

Zorg voor de oudere

Zorg

Een veelzijdige
aanpak: vandaag,
morgen en in de
toekomst

voor de
oudere

| OWL PRESS |

Sara Bullens
Wouter Grommen
Annelies Noben

DEEL 1

DE OUDERE ALS PERSOON

Hoofdstuk 1: Werken met en voor ouderen	19
1.1 Inleiding	19
1.2 Dé oudere bestaat niet	20
1.3 Methodisch handelen	34
1.4 Verpleegkundige uitdagingen	45
1.5 Conclusie	47

DEEL 2

DE OUDERE MET EEN GERIATRISCH PROFIEL

Hoofdstuk 2: Het geriatrische profiel	51
2.1 Inleiding	51
2.2 Verminderde homeostase	52
2.3 Gewijzigde presentatie van ziekten	56
2.4 Multimorbiditeit	58
2.5 Geriatrische syndromen/reuzen	59
2.6 Somato-psychosociale verwevenheid	62
2.7 Polyfarmacie	63
2.8 Frailty	64
2.9 Het Comprehensive Geriatric Assessment	66
2.10 Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt	67
2.11 Conclusie	69
Casus: Jules	70

Hoofdstuk 3: Farmacologie	77
3.1 Inleiding	77
3.2 Leeftijdsgebonden veranderingen in farmacokinetiek	78
3.3 Leeftijdsgebonden veranderingen in farmacodynamiek	87
3.4 Algemene aandachtspunten bij specifiek medicatiegebruik bij ouderen	88
3.5 Conclusie	89
Casus: Karel	90

Hoofdstuk 4: Vallen	93
4.1 Inleiding	93
4.2 Risicofactoren voor vallen	95
4.3 Multifactoriële aanpak bij ouderen met een verhoogd valrisico in de thuisituatie	96
4.4 Multifactoriële aanpak bij ouderen met een verhoogd valrisico in de woonzorgcentra	107
4.5 Multifactoriële aanpak bij geriatrische patiënten in het ziekenhuis	109
4.6 Conclusie	110
Casus: Giovanni	111
Hoofdstuk 5: Incontinentie	115
5.1 Urinaire incontinentie en veroudering	115
5.2 Etiologie van urinaire incontinentie	116
5.3 Soorten urinaire incontinentie	122
5.4 Diagnosestelling van urinaire incontinentie	124
5.5 Management van urinaire incontinentie	128
5.6 Conclusie	133
Casus: Maria, Marc en Elza	134
Verklarende woordenlijst	135
Hoofdstuk 6: Ondervoeding bij de kwetsbare oudere	137
6.1 Prevalentie van malnutritie in België	137
6.2 Verhoogde gevoeligheid voor ondervoeding	138
6.3 Gevolgen van ondervoeding	139
6.4 Risico-inschatting en vroegsignalisering	139
6.5 Een multifactorieel probleem	146
6.6 Interventies bij ondervoeding	153
6.7 Ondervoeding in de palliatieve fase	157
6.8 Conclusie	160
Casus: Maurice	161

Hoofdstuk 7: Hartfalen en het cardiorenaal syndroom	163
7.1 Inleiding	163
7.2 Korte herhaling anatomie en fysiologie	163
7.3 Leeftijdsgebonden veranderingen in structuur en functie van arteriën en het hart	166
7.4 Definitie en pathofysiologie van hartfalen	168
7.5 De zorg aan de geriatrische patiënt met hartfalen	172
7.6 Cardiorenaal syndroom	174
7.7 Conclusie	176
Casus: Jos	177

Hoofdstuk 8: De geriatrische patiënt op de spoedgevallendienst	179
8.1 Inleiding	179
8.2 Indicaties	180
8.3 Uitkomsten	181
8.4 De algemene spoedpopulatie versus de geriatrische spoedpopulatie	181
8.5 Benadering van geriatrische patiënten op spoed	186
8.6 Algemene aanbevelingen	189
8.7 Conclusie	190
Casus: Jos (vervolg)	191

DEEL 3

DE OUDERE MET PSYCHISCHE PROBLEMEN

Hoofdstuk 9: Dementie	195
9.1 Inleiding	195
9.2 Beperkte neurocognitieve stoornis	196
9.3 Uitgebreide neurocognitieve stoornis	197
9.4 Subtypes van beperkte en uitgebreide neurocognitieve stoornissen	199
9.5 Symptomen bij dementie	204
9.6 Diagnosestelling	206
9.7 Medicamenteuze behandeling	209
9.8 Gevolgen van dementie	210
9.9 Conclusie	212
Casus: Valère, Jeanine en Jean	213
Hoofdstuk 10: Depressie	215
10.1 Inleiding	215
10.2 Definitie van depressie	216
10.3 Early-onset-depressie versus late-onset-depressie	218
10.4 Oorzaken en risicofactoren	219
10.5 Gevolgen van depressie bij ouderen	220
10.6 Verpleegkundige screening naar depressie	221
10.7 Behandeling van depressie bij ouderen	226
10.8 Verpleegkundige benadering van depressie	228
10.9 Conclusie	230
Casus: Elza	231
Hoofdstuk 11: Delier	233
11.1 Definitie van het delirium met bijhorende kernsymptomen	233
11.2 Verschillende uitingsvormen	238
11.3 Oorzaken van delier	239
11.4 Differentiaaldiagnose delier – dementie – depressie	240
11.5 Gevolgen van delier	241
11.6 Predisponerende en precipiterende factoren van delier	242
11.7 Diagnosestelling van delier	244
11.8 Behandeling van een delier	248
11.9 Conclusie	252
Casus: Fons	253

Hoofdstuk 12: Rouw, eenzaamheid, levensmoeheid en suïcide 255

12.1 Inleiding	255
12.2 Verdriet en rouw	256
12.3 Eenzaamheid	259
12.4 Levensmoeheid	269
12.5 Suïcide	272
12.6 Conclusie	281
Casus: Stefanie	283

Hoofdstuk 13: Baden zonder strijd 285

13.1 Inleiding	285
13.2 Hardnekkige mythen omtrent baden	286
13.3 Oorzaken van het conflict	288
13.4 Strategieën om de strijd te staken	289
13.5 Methoden van baden	294
13.6 De haarwassing	300
13.7 Conclusie	301
Casus: Anne en Jeanne	302

