

6/14/2016

Gelukkig oud worden in Holten en Wierden

Bachelorrapport Sociaal Pedagogische Hulpverlening



E. van Dijk
L.R.M. Kloppers
M. Reith
Academie Mens & Maatschappij
Saxion Enschede

Gelukkig oud worden in Holten en Wierden

Bachelorrapport Sociaal Pedagogische Hulpverlening

Auteurs:

E. van Dijk

L.R.M. Kloppers

M. Reith

Bachelor begeleider:

M.B.A. Meijer

Opdrachtgever:

T. van Wijck

Onderwijsinstelling:

Saxion Hogeschool Enschede

Academie Mens & Maatschappij

Enschede, 2 mei 2016

Voorwoord

Voor u ligt het bachelorrapport 'Gelukkig oud worden in Holten en Wierden'. Dit rapport is geschreven in het kader van ons afstuderen aan de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening aan Saxion Hogescholen te Enschede. Het onderzoek naar het op een gelukkige manier oud worden is gedaan in opdracht van Ton van Wijck, bestuurslid van Stichting Olde Hove te Holten. De stichting heeft de plannen en de wens om een woonzorgvoorziening te realiseren met zorg op maat voor de ouder wordende mens. Wij mochten onderzoek doen naar de behoeften van ouderen om op die manier bij te dragen aan dit plan. Maandag 8 februari zijn we begonnen met afstuderen en op vrijdag 20 mei hebben wij ons bachelorrapport afgerond.

Begin februari hebben we kennisgemaakt met onze opdrachtgever op het terrein van de stichting waar over enige tijd een prachtige woonzorgvoorziening zal staan. Daar hebben we afspraken gemaakt die ons verder geholpen hebben met het schrijven van het rapport en het doen van onderzoek. Na verschillende interviews met respondenten konden we met behulp van die data de onderzoeksvraag beantwoorden. Tijdens dit proces hebben Ton van Wijck en Marcel Meijer, onze onderzoeksbegeleider vanuit het Saxion, altijd voor ons klaar gestaan..

Bij deze willen wij hen dan ook bedanken voor de goede begeleiding en de prettige samenwerking tijdens dit traject. Ton van Wijck heeft ons veel vrijheid gegeven in het bedenken en uitvoeren van het onderzoek met de nodige aanvullingen en tips. Ook willen we Janny Broekhuis en Mariët Velding, beiden mantelzorgconsulenten van Stichting Vrijwillige Thuiszorg Overijssel en Anneke Baan, beleidsmedewerker voor o.a. ouderenbeleid van de gemeente Wierden, bedanken. Zij hebben een aantal personen aangedragen die bereid waren om deel te nemen aan de interviews en hebben zelf ook aangeboden om geïnterviewd te worden voor een professionele inbreng van data. Dan willen we ten slotte natuurlijk onze respondenten bedanken voor hun tijd en inzet. Zonder deze medewerking hadden wij dit onderzoek niet kunnen voltooien.

Wij wensen u veel leesplezier toe.

Elianne van Dijk, Lynn Kloppers & Marilke Reith

Enschede, 14 juni 2016

Samenvatting

Stichting Olde Hove wil een woonzorgvoorziening realiseren te Holten voor ouderen. In Wierden is een groep particulieren hierdoor enthousiast geraakt en wil hetzelfde in Wierden realiseren. Er is explorierend onderzoek nodig om te kijken waar de wensen en behoeften liggen van de doelgroep op gebied van wonen, zorg op maat en zinvolle tijdsbesteding. Door het inzetten van half gestructureerde interviews en een focusgroepinterview kan er antwoord gegeven worden op de hoofdvraag:

Welke factoren zijn volgens ouderen van belang om geschikte woonzorgvoorzieningen in Holten en Wierden op te zetten?

In totaal zijn er vijftien respondenten geïnterviewd, verdeeld over acht interviews. De resultaten die hieruit zijn gekomen hebben bijgedragen aan het beantwoorden van de deelvragen. Uit de conclusie blijkt dat er veel verschillende factoren zijn die kunnen bijdragen aan een zo geschikt mogelijke woonzorgvoorziening. De belangrijkste factoren zijn het bieden van zorg op maat, sociale contacten, privacy waarborgen, aanpassingen aan een woning en het behouden van de autonomie.

Gebleken is dat ouderen voldoende aandacht nodig hebben van zorgondersteuners. Zij verwachten wat extra tijd en een praatje. Eenzaamheid is namelijk een veelvoorkomend fenomeen onder ouderen. Door het bieden van genoeg activiteiten en door het stimuleren van onderlinge samenwerking kan de eenzaamheid wellicht bestreden worden. Daarnaast is privacy belangrijk voor ouderen. Zij hebben hun eigen woning nodig met eigen voorzieningen. In deze woningen moeten vroegtijdig aanpassingen gedaan worden om ze levensloopbestendig te maken op psychisch en fysiek gebied. Tot slot is autonomie een belangrijke factor waar de uitvoerende partij rekening mee dient te houden.

De aanbevelingen hebben vooral met deze factoren te maken. Er zijn bijvoorbeeld aanbevelingen gedaan over waar allemaal aan gedacht moet worden bij het aanpassen en levensloopbestendig maken van een woning. Ook zijn er aanbevelingen gedaan over bepaalde activiteiten en voorzieningen, als een centrale ruimte. Daarnaast zijn er aanbevelingen gedaan over hoe om te gaan als zorgondersteuner met de ouderen, bijvoorbeeld dat een zorgondersteuner meer aandacht en tijd moet besteden per individu. De belangrijkste aanbeveling is misschien wel dat mensen zelf de regie in handen moeten blijven houden.

Inhoudsopgave

VOORWOORD	2
SAMENVATTING	3
1. INLEIDING	7
1.1. AANLEIDING	7
1.2. DOELSTELLING	9
1.2.1. DOELSTELLINGEN OP KORTE TERMIJN	9
1.2.2. DOELSTELLINGEN OP LANGE TERMIJN	9
1.3. HOOFDVRAAG EN DEELVRAGEN	9
1.4. LEESWIJZER	10
2. THEORETISCH KADER	11
2.1. THEORETISCHE DEELVRAAG 1	
2.2. CONCLUSIE THEORETISCHE DEELVRAAG 1	13
2.3. THEORETISCHE DEELVRAAG 2	14
2.4. CONCLUSIE THEORETISCHE DEELVRAAG 2	16
2.5. THEORETISCHE DEELVRAAG 3	17
2.6. CONCLUSIE THEORETISCHE DEELVRAAG 3	19
2.7. SAMENVATTING THEORETISCH KADER	20
3. METHODE VAN ONDERZOEK	21
3.1. ONDERZOEKSTYPE EN STRATEGIE	
3.2. ONDERZOEKSPOPULATIE EN STEEKPROEF	21
3.3. INSTRUMENT	22
<u>3.4. PROCEDURE</u>	
3.5. BETROUWBAARHEID	23
3.6. VALIDITEIT	25
3.7. ETHISCHE OVERWEGINGEN	25
3.8. SAMENVATTING	26
4. RESULTATEN	27
4.1. KENMERKEN RESPONDENTEN	27
4.2. PRAKTISCHE DEELVRAAG 1	28
4.2.1. LICHAMELIJKE ASPECTEN	28
4.2.2. OVERSTAP	28
4.3. PRAKTISCHE DEELVRAAG 2	29
4.3.1. EENZAAMHEID	29
4.3.2. SOCIALE CONTACTEN	30
4.4. PRAKTISCHE DEELVRAAG 3	31

