machielse, 2006), (Hambach, 2006). Door vrijwilligers in te schakelen in één-op-één-relaties, kunnen ouderen een vriendschapsband met de vrijwilligers opbouwen. Ze kunnen hun problemen bespreken met de vrijwilliger en krijgen het gevoel dat ze gerespecteerd en geapprecieerd worden. Hiervoor is het belangrijk dat het klikt tussen de vrijwilliger en de oudere en dat er geen herhaling komt van gesprekken.

4.5 Informatie voor de vrijwilliger

4.5.1 Algemene informatie

4.5.1.1 Modellen

Om de taak van vrijwilliger goed uit te voeren, is het belangrijk om kennis te hebben over een aantal zaken. Als eerste is het belangrijk om achtergrondinformatie te hebben over de activiteitstheorie en het competentiemodel. Op basis van deze modellen, kan een vrijwilliger met een oudere aan de slag gaan.

Verder is het belangrijk om het begrip institutionalisering te kennen. Wanneer ouderen langdurig worden opgenomen in een woonzorgcentrum, kunnen zij afhankelijk worden. De ouderen passen zich aan hun situatie. Hierdoor zullen ouderen minder initiatief tonen, minder interesse hebben in de toekomst en heel onderdanig zijn. Sociale isolatie werkt de institutionalisering vaak in de hand.

Dit probeert men tegen te gaan door de ouderen te stimuleren om zelf mee keuzes te maken of oplossingen te zoeken voor problemen die zij ondervinden. Men moet de ouderen het gevoel geven dat men er voor hem is. De individuele behoeften van de ouderen nagaan, is heel belangrijk om de institutionalisering te voorkomen. Een vrijwilliger moet deze informatie bezitten om op een goede manier met de ouderen om te gaan.

4.5.1.2 Motivatietechnieken

De vrijwilliger moet ook beschikken over een aantal motivatietechnieken. Uitgaande van de activiteitstheorie en het competentiemodel, moet een oudere actief blijven. Sommige ouderen moeten daarvoor gemotiveerd worden. Belangrijk is om te achterhalen waar de weerstand van ouderen vandaan komt om niet deel te nemen aan activiteiten. Dit kan te maken hebben met hun ziektebeeld. Daarom moeten vrijwilligers steeds openstaan voor nieuwe informatie over het ziektebeeld en hier ook actief naar op zoek gaan, hetzij op het internet, hetzij door informatie te vragen aan verpleging of andere professionele hulpverleners. Door die extra informatie kunnen vrijwilligers een bepaalde handeling beter plaatsen en er correct op reageren.

4.5.1.3 Visie

In het woonzorgcentrum volgt iedereen eenzelfde visie. Meestal bevinden zich een aantal vanzelfsprekende factoren in een visie, zoals een correcte en respectvolle omgang met de ouderen. Toch zijn er belangrijke facetten in een visie. Zo hebben de meeste instellingen een holistische visie. Dit houdt in dat men de ouderen in al zijn dimensies bekijkt, naar zijn beperkingen maar zeker ook naar zijn mogelijkheden. Vrijwilligers moeten de visie van de instelling kennen en kunnen toepassen in de praktijk. Dit zorgt ervoor dat iedereen op dezelfde lijn functioneert en er een goede samenwerking kan zijn.

4.5.1.4 Veiligheidsregels

Er zijn steeds een aantal veiligheidsregels. Deze moeten gekend zijn door de vrijwilliger om een groter veiligheidsgevoel te verkrijgen. Het is aangeraden om geluidloos, gesloten antislipschoeisel te dragen dat goed vast is aan de voeten. Dit zorgt ervoor dat, wanneer men ouderen helpt tijdens transfers, men niet kan uitschuiven. Deze transfers zijn bijvoorbeeld het helpen rechtstaan uit een stoel om in een rolstoel te gaan zitten. Het antislipschoeisel verkleint het valrisico van ouderen. Wat ook belangrijk is bij transfers van en naar de rolstoel, is het opzetten van de remmen van de rolstoel. Op deze manier kan de rolstoel niet wegglijden tijdens een transfer. Vrijwilligers mogen ook geen contact hebben met ouderen die lijden aan een besmettelijke ziekte.

Verder zijn er een aantal regels rond de brandveiligheid. Zo moet men bij het verlaten van een kamer er steeds voor zorgen dat de televisie volledig uitgeschakeld wordt. Een televisietoestel in stand-by zetten, vergroot het brandgevaar. Iedereen moet de evacuatiewegen, nooduitgangen en ingangen vrijhouden. Bij het kleinste vermoeden van brand, moet men onmiddellijk de verantwoordelijke animatrice, ergotherapeut of andere professionelen verwittigen. Men mag enkel roken in het rokerslokaal of buiten.

4.5.1.5 Privacy

Ook de privacy van de ouderen moet gewaarborgd blijven. Zo moet iedereen eerst kloppen als ze een kamer willen binnengaan. Daarna moet men de oudere aanspreken en zeggen wat hij komt doen. Als vrijwilliger moet men rekening houden met de wensen van de oudere. De waarden en normen van de oudere moeten dan ook gerespecteerd worden.

4.5.2 Het beroepsgeheim

Een vrijwilliger komt informatie te weten over de oudere. Niet alleen door het dossier, maar ook door wat de verpleging vertelt en door dingen die de oudere vertelt. Onder het beroepsgeheim valt alle informatie over de gezondheid, sociale, familiale en financiële toestand, sociale problemen, persoonlijke, religieuze, filosofische of levensbeschouwelijke overtuigingen. Het beroepsgeheim is van toepassing op vrijwilligers wanneer deze een hulpverlenende taak vervullen waarbij zij een vertrouwenspersoon zijn. Het beroepsgeheim steunt op het bestaan van een vertrouwensrelatie. Vertrouwen is noodzakelijk voor zowel de vrijwilliger als de oudere. De oudere moet een deel van zijn privacy opgeven om hulp te kunnen krijgen. De vrijwilliger moet vertrouwen krijgen om zijn functie uit te oefenen.

Ook wie stopt met vrijwilligerswerk is nog steeds gebonden aan het beroepsgeheim (Wouters, Herbots, & Put, 2009), (Molemans, 2001).

4.5.3 Discretieplicht

De discretieplicht betekent vanuit het juridische oogpunt, dat een vrijwilliger geen gegevens mag doorgeven aan anderen, tenzij aan diegenen die het recht hebben om hiervan op de hoogte te zijn. Een vrijwilliger mag informatie doorgeven aan andere professionele medewerkers binnen de organisatie, als het belangrijk is voor de hulpverlening en het functioneren van de organisatie. Bij de discretieplicht vertrekt men vanuit het belang van de

organisatie waarvoor je als vrijwilliger werkt. De vrijwilliger moet steeds zorgvuldig afwegen of de persoon aan wie de informatie verstrekt wordt, wel recht heeft op die informatie (Wouters, Herbots, & Put, 2009).

4.6 Vrijwilligers aantrekken

Er bestaat geen standaard formule om vrijwilligers aan te trekken. Het is belangrijk om vooraf tijd te nemen om de zoektocht voor te bereiden. Het succes van de zoektocht hangt ook af van een aantal factoren. Zo bepaalt de manier waarop je zoekt het succes, maar ook het beeld dat mensen van de organisatie hebben en de verwachtingen die men aan vrijwilligers stelt. Er zijn een aantal technieken die men kan gebruiken. De meest gebruikte worden kort besproken.

4.6.1 Hapklare techniek

Het is mogelijk om op de website rond vrijwilligerswerk, een vacature te plaatsen waarbij je als organisatie vrijwilligers zoekt. Hierop kan men de taak van de vrijwilliger duidelijk omschrijven. Op deze website zoeken geïnteresseerde vrijwilligers naar een organisatie die aansluit bij wat zij zoeken.

