

Pascale Vander Meeren

# De oudere

Een raamwerk voor  
verpleegkundigen

Boekdeel 1  
Gerontologie



ACADEMIA  
PRESS

# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>1</b>
<b>Beeldvorming</b>	<b>5</b>
<b>1 Beeld en beeldvorming</b>	<b>7</b>
1.1 Inleiding	7
1.2 Beeld	7
1.2.1 Impliciete en expliciete beelden	8
1.2.2 Stereotiepe en genuanceerde beelden	9
1.3 Beeldvorming	10
<b>2 Ouderenbeelden in de samenleving</b>	<b>11</b>
2.1 inhoud van ouderenbeelden in de samenleving	12
2.1.1 Deficitmodel	12
2.1.2 Rust-roestmodel of activeringsmodel	12
2.1.3 Competentiemodel	13
2.1.4 Active aging	13
2.2 Effecten van ouderenbeelden op het leven van ouderen	14
2.2.1 Negatieve beelden met positieve effecten	14
2.2.2 Negatieve beelden met negatieve effecten	15
2.2.3 Positieve beelden met negatieve effecten	15
2.2.4 Positieve beelden met positieve effecten	16
2.2.5 Verschillende ouderen, verschillende effecten: zelfbeeld als buffer	16
2.3 Ontstaan van stereotiepe beelden over ouder worden	17
2.3.1 Sociale afstand tussen jong en oud	17
2.3.2 Gebrek aan informatie	20
2.3.3 Gerontofobie	21
<b>3 Beelden van hulpverleners</b>	<b>22</b>
<b>4 Verwerkingsopdrachten</b>	<b>26</b>
Referentielijst	32
Trefwoorden beeldvorming over oudere zorgvragers	34

<b>Gerontologie: situering</b>	<b>35</b>
Referentielijst	38
<b>Hoofdstuk 1: Biologische gerontologie</b>	<b>41</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>47</b>
<b>2 Biologische theorieën over verouderen</b>	<b>48</b>
2.1 Inleiding	48
2.2 Stochastische of toevalstheorieën	49
2.2.1 Rate-of-living theorie	50
2.2.2 Vrije radicalentheorie of oxidatieve stresstheorie	51
2.2.3 Foutencatastrofetheorie	53
2.2.4 Somatische mutatietheorie	53
2.2.5 Telomerenetheorie	53
2.3 Genetische en evolutionaire verouderingstheorieën	54
2.3.1 Verouderen als een adaptief programma	55
2.3.2 Verouderen als een non-adaptief programma	56
2.4 Andere verouderingstheorieën	58
2.5 Conclusie	58
<b>3 Veroudering van fysiologische systemen</b>	<b>59</b>
3.1 Inleiding	59
3.2 Algemene lichamelijke verouderingsverschijnselen	62
3.2.1 Uiterlijke tekenen van veroudering	62
3.2.2 Veranderingen in de lichaamssamenstelling	62
3.3 Het cardiovasculaire stelsel	64
3.3.1 Bloedvaten	64
3.3.2 Hart	67
3.3.3 Cardiovasculaire gezondheidspromotie	71
3.4 Het ademhalingsstelsel	73
3.4.1 Neus, larynx, trachea en grote luchtwegen	73
3.4.2 Longen	74
3.4.3 Fysiologische gevolgen	76
3.4.4 Respiratoire gezondheidspromotie	77
3.5 Het spijsverteringsstelsel	78
3.5.1 Gebit, mond en keelholte	78
3.5.2 Slokdarm	79
3.5.3 Maag	80
3.5.4 Dunne darm	81
3.5.5 Dikke darm	81
3.5.6 Lever en galblaas	82
3.5.7 Pancreas	83
3.5.8 Gastro-intestinale immuniteit	83
3.5.9 Gastro-intestinale gezondheidspromotie	83

