

## HOOFSTUK 3

### BEJAARDES SE FUNKSIONERING IN DIE GEMEENSKAP

#### 1. INLEIDING

Die maatskaplike werker moet die bejaarde in die konteks van sy/haar gemeenskap begryp ten einde intervensies te kan implementeer wat 'n betekenisvolle bydrae tot gemeenskapegebaseerde bejaardeversorging kan maak. In hoofstuk 3 bespreek die navorser faktore wat die funksionering van bejaardes in die gemeenskap beïnvloed, naamlik die effek van die voortdurende persoonlike verliese wat bejaardes op feitlik elke lewensterrein ervaar; die gebrek aan voldoende bekostigbare behuisingmoontlikhede vir bejaardes; die impak van bejaardes se finansiële posisie op hulle lewenskwaliteit en gesondheid; die rol wat aktiewe veroudering speel in die bevordering van gesondheid en die vertraging van degenerasie; asook die vrees vir viktimisering wat baie bejaardes ervaar.

Verder word bejaardes se persoonlike bydrae, asook dié van hulle gesinne en families, ten opsigte van die bejaardes se funksionering in die gemeenskap bespreek. Die navorser is van mening dat sowel bejaardes as hulle versorgers 'n belangrike fokus van gemeenskapegebaseerde dienslewering uitmaak. Solank bejaardes selfstandig is, kan hulle belangrike rolspelers wees ten opsigte van gemeenskapegebaseerde bejaardeversorging in die gemeenskap met betrekking tot hulle eie, maar ook mekaar se funksionering. Namate bejaardes verswak, word die rol wat hulle gesinne en families speel al groter en verskuif dit algaande vanaf informele hulpverleners na versorgers. Dit word gevolglik noodsaaklik dat gemeenskapegebaseerde dienslewering ook dienste aan die versorgers van bejaardes insluit. Hierdie hoofstuk word derhalwe in die konteks aangebied dat die gesinne en families van bejaardes mettertyd as hulle versorgers beskou kan word. Terwyl die bejaardes goed funksioneer, is die gesinne en families informele hulpverleners of, as't ware, onaktiewe versorgers. Namate hulle genoodsaak is om meer ondersteuning aan bejaardes te verleen, vervul hulle toenemend die rol van versorgers.

Die bejaarde se funksionering in die gemeenskap bepaal tot 'n groot mate hoe hulle gesinne en families hulle kan ondersteun om so lank moontlik veilig en onafhanklik in die gemeenskap aan te bly.

## **2. FAKTORE WAT BEJAARDES SE FUNKSIONERING IN DIE GEMEENSKAP BEÏNVLOED**

Die toespraak van die Direkteur-Generaal van die Departement van Welsyn oor die toekomspektief van veroudering in S.A. (Departement van Welsyn, 1999a: 5) meld ten opsigte van faktore wat die bejaardes se funksionering in die gemeenskap beïnvloed: "To release older persons from dependence on others, matters such as the provision of affordable and appropriate accommodation, access to services, personal safety and security as well [as] preparation and provisioning for retirement, should receive priority attention." Swanepoel (1996: 115) meld dat maatskaplike werkers vakkundige hulp kan verleen ten opsigte van aspekte soos behuising, interpersoonlike verhoudings en finansies. Dit is noodsaaklik dat bejaardes en hulle versorgers ondersteun word ten opsigte van faktore wat hulle funksionering in die gemeenskap beïnvloed. Vir die doeleindes van hierdie navorsing het die navorser die effek van bejaardes se:

- voortdurende persoonlike verliese;
- behuisingmoontlikhede;
- finansiële posisie;
- gesondheid en
- viktimisering geïdentifiseer as faktore wat bepalend is ten opsigte van die kwaliteit van hulle funksionering in die gemeenskap.

### **2.1 DIE EFFEK WAT VOORTDURENDE PERSOONLIKE VERLIESE OP BEJAARDES HET**

Norval (1987: 129 – 130) identifiseer persoonlike verliese wat bejaardes kan beleef. Tussen die ouderdom 65 - 75 jaar verswak beroepverwante en ander vriendskappe; verhuising na 'n woonstel/meenthuis vind plaas of probleme word met verhoogde instandhoudingskoste van wonings ondervind. Tussen die ouderdom 75 - 87 jaar vind 'n verlies van die vermoë om self motor te bestuur gewoonlik plaas; bejaardes raak meer afhanklik van openbare vervoer en van familie of vriende; verhoudings met die gemeenskap en die kerk verswak en verhuising na meer ondersteunende behuising vind plaas. Vanaf die ouderdom 80 jaar kom die verlies van die vermoë om onafhanklik in die gemeenskap te funksioneer algemeen voor, gepaardgaande met die verlies van sterk gemeenskapbande; 'n toename in afhanklikheid van ondersteunende dienste en inrigtingversorging.

Biegel, Shore en Gordon (1986: 18 - 19) beklemtoon die nood van bejaardes sonder ondersteuning: "... those 75 years and older are more likely to have health problems, require assistance in meeting the needs of daily living, live alone, and be at greater risk for institutionalization. At the same time, this group with the most need for assistance is least likely to have an adequate social network and is often underserved by professional services." Ginn en Arber (1996: 120 - 121, 131 - 132) bevestig dat alleenwonende bejaardes waarskynlik groter behoefte aan ondersteunende gemeenskapgebaseerde dienste het indien hulle in hul wonings aanbly omdat dit blyk dat 'n groter aantal alleenwonende bejaardes ouer as 75 jaar is, gestremdheid ondervind en in verhouding 'n laer inkomste het.

Biegel et al (1986: 19, 60 - 61) meld dat die baie verliese wat bejaardes ervaar, kan lei tot gevoelens van depressie en rou. Dit bring mee dat energie wat vir die hantering van lewenseise benodig word, ontbreek. Bejaardes ervaar op bykans elke lewensterrein verlies, soos byvoorbeeld in terme van sensoriese en verstandelike funksionering, inkomste, selfbeeld, selfwaarde, beheer, mag en die emosionele steun van familie en vriende. Bejaardes neem ook langer om van krisisse te herstel. Die impak van verliese op bejaardes beklemtoon die noodsaaklikheid om steun en hulpbronne te aktiveer ten einde vir die verliese te kompenseer.

Die hantering van verliese is egter nie net 'n kwessie van verskuiwing na 'n meer ondersteunende omgewing nie. Regnier (in Norval, 1987: 129 - 130) stel dit soos volg: "...the solution to all older persons' personal losses is not necessarily a move to a different and more manageable and supportive environment." Die emosionele trauma wat met verhuising gepaard gaan, moenie onderskat word nie. Bejaardes het meestal 'n baie sterk verbondenheid aan bekende woonplekke omdat dit so 'n groot deel van die verlede uitmaak.

## 2.2 BEHUISINGMOONTLIKHEDE

Die Konsep Suid-Afrikaanse Verouderingbeleid (Departement van Maatskaplike Ontwikkeling, 2001c: 16 - 17) wys daarop dat slegs ongeveer 0,1% van die totale bevolking (46 000 van die 1 940 000 (1.94 miljoen) bejaardes) in gesubsidieerde tehuise vir bejaardes versorg word. Die aantal verstedelike bejaardes in privaat tehuise vir bejaarde of aftree-eenhede maak dus slegs 'n klein persentasie van die totale aantal bejaardes in die gemeenskap uit. Die res van die bejaardegemeenskap word in die breë gemeenskap gehuisves, meestal sonder dat voldoende ondersteuningprogramme beskikbaar is.

Daar is 'n verskeidenheid behuisingmoontlikhede vir bejaardes in die gemeenskap. Die Presidentsraadverslag (Presidentsraad, 1988: 73 - 88) identifiseer onder andere die volgende behuisingmoontlikhede vir bejaardes: eie wonings, inwoning by kinders of familie, aftreedorpe, lewensiklusprojekte, groepbehuising, “oumawoonstelle” en die Abbeyfield-konsepbehuising.

“Oumawoonstelle”/bykomstige wooneenhede is aparte, selfstandige wooneenhede by bestaande enkelfamiliewonings (The Equitable Foundation, 1997: 36). Verskillende vorme van Abbeyfield-behuising kom in Suid-Afrika voor. Aggenbach (in Swanepoel, 1996: 25) beskou die Abbeyfieldkonsep as 'n behuisingstipe waarin klein groepies bejaardes woon, elk met 'n eie slaapkamer en gedeelde kombuis, badkamer en ander geriewe. MacLennan (1996: 104) beskryf Abbeyfield-behuising as woonhuise wat verhuur en gedeel word deur tot sewe fiks, relatief onafhanklike bejaardes. Hierdie tipe behuising maak gewoonlik nie vir verswakte bejaardes voorsiening nie. Voorbeelde van Abbeyfield-behuising is afsonderlike wonings wat ooreenkomste vir sekere dienste (byvoorbeeld tuishulpdienste teen betaling) met formele strukture (soos dienssentrums) aangegaan het, asook gemeenskaphuise.

Swanepoel (1996: 227) meld dat die ligging en binne-ontwerp van gemeenskaphuise vir bejaardes aangepas moet word sodat hulle so lank moontlik selfstandig kan funksioneer en slegs moet verhuis as gevolg van fisiese of psigiese afhanklikheid van 24-uur mediese versorging. Spesiale voorsorg moet vir die beskerming van bejaardes se persoonlike veiligheid en sekuriteit getref word. Navorsers is egter van mening dat beskerming ten opsigte van alle wonings waarin bejaardes woon, moet geld.

Rushford (1994: 70 - 76) beskryf alternatiewe behuising vir bejaardes as mobiele wonings wat behuisingkoste verlaag en gevolglik inkomste verhoog; 'n skema in terme waarvan bejaardes hulle wonings aan hulle kinders verkoop en dit dan weer by laasgenoemde huur wat daartoe lei dat bejaardes se finansiële posisie verbeter; en gedeelde behuising wat huurinkomste of bloot diensruiling meebring. Die navorsers is van mening dat die deel van wooneenhede tussen bejaardes onderling of intergeneratief onderskei kan word. 'n Voorbeeld van die intergeneratiewe deel van 'n wooneenheid is 'n bejaarde vrou wat haar woning deel met 'n jonger familielid. Die deel van wooneenhede is daarop gerig om dit vir bejaardes moontlik te maak om onafhanklik in hulle eie wonings aan te bly en kan formeel deur 'n organisasie gereël word of informeel plaasvind.

Rushford (1994: 70 – 76) vermeld verder dat beskermde/beskutte behuising verskil van gedeelde behuising in terme van groter afhanklikheid van huurders (hetsy tydelik of permanent, psigies of fisies), alhoewel hulpverlening gewoonlik beskikbaar is. The Equitable Foundation (1997: 36) verwys na beskermde/beskutte sorg as hulp en toesig oor daaglikse lewensaktiwiteite soos eet, aantrek, persoonlike higiëne en soortgelyke take.

Pleeghuise bied 'n dak, maaltye en 'n gevoel van geborgenheid aan bejaardes (Rushford, 1994: 70 – 76). Die navorser veronderstel dat pleeghuise in wese losieshuise vir bejaardes is. Gelfand, Olsen & Berman (1980: 169) beskryf pleegsorg van bejaardes wat nie volkome onafhanklik kan woon nie en noem dat daar gewoonlik nie meer as vier bejaardes per gesin geplaas word nie. Die pleeggesinne ontvang toelaes vir die versorging van bejaardes. Die behoefte aan pleegsorg word gewoonlik aan die gemeenskap bekend gemaak en gesinne wat daarvoor kans sien, kan dan daarop reageer.

Labier (1997: 1-2) onderskei verskillende tipes aftreebehuising, naamlik:

- onafhanklike behuisingeenhede (bejaardes doen geen tuiste-instandhouding nie en nuttig een gemeenskaplike maaltyd in 'n eetsaal);
- deurlopende-sorg-aftreegemeenskappe (onafhanklike funksionering met hulpverlening-dienste);
- hulpverleningwooneenhede (private wooneenhede met persoonlike sorgdienste deur nie-professionele personeel);
- hulpverlening-groepwooneenhede (meestal minder as 15 private wooneenhede met persoonlike sorgdienste deur nie-professionele personeel); en
- verpleegsorgeenhede (verswakte bejaarde-eenhede met langtermyn 24-uur verpleegversorging).

The Equitable Foundation (1997: 38) omskryf persoonlike sorgfasiliteite as behuisingfasiliteite vir bejaardes wat hulp benodig met hul daaglikse lewensaktiwiteite binne 'n omgewing wat hulle bystaan om so onafhanklik as moontlik te funksioneer. Verpleegsorg word gewoonlik nie ingesluit nie. Die navorser is van mening dat persoonlike sorgfasiliteite soortgelyk aan hulpverleningwooneenhede is.

Die regering se Voorgestelde Beleidraamwerk oor Veroudering (Departement van Welsyn, 1995: 7) meld ten opsigte van hulpverleningwooneenhede die volgende: "Assisted living facilities can assist individuals with health and social problems to regain their independence

and at the same time provide a support network emphasising:

- creation of transit facilities for rehabilitation
- involvement of existing centres and facilities
- provision of independent living arrangements
- access to appropriate professional services on request".

Swanepoel (1996: 120 - 136) omskryf kortliks die volgende behuisingsmoontlikhede:

- Behuisingskemas met aanpassings (byvoorbeeld handrelings, glyvaste oppervlaktes, voldoende verhitte en aangepaste gebruikartikels soos stoele waaruit bejaardes kan opstaan asook spasie vir rolstoele by toilette), uitgesonder versorgingdienste.
- Gesamentlike huishoudings wat bekostigbaarheid en wedersydse steun bevorder, maar verhoogde interpersoonlike konfliktrisiko inhou (selfversorgende bejaardes, enkellopendes of egpare woon saam in een wooneenheid en deel finansiële en huishoudelike verpligtinge of hulle woon saam in aangrensende onafhanklike wooneenhede).
- Hotelle en losieshuise wat meer sekuriteit, minder persoonlike ruimte asook 'n groter risiko ten opsigte van isolasie van die gemeenskap en uitbuiting bied (die voordeel is dat onafhanklike bejaardes, dikwels alleenlopende bejaarde mans, geen huishoudelike verantwoordelikhede het nie terwyl hulle terselfertyd, gereelde maaltye en skoonmaakdienste van kamers ontvang).
- Aftree-oorde is 'n duurder alternatief met risiko's indien doeltreffende beheer ontbreek (selfversorgende bejaardes koop eenhede waarop maandelikse heffings betaalbaar is en waar ontspanning, mediese noodhulpdienste, asook vervoerdienste gewoonlik beskikbaar is; sommige het egter nie volle versorgingsdienste nie en bejaardes kan maklik van die gemeenskap geïsoleerd raak).
- Woonstelle by familiewonings ("oumawoonstelle") asook inwoning by kinders (bejaardes is onafhanklik binne gesinsverband, maar hulle kan moontlik onversorg gelaat word indien bejaardes verswak of familie verhuis).
- Beskutte behuising funksioneer soortgelyk aan behuisingskemas met meer dienslewering, maar lewer nie volledige versorgingdienste aan bejaardes nie ('n opsigter neem verantwoordelikheid daarvoor dat verwaarlosing nie intree nie, voorsien ekstra hulp en ontbied mediese hulp waar nodig).
- Pakketbhuising behels die verskaffing van huisvesting en dienste soos aktiwiteite, regs- en finansiële hulp, maaltye, huishoudelike, persoonlike, kommersiële,

droogskoonmaak- en sekerheidsdienste asook volledige versorgingdienste (bejaardes kan egter geïsoleer raak of hulle onafhanklikheid voortydig prysgee deur passief en gemaksugtig te raak).