Hoofdstuk 14: Dementievriendelijke woonomgeving 305

14.1 Inleiding	305
14.2 Een dementievriendelijke architectuur en inrichting	308
14.3 Een levensprikkelende omgeving – een wankel evenwicht	311
14.4 Evolutie naar kleinschalige wooneenheden	314
14.5 Conclusie	316
Casus: Pierre, Marie en Lea	317

DEEL 4

DE OUDERE IN DE MAATSCHAPPIJ

Hoofdstuk 15: Mantelzorg, ontspoorde zorg en ouderenmis(be)handeling	321
15.1 Inleiding	321
15.2 Mantelzorg	322
15.3 Ontspoorde zorg	330
15.4 Ouderenmisbehandeling	331
15.5 Conclusie	347
Casus: Marc, Gust en Liliane	348
Hoofdstuk 16: Familiebegeleiding	351
16.1 Inleiding	351
16.2 Het belang van kwaliteitsvolle begeleiding van familieleden	352
16.3 De ‘lastige’ familie	353
16.4 Communicatieve vaardigheden en attitude	354
16.5 Valkuilen	359
16.6 Conclusie	360
Casus: Mohamed	361
Hoofdstuk 17: Seksualiteit en intimiteit	363
17.1 Inleiding	363
17.2 Seksualiteit in haar blootje!	363
17.3 Gero-seks	367
17.4 Werken aan seksueel welzijn	369
17.5 Seksualiteit en grenzen	375
17.6 Conclusie	380
Casus: Rita	381

Hoofdstuk 18: Fixatiearme zorg	383
18.1 Algemene kadering	383
18.2 Wetgeving in België	386
18.3 Gevolgen van vrijheidsbeperking	387
18.4 Fixatiearme zorg in de praktijk	387
18.5 Conclusie	393
Casus: Maria	394
Hoofdstuk 19: Levensende zorg	395
19.1 Belangrijke aspecten van palliatieve zorg en kwaliteit van sterven	395
19.2 Voorafgaande of vroegtijdige zorgplanning (advance care planning)	396
19.3 Pijncontrole bij palliatieve zorgen	403
19.4 Palliatieve sedatie	406
19.5 Conclusie	409
Casus: Louis	410
Over de auteurs	413
Bronnen	414

Woord vooraf

Voor ons, lectoren aan hogeschool PXL, is ouderenzorg het mooiste domein dat er is. Sinds september 2016 vernieuwden de Vlaamse bacheloropleidingen Verpleegkunde hun curriculum en werd de opleiding verlengd van drie naar vier jaar. Een uitgelezen kans om het domein ouderenzorg meer *in the picture* te zetten.

De snelle groei van het aantal ouderen plaatst onze samenleving voor enorme uitdagingen. Het is dan ook van het grootste belang dat (toekomstige) verpleegkundigen optimaal worden voorbereid op de complexiteit van het leren omgaan met (kwetsbare) ouderen, die aanspraak maken op persoonsgerichte zorg en een hoge kwaliteit van leven, ook op vergevorderde leeftijd.

Dit leerboek biedt gerontologische en geriatrie kennis en inzichten die verpleegkundigen nodig hebben om toekomstige uitdagingen in de ouderenzorg aan te kunnen gaan. Het boek is onderverdeeld in vier delen: ‘De oudere als persoon’, ‘De oudere met een geriatrisch profiel’, ‘De oudere met psychische problemen’ en ‘De oudere in de maatschappij’.

Deel 1, ‘De oudere als persoon’, geeft je inzicht in het proces van het ouder worden. Verder worden de toekomstige uitdagingen voor de verpleegkundige praktijk toegelicht en biedt dit deel inzichten die verpleegkundigen nodig hebben om ouderen op maat te ondersteunen om zo gezond mogelijk ouder te worden.

In deel 2, ‘De oudere met een geriatrisch profiel’, staat de kwetsbaarheid van de geriatrische patiënt centraal. De groep van kwetsbare ouderen met een complexe zorgvraag zal immers ook blijven groeien. Deze ouderen hebben baat bij een specifieke geriatrische benadering, wat de nodige geriatrische kennis en kunde vergt van verpleegkundigen. Hier komen thema’s aan bod zoals ondervoeding, vallen, hartfalen, de geriatrische patiënt op de spoedgevallendienst, farmacologie en urinaire incontinentie.

Deel 3, 'De oudere met psychische problemen', zoomt in op de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen bij ouderen, zoals dementie, delier en depressie, maar ook rouw, eenzaamheid, levensmoeheid en suïcide worden verder toegelicht. Psychische problemen bij ouderen worden immers nog steeds miskend, alsof mentaal lijden een normaal onderdeel zou zijn van ouder worden. Aangezien dit een onderbelichte problematiek is, willen we met dit deel psychische problemen bij ouderen graag meer bespreekbaar maken.

Het vierde deel, 'De oudere in de maatschappij', staat stil bij psychosociale uitdagingen: ouderenmis(be)handeling, familiebegeleiding, seksualiteit en intimiteit, fixatiearme zorg en levenseindezorg. Uiteindelijk worden verpleegkundigen ook met deze maatschappelijke uitdagingen geconfronteerd in de dagdagelijkse praktijk.

Ten slotte hebben we na elk hoofdstuk herkenbare casussen toegevoegd om de theorie om te zetten naar de verpleegkundige praktijk. Onze ouderen verdienen immers kwaliteitsvolle zorg!

DEEL 1

De oudere als persoon

HOOFDSTUK 1: WERKEN MET EN VOOR OUDEREN

1.1 Inleiding

De toename van het aantal ouderen is een universeel fenomeen en een geleidelijk vorderend proces dat zich ook in Vlaanderen afspeelt. We kunnen zelfs spreken van het ontstaan van een ‘continent van ouderen’. De zorg voor ouderen heeft als voornaamste doel de kwaliteit van het leven in de laatste levensfase zo goed mogelijk te bewaren en ouderen zo lang en zelfstandig mogelijk, liefst in de thuisomgeving, te laten functioneren. Binnen de groep van ouderen is er een grote heterogeniteit. Ouderen anno 2023 zijn gemiddeld ouder, wijzer, maar ook kritischer, mondiger en beter geïnformeerd, en vragen dan ook een specifieke deskundigheid van verpleegkundigen.

