

Journal of Social Intervention: Theory and Practice –  
2019 – Volume 28, Issue 4, pp. 3–23  
<http://doi.org/10.18352/jsi.585>

ISSN: 1876-8830

URL: <http://www.journalsi.org>

Publisher: Rotterdam University of Applied Sciences,  
in cooperation with Utrecht University Library  
Open Access Journals

Copyright: this work has been published under a  
Creative Commons Attribution-Noncommercial-No  
Derivative Works 3.0 Netherlands License

**Dr. Daan Duppen** is postdoctoral researcher at the  
Vrije Universiteit Brussel. His research is focused on the  
relationship between the social living environment and  
frailty in later life.

**Dr. An-Sofie Smetcoren** is postdoctoral researcher at  
the Vrije Universiteit Brussel. Her research focuses on  
environmental gerontology and housing in later life.

**Dra. Sylvia Hoens** is predoctoral researcher at the Vrije  
Universiteit Brussel. Her research mainly focuses on care  
services for older adults with a migrant background.

**Miss. Karmien Nackaerts** is master in educational sciences.

**Prof. dr. Liesbeth De Donder** is professor in the  
Department of Adult Educational Sciences at the Vrije  
Universiteit Brussel. Her research focuses on social and  
care innovation, safety and elder abuse, and participatory  
methodologies.

Correspondence to: Daan Duppen

E-mail: [Daan.Duppen@vub.be](mailto:Daan.Duppen@vub.be)

DAAN DUPPEN,  
AN-SOFIE  
SMETCOREN,  
SYLVIA HOENS,  
KARMIEN  
NACKAERTS,  
LIESBETH DE  
DONDER

## ANTENNEBEROEPEN IN DE LOKALE GEMEENSCHAP ALS SLEUTEL VOOR DOORVERWIJZING VAN KWETSBARE OUDEREN NAAR HULPORGANISATIES

### SAMENVATTING

Antenneberoepen in de Lokale Gemeenschap als Sleutel voor Doorverwijzing van Kwetsbare Ouderen naar Hulporganisaties

Zowel in Vlaanderen als in Nederland werd de voorbije jaren sterk geïnvesteerd in preventie en interventieprogramma's om kwetsbaarheid bij ouderen tegen te gaan. Kwetsbaarheid

## ANTENNEBEROEPEN IN DE LOKALE GEMEENSCHAP ALS SLEUTEL VOOR DOORVERWIJZING

wordt doorgaans gedetecteerd door gezondheidsprofessionals. Deze studie exploreerde hoe andere professionals buiten de zorgsector zoals postbodes, winkelbediendes of apothekers een antennefunctie kunnen hebben in de detectie van kwetsbare ouderen door hen door te verwijzen naar zorg wanneer dit nodig is. Daarnaast werd nagegaan in welke situaties zij acties ondernemen en welke ondersteuning nodig is om de rol van antenneberoep op te nemen.

18 professionals werden individueel (n=12) of in focusgroep (n=6) geïnterviewd. Resultaten van de kwalitatieve analyse tonen aan dat zij veelvuldig in contact komen met kwetsbare ouderen tijdens het uitoefenen van hun beroepsactiviteit. Door in gesprek te gaan met de ouderen detecteren zij verschillende vormen van kwetsbaarheid. Zij kunnen en willen een sleutelrol opnemen om deze ouderen door te verwijzen naar zorgondersteuning maar stellen zich vragen omtrent de privacy. Een centraal meldpunt per gemeente zien zij als een oplossing.

### **Trefwoorden**

ouderen, oudere volwassenen, kwetsbaarheid, detectie, preventie

### **ABSTRACT**

Background: When older adults have early symptoms of frailty, research indicates that an early intervention can delay or avoid adverse frailty outcomes such as hospitalization or institutionalization. Frailty is to date mostly detected in a medical setting. General practitioners or home care nurses are care professionals who are the key persons in this detection. The informal network of frail older people as well has a crucial role in avoiding the worsening of frailty and the prevention of adverse frailty outcomes. Unfortunately, not all older adults in need of care have adequate care networks. In the past years, many policies have seriously invested in prevention and intervention programs for frail older adults. Within the D-SCOPE study, the potential role of 'non-care professionals' is explored for detecting frail older adults without an informal network and potentially leading them to formal care. Professionals such as pharmacists, mailmen or cashiers have frequent contact with frail older adults and can be seen as "antenna professionals" given they receive considerable information from their clients or costumers. This explorative study researched (a) whether antenna professionals can detect frail community-dwelling older adults, (b) which action they undertake when they detect a frail person and which barriers may occur to initiate an action and (c) which support is needed to be an antenna professional.

**Methods:** 18 persons with different professions were interviewed: pharmacists, police inspector, bank clerk, mailmen, local business owners such as florist and grocer, manager from a hair salon or supermarket and more. Professionals who didn't had contact with frail community-dwelling older adults during their work were excluded for an interview. Participants were asked to what extend they had contact with frail older adults who were according to them in need for help, if they ever referred them towards appropriate care, what an antenna profession meant to them, what support they need to act as one and which barriers one can expect for this kind of function. All interviews were thematically analyzed.

**Results:** The professionals could detect frailty in numerous ways. Physical frailty was visually noticeable and by starting conversations, other psychological and social frailty became visible while practicing the profession. Not seldom older adults themselves shared tragic stories of their lives. Cognitive frailty was recognized with alert signs, for example when older adults came to buy the same item twice. These professionals regularly initiate actions that were sometimes linked to their profession such as giving advice or delivering groceries. Just listening to the story could also be seen as an action for helping frail persons. In specific cases, situations were passed towards healthcare professionals or relatives. Barriers for referring frail older adults towards care organizations were concerns about privacy, fear of losing the continuity of the daily activities, correct estimating if one in fact needed help and finding the right balance between professional and personal life. Most participants in the study thought they could act as an antenna function for referring towards professional care although they are most concerned about the privacy regulation on this matter. One central contact point in the community for referring frail older adults was believed to be a solution to prevent frailty worsening and the question to mention this anonymously was more than once raised. More concerns of the possible antenna professionals were found in three evolutions that were analyzed across the interviews. A first was the disappearance of local business owners in the community. A second was the decline of neighborhood social capital, which makes older adults increasingly turn to neighborhood stores for social contact. A third evolution is the transformation of the social character of antenna profession in a digitized world or higher work pressure.

**Discussion and conclusion:** The findings illustrate that professionals can have an antenna function in the detection of different types of frailty. To use the information of these professionals, their concerns should sincerely be acknowledged. Not only was correctly estimating if one effectively needs help a concern, also privacy issues were discussed. Referring a frail person with care needs anonymously is straightforward not possible according to the European Union regulation on

the protection of natural persons with regard to the processing of personal data. Therefore, all professionals must have the permission of the older adult before referring him or her to a care or welfare organization. It should be noted that this study was explorative and possible other persons with an antenna function such as members from clubs or societies for older adults, neighborhood volunteers, priests or Imams were not included in this study and could have an important antenna function as well. The findings of this study however provide a basis for care or welfare organizations in the development of a policy towards the implementation of professionals with an antenna function for detecting frail community-dwelling older adults. These professionals already have valuable information that can be used to prevent frailty worsening.