Het pluspunt van deze techniek is dat het geen geld kost, constant aangepast kan worden en dat het een uitgebreid forum is. Het minpunt aan deze techniek is dat heel wat vrijwilligerswerkingen er gebruik van maken, maar dat niet alle kandidaat-vrijwilligers de website kennen (Hambach, 2002).

4.6.2 Klassieke technieken

Onder de klassieke technieken behoren advertenties in een krant of weekblad, folders, en brochures. Hiervoor moet men wel opletten dat er geen herhaling optreedt. Mensen gaan de advertenties niet meer lezen omdat ze het al eens gelezen hebben.

Hier zijn meer minpunten dan pluspunten. Het pluspunt is dat je materiaal kan gebruiken voor verschillende doelen en doelgroepen. De minpunten zijn dat er geen direct contact is met het doelpubliek en dat het succes afhankelijk is van de plaats waar de advertenties komen. Ook vergt deze techniek heel wat voorbereidingen (Hambach, 2002).

4.6.3 Simpele technieken

Simpele technieken houden persoonlijke gesprekken in. Men kan mensen benaderen die in het woonzorgcentrum op bezoek komen, maar men kan ook zelf op stap gaan en mensen van buitenaf aanspreken. Ook kunnen er oproepen geplaatst worden op een prikbord.

Het minpunt van deze techniek is dat men in eerste instantie mensen aanspreekt die aanspreekbaar zijn. Er wordt onbewust een selectie gemaakt van mogelijke vrijwilligers. Een goede voorbereiding en communicatie is heel belangrijk en het succes is niet altijd verzekerd. Het pluspunt is wel dat je de persoon ziet waarmee je een gesprek aangaat (Hambach, 2002).

4.6.4 ‘Het oog wil ook wat’ techniek

‘Het oog wil ook wat’ techniek houdt in dat er aantrekkelijke middelen gebruikt worden zoals een videoboodschap, een advertentie op openbare plaatsen en affiches. Zo kan de diversiteit van het vrijwilligerswerk voorgesteld worden.

Ook dit vergt weer een goede voorbereiding en er is geen direct contact met het doelpubliek. De kwaliteit hangt af van de middelen waarover men beschikt en de plaatsen waar de affiches terechtkomen. Het positieve aan deze techniek is dat men zelf de aard, de vorm en de inhoud van de boodschap bepaald. Door deze techniek wordt het vrijwilligerswerk aantrekkelijk gepresenteerd (Hambach, 2002).

4.6.5 ‘We trekken er op uit’ techniek

Het aantrekken van vrijwilligers gebeurt vaak door op pad te gaan. Men moet op openbare plaatsen de vrijwilligerswerking voorstellen. Met andere woorden, men moet zich letterlijk en figuurlijk in de kijker plaatsen.

De pluspunten zijn dat het een laagdrempelige methode is. Het trekt ook echt aan omdat het iets zichtbaars is. De minpunten zijn echter dat niet iedereen deze techniek even graag doet en dat het vaak herhaald moet worden. Het succes is ook niet gegarandeerd (Hambach, 2002).

4.7 Conclusie

Potentiële vrijwilligers moeten een basiskennis hebben over het vrijwilligerswerk. Deze informatie moet meegedeeld worden door de organisatie waarin zij zich inschrijven. Zo moeten vrijwilligers de visie en de modellen van het woonzorgcentrum volgen zodat de aanpak van de hulpverleners effect heeft. Verder zijn de veiligheidsregels, de privacy, het beroepsgeheim en de discretieplicht belangrijke punten die een vrijwilliger moet kennen en kunnen toepassen. Zij moeten ook steeds bereid zijn om extra informatie op te doen rond het ziektebeeld van de ouderen zodat zij beter kunnen reageren op bepaalde handelingen en situaties.

Vrijwilligers kunnen een meerwaarde vormen indien de interesses van hen en de ouderen in dezelfde lijn liggen en het gewoon klikt met de ouderen. Het is namelijk belangrijk om het sociaal netwerk van de ouderen uit te breiden. Dit kan alleen als er een vriendschapsband ontstaat en de ouderen zich goed voelen bij de vrijwilligers.

De zoektocht naar vrijwilligers is niet zo eenvoudig. Er zijn een aantal technieken, maar elke techniek heeft zo zijn voor- en nadelen. Het succes hangt dan ook af van een aantal factoren.

5 Praktijkonderzoek

5.1 Vrijwilligers aantrekken

De eerste stap in mijn praktijkonderzoek is het aantrekken van vrijwilligers. Aangezien ik vrijwilligers wil inschakelen om individuele aandacht te geven aan ouderen in een sociaal isolement, moet ik hiervoor een aantal technieken gebruiken die reeds in de theorie zijn uitgelegd.

5.1.1 Gebruikte technieken

5.1.1.1 *‘Het oog wil ook wat’ techniek*

Ik maakte ontwerpen voor een affiche (bijlage 1). Hieruit koos ik de aantrekkelijkste en hing deze op in de winkels van Begijnendijk en omstreken. Ik besteedde ook tijd aan het maken van een brochure (bijlage 2). Hierin stond extra informatie over de functie van de vrijwilliger. Via het woonzorgcentrum konden ze deze brochure aanvragen, hierop kwam één reactie. Deze persoon heet Nele en zij is dan ook de eerste vrijwilliger geworden.

5.1.1.2 *Simpele techniek*

Verder gebruikte ik ook de simpele techniek. Hiervoor nam ik contact op met OKRA Begijnendijk. Dit is een vereniging van 55-plussers die vaak vrijwilligerswerk doen in een woonzorgcentrum. Nadat ik hen telefonisch alles had uitgelegd en een e-mail met extra informatie had gestuurd, kreeg ik het bericht dat er weinig tot geen interesse was in mijn project, dat de leden het veel te druk hadden doordat zij in meerdere verenigingen actief waren en dat zij geen tijd hadden.

In functie van deze techniek sprak ik familieleden en personen aan die af en toe naar het woonzorgcentrum op bezoek komen. Ook dit maal zonder succes. Zij hadden geen tijd en kwamen enkel hun familieleden bezoeken.

In het woonzorgcentrum is een vrijwilligster die heel wat af weet van een aantal verenigingen die vrijwilligerswerk doen. Zo ben ik terecht gekomen bij ‘Vorming plus Oost-Brabant’. Zij wisten mij te vertellen dat zij geen vaste vrijwilligers hadden en dat zij mij ook niet verder konden helpen.

Ik ben ook een aanwezige vrijwilligster gaan aanspreken. Ik legde de bedoeling van de bezoekersgroep uit en gaf haar een brochure mee. Zij vond echter dat er geen eenzame mensen in het woonzorgcentrum zaten en dit wilde ze me dan ook steeds bewijzen. Hierdoor vond ik haar niet de geschikte persoon om deel te nemen aan mijn eindwerk.

5.1.1.3 *Hapklare techniek*

Ik plaatste een zoeker in de vorm van een vacature op de website ‘www.vrijwilligerswerk.be’ om zo ook de hapklare techniek uit te proberen. Hierop kwam ook geen reactie, mede door het feit dat niet elke potentiële vrijwilliger dit netwerk kent.

5.1.1.4 ‘We trekken er op uit’ techniek

Om deze techniek uit te proberen, ging ik de uitleg van mijn project geven op een vergadering van de KVLV. In deze vereniging zaten verschillende vrouwen wiens ouders in het woonzorgcentrum in Begijnendijk gezeten hebben. Het succes zou hier opnieuw afhangen van het beeld dat deze vrouwen hadden over het woonzorgcentrum. Ik gaf hen brochures, maar hier is opnieuw geen reactie op gekomen.