In het eerste deel van dit hoofdstuk zal de veelzijdige grote groep van ouderen onder de loep genomen worden. Die bestaat zowel uit actieve en valide als kwetsbare ouderen. Iedere oudere draagt een hele familiegeschiedenis met zich mee. Ouderen hebben veel geleefd en beleefd. Vandaag willen ze, zeker als het op zorg- en dienstverlening aankomt, niet betutteld worden. Ouderen streven naar een autonomie in verbondenheid. Vertrekkend vanuit hun levensverhaal kunnen verpleegkundigen dan persoons- en doelgerichte zorg bieden, binnen een trajectbegeleiding met casemanagement als methodiek. Ten slotte zorgen de vergrijzing en verzilvering voor heel wat uitdagingen voor de verpleegkundige praktijk. Naast de verpleegkundige werkterreinen zullen de kansen en opportuniteiten bekeken worden vanuit de oudere van de toekomst!

1.2 Dé oudere bestaat niet

1.2.1 Diversiteit onder ouderen

Een van de uitgangspunten binnen de ouderenzorg is dat dé oudere persoon niet bestaat! Het gaat om een zeer heterogene groep van 65-plussers, een leeftijd die zal evolueren naar 67 jaar, op vlak van leeftijd, demografische kenmerken, tijdsbesteding, culturele achtergrond, seksuele geaardheid... Iedere mens wordt op een andere manier ouder. Er bestaan grote verschillen tussen individuen en er is dus ook een grote diversiteit in de wijze waarop we ouder worden. Geerts & Van Velthoven (2021) typeren twee tegenovergestelde profielen: de *silver ones & wifty's*, een grote groep van vitale ouderen met nogal wat middelen, een afbetaalde hypotheek, kinderen uit het huis en dus geld en tijd om leuke dingen te doen, en de *kwetsbare ouderen*. Onder de twee algemene profielen schuilen echter uiteenlopende subprofielen, zoals de vitale oudere zorgontvanger, de pregeriatrische zorgontvanger, de geriatrische zorgontvanger, oudere volwassenen met een migratieachtergrond en holebi-ouderen.

Verpleegkundigen werken met en voor vitale oudere personen, kwetsbare oudere personen en oudere personen met een geriatrisch profiel. Deze profielen van ouderen kan de verpleegkundige ontmoeten in de verschillende woonvormen van de ouderenzorg. In onderstaande figuur wordt een onderscheid gemaakt tussen de oudere in de thuisomgeving, de oudere in het (psychiatrisch) ziekenhuis en de oudere in het woonzorgcentrum. Hieraan worden telkens de verpleegkundige interventies gekoppeld. Op het einde van dit hoofdstuk wordt nog duidelijk dat er andere toekomstige verpleegkundige uitdagingen zijn binnen de ouderenzorg.



Figuur 1.1: De oudere in de verschillende woonvormen (Inghelbrecht et al., 2022)

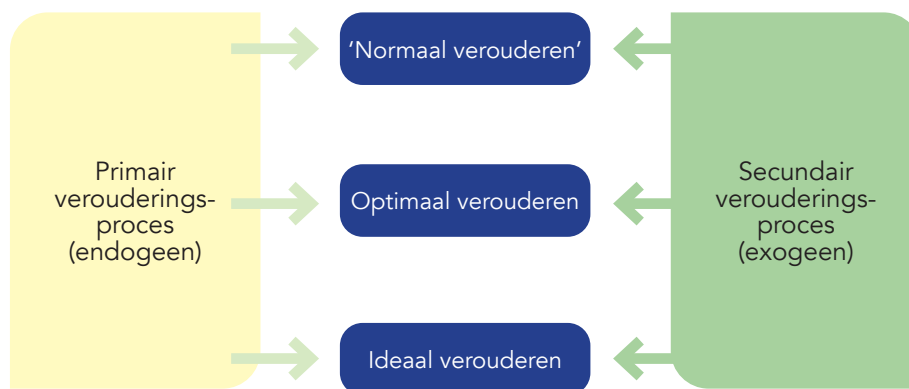
1.2.2 Gezondheid en levensloop

Veroudering: een demografisch probleem of succesverhaal?

De huidige vergrijzing van de bevolking is één van de ingrijpendste demografische veranderingen waarmee de mens ooit is geconfronteerd. Deze vergrijzing betekent een verschuiving in de leeftijdsopbouw van de bevolking waarbij het aandeel jongeren afneemt, *ontgroening*, en het aandeel ouderen toeneemt, *vergrijzing*. Niet alleen komen er steeds meer ouderen, maar ze worden ook steeds ouder. Dit fenomeen wordt *dubbele vergrijzing of verzilvering* genoemd. Deze stijging in levensduur is het directe gevolg van betere hygiëne en lagere kindersterfte, samen met de vooruitgang in de medische zorg en veranderingen in de leefstijl.

In het vorige onderdeel werd duidelijk dat ouderen steeds meer van elkaar gaan verschillen en er een grote diversiteit bestaat, aangezien het verouderingsproces bij elke oudere anders zal verlopen. Volgens Mets (2022) is *veroudering*: ‘*Met de tijd toenemend optreden van ogenschijnlijk spontane, irreversibele veranderingen.*’ Deze vermindering aan reservecapaciteit in verschillende fysiologische systemen gebeurt systematisch binnen het normale verouderingsproces. Deze verstoring kan ervoor zorgen dat er een onevenwicht ontstaat in de fysiologische systemen, waardoor de drempel tot het ontwikkelen van een beperking overschreden wordt en ziekten worden veroorzaakt. Hierdoor kan de oudere kwetsbaar worden en meerdere ziekten tegelijkertijd ontwikkelen. Dit stochastisch proces is typerend voor de oudere die gekenmerkt wordt met het geriatrie profiel. Volgens Mets is *geriatrie* (2022): ‘*Een vorm van de geneeskunde die zich richt op preventie, diagnostiek en behandeling van ziekten die wat betreft hun oorzaak samenhangen met veroudering of in sterke mate worden beïnvloed door veroudering van de betreffende patiënt.*’ Het is een jonge specialiteit binnen inwendige geneeskunde die meer gericht is op kwaliteit van leven dan op de kwantitatieve verlenging van de levensduur. Het geriatrie profiel wordt verder toegelicht in hoofdstuk 2. Bovenstaande definitie bekijkt verouderen (*senescing*) zeer sterk vanuit biologisch perspectief. Binnen het holistische model van ouder worden wordt verouderen ook bekeken vanuit een psychologische (*geronting* of uitrijpen) en sociale invalshoek (*eldering* of op leeftijd komen). Volgens Goris (2022) is *psychologische veroudering*: ‘*De processen in volwassen organismen van aanpassing en optimalisering van zelfregulering en onafhankelijkheid van de omgeving in de aanwezigheid van enkele afnemende capaciteiten en middelen*’ en *sociale veroudering*: ‘*De processen van sociale rolverandering en gedrag bij volwassenen die verwacht worden door oudere individuen in een samenleving.*’