3.6	Het urinaire stelsel	84
3.6.1	Nieren	85
3.6.2	Blaas en uitscheidingswegen	87
3.6.3	Urinaire gezondheidspromotie	88
3.7	Het endocriene stelsel	89
3.7.1	Hypothalamus en hypofyse	89
3.7.2	Schildklier en bijschildklieren	90
3.7.3	Epifyse	91
3.7.4	Bijnieren	91
3.7.5	Pancreas	94
3.7.6	Voortplantingsorganen	95
3.7.7	Endocriene gezondheidspromotie	98
3.8	Het hematologische en immuunstelsel	99
3.8.1	Hematologisch stelsel	99
3.8.2	Immuunstelsel	99
3.8.3	Immunologische gezondheidspromotie	102
3.9	Het zenuwstelsel	102
3.9.1	Centraal zenuwstelsel	103
3.9.2	Perifeer zenuwstelsel	106
3.9.3	Slaap	107
3.9.4	Neurologische gezondheidspromotie	108
3.10	De zintuigen	110
3.10.1	Visus	110
3.10.2	Gehoor	119
3.10.3	Tastzin	128
3.10.4	Reuk- en smaakzin	128
3.11	Het integumentaire systeem	129
3.11.1	Huid	130
3.11.2	Haar	133
3.11.3	Nagels	134
3.11.4	Zweet- en talgklieren	134
3.11.5	Integumentaire gezondheidspromotie	135
3.12	Het bewegingsstelsel	136
3.12.1	Spieren	136
3.12.2	Skelet	139
3.12.3	Gewrichten	141
3.12.4	Musculoskeletale gezondheidspromotie	142
<b>4</b>	<b>Verwerkingsopdrachten</b>	<b>144</b>
	Referentielijst	154
	Trefwoorden biologische gerontologie	160

<b>Hoofdstuk 2: Psychogerontologie</b>	<b>163</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>167</b>
<b>2 Cognitieve functies en veroudering</b>	<b>169</b>
2.1 Intelligentie	170
2.2 Aandacht	171
2.3 Executieve functies	171
2.4 Geheugen	171
2.5 Taal	173
2.6 Visuospatiële vaardigheden	173
2.7 Psychomotore functies	174
2.8 Samenvattende tabel	174
<b>3 Ontwikkeling en groei in de tweede levenshelft</b>	<b>175</b>
3.1 Zelfrealisatie	176
3.1.1 Jung: zelfrealisatie als eindpunt van het individuatieproces	176
3.1.2 Erikson: ego-integriteit en wijsheid	179
3.1.3 Marcoen: ontwikkelingstaken in acht levensdomeinen	183
3.1.4 Ryff: zelfrealisatie van theorie naar empirie	187
3.1.5 Tornstam: gerotranscendentie	189
3.2 Ontwikkelingsregulatie	192
3.2.1 Baltes & Baltes: selectieve optimalisering met compensatie (SOC)	193
3.2.2 Carstensen: socio-emotionele selectiviteitstheorie	195
3.2.3 Brandtstädter & Greve: assimilatie, accommodatie en immunisering	196
3.3 Autobiografie	199
3.3.1 Reminiscentie	200
3.3.2 Life-review	200
3.3.3 Types en functies van reminiscentie	201
3.4 Conclusie	204
<b>4 Verwerkingsopdrachten</b>	<b>205</b>
Referentielijst	214
Trefwoorden psychogerontologie	217
<b>Hoofdstuk 3: Sociale gerontologie</b>	<b>219</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>225</b>
<b>2 Theorievorming in de sociale gerontologie</b>	<b>227</b>
2.1 Theorievorming vóór 1961	228
2.1.1 Roltheorie	228
2.1.2 Activiteitstheorie	229
2.2 De eerste transformatie in theorievorming	230
2.2.1 Disengagementtheorie	230
2.2.2 Continuïteitstheorie	231

2.3	Alternatieve theoretische invalshoeken	232
2.3.1	Leeftijdsstratificatietheorie	233
2.3.2	Politieke economie van de ouderdom	234
2.4	De tweede transformatie in theorievorming	234
2.5	Conclusie	236
<b>3</b>	<b>Bevolkingsveroudering</b>	<b>236</b>
3.1	Inleiding	236
3.2	Bevolkingsveroudering in België	238
3.2.1	Leeftijdspiramide	238
3.2.2	Evolutie van demografische indicatoren van veroudering in België	240
3.3	Ouderen en wonen	245
3.3.1	De fysische dimensie van wonen	245
3.3.2	De sociale dimensie van wonen	246
3.3.3	De biografische dimensie van wonen	249
3.3.4	'Aging well in place'	250
3.4	Bijzondere demografische trends	252
3.4.1	Babyboomers	252
3.4.2	Honderdjarigen	253
3.4.3	Migratie en verouderen	255
<b>4</b>	<b>Kleurrijk wordt langzaam grijs</b>	<b>256</b>
4.1	Migratie in België in de twintigste eeuw	257
4.2	Kwantitatieve situering	259
4.3	Kwalitatieve kennismaking	261
4.3.1	Terugkeerdilemma	261
4.3.2	Zorgdilemma	263
4.3.3	Pionierswerk in ouder worden	264
4.4	Zonder pioniers geen volgers	265
4.4.1	Visietekst	267
4.4.2	Voorlichtingsmethodieken	268
4.4.3	Lessen uit de praktijk	269
4.4.4	Ouderen in de residentiële sector	269
4.4.5	Publicaties	270
4.5	Conclusie	271
<b>5</b>	<b>Verwerkingsopdrachten</b>	<b>272</b>
	Referentielijst	277
	Trefwoorden sociale gerontologie	280

## Voorwoord

In het voorjaar van 2012 las ik het werk ‘Integrating gerontological content into advanced practice nursing education’ van Carolyn Auerhahn en Laurie Kennedy-Malone.