### **Keywords**

Older adults, frailty, vulnerability, detection, prevention

### **INLEIDING**

De maatschappij waarin we leven ontgroent en vergrijsst. 16,3% van de Belgische bevolking was in 2016 ouder dan 67 jaar ten opzichte van 14,7% in 2000 en verwacht wordt dat dit percentage oploopt tot 22,1% in 2040 (Federaal Planbureau, 2017). In Nederland was 19% van de bevolking 65 jaar of ouder en zal dit oplopen tot 26% in 2040 (Stoeldraijer, van Duin & Huisman, 2017). De Belgische en Nederlandse situatie zijn overeenkomstig met andere Europese landen. Zo wordt er geschat dat over de 28 lidstaten van Europa 27% van de bevolking in 2040 65 jaar of ouder zal zijn (Eurostat, 2018). Deze bevolkingsvooruitzichten zorgen voor een demografische shift en ze hebben implicaties op en opportuniteiten voor iedereen in onze samenleving. Zo nemen ouderen tot op hoge leeftijd verschillende rollen op: bijvoorbeeld in de zorg voor familie en naasten, via vrijwilligerswerk of in het verenigingsleven. Zolang ouderen gezond zijn, worden zij in het uitvoeren van deze activiteiten amper beperkt (Wereldgezondheidsorganisatie, 2015). Bij toenemende kwetsbaarheid echter daalt de maatschappelijke participatie van ouderen. Wat deze kwetsbaarheid inhoudt, wordt in de wetenschappelijke literatuur benaderd vanuit twee invalshoeken. Enerzijds is er de focus op hoofdzakelijk biomedische en fysieke kwetsbaarheid waarbij gekeken wordt naar een optelsom van fysieke symptomen of aandoeningen zoals spontaan gewichtsverlies of vertraagde wandelsnelheid (bijvoorbeeld. Fried *et al.*, 2001, Rockwood, Mitnitski, Song, Steen & Skoog, 2006). Anderzijds is er de holistische benadering waarbij kwetsbaarheid niet als een statisch, maar een dynamisch gegeven bekeken wordt dat doorheen de tijd positief of negatief kan evolueren. Kwetsbaarheid manifesteert zich hier op meer domeinen dan enkel lichamelijke

gezondheid (Gobbens, Luijkx, Wijnen-Sponselee & Schols, 2010). In de meest uitgebreide operationalisering van kwetsbaarheid worden naast fysieke kwetsbaarheid nog vier andere domeinen voorgesteld. Een tweede domein is psychische kwetsbaarheid die rekening houdt met emotionele eenzaamheid en stemmingsstoornissen. Een derde domein omvat sociale kwetsbaarheid en includeert zowel sociale eenzaamheidsgevoelens als het ontbreken van een steunnetwerk. Cognitieve kwetsbaarheid houdt rekening met geheugenproblemen en omgevingskwetsbaarheid gaat onder meer over een niet-aangepaste woonomgeving (Dury *et al.*, 2018; Van der Vorst *et al.*, 2017). Deze studie benadert kwetsbaarheid als een multidimensioneel concept.

### **Naar een tijdige detectie van kwetsbaarheid**

Onderzoek toont aan dat een vroegtijdige tussenkomst bij symptomen van kwetsbaarheid een ziekenhuis- of rusthuisopname mogelijks kan uitstellen of vermijden (Stijnen, Duimel-Peeters, Jansen & Vrijhoef, 2013). Vandaag de dag gebeurt detectie van kwetsbaarheid voornamelijk in een medische setting, zoals in een ziekenhuis, bij de huisarts (Lette, Baan, Van den Berg & de Bruin, 2015) of door proactieve huisbezoeken door verpleegkundigen (Hout *et al.*, 2011). Deze zorgprofessionals zijn als het ware de sleutelfiguren om kwetsbaarheid te detecteren. Ouderen die echter geen gebruik maken van professionele (medische) zorg moeten bij problemen een beroep doen op hun eigen inschattingsvermogen of hun eigen informele netwerk (Fabbricotti *et al.*, 2013; Jonkers & Machielse, 2012). Helaas zijn er personen met een zeer klein sociaal netwerk en dit beperkt zich niet tot ouderen alleen. Extreme voorbeelden van sociale isolatie die de media halen, zijn de overlijdens van personen waarbij het lichaam pas maanden of jaren na hun overlijden werd gevonden. Zo werden in de zomer van 2017 in de stad Brugge in één week tijd drie lichamen gevonden van personen die reeds enkele dagen overleden waren (bron standaard 2 augustus 2017). Dit gaf de aanleiding om in de stad het actieplan 'Vierkant tegen eenzaamheid' op te starten met acties zoals een telefoonketting of *alerte deurprofessionals*. Deze professionals komen vanwege hun beroep voorbij de deur van inwoners en zouden de detectie van eenzaamheid en isolement bij ouderen kunnen ondersteunen (Vierkant tegen eenzaamheid, 2018).

### **Preventie van kwetsbaarheid: rol van antenneberoepen.**

Om extreme situaties tegen te gaan, is er reeds bij de eerste symptomen van kwetsbaarheid nood aan een interventie om de situatie aan te pakken (Lette *et al.*, 2015; Stijnen *et al.*, 2013). Zowel in Vlaanderen als in Nederland werd er de voorbije jaren ernstig geïnvesteerd in preventie en interventieprogramma's voor kwetsbare ouderen. Een voorbeeld uit Nederland is het *Even*

## ANTENNEBEROEPEN IN DE LOKALE GEMEENSCHAP ALS SLEUTEL VOOR DOORVERWIJZING

*Buurten* project in Rotterdam waar sociale netwerken van thuiswonende ouderen via een integrale wijkaanpak worden versterkt om zo kwetsbaarheid vroeger te signaleren (Van Dijk, Cramm, Lötters & Nieboer, 2013). Een voorbeeld uit Vlaanderen is dat van *Actief Zorgzame Buurten*. In dergelijke buurten kennen en helpen bewoners elkaar, wordt zorg breed bekeken en wordt er onder meer gebouwd aan sociale cohesie in de wijk (De Donder *et al.*, 2017).

Van 2015 tot einde 2018 liep in Vlaanderen het Detection – Support and Care for Older People: Prevention and Empowerment project (D-SCOPE) waarin een methodiek ontwikkeld werd om ouderen met een verhoogd risico voor kwetsbaarheid te detecteren aan de hand van gegevens uit het bevolkingsregister (Lambotte *et al.*, 2018; Smetcoren *et al.*, 2018). Veel ouderen krijgen zorg bij hun activiteiten van het dagelijks leven. 3,8 % van de thuiswonende ouderen in Vlaanderen daarentegen heeft een tekort aan deze zorg (Fret *et al.*, 2017). D-SCOPE wil dankzij detectie deze zorgtekorten elimineren. Daarnaast wil D-SCOPE exploreren hoe 'niet-evidente' professionals kwetsbaarheid kunnen detecteren en signaleren wanneer zij vanuit hun beroep in contact komen met kwetsbare ouderen. Zoals een antenne verschillende radiogolven ontvangt, zijn er ook antenneberoepen (AB) die verschillende signalen van hun klanten en cliënten ontvangen betreft kwetsbaarheid en eventuele zorgtekorten. We denken hierbij aan apothekers, kappers/kapsters, loketbedienden van een financiële instelling, cafébazen, winkelbedienden/kassiers(ers), postbodes en veel meer.