5.1.1.5 Extra inspanningen

Omdat de besproken technieken niet het gewenste succes opleverden, nam ik contact op met andere woonzorgcentra om te luisteren naar hoe zij vrijwilligers aangetrokken hebben. Meestal zijn dit de familieleden die blijven hangen. Maar aangezien het woonzorgcentrum in Begijnendijk niet zoveel familieleden heeft die in de buurt wonen, bleven deze mensen ook niet hangen.

Omdat de klassieke technieken volgens Hambach (2002) meer nadelen dan voordelen had, heb ik deze niet meer uitprobeerde.

Na al deze inspanningen heb ik besloten om zelf te fungeren als vrijwilliger.

5.1.2 Conclusie

Het zoeken naar vrijwilligers heeft veel voorbereidingswerk nodig. Zoals bleek uit de theorie hangt het succes af van de manier waarop je zoekt, het beeld dat mensen hebben over de organisatie en de verwachtingen die men aan vrijwilligers stelt. Ik heb de verschillende en meest zinvolle technieken gebruikt en ik liet de vrijwilligers zelf bepalen hoe vaak ze op bezoek wilden komen en wat ze wilden doen met de ouderen. Hier laat ik de vrijheid bij de vrijwilligers en toch kreeg ik maar één reactie. Hieruit kan ik concluderen dat het mogelijk is dat mensen een slecht beeld hebben over het woonzorgcentrum of dat de inwoners uit Begijnendijk en omstreken niet zo zeer geneigd zijn om zich in te zetten voor de medemensen. Met andere woorden, vrijwilligers zoeken vergt heel wat tijd en er is geen garantie op succes.

5.2 Informatie voor de vrijwilliger

Om de vrijwilliger op de hoogte te brengen van het reilen en zeilen van het woonzorgcentrum, spraken we een keertje af in het woonzorgcentrum. Ik gaf haar uitleg over mijn eindwerk, waarna ze haar vrijwilligerscontract tekende. Ze kreeg een brochure waarin de visie, organigram en de veiligheidsregels staan.

Ik stelde haar voor aan de animatrice en ergotherapeute en zij vertelden over de werking van het woonzorgcentrum, de omgang met de ouderen en ze legden de visie kort uit. Omdat de vrijwilligster in haar studentenjaren ook al op bezoek ging bij ouderen uit een woonzorgcentrum, wist ze nog hoe ze met ouderen moest omgaan. Zo kreeg ze ook te horen dat de ouderen moeilijk te motiveren zijn om deel te nemen aan mijn eindwerk, omdat zij zo vast zitten in hun sociaal isolement.

Later gaf ik haar een korte rondleiding en wees ik haar op de privacy van de ouderen, het beroepsgeheim en de discretieplicht. Dit kende ze allemaal al, maar ik wilde er zeker van zijn dat ze hier attent voor bleef.

5.3 Doelgroep selecteren

5.3.1 Activiteitenlijst

Om te bepalen wie er in een sociaal isolement zat, maakte ik gebruik van een activiteitenlijst (bijlage 3). Hierop staan de namen van de ouderen. Men kan hierop activiteiten invullen samen met de datum waarop de activiteit gebeurde. Ergotherapeuten en animatrices zetten dan een kruisje naast de ouderen die deelnamen aan de beschreven activiteit. De ouderen die dan weinig tot geen kruisjes achter hun naam staan hebben, kunnen in een sociaal isolement zitten.

5.3.2 Controle van sociaal isolement

Er waren heel wat ouderen die niet deelnamen aan de groepsactiviteiten. Maar omdat het niet deelnemen aan groepsactiviteiten niet onmiddellijk garant staat voor een sociaal isolement, ging ik na waarom de ouderen niet deelnamen aan de activiteiten.

Hiervoor vergaarde ik informatie bij de animatrice van de afdeling. Er bestonden in het woonzorgcentrum drie verschillende groepen. Een eerste groep was deze met de ouderen die vaak deelnamen en ook absoluut niet in een sociaal isolement zaten. Een tweede groep was deze waarvan de ouderen niet deelnamen aan groepsactiviteiten, maar wel gingen praten of spelletjes speelden met andere ouderen. De laatste groep was volgens haar de ouderen die weinig bezoek kregen en ook niet deelnamen aan de activiteiten. Zij hielp me om een selectie te maken van ouderen die in aanmerking kwamen.

5.3.3 Aanspreken van ouderen

Omdat ik uitga van het competentie-model en empowerment, is het heel belangrijk dat deze ouderen ook inspraak krijgen in het al dan niet deelnemen aan de bezoekersgroep. Via een gesprek ging ik na welke ouderen geïnteresseerd waren in een vrijwilliger. Een aantal ouderen waren niet gemotiveerd om deel te nemen, want ze kregen nog voldoende bezoek of zaten liever rustig en alleen op hun kamer. Zo was er toch een dame die extra bezoek wel zag zitten, maar later haakte zij af.

Omdat ouderen in een sociaal isolement sneller geneigd zijn om gerust gelaten te worden, ging ik, samen met de animatrice nog eens langs bij een aantal ouderen die in eerste instantie weigerden om deel te nemen. Doordat de animatrice mij vergezelde en inspeelde op wat de ouderen graag doen, vond ik nog drie dames die geïnteresseerd waren.

5.4 Evaluatie

5.4.1 Nulmeting

Omdat er weinig tot geen vragenlijsten en observatieschalen bestaan om de kwaliteit van leven te bepalen bij niet-dementerende ouderen, heb ik zelf een vragenlijst ontworpen (bijlage 4). Volgens Maes en Petry (2006) zijn er acht domeinen waarin de kwaliteit van leven een rol speelt. Op basis van deze domeinen en hun indicatoren heb ik een vragenlijst opgesteld.

Nadat ik kennis gemaakt had met de ouderen en hen een beetje beter leerde kennen, nam ik bij hen deze vragenlijst af. Ik overliep de vragen mondeling en gaf, waar nodig, meer uitleg of een voorbeeld.

5.4.2 Eindmeting

Tijdens de eindmeting neem ik de vragen af uit de domeinen sociale inclusie, zelfbepaling, sociale relaties en emotioneel welbevinden omdat mijn interventies gericht zijn op deze domeinen. Nadien vraag ik om hun reactie over mijn eindwerkproject om zo na te gaan of zij hier effectief iets aan gehad hebben.

5.5 Evolutie van de geselecteerde ouderen

5.5.1 Oudere MRD

MRD is een vrouw die slecht hoort en slecht ziet. Vroeger had ze een eigen café. Ze was getrouwd, maar ze heeft geen eigen kinderen. Ze heeft wel een stiefdochter die maandelijks langskomt.

5.5.1.1 Nulmeting

De kwaliteit van leven omtrent het materiële welbevinden is heel hoog. Ze geeft aan dat ze hier zeer tevreden over is.

De persoonlijke ontplooiing ligt laag doordat ze vindt dat er te weinig activiteiten worden aangeboden die haar aanspreken.

Volgens MRD krijgt ze niet de emotionele steun die ze nodig heeft, maar wordt ze wel voldoende geaccepteerd.

MRD is tevreden met haar gezondheid, maar is niet tevreden over haar mogelijkheden om dagelijkse activiteiten uit te voeren. Zo heeft ze, omwille van lichamelijke problemen, de voorbije drie dagen niet deelgenomen aan activiteiten.

Ze krijgt, volgens zichzelf, te weinig de kans om eigen beslissingen te nemen over haar eigen leven. Ze kan met andere woorden haar leven niet in eigen handen nemen. Hierdoor scoort zij haar zelfbepaling laag in.