- Multi-kompleksbehuising bestaan uit pakketbehuising vir gedeeltelik selfversorgende bejaardes en sluit in fasiliteite vir verswakte bejaardes op dieselfde terrein (chronies siek en verswakte bejaardes kan selfversorgende bejaardes egter negatief affekteer omdat hulle deurlopend aan die negatiewe gevolge van veroudering blootgestel word).
- Tuistes vir bejaardes (toevlug vir chronies siek bejaardes met 24-uur mediese versorging).
- 'n Eie woning (tuishulpdienste wat bejaardes help om langer onafhanklik in die gemeenskap te funksioneer is byvoorbeeld skoonmaakdienste, vervoer, fisiese en omgewingshigiëne, instandhouding van woning, verpleging, fisio- en arbeidsterapie en maatskaplikewerkdienste).
- Wooneenhede onder deeltitel ('n onafhanklike wooneenheid, maar die onverdeelbare eiendom word deur die regspersoon in stand gehou).
- Aandeleblokskemas (soortgelyk aan deeltiteleenhede, maar 'n minder veilige belegging).
- Lewensreg en lewensversorgingeenhede (kan ten opsigte van aftree-oorde en behuisingkemas geld, hetsy tot afsterwe of verskuiwing van verswakte bejaardes na elders in kompleks).
- Lewensiklus-behuising en groepbehuising.

Rushford (1994: 70 – 76) wys daarop dat groepbehuising 'n beskermde omgewing met spesifieke hulpverlening volgens behoefte bied.

Ter samevatting, kategoriseer die navorser die verskillende behuisingmoontlikhede soos volg: Voorbeelde van onafhanklike behuising is eie, mobiele en huurwoningen, “oumawoonstelle”/bykomstige wooneenhede; eie wonings met loseerders (vir inkomste) en losies-/pleeghuise (dak en maaltye) asook onafhanklike losies (byvoorbeeld hotelle).

Voorbeelde van gedeelde behuising sluit in inwoning by kinders of familie en eie wonings met loseerders (vir diensruiling), die Abbeyfield-konsep, gemeenskaphuise, pleegsorg en kommunes. Beskermde/beskutte behuising impliseer wonings met meer afhanklike bejaardes en hulpverleningdienste. Groepbehuising ('n beskermde omgewing met dienste beskikbaar volgens behoefte) sluit onder meer in lewensiklus-behuisingprojekte; onafhanklike behuising,

onafhanklike wooneenhede in aftreedorpe; deurlopende-sorg-aftreegemeenskappe; hulpverlening-wooneenhede en hulpverleninggroepwooneenhede. Bejaardes se behoefte aan ondersteunende dienste word gewoonlik binne die opset van pleegsorg, beskermde-, beskutte- en groepbehuising aangespreek. Bejaardes in onafhanklike en gedeelde behuising is die teikengroep vir ondersteunende gemeenskapdienste.

Swanepoel (1996: 224) huldig die opinie dat daar 'n ooraanbod van tehuse vir bejaardes is terwyl skemas waarin bejaardes onafhanklik kan funksioneer ondervoorsien is. Die navorser is van mening dat daar 'n groot tekort aan bekostigbare, alternatiewe behuising vir bejaardes is. Bejaardes wat in die fase tussen eie tuistes en tehuse vir bejaardes verkeer, benodig geskikte, bekostigbare behuising. Die navorser verwys na die term “tussentuistes” as die versamelterm van sodanige behuising. Groter beskikbaarheid van tussentuistes stel bejaardes in 'n posisie waar hulle kan kies of hulle byvoorbeeld onafhanklik in 'n informele kommune wil woon en of hulle in minder formele groepbehuising soos gemeenskaphuise wil woon waar hulle steeds by die dag-tot-dag aktiwiteite van die groephuishouding betrokke is. Die ontwikkeling van minder bekende vorme van onafhanklike en gedeelde behuising soos mobiele behuising, pleegsorg, kommunes, losies-/pleeghuise (dak en maaltye), eie wonings met loseerders (vir diensruiling), die Abbeyfield-konsep, gemeenskaphuise en kommunes kan die tekort aan geskikte, bekostigbare tussentuistes aanvul. Die navorser onderskei byvoorbeeld tussen informele kommunes en kommunes as gemeenskapsentrums. Gemeenskaphuise en kommunes as gemeenskapsentrums kan as vorme van tussentuistes beskou word.

### **2.2.1 GEMEENSKAPHUISE**

Swanepoel (1996: 164 - 173, 183 - 185) beskryf die gemeenskaphuiskonsep (Abbeyfield) as 'n gewone huis in 'n gewone straat in dieselfde gemeenskap waarin 'n klein groepie selfversorgende bejaardes (ongeveer 7) al die jare gewoon het. Inwoners meubileer en versorg hul eie kamers. 'n Besoldigde huishoudster bedien daaglik twee maaltye. Indien 'n huishoudster nie bekostig kan word nie, kan inwoners volgens diensbeurte self etes voorberei. Inwoners is outomaties lede van die huiskomitee en betrokke by die besluitneming en bestuur van die huis. Huishuur wissel volgens inkomste en dek alle uitgawes. Geen staatsubsidiëring is nodig nie. Enige vrywillige groepe, diensorganisasies, kerke of instansies kan gemeenskaphuise tot stand bring. Intensiewe versorginghuise is effens groter as gemiddelde wonings, word verkieslik volgens 'n bepaalde plan gebou en funksioneer basies



dieselfde as gemeenskaphuise, maar fokus egter meer op versorging as verpleging. Versorging word deur vrywilligers hanteer. Bejaardes is onafhanklik, aktief en binne hul bekende gemeenskap terwyl die plaaslike gemeenskap verenig word in 'n gesamentlike poging om hul bejaardes te huisves.

Swanepoel (1996: 164 - 173) meld dat huise bekom kan word deur dit te koop of as erflatings te bekom. Dit kan ook privaat of van plaaslike owerhede gehuur word. Dit moet egter sentraal ten opsigte van byvoorbeeld kerke, winkels, busroetes en mediese geriewe geleë wees.

'n Gemeenskaphuisvereniging kan gestig en as nie-winsgewende organisasie geregistreer word. Kerke, welsynorganisasies en vrywilligerkomiteevertenwoordigers kan op 'n tweeweeklikse basis saam met huiskomitees vergader ten einde bejaardes te ondersteun met die bestuur van die huis.

Swanepoel (1996: 175 - 177) beskryf die keuring- en opnameproses vir gemeenskaphuise. Applikante moet aansoekvorms met identifiserende besonderhede, mediese verslae, finansiële state en beëdigde verklarings indien. Die maatskaplike werker doen volledige psigososiale ondersoeke na die maatskaplike omstandighede van applikante (huidige versorgingsposisie, fisiese en psigiese sowel as finansiële posisie) en maak aanbevelings aan die keuringskomitee. Met opname word kontrakte met die kinders sowel as bejaardes self gesluit omdat hulle saam met die maatskaplike werker verantwoordelikheid vir bejaardes aanvaar in die geval van tydelike siektetoestande, fisiese en/of psigiese verswakking. Die kinders van verswakte bejaardes moet die reëlins ten opsigte van die oorplasing na tehuise vir verswakte bejaardes tref indien nodig. In geval van minder ernstige siektes word bejaardes in hul kamer in die gemeenskaphuis deur die ander inwoners versorg. Ingeval van ernstiger siektes word bejaardes deur kinders gehaal en versorg totdat hulle genoegsaam herstel het. Vrywilligers kan hulp verleen indien kinders nie beskikbaar is nie. Bejaardes se name moet op waglyste vir tehuise vir verswakte bejaardes wees in geval hul gesondheid skielik verswak.

Swanepoel (1996: 182 - 183, 223) motiveer dat gemeenskaphuise koste-effektiewe, veilige behuising vir persone in die laer sowel as die hoër inkomstegroep bied:

- Beskikbare finansies en huisvesting word ekonomies benut.
- Enkelopende bejaardes en egpare het eie slaapkamers wat hulle na smaak en gerief kan inrig.

- Die bad-, sit- en eetkamer asook kombuis en tuin word gedeel.
- Almal het voordeursleutels en persoonlike vryheid maar is tog deel van die huishouding.
- Almal het inspraak in die besluitnemingproses ten opsigte van aspekte wat hul daaglikse lewe raak (huisreëls).
- Kamer- en wasgoedversorging word deur bejaardes self gedoen.
- Etes word self voorberei en ander take onderling verdeel.
- Die inwoners asook vriende en familie vorm persoonlike steunstelsels vir mekaar.

Swanepoel (1996: 177 - 178) meld dat plaaslike owerhede se kliniekverpleegkundiges bejaardes gereeld tuis besoek en die nodige reëlings tref in gevalle van verwysing na hospitale of geneeshere. Die maatskaplike werker is betrokke by die keuringsproses, plasing en aanpassing van bejaardes in die huise. Drie-maandelikse vergaderings vind plaas tussen inwoners en die maatskaplike werker om probleme te bespreek en behoeftes te bepaal. Die maatskaplike werker moet saam met die gemeenskap oplossings vind vir probleme en behoeftes en ook, in samewerking met die inwoners, fondsinsamelings reël en toesien dat huisreëls en regulasies nagekom word. Gevalle-, groep- en gemeenskapwerkmeties word benut. Die benutting van vrywilligers is noodsaaklik.

Gemeenskaphuise en kommunes as gemeenskapsentrums verskil van mekaar ten opsigte van die rol wat professionele persone binne die onderskeie skemas vervul. Professionele personeel speel 'n belangrike rol by gemeenskaphuise. Bejaardes neem privaat die inisiatief om die kommune as gemeenskapsentrum te bedryf en daar is geen professionele diensvoorsiener, soos 'n maatskaplike werker, betrokke nie. Die kommune as gemeenskapsentrum wat deur die navorser besoek is, het wel 'n afgetrede maatskaplike werker wat verantwoordelik is vir die hantering van maatskaplike aangeleenthede en verwysings. Die direkteur dien as vrywilliger by die kommune as gemeenskapsentrum en is fisies by die bedryf van die instansie betrokke. 'n Verdere verskil is dat gemeenskaphuise nie na die gemeenskap uitreik nie, terwyl die kommune as gemeenskapsentrum funksioneer. Die funksionering van bejaardes en vrywilligers binne die onderskeie skemas toon egter groot ooreenkomste. Die bydrae wat vrywilligers ten opsigte van gemeenskaphuise kan lewer, word in Hoofstuk 4 toegelig.

## 2.2.2 KOMMUNES AS GEMEENSKAPSENTRUMS

Die navorser het, sedert die ontstaan van die Helpmekaar Gemeenskapsentrum (Pretoria-Noord) in 1992:

- verskeie besoeke aan die sentrum gebring;
- telefonies met lede van die bestuur kontak gehou;
- die ontwikkeling van die gemeenskapsentrum waargeneem en
- die interne dokument oor die funksionering van die sentrum bestudeer (Van Staden, 2000).

Kommunes wat as gemeenskapsentrums funksioneer, is 'n wyse waarop 'n groep bejaardes hulself in staat kan stel om so lank as moontlik veilig en selfstandig in die gemeenskap te funksioneer.

Die kommune ontvang geen finansiële ondersteuning van die Staat of 'n kerkgroep nie. Een van die belangrikste voordele van kommunies as gemeenskapsentrums, is dat die lewenskoste werklik laag gehou kan word en dat dit vir die inwoners “hulle huis” is. Inwoners het hulle eie kamers of hulle kan kamers deel na gelang van omstandighede. Hulle kan dit persoonlik meubileer, 'n klein yskassie in die kamer hê, maar hulle ontvang hulle gaste soos in 'n gewone huishouding: hulle gaan kombuis toe, gaan maak koffie en kuier gesellig. Kamers word twee keer per week deur skoonmaakdienste versorg en wasgoed word gewas en gestryk in hulle kamers gelewer. Losies word ooreenkomstig inkomste en omstandighede bepaal en dit dien vermeld te word dat die gemiddelde losies met ingang 2002 R850,00 per persoon beloop. Daar is nie fasiliteite vir verswakte bejaardes nie maar lede ondersteun mekaar wedersyds sodat hulle so lank moontlik hulle onafhanklikheid kan behou. Die sentrum funksioneer interkerklik en kerkbywoning word aangemoedig.

Die Helpmekaar Gemeenskapsentrum het bewys dat dit moontlik is om sonder ondersteuning van 'n kerkgroep of staatsubsidiëring as 'n gemeenskapsentrum te kan funksioneer as lede bereid is om aktief betrokke te raak. 'n Artikel 21-maatskappy (sonder winsbejag) is geregistreer. Sodanige eiendom moet egter as gastehuis soneer word. Die direkteur is bejaardes; alle fondse vir die bedryf van die projek word deur die lede self ingesamel; daar is geen oorhoofse kostes nie en bejaardes en vrywillige gemeenskaplede is self verantwoordelik vir dienste (etevoorbereiding, die aflewering van etes, informele steungroepe, aankope van kruideniersware en administrasiewerk). Die Helpmekaar Gemeenskapsentrum het nie 'n fondsinsamelingnommer nie en kollekteer ook nie. Hulle mag wel geld ontvang in ruil vir

iets anders en genereer fondse deur straatverkopings (pannekoek, vetkoek, jaffels en gemmerbier), die verkoop van droë perskes, klereverkopings, Sondagmiddagetes (hoenderbraaie) en die verkoop van karton, papier en glas is bronne van inkomste. Daar is slegs 'n kombuismatrone, wie se basiese uitgawes gefinansier word, en drie inwonende algemene werkers in diens.