4.4.1. THUISZORG	31
4.4.2. DOMOTICA	31
4.4.3. VRIJWILLIGERS EN MANTELZORGERS	32
4.4.4. ZORGONDERSTEUNING	32
4.5. PRAKTISCHE DEELVRAAG 4	33
4.5.1. ERVARINGEN WOONZORGVOORZIENING	33
4.6. PRAKTISCHE DEELVRAAG 5	34
4.6.1. KWALITEIT WONING	34
4.6.2. DOMOTICA	34
4.7. PRAKTISCHE DEELVRAAG 6	35
4.7.1. ERVARINGEN WOONZORGVOORZIENING	35
4.7.2. KWALITEIT WONING	35
4.7.3. ACTIVITEITEN	35
4.7.4. OVERSTAP	36
4.7.5. FINANCIËN	36
4.7.6. VRIJWILLIGERS EN MANTELZORGERS	36
4.7.7. DOMOTICA	36
4.7.8. KWALITEIT	37
4.7.9. LICHAMELIJKE ASPECTEN	37
4.7.10. PSYCHISCHE ASPECTEN	37
4.7.11. AUTONOMIE	38
4.7.12. EENZAAMHEID	38
4.8. PRAKTISCHE DEELVRAAG 7	39
4.8.1. OMGEVING	39
4.8.2. GROEPSSAMENSTELLING	39
4.8.3. VOORZIENINGEN	39
4.8.4. ORGANISATIE	40
4.8.5. ACTIVITEITEN	40
4.8.6. OVERSTAP	40
4.8.8. ZORGONDERSTEUNING	40
4.8.9. SOCIALE ASPECTEN	40
4.8.10. AUTONOMIE	41
4.8.11. ACTIVEREN	41
5. CONCLUSIES	42
5.1 CONCLUSIE DEELVRAGEN	42
5.1.1. CONCLUSIE LICHAMELIJKE ASPECTEN	42
5.1.2. CONCLUSIE SOCIALE ASPECTEN	42
5.1.3. CONCLUSIE ZORGONDERSTEUNING	43
5.1.4. CONCLUSIE ERVARINGEN	43
5.1.5. CONCLUSIE LEVENSLOOPBESTENDIG	44
5.1.6. CONCLUSIE BELEMMERENDE FACTOREN	44
5.1.7. CONCLUSIE BEVORDERENDE FACTOREN	45
5.2 CONCLUSIE HOOFDVRAAG	47
5.3 AANBEVELINGEN	48
5.3.1. AANPASSINGEN WONING	48
5.3.2. ACTIVITEITEN EN VOORZIENINGEN	48
5.3.3. ZORG OP MAAT	49

5.3.4. ZORGAANBIEDERS	49
5.3.5. GROEPSSAMENSTELLING	49
5.3.6. ORGANISATIE	49
5.3.7. ONDERZOEK	50
5.4 STERKTES EN ZWAKTES	51
5.4.1. STERKTES	51
5.4.2. ZWAKTES	52
5.5 DISCUSSIE	53
REFERENTIES	55
BIJLAGEN	58
BIJLAGE 1: BEOORDELINGSFORMULIER BACHELORRAPPORT	59
BIJLAGE 2: MODEL OVEREENKOMST ONDERZOEKSOPDRACHT	62
BIJLAGE 2, VERVOLGBLAD 1	63
BIJLAGE 2, VERVOLGBLAD 2	64
BIJLAGE 3: EVALUATIEFORMULIER OPDRACHTGEVER	65
BIJLAGE 4: VRAGENLIJST HALF-GESTRUCTUREERDE INTERVIEWS EN TOPICLIJST	68
BIJLAGE 5: INFORMATIEVE BRIEF AAN RESPONDENTEN	70
BIJLAGE 6: LABELSCHEMA	71
BIJLAGE 7: TABELLEN EN FIGUREN	72

1. Inleiding

In dit hoofdstuk is de aanleiding beschreven. Daarna volgt de doelstelling met de deelvragen en hoofdvraag.

1.1. Aanleiding

Stichting Olde Hove gevestigd te Holten heeft als opdracht om een woonvoorziening te creëren voor ouderen die behoefte hebben aan zorg op maat. Hiermee wordt bedoeld, volgens de opdrachtgever, dat er wordt voldaan aan wat iemand op dat moment nodig heeft. Op deze manier wordt dan gekeken naar wat mensen willen en kunnen in plaats van wat niet meer mogelijk is voor deze mensen. De stichting wil het project zo realiseren dat het steeds aantrekkelijk is en blijft om daar te zijn, ongeacht de aanwezige aandoeningen en/of beperkingen.

Zoals hieronder wordt beschreven zijn er een hoop vragen en suggesties met betrekking tot de kwaliteit van wonen en zorg. Stichting Olde Hove wil de kwaliteit waarborgen en wil zich volledig richten op het voldoen aan de wensen van de ouderen om het wonen en de kwaliteit van leven te bevorderen.

In Wierden is men enthousiast over dit concept en wil dit ook graag realiseren. In dit rapport geldt daarom het beschrevene voor beide plaatsen. Daar waar stichting staat geldt dit dus ook voor het project in Wierden.

In Nederland is de bevolking langzaamaan aan het vergrijzen. De bezorgdheid van de overheid over de toename van het aantal ouderen houdt onvoldoende rekening met de huidige veranderingen binnen de beroepsbevolking en de stijgende levensverwachting van deze doelgroep, stellen Garssen en Harmsen (2011). Begin twintigste eeuw is het aantal ouderen gestegen van een op zeventien naar een op zes. Vanaf het einde van de negentiende eeuw tot aan de Tweede Wereldoorlog was in eerste instantie de oorzaak van de vergrijzing een dalende vruchtbaarheid. Sinds de jaren zeventig is deze oorzaak niet meer van toepassing, maar is het dalende sterftecijfer onder ouderen de voornaamste reden.

De vergrijzing is sinds 1930 alleen maar gestegen en zal vermoedelijk in de komende dertig jaar alleen maar verder stijgen (Garssen & Harmsen, 2011).

De organisatie rondom zorg en ondersteuning aan ouderen is wereldwijd al jaren een veelvoorkomend onderwerp binnen de politiek. Na inwerkingtreding van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in januari 2015 richten de gemeenten zich onder andere op participatie, zelfredzaamheid, beschermd wonen en opvang. Zo houdt de Wmo, en dus de gemeente, zich bezig met bepaalde prestatievelden. Dit betekent dat zij verantwoordelijk zijn voor meerdere voorzieningen, bijvoorbeeld:

- Hulp in het huishouden
- Woningaanpassingen
- Persoonlijke verzorging/thuiszorg
- Individuele- of groepsbegeleiding
- Het bieden van dagbesteding
- Ondersteuning voor mantelzorgers
- Het leveren van hulpmiddelen

Als er wordt gekeken naar de huidige bezuinigingen en decentralisatie op het gebied van ouderenzorg, is de bijdrage van een gemeente van cruciaal belang. Dit omdat de gemeenten nu meer verantwoordelijkheden hebben voor deze doelgroep dan voor januari 2015. Zonder financiële steun van de gemeente kunnen bepaalde voorzieningen aan ouderen niet of deels geboden worden.

Uit onderzoek is gebleken dat er in Nederland in 2011 tussen de 600.000 en 700.000 ouderen zijn, waarvan de meeste nog zelfstandig wonen. Maar de helft van deze groep krijgt bepaalde

voorzieningen geboden vanuit de Wmo. Gezien het feit dat maar de helft van deze populatie zorg geboden krijgt vanuit de Wmo, zijn er steeds meer ouderen genoodzaakt om naar een verzorgingshuis te gaan, dit omdat zij niet meer in staat zijn om zelfstandig te wonen of niet de juiste zorg geboden krijgen (Henkel, 2015).

Als er gekeken wordt naar de kenmerken van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen dan is het grootste deel van de bewoners 80-plus en van het vrouwelijk geslacht. Opmerkelijk is dat het aantal 80-plussers aanzienlijk is toegenomen tussen 2000 en 2010, maar dit is echter niet terug te zien in de toename van bewoners in de verzorgingscentra (Garssen & Harmsen, 2011). Het verschil tussen een verpleeghuis en verzorgingshuis is dat er in een verpleeghuis intensieve zorg of zware medische behandelingen worden geboden. Een verzorgingshuis biedt uitgebreide zorg en ondersteuning. Dit wordt gedaan in de vorm van een beschutte woonomgeving. Dus wanneer iemand door ouderdom of ziekte niet meer zelfstandig kan wonen, zelfs niet met behulp van mantel- of thuiszorg (Wiegers, Stubbe & Triemstra, 2007).

De afgelopen jaren is de kwaliteit van zorg een veelbesproken onderwerp. Dit kan op twee manieren worden geïnterpreteerd. Allereerst blijkt, volgens onderzoek van de inspectie van gezondheidszorg, dat de kwaliteit van zorg onder de maat is. Een bekend voorbeeld is het incident 'de pyjamadagen' in 2003, dat inhield dat oudere mensen in verzorgings- en verpleeghuizen verplicht een dag in de week in bed moesten blijven liggen. Dit omdat er te weinig medewerkers waren om de mensen te helpen (IGZ, 2004).

Ten tweede vinden er verschuivingen plaats binnen de verpleeghuizen, waarin het ziekenhuis centraal staat en de verpleeghuizen dus gezien worden als medisch bedrijf.

Het begrip kwaliteit kan op meerdere manieren geïnterpreteerd worden en kan voor iedereen een andere opvatting hebben. Zo kunnen bijvoorbeeld cliënten een andere betekenis geven aan kwaliteit dan een professional dat geeft.