Ik herkende bij de auteurs de passie om élke verpleegkundige – en niet enkel hij of zij<sup>1</sup> die kiest voor geriatrische verpleegkunde – geriatrische én gerontologische competenties aan te reiken. Hun gedrevenheid wordt niet enkel ingegeven door de demografische noodzaak. Vooral het vaste geloof dat wanneer competent uitgevoerd, verpleegkundige zorg aan ouderen één van de meest complexe en dynamische werkerterreinen is die een verpleegkundige kan kiezen, is hun drijfveer. Zij beschrijven barrières en doen suggesties, waar ik me als sociaal verpleegkundige, gerontologe en lesgever kon in terugvinden. Waarom hun suggesties niet opnemen en zelf mijn ideeën uitschrijven?

Met een uitnodigende hand van Academia Press, startte een intens denkproces dat uitmondde in ‘De oudere: een raamwerk voor verpleegkundigen’. Zevenhonderdenzes pagina’s is het resultaat, uiteindelijk opgedeeld in twee boekdelen die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn, en toch is het nog maar een aanzet. Het is aan de verpleegkundige lezer om de integratie te maken met de andere opleidingsonderdelen in het curriculum, om de competenties verder te verwerven tijdens de stage, om zich te laten inspireren door voorbeeldfiguren en good practices in het werkveld, om samen zoekend met de oudere en zijn of haar<sup>2</sup> omgeving te streven naar welzijn-zonder-leeftijdsgrens.

---

1 Verpleegkunde is een aantrekkelijk beroep voor mannen en voor vrouwen. Hier wordt de verpleegkundige uitdrukkelijk aangeduid als hij of zij. Omwille van leesbaarheid zal doorheen het boek slechts één van beide persoonsvormen worden gehanteerd.

2 De doelgroep binnen de ouderenzorg is de oudere man of vrouw en zijn of haar omgeving. Hier worden de oudere en zijn omgeving nog uitdrukkelijk aangeduid als hij of zij, zijn of haar. Omwille van leesbaarheid zal doorheen het boek slechts één van beide persoonsvormen worden gehanteerd.

Rode draad doorheen de twee boekdelen is het thema ‘beeldvorming’. Beelden hebben een invloed op de manier waarop we in de praktijk van zorg en welzijn met ouderen omgaan. De laatste jaren is de beeldvorming van verpleegkundigen positiever geworden zijn ten aanzien van ouderen. Toch is er nog aanzienlijk bewijs dat attitudes, opvattingen en gedrag die neigen naar ageïsme – en dit niet alleen bij hulpverleners- wijdverbreid zijn. Beeldvorming is daarom een uitdrukkelijke starter in beide boekdelen.

Gerontologie of de leer van het ouder worden komt uitgebreid aan bod in het eerste boekdeel. Hiermee maken we duidelijk dat ouderenzorg meer is dan zorg voor de meest kwetsbare ouderen in residentiële voorzieningen. De verpleegkundige komt in diverse contexten met een heterogene groep van ouderen in contact. De verschillende subdisciplines van de gerontologie sluiten nauw aan bij de holistische hulpverlening die de verpleegkundige aanbiedt in antwoord op de unieke biologische, psychologische en sociale noden van de oudere.

In de biologische gerontologie zijn de centrale vragen: ‘waarom verouderen we?’, ‘hoe verouderen we?’ en ‘wat kunnen we eraan doen?’. Hoewel er geen eensluidend antwoord is op waarom we verouderen, is er steeds meer inzicht in hoe we verouderen en welke fysiologische veranderingen bij het normale verouderen behoren. Een terrein van gezondheids promotie opent zich voor de verpleegkundige.

Via de verkenning van de psychogerontologie en sociale gerontologie, willen we de hulpverlener meer vertrouwd maken met het concept van psychosociaal verouderen. Inzichten uit de levenslooppsychologie maken duidelijk dat ondanks verliezen, tevredenheid tot op hoge leeftijd mogelijk is. De sociale gerontologie nodigt uit tot reflectie over maatschappelijke visies op ouder worden. Dit daagt de verpleegkundige uit in zijn of haar beeldvorming en reikt tevens handvatten voor psychosociale hulpverlening aan.