Die direkteure, bejaardes en vrywilligers is behulpsaam met uitvoerende take wat insluit:

- boekhouding, tesourie-, sekretariële en handwerk;
- die maak van kaartjies, die rangskikking van blomme en die uitstuur van groete-, beterskap- en simpatiekaartjies;
- Bybelstudie/huisgodsdienstegeleentede, sosiale, sieke en hospitaalbesoeke;
- hulp met fondsinsamelingprojekte;
- vervoer in noodgevalle;
- die voorbereiding en aflewering van etes en die dek van tafels;
- toesighouding oor die kommune, die instandhouding van die tuin asook die herstel en instandhouding van eiendom (boukomitee);
- optredes as seremoniemeesters, programreëlings en reël van besoeke van predikante/sprekers;
- die notulering van sosiale byeenkomste;
- die byhou van verjaarsdaglyste;
- die opstel van afkondiginglyste vir byeenkomste; en
- die dek van tafels vir sosiale geleentede, klereverkopings en prysetikettering.

Vervoer na sosiale byeenkomste, dokters, klinieke en vir inkopies is gewoonlik beskikbaar. Vrydae word sosiale byeenkomste met 'n geestlike inslag gehou. Die direksie is spesifiek verantwoordelik vir:

- die byhou van die lêerstelsel van die inwoners;
- om as voorsitters by direksievergaderings en as sameroepers by fondsinsameling op te tree; en
- die bestuur en instandhouding van die kompleks.

Die Helpmekaar Gemeenskapsentrum funksioneer onder 'n dagbestuur. In die berig *Hier kan ouer mense saam lekker kuier* (Rekord, 1993: 3) word beskryf dat daar by die gemeenskapsentrum 'n volwaardige dienssentrum met ondersteuningdienste onder die bestuur

van 'n maatskaplike werker funksioneer. Sedertdien is die maatskaplike werker oorlede en aangesien die sentrum onafhanklik funksioneer is die pos nie weer gevul nie. Dit dien ter ere van die maatskaplike werker vermeld te word dat sy die bejaardes en vrywilligers sodanig bemagtig het dat hulle nie net kon voortgaan met die funksionering van die gemeenskapsentrum nie, maar selfs kon uitbrei daarop. Die kompleks is nou die eiendom van die gemeenskapsentrum en dienslewering aan die gemeenskap het sodanig ontwikkel dat hulle nie meer straatverkopings hou nie, maar dat gereelde kliënte se bestellings van eetware afgelewer word.

Alhoewel daar nie langer 'n volwaardige dienssentrum funksioneer nie, word uitreiking na die gemeenskap in stand gehou. Die kommune huisves 17 bejaardes en gedurende 2000 het 41 lede uit die gemeenskap by die gemeenskapsentrum ingeskakel.

Die gemeenskapsentrum verkeer in 'n gesonde finansiële posisie, bestuur die kommune uit losies- en etegeld en kan bates (huis en kombi) gemaklik betaal en in stand hou met fondsinsamelingprojekte. Die projek vereis egter die toewyding en betrokkenheid van almal betrokke. Die bejaardes word in hulle rol van *bestuurliggaam en personeel van die gemeenskapsentrum* bemagtig deur die ondersteuning van jonger vrywilligers wat take verrig wat bejaardes nie gemaklik kan uitvoer nie. Dit behels byvoorbeeld die aankope van kruideniersware in massa en, by geleentheid, kuikenbraai-wegneemetes vir die gemeenskap. Ter samevatting, die aktiewe betrokkenheid van bejaardes en vrywilligers by die funksionering van die kommune as gemeenskapsentrum, bring mee dat dié sentrum onafhanklik kan funksioneer, 'n diens aan ander bejaardes in die gemeenskap lewer en selfs die gemeenskap bedien deur die gereelde lewering van pannekoeke en ander eetware op bestelling.

### **2.2.3 ENKELE RIGLYNE MET BETREKKING TOT TUSSENTUISTES**

Die navorser wys daarop dat hulp met persoonlike versorging bejaardes in staat stel om steeds onafhanklik te funksioneer. Bejaardes wat nie meer volkome onafhanklik is nie, kan praktiese hulp aan mekaar verleen. Gehuurde versorgers kan onafhanklik (byvoorbeeld deur bejaardes se kinders) of gesamentlik deur 'n paar inwoners in diens geneem word vir persoonlike take waarmee hulp benodig word. Die instandhoudinglas kan verminder word deur sommige etes van 'n plaaslike dienssentrum te bestel. Dit is belangrik dat instansies soos kommunes wat as gemeenskapsentrums funksioneer, en deur bejaardes self in stand gehou word, deur jonger

vrywilligers ondersteun word. Kerklike meelewing bied ook geestelike onderskraging.

Behuisingskemas waarin bejaardes nou saam werk en woon, loop egter altyd die risiko vir interpersoonlike konflik. Tout (1993b: 305) beklemtoon dat die assosiasie van bejaardes in dieselfde komplekse ten opsigte van aktiwiteite (belangstellings) en kulturele samestelling belangrik is: "This was the principle of 'affinity bonding', the predetermining of a peaceful and happy group living experience by the careful selection of the groups which would live together. ... lack of affinity bonding might provoke violent repercussions among active elders forced to live together in some kind of irredeemable animosity." Die navorsers is van mening dat die samestelling van die huis se inwoners in 'n groot mate sal bepaal hoe glad onderlinge interaksie binne tussentuistes verloop. Daar moet ook voorsiening gemaak word dat bejaardes wel privaatheid kan geniet, hetsy privaatheid van mede-inwoners of besoekers. Tout (1993b: 305 – 308) meld in die verband dat alhoewel bejaardekomplekse vir die gemeenskap toeganklik behoort te wees, die privaatheid van bejaardes respekteer moet word.

Behuising is egter meer as slaap-, kuier- en eetplekke. Behuising behoort ook voorsiening te maak vir aktiwiteite wat selfwerkzaamheid en inkomstegenerering bevorder. Inkomstegenerering kan fokus op die aanvul van beide die individuele bejaarde of die behuisingskema se inkomste. Bezrukov, Podust en Chaikovskaya (1993: 150) beskryf 'n behuisingkompleks wat, onder andere, voorsiening maak vir droogskoonmaak- en wasgoeddienste, skoenherstel- en werkterapiewinkels asook 'n binnehuise werkkamer. Dit is belangrik dat bejaardes so lank moontlik betrokke bly by stokperdjies en ander aktiwiteite. Tussentuistes waar bejaardes hulle só kan uitleef, bied aan hulle die geleentheid om aktief te verouder. 'n Groot leemte is egter dat tussentuis nie algemeen beskikbaar is nie. Bejaardes se finansiële posisie bepaal in 'n groot mate hulle lewensomstandighede, die tipe behuising en versorging wat vir hulle moontlik is.

### **2.3 FINANSIËLE POSISIE VAN BEJAARDES**

Die (hoofsaaklik swart) bejaardes wat in landelike omgewings bly en slegs van 'n maatskaplike toelaag afhanklik is, ondervind dikwels 'n tekort aan basiese lewensbenodighede. Hulle kan nie sonder die hulp van die regering, kerke en ander organisasies hulle lewensomstandighede verbeter nie (Departement van Maatskaplike Ontwikkeling, 2001c:16). Daar word as voorbeeld na die Oos Kaapprovinsie verwys waar die bejaardebevolking tans 1 332 348 tel waarvan:

- 503 438 bejaardes hout as hoofenergiebron benut;
- 539 384 bejaardes rivier-, stroom-, dam- en fonteinwater as hoofwaterbron benut;
- 598 090 bejaardes geen toegang tot telefone het nie;
- 385 656 bejaardes geen spoel- of chemiese toilette, put- of emmerlatrines het nie; en
- 288 730 bejaardes geen vullisverwyderingdienste tot hulle beskikking het nie.

Al die lede van sulke gemeenskappe is in die greep van armoede. Die maatskaplike toelae wat bejaardes ontvang, is dikwels gesinne se enigste inkomste.

Die navorser wys daarop dat bejaardes oor die algemeen groot kommer beleef of hulle genoegsame versorging sal hê tot hulle afsterwe. Die gebrek aan voldoende finansiële voorsiening, hetsy deur werkloosheid, swak voorsiening, voortydige aftrede of vermindering van geldwaarde, sowel as faktore soos verhoogde lewenskoste en mediese tariewe, het 'n negatiewe effek op bejaardes.

Die betaling vir dienste wat bejaardes vroeër self kon verrig, asook verhoogde mediese uitgawes en stygende lewenskoste bring mee dat hulle finansiële posisie toenemend verswak. Hierdie verswakte finansiële posisie gaan gepaard met 'n laer inkomste in vergelyking met persone wat steeds beroepsaktief is omdat bejaardes se aftreevoorsiening onderworpe is aan inflasie en hulle dikwels op geen addisionele wyse hul inkomste kan aanvul nie. Bejaardes wat van maatskaplike toelaes afhanklik is se inisiatiewe om ekstra inkomste te verdien om selfversorgend te wees, word boonop deur wetgewing gedemp: "... most countries' publicly funded old age security plans have earnings tests that discourage pensioners from working" (AARP, 1998: 21).

Ouer vroue is dikwels ook minder welgestel omdat baie nie in die arbeidsmark werksaam was nie, nie self voorsiening vir aftrede kon maak nie en/of nie voldoende pensioenvoordele geniet nie. Wetgewing bepaal verder dat pensioenuitbetaling (meestal) halveer na 'n eggenoot se afsterwe terwyl die pensioenbydraer se inkomste dieselfde bly as sy eggenote sou afsterf. Die Vienna International Plan of Action on Ageing (Departement van Maatskaplike Ontwikkeling, 2001c: 7) het bevind dat geslaggebaseerde verskille ten opsigte van langslwendheid 'n impak het op behuising, inkomste, gesondheidsorg en ander steunstelsels van die oorlewende eggenoot. Die halvering van inkomste na die eggenoot se afsterwe kan byvoorbeeld 'n baie nadelige effek op 'n bejaarde weduwee hê omdat vroue se lewensverwagting hoër as mans s'n is.

Die finansiële implikasies van veroudering is vir baie bejaardes 'n groot bron van kommer. Crandall (in Norval, 1987: 154 – 155) bevestig dat bejaardes se lewenskwaliteit bepaal word deur die hoeveelheid finansiële voorsiening wat hulle het: "The amount of money to which aged individuals have access [to] can determine not only the length of their lives because of such factors as health care and nutrition, but also the quality of their lives because of such factors as clean, pleasant and safe environment".

Dit kos geld om goeie gesondheid in stand te hou en goeie gesondheid bepaal grootliks onafhanklike funksionering.

#### **2.4. DIE EFFEK VAN BEJAARDES SE GESONDHEIDTOESTAND OP HULLE FUNKSIONERING**

Die versorging van verswakte of afhanklike bejaardes en die handhawing van maksimum gesondheid is die twee sleutelfaktore by bejaardeversorging (Eldemire, 1993: 237) omdat bejaardes se lewenskwaliteit in 'n groot mate deur hulle gesondheid bepaal word.

Ten opsigte van die verband tussen veroudering en bejaardes se gesondheid vermeld die Canada Coordinating Committee for the International Year of Older Persons (1999: 33) soos volg: "Aging is not a disease but a normal part of the life process. Aging is inevitable and irreversible but does not automatically lead to ill health. Many of the health conditions associated with aging can be prevented or delayed if people take care of their health earlier in life. Generally speaking, the healthier people are throughout their lifespan, the less likely they will be to suffer from chronic illnesses or disabling conditions as they grow older."

Die Vienna International Plan of Action on Ageing (Presidentsraad, 1988: 141) bevestig die stelling dat die gesondheidstoestand van bejaardes deur hulle jonger jare se gesondheid bepaal word. Dit is daarom van die grootste belang dat lewenslange gesondheidsorg bevorder word deur byvoorbeeld voorkomende gesondheidsorg, goeie voeding, oefening en die vermyding van gewoontes wat skadelik vir die gesondheid is. Crandall (in Norval, 1987: 132) beklemtoon dat gesondheidsprobleme nie noodwendig as gevolg van veroudering ontstaan nie, maar sterk verband hou met oefening, dieet, omgewing, gesondheidsorg en spanning.

Die Presidentsraad (1988: 137 - 138) meld dat toereikende voeding noodsaaklik is.



Veranderinge in die spysverteringstelsel van bejaardes kan tot vitamientekorte lei. Toestande soos hartversaking en emfiseem vereis gespesialiseerde voedingsadvies. Fisiese, sowel as geestelike/psigiatriese agteruitgang kan deur voorkomende dienslewering beperk word omdat toestande soos verwardheid en depressie, intellektuele gebreke en erge demensies dikwels medies behandelbaar is indien hoërisiko-indiuidue betyds geïdentifiseer word.

Popenoe (1983: 208) meld dat algemene afwykings soos vergeetagtigheid, die onvermoë om te konsentreer, die verlies van intellektuele vermoëns en 'n afname in emosionele response soms aan seniliteit toegeskryf word terwyl dit inderwaarheid omkeerbaar is en eerder aan sosiale omstandighede toegeskryf kan word. Isolاسie, lae eiewaardegevoelens, armoede, onvoldoende voedsel, hitte en min beskerming teen geweld dra by tot geestelike agteruitgang.

Die Presidentsraad (1988: 104 - 105) meld voorts dat voortgesette fisiese en intellektuele stimulasie vroeë seniliteit teenwerk. Die Komitee (Presidentsraadverslag, 1988: 147) het bevind dat die meeste chroniese siektes van bejaardes deur tydige behandeling genees of verlig kan word. Die stadium waarin behandeling begin word, beïnvloed egter die sukses van die behandeling.

Die Vienna International Plan of Action on Ageing wys daarop dat: "... mental disorders could often be prevented ... by means ... such as training and supporting the family and volunteers by professional workers, promoting ambulant mental health care, welfare work, day-care and measures aimed at the prevention of social isolation" (Konsep Suid-Afrikaanse verouderingbeleid, 2001c).

Lourens (1999: 86 - 87) bepleit aktiewe veroudering deur byvoorbeeld deelname aan musiek, stap, fondsinsameling, spele, dans, sang en aktiwiteite soos die maak van apparate, die aanleer van lewens- en ander vaardighede, entrepreneurskap (bak, tuinbou en stenemaak), stokperdjies, kaartspel en speletjies met kinders.