Tegenwoordig worden verpleeghuizen, door de maatschappij, gezien als een soort tweederangs ziekenhuis, omdat het lijkt alsof iemand aan zijn of haar lot wordt overgelaten en dus versneld de laatste levensfase in gaat. Dit verklaart de verschuiving van de zorg in verpleeghuizen waar niet meer de medische zorg centraal staat, maar het wonen en welzijn van de desbetreffende bewoners. Dit betekent dat een verpleeghuis moet bijdragen aan een hogere kwaliteit van leven en een beter welzijn voor de bewoners. Dit sluit aan bij het behouden van autonomie over het eigen leven zolang dit mogelijk is.

In de huidige maatschappelijke context is het uitgangspunt dat de behoefte en zorgvragen van bewoners centraal staan en dat deze een ontwikkeling in het zorgaanbod vormen.

Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat ouderen de wens hebben om zo lang mogelijk de regie over het eigen leven willen behouden en het liefst, ook zo lang mogelijk, in hun eigen omgeving willen blijven wonen (Van Bilsen et al., 2008).

Kortom, in de toekomst zullen er steeds meer ouderen komen vanwege de vergrijzing in Nederland. Daar zullen plekken voor nodig zijn op het gebied van zorg en wonen. Voor de maatschappij en voor de ouderen in de gemeenten Holten en Wierden is het belangrijk dat ze op een plek kunnen wonen waar zij gelukkig kunnen zijn en/of worden. Na het doen van onderzoek omtrent het gelukkig oud worden, kan een woonvorm daar op aangepast worden. Aan de hand van dit onderzoek zijn er op dit gebied aanbevelingen gedaan aan Stichting Olde Hove en het project in Wierden.

1.2. Doelstelling

In dit onderzoek wordt onderscheid gemaakt in doelstellingen op korte en op lange termijn.

1.2.1. Doelstellingen op korte termijn

Ontbrekende kennis:

- Er wordt inzicht verkregen in welke factoren bijdragen aan een goede kwaliteit van leven van de ouderen in Holten en Wierden
- Er wordt inzicht verkregen in de factoren die zorg op maat stimuleren van ouderen in Holten en Wierden

Bestaande kennis:

- Er wordt inzicht verkregen in hoe in Nederland en andere Europese landen zorg op maat wordt geboden in maatschappelijke zorginstellingen.
- Er wordt inzicht verkregen in hoe in Nederland en andere Europese landen de kwaliteit van leven van ouderen wordt bevorderd.

1.2.2. Doelstellingen op lange termijn

- Met behulp van deze nieuwverworven kennis kunnen Stichting Olde Hove en de initiatiefnemers in Wierden, binnen hun nieuwe woonzorgprojecten, de kwaliteit van leven verbeteren voor ouderen in Holten en Wierden.

1.3. Hoofdvraag en deelvragen

1.3.1. Hoofdvraag

Welke factoren zijn volgens ouderen van belang om geschikte woonzorgvoorzieningen in Holten en Wierden op te zetten?

1.3.2. Deelvragen

Theoretische deelvragen:

1. Wat staat er in de literatuur beschreven over de derde levensfase van de ouder wordende mens?
2. Wat staat er in de literatuur beschreven over de benodigde zorg in de derde levensfase van de ouder wordende mens?
3. Hoe wordt zorg op maat, aan ouderen, geboden in maatschappelijke zorginstellingen in Nederland en andere Europese landen?

Praktische deelvragen:

1. Welke behoeften hebben ouderen als het gaat om lichamelijke aspecten?
2. Welke behoeften hebben ouderen als het gaat om sociale aspecten?
3. Welke zorgondersteuning is nodig om te kunnen blijven wonen in de appartementen?
4. Welke ervaringen hebben ouderen met een zorgvraag in Holten en Wierden met verschillende woonvormen?
5. Welke kwaliteiten dient een appartement te hebben om levensloopbestendig te zijn?
6. Welke belemmerende factoren voor het vergroten van kwaliteit van leven zijn er?
7. Welke bevorderende factoren voor het vergroten van kwaliteit van leven zijn er?

1.4. Leeswijzer

Dit bachelor rapport begint met een samenvatting waarin een globaal beeld en het karakter wordt geschetst van het onderzoek. In hoofdstuk 1, de inleiding, staan de aanleiding, het doel en de onderzoeksvraag van het onderzoek beschreven. In hoofdstuk 2 staan de theoretische deelvragen over de derde levensfase van de mens, de benodigde zorg voor ouderen en zorg op maat beschreven. Hoofdstuk 3 beschrijft de methode van onderzoek. Hierin wordt uitgelegd hoe de onderzoekers te werk zijn gegaan en welke methode daarvoor gebruikt is. In hoofdstuk 4 staan de resultaten beschreven als antwoord op de praktische deelvragen die verkregen zijn door interviews met ouderen in Holten en Wierden. In hoofdstuk 5 worden conclusies getrokken vanuit de resultaten en aanbevelingen gedaan voor het realiseren en optimaliseren van een woonzorgvoorziening te Holten en Wierden. Dit hoofdstuk eindigt met een sterkte- en zwakteanalyse en een discussie.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zijn de theoretische deelvragen uitgewerkt en beantwoord. Na elke uitwerking volgt een conclusie waarin kort en bondig antwoord wordt gegeven op de desbetreffende deelvraag.

2.1. Theoretische deelvraag 1

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de deelvraag:

Wat staat er in de literatuur beschreven over de derde levensfase van de ouder wordende mens?

Als er gesproken wordt over ouderen is er geen duidelijke grens over de leeftijd van ouderen. Hier zijn verschillen in te categoriseren. Wanneer het gaat over ouderen op de arbeidsmarkt, dan worden mensen tussen de 50 en 65 jaar bedoeld. Als het gaat om mensen die recht hebben op de AOW (Algemene Ouderdoms Wet) dan wordt er gesproken over mensen vanaf 65 jaar. Verder wordt er met ouderen die gebruik maken van bepaalde zorgvoorzieningen, ouderen van 75 jaar en ouder bedoeld (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2003).

In de gerontologie worden vaak vier fases gebruikt om het leven in te delen. In de eerste levensfase wordt iemand volwassen. De vroege jeugd en jong-volwassenheid valt hier ook onder. De tweede fase wordt gekenmerkt door het productief zijn via arbeid. In de derde fase, waar dit onderzoek op gebaseerd is, is iemand niet meer productief via arbeid. De mensen in deze derde fase worden vaak 'jonge ouderen' genoemd. Er wordt dan gesproken van een leeftijd vanaf ongeveer 60 jaar. In de vierde en laatste fase wordt het ouder worden vaak gekoppeld aan een problematische gezondheid (Baltes & Smith, 2003). Hieruit blijkt dat er twee typeringen ouderen bestaan. Aan deze grens tussen de derde en vierde fase zit geen bepaalde leeftijd aan vast. Baltes & Smith (2003) stellen dat dit per individu verschillend is.

Volgens het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en sport (2003) zijn hoogbejaarde mensen, mensen van 85 jaar en ouder. Zij hebben vaak te maken met een slechte gezondheid, een laag inkomen en minimale mogelijkheden om nog deel te nemen in de maatschappij. Men kan stellen dat mensen van 85 jaar en ouder met een slechte gezondheid vergeleken kunnen worden met de vierde fase vanuit de gerontologie.

In de volgende paragrafen wordt de derde levensfase en de overgang naar de vierde levensfase omschreven aan de hand van verlies, fysieke en cognitieve veroudering.

2.1.1. Verlies

Baltes (1999), een Duitse gerontoloog, stelt dat ouderdom gepaard gaat met verlies. Dit verlies wordt voornamelijk biologisch bepaald. De manier waarop iemand daar mee om gaat heeft te maken met sociaal-culturele aspecten. Oftewel, de manier waarop iemand met het verlies om gaat wordt ingevuld in een maatschappelijke context.

Met verlies wordt niet gelijk het verlies van een dierbare bedoeld. Er wordt bijvoorbeeld ook mee bedoeld dat iemand zijn fysieke en cognitieve functies 'verliest'. Om dit bovenstaande uit te leggen wordt er een kort voorbeeld gegeven: Als men op een gegeven moment slecht ter been raakt, wordt dat een biologisch functieverlies genoemd. Het kan dan zo zijn dat een rollator hierbij kan helpen. Het sociaal-culturele aspect is dan de vraag of iemand dat kan betalen of dat het gebruik van een rollator normaal wordt gevonden door de omgeving. Als men ouder wordt, zijn de biologische verschillen onder ouderen vaak belangrijker dan de sociaal-culturele verschillen (Baltes, 1999). Op het moment dat iemand ook geen gebruik meer kan maken van een rollator door biologische factoren, ontstaat er ook een beperking of verlies in maatschappelijke rollen. Iemand kan bijvoorbeeld geen vrijwilligerswerk meer uitvoeren dat vaak zorgt voor compensatie in het biologisch verlies.