In het tweede boekdeel wordt de focus verlegd naar oudere zorgvragers en het domein van de geriatrie. Met de stijgende leeftijd neemt immers de kans toe dat de oudere patiënt geriatrische kenmerken ontwikkelt. Geriatrie wordt vaak beschouwd als basiszorg-die-ook-door-de-buurvrouw-kan-worden-uitgevoerd of als zorg zonder enige uitdaging voor de verpleegkundige competenties. Dit beeld wordt expliciet uitgedaagd in de starter ‘Beeldvorming’.

De hoofdstukken ‘Kenmerken van de geriatrische patiënt’ en ‘Comprehensive geriatric assessment’ illustreren onmiddellijk het bijkomende perspectief nodig in de geriatrische zorg.

Voor de volgende hoofdstukken werd expliciet gekozen om in te gaan op veel voorkomende geriatrische syndromen. Vallen, delirium, depressie en dementie



hebben gemeenschappelijk dat ze vaak worden beschouwd als behorend bij het ouder worden waardoor mogelijkheden tot preventie, diagnostiek en behandeling worden gemist. Hierdoor laat men kansen liggen voor de oudere en zijn of haar omgeving, voor de eigen organisatie die streeft naar kwaliteitsvolle zorg en voor de verpleegkundige beroepsgroep die een sleutelpositie in de ouderenzorg dient op te nemen.

In vorm streven we met 'De oudere: een raamwerk voor verpleegkundigen' naar een basiswerk volgens de huidig geldende wetenschappelijke regels: rijk voorzien van relevante en recente bronnen, waar mogelijk sterk evidence based onderbouwd, met ruimte voor practice based richtlijnen. Elk hoofdstuk is voorzien van verwerkingsopdrachten die ruimer gaan dan het reproduceren van kennis en die aanzetten tot communicatie over de zorg.

Een dankwoord wil ik richten aan allen die me geïnspireerd en gesteund hebben. Uitdrukkelijk wil ik Inge De Bo in de bloemetjes zetten voor haar grondig naleeswerk en perfect getimede aanmoedigingen.

Hoewel geschreven met de studenten bachelor in de verpleegkundige als doelgroep, hoop ik dat dit boek zijn weg vindt naar andere opleidingen en waarom niet naar de oudere zelf en zijn of haar mantelzorgers, in de toekomst waarschijnlijk de grootste groep van zorgverstrekkers.

Al het mogelijke werd gedaan om de informatie zo juist en actueel mogelijk te maken. Aanvullingen of suggesties zijn welkom bij de uitgeverij. Auteur en uitgever kunnen niet verantwoordelijk worden gesteld voor mogelijke nadelen die lezers door eventuele onvolkomenheden in het boek zouden ondervinden.



# Beeldvorming

<b>1</b>	<b>Beeld en beeldvorming</b>	<b>7</b>
1.1	Inleiding	7
1.2	Beeld	7
1.2.1	Impliciete en expliciete beelden	8
1.2.2	Stereotiepe en genuanceerde beelden	9
1.3	Beeldvorming	10
<b>2</b>	<b>Ouderenbeelden in de samenleving</b>	<b>11</b>
2.1	inhoud van ouderenbeelden in de samenleving	12
2.1.1	Deficitmodel	12
2.1.2	Rust-roestmodel of activeringsmodel	12
2.1.3	Competentiemodel	13
2.1.4	Active aging	13
2.2	Effecten van ouderenbeelden op het leven van ouderen	14
2.2.1	Negatieve beelden met positieve effecten	14
2.2.2	Negatieve beelden met negatieve effecten	15
2.2.3	Positieve beelden met negatieve effecten	15
2.2.4	Positieve beelden met positieve effecten	16
2.2.5	Verschillende ouderen, verschillende effecten: zelfbeeld als buffer	16
2.3	Ontstaan van stereotiepe beelden over ouder worden	17
2.3.1	Sociale afstand tussen jong en oud	17
2.3.2	Gebrek aan informatie	20
2.3.3	Gerontofobie	21
<b>3</b>	<b>Beelden van hulpverleners</b>	<b>22</b>
<b>4</b>	<b>Verwerkingsopdrachten</b>	<b>26</b>
	Referentielijst	32
	Trefwoorden beeldvorming over oudere zorgvragers	34

## Doelstellingen

Na het doornemen van 'beeldvorming' kan je:

- beeld en beeldvorming definiëren;
- een gefundeerde mening formuleren over de stelling 'beeldvorming is negatief';
- verklaren waarom we niet zonder meer kunnen spreken over positieve en negatieve beelden over ouder worden;
- het ontstaan van stereotiepe beelden over ouderen verklaren;
- vier verklaringen voor sociale afstand tussen jong en oud toelichten;
- een aantal veelvoorkomende opvattingen over ouderen beoordelen als feit of fictie;
- jouw eigen beeld over ouder worden en ouderen als persoon en als verpleegkundige verwoorden.