De kwaliteit van leven rond de rechten en de privacy liggen voor haar hoog. Ze vindt dat ze veel privacy heeft, maar ze heeft wel de indruk dat niet iedereen altijd gelijk behandeld wordt.

Ze heeft een aantal vrienden in het woonzorgcentrum, waar ze zeer tevreden mee is. Ze wil wel graag meer bezoek, aangezien ze maar een keer per maand bezocht wordt door haar stiefdochter.

De kwaliteit van leven over het emotioneel welbevinden wordt door haar hoog gescoord. Ze geniet vaak van haar leven en heeft zelden sombere gevoelens.

5.5.1.2 Het eerste contact met de vrijwilliger

MRD keek al een week heel erg uit naar de eerste ontmoeting met de vrijwilligster. Dit hoorde ik zowel van MRD als van de kinesitherapeute.

Tijdens de eerste kennismaking, merkte ik dat MRD enorm had uitgekeken naar de ontmoeting met haar vrijwilligster. Dat was vooral te merken doordat ze honderduit over zichzelf, haar man en haar verjaardag die er bijna aankwam, vertelde.

Na het gesprek maakte de vrijwilligster opnieuw een afspraak met MDR om de volgende week opnieuw langs te komen en samen naar de modeshow te gaan.

5.5.1.3 Het verdere verloop

MRD lijkt zich goed in haar vel te voelen. Ze vertelt honderduit tegen de vrijwilligster. Ze toont foto's en vertelt haar verhalen die ze niet mag verder vertellen. Samen hebben ze dan ook geheimen en hier beleeft MRD veel plezier aan. Over de twee oorlogen die ze meemaakte, haar man en haar café, kan ze blijven vertellen. Elke week kijkt MRD vol ongeduld uit naar het bezoek van de vrijwilligster. Vaak kijken ze samen naar fotoalbums waardoor ze MRD beter en beter leert kennen. De vrijwilligster heeft ook het gevoel dat MRD haar volledig vertrouwt, wat een goed teken is.

Samen hebben de vrijwilligster en MRD de klerkast van MRD opgeruimd. Zo vonden ze heel wat spullen die MRD niet meer nodig had en die de vrijwilligster bijgevolg mocht geven aan de mensen die het nodig hadden. Ze kreeg ook nog een schoteltje van MRD als aandenken aan haar en de leuke tijd die ze samen beleefden.

5.5.1.4 Eindmeting

MRD krijgt, door middel van het bezoek van de vrijwilligster, extreem veel emotionele steun, waardoor ze zich nog meer geaccepteerd voelt.

Sinds de vrijwilligster bij MRD langskomt, kan zij vaker beslissingen nemen over haar leven en haar leven in eigen handen nemen. Hier is ze dan ook heel tevreden over.

Nu krijgt ze wekelijks bezoek, waarbij de vrijwilligster het vaakst op bezoek komt. Verder komt haar stiefdochter nog steeds maandelijks op bezoek. Ze is meer dan tevreden over het bezoek en de steun die ze van haar bezoek krijgt.

Ze geniet vaker van haar leven en beschouwt haar leven zinvoller. Nog steeds heeft ze af en toe sombere gevoelens.

5.5.1.5 Eigen ervaringen oudere

MRD vindt de vrijwilligster een heel lieve dame, waarbij ze zichzelf kan zijn. Zelf beweert ze dat de vrijwilligster haar gelukkiger maakt en dat zie je ook wanneer ze over haar vertelt. Tegen andere ouderen spreekt ze over haar gezelschapsdame, waardoor anderen wat jaloers zijn. Ook haar stiefdochter vindt het leuk voor MRD.

Ze kan niet beslissen wat ze nu het leukste vond om met de vrijwilligster te doen. Zowel van het opruimen van haar kast als van de lange gesprekken kon ze genieten.

5.5.2 Oudere CR

CR lijdt aan de ziekte van Parkinson. Hierdoor heeft ze het gevoel dat ze lichamelijk enorm achteruitgaat. Ze heeft dan ook vaak een sombere stemming. Graag zou ze, wanneer het beter weer wordt, naar buiten gaan. Ze heeft dan ook altijd in de tuin gewerkt. Zij heeft twee zonen en twee kleinkinderen.

5.5.2.1 Nulmeting

Ze scoort de kwaliteit van leven op vlak van materieel welbevinden zeer hoog. Ze is tevreden over het woonzorgcentrum.

Er worden maar af en toe activiteiten aangeboden die haar aanspreken, maar ze heeft niet te klagen over de activiteiten.

Ze is echter niet tevreden over haar deelname in groepsactiviteiten en vindt dat ze niet genoeg emotionele steun krijgt van anderen.

De kwaliteit van leven omtrent het lichamelijk welbevinden is extreem laag. Zo is ze helemaal niet tevreden over haar gezondheid en de mogelijkheden om dagelijkse activiteiten uit te voeren. Ze vindt dat er te weinig mogelijkheden zijn om zich te ontspannen en heeft de afgelopen drie dagen niet deelgenomen aan activiteiten en geen contacten aangegaan omwille van lichamelijke problemen.

Ze krijgt redelijk vaak de kans om eigen beslissingen te nemen en om haar leven in eigen handen te nemen.

Ze heeft veel privacy, maar ze durft zich niet uit te spreken over het feit dat iedereen gelijk behandeld wordt.

Over de sociale relaties zegt zij dat ze niet te klagen heeft. Ze krijgt meer dan één keer per week bezoek, zowel van haar kinderen, als kleinkinderen, als burens en vrienden, als haar zus en haar neven en nichten. Met dit bezoek is ze tevreden, maar ze is niet tevreden over de steun die ze van vrienden krijgt.

De kwaliteit van leven rond het emotioneel welbevinden ligt zeer laag. Ze geniet helemaal niet van haar leven, heeft altijd negatieve gevoelens en ze is helemaal niet tevreden over zichzelf.

5.5.2.2 *Het eerste contact met de vrijwilliger*

CR keek met een dubbel gevoel uit naar de komst van de vrijwilliger. Ze had voldoende bezoek en wilde de vrijwilliger niet tot last zijn. Na de misviering stelde ik de vrijwilligster uiteindelijk voor en CR begon wat schuchter te vertellen.

Na het gesprek spraken CR en de vrijwilligster af wanneer ze elkaar opnieuw zouden zien.

5.5.2.3 *Het verdere verloop*

CR heeft het moeilijk. Ze heeft veel last van haar fysieke problemen. Maar ondanks al deze problemen, kan ze aan één stuk door praten over haar familie, haar huis en haar zoon. Vaak vergeet ze haar klachten wanneer de vrijwilligster op bezoek is. Door het praten over gemeenschappelijke kennis en andere zaken raakt ze afgeleid. Het ontspant CR wanneer ze een tijdje kan vertellen. Ze glimlacht dan zelfs en stopt met piekeren. Vaak probeert ze haar best te doen om veel te vertellen, terwijl dit helemaal niet nodig is. Vaak praat ze over bloemen en planten. Zo plantte ze zelf een pit van een mandarijntje dat ontkiemd is tot een plantje. Daarom zorgde de vrijwilligster voor een plantje dat CR op haar kamer kon zetten. Dit plantje verwelkte en daarom plantte ze een nieuw plantje in het potje. Het tuinieren is een goede manier om haar zinnen te verzetten. Ze vertoont steeds vaker een glimlach wanneer de vrijwilligster op bezoek is.

Er was ook sprake van een interne verhuis. Op deze manier kon CR dichterbij de groepsactiviteiten gebracht worden. Deze verhuis ging echter niet door, wat CR toch wel jammer vond.