In figuur 1.2 wordt geïllustreerd dat het biologische verouderingsproces in eerste instantie een endogeen proces is dat genetisch bepaald is. Op dit *primaire verouderingsproces* kan geen invloed uitgeoefend worden. De mens heeft volgens zijn genetische aanleg een maximale levensduur van 122 jaar. Deze levensverwachting wordt meebepaald door exogene factoren zoals leefstijl en omgevingsfactoren, die een positieve (het hebben van een sociaal sterk netwerk, lichaamsbeweging, een gezond voedingspatroon...) of negatieve invloed (roken, alcoholmisbruik, luchtvervuiling...) kunnen hebben op het proces van verouderen. Dit wordt *secundaire veroudering* genoemd.



Figuur 1.2: Primair en secundair verouderingsproces (Mets, 2022)

De levensverwachting hangt dus af van zowel het primaire als het secundaire verouderingsproces. Wanneer er geen invloed wordt uitgeoefend op de exogene factoren en levensgewoonten, is dit *normaal verouderen*. Als verpleegkundige kan je een belangrijke rol spelen om een stap te zetten richting *optimaal verouderen*. Vanuit de principes van *healthy ageing* ga je als ouderencoach inspelen op de leefstijl en omgevingsfactoren van de oudere in het zo gezond mogelijk ouder worden. Wanneer al deze exogene factoren afwezig zouden zijn en er dus geen invloed meer is op het verouderen van buitenaf, spreken we over *ideaal verouderen*.

Het nieuwe ouder worden: Healthy and Active Ageing

Het verouderingsproces zorgt ervoor dat we op latere leeftijd gevoeliger worden voor beperkingen in het functioneren en voor ziekte. Via gezondheids promotie en -preventie kunnen verpleegkundigen ouderen educeren en coachen over het belang van een gezonde leefstijl en gezondheidsgedrag, al dan niet in samenwerking met preventief ondersteunende diensten zoals het Vlaams Instituut Gezond Leven, het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen, het Vlaams

Expertisecentrum Suïcidepreventie, het Vlaams Expertisepunt mantelzorg en het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. Er zijn verschillende preventieve mogelijkheden bij ouderen:

- niet roken
- alcohol vermijden
- voldoende beweging en fysieke activiteit
- gezonde en aantrekkelijke voeding (o.a. door meer aroma's te gebruiken)
- lawaai en uv-licht vermijden
- cognitief actief blijven
- sociale contacten onderhouden, eenzaamheid vermijden

Daarnaast kunnen verpleegkundigen ook nog bijkomende informatie geven in het kader van *primaire* (het voorkomen van een ziekte of het wegnemen van de oorzaken van een ziekte) en *tertiaire preventie* (het verkleinen van de impact van een ziekte en het voorkomen van een verslechtering van de gezondheidstoestand), zoals mondhygiëne, continenzorg, slaap, vaccinaties, seksualiteit en intimiteit, thuiszorgondersteuning, het gebruik van hulpmiddelen en zorgtechnologie en het aanpassen van de woning. In het kader van *secundaire preventie* kunnen verpleegkundigen ouderen aansporen om deel te nemen aan de bevolkingsonderzoeken met systematische screenings, zoals dikkedarmkanker, baarmoederhalskanker en borstkanker. Zo kunnen maligniteiten in een vroeg stadium opgespoord worden, zodat de ziekte sneller kan behandeld worden. In het werken met ouderen kan er zelfs een vierde vorm van preventie, *quaternaire preventie*, onderscheiden worden. Deze preventie houdt het vermijden van onnodige interventies in waarbij de focus op kwaliteit van leven ligt. Een voorbeeld hiervan is comfortzorg in het kader van levenseindezorg.

Narratieve zorg

In het werken met en voor ouderen is het *levensloopmodel* een belangrijke manier om groei en verandering in de levensloop van de oudere te bekijken. Men is niet oud, men wordt oud. Een levensloopmodel houdt dan ook rekening met veranderingen die zich gedurende de hele levensloop voordoen. Om veranderingen in functie van leeftijd en verouderen te begrijpen, dient rekening gehouden te worden met verschillende gebeurtenissen die in iemands leven kunnen plaatsvinden. Geerts & Van Velthoven (2021) maken een onderscheid tussen de *leeftijdsgebonden normatieve gebeurtenissen* (gebeurtenissen die sterk beïnvloed zijn door de chronologische leeftijd), de *historisch normatieve gebeurtenissen* (gebeurtenissen die historisch bepaald en gekoppeld zijn aan de generatie waartoe men behoort) en de *niet-normatieve gebeurtenissen* (gebeurtenissen die niet aan leeftijd of geschiedenis gebonden

zijn). Bij de niet-normatieve gebeurtenissen kan ook het niet optreden van een gebeurtenis (*non-event*) of de timing waarop een gebeurtenis plaatsvindt een belangrijke invloed uitoefenen op een persoon (*off time event*).

Narratieve zorg is een methodiek om het levensverhaal van ouderen te reconstrueren. Het geeft aan de oudere betekenisverlening aan levensgebeurtenissen door het verhaal te beschouwen in het hier-en-nu. Het biedt een antwoord op de vraag ‘Wie ben ik?’ en werkt identiteitsversterkend. Het maakt de (kwetsbare) oudere terug meester van zijn eigen leven. De oudere haalt levenskracht uit zijn eigen levensverhaal en krijgt meer het gevoel zijn leven terug in handen te hebben, waardoor zijn kwetsbaarheid afneemt en het gevoel van autonomie versterkt wordt. Zijn gevoel van afhankelijkheid vermindert en hij wordt ertoe aangezet de controle op te nemen.

De methodiek van narratieve zorg werkt met positieve herinneringen en/of met (verwerkte) negatieve herinneringen. Het is geen therapie voor de behandeling van een klinische depressie, maar het werkt wel preventief bij mensen met depressieve gevoelens.