# 1 Beeld en beeldvorming

## BLIKOPENER

- Welke associaties komen er bij jou op bij de woorden 'oud', 'ouderen', 'ouderdom' of 'ouder worden'? Probeer te omschrijven in tien kernwoorden. Hou dit lijstje goed bij.
- In de lokale supermarkt zijn twee kassa's geopend. Voor de linkerkassa staat een rij van vier personen. Aan de rechterkassa is de kassierster bijna klaar met de klant en is de volgende in de rij een oudere dame. Er nadert nog een klant de kassa's. Hij sluit zich als nummer vijf aan in de linkerrij. Dan zegt de oudere dame aan de andere kassa: 'Dank u wel, goedemiddag', en verlaat de winkel. Binnen enkele seconden verdeelt de linkerrij zich over beide kassa's.  
Herken je dit in het dagelijkse leven?

### 1.1 INLEIDING

Dit hoofdstuk wil jou als hulpverlener-in-opleiding uitnodigen om stil te staan bij jouw beeld over ouderen en ouder worden. Beelden hebben immers een invloed op de manier waarop we in de praktijk van zorg en welzijn met ouderen omgaan.

In deze paragraaf verhelderen we de termen beeld en beeldvorming. In de twee volgende paragrafen, gaan we in op de ouderenbeelden in onze maatschappij en in de zorg. Tot slot nodigen we je via de verwerkingsopdrachten uit om jouw beeld verder te exploreren.

### 1.2 BEELD

Een beeld is een mentale voorstelling, een plaatje dat ergens in ons geheugen ligt opgeslagen. Het begrip beeld krijgt in het gebruik vaak een normerend karakter, waardoor het synoniem komt te staan voor een opvatting of een norm. Het beeld

is dan niet louter een afbeelding of beschrijving van een feitelijke toedracht. Het beeld schrijft dan ook voor hoe iets of iemand zou moeten zijn. Het normkarakter van het beeld impliceert dat wie niet aan de norm voldoet bijna automatisch als afwijkend van de norm, of letterlijk, als abnormaal wordt beschouwd (De Cuyper, 2008).

We kunnen ons meer of minder bewust zijn van onze beelden. Ook de scherp- te of de mate van detail van onze beelden kan verschillend zijn. We gaan hier verder op in.

### 1.2.1 *Impliciete en expliciete beelden*

Hoe bewust is jouw beeld?

We hebben allemaal een beeld over ouderen. Meestal zijn we ons niet zo bewust van ons beeld over ouderen en ouderdom. Het gaat dan om een impliciet beeld, of het geleefde of geëxisteerde beeld zoals Marcoen (2006) het noemt. Indien jij in de ‘Blikopener’ de persoon bent die als vijfde aan de linkerkassa aanschuift, dan getuigt dit gedrag van jouw impliciete beeld. Je gaat er waarschijnlijk vanuit dat het niet vlug zal gaan aan de kassa met de oudere dame en daarom kies je zelfs liever een langere rij. Indien je voor de rij met de oudere vrouw kiest, dan handel je misschien vanuit een ander impliciet beeld.

Door dit voorbeeld te lezen, word jij je nu meer bewust van jouw impliciete beeld. Wanneer je het ook met medecursisten of collega’s zou bespreken, dan komt jouw beeld nog meer ter sprake en wordt het explicieter. Jouw latente ouderenbeeld wordt geactiveerd. Marcoen (2006) noemt dit het gesproken ouderenbeeld. Door bijvoorbeeld een vragenlijst in te vullen over ouderen wordt jouw visie op ouderen en verouderen fragmentarisch manifest en bewust.

Doorheen dit boek zal materiaal aangeboden worden dat jouw geleefde en gesproken beeld voorwerp kan maken van reflectie. Dit leidt dan tot een besproken ouderenbeeld. “Een dergelijk beeld vertoont samenhang en structuur waardoor het mededeelbaar wordt en bewust als leidraad kan gebruikt worden voor de omgang met ouderen, en met zichzelf als men zelf bejaard is.” (Marcoen, 2006, p. 65).

Marcoen (2006) maakt verder een onderscheid tussen een voorwetenschappelijk en een wetenschappelijk beeld. Het voorwetenschappelijke beeld is daarbij gebaseerd op dagelijkse ervaringen door om te gaan met en te zorgen voor ouderen. Wanneer het beeld steunt op een voorwetenschappelijk beeld én op inzichten die uitgeklaard en getoetst werden in systematisch onderzoek, ontstaat een wetenschappelijk verantwoord ouderenbeeld.