5.5.2.4 *Eindmeting*

CR is nog steeds niet echt tevreden over haar deelname in groepsactiviteiten, ook al neemt ze vaker deel dan voordien. Ze krijgt door de vrijwilligster veel emotionele steun en voelt zich nog steeds voldoende geaccepteerd.

Ze heeft nog steeds evenveel kansen gehad om eigen beslissingen te nemen, maar ze kan nu haar leven meer in eigen handen nemen. Dit zorgt ervoor dat ze hierover meer tevreden is dan voordien.

CR krijgt nog steeds op regelmatige basis bezoek. De vrijwilligster komt het vaakst, daarna volgen haar kinderen, kleinkinderen, burens, vrienden en haar zussen. Ze is tevreden met het

bezoek dat ze krijgt en met de steun die ze van haar vrienden krijgt. Dit laatste was voor de bezoeken van de vrijwilligster niet het geval.

Ze geniet vaker van haar leven en voelt dat haar leven meer zin heeft, ook al heeft ze nog vaak last van sombere gevoelens. Deze perioden komen minder vaak voor dan voordien.

5.5.2.5 *Eigen ervaringen oudere*

CR vindt het heel leuk om over tuinieren te praten met de vrijwilligster. Samen gaan ze nog planten verplanten, maar hier kijkt ze met een dubbel gevoel naar uit. Ze verplant graag, maar geeft aan dat ze dit niet zelf meer kan. Vaak zegt ze dat ze de vrijwilligster maar wat laat doen om haar te plezieren. Nochtans heeft ze er deugd van om met haar te praten. Ook de massage heeft haar deugd gedaan. Ze geeft zelf aan dat ze niet wil blijven praten om de tijd te vullen, want dat ze op de duur niets meer te vertellen heeft. Toch kijkt ze vol enthousiasme uit naar het mooie weer, zodat ze met de vrijwilligster naar buiten kan.

5.5.3 Oudere AB

BA heeft twee kleinkinderen, een jongen en een meisje. Ze had twee zonen, waarvan één zoon overleden is. Ze gaat graag naar de markt en lost graag woordzoekers op. Over vroeger praat ze heel graag, maar hiervoor krijgt ze de kans niet zo vaak meer. Ze geeft dan ook zelf aan dat ze dit niet zo goed meer kan. Toen ze in het woonzorgcentrum aankwam, was dit samen met haar man. Zij verbleven samen in een tweepersoonskamer tot hij overleed. Zij heeft altijd deelgenomen aan de groepsactiviteiten, zolang ze zelf kon. Nu is ze snel buiten adem, waardoor ze niet meer deelneemt aan de groepsactiviteiten.

5.5.3.1 *Nulmeting*

BA geeft aan dat ze zeer tevreden is over het materiële welbevinden. Ze is dan ook zeer tevreden over het woonzorgcentrum.

Aangezien ze vroeger vaak deelnam aan de groepsactiviteiten is ze hier nog steeds heel tevreden over. Dit zorgt ervoor dat ze een hoge kwaliteit van leven heeft op vlak van persoonlijke ontplooiing.

Ze krijgt af en toe emotionele steun van anderen, maar ze wordt wel enorm geaccepteerd. Daarenboven is ze noch tevreden, noch ontevreden over haar deelname in groepsactiviteiten. Hierdoor ligt haar kwaliteit van leven omtrent sociale inclusie tussen de twee uitersten.

De kwaliteit van leven over het lichamelijk welbevinden ligt hoog. Ze is tevreden over haar gezondheid en haar mogelijkheden om dagelijkse activiteiten uit te voeren. Ze heeft voldoende kansen om zich te ontspannen, maar ze nam de voorbije drie dagen niet deel aan activiteiten omwille van gezondheidsredenen.

Ze scoort haar zelfbepaling middelmatig. Ze krijgt af en toe de kans om zelf keuzes te maken en haar leven in eigen handen te nemen.

Ze krijgt veel privacy en heeft de indruk dat iedereen gelijk behandeld wordt.

De kleinkinderen en achterkleinkinderen komen ongeveer om de twee weken op bezoek. Ze is noch tevreden, noch ontevreden over het bezoek dat ze krijgt, maar ze is wel tevreden over haar vrienden en de steun die ze van hen krijgt.

Ze geniet niet zo vaak van haar leven en ziet haar leven niet zo betekenisvol in. Sombere stemmingen heeft ze zelden en ze is tevreden over zichzelf.

5.5.3.2 *Het eerste contact met de vrijwilliger*

BA keek met een dubbel gevoel uit naar de ontmoeting met de vrijwilligster. Ze geeft zelf aan dat ze niet zo goed over vroeger kan praten, maar elk onderwerp draaide uit op een verhaal over vroeger. In haar ogen was te lezen dat ze ervan genoot om te praten over vroeger. Er werd een afspraak gemaakt waarop de vrijwilligster nog eens op bezoek kwam.

5.5.3.3 *Het verdere verloop*

Twee weken na het eerste bezoek was AB ernstig ziek. Ze kon zich voor niets inzetten. Toch vond ze de kracht en het plezier om verhalen over vroeger te vertellen. Dit duurde echter niet lang omdat ze snel buiten adem raakte. Ze telde ook de minuten af om te gaan eten, waardoor het zinloos was om nog langer te blijven praten.

Wanneer AB genezen was, ging de vrijwilligster opnieuw langs. Opnieuw genoot ze van haar aanwezigheid. Ze vertelde honderduit over haar kleindochter en over hoe ze haar man leerde kennen. In haar ogen stond opnieuw te lezen dat ze genoten had.

Telkens de vrijwilligster bij haar op de kamer aankomt, beginnen haar ogen te fonkelen. Ze kijkt er steeds naar uit om de vrijwilligster nog eens te zien.

5.5.3.4 *Eindmeting*

In tegenstelling tot de nulmeting, krijgt AB nu veel emotionele steun van anderen.

Ook krijgt ze nu vaker de kans om eigen keuzes te maken en dit doet ze dan ook. Ze is nog steeds tevreden over de mate waarin ze haar eigen leven in handen kan nemen.

De vrijwilligster komt wekelijks op bezoek. Daarnaast komen haar kleinkinderen en achterkleinkinderen nog steeds om de twee weken bij haar op bezoek. Ze is nu meer tevreden over het bezoek, dan voorheen.

Ze geniet meer van haar leven en voelt daarbij ook dat haar leven betekenisvoller is. Ze heeft zelden sombere stemmingen en is nog meer tevreden over zichzelf.

5.5.3.5 *Eigen ervaringen oudere*

AB geeft aan dat ze graag praat. Daarom vond zij het heel aangenaam dat er een vrijwilligster langs kwam. Ze genoot steeds van het bezoek, maar het leukste van al, vond ze de wandeling

in de tuin. Ze kan nog steeds niet geloven dat ze naar buiten is kunnen gaan. Aan de tafel blijft ze hier maar over praten, waardoor de andere ouderen een beetje jaloers zijn. AB heeft met volle teugen genoten van de vrijwilligster en hoopt de vrijwilligster nog vaak te zien.

5.6 Activiteiten en handelingen door vrijwilliger

5.6.1 Gesprek

Via een gesprek haalden de ouderen herinneringen op aan vroeger. Zo vertelden ze hoe ze hun man leerde kennen, over hun schooltijd en zelfs over de oorlog. Vaak haalden de ouderen een fotoalbum boven om nog meer herinneringen op te halen aan vroeger. Nadien voelden ze zich telkens opgelucht omdat ze hun verhaal opnieuw konden vertellen.

De gesprekken gingen niet altijd over vroeger, maar gingen ook over hun hobby's, over hun huidige familie en over hoe ze zich op dat moment voelden.