Doelstellingen

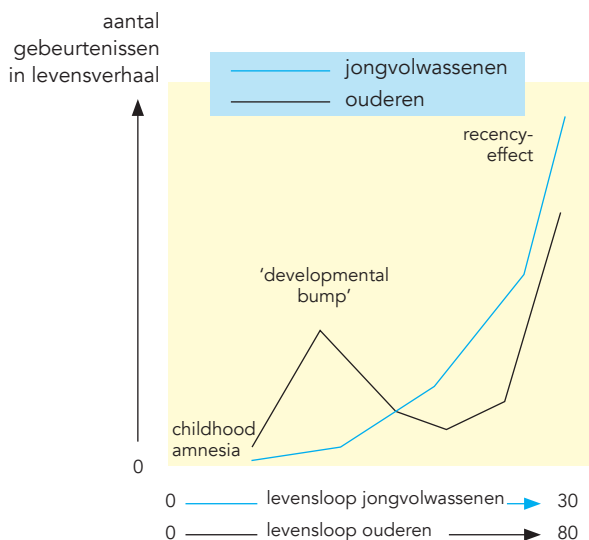
Het werken met levensverhalen biedt heel wat voordelen, maar er zijn ook hindernissen in deze vorm van narratieve zorg, zowel bij *de oudere* als *de verpleegkundige*.

OUDERE	VERPLEEGKUNDIGE
<ul style="list-style-type: none"> – Een gevoel van toegenomen persoonlijke kracht. – Het herontdekken van copingmechanismen uit het verleden. – Het verwerken van negatieve gevoelens. – Een verzoening met het verleden. – Het gevoel een bijdrage te hebben geleverd. – Ervaring in de zin van het leven. – Her(be)leven van interesses in activiteiten. – Vermogen om het einde onder ogen te zien. 	<ul style="list-style-type: none"> – Een betere kennis van de oudere. – Een beter zicht op wat de oudere meemaakte en hoe die daarmee omging. – Een zicht op de relaties van de oudere met de verschillende naastbestaanden en hun betekenis. – Een beter zicht op de gebruiken van de oudere: ‘Hoe vulde die zijn dag?’ – Een beter zicht op de belangrijke normen en waarden die de zorgvrager hanteer(de)t.

Tabel 1.1: Doelstellingen voor de oudere en verpleegkundige (Voets & Dormaels, 2015)

Herinneringen

Bij het verouderen worden het werkgeheugen en het episodische geheugen aangetaast. Het autobiografische geheugen, wat een onderdeel is van het episodische geheugen, omvat de persoonlijke levensverhalen en herinneringen. Het wordt moeilijker voor ouderen om ervaringen uit het verleden terug op te halen, maar ouderen kunnen zich nog wel hun eerste ervaringen met een emotionele betekenis levendig herinneren, zoals de eerste kus en de eerste verliefdheid. Deze herinneringen hebben plaatsgevonden tussen 16 en 30 jaar en worden in figuur 1.3 voorgesteld als de *ontwikkelingsbult*. Een andere verklaring is dat tijdens deze periode de eigen identiteit zich ontwikkelt en men meer ontvankelijk is voor de dingen die buiten zichzelf gebeuren, waardoor het geheugen gemakkelijker geprikkeld wordt. Bij de jongvolwassene is er een overaanbod van recente gebeurtenissen, wat het *recentheidseffect* wordt genoemd. In tegenstelling tot de oudere, bouwt de jongvolwassene de ontwikkelingsbult geleidelijk op.



Figuur 1.3: Herinneringen bij ouderen (Voets & Dormaels, 2015)

Infantiele amnesie ten slotte betekent dat er minder herinneringen zijn uit de vroege kinderjaren, waardoor de eerste jaren niet toegankelijk zijn. Een verklaring hiervoor kan zijn dat het autobiografische geheugen pas volledig ontwikkeld is op vijfjarige leeftijd.

Het levensverhaal bij ouderen

Bij de meeste ouderen overheersen drie *perspectieven op de toekomst*. De oudere beschouwt de komende jaren als:

- **Reservetijd:** de oudere geniet van zijn tijd, van de kleine dingen, eerder op een passieve manier. Er is een groot verlangen naar vroeger aanwezig en de oudere vervreemdt van het huidige en is niet meer actief betrokken. Vroeger was alles beter dan nu!
Voorbeeld: de oudere ziet de zin niet meer in om met een smartphone te leren werken.
- **Toegift:** de oudere is blij met de extra tijd die hij krijgt, investeert in sociale contacten en ‘ligt niet wakker van zaken’. Hij geniet van wat hij heeft opgebouwd.
Voorbeeld: de oudere blijft bezig met zijn hobby’s of gaat compensatie zoeken voor de activiteiten die hij niet langer meer kan uitoefenen door zijn hoge leeftijd.
- **Bevrijding:** de oudere gaat op zoek naar nieuwe mogelijkheden en kan daarvan genieten.
Voorbeeld: de oudere gaat computerles volgen om met zijn kleinzoon te kunnen e-mailen.

Infobox

Narratieve zorg in de praktijk

Doorheen verschillende gesprekken wordt het levensverhaal van de oudere samengesteld waarbij er gewerkt wordt met vaste thema’s binnen de chronische ouderenzorg (woonzorgcentrum, thuiszorg en ouderenverenigingen): kindertijd en jeugd, volwassenheid: werk en/of zorg, sociale relaties, moeilijke periodes, dierbare herinneringen, krachten en betekenis en toekomst.