De staat van gezondheid is volgens biomedisch perspectief een voorwaarde voor het sociaal functioneren (Rowe & Kahn, 1997). Uit gerontologisch onderzoek is gebleken dat sociale steun een positieve relatie heeft op de gezondheid en andersom (Faber, 2002). Men kan dus stellen dat het biologische verlies beperkt kan worden door het hebben van voldoende sociale steun.

2.1.2. Fysieke en cognitieve veroudering

Volgens Tieleman (2011) komen er allerlei aspecten kijken bij het ouder worden. Eén van de expliciete kenmerken is de fysieke verandering bij de ouder wordende mens. De verandering in de lichamelijke conditie kan op verschillende wijzen verklaard worden. Zoals in bovenstaande paragraaf al is besproken, zijn niet alleen de biologische verklaringen voor de fysieke verouderingen zijn van invloed, maar spelen de sociale factoren spelen hier ook zeker een rol in. Een voorbeeld hiervan is het overlijden van een partner of het verliezen van fysieke functionaliteit.

In de afgelopen honderd jaar is de levensduur van mensen verdubbeld. Hierin spelen ontwikkelingen in de medische wetenschap en gerontologie, de wetenschap met betrekking tot het ouder worden, een grote rol. Verder hebben de verbeterde hygiëne en grotere welvaart een belangrijke bijdrage geleverd aan dit fenomeen.

Er zijn grote individuele verschillen zichtbaar binnen het verouderingsproces. Wanneer bij iemand het normale verouderingsproces intreedt, dan spreekt men van 'primary aging'. Als iemand de versnelde veroudering ingaat naar aanleiding van ziekte, stress of een bepaald trauma, dan wordt er gesproken van 'secondary aging'. Verder wordt de term biologische veroudering veelvuldig gebruikt. Dit houdt in dat er functieverlies optreedt bij de organen en zintuigen door middel van beschadiging aan de cellen en/of weefsels. Hoe ouder iemand wordt, hoe meer het lichaam te verduren heeft. De zintuigen gaan achteruit, men krijgt stijvere spieren en zwakkere botten, dus men kan steeds moeilijker bewegen. Ook is de kans op allerlei ziekten hoger naarmate men ouder wordt. Dit kunnen onder andere hartfalen, longziekten, kanker, diabetes en reuma zijn (Hoogeveen, 2008). Andere verouderingskenmerken zijn de verandering van de huid, het afnemen van lichaamslengte, een slechter wordend gebit, aanzienlijk snel afnemend gehoor en een met tien tot vijftien procent afnemend hersenvolume. Een mogelijke oorzaak van de afname van het hersenvolume is een gebrekkige bloedtoevoer naar de hersenen in verband met gebrek aan zuurstof (Tieleman, 2011). Ook vermindert het reactievermogen en verslechteren de aandachtsfuncties. Men is dan minder goed in staat om zich te concentreren op meerdere dingen tegelijk. Doordat iemand ook minder goed leert en omdat er minder motivatie is door de verslechterde functies gaat het geheugen achteruit. Op deze gebieden verschillen de ouderen onderling enorm. Er zijn mensen die op al deze gebieden achteruit gaan naarmate ze ouder worden, maar er zijn ook mensen die op hoge leeftijd nog gezond, scherp, creatief en actief blijven (Hoogeveen, 2008).

De behoefte van de zorg verschilt dus per persoon en is niet alleen afhankelijk van de gezondheid van de persoon, maar ook van de hulpbronnen. Veel ouderen wonen zelfstandig en uit onderzoek van Kullberg (2005) is gebleken dat ouderen ook graag zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. Of dat mogelijk is, is afhankelijk van onder andere financiële middelen, maar ook van het hebben van een partner en goede sociale steun. De belangrijkste reden om naar een zorgvoorziening te verhuizen blijven toch de lichamelijke beperkingen die iemand heeft.

Als men kijkt naar aanpassingen in een woning toegespitst op fysieke veroudering is dat goed te realiseren. Naarmate iemand slecht ter been geraakt en rolstoelafhankelijk wordt, kan een woning daar op aangepast worden. Er is ook een deel ouderen die, op het moment dat ze nog redelijk vitaal en jong zijn, er voor kiezen om hun woning aan te passen of te verhuizen, voordat er eventuele lichamelijke beperkingen op treden. Omdat ze nog jong en vitaal zijn, wennen zij

makkelijker aan de situatie en kunnen relatief makkelijk weer een sociaal netwerk opbouwen. (Kullberg & Ras, 2004). Het is dus van belang om het aanbod van een zorgvoorziening goed aan te passen op de mogelijkheden en wensen van ouderen en om zorg op maat aan te bieden, zodat iedere oudere, ongeacht eventuele lichamelijke beperkingen, gelukkig oud kan worden.

Naast fysieke beperkingen, wordt er bij ouderen ook vaak achteruitgang gemeten in het cognitief functioneren. Dat er achteruitgang gemeten wordt in het cognitief functioneren heeft te maken met een aantal zaken:

- De waarneming heeft te lijden onder het mindere functioneren en de snelheid van de zintuiglijke of sensorische informatie gaat achteruit
- De woordenschat kan toe blijven nemen, maar iemand kan bijvoorbeeld moeizamer op woorden komen
- Het kortetermijngeheugen gaat minder functioneren bij een hogere leeftijd (Tieleman, 2011).

Een veelvoorkomende ziekte bij ouderen is de ziekte van Alzheimer. Ouderen die leiden aan Alzheimer hebben een afname van het hersenweefsel van ongeveer negen procent per jaar. Er is dan sprake van een radicale degeneratie van de hersencellen, ook wel hersenatrofie genoemd. De ziekte van Alzheimer is een zeer progressieve vorm van dementie en het intellectuele vermogen neemt geleidelijk aan af. Een vervelende bijkomstigheid van het afnemende intellectuele vermogen is een mogelijke gedrags- en/of persoonlijkheidsverandering (Tieleman, 2011).

2.2. Conclusie theoretische deelvraag 1

Vanaf de derde levensfase wordt men een 'jonge oudere' genoemd en vanaf de vierde levensfase krijgt men vaak fysieke en cognitieve gebreken.

De Duitse gerontoloog Baltes (1999) stelt dat verlies van biologische functies belangrijker worden dan het sociaal-culturele aspect naarmate iemand ouder wordt. Ouderen vinden hun gezondheid dus belangrijker dan hun sociale kring. Ook wordt de sociale kring steeds kleiner, mede door de gezondheid. Deze aspecten hebben veel invloed op elkaar. Uit onderzoek van Faber (2002) blijkt dat een goede sociale steun weer een positieve relatie heeft met de gezondheid van de oudere mens. In dit onderzoek is dit aspect meegenomen om te kijken in hoeverre de respondenten dit belangrijk vinden en dit bevestigen.

Daarnaast kenmerkt de veroudering van de mens zich door lichamelijke en cognitieve achteruitgang. Hierin worden echter veel individuele verschillen zichtbaar. Het kan zo zijn dat iemand te maken krijgt met alle fysieke en cognitieve kenmerken van veroudering, terwijl de ander hier op hoge leeftijd weinig van merkt. Hoogeveen (2008) noemt dat deze mensen nog gezond, scherp, creatief en actief zijn op hoge leeftijd. De onderzoekers zijn benieuwd of dit naar voren komt uit de resultaten na het afnemen van interviews onder ouderen in Holten en Wierden.

Door deze grote individuele verschillen, is er ook een brede behoefte van de zorg. Ook is gebleken uit onderzoek van Kullberg (2005) dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig willen blijven wonen. Een deel ouderen kiest er voor om, wanneer ze nog redelijk jong en vitaal zijn, thuis te gaan verbouwen. Soms is dit vanwege bepaalde fysieke en cognitieve gebreken niet meer mogelijk en zal iemand moeten verhuizen naar een woonzorgvoorziening. Deze woonzorgvoorzieningen kunnen met kijk op de fysieke gebreken makkelijk worden aangepast. Als het om cognitieve gebreken gaat, wordt dit lastiger.

Het is dus ten slotte van belang dat een woonzorgvoorziening vooral rekening houdt met alle lichamelijke beperkingen die kunnen optreden bij veroudering. Omdat dit zo veel kan verschillen per individu is het bieden van zorg op maat, dus het kijken naar de individuele wensen en behoeften van iemand, van belang.

2.3. Theoretische deelvraag 2

In deze paragraaf wordt er antwoord gegeven op de deelvraag:

Wat staat er in de literatuur beschreven over de benodigde zorg in de derde levensfase van de ouder wordende mens?