Buren van ouderen of verenigingen waarin ouderen actief zijn, hebben ook een belangrijke sleutelrol in de detectie en ondersteuning van kwetsbare ouderen (De Donder, 2017). In deze studie werd echter gekozen om enkel de AB te bevragen. Zij komen vanwege hun beroep ook in contact met ouderen die sterk geïsoleerd leven, maar worden vaak over het hoofd gezien als mogelijke sleutelfiguren. Aan de hand van een exploratieve studie werden drie onderzoeksvragen gesteld:

1. Kunnen antenneberoepen kwetsbaarheid bij thuiswonende ouderen detecteren? En hoe doen zij dit?
2. In welke situatie zij actie ondernemen als ze kwetsbaarheid bij thuiswonende ouderen met een zorgtekort detecteren en welke knelpunten zij hierbij ervaren?
3. Welke ondersteuning belangrijk is om de rol van antenneberoep op te nemen?

## METHODE VAN ONDERZOEK

Van januari 2015 tot december 2018 werken 21 onderzoekers van de Vrije Universiteit Brussel, Universiteit Antwerpen, Katholieke Universiteit Leuven, Hogeschool Gent en Maastricht University

samen aan het D-SCOPE-project. D-SCOPE ontwikkelde gedurende deze periode strategieën voor een proactieve detectie van kwetsbaarheid bij thuiswonende ouderen (60 jaar en ouder).<sup>1</sup> Naast de detectie van kwetsbare ouderen via het bevolkingsregister aan de hand van risicoprofielen (Smetcoren *et al.*, 2018) werd verkend hoe antenneberoepen kwetsbare ouderen konden signaleren en doorverwijzen naar het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) die dan de gepaste en gewenste hulp zou kunnen inschakelen.

Data werden verzameld tijdens focusgroepgesprekken en individuele interviews met personen in antenneberoepen. Het doel van kwalitatieve focusgroepen was om de visies, ervaringen, noden en wensen van een populatie te registreren door een groep experts bij elkaar te brengen. Focusgroepen zijn een gepaste methode om de hoeveelheid informatie te maximaliseren in een beperkte tijd. Tijdens interactie met andere experts kwamen verschillende opinies aan bod (Acocella, 2012).

Hoewel de originele opzet was om data alleen te verzamelen in focusgroepen, werden wegens praktische omstandigheden zoals, drukke werkschema's, overlappende urenregelingen of het niet verkrijgen van dienstvrijstelling aanvullend individuele interviews georganiseerd om een zo divers mogelijke verzameling respondenten te kunnen bereiken.

Een onderzoeker van D-SCOPE coördineerde de gesprekken in de twee focusgroepen (n=2; n=4) en werd daarin bijgestaan door een masterstudent Agogische Wetenschappen en een medewerker van het OCMW. De onderzoeker en de student namen aanvullend nog 10 individuele interviews en één dubbelinterview met personen in antenneberoepen af tot datasaturatie optrad.

### **Onderzoekspopulatie en onderzoeksobject**

In totaal werden 18 personen met verschillende beroepen geïnterviewd: apothekers (n=3), medewerker zelfstandige zaak (n=2), handelaars (n=6), andere zelfstandigen (n=4) en openbaar dienstverleners (n=3). Volledige karakteristieken van de deelnemers zijn terug te vinden in tabel 1. De deelnemers werden benaderd via de medewerkers van het OCMW of via contacten uit de netwerken van D-SCOPE-onderzoekers. Enkel professionals die via hun beroep in contact kwamen met kwetsbare thuiswonende ouderen werden geïncludeerd in het onderzoek. Exclusiecriteria waren professionals zonder thuiswonende ouderen als cliënten of professionals die een zorgberoep uitoefenden zoals huisartsen, thuiszorgdiensten, thuisverpleegkundigen, of kinesitherapeuten (fysiotherapeuten) en reeds een gekende sleutelrol in detectie hebben.

Tabel 1: karakteristieken van de deelnemers

| Beroep                              | Leeftijd | Positie              | Geslacht |
|-------------------------------------|----------|----------------------|----------|
| <i>Vrij beroep</i>                  |          |                      |          |
| Apotheek grootstad                  | 30       | Hoofdapotheeker      | Man      |
| Apotheek stad                       | 31       | Hoofdapotheeker      | Vrouw    |
| Apotheek dorp                       |          | Hoofdapotheeker      | Man      |
| <i>Medewerker zelfstandige zaak</i> |          |                      |          |
| Café                                | 32       | Serveuse             | Vrouw    |
| Buurtwinkel <sup>c</sup>            | 51       | Kassierster          | Vrouw    |
| <i>Handelaar</i>                    |          |                      |          |
| Fruitwinkel <sup>a</sup>            | 64       | Zaakvoerder          | Man      |
| Dagbladhandel <sup>a</sup>          | 50       | Eigenaar             | Vrouw    |
| Bakker                              | 61       | Zaakvoerder          | Man      |
| Bloemenwinkel                       | 61       | Zaakvoerder          | Man      |
| Buurtwinkel <sup>c</sup>            | 47       | Zaakvoerder          | Vrouw    |
| Grootwarenhuis <sup>b</sup>         | 46       | Manager              | Man      |
| <i>Andere zelfstandige</i>          |          |                      |          |
| Schoonheidsspecialiste <sup>a</sup> | 29       | Zelfstandige         | Vrouw    |
| Kapsalon                            | 68       | Zelfstandige         | Vrouw    |
| Kapster aan huis                    | 47       | Zelfstandige         | Vrouw    |
| Bankkantoor                         | 54       | Filiaalhouder        | Man      |
| <i>Openbare dienstverlening</i>     |          |                      |          |
| Bpost                               | 53       | Postbode             | Vrouw    |
| Bpost <sup>a</sup>                  | 39       | Postbode             | Man      |
| Lokale politie <sup>b</sup>         | 53       | Inspecteur wijkagent | Vrouw    |

<sup>a</sup> = deelnemers focusgroep één; <sup>b</sup> = deelnemers focusgroep twee; <sup>c</sup> = duo interview

Gezien de exploratieve aard van het onderzoek werd gekozen voor kwalitatieve interviews om de ervaringen en noden van AB te onderzoeken. Hierbij waren 4 hoofdvragen centraal: (a) "In welke situaties komt u in contact met kwetsbare ouderen van wie u denkt dat ze extra hulp of zorg zouden nodig hebben?"; (b) "In welke situatie hebben jullie al eens kwetsbare ouderen gedetecteerd en die effectief ook doorverwezen naar meer zorg en ondersteuning?"; (c) "Hoe vult u de rol van AB in en welke ondersteuning heeft u hiervoor nodig?"; (d) Welke mogelijke drempels kan iemand ondervinden om de rol als AB op te nemen?" Elk interview werd digitaal opgenomen en later verbatim getranscribeerd. Elke deelnemer ondertekende geïnformeerde toestemming voor deelname, opname van het gesprek en een vertrouwelijke verwerking van de data voor wetenschappelijke doelen. De studie werd goedgekeurd door de ethische commissie van de Humane Wetenschappen van de Vrije Universiteit Brussel (ECHW\_031).



## **Wijze van analyseren**

Met behulp van de software MAXQDA werden de kwalitatieve interviews geanalyseerd volgens thematische analyse. In een eerste stap werden vier hoofdthema's bepaald: (a) gedetecteerde vormen van kwetsbaarheid; (b) ondernomen acties; (c) knelpunten naar doorverwijzing; (d) noden voor doorverwijzing. In een tweede stap werden alle interviews geanalyseerd en leidde inductieve analyse ertoe dat subthema's werden toegekend aan nieuwe informatie die naar boven kwam onder de hoofdthema's (Fereday & Muir-Cochrane, 2006). Eén onderzoeker deed alle analyses waarna deze werden bediscussieerd met alle onderzoekers van deze studie. Elk hoofdthema werd uitvoerig beschreven met informatie uit de subthema's en geïllustreerd met citaten van de deelnemers in het onderzoek om de essentie van het thema duidelijk te maken (Crowe, Inder & Porter, 2015). Om de anonimiteit van de deelnemers te garanderen werden schuilnamen gebruikt.