Die Active Living Coalition for Older Adults (hierna ALCOA) (ALCOA, 1999: 6) verwys na The World Health Organization (WHO) se omskrywing van 'n aktiewe lewenswyse, naamlik: "A way of life in which physical, social, mental, emotional and spiritual activities are valued and integrates into daily living".

Daar is definitiewe voordele verbonde aan 'n aktiewe lewenswyse vir bejaardes, naamlik:

- voortgesette onafhanklikheid;
- verhoogde lewenskwaliteit;
- beter fisiese en geestelike gesondheid (hoër eiewaarde);
- gewigbeheer;
- beter postuur en balans;
- meer beweeglike gewigte (verminderde pyn en ongemak met bewegings);
- sterker bene en spiere;
- beter hart- en longfunksie;
- laer risiko van hartsiektes, diabetes, sommige kankers (kolon) en hoë bloeddruk;
- verbeterde spysvertering en laer voorkoms van konstipasie;
- meer energie en minder belewenis van uitgeputheid;
- beter slaap;
- minder angs en depressie en beter stres hantering asook geleenthede vir ontspanning en sosialisering; en
- laer risiko van voortydige dood, beroerte, osteoporose, vetsug en beserings.

(Vergelyk Health Canada, 1999:37; Health Canada, Active Living Coalition for Older Adults (ALCOA) en Canadian Society for Exercise Physiology (CSEP), 1999: 3.)

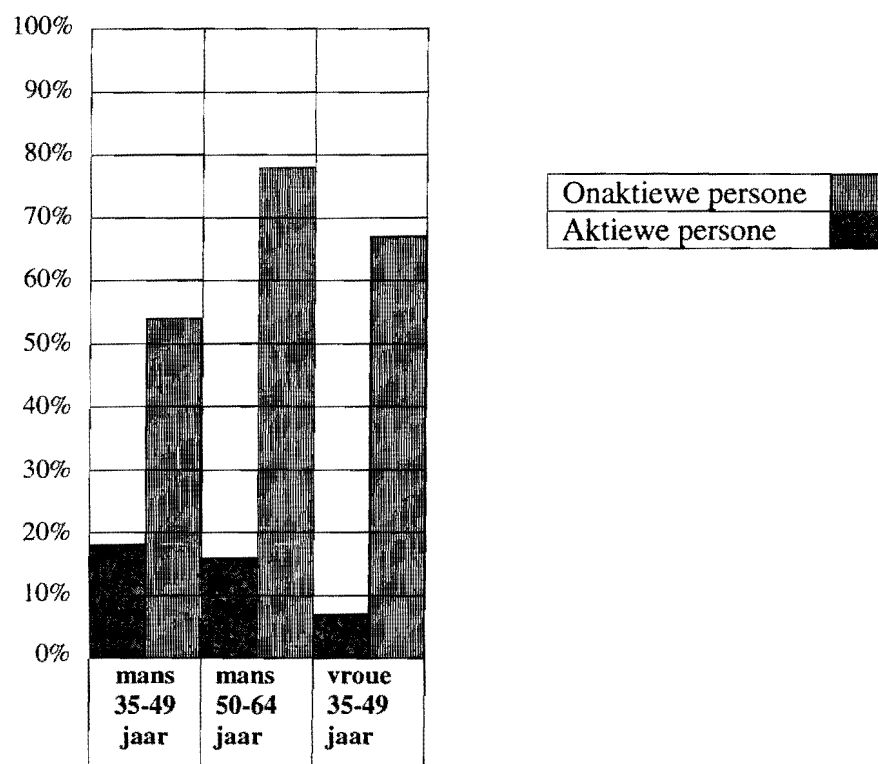
‘n Gesonde lewenstyl en voeding kan bevorder word deur:

- gemeenskapgebaseerde ontspanning- en oefenprogramme vir verswakte bejaardes;
  - hulp met die verwerking van rou en verliese; asook
  - die bevordering van lewenskwaliteit en ondersteuning deur sosiale netwerke
- (SENIORSA , 1997: 7).

Die voordele van ‘n gesonder lewe word deur AARP (1998: 10) bevestig: "The proportion of older Americans who are able to bathe themselves, cook their own meals, and perform other everyday tasks has increased steadily by 1 to 2 percent every year since 1982. Such changes can have a big impact. This drop in disability rates for older Americans saved the Medicare system \$200 billion between 1982 and 1995. Other developed nations report similar gains. In Canada, for instance, the percentage of people age 65 and older who reported that they had no disabilities that interfered with everyday functioning rose from 60 percent in 1978 to 75 percent in 1991."

Lourens (1999: 88) verwys na Prof. G. Strydom van die S.A. Biokinetikavereniging se bevindings ten opsigte van 'n studie oor die verband tussen 'n aktiewe lewenstyl en medikasiegebruik. Medisyne wat vir 'n tydperk langer as ses maande gebruik is, is as chroniese medisyne beskou. Figuur 3.1 is 'n grafiese voorstelling wat die verhouding tussen 'n aktiewe en passiewe lewenstyl en chroniese gebruik van medisyne aantoon. Ten opsigte van die ouderdomsgroep

- 35 - 49 jaar gebruik 54% onaktiewe mans teenoor die 18% aktiewe mans chroniese medisyne;
- 50 - 64 jaar gebruik 78% onaktiewe mans teenoor die 16% aktiewe mans chroniese medisyne; en
- 35 - 49 jaar gebruik 67% onaktiewe vroue teenoor die 7% aktiewe vroue chroniese medisyne.



**Figuur 3.1 Verband tussen die gebruik van chroniese medisyne en aktiwiteit/passiwiteit**

Daar bestaan dus 'n duidelike verband tussen onfiksheid/passiwiteit en die gebruik van chroniese medisyne. Bejaardes wat 'n aktiewe lewe lei, behoort dus ook gesonder te wees. Die verdere toepassing is dat fiksheid op 'n jonger leeftyd sal bydra tot gesonde veroudering.

Navorsing toon dat daar 'n toename in chroniese, degeneratiewe siektes is wat tot 'n langer

onaktiewe lewensverwagting aanleiding gee. Die degenerasieproses kan egter vertraag word deur die bevordering van gesondheid en die benutting van goeie geriatriese medisyne. S.A. beskik oor min kundigheid oor geriatriese medisyne omdat slegs 7 gerieters elk ongeveer 520 000 (ouer as 60) bejaardes verteenwoordig. Die gerieters poog nogtans om die kennis na die gemeenskappe en diensleweraars deur te gee (Wilson, 1999: 82 – 84).

Reban en Bayer (1993: 177) beklemtoon die belangrikheid van die volgehoue instanding van gesondheid: "Curative care (for example, treating the breathlessness of heart failure, incontinence secondary to urinary infection, or forgetfulness due to depressive illness) may thus sometimes be more appropriate than the more immediately obvious solution of introducing prosthetic support services (home care workers, laundry services, supervised day care).

Soria (1993: 273) wys daarop dat die handhawing van gesondheid, die voorkoming van siektes en ongelukke tuis en by sentrums nagestreef moet word deur fisiese oefeninge, gesonde eetgewoontes en verbeterde primêre gesondheidsorg.

Die bedreiging van bejaardes se gesondheid vanweë misdaad is 'n realiteit aangesien bejaardes 'n sagte teiken vir viktimisering is. Hoyer (1979: 7) wys op die noodsaaklikheid om ag te slaan op die feit dat bejaardes se vermoë om aan te pas by verandering, spanning en siekte baie afneem en dat hulle stadiger reageer op interne en eksterne veranderings. Hierdie outeur is van mening dat dit veral in ag geneem moet word wanneer hulp verleen word aan 'n bejaarde wat pas geviktimizeer is. Hy/sy mag uiters gedisoriënteerd en verward wees tydens die insident.

## **2.5 VIKTIMISERING VAN BEJAARDES**

Die navorser is van mening dat bejaardes se gevoel van sekuriteit geaffekteer word deur faktore soos verminderde gesinsteun, die feit dat daar nie genoegsame, bekostigbare gemeenskapdienste bestaan nie, die tekort aan geskikte tussentuistes en omdat toegang tot tehuise vir bejaardes nie meer vanselfsprekend 'n alternatief vir die gemiddelde bejaarde is nie. Hulle gevoel van sekuriteit hang ook nou saam met hulle persepsie van hulle fisiese veiligheid.

Hoyer (1979: 11) en Littlejohn, Wise & Hoyer (1979: 19 - 23) beklemtoon dat bejaardes wat alleen woon baie meer weerloos teen misdaad is. Bejaardes wat vreesbevange is, isoleer hulself dermate dat hulle naderhand gevangenes in hul eie huise is. Vrees isoleer bejaardes ook van moontlike sosiale steunstelsels uit die omgewing en skep 'n teelaarde vir misdadigheid. Vrees vir misdaad beïnvloed ook die gemeenskap as geheel. As gemeenskapslede hulle van mekaar isoleer, distansieer hulle hulle ook van gemeenskapaksies om misdadigheid te bekamp. Dit lei onder andere tot hoër misdaadsyfers, laer misdaadoplossingsyfers en 'n gebrek aan vertroue in die polisie om die veiligheid in die gemeenskap te verseker. Dit is kommerwekkend dat met toename in ouderdom die persentasie bejaardes wat alleen woon proporsioneel skerp toeneem. NCJRS (1997: 3) vermeld in hierdie verband dat: "Elderly victims of violent crime are almost twice as likely as younger victims to be raped, robbed, or assaulted at or near their home." SENIORSA (1997: 11) sluit hierby aan: "In cases of violence against the person, older Australians are less able to defend themselves and the impact of violence is far more debilitating. ... The emotional impact of having one's home invaded can be crippling."

Braungart, Hoyer & Braungart (1979: 23, 25) meld dat bejaardes moontlik skaam voel om 'n misdaad te rapporteer omdat hulle dink dat dit "dom" was om die deur oop te vergeet, soveel geld by hulle te dra of om alleen in die donker uit te gaan. Bejaardes wat in beheer van hulle lewens voel, rapporteer ook meer geredelik misdaad. Onseker bejaardes voel soms dat 'n misdaadvoerval nie belangrik genoeg was nie, dat hulle nie kan bewys wie dit gepleeg het nie, nie oor voldoende bruikbare inligting beskik nie, voel die polisie kan of sal niks daaraan doen nie of vrees weerwraak. Die effek van viktimisering is dus baie meer intensief by bejaardes. Dit is ook vir hulle moeiliker om gesteelde geld of eiendom te vervang of van beserings te herstel.

Patterson (1979: 86 - 93) vermeld dat 'n vrees vir misdaad en werklike viktimisering verband hou met bejaardes se fisiese en sosiale omgewings en dat hierdie vrees en potensiële viktimisering verminder kan word deur meer beheer oor hulle omgewing te hê. Vrees vir viktimisering beïnvloed bejaardes se gesondheid, welstand en gedrag negatief.

Die navorser beklemtoon dat bejaardes se sekuriteitbeleving hulle funksionering beïnvloed omdat vreesagtige bejaardes hulleself isoleer en onttrek van hulp uit die gemeenskap. Die isolasie bevorder juis misdadigheid. Bejaardes wat traumatiese ervarings beleef het, moet egter met begrip hanteer word omdat hulle baie gedisoriënteerd kan wees as gevolg van die

viktimisasie.

Samevattend kan dus gestel word dat die effek wat gebrekkige ondersteuning ten opsigte van die voortdurende persoonlike verliese op die bejaarde het, asook die tekort aan geskikte tussentuistes, onvoldoende finansiële voorsiening, swak gesondheid en viktimisering baie negatief op bejaardes se funksionering inwerk. Inteenstelling daarmee het bejaardes wat ondersteuning ten opsigte van persoonlike verliese beleef, in 'n geskikte tussentuiste woon, voldoende finansiële voorsiening het, goeie gesondheid geniet en boonop meer weerbaar teen viktimisering is, 'n baie positiewer beleving van veroudering. Bejaardes kan dus in 'n groot mate verantwoordelikheid aanvaar vir die kwaliteit lewe wat hulle in hul bejaarde lewensfase geniet. Ongelukkig is dit nie sonder meer waar van alle bejaardes nie. Bejaardes wat in uiterste armoede en ellende leef, kan min doen om in gerieflike omstandighede te verouder, maar hulle kan nogtans begelei word tot 'n lewenswyse van aktiewe veroudering.

### **3. PERSOONLIKE VERANTWOORDELIKHEID VAN BEJAARDES**

In die toespraak van die Direkteur-generaal van die Departement van Welsyn oor die toekomspektief van veroudering in S.A. word vermeld: “The ageing is not a homogenous group. Older people constitute a very diverse group. People age in unique ways, depending on a large variety of factors, including their gender, ethnic and cultural backgrounds, and whether they live in industrialised or developing countries, in urban or rural settings. Climate, geographical location, family size, life skills and experience are all factors that make people less and less alike as they advance in age” (Departement van Welsyn: 1999a: 3).

Die omstandighede waarin bejaardes leef en die manier waarop hulle funksioneer, het 'n effek op hoe bejaardes verouder. In *International Brief Aging Trends: South Africa* word vermeld dat die 1990-data daarop dui dat meer as die helfte bejaardes (wittes uitgesluit) in huishoudings van drie of meer geslagte leef. 'n Ander 30% woon in twee geslag-gesinne terwyl minder as 5% alleen woon. Die statistiek ten opsigte van wit Suid-Afrikaners dui daarop dat 39% alleen woon, 41% as eggenote in twee persoon-huishoudings woon, minder as 20% in multi-generasie-huishoudings woon terwyl uit die ouderdomgroep 85 jaar en ouer 7 uit elke 10 alleen woon (Departement van Maatskaplike Ontwikkeling, 2001c: Bylaag). Daaruit blyk duidelik die diversiteit wat onder bejaardes bestaan en die noodsaaklikheid dat gemeenskapgebaseerde hulpverlening spesifiek volgens bejaardes se behoeftes gelewer word. Veral onder die nie-wit gemeenskappe is daar sterk familiebetrokkenheid en wedersydse

interaksie.

Dit blyk uit Departement van Maatskaplike Ontwikkeling (2001c: 24 – 28) dat bejaardes self 'n belangrike rol ten opsigte van aktiewe veroudering speel. Dit vereis onder andere dat bejaardes op vlak 1 sal uitreik na familieledede en deelneem aan gemeenskap- en vrywilligeraktiwiteite. Op vlak 2 word verwag dat bejaardes aktief sal meewerk om familiegebaseerde sorg en ondersteuning te bevorder, familiebande te versterk deur na familieledede uit te reik, so ver as moontlik 'n aktiewe en gesonde lewenstyl te handhaaf en sal deelneem aan kultuur-, gemeenskap- en senior vrywilligeraktiwiteite.