De gesprekken zorgden voor een vertrouwensband, want hoe beter de ouderen de vrijwilligster leerden kennen, hoe meer ze vertelden en hoe persoonlijker de verhalen werden. De drie ouderen bloeiden open tijdens de gesprekken en keken telkens uit naar een volgend gesprek.

5.6.2 Misviering

Af en toe vergezelde de vrijwilligster de oudere tijdens de misviering. De ouderen gaan elke donderdag naar de misviering en om de ouderen de kans te geven om deze misviering te volgen, ging de vrijwilligster af en toe mee.

De ouderen vonden het fijn dat de vrijwilligster zoveel respect had voor hun geloof. Dit versterkte de band tussen de vrijwilligster en de ouderen.

5.6.3 Modeshow

Zo ging de vrijwilligster ook met MRD en CR naar de modeshow. De modeshow was een goede gelegenheid om de ouderen in contact te brengen met de andere ouderen uit het woonzorgcentrum.

5.6.4 Opruimen van de kasten

Het opruimen van de kleerkasten was een manier om de ouderen tot empowerment te brengen. De ouderen besloten welke kledij weg mocht en welke ze nog wilde houden. De kledij die weg mocht, ging naar de kringloopwinkel. Zo ruimden ze ook andere kasten met oude spullen op waarbij de ouderen ook beslisten wat weg mocht en wat ze wilden houden.

5.6.5 Voetmassage

Omdat CR nooit echt tot rust kon komen, wilde de vrijwilligster een massage proberen. Zo kon CR ontspannen. In functie van empowerment, liet de vrijwilligster de keuze aan CR. Zij verkoos een voetmassage boven een handmassage en kon zich zo volledig ontspannen.

5.6.6 Wandeling

De ouderen zitten vaak alleen op hun kamer en verlangen ook om eens buiten te komen. Daarom besloten de vrijwilligers om bij mooi weer, te gaan wandelen in de tuin van het woonzorgcentrum. De keuze lag opnieuw volledig bij de ouderen. De ouderen besloten ook hoe de wandeling er zou uitzien en hoe lang ze buiten wilden blijven. Ze genoten van de wandeling en van het mooie weer.

6 Besluit

Bij het begin van mijn eindwerk luidde mijn onderzoeksvraag als volgt: ‘Is het mogelijk om via een bezoekersgroep van vrijwilligers, ouderen uit hun sociaal isolement te halen om zo een hogere levenskwaliteit te bekomen?’ Hier wilde ik dan ook heel graag een antwoord op krijgen.

Bij de vergelijking van de nulmeting met de eindmeting, kan men vaststellen dat alle ouderen, die deelnamen, hun kwaliteit van leven hoger inschatten bij de eindmeting. Ook zeggen ze genoten te hebben van het bezoek van de vrijwilligster. Daarom kunnen we stellen dat het mogelijk is om ouderen uit hun sociaal isolement te halen met behulp van vrijwilligers. Toch zijn er nog enkele kritische opmerkingen.

Een eerste belangrijke opmerking is het aantrekken van vrijwilligers. Dit is een eerste stap in het starten van een bezoekersgroep en vraagt veel voorbereidend werk. Het succes hangt volgens de literatuur af van een aantal factoren. Het hangt af van de manier waarop men zoekt, het beeld dat anderen hebben over de organisatie en de verwachtingen die men aan de vrijwilligers stelt. Ik merkte op dat het heel moeilijk is om nieuwe vrijwilligers aan te trekken. Er zijn verschillende manieren die ik probeerde, maar met weinig resultaat. Daarom vraag ik me af hoe dit komt. Hebben anderen een negatief beeld over het woonzorgcentrum of zetten de mensen uit de buurt zich niet graag in voor hun medemensen? Welke manier is dan toch de efficiëntste om vrijwilligers aan te trekken of bestaat er geen eenduidige manier? Dit zijn vragen waar ik nog steeds mee zit.

Na het aantrekken van vrijwilligers, is de volgende stap op zoek gaan naar ouderen in een sociaal isolement. Aan de hand van een activiteitenlijst, werd een duidelijk beeld verkregen over de ouderen die niet deelnemen aan groepsactiviteiten. Het niet deelnemen aan groepsactiviteiten wil niet zeggen dat deze ouderen zich in een sociaal isolement bevinden. Daarom is het noodzakelijk om over deze ouderen extra informatie te vergaren. De ouderen die uiteindelijk in een sociaal isolement verkeerden, konden kennismaken met de bezoekersgroep. Hierbij was het belangrijk om in te spelen op de interesses van deze ouderen. Op deze manier wilden ze graag deelnemen aan de bezoekersgroep.

Omdat er geen evaluatieschaal is die de kwaliteit van leven nagaat bij niet-dementerenden, stelde ik een eigen vragenlijst op waarbij ik vragen stelde over alle domeinen. Ik nam een nulmeting en een eindmeting af met dezelfde vragenlijst. Op deze manier kreeg ik een duidelijk beeld over de evolutie die de ouderen doormaakten tijdens het bezoek van de vrijwilligster. Omdat dit geen gestandaardiseerde vragenlijst is, wilde ik ook nagaan hoe de ouderen het bezoek ervaarden. Zoals ik eerder al zei, heeft deze bezoekersgroep successen behaald bij de drie deelnemende ouderen.

Toch heb ik hier nog een opmerking over. In mijn onderzoek namen maar drie ouderen deel. Hieruit kan ik geen algemeen besluit trekken over de ganse groep van sociaal geïsoleerde ouderen in een woonzorgcentrum. Dit komt ook doordat de kwaliteit van leven voor iedereen verschillend is. Het is het zeker waard om af te wegen om bij bepaalde ouderen een vrijwilliger in te schakelen, want uit mijn onderzoek blijkt dit toch effect te hebben.

7 Literatuurlijst

Abrahams, J. (1999). *De gids en reisgenoten. Omgaan met mensen met dementie*. Leuven: Apeldoorn.

Bilthoven. (2009). *Gezondheidsdeterminanten. Determinanten van psychische (on)gezondheid*. Gevonden op 7 december 2009 in RIVM Nationaal Kompas Volksgezondheid: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2694n16908.html

Buijssen, H., & Adriaansen, M. (2005). *Hulpverlening aan mantelzorgers*. Amsterdam: Boom.

Buijssen, H., & Linneman, M. (2000). Eenzaamheid bij ouderen: "Toen mijn man nog leefde, was ik gelukkig". *Nursing*, 36-37.

Diricx, B. (2004). *Eenzaamheid bij ouderen*. Mechelen: Kluwer.

Donaldson, J. M., & Watson, R. (2006). Loneliness in elderly people: an important area for nursing research. *Journal of advanced nursing*, 952-959.

Dorrestein, A., Paes, M., & van Santvoort, M. (2009). *Een verkenning van sociaal isolement en eenzaamheid*. Tilburg: PON/PRVMZ.

Fokkema, T., & van Tilburg, T. (2006). *Eenzaam en dan? De (on)mogelijkheden van interventies bij ouderen*. De Haag: NIDI.

GGD Zeeland. (2008). *Gezondheidsatlas*. Gevonden op 23 oktober 2009 op internet: http://www.ggdzeeland.nl/dbdocs/fileattachment_695.pdf

Hagebeuk-Borgman, E. (2007). *Waarom een klein dorp groot kan zijn*. Gevonden op 7 december 2009 in BavoSchool: http://www.bavoschool-ursem.nl/web/images/stories/actuele_informatie/artikel_brede_school_en_inclusie.pdf

Hambach, E. (2006). *Handboek werken met vrijwilligers, wetgeving en praktijk*. Brussel: Paliteia nv.

Hambach, E. (2002). *Vrijwilligers aantrekken is een kunst. Een praktische handleiding*. Antwerpen: Halewijn.