## **RESULTATEN**

### **Detecteren van kwetsbare ouderen**

Professionals met een antenneberoep detecteren kwetsbare ouderen op verschillende manieren. AB nemen vage alarmsignalen van *cognitieve kwetsbaarheid* waar of hebben een 'niet pluis gevoel'. Voorbeelden waar ze mee geconfronteerd worden, zijn: het vergeten om medicatie op te halen in de apotheek, vergeten waar belangrijke financiële documenten zijn, een verhaal vaak herhalen, pincode vergeten of hetzelfde magazine als de dag voorheen kopen in de dagbladhandel. In een café merkt de serveerster op dat ouderen met geheugenproblemen hun portemonnee geven en vragen om het geld er zelf uit te nemen. *Fysieke kwetsbaarheid* is volgens de respondenten visueel herkenbaar wanneer ouderen hulpmiddelen beginnen te gebruiken zoals een rollator of wanneer boodschappen te zwaar worden. In zeldzame gevallen merken zij urinaire incontinentie op of flauwte door hypoglykemie bij diabetespatiënten. *Sociale kwetsbaarheid* toont zich wanneer eenzame oudere mannen de kassiersters vragen om mee uit te gaan of wanneer ouderen vaak in de winkel blijven 'hangen'. Een ander voorbeeld van sociale kwetsbaarheid is het gebruik maken van de thuislevering service van de buurtwinkel door ouderen die fysiek kwetsbaar zijn, maar waarbij de sociale kwetsbaarheid duidelijk wordt door elke dag voor één levering te bellen in plaats van éénmaal per week om toch maar iemand te zien. Ook een postbode merkt op dat hij voor bepaalde ouderen de enige is die bij hen langskomt. *Omgevingskwetsbaarheid* wordt door AB eerder gezien als een niet-verzorgde woning (bijvoorbeeld een gebrek aan hygiëne) dan een woning die niet is aangepast aan de leeftijd. Dit wordt ook enkel gedetecteerd door AB die

## ANTENNEBEROEPEN IN DE LOKALE GEMEENSCHAP ALS SLEUTEL VOOR DOORVERWIJZING

aan huis komen zoals kapster, postbode, bankfiliaalhouder of schoonheidsspecialist. *Psychische kwetsbaarheid* is zichtbaar wanneer ouderen 'een traantje wegpinken' bij verhalen over hun overleden partner. Wanneer AB vertellen over complexe zorgsituaties komen *verschillende vormen van kwetsbaarheid* naar boven. Voorbeelden zijn cognitieve problemen bij ouderen met een beperkt sociaal netwerk waarbij een evolutie zichtbaar is naar meer verwaarlozing. In specifieke situaties krijgen de AB te maken met psychiatrische stoornissen, alcoholmisbruik en verwaarlozing. In een landelijke buurtwinkel werden AB hier ongevraagd mee geconfronteerd zoals blijkt uit volgend dubbelinterview:

Helène: "Ja. Je hebt Frank, die aan de drank zit. Op een bepaald moment, je ziet hem achteruitgaan".

Eliane: "Dat zijn mensen, die dan zeggen: 'Kijk, Helène en Eliane, ik ga me laten opnemen'. Die komt dat dus vertellen, ondanks dat wij die mens eigenlijk gewoon niet kennen. Alleen van in de winkel. Maar gewoon, die komt zeggen: 'Ik laat me opnemen. Ik ga veertien dagen weg zijn'. En die komt dat vertellen. Hij moet ook zijn ei kwijt kunnen. Dat is ook een meneer alleen. Alleen gevallen (verweduwd)".

Naast de gekende vormen van kwetsbaarheid wordt ook financiële kwetsbaarheid aangehaald. AB vertellen dat ze vaak op de hoogte zijn dat bepaalde klanten onder budgetbeheer staan. Anderen zoals de schoonheidsspecialiste en kapster, ervaren dat ouderen vanwege financiële redenen minder afspraken maken dan ze zouden wensen.

### **Acties ondernemen en knelpunten om tot actie over te gaan**

Elke respondent geeft aan in het verleden reeds één of meerdere acties te hebben ondernomen om zijn kwetsbaar ouder publiek te ondersteunen. Voor bepaalde AB is actie ondernemen verbonden aan hun beroep. De bankfiliaalhouder *adviseert* bijvoorbeeld zijn ouder cliënteel vaak om een zorgvolmacht op te maken in geval de oudere door ziekte of ongeval wilsonbekwaam wordt. In dergelijk geval kan de persoon met de volmacht alle bankzaken regelen voor de wilsonbekwame oudere. Apothekers gaven aan dat advies geven over medicatie en zorg tot hun functie behoort. Het *leveren aan huis van levensmiddelen* aan kwetsbare ouderen is bij de landelijke buurtwinkel een standaard service, terwijl dit bij de fruitkweker een uitzonderlijke mogelijkheid is. Het grootwarenhuis biedt deze service aan bij een aankoopbedrag van minimum € 75. Voorbeelden van extra's die tot heden door AB worden aangeboden zijn het installeren van een koffiecorder

of zitbank in de lokale winkel. Eén postbode geeft aan dat hij na zijn uren voor ouderen naar de apotheker rijdt. *Luisteren naar het verhaal van de oudere* wordt eveneens benadrukt als het bieden van hulp. Dit was volgens de serveerster enkel mogelijk tijdens rustige momenten, wanneer er geen andere klanten in het café zijn. AB werken op bepaalde vlakken ook *preventief*: Een apotheker vraagt bijvoorbeeld aan ouderen of zij op iemand kunnen rekenen in geval van nood en trachten een vertrouwensrelatie op te bouwen met psychiatrisch zieke ouderen. De eigenares van de landelijke buurtwinkel beslist in bepaalde situaties om mensen geen alcohol meer te verkopen. Ook de wijkagent geeft aan preventief te werken door er bij nieuwe inwoners op aan te dringen om een contactpersoon door te geven voor noodsituaties.

Of problemen door AB worden doorgegeven aan familie of hulpverleners is zeer afhankelijk van beroep tot beroep. De apothekers en wijkagent hebben door hun beroep frequent contact met de huisarts of OCMW en zeiden indien nodig *signalen* te kunnen doorgeven. De bankfiliaalhouder geeft aan dat dit vanuit zijn beroep vaak onmogelijk is. Eenmalig gaf hij *informatie* door aan de kinderen bij vermoeden van cognitieve problemen. De andere AB geven aan dat zij een organisatie missen waar zij problemen kunnen signaleren en zien de sociale dienst van het OCMW als aanspreekpunt hiervoor. Tot nu toe ontbreekt er een duidelijk kader over in hoeverre zij hun vermoedens mogen doorgeven. Daarom zoeken ze nu in noodsituaties een oplossing via het eigen netwerk.