Tinker (1981: 165 - 167) vermeld dat bejaardes waardevolle insette lewer ten opsigte van: vrywillige werk in die gemeenskap, betrokkenheid by buurtwagte, wedersydse dienslewering en selfhelpgroepe. Bejaardes skakel by vrywilligeraktiwiteite in en verleen hulp aan familie en bure. Bejaardes is redelik algemeen betrokke by goeie buurmanskap-aktiwiteite soos byvoorbeeld om na bure se wonings om te sien. Baie bejaardes verkies om eerder aktief in die kleiner gesinskring te wees, deur byvoorbeeld kleinkinders op te pas en naaldwerk te doen, as om in die breë samelewing betrokke te wees.

In die toespraak van die Direkteur-generaal van die Departement van Welsyn oor die toekomsprospektief van veroudering in S.A. word daarop gewys dat: "Older people provide shelter, food, education and transmit cultural values to their grandchildren, while enabling mothers to enter the workforce. In developed and devolving countries alike, many older people also provide financial help to their adult children or grandchildren" (Departement van Welsyn, 1999a: 4).

Ter samevatting kan vermeld word dat 'n lewenswyse van wedersydse onderskraging en betrokkenheid by ander 'n bepaalde faktor in aktiewe veroudering is. Verswakking wat met ouderdom gepaard gaan, tree egter noodgedwonge in. Namate bejaardes verswak, word die onderskraging deur versorgers en hulle informele steunstelsel al meer belangrik. Die kapasiteit van bejaardes se steunnetwerke bepaal of bejaardes behoefte aan gemeenskapgebaseerde bejaardeversorging het omdat dit 'n aanduiding gee van wat die vermoë tot ondersteuning van die sosiale steunnetwerke is.

#### 4. KAPASITEIT VAN BEJAARDES SE STEUNNETWERKE

Kapasiteit word deur Biegel, Shore en Gordon (1986: 137 – 140) omskryf as

- die vermoë tot probleemoplossing , byvoorbeeld vaardighede en finansies,
- toeganklikheid tot en instandhouding van menslike en gemeenskaphulpbronne, byvoorbeeld sosiale steunstelsels, en
- organisatoriese hulpbronne soos kerke, klubs en selfhelpgroepe.

Die kapasiteit ten opsigte van die hulpverleningsisteme in die gemeenskap word in Hoofstuk 4.3 bespreek terwyl dié van die bejaardes se informele ondersteuningnetwerk vervolgens aandag geniet.

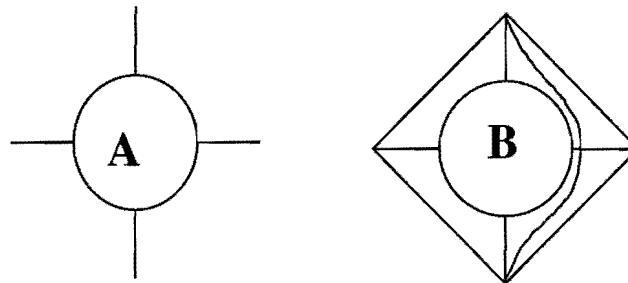
Biegel, Shore en Gordon (1986: 27 - 28) beklemtoon dat die beoordeling en evaluering van individuele bejaardes se sosiale steunnetwerke aan die hand van die volgende aspekte beoordeel behoort te word:

- Watter kragte is in individuele bejaardes se sosiale steunnetwerke? Watter hulpbronne is tot hulle beskikking en tot welke mate dra dit by om hulle in staat te stel om funksionele lewens te lei?
- Watter swakhede is verborge in bejaardes se sosiale steunstelsels? Aan watter behoeftes word nie voldoen nie? Swakhede kan te wyte wees aan 'n klein aantal persone betrokke in die steunnetwerke of die onbetrokkenheid of onkunde van lede van die steunnetwerk. Potensiële swakhede (byvoorbeeld die steun van slegs 'n enkele ander bejaarde) moet ook bepaal word.
- Watter faktore strem die versterking van bejaardes se sosiale steunstelsels? Onderhoude moet met die bejaardes en prominente lede van die steunnetwerke gevoer word om te bepaal watter behoeftes nie bevredig word nie, asook die redes daarvoor.

Biegel, Shore en Gordon (1986: 28 - 30) omskryf 'n beoordelingsstegniek vir die evaluering van die struktuur en inhoud van individuele bejaardes se steunnetwerke. Ten opsigte van struktuur moet bepaal word hoeveel en watter verbintenisse bestaan en wat die onderlinge interverbintenis van lede van die steunstelsels is. Die navorser wys daarop dat die evaluering van bejaardes se steunnetwerke belangrik is ten einde te bepaal of bejaardes genoegsame informele sosiale steunstelsels beskikbaar het. Bejaardes wat hoë risiko-gevalle is omdat hulle slegs beperkte steunstelsels het, behoort aangemoedig te word om die leemte op 'n alternatiewe manier te vul; alternatiewelik kan vrywilligers/vrywilligerorganisasies by die bejaarde betrokke raak. Die samestelling van die struktuur gee 'n aanduiding van hoe heg die



verbintenis tussen steunnetwerklede onderling is. Bejaardes met hegte steunstelselbande is beter versorg as bejaardes wie se steunnetwerklede lossere bande handhaaf. Bopape (1993: 10) bied 'n skematiese voorstelling waaruit die effek wat hegter of lossere steunstelselbande op die effektiwiteit van bejaardes se steunstelsel het, afgelei kan word.



**Figuur 3.2 Skematiese voorstelling van lossere en hegtere sosiale netwerke**

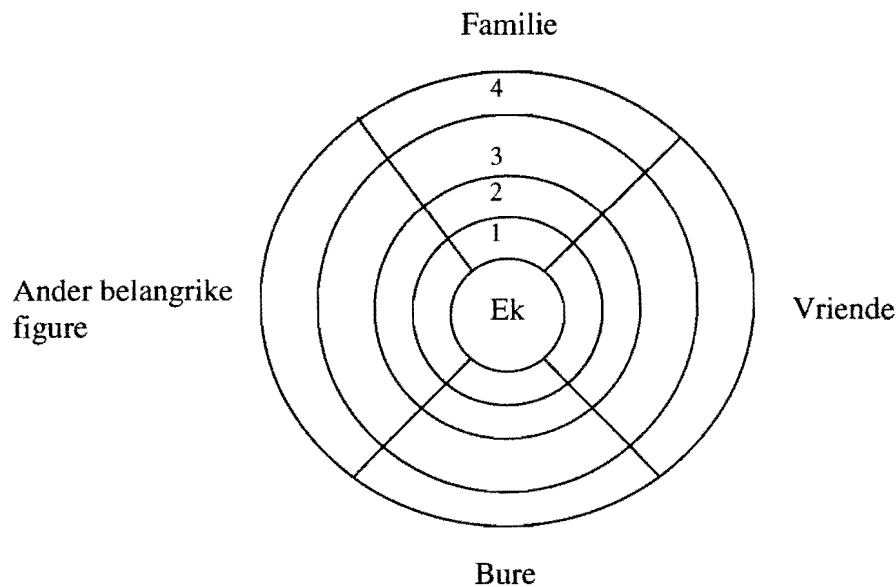
**Bron: Bopape (1993: 10)**

Uit Figuur 3.2 kan die effek van hegter of lossere onderlinge gemeenskapbande tussen steunnetwerklede duidelik afgelei word. A en B stel albei individuele bejaardes voor. Elkeen van hulle het 4 lede in hulle persoonlike steunstelsel. Die steunnetwerklede van A het geen kontak met mekaar nie. Twee van die steunnetwerklede van B het elk kontak met 2 ander steunnetwerklede terwyl die ander 2 lede elk met 3 lede kontak het. B se steunnetwerkstelsel is hegter en het baie meer ondersteuningwaarde as A sin. Dit is nie die aantal sosiale verhoudings wat 'n bejaarde se hoeveelheid sosiale steun bepaal nie, maar eerder die hegtheid van verhoudings wat die kwaliteit sosiale steun wat tot bejaardes se beskikking is, bepaal (Bopape, 1993: 10). Hegtere gemeenskapbande bied beter ondersteuning terwyl lossere onderlinge gemeenskapbande tussen steunnetwerklede impliseer dat die bejaarde se informele steunstelsel makliker ontwig kan word.

Uit die inhoud van die skematiese voorstelling kan moontlike behoeftes ten opsigte van tipes hulpverlening wat benodig word, bepaal word. Bejaardes kan op hierdie wyse pro-aktief ondersteun word om voldoende steunstelsels tot hulle beskikking te hê sodat hulle so lank moontlik veilig en onafhanklik in die gemeenskap kan aanbly.

Figuur 3.3 verwys na die sosiale netwerk-evalueringkaart waarvolgens bejaardes hulleself as "ek" aandui en hulle steunstelsel uiteensit sodat die waarde van hulle sosiale netwerke

visueel voorgestel kan word. Die visuele voorstelling van die struktuur van die sosiale netwerk, bevorder die evaluering van die waarde van bestaande steunstelsels. Die evaluering van die inhoud van die skematiese voorstelling toon watter tipe hulpverlening beskikbaar is. Die navorser is van mening dat die sosiale netwerk-evalueringkaart die voordeel het dat hulpverleners met 'n oogopslag leemtes of sterk punte kan identifiseer. Dit het egter die belangrike waarde dat bejaardes self die insig kan ontwikkel om veranderings in hulle lewenswyse aan te bring of om leemtes te versterk.



**Figuur 3.3: Sosiale netwerk-evalueringkaart (Biegel, Shore en Gordon, 1986: 29)**

Die genommerde vlakke in die kringe verteenwoordig die belangrikheid van persone in die steunnetwerke. Bejaardes word versoek om die voorletters van lede van hulle steunstelsels op gepaste plekke op die diagram aan te toon. Daarna word hulle versoek om die persone wat met mekaar kontak het, met 'n lyn aan mekaar te verbind. Sodoende word die struktuur van die sosiale netwerke bepaal.

Ten einde die inhoud (tipe hulpverlening) te bepaal, word bejaardes versoek om aan te dui watter tipe bystand hulle vir spesifieke probleme ontvang, asook watter tipe bystand hulle aan ander verleen en ten opsigte van watter tipe probleme.

Bejaardes kan ook versoek word om te antwoord op die volgende vrae:

- wie voorsien bystand vir aktiwiteite wat hulle nie self kan verrig nie,
- is hulle tevrede met die hulp,
- aan watter tipe behoeftes word nie voldoen nie en
- waarom kan hulle niemand kry om daaraan te voldoen nie?

Die evaluering van die inhoud kan aan die hand van standaardbeoordelingvorme geskied. Standaardvrae is die volgende:

- hoeveel hulp verleen sosiale steunnetwerke weekliks,
- wie is die primêre versorgers,
- kan die steunnetwerklede voortgaan om die huidige vlak van hulpverlening te handhaaf en
- is informele steunnetwerkstelsels voldoende om voorsiening te maak vir 'n groter behoefte aan dienste in die geval van siekte of ongelukke?

Dit kan ook nuttig wees om vas te stel watter tipe hulp voorsien word,

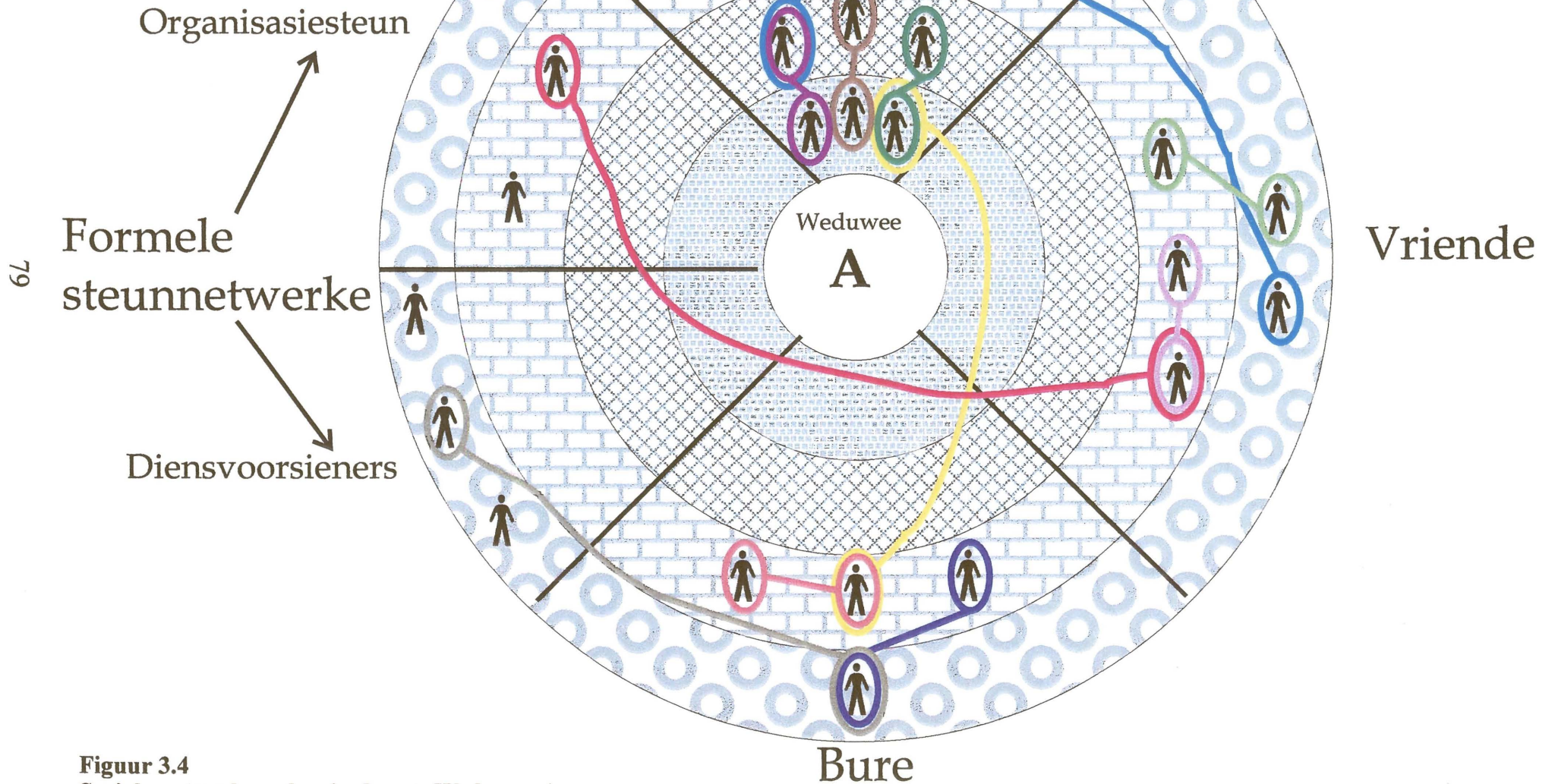
- deur wie,
- vir watter spesifieke take of behoeftes,
- aan watter behoeftes nie voldoen word nie,
- waarom dit nie bevredig word nie en
- hoe tevrede bejaardes met die funksionering van sosiale steunnetwerke is?