De huidige maatschappij is aan het veranderen. De ouderen van nu, die ook wel de 'babyboomers' worden genoemd, verwachten andere zorg dan de ouderen van vroeger. Hierdoor wordt de druk op de zorg steeds groter en zal er een verschuiving gaan plaatsvinden in de benodigde zorg voor de laatste levensfase van de ouderen (Honig, 2010). Op hoge leeftijd worden ouderen steeds afhankelijker van zorg en ondersteuning. Wanneer er wordt gekeken naar wat mensen nodig hebben of naar de kritiek op de zorg komen de volgende onderwerpen aan bod. Bewoners vinden dat er weinig tijd is voor een praatje en dat zij lang moeten wachten op hulp om naar de wc te gaan. Hieruit blijkt dat het van belang is dat een verpleegkundige genoeg tijd neemt voor de ouder wordende mens (Francke, 2010).

Naast voldoende aandacht voor de zorg op lichamelijk gebied, is ook psychische ondersteuning van groot belang. Een onderzoek van Bartels & Naslund (2013) toont aan dat 6 tot 8 miljoen van de Amerikaanse bevolking boven de 65 jaar mentale problemen heeft of lijdt aan een verslaving. Daarnaast blijkt dat er onvoldoende getrainde specialisten zijn op het gebied van de ouderenzorg om adequaat zorg te kunnen verlenen aan deze snelgroeiende en erg kwetsbare populatie. Slechts 4,2% van de psychologen zijn gespecialiseerd in de ouderenzorg. Ouderen met mentale problematiek zijn nog kwetsbaarder dan de ouderen met enkel fysieke klachten. Zij hebben slechtere gezondheidsuitkomsten, zijn vaker opgenomen in tehuizen en hebben meer bezoeken afgelegd aan ziekenhuizen. Van belang is het om goed voor deze kwetsbare groep ouderen te zorgen. Daarvoor zijn aanpassingen nodig in de zorg die meer specifiek zijn gericht op deze groep. Zo is het van belang om te screenen op depressie en dementie. Uit de conclusie van dit onderzoek blijkt dan ook dat het van groot belang is dat een grote groep zorgverleners zal worden getraind om deze groep ouderen beter te kunnen helpen.

Steeds meer ouderen besparen geld op de zorg die ze nodig hebben en kopen deze uiteindelijk niet in. Het is gebleken dat de verslechterde economie, de afgenomen koopkracht, van grote invloed is op het besparen op de zorg door de ouderen zelf. Zo komt er naar voren dat ouderen specifieke controles overslaan, niet meer naar de tandarts gaan en vragen ze de gemeentes minder om hulp. Deze factoren hebben allemaal te maken met de hoge kosten van de zorg. Hierdoor lopen ouderen de noodzakelijke zorg mis. Wanneer de ouder wordende mens langer zelfstandig wil wonen zullen zij de juiste en meest betaalbare zorg moeten krijgen.

De benodigdheden voor het zo lang mogelijk thuis blijven wonen is een sociaal netwerk waar je op terug kan vallen, een betaalbare en goede aangepaste woning en zorg aan huis. Dit is ook gebleken uit een onderzoek van van Dijk en collega's (2013). Zij deden onderzoek naar het project 'Even Buurten'. Een project in Rotterdam waarin professionals uit zorg en welzijn in de gehele wijk proberen de sociale netwerken rondom thuiswonende ouderen te versterken. Dit met vroegsignalering als doen en om concrete hulp te bieden aan kwetsbare ouderen. Het uitgangspunt hierbij is de wens van de oudere zelf. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat er sprake is van onvoldoende samenwerking tussen professionals van verschillende zorgorganisaties en tussen het formele en informele netwerk. Hoewel professionals het belang wel ondersteunen van een goed netwerk, bieden zij vaak onvoldoende hulp en zorg en lijken zij terughoudend om in een dergelijk netwerk deel te nemen. De (financiële) belangen van organisaties staan hierbij vaak in de weg. Wijkgerichte projecten zijn helaas afhankelijk van tijdelijke financiering waardoor de opgebouwde wijknetwerken niet worden gewaarborgd. Een oplossing zou kunnen zijn om dergelijke projecten onder te brengen in de Wmo en daarnaast een betere samenwerking te stimuleren tussen verschillende organisaties.

Naast de financiële kant zijn er andere aspecten die van belang zijn gebleken om een dergelijk project tot succes te maken:

- Investeren in veiligheid en kwaliteit van de buurt en onderlinge contacten tussen bureaus. Bij veiligheid en kwaliteit horen bijvoorbeeld de veiligheid van de buurt, het onderhoud van wegen en voorzieningen (zijn er voldoende veilige oversteekpunten, zijn voetpaden goed begaanbaar met een hulpmiddel, etc.)
- Werken aan de gedachten en verwachtingen van ouderen waarbij het gevoel van 'geen recht hebben op zorg' afneemt
- Behoeften goed op wijkniveau inventariseren
- Invzetten van hulpverleners die echt de wijk ingaan en een vertrouwensband opbouwen met ouderen zodat zij hun wensen, behoeften en angsten ook daadwerkelijk durven te uiten

Maar niet alleen in de omgeving kan gedacht worden aan factoren om het gevoel van veiligheid te waarborgen. Voor de veiligheid binnen de eigen huisvesting van de ouderen spelen de volgende factoren een rol:

- Snel hulp kunnen roepen in noodsituaties
- Moeite kunnen hebben met de dag invulling en structuur hierin aanbrengen
- Het voor zichzelf zorgen
- Het gevoel hebben van het in een isolement raken
- Het aan het eigen lot overgelaten worden

Al deze bovenstaande factoren dragen bij aan een onveilig gevoel voor de ouderen.

Een ander belangrijk aspect is een aangepaste woning voor de ouderen. Een aangepaste woning op een plek buiten het sociale netwerk maakt het moeilijker om een beroep te doen op hetzelfde sociale netwerk. Hierdoor is de kans groter dat een oudere sneller in een (sociaal) isolement terecht komt.

Een ander belangrijk aspect is dat sinds de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning er extra aandacht nodig is voor het zelfstandig wonen onder de ouderen. Door de invoering van deze nieuwe wet (januari 2015) wordt de groep zelfstandig wonende ouderen steeds groter. Dit vereist dus voldoende beschikbare woningen voor deze groep. Dit kwantitatieve woningaanbod voor ouderen vergt een aantal eisen die gesteld worden aan de desbetreffende woningen. Wanneer dit niet het geval is en de woningen niet aan deze eisen voldoen ontstaat er een kwalitatieve 'mismatch' tussen de vraag en het aanbod van de ouderen (Gorter, 2010).

Verder geven ouderen aan dat preventie van gezondheidsproblemen een belangrijk thema is. Hierin wil de oudere zelf ook een rol spelen om zo lang mogelijk gezond te blijven, maar ook om de ander te helpen. Hiervoor is het nodig dat er randvoorwaarden gecreëerd worden voor het organiseren van preventieve activiteiten. Hierbij sluit aan dat de activiteiten in groepsverband gebeuren. Zo wordt het isolement van de oudere mogelijk beperkt.

Wanneer ouderen wel te maken krijgen met gezondheidsproblemen, is het belangrijk dat er meteen ondersteuning en zorg plaatsvindt om de gevolgen zoveel mogelijk te beperken. Het is belangrijk dat de ouderen ondanks de bijkomstige beperkingen wel de zelfstandigheid kunnen behouden.

Ouderen zullen dus ook zelf verschillende keuzes moeten maken om zo hun eigen leven op een zo goed mogelijke manier in te blijven vullen gedurende de laatste levensfase (Zorgbelang Nederland & Stichting Pharos, 2013).

2.4. Conclusie theoretische deelvraag 2

Als er gekeken wordt naar de bovenstaande literatuur kan er geconcludeerd worden dat de ouderen van tegenwoordig, die ook wel de babyboomers genoemd worden, andere eisen stellen aan de benodigde zorg dan de ouderen van vroeger. De huidige ouderen vinden namelijk dat er te weinig tijd gemaakt wordt en te weinig hulp geboden wordt. Hierdoor wordt de druk op de zorg steeds groter en worden ouderen steeds afhankelijker van zorg en ondersteuning. Dit betekent dat er meer tijd voor zorg ingecalculeerd moet worden binnen een woonzorgvoorziening voor ouderen. Wanneer het gaat om psychische ondersteuning is uit onderzoek gebleken dat er te weinig getrainde specialisten zijn voor de doelgroep ouderen. Dit houdt in dat de zorgverleners afgestemd of getraind moeten zijn, zodat de zorg die dan verleend zal worden aansluit op de lichamelijke en psychische klachten van de ouderen. Dit draagt bij aan het bieden van de optimale zorg voor de kwetsbare ouderen.