Hortulanus, R., Machielse, A., & Meeuwesen, L. (2003). *Sociaal isolement. Een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland*. Den Haag: Elsevier.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Machielse, A. (2006). *Social isolation and the elderly: causes and consequences*. Utrecht University, Nederland.

Maes, B., & Petry, K. (2006). Kwaliteit van leven bij personen met verstandelijke beperkingen. *Gedrag en gezondheid*, 280-295.

- Marcoen, A., Grommen, R., & Van Ranst, N. (2006). *Achtergronden: onderzoek en visies*. Leuven: Lannoo nv.
- Molemans, K. (2001). *Vrijwilligerswerk; wat kan, mag en moet. Een concrete stand van zaken*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Provinciaal steunpunt vrijwilligerswerk. (2009). *Vrijwilligerswetgeving*. Gevonden op 29 november 2009 op internet: <http://www.vrijwilligerswerk.be/>
- Schalock, R., Gardner, J., & Bradley, V. (2007). *Quality of life of persons with intellectual and other developmental disabilities*. Washington: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schoenmaekers, D., & Breda, J. (2004). *Senioren onder de loep: in hun hemd gezet of naar waarde geschat?* Universiteit Antwerpen: UA Campus Drie Eiken.
- Schrameijer, F. (1990). *Sociale steun; analyse van een paradigma*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Sprangers. (2009). *Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven*. Gevonden op 15 november 2009 in RIVM Nationaal Kompas Volksgezondheid: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2297n18749.html
- Steenssens, K., & Van Regenmortel, T. (2007). *Procesevaluatie van empowerment in buurtgebonden activeringsprojecten*. Leuven: HIVA.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. (1995). *Social psychology and health*. Buckingham: Open University.
- Van Assel, A., & Messelis, E. (2006). *Groepswork met ouderen... een vak apart?!* Antwerpen: Apeldoorn.
- van Beveren, D. (2006). *Optimaal ouder worden*. Gevonden op 25 oktober 2009 in Website voor integratieve psychologie: <http://psy.cc/psy/wiki/pmwiki.php?n=Main.6820>
- Van de Ven, L. (2007). *Psychologie van het ouder worden*. Leuven: Van Halewyck.
- van Linschoten, C. (2004). *Werken aan eenzaamheid*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- van Schijndel, P. (1992, september). Visie op zorg is visie op ouder worden. *InfoBulletin* .
- van Tilburg, T., & de Jong Gierveld, J. (2007). *Zicht op eenzaamheid: achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Vanderleyden, L., & Heylen, L. (2007). Ouderen, hun sociale contacten en de beleving ervan: continuïteit of verandering? *Tijdschrift voor sociologie* , 78.
- Vilans. (2009, februari 11). *Innovatieprogramma welzijn ouderen*. Gevonden op 17 oktober 2009 op internet: <http://www.vilans.nl/smartsite.dws?ch=def&id=24092>

Weiss, R. (1973). *Loneliness; The experience of emotional and social isolation*. Cambridge: MIT Press.

Wouters, W., Herbots, K., & Put, J. (2009). *Omgaan met vertrouwelijke informatie en beroepsgeheim door vrijwilligers*. Gevonden op 30 november 2009 op internet: <http://wvg.vlaanderen.be/vrijwilligers/documenten/onderzoek2009/Brochure%20vertrouwelijke%20info.pdf>

Xavier, F., Ferraz, M., Marc, N., Escosteguy, N., & Moriguchi, H. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr* , 31-39.

8 Bijlagen

8.1 Bijlage 1: affiche



WZC De Edelweis (Begijnendijk) zoekt

VRIJWILLIGERS

voor een *eindwerkproject*.



om individuele activiteiten uit te voeren
met ouderen die bijna altijd alleen
op hun kamers zitten.

(activiteiten in overleg met de bewoner)

**Aarzel niet, maar geef je meteen op
als vrijwilliger op het nummer**

016/53.69.11

(tussen 8.30u en 16.00u)

Voor meer vragen, haal de folder van de bezoekersgroep in het woonzorgcentrum of vraag om hem (digitaal) op te sturen.

8.2 Bijlage 2: brochure

Enkele formaliteiten

Belangrijke weetjes over vrijwilligerswerk:

- U moet een bewijs van goed gedrag en zeden kunnen voorleggen bij de inschrijving.
- U ondertekent een vrijwilligersovereenkomst zodat het woon-en zorgcentrum beroep kan doen op afgesloten verzekeringen.
- U bent verplicht u aan het beroepsgeheim te houden en zo de privacy te wijwaren.

Bezoekersgroep



Woon- en Zorgcentrum De Edelweis
(Begijnendijk)



Woon- en Zorgcentrum De Edelweis (Begijnendijk)

Website: www.edelweis.be
E-mail: info@edelweis.be
E-mail coördinator: vicly_the_group@hotmail.com
Tel.: 016/53.58.11

Vrijwilligerswerk op maat!

Onze bewoners rekenen op jullie!

Website: www.edelweis.be
E-mail: info@edelweis.be
E-mail coördinator: vicky_the_pook@btinternet.com
Tel.: 016/53.63.11



In elk woon- en zorgcentrum zijn er een aantal bewoners die niet deelnemen aan groepsactiviteiten. Dit kan door allerlei redenen zijn. Maar ook deze bewoners verdienen een waardevol en aangenaam leven. Daarom willen we er in De Edelweis voor zorgen dat iedereen aan bod komt, afhankelijk van de vraag van de bewoner.

Deze bezoekersgroep bestaat uit vrijwilligers die individueel met een bewoner aan de slag willen gaan.

In deze brochure worden de belangrijke aspecten van een bezoekersgroep besproken.

Bedoeling van een bezoekersgroep

Het gaat hier om bewoners die om welke reden ook, niet meer kunnen deelnemen aan de sociale samenleving in het rusthuis. Dit kan gaan om een fysieke beperking, angst om in een grote groep te zijn, ...

Deze bewoners hebben ook nood aan gezelschap, aandacht en iets om de dag mee door te komen. Het doel is om de bewoners uit hun sociale isolement te halen, hen meer inspraak te geven in de activiteiten die zij verkiezen en hen een aangenameer leven te laten leiden.

Wat wordt er verwacht van de vrijwilligers?

Om een bezoekersgroep te kunnen realiseren hebben we uiteraard vrijwilligers nodig. We verwachten dan ook dat de vrijwilligers zich volledig willen inzetten om de bewoners een aangename tijd te bezorgen. Ook is het heel belangrijk dat je sociale contacten kan aangaan met de bewoners en je niet terugdeinst om een vertrouwensband op te bouwen, want dit is de enige manier om een leuke tijd tegemoet te gaan met de bewoners. Het belangrijkste aspect is, dat je de bewoners op een volwassen manier gaat behandelen, zij hebben dan ook een grote levenservaring.

Op basis van je eigen interesses, mogelijkheden en wensen in verband met de bezoeken, word je gekoppeld aan een bewoner. De bewoner in kwestie heeft hier natuurlijk de grootste zeggenschap in.

Wat doen tijdens een bezoek?

Dit hangt af van de vraag van de bewoner. Zo heeft de ene bewoner nood aan een gezellige babbel terwijl een andere bewoner liever een wandeling in en rond het woon- en zorgcentrum maakt en nog weer een andere bewoner liever eens naar de markt gaat op donderdag. Hierdoor is het belangrijk dat de interesses van de vrijwilliger min of meer aansluiten bij die van de bewoner. Hier wordt dan ook voldoende rekening mee gehouden.

Samen met de bewoner beslissen jullie over een activiteit en over hoe vaak je als vrijwilliger op bezoek komt.