Die sosiale netwerk-evalueringkaarte van weduwees A, E en M word onderskeidelik in figure 3.4, 3.5 en 3.6 uiteengesit.

Die beoordelingsmetode soos uiteengesit deur Biegel, Shore en Gordon (1986: 29) is deur die navorser gebruik om drie denkbeeldige bejaarde weduwees se sosiale netwerke uiteen te sit. Die navorser pas egter die skematiese voorstelling aan deur die afdeling “ander belangrike individue” te vervang met “formele steunnetwerke” wat onderverdeel word in “organisasie-steun” en “diensvoorsieners”. Weduwees A en E was beide in hulle gesin van oorsprong enkelkinders en het min kontak met hulle oorlede mans se familie. Beide het onderskeidelik drie getroude kinders en woon na die afsterwe van hulle mans alleen in 'n huis. Die grootste deel van hulle informele steunstelsels is ook middeljarig.

Weduwee A is hoofsaaklik by haar kinders se belange betrokke al woon twee van die kinders ver. Sy is baie betrokke by haar werkende dogter wat op dieselfde dorp bly en help haar met haar huishouding en die versorging van kinders. Sy neem die kleinkinders byvoorbeeld vir ekstra klasse en doktersafsprake. Sy handhaaf goeie verhoudings met haar bure maar meer op terloopse vlak. Hulle reik na mekaar, sien om na mekaar se huise tydens afwesighede en bied aan mekaar saamrygeleenthede. Sy skakel gereeld by kerkaktiwiteite in maar hoofsaaklik ten

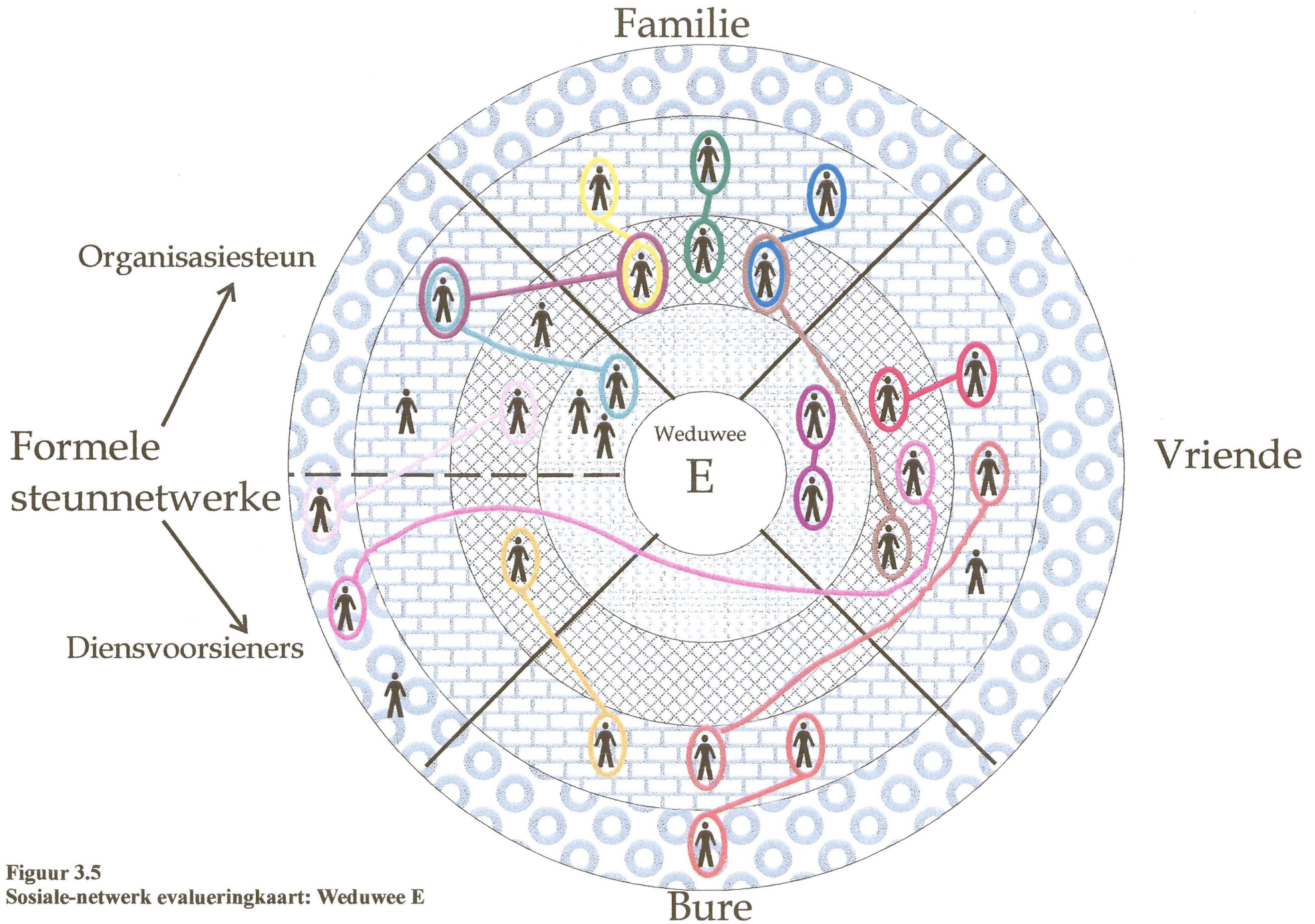
# Familie



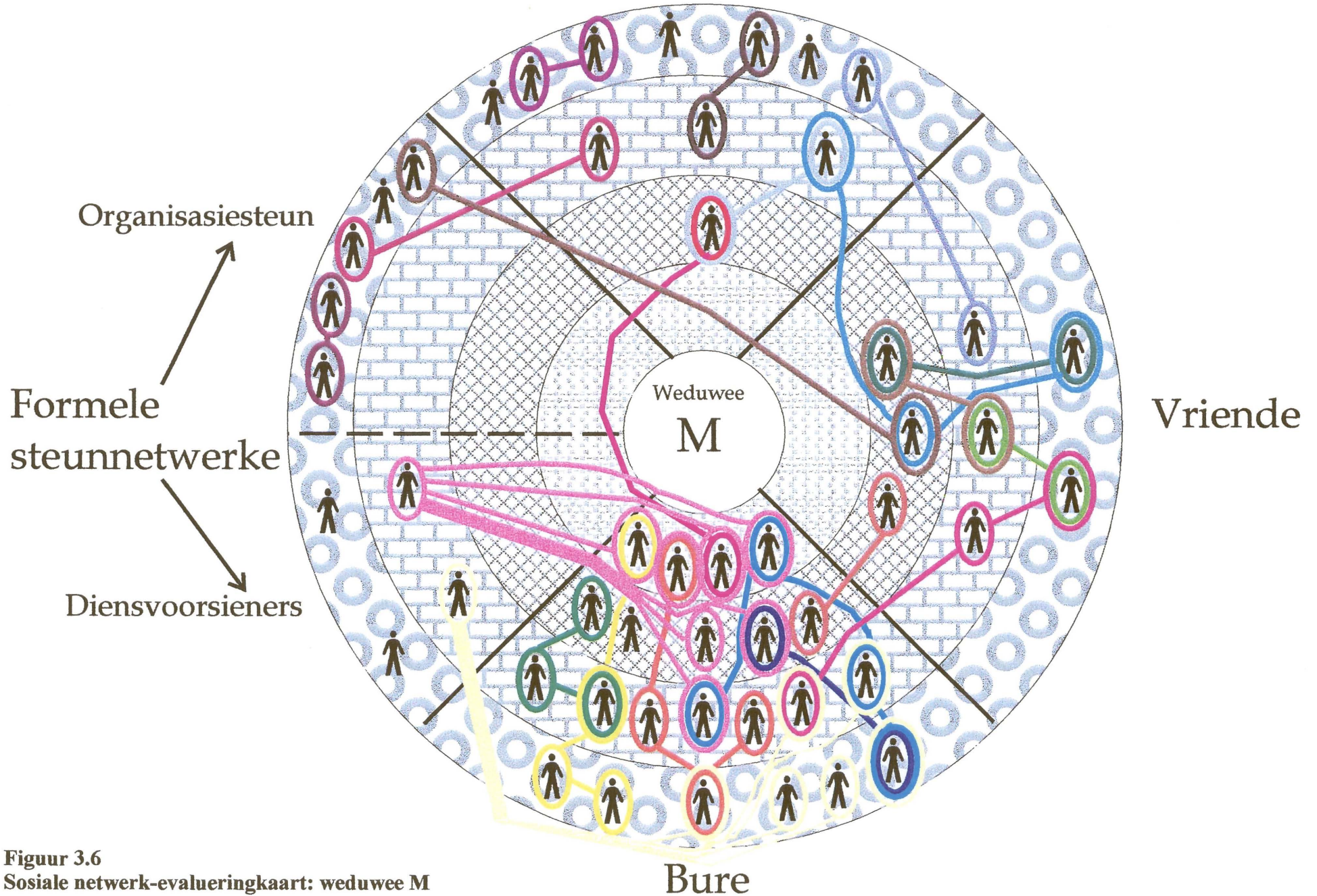
79

**Figuur 3.4**  
**Sosiale netwerk-evalueringkaart: Weduwee A**

Bure



**Figuur 3.5**  
Sosiale-netwerk evalueringkaart: Weduwee E



81

**Figuur 3.6**  
**Sosiale netwerk-evalueringkaart: weduwee M**

opsigte van eredienste en sosiale geleenthede soos die kermis. Sy is nie by 'n Bybelstudie- of omgegroepe betrokke nie. Sy het goeie vriende maar handhaaf soortgelyke verhoudings as met haar bure. Daar is nie werklik ander belangrike individue wat 'n rol speel ten opsigte van haar sosiale steunstelsel nie. Vir ontspanning vul sy blokkiesraaisels in en sy eet dikwels naweke alleen.

Weduwee E is ook by haar kinders betrokke, maar nie in dieselfde mate as weduwee A nie. Die kleinkinders kom kuier by haar en dan sien sy graag na hulle om, alhoewel dit nie dikwels gebeur nie. Sy stap graag vir ontspanning en het dus gereelde kontak met die mense in die gemeenskap. Sy is ook meer op 'n kennisvlak betrokke by haar bure maar het baie vriende in die gemeenskap by wie sy gereeld kuier. Sy gaan ook van tyd tot tyd saam met hulle op toere en eet dikwels naweke saam met vriende. Sy is ook aktief betrokke by die kerk deur by eredienste en ander aktiwiteite in te skakel. Sy is egter ook by 'n Bybelstudiegroepe en wykbyeenkomste betrokke. Haar kinders woon almal op dieselfde dorp as sy en hulle ken sommige van haar vriende.

Weduwee M woon ook in haar huis. Sommige van haar kleinkinders word by haar groot. Haar volwassene kinders woon in dieselfde stad maar hulle sien mekaar baie min omdat hulle van openbare vervoer gebruik maak en almal laat van die werk kom. Sy het noemenswaardige kontak met slegs een van haar kinders. As sy ernstig siek word, kan dit gebeur dat sy hulle nie in kennis kan stel nie omdat sy nie 'n telefoon beskikbaar het nie. Sy skakel nie in die week by kerklike aktiwiteite, soos Bybelstudiegroepe, in nie maar Sondag woon sy die eredienste by. Sy het egter terloopse kontak met mense uit die breë gemeenskap as sy bus en trein ry maar sy het geen na-ure kontak met hulle nie. Sy het egter oor naweke goeie kontak met haar bure en hulle besoek dieselfde primêre gesondheidsklinieke en ander fasiliteite in die omgewing.

Indien die drie weduwees se sosiale netwerk-evalueringkaarte vergelyk word, is dit opmerklik hoeveel meer gemeenskapsteun tot weduwee E se beskikking is. Haar vriende ken mekaar en skakel by dieselfde geleenthede in. Sy het gereelde, deurlopende kontak met hulle en hulle met mekaar. Dit versterk die onderlinge vriendskapbande en daarmee ook die sosiale steunnetwerkstelsel. Weduwees A en M se steunstelsels omsluit hoofsaaklik hulle eie portuurgroepe. Beide weduwees behoort egter hulle steunstelsel te probeer uitbrei om hegte bande met hulle bure te hê aangesien hulle bure ook jonger mense as hulleself inluit. Indien weduwee M se scenario geëvalueer word, blyk dit dat die diensvoorsieners by die primêre

gesondheidskliniek 'n belangrike steunstelsel is omdat die vriende mekaar ook daar raakloop. Dit blyk dat haar relatief groot familie minder kontak met haar het as haar vriende. Die belangrike afleiding kan gemaak word dat dit nie die hoeveelheid lede in die informele steunstelsel is wat bepaal hoeveel sosiale steun sy ontvang nie, maar die hegtheid van die verhoudings.

Biegel, Shore en Gordon (1986: 27 - 51) beklemtoon die noodsaaklikheid van die evaluering van bejaardes se steunstelsels (positiewe en negatiewe faktore). Die bejaarde se onbevredigde behoeftes en voorkeure, hulpbronne en die vermoë van diensleweringorganisasies moet in ag geneem word ten einde toepaslike intervensies te bepaal waardeur bejaardes se sosiale steunstelsel versterk word. Organisasies se aanmeldingvorms kan byvoorbeeld voorsiening maak om sosiale steunstelsels te akkommodeer. (Sien Bylaag A vir 'n voorbeeld van 'n organisasie se aanmeldingvorm, vergelyk Biegel, Shore en Gordon, 1986: 31). Op die wyse kan hoë-risikogevalle, sowel as positiewe en negatiewe faktore, geïdentifiseer word. Cox (1993: 63 - 64) beklemtoon die versterking van die positiewe faktore: "Traditional social services have been criticized for their tendency to have a helper-helpee characteristic which focuses on the weakness or problems of clients, thus enhancing or increasing dependency. In this process the strengths and potential of clients for active involvement in the solution of problems are often neglected." Dit is dus noodsaaklik dat maatskaplike werkers 'n objektiewe evaluering van die situasie maak en saam met bejaardes intervensies beplan en uitvoer.