Verder krijgen of kopen de ouderen van tegenwoordig niet de benodigde zorg. Dit omdat er teveel belemmerende factoren meespelen, zoals de hoge kosten die aan de zorg verbonden zijn. Niet alle ouderen hebben het vermogen om deze zorg in te kopen. Dit sluit niet aan bij de kernpunten van de Wmo, aangezien dit gericht is op het zo lang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen.

De benodigdheden voor het zo lang mogelijk thuis blijven wonen zijn een sociaal netwerk waar op teruggevallen kan worden, een betaalbare en goede aangepaste woning en het bieden van zorg aan huis. Indien dit in de thuissituatie niet mogelijk is, zal dit op een soort gelijke wijze in een woonzorgvoorziening wel aanwezig moeten zijn. Hierbij kan gedacht worden aan een volledig aangepaste en betaalbare woning en het inhuren van thuiszorg voor de gehele voorziening. Dit om de kosten zoveel mogelijk te beperken. Tevens kunnen de bewoners van de woonzorgvoorziening dienen als een aanvulling op het sociale netwerk van de desbetreffende oudere.

Ook is er uit onderzoek gebleken dat er te weinig samenwerking plaatsvindt tussen professionals van verschillende zorgorganisaties en het netwerk van de ouderen. Een goede afstemming tussen professionals, zorginstanties en het netwerk van de ouderen is essentieel voor het bieden van de optimale zorg.

Wat naar voren komt uit de literatuur zal meegenomen worden naar het onderzoek dat plaats zal vinden in de praktijk. Vervolgens kunnen literatuur en praktijk gekoppeld worden met elkaar om uiteindelijk goede aanbevelingen te kunnen doen.

2.5. Theoretische deelvraag 3

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de deelvraag:

Hoe wordt zorg op maat, aan ouderen, geboden in maatschappelijke zorginstellingen in Nederland en andere Europese landen?

Maatschappelijke zorginstellingen bieden (ver)zorg(ing) aan ouderen voor wie zelfstandig wonen niet of nauwelijks nog een optie is. Hierbij kan gedacht worden aan huisvesting en fysieke en/of psychische verzorging. Over het algemeen worden er allerlei voorzieningen beschikbaar gesteld door maatschappelijke zorginstellingen om zo het thuis wonen nog zo lang mogelijk te ondersteunen.

Maatschappelijke zorginstellingen met een gecertificeerd kwaliteitssysteem zien veel groei en verbeteringen binnen hun zorgverlening. Maar toch komt het geregeld voor bij zorginstellingen dat het kwaliteitssysteem zijn doel voorbij gaat. Er worden een groot aantal procedures ontwikkeld zonder dat deze periodiek geëvalueerd worden.

Kwaliteitssystemen in maatschappelijke zorginstellingen worden ontwikkeld om zo de kwaliteit en veiligheid van de zorg en van de patiënten te waarborgen. Echter gaat het ontwikkelen van deze systemen traag. Rond 1990 zijn de eerste zorginstellingen begonnen met het invoeren van kwaliteitsmanagement en in 1996 werd dit wettelijk verplicht gesteld door de overheid. Toch waren er in 2005 nog te weinig instellingen met een gecertificeerd kwaliteitssysteem.

Vergeleken met de situatie in 2000 waren er weinig veranderingen zichtbaar. Sinds 2006 is de meerderheid van de zorginstellingen van plan het kwaliteitssysteem te laten certificeren (NIVEL, 2004). Hier komt de HKZ-certificatie naar voren. Dit staat voor Harmonisatie

Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. Deze HKZ-certificatie houdt in dat een instelling voldoet aan vooraf gestelde kwaliteitsnormen van de geleverde zorg. Inhoudelijk betekent dit dat de instelling goed georganiseerd is, cliënten centraal staan, er continu wordt gewerkt aan optimalisering van het aanbod, er betrouwbare resultaten worden gepresenteerd en dat het voldoet aan de eisen vanuit de sector, bijvoorbeeld door de overheid, cliënten of door financiers. De HKZ-certificering wordt getoetst door een externe organisatie, die aan strikte regels gebonden is. De uitvoering door de aangewezen instelling wordt door de Raad voor Accreditatie (RvA) bepaald (HKZ, 2016). Om de kwaliteit te waarborgen is het van belang om zorg op maat te bieden.

Gezien het feit dat het aantal ouderen dat in Nederland toeneemt moet er worden gekeken naar de perfecte combinatie tussen wonen, de zorg en de dienstverlening voor ouderen. Deze moet aansluiten bij de zorgvraag van de kwetsbare ouderen (Vanden Boer, 1999). Dat de zorg beter georganiseerd moet worden, zijn de meesten het wel over eens. Zo wordt er gedacht aan een zorg waarin de oudere maatwerk krijgt, ongeacht de woonomgeving waarin de oudere woont. Dat ouderen doormiddel van preventie op tijd de zorg krijgen die ze nodig hebben. Een samenwerking tussen hulpverleners leidt tot een betere inzet van middelen en mensen. Deze punten dragen allemaal bij aan een betere zorg op maat voor de ouder wordende mens (Huisarts en Wetenschap, 2007). In dit onderzoek betekent zorg op maat dat de ouder wordende mens het liefst zo lang mogelijk zelfstandig wil wonen en zelfredzaam wil zijn. Om hieraan te voldoen zal de hulpverlening zich richten op herstel en behoud van de zelfredzaamheid, functionaliteit en de ervaren kwaliteit van het leven. Het doel is om de samenhang van de geleverde zorg daadwerkelijk te bewerkstellingen vanuit de behoeften, wensen en verwachtingen van de ouderen (Nivel, 2004).

2.5.1. Zorg op maat in Nederland en Europa

In zowel Nederland als andere Europese landen wordt er een beleid gevoerd voor het gezond ouder worden volgens het algemene gezondheidsbeleid van de bevolking. De kernpunten liggen bij het stimuleren van lichamelijke activiteit, de sociale integratie en het behouden van autonomie (Swedish National Institute of Public Health, 2007).

In Nederland worden de doelen die gesteld worden, gericht op de lange termijn. In de overige EU-landen is dit echter niet zo. De vergrijzing is in deze landen in een verder stadium gevorderd dan in Nederland, maar Nederland is al enige tijd bezig met het experimenteren van preventieve zorg door middel van consultatiebureaus voor ouderen en het doen van preventieve huisbezoeken (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2005).

De preventieve huisbezoeken worden in de overige EU-landen als succesvol ervaren vanwege positieve ervaringen, in Nederland blijkt dat de huisbezoeken geen tot nauwelijks effect hebben binnen de ouderenzorg. De zelfstandigheid neemt niet toe en het sterftegehalte neemt niet af, wat wel in de EU-landen van toepassing is (Bouman et al., 2008).

2.5.2. Internationaal beleid

De World Health Organization heeft een 'Active-Ageing' programma wat gericht is op het bevorderen van de gezondheid van ouderen. De belangrijkste uitgangspunten van het 'Active-Ageing' zijn:

- Zelfstandigheid waarborgen en preventie van invaliditeit
- Het behouden van de functionele capaciteit door het inzetten van revalidatie
- De levenskwaliteit verzekeren wanneer functieverlies definitief aanwezig is

Het streven is dat dit beleid wereldwijd uitgevoerd wordt binnen de ouderenzorg (World Health Organization, 2002).

Uit onderzoek is gebleken dat Nederland hoger scoort dan de overige EU-landen met betrekking tot de ouderenzorg. Met name op het gebied van familiebanden, toegang tot openbaar vervoer, de keuzevrijheid van de senioren (65-plussers), vriendschappen en het bieden van veiligheid. Waar de EU-landen echter wel hoger op scoren is op het gebied van gezondheid. Daar wordt met name gekeken naar de levensverwachting en de verwachtingen rondom gezondheid (Trouw, 2013).

2.6. Conclusie theoretische deelvraag 3

Gericht op het onderzoek 'gelukkig oud worden in Holten en Wierden' kan er gezegd worden dat het bieden van zorg op maat een bevorderende factor is voor het gelukkig oud worden. Wanneer er zorg op maat geboden wordt, kan er voldaan worden aan de wensen van de ouderen. Om zorg op maat te kunnen leveren moet een instelling voldoen aan vooraf gestelde kwaliteitsnormen.