Dit hele proces wordt gecoördineerd door de stagiaire ergotherapeut (Vicky). Bij eventuele problemen of vragen kan u ook steeds bij haar terecht.

De Edelweis (Begijnendijk)

Website: www.edelweis.be
E-mail: info@edelweis.be
E-mail coördinator: vicky_the_pook@btinternet.com
Tel.: 016/53.63.11

8.4 Bijlage 4: vragenlijst kwaliteit van leven

1. Materieel welbevinden

Hoe tevreden bent u over de mate waarin u bezittingen van thuis hebt mogen meebrengen naar het woonzorgcentrum?

- Helemaal niet tevreden
- Niet tevreden
- Noch tevreden, noch ontevreden
- Tevreden
- Heel tevreden

Hoe tevreden bent uw over het woonzorgcentrum algemeen?

- Helemaal niet tevreden
- Niet tevreden
- Noch tevreden, noch ontevreden
- Tevreden
- Heel tevreden

2. Persoonlijke ontplooiing

Hoe tevreden bent u over de aangeboden activiteiten?

- Helemaal niet tevreden
- Niet tevreden
- Noch tevreden, noch ontevreden
- Tevreden
- Heel tevreden

In welke mate worden activiteiten verricht die u aanspreken?

- Helemaal niet
- Weinig
- Middelmatig
- Veel
- Extreem veel

Vindt u dat u voldoende nieuwe dingen bijleert?

- Helemaal niet
- Weinig
- Middelmatig
- Veel
- Extreem veel

3. Sociale inclusie

Hoe tevreden bent u over uw deelname in groepsactiviteiten?

- Helemaal niet tevreden
- Niet tevreden
- Noch tevreden, noch ontevreden

- Tevreden
- Heel tevreden

Krijgt u de emotionele steun die u nodig heeft van anderen?

- Helemaal niet
- Weinig
- Middelmatig
- Veel
- Extreem veel

Heeft u het gevoel dat u geaccepteerd wordt? Zowel door vrienden, als familie, als personeel.

- Helemaal niet
- Weinig
- Middelmatig
- Veel
- Extreem veel

4. Lichamelijk welbevinden

Hebt u mogelijkheden tot ontspanning? Hoe dichterbij nul, hoe minder ontspanning, hoe dichterbij 5, hoe meer ontspanning mogelijk is.

Helemaal niet 0 1 2 3 4 5 Extreem veel

Bent u tevreden met uw mogelijkheden om alledaagse activiteiten te verrichten?

- Helemaal niet tevreden
- Niet tevreden
- Noch tevreden, noch ontevreden
- Tevreden
- Heel tevreden

Hoe tevreden bent u met uw gezondheid?

- Helemaal niet tevreden
- Niet tevreden
- Noch tevreden, noch ontevreden
- Tevreden
- Heel tevreden

Op welke dagen heeft u, de afgelopen 3 dagen om uw lichamelijke of geestelijke gezondheidsredenen niet deelgenomen aan activiteiten op de afdeling? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- Geen enkele dag
- Gisteren
- Eergisteren
- 3 dagen geleden

Op welke dagen heeft u, de afgelopen 3 dagen om uw lichamelijke of geestelijke gezondheidsredenen geen contacten aangegaan met uw vrienden? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- Geen enkele dag

- Gisteren
- Eergisteren
- 3 dagen geleden

Hoe tevreden bent u met uw leefomstandigheden (de mate waarin zelfstandig dingen kan doen zoals wandelen, naar toilet gaan, ...)?

- Helemaal niet tevreden
- Niet tevreden
- Noch tevreden, noch ontevreden
- Tevreden
- Heel tevreden

5. Zelfbepaling

Hoe vaak heeft u de voorbije 2 weken de kans gekregen om eigen keuzes te maken?

- Nooit
- Zelden (minder dan 2 dagen)
- Redelijk vaak (tussen de 2 en de 7 dagen)
- Zeer vaak (tussen de 8 en de 13 dagen)
- Altijd (dagelijks)

Hoe vaak heeft u de afgelopen 2 weken zelf beslissingen genomen over uw leven?

- Nooit
- Zelden (minder dan 2 dagen)
- Redelijk vaak (tussen de 2 en de 7 dagen)
- Zeer vaak (tussen de 8 en de 13 dagen)
- Altijd (dagelijks)

Bent u tevreden over de mate waarin u beslissingen kan nemen?

- Helemaal niet tevreden
- Niet tevreden
- Noch tevreden, noch ontevreden
- Tevreden
- Heel tevreden

Kan u uw leven in eigen handen nemen?

- Helemaal niet
- Weinig
- Middelmatig
- Veel
- Extreem veel

Bent u tevreden over de mate waarin u uw eigen leven in handen kan nemen?

- Helemaal niet tevreden
- Niet tevreden
- Noch tevreden, noch ontevreden
- Tevreden
- Heel tevreden

6. Rechten

Heeft u de indruk dat iedereen gelijk behandeld wordt?

- Helemaal niet
- Weinig
- Middelmatig
- Veel
- Extreem veel

Heeft u veel privacy?

- Helemaal niet
- Weinig
- Middelmatig
- Veel
- Extreem veel

7. Sociale relaties

Hoeveel vrienden heeft u binnen het woonzorgcentrum?

- 0-5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- Meer dan 20

Welk geslacht komt het vaakst voor?

- Man
- Vrouw

Hoe vaak krijgt u bezoek?

- Nooit
- 1 keer per jaar
- 1 keer per 6 maanden
- 1 keer per 3 maanden
- 1 keer per 2 maanden
- 1 keer per maand
- 1 keer per 2 weken
- 1 keer per week
- Meer dan 1 keer per week

Wie komt er het vaakst op bezoek? Rangschik van 1 tot 6. Wie het vaakst op bezoek komt, krijgt nummer 1, wie het minst of niet op bezoek komt krijgt het hoogste nummer.

- . Partner
- . Kinderen (dochter/zoon)
- . Kleinkinderen
- . Achterkleinkinderen
- . Neef/nicht
- . Broer/zus
- . Vrienden/buren/andere ...

Hoe tevreden bent u met de steun die u van uw vrienden krijgt?

- Helemaal niet tevreden
- Niet tevreden
- Noch tevreden, noch ontevreden
- Tevreden
- Heel tevreden

Hoe tevreden bent u met uw vrienden?

- Helemaal niet tevreden
- Niet tevreden
- Noch tevreden, noch ontevreden
- Tevreden
- Heel tevreden

Hoe tevreden bent u met het bezoek dat u krijgt?

- Helemaal niet tevreden
- Niet tevreden
- Noch tevreden, noch ontevreden
- Tevreden
- Heel tevreden

8. Emotioneel welbevinden

Hoe vaak heeft u de voorbije 2 weken genoten van uw leven?

- Helemaal niet
- Weinig
- Middelmatig
- Veel
- Extreem veel

In welke mate heeft u de voorbije 2 weken het gevoel gehad dat uw leven betekenisvol is?

- Helemaal niet
- Weinig
- Middelmatig
- Veel
- Extreem veel

Hoe vaak heeft u negatieve gevoelens zoals sombere stemming, wanhoop, angst en depressie gehad in de voorbije 2 weken?

- Nooit
- Zelden (minder dan 2 dagen)
- Redelijk vaak (tussen de 2 en de 7 dagen)
- Zeer vaak (tussen de 8 en de 13 dagen)
- Altijd (dagelijks)

Bent u tevreden met uzelf?

- Helemaal niet tevreden
- Niet tevreden

- Noch tevreden, noch ontevreden
- Tevreden
- Heel tevreden

Hoe veilig voelt u zich in uw dagelijks leven?

- Helemaal niet
- Weinig
- Middelmatig
- Veel
- Extreem veel