Die navorser is van mening dat dit noodsaaklik is dat spesifieke behoeftebepaling ten opsigte van die behoeftes van individuele bejaardes gedoen word ten einde te bepaal of hulle informele sosiale steunstelsels voldoende ondersteuning aan hulle bied. Gemeenskappe en bejaardes wat nie sterk sosiale steunnetwerke het nie, is onderskeidelik hoë risiko's vir isolasie. Die moontlikheid om intervensies te implementeer om die steunnetwerke te verbeter, behoort in sulke gevalle ondersoek te word. Daar is egter nadele verbonde daaraan om steunnetwerkstelsels te formaliseer en daarom behoort dit in ag geneem te word by die implementering van steunnetwerkintervensies as vorm van gemeenskapgebaseerde bejaardeversorging.

## **5. NADELE VAN DIE FORMALISERING VAN STEUNNETWERKSTELSELS**

Verskeie studies het nadele verbonde aan die formalisering van steunnetwerkstelsels uitgewys. Tinker (1981: 267) verwys na die bevindings van 'n studie wat deur die Voluntee



Centre aangaande goeie buurmanskapstelsels gedoen is (Leat: Limited Liability, 1979). Daarin word vermeld dat voordele soos 'n mindere mate van afhanklikheid van staatfondse en voorkomingswaarde sowel as nadele soos die formalisering van informele netwerke en die feit dat die gemeenskap nie oral oor dieselfde hulpbronne beskik nie, in aanmerking geneem moet word by die implementering van netwerkindervensies.

Gordon en Donald (1993: 157, 160, 164, 167 en 169) verwys na die siening van verskeie outeurs in die verband en meld dat die waarde van informele steunnetwerkindervensies vir formele diensleweringorganisasies soos maatskaplike en gesondheidsdienste betwyfel word, aangesien daar volgens hulle waarneming:

- nie werklik 'n toename in informele steun waargeneem kon word nie;
- daar nie 'n verminderde aanvraag vir formele dienste was nie; maar eerder 'n toename; en
- daar nie met plaaslike dienslewering (gemeenskapbenadering) of die fokussering op informele netwerke enige deurbraak gemaak kon word nie.

Informele steun is die produk van gemeenskapverhoudings en deel van die sosiale sisteem en kan nie as hulpbron van die formele versorgingsisteem beskou word nie. Vrywilligeraktiwiteite kan juis meebring dat gemeenskappe minder tyd het om aan informele steunnetwerke te bestee. Formele diensleweringinstansies kan wel positiewe bydraes lewer deur besluitnemingsteun te verleen, byvoorbeeld beskikbare inligting, raadgewende dienste en die instandhouding en verbetering van praktiese dienste wat onafhanklikheid bevorder.

Dit blyk dus dat die implementering van netwerkindervensies deur formele diensleweringinstansies nie aanbeveel word nie. Die navorser wys daarop dat die veranderde eise wat aan die formele sektor gestel word, meebring dat gemeenskapgebaseerde bejaardeversorging waar moontlik aan GBO's soos kerke, gemeenskap- en diens-, dag- en tuishulpsentrums gedelegeer word. Die navorser is van mening dat GBO's, soos kerke, belangrike bydraes kan lewer om die funksionering van bejaardes se informele steunnetwerke te bevorder omdat hulle nie intervensies formaliseer nie.

Die kapasiteit in bejaardes se informele ondersteuningnetwerk bepaal in 'n groot mate of daar 'n behoefte aan intervensies is.

## **6. UITBREIDING VAN BEJAARDES SE SOSIALE STEUNNETWERK**

Vroeëre outeurs het na intervensies wat sosiale netwerke versterk, verwys as netwerkindervensies. Meer onlangs verwys die term netwerkindervensies eerder na 'n tipe intervensie wat netwerke, 'n basiese vorm van samewerking by die vorming van vennootskappe, tussen die verskillende organisatoriese hulpbronne in die gemeenskap bevorder (vergelyk Hoofstuk 1, 7. "Vennootskap"). Op grond van die moontlikheid van verwarring, gebruik die navorser eerder die term sosiale intervensie, waar toepaslik.

Die navorser beskryf vervolgens sosiale intervensies wat gerig word op die versterking van bejaardes se sosiale steunnetwerke: uitbreiding van sosiale steunnetwerke, sosiale netwerkadvisering en geriatrisse sorgbestuurders.

### **6.1 UITBREIDING VAN SOSIALE STEUNNETWERKE**

'n Geformaliseerde intervensie wat uitbreiding van bejaardes se sosiale steunnetwerke beoog, is deur Biegel, Shore en Gordon (1986: 54 – 63) as kliniese behandeling beskryf. Dit behels die versterking, uitbreiding of skep van sosiale steunnetwerke van bejaardes deur 'n proses van identifisering, analisering en koppeling. 'n Indiwiduele en spanbenadering word onderskei. Die navorser is van mening dat die intervensie aangepas kan word om nie die formalisering van steunnetwerke te behels nie en verwys daarna as die uitbreiding van sosiale steunnetwerke.

Uitbreiding van bejaardes se sosiale steunnetwerke kan bewerkstellig word deur bejaardes as indiwidue of in groepverband te bemagtig om self hulle steunnetwerke te evalueer en uit te brei. Bejaardes kan hulle versorgers by die evalueringproses betrek.

Bopape (1993) se uiteensetting wat aandui dat dit nie die aantal lede van die steunstelsel is wat bepalend nie, maar eerder die kwaliteit/hegtheid van die verhoudings, kan 'n sinvolle hulpmiddel wees. Evalueringvorms kan ook benut word om probleme en alternatiewe hanteringmetodes te identifiseer waarna die voor- en nadele ten opsigte van elkeen gelys word. Die bejaardes (en hulle versorgers) kan dan die mees toepaslike alternatiewe selekteer en implementeer.

Sosiale netwerk-evalueringkaarte kan sinvol ten opsigte van die uitbreiding van sosiale netwerke sowel as sosiale netwerkadviseuring benut word (Figure 3.3 tot 3.6 verwys).

## **6.2 SOSIALE NETWERKADVISEURING**

Die navorser stel sosiale netwerkadviseuring as intervensie vir die versterking van bejaardes se sosiale netwerke voor. Dit behels gereelde jaarlikse/tweejaarlikse evaluering van bejaardes se sosiale steunnetwerke. Dit is belangrik dat bejaardes se bestaande sosiale netwerksisteem geëvalueer word met die oog op tydige identifisering van leemtes of swak skakels in die ondersteuningnetwerk. 'n Dienstegids kan ook moontlik saamgestel word om bejaardes en versorgers oor moontlike diensvoorsieners in te lig.

Die navorser is van mening dat die evaluering van bejaardes se steunnetwerke as 'n diens, gratis of teen betaling, gelewer kan word. Sosiale netwerkadviseurs ondersteun bejaardes en hulle versorgers ten opsigte van sosiale steunstelsels. Geriatriese sorgbestuurders lewer 'n meer omvattende diens.

## **6.3 GERIATRIESE SORGBESTUURDERS**

Labier (1997a: 1–2) beskryf betaalde ondersteuningdienste waarin geriatriese sorgbestuurders bejaardes se fisiese en sielkundige behoeftes, gesin- en gemeenskap hulpbronne en finansies evalueer, 'n geskikte sorgplan uitwerk en dienste (gesondheid, veiligheid en welsyn) koördineer.

Labier (1997: 1-2) omskryf 'n geriatriese sorgbestuurder as 'n gegraduateerde, geregistreerde maatskaplike werker of verpleegsuster wat 'n langtermyn sorgplan vir bejaardes en hulle families ontwikkel, hetsy deur bloot die familie te adviseer oor hulpbronne en behulpsaam te wees met die ontwikkeling van 'n sorgplan of om as 'n langtermyn lid van die sorgspan te funksioneer. Vrae wat ten opsigte van die effektiwiteit van geriatriese sorgbestuurders gevra behoort te word, is: " Are they willing to work with the people who are already involved in caring for the older person? ... How do they monitor the care in the home? ... Are they sensitive to the need to conserve resources as much as possible in order for the client to remain at home for as long as possible? What exactly are they charging for? ... Are they knowledgeable about modifying a home to make the environment safer? ... All aspects of an older person's life and well being, as well as easing the burden for family members and

friends, are the concerns of a responsible and caring geriatric manager."

Versorgers van bejaardes kan dus self verantwoordelikheid neem om bejaardes te ondersteun of persone soos geriatrise sorgbestuurders kan aangestel word om na bejaardes se behoeftes om te sien.

Ter samevatting kan vermeld word dat die sosiale steunstelsels van bejaardes wat gebrekkig funksioneer uitgebrei kan word deur die implementering van intervensies wat die steunnetwerke bemagtig, byvoorbeeld die uitbreiding van sosiale steunnetwerke en sosiale netwerkadvisering. Geriatrise sorgbestuurders kan ook aangestel word om toe te sien dat bejaardes se behoeftes aandag geniet.

Met inagneming van die ekonomiese klimaat en die strawwe eise wat aan die regering gestel word, behoort ondersteuning aan bejaardes so ver moontlik deur bejaardes se versorgers en hulle informele sosiale steunnetwerk voorsien te word. Gesinne en familieledes van bejaardes se bydrae om bejaardes te ondersteun, geniet vervolgens aandag.

## **7. GESINNE EN FAMILIELEDE VAN BEJAARDES**

In *Notes for the opening address: Discussion Group on Ageing* word vermeld dat die Departement van Welsyn nie inrigtingversorging as oorbodig beskou nie, maar van mening is dat families ook na bejaardes wat sorg benodig kan omsien as hulle as versorgers opgelei is en ondersteun word in hierdie taak (Departement van Welsyn, 1999a: 4). In die berig *Die begroting: raad besorg oor verarming* in die Senior Burger (1992: 3) doen die Direkteur van die Raad vir Bejaardesorg 'n beroep op die familieledes en vriende van bejaardes om hulle by te staan. Hy meld dat bejaardes wat maatskaplike pensioene ontvang, moeilik daarmee 'n leefbare bestaan kan voer.

Ginn en Arber (1996: 120 – 121; 131 - 132) het bevind dat informele hulpverleners, soos familie, meestal die volgende take verrig:

- Persoonlike versorging en hulp met daaglikse aktiwiteite (stap in woning/straat, toilet besoek, in en uit bed help, skeer, hare en toonnaels versorg, trappe klim, bad/stort, gesig was en eet).
- Instrumentele take (huishoudelike voorsiening en skoonmaakdienste), soos vloere skoonmaak, klere versorg, bottels oopmaak, hoofmaaltye kook, braaipanne gebruik,

teemaak en inkopies doen.

Die rol van die versorgers en/of informele steunstelsel word dus toenemend belangrik soos wat bejaardes se vermoë tot onafhanklike funksionering afneem.

Volgens Biegel, Shore en Gordon (1986: 65- 85) het verskeie studies aangetoon dat gesinslede in 70% tot 80% van gevalle die primêre versorgers van bejaardes in die gemeenskap is. Die versorging van bejaardes deur gesins- en familielede plaas egter 'n swaar las op die skouers van die versorgers. Dit sluit emosionele en finansiële spanning, ongerief, angs, depressie en die druk van ander gesins- en werksverpligtinge in. Die karaktereenskappe van die versorger en versorgde bepaal in 'n groot mate die onderlinge verhouding en druk wat ervaar word. Ander faktore wat 'n invloed uitoefen, is die ouderdomme van persone betrokke, hul persoonlikhede, gesondheidstoestand en langtermyn verhouding jeens mekaar. Wanneer die las te veel word, word die bejaarde gewoonlik geïnstusionaliseer. Die Alzheimer Vereniging van Kanada (2000) identifiseer tien tipiese tekens van versorgerstres, naamlik: ontkenning, woede, sosiale onttrekking, angs, depressie, uitputting, slaaploosheid, emosionele reaksies, gebrekkige konsentrasie en gesondheidsprobleme.

Biegel, Shore en Gordon (1986: 21 - 24) bevestig dat gesinslede wat as steunnetwerk dien, oorlaai kan word. Faktore wat tot oorlading kan lei, is die hantering van bejaardes met

- fisiese en geestesongesteldheid;
- die toenemende afhanklikheid van bejaardes;
- die beperking op sosiale en ontspanningsaktiwiteite;
- die ontwrigting van huis- en werkroetine;
- botsende, veelvuldige rolverwagtings (byvoorbeeld eggenote, moeder, werker en versorger);
- 'n tekort aan steun en hulp van ander gesinslede; asook
- gebrekkige inligting en steun van professionele hulpverleners.

Maatskaplike en demografiese faktore lei tot verminderde toeganklikheid van gesinslede as steungroepe. Veranderinge in die aard van die gesinslede is byvoorbeeld:

- groter fisiese afstand tussen ouers en kinders;
- kleiner gesinne (minder kinders om bejaardes te ondersteun);

- 'n toename in werkende vroue (vroue dien meestal as versorgers);
- die hoë egskeidingsyfer; en
- 'n toename in die getal ouers wat hulle kinders oorleef.

Swanepoel (1996: 93) wys daarop dat hoë lewenskoste en die hoër pryse van behuising in stedelike gebiede meebring dat kleiner en ekonomiese behuising betrek word sodat dit feitlik onmoontlik word vir bejaardes se kinders om vir hulle ouers inwoning aan te bied. Vroue wat voltyds in die arbeidsmark werksaam is, versorg moeilik 'n bejaarde in die huiskring. Bejaardes kan binne die gesin isolasie beleef omdat elke gesinlid sy/haar eie belange nastreef en daar min gemeenskaplike belange bestaan.

In aansluiting hierby meld SENIORS (1997: 4): "There are over 2 million people in Australia who care for someone in their own home or in someone else's home. Some 70% of carers are women and a quarter of all carers list caring as their principal occupation. The combination of an ageing population, de-institutionalisation and early hospital discharges has put a greater demand on carers. Conversely, factors such as changing family composition and social attitudes, as well as the increased work force participation of women are likely to reduce the number of available carers."

Buhagiar (1993: 45) beklemtoon dat die rol van die vrou in die arbeidsmag probleme veroorsaak: "This is a cause of stress within extended families. It is quite common to find 'young elderly' of 60+ and 'late adults' of 50+ taking care of parents of 80+. This causes multiple psychosocial and physical problems."