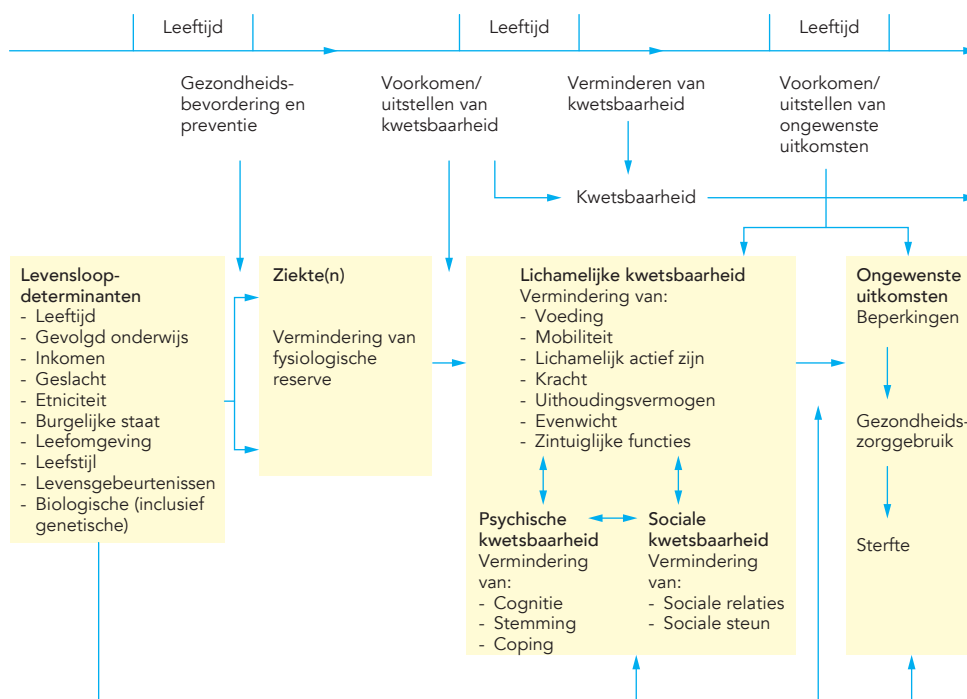
Meer info: www.cgg-brussel.be

1.2.3 Kwetsbaarheid: een multidimensionaal concept

Een integrale benadering

Een van de twee profielen binnen de zeer heterogene groep van 65-plussers zijn kwetsbare ouderen. Het begrip *kwetsbare oudere* is relatief nieuw. Kwetsbaarheid, broosheid of *frailty* is van oorsprong een medisch concept dat vooral inzoomde op lichamelijke problemen die ouderen kunnen hebben. Het begrip *kwetsbaarheid* werd de afgelopen jaren ruimer geïnterpreteerd. Het zoomt niet alleen in op de

lichamelijke problemen, maar ook op de psychische en sociale problemen. Dit holistische mensbeeld is ook het uitgangspunt in het werken met en voor ouderen als verpleegkundige. Gobbens et al. (2010) omschrijven *kwetsbaarheid* als: ‘Een dynamische toestand waarin een individu verkeert die tekorten heeft in één of meerdere domeinen van het menselijk functioneren (lichamelijk, psychisch, sociaal) die onder invloed van variabelen wordt veroorzaakt en die de kans op het optreden van ongewenste uitkomsten vergroot.’ In figuur 1.4 wordt het traject van kwetsbaarheid gevisualiseerd naar ongewenste uitkomsten.



Figuur 1.4: Een conceptueel model van kwetsbaarheid (Gobbens et al., 2010)

Dit model laat zien dat kwetsbaarheid een continu voortschrijdend proces is met leeftijd als een belangrijke bepalende factor. Door de principes van *healthy ageing* toe te passen, kunnen kwetsbaarheid of andere ongewenste uitkomsten voorkomen, verminderd of uitgesteld worden. Leeftijd is een van de tien *leeftijdsdeterminanten*, naast gevolgd onderwijs, inkomen, geslacht, etniciteit, burgerlijke staat, leefomgeving, leefstijl, levensgebeurtenissen en biologische (inclusief genetische) factoren. Deze tien levensloopdeterminanten worden tijdens de levensloop opgebouwd. Hoge leeftijd hangt samen met meer kwetsbaarheid, maar ook vrouwen zijn kwetsbaarder dan mannen en weduwen zijn vaker kwetsbaarder dan

gehuwde ouderen. Verder zijn een lager opleidingsniveau en een lager maandinkomen gelinkt aan meer kwetsbaarheid. Ook ouderen met een migratieachtergrond zijn kwetsbaarder. Ontevredenheid over de leef- en woonomgeving en een ongezonde levensstijl dragen ook bij tot verhoogde kwetsbaarheid.

Deze tien levensloopteterminanten bepalen het primaire en secundaire verouderingsproces en het ontstaan van *ziekte(n)*. Verschillende ziekten kunnen bijdragen tot kwetsbaarheid en ook multimorbiditeit vergroot de kans op het ontstaan van kwetsbaarheid aanzienlijk.

Dit leidt tot een proces van toenemende kwetsbaarheid. Hierbij onderscheiden we drie samenhangende domeinen:

- *Lichamelijke kwetsbaarheid*: onverklaarbaar gewichtsverlies, slecht slapen, verminderde mobiliteit, krachtsverlies, lichamelijke vermoeidheid en visus- en gehoorproblemen.
- *Psychische kwetsbaarheid*: verminderde cognitie (geheugenproblemen), negatieve stemming (somberheid, nervositeit of angst) en negatieve coping (slecht omgaan met veranderingen en problemen).
- *Sociale kwetsbaarheid*: een vermindering van sociale steun en sociale relaties (alleenwonend, eenzaamheid en onvoldoende sociale steun).

Een toestand van progressieve kwetsbaarheid kan ten slotte leiden tot *ongewenste situaties*, zoals functionele beperkingen in het uitvoeren van de activiteiten van het dagelijks leven, een *toename van zorggebruik* (een verhoogde kans op opname in een ziekenhuis of residentiële woonvorm) en *vroegtijdig overlijden*.

Interventies bij kwetsbare ouderen

Om negatieve uitkomsten te beperken of te voorkomen kunnen verpleegkundigen via gerichte interventies ingrijpen op (het ontstaan van) kwetsbaarheid. Deze interventies zijn:

- Gezondheidsbevordering en preventie.
- Tijdig opsporen van kwetsbare ouderen. Het meten van de kwetsbaarheid kan via onder andere de volgende meetinstrumenten:
 - Fried Phenotype model (Fried et al., 2001)
 - Frailty Index (Rockwood et al., 2005)
 - Tilburg Frailty Indicator (Gobbens et al., 2011)
 - Comprehensive Frailty Assessment Instrument (De Witte et al., 2013)
 - Edmonton Frail Scale (Rolfson et al., 2006)

- Screening van kwetsbare ouderen in de thuiszorg:
 - D-SCOPE (D-SCOPE consortium, 2018)
- Screening van kwetsbare ouderen bij ziekenhuisopname:
 - Geriatrisch Risico Profiel (GRP) (Defloor, Daem & Bulteel, 2010)
 - Identification of Seniors at Risk (ISAR) (Braes et al., 2009)

1.2.4 Ageïsme versus verzilvering

Van 'over en oud' tot het 'zilveren goud'

Het maatschappelijke handelen is vaak gebaseerd op vooroordelen over ouderen en wat ze allemaal 'niet meer kunnen'. Dit wordt ook wel *ageïsm* genoemd. Voorbeelden hiervan zijn: het merendeel van de ouderen leeft in instellingen, het merendeel van de ouderen is seniel, ouderen zijn lief en schattig, ouderen zijn onproductief, ouderen zijn niet meer in staat te leren, ouderen leven in het verleden, ouderen zijn rigide, stug en star, ouderen zijn eenzaam, ouderen zijn asecsuele wezens.