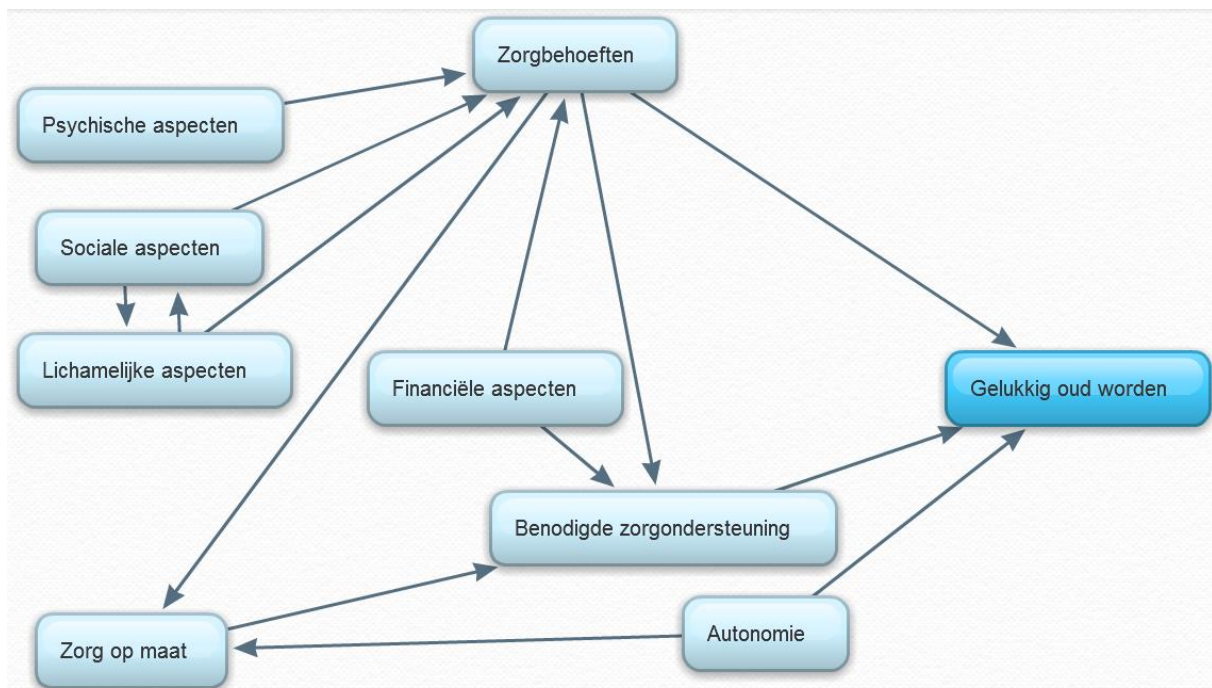
Dit om de veiligheid van de ouderen te waarborgen en de zorg te optimaliseren. De kwaliteit van de zorg binnen een instelling kan pas hoog aangeschreven staan wanneer er een HKZ-keurmerk afgegeven is aan de desbetreffende instelling. Verder is het stellen van lange termijn doelen, die gericht zijn op het stimuleren van lichamelijke activiteit, de sociale integratie en het behouden van autonomie, volgens het algemene gezondheidsbeleid een bevordering voor het gezond oud worden.

Momenteel wordt er wereldwijd een Active Ageing programma gehanteerd die gericht is op het bevorderen van de gezondheid van de ouderen. De uitgangspunten die dit beleid hanteert zijn raadzaam om toe te passen binnen een woonzorgvoorziening voor ouderen. De uitgangspunten zijn als volgt: het veelvuldig inzetten van revalidatie, de zelfstandigheid waarborgen en preventie van invaliditeit en de levenskwaliteit verzekeren wanneer functieverlies definitief aanwezig is. Het is belangrijk dat er gekeken wordt naar de meest passende combinatie van zorg, wonen en dienstverlening bij ouderen. Het moet aansluiten bij de zorgvraag van de kwetsbare of achteruitgaande ouderen. Om op een zo goed mogelijke en passende wijze te voldoen aan de zorgvraag zal de hulpverlening zich met name richten op het herstel van de ouderen en het behouden van de autonomie, functionaliteit en de eerder ervaren kwaliteit van leven. Deze topics zullen meegenomen worden in het interview van het onderzoek 'gelukkig oud worden in Holten en Wierden'.

2.7. Samenvatting theoretisch kader

De bestaande literatuur die verkregen is door het beantwoorden van de theoretische deelvragen is een basis voor het instrument; het interview. Vanuit deze bestaande kennis zijn er bepaalde verwachtingen van de uitkomsten van dit onderzoek. De topics die als basis staan voor de half-gestructureerde vragenlijst, komen dan ook gedeeltelijk vanuit dit theoretisch kader.

Om inzichtelijk te krijgen hoe bepaalde aspecten invloed hebben op elkaar en uiteindelijk op de hoofdvraag is dit gevisualiseerd in figuur 1 (Conceptueel model). Daaronder staan de verschillende verbindingen met elkaar beschreven en wordt op die manier duidelijk waar de onderzoekers specifiek naar kunnen vragen in de interviews.



Figuur 1: Conceptueel model

In dit conceptueel model is te zien dat psychische, lichamelijke, sociale en financiële aspecten invloed hebben op de zorgbehoefte van ouderen. Op psychisch en lichamelijk gebied gaat het dan vaak om gebreken, waardoor die zorgbehoefte ontstaat. De sociale aspecten hebben te maken met de sociale steun en hulpbronnen die ouderen wel of niet hebben om te kunnen voorzien in de zorgbehoefte.

De sociale en psychische aspecten hebben ook weer invloed op elkaar, omdat lichamelijke gezondheid invloed heeft op de sociale kring en andersom, zoals te lezen is in theoretische deelvraag 1. Onder financiële aspecten valt vooral de financiële mogelijkheid om aan de zorgbehoefte te voldoen. De financiële aspecten hebben ook invloed op de benodigde zorgondersteuning. Dit is de zorg die bijvoorbeeld ingekocht moet worden thuis of de woonzorgvoorziening waar iemand woont. Voor veel ouderen speelt geld een belangrijke rol in de keuze voor zorgondersteuning.

De zorgbehoefte heeft ook invloed op de benodigde zorgondersteuning. Het ligt namelijk aan de zorgbehoefte welke zorgondersteuning nodig en gewenst is. Ook hebben de zorgbehoefte invloed op zorg op maat. Zorg op maat houdt namelijk in dat per individu gekeken wordt naar welke behoeften er liggen op gebied van zorg, dit wordt nader toegelicht in theoretische deelvraag 3. Dan wordt de nodige zorg toegemeten aan het individu. Autonomie is daar een belangrijk onderdeel van. Uit de literatuur blijkt dat ouderen dit een belangrijk aspect vinden. Met de autonomie kan extra goed rekening worden gehouden als per persoon gekeken wordt naar wat diegene nodig heeft en samen met de benodigde zorgondersteuning voor de behoeften van ouderen maakt dit dat iemand gelukkig oud wordt.

3. Methode van onderzoek

Bij de methode van onderzoek is het van belang dat de volgende onderdelen beschreven staan: het type onderzoek, de strategie, de populatie en steekproef, het instrument, de procedure, de betrouwbaarheid, interne en externe validiteit en de ethische overwegingen. Ten slotte volgt als laatste paragraaf nog een samenvatting van bovengenoemde onderdelen.

3.1. Onderzoekstype en strategie

In dit onderzoek is er gekozen voor een kwalitatief onderzoeksdesign, omdat de uitkomsten op de deelvragen niet gebaseerd zijn op feitelijke aspecten maar meningen bevatten over de behoeften van ouderen.

Een kwalitatief onderzoek houdt in dat er niet of nauwelijks wordt gekeken naar cijfermatige gegevens, maar er wordt vastgesteld door waarneming wat er zich in de werkelijkheid afspeelt. Dit wordt ook wel holisme genoemd. Een ervaring wordt dus als onderdeel van de gehele belevingswereld van een persoon gezien (Verhoeven, 2011).

Net als bij kwantitatief onderzoek wordt er bij kwalitatief onderzoek gebruik gemaakt van dataverzamelmethode. Dit zijn methoden die gebruikt worden om aan informatie te komen dat vervolgens leidt tot het antwoord op de onderzoeksvraag. Het karakter van de onderzoeksvraag is explorerend ofwel verkennend. Dat wil zeggen dat er in het werkveld uitgezocht wordt hoe iets zit (Verhoeven, 2011). In dit geval het verkennen van de behoeften van ouderen als het gaat om wonen en zorg.

In dit onderzoek zal gebruik gemaakt worden van half gestructureerde interviews en een focusgroep.