AB die door hun beroep vaak in contact komen met zorgprofessionals of professionele hulpverleners zijn sneller in staat om een complexe zaak multidisciplinair aan te pakken. Dankzij een goede samenwerking met huisarts en OCMW kunnen deze AB kwetsbare ouderen toeleiden naar formele begeleiding. Een apotheker illustreert dit als volgt:

... omdat die vrouw alleen thuis woonde, ze spreekt de taal niet, Afrikaanse achtergrond, problemen met bepaalde pijnstillers waaraan ze verslaafd is geraakt, een paar keer gevallen, ook omwille van de medicatie die ze neemt. Omdat het op het gebied van communicatie totaal niet vooruitging, is er wel een stap gezet naar meer inkadering. Toen hebben wij samen met de verpleging, de huisarts en een sociaalassistent ons ingezet om te kijken: Hoe gaan wij die begeleiding verzorgen? Hoe gaan wij zorgen dat die medicatie bij die patiënt geraakt? Hoe zorgen wij dat die op bepaalde afspraken komt? Die huisarts heeft toen een dagverblijfcentrum geregeld voor die patiënt. Wij zorgden, in combinatie met die verpleegkundige, dat de medicatie in orde was, tot aan betalingen aan toe. Er werd daar eigenlijk een heel systeem op poten gezet dat voor iedereen wel vol te houden was, zodat die persoon omringd was en wist waar ze terecht kon.

Het lukt echter niet om alle complexe zorgsituaties op te lossen. *De oudere weigert* soms zelf alle hulp en verschillende hulpverleners krijgen samen 'het deksel op de neus':

Wij hebben contact opgenomen met de familie die hier niet ver vanaf woont. Zij zeggen 'oké wij willen ons moeder helpen, maar wij geraken daar niet binnen'. De conciërge van het gebouw is al naar de vrederechter geweest. Het probleem is: het is haar eigendom, dus je kunt haar daar heel moeilijk uitzetten. Als je zou zeggen ze sticht brand, dan oké, maar er moet iets ernstig gebeuren voor... Alé... Die graffiti, dat roepen, soms een keer in haar blote door de gang lopen dat is allemaal niet zwaar genoeg om daar in te grijpen. Daar zitten we vast. Zij [sociale dienst] geraken daar ook niet binnen, niemand. (Wijkagent)

Andere knelpunten zijn zorgen omtrent *privacy*. De bankfiliaalhouder geeft aan over veel persoonsgegevens te beschikken maar gebonden te zijn aan het bankgeheim. Ook apothekers kennen de naam en vaak de gezondheidsgeschiedenis van bepaalde cliënten maar mogen dit vanwege hun beroepsgeheim niet doorgeven aan het OCMW. De andere AB stellen zich al dan niet vragen bij de privacy van ouderen. Daarnaast is er schrik voor de *continuïteit* van dagelijkse activiteiten. Het kunnen vrijmaken van tijd maakt een verschil wanneer men met iemand alleen in de zaak staat of met klanten, als de postbode nog veel brieven moet posten of niet. De angst dat de hoofdtaak verloren gaat of om bemoeizuchtig over te komen en daardoor klanten te verliezen, is een bezorgdheid die bij verschillende AB in de interviews voorkwam. Vervolgens geeft men ook aan dat het effectief bepalen of een situatie gedefinieerd kan worden als *zorgtekort* moeilijk is. De kapster aan huis stelt vast dat sommige ouderen nog in primitieve omstandigheden leven maar zich daar gelukkig bij voelen, terwijl buitenstaanders diezelfde woonsituatie als vuil en onhygiënisch beschouwen omdat zij andere normen hierover hebben. Een laatste knelpunt is de juiste balans vinden tussen afstand en nabijheid en grenzen durven stellen. Té dicht bij de oudere staan zorgt voor een onevenwicht in die balans:

Ik heb een week of drie geleden, een klant geweigerd. Die heeft mij dan gestalkt. Die heeft zelfs achter mij gereden met een auto. Dan zeg ik echt van: "Hier stopt het". Ja. Het was een heel lief madammeke ... maar zij kon zich niet aan de afspraken houden. Eigenlijk daardoor. Ik moet mij aan de afspraken houden, als je aan huis komt. Dat madammeke kon dat helemaal niet. Dan kom ik binnen en dan begint zij op je gevoel te werken, te kussen en te bepampelen en dingen. Dan heb ik zoiets van: "Oh, nee". Ik ben haar bezit niet. Ja, je hebt er een vertrouwensband mee. Dat klikte heel goed, maar op dat punt vind ik dat wel erg. Het was eigenlijk gewoon ... Dat ging niet bij mij. Tien keer veranderen op een week. Alle weken

komen en dat moest tien keer veranderen. 's Avonds om tien uur bellen. Zondagavond om elf uur bellen. Ja, dan heb ik wel zoiets van: "Mijn privé, is mijn privé en daar moet je afblijven". Dan zeg ik echt: "Stop". (Kapster)

### **Antenneberoepen als sleutel voor doorverwijzing**

Binnen de beroepen die voor deze studie werden bevraagd, vindt enkel de bankfiliaalhouder dat hij geen sleutelrol heeft in de doorverwijzing van kwetsbare ouderen naar een hulporganisatie. Een meldpunt waarop hij iemand kan contacteren zou hij daarentegen wel gebruiken in geval van nood. Alle andere AB vinden dat een meldpunt, waar ze met bekommernissen terecht kunnen, nodig is omdat zij nu "op basis van eigen gezond verstand" hulp aanbieden. In de gesprekken met de AB kwam de sociale dienst van het OCMW het vaakst naar voor als contactorganisatie, hoewel de apotheker uit Brussel ook de meerwaarde van vzw's (non-profit organisaties) die kwetsbare groepen helpen onder de aandacht bracht. De AB geven een reeks aanwijzingen mee voor het opstarten of het gebruik maken van een meldpunt:

- Omtrent de privacyregelgeving is er een wettelijk kader nodig voor de AB vooraleer kan worden overgegaan tot meldingen.
- De mogelijkheid om een anonieme melding te doen.
- De melding dient opgevolgd te worden op een laagdrempelige manier. Aangezien de oudere door diens kwetsbaarheid moeilijk verschillende diensten binnen een zorg parcours kan afgaan, is het aan de hulporganisatie om de oudere hierbij te begeleiden.
- Voor ouderen die zorg mijden is er eerst vertrouwen nodig. Daardoor vinden sommige AB het belangrijk dat de hulpverlening voor hen traag wordt opgestart.
- Per gemeente zou er één meldpunt moeten zijn met één centraal nummer dat kenbaar gemaakt is bij alle mogelijke AB.
- Een medewerker die de AB kan bijstaan met raad en suggesties om moeilijke situaties aan te pakken.

Zowel binnen de steden als de gemeenten werden drie ontwikkelingen zichtbaar die een invloed hebben gehad op het werk van de AB. Een eerste ontwikkeling is de sterke daling van het aantal beroepen met een antennefunctie: buurtbakkers en lokale beenhouwers verdwijnen en veranderen steeds vaker in een supermarkt. Een tweede ontwikkeling is het verdwijnen van het *sociaal kapitaal van de buurt* waardoor de weinige buurtwinkels die sociale functie overnemen:

## ANTENNEBEROEPEN IN DE LOKALE GEMEENSCHAP ALS SLEUTEL VOOR DOORVERWIJZING

Eliane: Het is niet gemakkelijk voor kleinere winkels. Ik denk ... Sociaal contact. Ja. Soms hebben we het gevoel, dat we meer sociaalwerkers zijn, dan dat we ...