### 1.2.2 Stereotiepe en genuanceerde beelden

Hoe scherp is jouw beeld?

Beelden bevinden zich volgens Penninx (1995) op een denkbeeldige lijn tussen het stereotiepe en het genuanceerde.

Spreeken we over ouderen in het algemeen, dan zijn de beelden per definitie onvolledig en stereotiep. Beelden als 'wijs en verstandig' of 'dominant, saai en incontinent' hebben slechts betrekking op een deel van de totale groep.

Spreeken we over een bepaalde persoon die we kennen, dan is de kans op een genuanceerd beeld aanzienlijk groter. We beschikken dan immers over meer gedetailleerde informatie.

Een onvolledig beeld wordt vaak een stereotype of een vooroordeel genoemd. Termen als 'stigma', 'label' en 'etiket' worden in dit verband eveneens gebruikt (Penninx, 1995).

Stereotypering is het isoleren van één eigenschap uit een verzameling van eigenschappen en het voorstellen van die eigenschap als representatief voor de hele verzameling. Stigmatiseren verwijst doorgaans naar een negatieve of intolerante houding ten opzichte van een groep mensen waarbij die omwille van een bepaald kenmerk 'getekend' worden. Het gevolg is dat die groep op een negatieve manier onderscheiden en afgezonderd wordt van de anderen die de norm wel vertegenwoordigen (De Cuyper, 2008).

Wanneer de stigmatiserende opvatting zich uit in een bepaald gedrag ten opzichte van die groep, spreekt men van discriminatie (De Cuyper, 2008). Vanuit een stereotiepe opvatting dat oudere werknemers niet meer zo productief zijn, is het aan de kant leggen van een binnengekomen sollicitatiebrief enkel en alleen op basis van de vermelde middelbare leeftijd een voorbeeld van discriminerend gedrag. Vanuit een stereotiepe opvatting dat ouderen geen interesse meer zouden hebben in seksualiteit, zou discriminerend gedrag kunnen inhouden dat ouderen die vertellen dat ze nog steeds seksueel actief zijn, worden uitgelachen (Hooyman & Kiyak, 2011a).

Wie ouder wordt, kan met ageïsme geconfronteerd worden. De term ageïsme werd geïntroduceerd door Robert Butler in 1969 als 'een proces van systematische stereotypering en discriminatie van mensen omdat zij oud zijn'. Onafhankelijk van ons geslacht, etniciteit of sociale klasse, is ageïsme een vorm van vooroordeel die we allemaal kunnen tegenkomen, als we maar lang genoeg leven (Hooyman & Kiyak, 2011b). Butler identificeerde drie strategieën in de strijd tegen ageïsme. Hij

benadrukte hierin het belang van het delen van kennis die toont dat ouderen productief kunnen zijn. Ook het intergenerationele conflict komt aan bod. In een strijd tegen ageïsme is de verzekering nodig dat het intergenerationele conflict over de verdeling van de beperkte middelen, zoals gezondheidszorg en inkomen, niet gerechtvaardigd is. Bovendien moeten de gelegenheden waarin ouderen meer controle over hun leven kunnen hebben en een waardig leven kunnen blijven leven, verhoogd worden. De strijd zou niet eenvoudig zijn, volgens Butler. Ageïsme kan volgens hem beschouwd worden als een oeroude ziekte. Onze angst voor ouder worden is zo diep geworteld, dat ageïsme waarschijnlijk nooit volledig zal verdwijnen (Braithwaite, 2002).

Hoewel de attitudes ten aanzien van ouderen de laatste decennia positiever zijn geworden, blijven nog heel wat negatieve beelden bestaan (Miller, 2012). Nog vaak is ouderdom synoniem voor ziekte en eenzaamheid, psychologische rigiditeit, afgenomen productiviteit of aseksualiteit, ...

Deze opsomming kan volgens Palmore sinds kort worden aangevuld (Hooyman & Kiyak, 2011a) met wat men het 'nieuwe ageïsme' noemt; het hebben van een afkeer van de oudere generaties omwille van de gepercipieerde last die ze leggen op de economische vooruitgang en belastingen. Een studie van the Economist waarin 262 artikels werden geanalyseerd tussen 1997 en 2008 wees uit dat 64% hiervan het stereotiepe beeld van ouderen als last voor de maatschappij toonde (Miller, 2012).