Tinker (1981: 183 - 185) wys daarop dat dit onrealisties is om die beperkings van wedersydse versorging binne familieverband te ignoreer. Swak onderlinge verhoudings of geografiese afstand kan ondersteuning beperk. Gesinne en familieledede bevind hulle dikwels in 'n situasie waarin hulle nie in dieselfde gemeenskap as die bejaardes woonagtig is nie. Dit bring mee dat daar soms lang tydperke verstryk sonder dat gesinne en familieledede van bejaardes betekenisvolle kontak met hulle maak. Dit is dan noodsaaklik dat alternatiewe steunstelsels in die gemeenskap die leemte vul. Daar is gesinlede wat nie hulle bejaarde ouers ondersteun nie, maar daar is ook gesinlede wat 'n swaar las ten opsigte van hulle versorgerrol ondervind.

Die gesin as versorgers van bejaardes het dus self ondersteuning nodig. Caldock (1996: 106) vestig die aandag daarop dat minder gegoede persone waarskynlik groter behoefte aan

gemeenskapondersteuning het: "... working class families may be less able to go on caring at higher levels of dependency because they are unable to buy in help ... (especially if they are found to be ineligible for other statutory benefits)...".

Warren en Walker (1996: 85) stel die vraag: wie se behoeftes moet voorkeur geniet: bejaardes of versorgers sin? Dit blyk dat versorgers behoefte daaraan het dat persoonlike versorgingdienste aan bejaardes gelewer word omdat dit hulle fisiese en geestelike las verlig. Bejaardes weer ondervind groter behoefte aan huishoudelike taakverrigting. Wenger (1984: 189 en 191) beklemtoon dat versorgers van verswakte bejaardes 'n groot behoefte aan emosionele en praktiese ondersteuning het: "This applies not only to those who are caring for a totally dependent household member but also to those who provide regular support to elderly persons in a separate household."

Bejaardes se funksionering is afhanklik daarvan of hulle versorgers voldoende ondersteuning het om te kan volhou met hulle versorgingstaak. Daar is verskeie intervensies wat die ondersteuning van versorgers ten doel het.

## **8. ONDERSTEUNING VAN VERSORGERS**

Dit kan sinvol wees om versorgers se eie sosiale steunnetwerke, waar toepaslik, te evalueer. Bopape (1993) se skematiese voorstelling en die sosiale netwerk-evalueringkaart kan ewe sinvol benut word om die kapasiteit van die ondersteuningnetwerk van die versorgers van bejaardes te bepaal. Intervensies wat primêr op die versterking van bejaardes se steunstelsels gerig is, naamlik die uitbreiding van sosiale steunnetwerke en sosiale netwerkadviseuring, kan ewe sinvol vir die versterking van versorgers se steunnetwerke benut word. (Vergelyk Hoofstuk 3, 6.1 en 6.2.)

Intervensies ter ondersteuning van versorgers word onderverdeel in onderrig en opleiding van versorgers en wedersydse hulp- en selfhelpgroepe vir versorgers (Biegel, Shore en Gordon, 1986: 67 – 83). Informele diensruilings en ondersteuning deur maatskaplike werkers geniet ook aandag.

### **8.1 ONDERRIG EN OPLEIDING VAN VERSORGERS**

Kerke, byvoorbeeld, kan 'n belangrike bydrae lewer tot die onderrig en opleiding van

versorgers deur maandelikse byeenkomste te reël wat die vorm van opleidinggeleenthede aanneem en waartydens voorligting en literatuurverspreiding gedoen kan word.

Die navorser is van mening dat gemeenskapgebaseerde bejaardeversorging bevorder kan word deur kursusse vir bejaardes en hulle versorgers/steunstelsels aan te bied wat hulle kan bemagtig vir die eise wat aan hulle gestel word. Die bejaardes moet leer aanvaar dat versorgers toenemend aangeleenthede hanteer wat bejaardes se persoonlike verantwoordelikheid was terwyl versorgers toenemend verantwoordelikheid aanvaar vir besluitneming wat bejaardes beïnvloed. Kursusse kan onderskeidelik of gesamentlik aangebied word en/of aangeleenthede kan in kleingroepverband hanteer word. Versorgers kan baat vind by inskakeling by groepe.

## **8.2 WEDERSYDSE HULP - EN SELFHELPGROEPE VIR VERSORGERS**

Potensiële versorgers, gesinlede, familie en vriende kan ook by groepe vir informele hulpverleners van bejaardes betrek word. 'n Ander alternatief is dat opgeleide vrywilligerfasiliteerders groepe begin en later leierskap oorgee aan groepe. Fasiliteerders se deelname kan tot hulpverlening met strukturering van groepe, inhoud van besprekings en tegniese bystand, waar nodig, beperk wees. Groepe word aangemoedig om onafhanklik te funksioneer en kan langtermyn van aard wees.

Ondersteuning van versorgers is baie belangrik sodat hulle kan volhou met hulle versorgingstaak, hetsy of hulle aan die begin van bejaardeversorging is en aanpassings by hulle lewenswyse moet maak en of die verswakking van die bejaardes dit moeilik maak vir versorgers om te volhard in hulle taak.

Bejaardes, versorgers en informele hulpverleners kan hulle ook self bemagtig om die eise van gemeenskapgebaseerde bejaardeversorging te hanteer. Die informele diensruiling-intervensie versterk die sosiale steunstelsel van bejaardes en hulle versorgers omdat ander informele hulpverleners as sosiale steunstelsel betrek word.

## **8.3 INFORMELE DIENSRUILINGS**

Informele diensruiling behels die uitruil van hulp tussen die kleinste gemeenskapeenhede in die samelewing. Twee, soms drie of vier persone, gee en ontvang vir elkeen se eie onthalwe.



Informele diensruiling begin wanneer hierdie mense aan mekaar een of ander vorm van praktiese, dag-tot-dag hulp en ondersteuning bied (Lowe, 1993: 4).

Lowe (1993: 178 - 181) beskryf verskeie informele diensruilingmoontlikhede. Informele diensruilings kan plaasvind tussen mense van ooreenstemmende portuur- en ouderdomgroepe, gemengde vermoëns en ouderdomme, wisselende ouderdomme en vermoëns en tussen verskillende generasies. Informele diensruilings kan onderskei word ten opsigte van lokale wat gebruik word. Wisseling van versorgingslokale behels beurte maak om byvoorbeeld afhanklike bejaardes by mekaar se huise te versorg terwyl verskillende lokale kan verwys na die versorging van immobiele bejaardes by verskillende lokale in dieselfde diensbeurt. Huissleutel - en vakansiesorg informele diensruilings word ook onderskei. Informele diensruilings tussen vriende/bure en die indiensneming van diensverskaffers deur verskeie gesinne is vorme van informele diensruilings. 'n Toepaslike voorbeeld van diensruiling in die verband is die bejaarde en jonger buurvrou wat informeel ooreengekom het dat middagetes by die jonger gesin geëet word terwyl die bejaarde buurvrou soms ouma-sorg doen. 'n Byvoordeel hiervan is dat wanvoeding makliker voorkom kan word indien alleeneet vermy word.

'n Vorm van gedeelde sorg word beskryf as 'n aantal diensruilers wat saam 'n diensvoorsiener huur om byvoorbeeld voltyds, smiddae, vakansietye of oor naweke sekere dienste te lewer. Twee gesinne kan hulle kragte saamsnoer sodat 'n betaalde versorger in een huis beide gesinne se bejaardes versorg en van goeie middagetes voorsien. Laatmiddag kan bejaardes die gesinne se kinders met speletjies soos *monopoly* besig hou terwyl gesonde versnaperings voorsien word. Misbruik (soos rowwe hantering, respeklose aanspreek, weerhouding van medisyne of voedsel) kan beter gemonitor word deur twee gesinne wat perspektiewe kan vergelyk.

Lowe (1993: 245) meld dat diensruilings die opgee van 'n mate van privaatheid en vryheid vereis, maar dat 'n betroubare diensruiler wins maak. Lowe (1993:250) som dit op: "... we were ... looking for answers in yet one more self-help approach. Now we have ... realized that the under-tapped resource is each other."

Ferreira & Rip (1990: 46) propageer: "Deliberate attempts can be made to have the older person know his/her nearest neighbours and other peers within close geographic proximity. The most important categories of neighbouring activities are those of emergency assistance or

crisis intervention, and combating loneliness."

Lowe (1993: 269) motiveer: "Tell your neighbors that your neighborhood would be safer if people carepooled with at least one other neighbor. One neighbor could be there to welcome kids home after school for the neighbor who sent them off in the morning. Another neighbor could check in and chat with an elderly parent midday for the neighbor who stops by to pick up a gallon of milk for her on the way home from work. Support your neighbors' efforts to learn how to carepool. Talk, read, team up. And urge others to make carepooling resources available in your community."

Bejaardes moet vir hulleself verantwoordelikheid aanvaar. Hulle moet ook die vrymoedigheid neem om ander te nader as die geleentheid hom voordoen dat hulle mekaar van hulp kan wees, hetsy op informele wyse soos met die informele diensruiling, of op meer formele wyse soos bemagtiging. Maatskaplike werkers kan 'n belangrike bydrae lewer om bejaardes en hulle versorgers te bemagtig.

#### **8.4 ONDERSTEUNING DEUR MAATSKAPLIKE WERKERS**

Geriatrisiese sorgbestuurders en/of maatskaplike werkers kan 'n belangrike bydrae daartoe lewer om te verseker dat bejaardes en hulle versorgers die ondersteuning kry wat hulle benodig.

Venter (1982: 48) vermeld dat maatskaplikewerkhulp vir bejaardes beskikbaar is by alle gesinsorgorganisasies asook by diegene wat spesialiseer in hulp aan bejaardes. 'n Geriatrisiese maatskaplike werker word deur "The Equitable Foundation" (1997: 37) omskryf as 'n geregistreerde, professionele persoon wat aan bejaardes en hulle gesinne hulp verleen ten opsigte van begrip en die hantering van die sosiale, emosionele en psigologiese verouderingsaspekte. Afhangende van die struktuur waarbinne die maatskaplike werker funksioneer, word daar vir maatskaplikewerkdienste betaal of nie. Dit is egter belangrik dat versorgers en bejaardes hulleself kan vergewis van die bekwaamheid van die maatskaplike werker omdat bejaardes soms onomkeerbare besluite neem op grond van advies wat deur professionele persone verskaf word, byvoorbeeld om 'n eie woning te verkoop en by kinders te gaan bly. Die maatskaplike werker kan 'n belangrike bydrae in diè verband lewer.

Tinker (1981: 257 – 258) meld dat die *British Association of Social Workers (Social Work Today, 1977-04-12)* sekere riglyne bepaal het vir maatskaplike werk met bejaardes. Dit bepaal onder andere dat daar nie afbreuk gedoen moet word aan die waardevolle bydrae wat vrywilligers, maatskaplike hulpwerkers, familieledede en bure kan lewer nie, en dat werkerterreine vir die maatskaplike werker afgebaken moet word. Die maatskaplike werker kan in inter-dissiplinêre spanverband behulpsaam wees met

- die formulering van beleid en beplanning,
- die assessering van behoeftes in terme van watter hulp benodig word en
- wie die geskikste diensvoorsiener is.

Die maatskaplike werker kan verder professionele hulp verleen en/of verwysings doen ten opsigte van

- verhoudingprobleme,
- krisis,
- verliese,
- veranderings,
- sosiale en emosionele probleme, en
- psigolo-sosiale probleme.

Maatskaplike werkers kan deur middel van groep- en gemeenskapwerk diens lewer aan bejaardes sowel as hulle familieledede, bure en informele hulpverleners. Hierdeur kan die genoemde partye mekaar wedersyds versterk en in staat gestel word om probleme te hanteer (Tinker, 1981: 257 - 258).

Die navorser is van mening dat gemeenskapgebaseerde dienslewering beide die versorgers/informele steunstelsel en bejaardes se behoeftes in ag moet neem omdat beide se volgehoue goeie funksionering noodsaaklik is om bejaardes in staat te stel om so lank moontlik veilig en onafhanklik in die samelewing aan te bly.

## 9. SAMEVATTING

Faktore wat bejaardes se funksionering in die gemeenskap beïnvloed, is byvoorbeeld die effek van die kontinuum van verliese, onvoldoende tussentuistebehuising in die gemeenskap, bejaardes se finansiële voorsiening en gesondheid asook hulle blootstelling aan viktimisering.

Beskikbaarheid van bekostigbare behuising waarin bejaardes onafhanklik kan funksioneer, byvoorbeeld gemeenskaphuise; informele kommunes en kommunes as gemeenskapsentrums; asook die deel van wooneenhede en pleeghuise, bepaal in 'n groot mate of bejaardes onafhanklik in die gemeenskap kan bly woon.

Bejaardes se eie insette bepaal in 'n groot mate die kwaliteit van hulle funksionering tydens veroudering. Bejaardes moet persoonlike verantwoordelikheid vir hulle veroudering aanvaar. 'n Lewenswyse van aktiewe veroudering kan bejaardes help om so lank moontlik verstandelik, fisies, geestelik en emosioneel gesond te bly funksioneer. Gesinne en families se versorgerrol neem toe namate bejaardes meer afhanklik word.

Daar is egter 'n belangrike onderskeid tussen die beskikbaarheid van versorgers en informele hulpverleners van bejaardes en die steun wat bejaardes wel ontvang. Die hegtheid van die onderlinge verhoudings tussen bejaardes en hulle informele steunstelsel beïnvloed grootliks hoeveel ondersteuning vir die bejaardes beskikbaar is. Dit is belangrik dat die kapasiteit van bejaardes se informele steunstelsels bepaal kan word ten einde vas te stel of daar 'n risiko van gebrekkige ondersteuning vanuit die informele steunstelsel bestaan. Die beskikbaarheid van ander informele hulpverleners om bejaardes en hulle versorgers te ondersteun kan 'n belangrike bydrae lewer om die druk op versorgers te verlig.

Dis belangrik dat die gesinne en families bemagtig moet word om die eise wat hulle versorgerrol aan hulle stel te kan hanteer. Die mate waartoe bejaardes se gesinne en families bejaardes in hulle funksionering ondersteun, het 'n groot invloed op hoe lank dit vir bejaardes moontlik is om veilig en selfstandig in die gemeenskap te funksioneer.

Indien bevind word dat bejaardes en/of hulle versorgers addisionele ondersteuning uit die gemeenskap nodig, kan die maatskaplike werker hierdie proses fasiliteer deur middel van voorligting, begeleiding van inisiatiewe vir volgehoue onafhanklikheid en deur betrokke te wees by die ondersteuning van bejaardes en hulle versorgers.

In Hoofstuk 4 word die gemeenskap as hulpbron in gemeenskapgebaseerde bejaardeversorging bespreek.