Helène: Soms moeten we psycholoog zijn, soms moeten we dokter of ... Ja. Dat zijn we wel niet, maar ... Maar, je maakt het wel mogelijk. Ja. Proberen die mensen een antwoord te geven.

Een derde ontwikkeling is een verandering in de functie van de AB of de limitatie van het maatschappelijk karakter van het beroep door controle van hogerhand. Door de digitalisering komen bijvoorbeeld minder mensen naar de bank en is er minder tijd aan het loket.

Postbodes vervulden vroeger een socialere functie waarbij ze langsgingen bij ouderen. Dit gebeurt nu nog slechts zelden door hogere werkdruk. Desondanks doen zij na of tijdens hun postronde nog boodschappen of helpen ze bij administratieve verrichtingen.

Postbode 1: [over ouderen die niet naar de winkel konden gaan] Ik ging daar twee keer per week voor ik vertrok op ronde ging ik eerst langs de bakker want dan moest ik daar twee keer per week een brood afleggen. En briefkes voor naar de apotheker dat deden wij vroeger allemaal, maar die tijd... Ik heb nu 840 huizen, toen in de tijd had ik er 300. Het is nu echt werken, jagen en jagen om gedaan te krijgen.

Postbode 2: Wij hebben onze adressen waar we al eens langsgaan en dat wordt doorgegeven van den ene postbode op den andere. Als ge [interne] opleiding krijgt en dan kunt ge zeggen daar al eens een tas koffiedrinken. Maar dat is minder en minder dat dat gebeurt. Zo heb ik over het laatst al een doorlopende opdracht voor iemand in orde gebracht.

## DISCUSSIE

Dit onderzoek exploreerde de mogelijkheid om antenneberoeperen (AB) in te schakelen in de detectie naar kwetsbare thuiswonende ouderen. Daarbij werden drie onderzoeksvragen centraal gesteld:

1. Kunnen antenneberoeperen kwetsbaarheid bij thuiswonende ouderen detecteren? En hoe doen zij dit?
2. In welke situatie ondernemen zij actie als ze kwetsbaarheid met een zorgtekort bij thuiswonende ouderen detecteren en welke knelpunten komen voor bij deze acties?
3. Welke ondersteuning is belangrijk om de rol van antenneberoeperen op te nemen?

De resultaten tonen aan dat AB verschillende vormen van kwetsbaarheid kunnen detecteren. Verschillende voorbeelden van cognitieve, fysieke, sociale, psychische en omgevingskwetsbaarheid kwamen aan bod. Daarnaast werd ook financiële kwetsbaarheid aangehaald, een domein dat niet in de courante multidimensionele kwetsbaarheid conceptualisaties is opgenomen (De Roeck *et al.*, 2018; De Witte *et al.*, 2013; Gobbens *et al.* 2010; Steverink, Slaets, Schuurmans & Van Lis, 2001). Bepaalde vormen zoals fysieke kwetsbaarheid zijn visueel duidelijk waar te nemen, terwijl andere vormen zoals cognitieve en psychische kwetsbaarheid dat minder zijn. Voor cognitieve kwetsbaarheid ervaren AB wel dat er bepaalde alarmsignalen zijn zoals vergeetachtigheid. Soms komen verschillende vormen van kwetsbaarheid, die leiden tot complexe zorgsituaties, samen voor.

Er werden zes types van acties geïdentificeerd: informatie geven, advies geven, extra diensten aanbieden, luisteren naar het verhaal van de klant/cliënt, preventief handelen en signalen doorgeven. Het ondernemen van een bepaalde actie is sterk afhankelijk van het soort beroep. Sommige acties zijn bijna standaard onderdeel, mits een ruime invulling, van het takenpakket van het beroep. Bijvoorbeeld, advies geven is een taak van de bankfiliaalhouder en de apotheker, of goederen leveren aan huis is een opdracht voor de handelaar. In functie van het specifieke doelpubliek (i.e. kwetsbare ouderen), gaan ze dan ook hun opdracht specifiek invullen. Sommige acties zijn kleinschalig en horen bij het sociale karakter van het beroep zoals luisteren naar iemands verhaal. In bepaalde situaties gaat het zo ver dat AB taken extra gaan doen die niet verwacht worden zoals het helpen bij financiële verrichtingen. Vanuit zorgethisch oogpunt kunnen de vijf fasen van zorg volgens Joan Tronto worden geïdentificeerd binnen de resultaten. Volgens Tronto is de zorgrelatie niet alleen de verantwoordelijkheid van zorgvrager en de zorgverlener ten opzichte van elkaar maar ook ten opzichte van anderen (Tronto, 2013). Professionals met een AB maken zich zorgen (fase 1 'caring about', morele waarde: aandachtigheid) door aandachtig te zijn en kwetsbaarheid te signaleren, nemen zorg op zich (fase 2 'taking care of', morele waarde: verantwoordelijkheid) door de verantwoordelijkheid op te nemen, of te willen opnemen, en kwetsbaarheid te melden. Zorg geven (fase 3 'care giving', morele waarde: competentie), is meestal kleinschalig in vergelijking met professionele zorgverleners maar niettemin belangrijk. Het ontvangen van zorg (fase 4 'care receiving', morele waarde: responsiviteit) kwam minder aan bod in de interviews. De vraag blijft of de ouderen die moedwillig zorg mijden zullen openstaan voor zorg wanneer AB tussenpersonen zijn. Zorgen met anderen (fase 5 'caring with', morele waarden: rechtvaardigheid, gelijkheid, solidariteit) wordt door Tronto gesitueerd binnen een ruimere context. De rol die professionals met een AB opnemen hoort thuis in de huidige tendensen van de participatiemaatschappij (Nederland) of zorgzame buurten (Vlaanderen).

## ANTENNEBEROEPEN IN DE LOKALE GEMEENSCHAP ALS SLEUTEL VOOR DOORVERWIJZING

Vijf verschillende knelpunten om actie te ondernemen werden meegenomen uit de gesprekken met AB. Voor het doorgeven van problemen wordt het eigen netwerk ingeschakeld, maar de meeste AB gaven enerzijds aan dat zij een organisatie missen waar zij met een probleemsituatie terecht kunnen en anderzijds wat de regels omtrent privacy hiervoor zijn. In België is het OCMW de gepaste instantie waar AB terecht zouden kunnen voor een melding, maar de zorgen van de deelnemers aan dit onderzoek over de privacyregels zijn terecht. De Europese wet stelt dat de AB steeds de toestemming van de betrokkene nodig heeft voor zijn persoonsgegevens mogen worden doorgegeven aan een instantie zoals het sociaal huis of het OCMW.<sup>2</sup>

Naast privacy kwamen nog vier andere knelpunten aan bod: zorgweigerig, continuïteit dagelijkse activiteiten, inschatten zorgtekort en balans tussen afstand versus nabijheid. Zorgweigerig op latere leeftijd kent zijn oorzaak vaak binnen complexe zorgsituaties (Geelen & Aarnoudse, 2011; Lange, 2014) of bij een sterke wil om de eigen identiteit te blijven behouden, wat een langdurige opvolging vraagt (Corvol, Balard, Moutel & Somme, 2014). Het belang van continuïteit werd afzonderlijk door verschillende AB naar voren gebracht. De hoofdtaak van het beroep mag niet in het gedrang komen door op te treden als antenneberoep. De twee laatste knelpunten hebben een sterke betrekking op het persoonlijk referentiekader van de AB. Het inschatten van een zorgtekort kan delicaat zijn, want wat kwetsbaar lijkt voor een buitenstaander, is voor de oudere eventueel normaal. Het is belangrijk om ouderen zelf de regie te laten behouden (Broese van Groenou, 2011) en zelf te laten beslissen waar hulp nodig is, hoewel dat op grenzen kan stuiten zoals het zelf organiseren van zorg (Eskens & Hoogakker, 2015). Voor sommigen is het een uitdaging om de juiste balans te vinden tussen afstand en nabijheid. Zij vragen zich af hoe ze hulp kunnen bieden zonder dat dit hun persoonlijke levenssfeer beïnvloedt. Idealiter is er professionele nabijheid, een term die in de gezondheidszorg vaak naar voren wordt geschoven om de juiste balans te vinden tussen enerzijds het empathisch zijn en betrokken blijven en anderzijds genoeg ruimte overlaten om objectief te blijven (Van Staveren, 2017).