### 1.3 BEELDVORMING

Beeldvorming betekent: "het ontstaan van een opvatting over personen, zaken, feiten e.d." (Penninx, 1995, p. 18). Sommige groepen, zo ook ouderen, verzetten zich tegen het beeld dat over hen in de samenleving wordt gevormd. Dit verzet richt zich op bepaalde als onwenselijk beschouwde stereotypen. Door het verzet tegen 'de beeldvorming' heeft dit begrip een negatieve klank gekregen. Strikt genomen verwijst het echter slechts naar de mechanismen die bepaalde beelden oproepen (Penninx, 1995).

Beeldvorming hoort bij het leven. Het is een noodzakelijke activiteit omdat het een manier is om te kunnen omgaan met de overstelpende hoeveelheid informatie die ongefilterd op ons afkomt (Penninx, 1995). Het beeld kan compleet lijken, maar is onvermijdelijk een klein en subjectief stukje van de werkelijkheid.

Beeldvorming is een proces. We hanteren voortdurend nieuwe beelden en oude beelden raken op de achtergrond. We passen de beelden over ouder worden en ouderdom aan op grond van nieuwe behoeften, ervaringen met ouderen,



maatschappelijke trends en omstandigheden. Ons denken verandert en daarmee ook de beelden die we hanteren. Op hun beurt beïnvloeden nieuwe beelden weer ons denken.

Het proces van beeldvorming voltrekt zich overal in de samenleving. Beeldvorming speelt niet alleen een rol in het denken van personen en in hun onderlinge communicatie, maar ook in het verkeer tussen groepen en organisaties. Beelden over ouder worden komen tot uitdrukking in maatschappelijke structuren, in wetten en in culturele normen en waarden. Op hun beurt beïnvloeden deze opnieuw de beeldvorming bij individuen en groepen (Penninx, 1995).

Onderzoek naar beeldvorming is niet gemakkelijk. Het is immers de vraag of het antwoord dat mensen op vragen geven, overeenkomt met het beeld dat zij werkelijk hebben. Zo ook blijkt er een discrepantie tussen wat respondenten zeggen over ouderen en hun feitelijke gedrag ten aanzien van ouderen. Ze zijn zich hiervan vaak niet bewust (Penninx, 1995).

Niet alleen in het onderzoek, maar ook in de dienstverlening aan ouderen is dit onderscheid tussen denken en doen van wezenlijk belang. Preventiewerkers kennen bijvoorbeeld ouderen veelvuldig de eigenschap 'wijs' toe, maar vragen ouderen desondanks zelden of nooit om raad (Penninx, 1995).

Met de behandeling en afbakening van de meest voorkomende begrippen hebben we een eerste, oriënterende stap gezet. Welke beelden bestaan er in onze maatschappij zoal over ouderen?

## 2 Ouderenbeelden in de samenleving

Van oudsher bestaan er positieve en negatieve beelden en stereotypen over de ouderdom (Marcoen, 2006). Sinds de jaren '80 van de vorige eeuw worden in de gerontologie drie visies op het ouder worden onderscheiden: het deficitmodel, het rust-roestmodel en het competentiemodel (Marcoen, 2006). Aanvullend laten we de lezer kennismaken met het begrip 'active aging'.

## 2.1 INHOUD VAN OUDERENBEELDEN IN DE SAMENLEVING

### 2.1.1 *Deficitmodel*

Lange tijd werd naar ouderen gekeken vanuit het zogenaamde ‘deficitmodel’ (Geenen, 2012). Volgens dit model ontwikkelt de levensloop zich als volgt: de kennis en vaardigheden nemen toe in de jeugd, het hoogtepunt wordt bereikt op middelbare leeftijd en dan volgt de ouderdom met zijn achteruitgang. Het beeld van een leeftijdentrap wordt hiermee opgeroepen (BTSG, z.j.).

De leeftijdentrap was eeuwenlang een geliefd thema in de kunst. Van de zestiende tot de twintigste eeuw werden talloze ‘trappen des ouderdoms’ in prent gebracht. Er zijn verschillende varianten: trappen met alleen mannen, met alleen vrouwen en met paren. Een kleine reis op het digitale web naar bijvoorbeeld de site van het Amsterdamse Rijksmuseum stelt het geheel visueel voor.

Deze opvatting schildert een negatief beeld van ouderdom en ouder worden. De oudere daalt af naar incompetentie, lichamelijke zwakte, intellectuele aftakeling en afhankelijkheid. Ouder worden is een niet te controleren noodlot als gevolg van biologische slijtage en afbraakprocessen (Marcoen, 2006).

In deze benadering gaat alle aandacht van de samenleving uit naar zorg voor hulpbehoevende ouderen van wie de zorg volledig wordt overgenomen, met weinig of geen oog voor zelfactivering (Marcoen, 2006).