Van Gorp (2013) identificeerde vijf dominante *frames* die het oud worden op een of andere manier problematiseren.

ASPECTEN VAN OUDER WORDEN	FRAMES DIE OUDER WORDEN PROBLEMATISEREN		COUNTERFRAMES DIE OUDER WORDEN DEPROBLEMATISEREN
	GENERIEKE MASTERFRAMES	SUBFRAMES	
Rol en positie van ouderen in de samenleving	Economische gevolgen	1A. Afnemend nut	1B. Zilveren goud
	Conflict	2. Het onschuldige slachtoffer	3. De held/de reddende engel
Relatie tussen ouderen en jongere generaties	Conflict	4A. Generatieconflict	4B. Solidariteit
Ouderdom als persoonskenmerk	Human interest	5A. Ouderdom als ongeneeslijke ziekte	5B. Ouderdom als natuurlijk proces
		6. Angst voor verlies van autonomie en aftakeling	7. Eeuwige jeugd 8. Persoonlijke ontplooiing

Tabel 1.2: Frames en counterframes van het ouder worden (Van Gorp, 2013)

Frames over ouderen

- **Afnemend nut:** ouderen worden aanzien als ‘onbruikbaar’ omdat hun maatschappelijk en vooral hun economisch nut stelselmatig verminderen.
- **Het onschuldige slachtoffer:** door te veronderstellen dat ouderen naïef, verstrooid, en fysiek zwak zijn, ligt de idee voor de hand dat ze afgeschermd en betutteld moeten worden.
- **Generatieconflict:** dit frame problematiseert de relatie tussen oudere en jongere generaties en benadrukt dat zij structureel met elkaar op gespannen voet staan.
- **Ouderdom als ongeneeslijke ziekte:** de aandacht wordt gefocust op ouderdom als het voornaamste persoonskenmerk. De oudere wordt herleid tot zijn hoge leeftijd waarbij deze als een soort niet te genezen ziekte wordt gezien. Dus intensieve verzorging leidt uiteindelijk tot niets, tenzij tot de onafwendbare dood.
- **Angst voor aftakeling en verlies aan autonomie:** de diepgewortelde angsten van de mens voor verlies aan autonomie, aftakeling en de dood vormen de basis van een frame waarbij ouder worden gedefinieerd wordt als een arsenaal aan grote risico’s. Die maken ouder worden tot een hel. Het is in dit frame dat de grootste taboes schuilgaan. De individuele oudere wil anderen niet tot last zijn en geeft er de voorkeur aan stilletjes weg te kwijnen. Een gevolg op maatschappelijk niveau is dat men ouderen liever doodzwijgt of hen in woonzorgcentra plaatst. Berusting lijkt de enige denkbare oplossing voor de oudere.

Counterframes

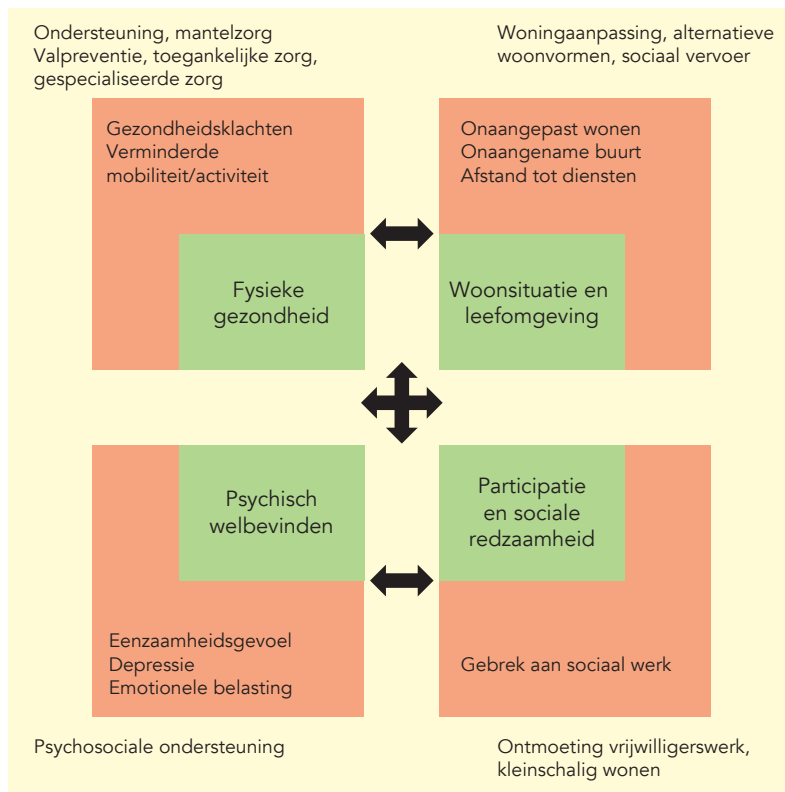
Tegenover elke problematiserende frame kan minstens een *counterframe* worden geplaatst om aan te tonen dat de problematiserende nadruk kan verschuiven. Dit kan subtiel gebeuren, maar het gebruik ervan kan al evenzeer resulteren in een radicaal andere kijk en helpt vaak om de negatieve beeldvorming in onze samenleving bij te stellen.

- **Zilveren goud:** het beeld van de nutteloze oudere wordt omgekeerd door de nadruk te leggen op de kennis en ervaring van ouderen. Die vormen een kans en winstpotentieel dat vaak onaangeroerd blijft.
- **De held/reddende engel:** de aandacht wordt gevestigd op de bijzondere prestaties van ouderen, op hun vaak onzichtbare maatschappelijke dienstverlening.
- **Solidariteit:** dit counterframe gaat uit van de vriendschappelijke relaties tussen generaties waarbij de oudere belang hecht aan het uitdiepen van die relaties en iemand is die anderen begeleidt, maar niet meteen oordeelt. De relatie tussen kleinkinderen en grootouders is een voorbeeld van een positieve invulling van verhoudingen tussen generaties.