De laatste onderzoeksvraag focuste op de noden van AB en welke ondersteuning belangrijk is om de rol van antenneberoep op te nemen. In de toekomst rekenen AB voor ondersteuning op één meldpunt dat er per gemeente zou moeten zijn. Momenteel ontbreekt hier echter nog een wettelijk kader inzake de privacy voor. Onrechtstreeks kwamen uit de analyses nog noden voor de ouderen aan het licht die gerelateerd zijn aan de AB. In deze studie werden deze beschreven als drie ontwikkelingen. De eerste en tweede ontwikkeling focust op de rol van de buurtwinkel zoals een kruidenier, bakker of apotheek. Enerzijds is er meer nood aan buurtwinkels. Door het verdwijnen van deze handelaars zijn ouderen genoodzaakt om verder van huis boodschappen



te doen of moeten zij hulp hiervoor zoeken van derden (Buffel, Demeere, De Donder & Verté, 2011). Anderzijds is de zeldzame buurtwinkel die nog overblijft de plaats bij uitstek voor sociaal contact, aangezien ook het sociaal kapitaal van de buurt in sommige plaatsen daalt. Buurtwinkels zorgen naast de voorziening van levensmiddelen ook voor buurtverbondenheid en ze zorgen er ook voor dat mensen op de hoogte blijven wat er in de buurt gebeurt (Buffel *et al.*, 2011). Bepaalde grootwarenhuizen nemen nu al de eigenschappen van de vroegere buurtwinkel over door koffiecorners te installeren. Andere voorbeelden uit Ierland (McDonald, Scharf & Walsh, 2018) en New York (Goldman, Owusu, Smith, Martens & Lynch, 2016) zijn de leeftijdsvriendelijke ondernemingen of *age-friendly businesses*. In deze ondernemingen krijgen zaakvoerders specifieke trainingen hoe zij ouderen kunnen helpen en wordt voorgesteld om oudere klanten te voorzien van assistentie bij het winkelen. De implementatie van detectie van kwetsbare ouderen kan het concept van *age-friendly businesses* verrijken.

Een derde ontwikkeling situeert zich bij veranderingen op het macroniveau die een grote invloed hebben op ouderen als individu. Volgens de 'political economy theory of ageing', worden de status, de middelen en de levensloop van een oudere bepaald door iemands woonplaats, maar ook de sociale structuur waarin de oudere leeft die op zijn beurt beïnvloed wordt door economische en politieke factoren (Estes, Swan & Gerard, 1982). Verhalen van AB tonen aan dat veranderingen binnen het beroep (bijvoorbeeld bij Bpost en banken) ervoor zorgen dat er minder tijd is voor de klant of cliënt. De geïnterviewde AB waren gereserveerd in het meedelen van de achterliggende oorzaken hiervoor. Een mogelijke oorzaak is de steeds verdere privatisering van Bpost, ooit een overheidsbedrijf, en het dalend aantal andere dienstverleningen in landelijke gemeenten zoals bankkantoren (D'Hondt, 2017). Toenemende veranderingen op macroniveau, fusionering en verdere digitalisering lijken geen zorg te zijn voor vitale ouderen, maar voor kwetsbare ouderen des te meer.

Met deze studie hebben we een reeks belangwekkende kenmerken maar ook bezorgdheden van AB genoteerd. Toch willen we ook wijzen op enkele tekortkomingen van deze studie. Door het exploratieve karakter van de studie lag de focus op verkenning van informatie bij verschillende soorten AB en werd niet tot in de diepte doorggevraagd naar ervaringen, meningen of gevoelens van één specifieke groep AB. Deze studie is dan geen limitatieve opsomming van alle mogelijke AB. Er zijn nog tal van andere AB die niet werden opgenomen in deze studie. We denken hierbij nog aan beroepen zoals marktkramer, slager, restaurant/caféhouder, dierenarts, geestelijken en mogelijks nog vele andere. We geven tenslotte ook mee dat ook niet-professionals – zoals mensen uit het verenigingsleven en actieve buurtvrijwilligers – een sleutelfunctie kunnen hebben

## ANTENNEBEROEPEN IN DE LOKALE GEMEENSCHAP ALS SLEUTEL VOOR DOORVERWIJZING

in de detectie en doorverwijzing van kwetsbare ouderen. Een punt voor reflectie is de mogelijke overselectie aan respondenten die reeds bereid waren hun bijdrage te leveren aan gepaste zorg en ondersteuning van kwetsbare ouderen. Waar deze studie aantoont dat er een wil is bij AB om kwetsbare ouderen door te verwijzen naar OCMW's en welzijnsorganisaties, bestaan er mogelijk AB die hier eerder van willen afzien. Verder onderzoek, eventueel kwantitatief, kan enerzijds de bereidwilligheid bij AB van doorverwijzing naar OCMW en anderzijds de effectiviteit en haalbaarheid hiervan uitwijzen.

## CONCLUSIE

Met de informatie uit deze studie hebben OCMW's en welzijnsorganisaties een basis om een beleid uit te werken omtrent de inschakeling van antenneberoepen in de detectie van kwetsbare ouderen en de ontwikkeling van een meldpunt voor deze beroepen. Deze professionals zien door hun dagelijkse beroepsactiviteiten verschillende vormen van kwetsbaarheid bij hun klanten of cliënten. Zij nemen zelf beperkt actie wanneer nodig, maar hebben nood aan ondersteuning en een duidelijk kader over de mogelijkheden wanneer ze een situatie willen melden. Professionals die kwetsbare ouderen als klant of cliënt hebben beschikken over veel waardevolle informatie die gebruikt kan worden om verdere kwetsbaarheid te voorkomen.

## NOTEN

- 1 Meer informatie is beschikbaar op [www.d-scope.be](http://www.d-scope.be).
- 2 Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de raad van 27 april 2016 *betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG* algemene verordening gegevensbescherming, Deze tekst kan geraadpleegd worden via volgende link <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>.

## REFERENTIES

- Acocella, I. (2012). The focus groups in social research: Advantages and disadvantages. *Quality & Quantity*, 46(4), 1125–1136. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9600-4>.
- Broese van Groenou, M. (2011). Samen zorgen voor ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 42(4), 156. <https://doi.org/10.1007/s12439-011-0029-y>.