### 2.1.2 *Rust-roestmodel of activeringsmodel*

Dit model verklaart verlies van lichamelijke, psychische en sociale functies vanuit het niet voldoende gebruiken van deze functies. Achteruitgang is het gevolg van inactiviteit (Marcoen, 2006). De boodschap is daarom om actief en vitaal te blijven.

Het beeld van de vitale oudere wordt omarmd met de actieve en economisch presterende persoon van middelbare leeftijd als model. Positieve elementen als levenservaring en wijsheid komen in deze visie aan bod (Marcoen, 2006).

Men erkent binnen dit model de impact van de in de erfelijkheid verankerde biologische factoren. Tegelijkertijd legt men meer de nadruk op de mogelijkheid om de neerwaartse trend in de biologische en sociale adaptatiecapaciteiten te keren en af te remmen (Marcoen, 2006).

Ouderen worden gestimuleerd tot meer lichaamsbeweging, cognitieve activiteit en sociale contacten. In de wetenschap krijgt men meer aandacht voor het blijvende aanpassingsvermogen en de reservecapaciteiten van ouderen (Marcoen, 2006).

### 2.1.3 *Competentiemodel*

Dit model brengt als in een dialectische beweging de synthese tussen de pessimistische visie van onvermijdelijke achteruitgang in het deficitmodel en het te grote optimisme dat in het activeringsmodel besloten ligt (Marcoen, 2006). Centraal staan de dynamische interacties en relationele processen tussen de unieke persoonsfactoren en de specifieke situatietekenen. Aanpassing – of het op een effectieve wijze omgaan met veranderingen in zichzelf en de omgeving – is van alle levensfasen, inclusief de ouderdom. Binnen deze visie is niet enkel de actieve oudere competent. Ook de kwetsbare oudere die kan omgaan met heel wat omgevingsdruk, die in staat is om hulp te vragen en te ontvangen en die welbevinden ervaart, wordt als competent omschreven.

### 2.1.4 *Active aging*

De Verenigde Naties riepen 1999 uit als internationaal jaar van de ouderen, met als thema ‘naar een maatschappij voor alle leeftijden’.

Het sleutelconcept was ‘active aging’. Mensen van alle leeftijden worden aangemoedigd de nodige stappen te ondernemen om gezond te blijven en welbevinden te ondervinden (Wereldgezondheidsorganisatie, 1999). We halen dit concept uitdrukkelijk aan omdat binnen deze visie niet alleen het individu, maar ook de maatschappij hierin een verantwoordelijkheid heeft.

We illustreren dit aan de hand van roken. Het is de verantwoordelijkheid van het individu om niet te roken of te stoppen met roken en die boodschap ook te geven aan anderen. Ook de maatschappij dient actie te ondernemen. Zij kan een verbod op tabaksreclame en tabaksverkoop aan minderjarigen instellen. Het stimuleren van aandacht aan gezondheids promotie op de school, de werkplaats én de ouderenverenigingen behoort eveneens tot de mogelijkheden.

De actieradius van ‘active aging’ werd nadien ruimer dan enkel het nastreven van een gezonde levensstijl. Sinds 2002 wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) ‘active aging’ omschreven als “the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of live as people age” (Hooyman & Kiyak, 2011b, p. 7). ‘Active’ verwijst dus ook naar het daadwerkelijk mee blijven doen aan sociale, economische, culturele, geestelijke en samenlevingsactiviteiten en niet alleen naar het fysieke vermogen van de ouderen om te participeren. Ook bij fysieke beperkingen moeten ouderen van betekenis kunnen blijven voor hun relaties, leeftijdgenoten, directe omgeving en de lokale samen-

Uitgeverij Academia Press  
Prudens Van Duyseplein 8  
9000 Gent  
België

[www.academiapress.be](http://www.academiapress.be)

Uitgeverij Academia Press maakt deel uit van Lannoo Uitgeverij,  
de boeken- en multimediativisie van Uitgeverij Lannoo nv.

ISBN 978 90 382 2147 2  
D/2014/4804/8  
NUR1 897  
NUR2 885

Pascale Vander Meeren  
De oudere. Een raamwerk voor verpleegkundigen  
Boekdeel 1. Gerontologie  
Gent, Academia Press, 2017, VI + 280 p.

Tweede druk, 2017  
Eerste druk, 2014

Vormgeving cover: Twin Media  
Vormgeving binnenwerk: [www.intertext.be](http://www.intertext.be)

© Pascale Vander Meeren & Uitgeverij Lannoo nv, Tielt

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/  
of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke  
andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.