- Ouderdom als natuurlijk proces: de waarde van het verouderen wordt hoger ingeschat. Verouderen hoort bij het leven en hoeft niet dwingend problematisch te zijn.
- De eeuwige jeugd: ouder worden, en meer specifiek pensionering, houden het terugwinnen van vrijheid en onafhankelijkheid in. De aantrekkelijkheid, vitaliteit en zorgeloosheid van de jeugd worden als frame gebruikt door precies deze eigenschappen aan ouderen toe te kennen, weliswaar met een over-geromantiseerd beeld van ouderdom als resultaat.
- Persoonlijke ontplooiing: het proces van persoonlijke groei en ontplooiing dat een mens gedurende het leven doormaakt, wordt doorgetrokken tot de latere levensjaren. De individuele oudere kan zich persoonlijk blijven ontwikkelen en daaruit voldoening putten.

Van kwetsbaarheid naar welbevinden

De Wereldgezondheidsorganisatie (1999) geeft de volgende definitie van *kwaliteit van leven*: *‘de perceptie van een individu ten aanzien van zijn/haar positie in het leven, binnen de context van de cultuur en de waardensystemen waarin hij/zij leeft, en in relatie tot zijn/haar doelen, verwachtingen, standaarden en interesses.’* Voor zowel niet-kwetsbare als kwetsbare ouderen omvat kwaliteit van leven aspecten als een goede gezondheid, zich goed voelen (welzijn), sociale relaties hebben, andere mensen helpen, actief zijn en in een fijn huis in een goede buurt wonen. Ze vinden gezondheid, welzijn en sociale contacten daarvan het belangrijkste. De focus van kwaliteit van leven verandert als mensen kwetsbaarder worden; niet-kwetsbare ouderen vinden gezondheid het belangrijkste en kwetsbare ouderen vinden sociale contacten het belangrijkste. Kwaliteit van leven is een subjectief begrip waarin de evaluatie van de diverse levensdomeinen of het subjectief welbevinden van mensen zelf centraal staat. Het subjectief welbevinden dient bekeken te worden vanuit een holistisch perspectief. Enerzijds is er het persoonsgerichte perspectief: de persoonlijke beoordeling van hoe men zich als persoon voelt. Anderzijds bekijken ze het welbevinden ook vanuit het perspectief van de omgeving en hoe de welzijnsbeleving is in de relatie tussen de oudere en zijn omgeving. In figuur 1.5 wordt de relatie weergegeven tussen de verschillende *levensdomeinen* (groen) en het ontstaan van mogelijke *kwetsbaarheden* (rood). Het buitenste vierkant (geel) geeft de *verpleegkundige interventies* weer.



Figuur 1.5: Model van welbevinden (Visser et al., 2020)

Het lichamelijke welbevinden

Het *lichamelijke welbevinden* wordt bepaald door het zich gezond voelen en oog hebben voor het uiterlijke voorkomen. Ouderen vinden het hier belangrijk om in conditie te zijn, actief te kunnen zijn of zich comfortabel te voelen op fysiek vlak. Naast de actieve component is er ook de aandacht voor het uiterlijke voorkomen en hoe men zich wil presenteren aan anderen. Dit kan zowel op vlak van gelaatsverzorging, gebruik van parfum, hygiëne als door de keuze van kleding en juwelen. Hoe gezond men is en hoeveel aandacht men besteedt aan het uiterlijke voorkomen en of men hier eventueel ook over aangesproken wordt, bepaalt de mate van welbevinden.

Het psychische welbevinden

Het *psychische welbevinden* wordt bepaald door het zich goed voelen, het beeld dat men van zichzelf heeft, de eigen zelfbeleving. Het is sterk gebaseerd op gevoelens, beleving van herinneringen en persoonlijke verlangens. Dit welbevinden wordt sterk bepaald door hoe men als oudere kijkt naar het eigen leven en het verleden

beoordeelt. Hoe men de toekomst bekijkt en welk gevoel dit met zich meebrengt, kan een positief, neutraal of negatief effect hebben op het psychische welbevinden. Positief welbevinden is hier tevreden zijn met wie men is en kunnen omgaan met verlieservaringen in functie van een realistisch toekomstperspectief.

Het sociale welbevinden

Het *sociale welbevinden* wordt bepaald door het netwerk dat men rondom zich heeft, zowel in de nabije omgeving als op afstand. Voor ouderen is het gevoel erbij te horen, deel uit te maken van de groep een belangrijk gegeven. Voor de oudere kan er een verschil in beleving zijn tussen deel uitmaken van de groep en/of het betekenisvol kunnen zijn voor anderen. Afhankelijk van de wensen en verwachtingen van de oudere in functie van zijn sociale relaties is dit welbevinden onderhevig aan gevoelens van eenzaamheid. Omwille van verlieservaringen in zijn sociale netwerk is het vaak moeilijk om dit sociale welbevinden in balans te houden.

Het materiële welbevinden

Het *materiële welbevinden* wordt sterk gestuurd vanuit de idee: als ik iets nodig heb, kan ik het betalen. Voor ouderen is dit de fysieke omgeving waarin ze wonen, de inboedel, de eigendom, kledij en voorwerpen met een emotionele waarde. Omwille van de leeftijd horen hier ook de nodige aanpassingen bij, hulpmiddelen die ondersteunen in hun comfort. Het materiële welbevinden is een zeer individueel bepaalde dimensie van het welbevinden. De ene heeft behoefte aan veel materiële rijkdom om zich gelukkig te voelen, de andere net niet.

Het culturele welbevinden

Het *culturele welbevinden* legt sterk de focus op de wereld, de omgeving waarin men leeft. Cultuur is een moeilijk te beschrijven gegeven: het is vaak aanwezig, maar moeilijk te veranderen of te sturen. Het is de optelsom van de omgeving, de omgangsvormen, de waarden en normen en de rituelen die eigen zijn aan de context. Maar het is een sterk bepalende factor om zich ergens goed te voelen, ‘op zijn gemak’ te zijn. Het thuisgevoel is bij ouderen een belangrijke indicator van het culturele welbevinden.

Het existentiële welbevinden

Het *existentiële welbevinden* is een vrij abstracte dimensie van welbevinden. Het gaat om de zin van het leven, de betekenis van religie en bijhorende rituelen. Het behouden van een eigen levensvisie met kernwaarden is hier een betekenisvolle invulling van existentieel welbevinden. Bij ouderen is dit ook betekenis geven aan het levenseinde en hoe dat voor hen een invulling kan hebben.