- Buffel, T., Demeere, S., De Donder, L., & Verté, D. (2011). Fysieke, sociale en psychologische dimensies van de woonomgeving: Ouderen aan het woord over hun verbondenheid met de buurt. *Tijdschrift voor Sociologie*, 32(1), 59–87.
- Corvol, A., Balard, F., Moutel, G., & Somme, D. (2014). Refusal of care faced by case manager from elderly persons in complex situation: Cross perspectives. *Revue De Medecine Interne*, 35(1), 16–20. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2013.02.012>.
- Crowe, M., Inder, M., & Porter, R. (2015). Conducting qualitative research in mental health: Thematic and content analyses. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(7), 616–623. <https://doi.org/10.1177/0004867415582053>.
- De Donder, L., Smetcoren, A.-S., Dury, S., Van Regenmortel, S., Lambotte, D., Duppen, D., ... Verté, D. (2017). *Zorginnovatie in Vlaamse proeftuinen: Onderzoek naar Actief Zorgzame Buurten in Brussel en Antwerpen*. Brussel: Belgian Ageing Studies.
- De Roeck, E. E., Dury, S., De Witte, N., De Donder, L., Bjerke, M., De Deyn, P. P., ... Dierckx, E. (2018). CFAI-Plus: Adding cognitive frailty as a new domain to the comprehensive frailty assessment instrument. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(7), 941–947. <https://doi.org/10.1002/gps.4875>.
- De Witte, N., Gobbens, R., De Donder, L., Dury, S., Buffel, T., Schols, J., & Verté, D. (2013). The comprehensive frailty assessment instrument: Development, validity and reliability. *Geriatric Nursing*, 34(4), 274–281. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.03.002>.
- D'Hondt, B. (2017). Armoede op den buiten, een oud zeer. *Geron*, 19(1), 17–20. <https://doi.org/10.1007/s40718-017-0005-x>.
- Dury, S., Dierckx, E., Van der Vorst, A., Van der Elst, M., Fret, B., Duppen, D., ... De Donder, L. (2018). Detecting frail, older adults and identifying their strengths: Results of a mixed-methods study. *BMC Public Health*, 18(1), 191. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5088-3>.
- Eskens, F., & Hoogakker, R. (2015). Ziekte en eigen regie. *Maatwerk*, 16(5), 22–24. <https://doi.org/10.1007/s12459-015-0082-7>.
- Estes, C. L., Swan, J. H., & Gerard, L. E. (1982). Dominant and competing paradigms in gerontology: Towards a political economy of ageing. *Ageing & Society*, 2(2), 151–164. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00009405>.
- Eurostat. (2017). Over 27 million people aged 80 and over in the EU. Geraadpleegd 27 April 2018, van. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20170930-1>.
- Fabrizotti, I. N., Janse, B., Looman, W. M., de Kuijper, R., Van Wijngaarden, J. D. H., & Reiffers, A. (2013). Integrated care for frail elderly compared to usual care: A study protocol of a quasi-experiment on the effects on the frail elderly, their caregivers, health professionals and health care costs. *BMC Geriatrics*, 13, 31. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-31>.

- Federaal Planbureau. (2017). *Demografische vooruitzichten 2016–2060: Bevolking en huishoudens*.
- Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating rigor using thematic analysis: A hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(1), 80–92.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146–M156.
- Geelen, R., & Aarnoudse, C. (2011). De voet tussen de deur krijgen. *Denkbeeld*, 23(3), 16–19. <https://doi.org/10.1007/s12428-011-0036-3>.
- Gobbens, R. J. J., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. G. A. (2010). In search of an integral conceptual definition of frailty: Opinions of experts. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(5), 338–343. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.09.015>.
- Goldman, L., Owusu, S., Smith, C., Martens, D., & Lynch, M. (2016). Age-friendly New York City: A case study. In T. Moulaert & S. Garon (Eds.), *Age-Friendly Cities and Communities in International Comparison* (pp. 171–190). Cham: Springer. doi:10.1007/978-3-319-24031-2\_10.
- Hout, H. van, Jansen, A., Marwijk, H. van, Pronk, M., Frijters, D., & Nijpels, G. (2011). Preventieve huisbezoeken bij kwetsbare ouderen. *Huisarts en wetenschap*, 54(7), 366. <https://doi.org/10.1007/s12445-011-0180-2>.
- Jonkers, M., & Machielse, A. (2012). *Handelingsverlegenheid als hinderpaal bij het signaleren van sociaal isolement* (p. 102). LESI: Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventie.
- Lange, J. de. (2014). Casemanager dementie: een complexe baan. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 9(2), 47–49. <https://doi.org/10.1007/s12503-014-0031-2>.
- Lette, M., Baan, C. A., Van den Berg, M., & De Bruin, S. R. (2015). Initiatives on early detection and intervention to proactively identify health and social problems in older people: Experiences from the Netherlands. *BMC Geriatrics*, 15, 143. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0131-z>.
- McDonald, B., Scharf, T., & Walsh, K. (2018). Creating an age-friendly county in Ireland: Stakeholders' perspectives on implementation. In *Age-friendly cities and communities: A global perspective*. Bristol: Policy Press.
- Rockwood, K., Mitnitski, A., Song, X. W., Steen, B., & Skoog, I. (2006). Long-term risks of death and institutionalization of elderly people in relation to deficit accumulation at age 70. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(6), 975–979. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00738.x>.
- Smetcoren, A. S., Dury, S., De Donder, L., Dierckx, E., De Witte, N., Engelborghs, S., ... Verté, D. (2018). Detectie en preventie van kwetsbaarheid: Op zoek naar risicoprofielen voor fysieke,

DAAN DUPPEN, AN-SOFIE SMETCOREN, SYLVIA HOENS, KARMIEN NACKAERTS, LIESBETH DE DONDER

- psychische, sociale en omgevingskwetsbaarheid. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 49(1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s12439-017-0241-5>.
- Steverink, N., Slaets, J. P. J., Schuurmans, H., & Van Lis, M. (2001). Measuring frailty: Developing and testing the GFI (Groningen frailty indicator). *Gerontologist*, 41, 236–237.
- Stoeldraijer, L., Van Duin, C., & Huisman, C. (2017). *Bevolkingsprognose 2017–2060: 18,4 miljoen inwoners in 2060*. Geraadpleegd van Centraal Bureau voor de Statistiek website: [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl).
- Stijnen, M. M. N., Duimel-Peeters, I. G. P., Jansen, M. W. J., & Vrijhoef, H. J. M. (2013). Early detection of health problems in potentially frail community-dwelling older people by general practices—project [G]OLD: Design of a longitudinal, quasi-experimental study. *BMC Geriatrics*, 13, 7. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-7>.
- Tronto, J. (2013). *Caring democracy markets, equality and justice*. New York: New York University Press.
- Van der Vorst, A., Zijlstra, G. A. R., De Witte, N., Vogel, R. G. M., Schols, J. M. G. A., & Kempen, G. I. J. M. (2017). Explaining discrepancies in self-reported quality of life in frail older people: A mixed-methods study. *BMC Geriatrics*, 17, 251. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0641-y>.
- Van Dijk, H., Cramm, J. M., Lötters, F. J. B., & Nieboer, A. P. (2013). *Even Buurten: Een wijkgerichte aanpak voor thuiswonende ouderen in Rotterdam*. Geraadpleegd van <http://hdl.handle.net/1765/50494>.
- Van Staveren, R. (2017). Patiëntgericht communiceren. In *Innovatief leerboek persoonlijke psychiatrie* (1ste dr., pp. 247–253). GA Houten: Bohn Stafleu van Loghum. Geraadpleegd van doi: 10.1007/978-90-368-2052-3.
- Wereldgezondheidsorganisatie World Health Organization. (2015). WHO report on ageing and health. World Health Organization.