3.2. Onderzoekspopulatie en steekproef

Onder populatie worden verschillende eenheden verstaan, namelijk personen, zaken of organisaties. Deze eenheden zijn het domein waarbinnen het onderzoek zich afspeelt. Het is niet mogelijk om iedereen of alles uit de populatie te ondervragen, daarom wordt er een steekproef uitgevoerd. Zo wordt er een bepaald percentage van de populatie ondervraagd, ook wel de geselecteerde deelpopulatie genoemd (Verhoeven, 2011).

Een steekproef moet willekeurig zijn en kan aselekt worden getrokken. Dit houdt in dat alle eenheden een gelijke kans moeten krijgen om tot de steekproef te behoren. Er zijn veel soorten steekproeven en afhankelijk van de te gewenste verzamelde gegevens wordt er een steekproef gekozen (Verhoeven, 2011).

Een andere zeer belangrijke voorwaarde is de generaliseerbaarheid. Dit houdt in dat de generaliseerbaarheid van de resultaten wordt bepaald door de mate waarin de steekproef representatief is. Dit betekent dat de kenmerken gelijk zijn aan de populatie (Verhoeven, 2011).

In figuur 2 (op de volgende pagina) wordt inzichtelijk dat in dit onderzoek de buitenste ring de beoogde populatie is, namelijk de ouderen in Nederland. De middelste ring is de operationele populatie, wat de ouderen in de gemeente Holten en Wierden inhoudt en de kleinste ring houdt in dat daaruit de steekproef wordt getrokken. De steekproef is getrokken uit de database van de gemeenten en via een contactpersoon bij beide gemeenten zijn de onderzoekers in contact gekomen met mensen van 65 jaar en ouder. Deze mensen zijn willekeurig uitgekozen. Er zijn twee proefinterviews afgenomen, drie stellen en een alleenstaande vrouw zijn apart geïnterviewd, er is een focusgroep-interview afgenomen met vier mensen en daarnaast zijn er nog twee experts die werkzaam zijn in de thuiszorg geïnterviewd. Dit maakt dat er in totaal vijftien respondenten bereid waren om medewerking te verlenen aan dit onderzoek.



Figuur 2: Steekproef

3.3. Instrument

Wanneer er een onderzoek wordt uitgevoerd, worden er meetinstrumenten als hulpmiddelen gebruikt waarmee gegevens verzameld worden. In dit onderzoek is gekozen voor een half gestructureerd interview waarbij de onderwerpen en de belangrijkste vragen vastliggen (Verhoeven, 2011). De onderzoekers hebben zich laten leiden door het verloop van het gesprek en hebben zich laten inspireren door hetgeen wat de respondenten zeiden. De topiclijst is wel gebruikt tijdens de interviews om te controleren of alle onderwerpen goed aan bod zijn gekomen.

Bij dit onderzoek waren de ervaringen, meningen en suggesties van de respondenten uitgangspunt bij het houden van de interviews. Vanuit de theoretische deelvragen kwamen de volgende topics naar voren:

- Ervaringen woonvoorzieningen
- Lichamelijke aspecten
- Zorgondersteuning
- Sociale aspecten
- Kwaliteit appartement voor levensloopbestendig
- Psychische aspecten
- Autonomie
- Geluk

De vragenlijst die gebruikt is voor de half gestructureerde interviews is te vinden als bijlage 4. De topics zijn bewust in bovenstaande volgorde aan bod gekomen, om een gesprek goed in te leiden met wat minder zware onderwerpen. Dit houdt in dat een onderwerp als 'ervaringen woonvoorziening' makkelijker is om over te praten dan een gevoelig onderwerp onder ouderen als 'psychische aspecten'.

Een van de onderzoeksmethodes die gebruikt is voor dit onderzoek is het focusgroeponderzoek. Dit is een groepsinterview gespitst op een bepaald onderwerp. In dit geval over de wensen en behoeften van personen met betrekking op een woonzorgvoorziening. Dit is ook een vorm van een kwalitatief surveyonderzoek. Het gaat om het inventariseren en beschrijven van meningen over een bepaald onderwerp (Baarda et al., 2013).

Het voordeel van een groepsinterview is dat respondenten door reacties van andere respondenten herinnerd worden aan zaken waar ze zelf niet zo snel over na zouden denken. Dit kan weer nieuwe reacties ontlokken. Een nadeel van een groepsinterview kan zijn dat respondenten iets niet zeggen, omdat ze bang zijn dat anderen hem/haar daar op af rekenen of dit vreemd vinden. In het groepsinterview in Wierden zijn de onderzoekers tot de conclusie gekomen dat de groep met elkaar in discussie ging, ongeacht wat de ander daar van vond of zei.

Dit kan komen omdat de groep elkaar al langere tijd kende. Een ander nadeel hiervan is dat bij het uittypen van het verbatim (letterlijk uitgetypte tekst) het lastig is om te horen wat iedereen zegt. Vaak zijn mensen geneigd om door elkaar heen te praten, elkaar te verbeteren of te onderbreken. De onderzoekers zijn allen bij het groepsinterview aanwezig geweest en hebben open vragen gesteld, de tijd bewaakt en gekeken of iedereen wel evenredig aan bod kwam.

3.4. Procedure

Op 14 april zijn de onderzoekers gestart met het afnemen van de proefinterviews. Deze interviews zijn meegenomen in de resultaten. Het afnemen van proefinterviews is gedaan om aanpassingen te kunnen doen indien dat nodig was. Het had bijvoorbeeld kunnen zijn dat bepaalde vragen niet leiden tot het beantwoorden van een deelvraag en geschrapt kunnen worden. Dit is niet gebeurd. Er is besloten om door te gaan met dezelfde vragenlijst, zonder aanpassingen. Voorafgaand aan alle interviews is een informatieve brief (bijlage 5) verstuurd met de uitleg over de interviews. Daarin staat dat de onderzoekers telefonisch contact opnemen om een afspraak te plannen.

Na de proefinterviews zijn er drie stellen en een alleenstaande vrouw geïnterviewd in Holten. De gesprekken vonden allen plaats in de woningen van de respondenten. Ook werd gevraagd of de respondenten toestemming wilden geven om opnames te maken. Allen stemden hiermee in. De gesprekken zijn twee- of drievoudig opgenomen met een telefoon om er zeker van te zijn dat er geen data verloren gaat.

Op woensdag 20 april stond het focusgroepinterview gepland. Dit interview is afgenomen op het gemeentehuis te Wierden. Hierbij was de opdrachtgever ook aanwezig om kort en bondig te vertellen over Stichting Olde Hove en de plannen van de woonzorgvoorziening in Holten.

Later zijn er nog twee professionals geïnterviewd die werkzaam zijn bij Stichting Vrijwillige Thuiszorg Overijssel. De onderzoekers hebben voor deze aanvulling gekozen, omdat deze respondenten het onderwerp van een andere, professionele kant bekijken. Zij zien veel verschillende situaties en ouderen. Op deze manier is er nog meer bruikbare data verkregen.

Nadat alle respondenten zijn geïnterviewd is er gestart met het verwerken van de ruwe data. Dat wil zeggen dat alle interviews zijn uitgetypt als een verbatim. Daarna is alle data gelabeld en zijn de belangrijke fragmenten ondergebracht in een schema om alles overzichtelijk onder elkaar te krijgen. Dit labelschema is te vinden als bijlage 6 in het hoofdstuk 'Bijlagen'. Het labelschema is vervolgens gebruikt om hoofdstuk 4 'Resultaten' te schrijven.

3.5. Betrouwbaarheid

Bij het uitvoeren van onderzoek is het van belang dat de gemeten resultaten worden beoordeeld op betrouwbaarheid. Het onderzoek moet immers van goede kwaliteit zijn, omdat in dit geval de opdrachtgever de resultaten en aanbevelingen wil gebruiken om een goede woonvoorziening te realiseren. Betrouwbaarheid wil zeggen dat toevallige fouten moeten worden voorkomen. Toevallige fouten kunnen bijvoorbeeld zijn dat een respondent geen antwoord weet op een vraag of andere omstandigheden tijdens een interview. De toevallige fouten kunnen ook bij de onderzoeker zelf liggen. Hierbij kan gedacht worden aan een slechte bui van de onderzoeker op het moment van interviewen of aan een onduidelijke vraagstelling (Verhoeven, 2011).

Wanneer er gekeken wordt naar dit onderzoek is er van verschillende manieren gebruik gemaakt om de betrouwbaarheid te verhogen en daarmee de kwaliteit zoveel mogelijk te waarborgen.

In totaal zijn er vijftien respondenten geïnterviewd. De interviews zijn gestandaardiseerd. Dat wil zeggen dat alle interviews dezelfde topics, dus onderwerpen, bevatten. Deze interviews zijn eerst op proef afgenomen, zodat het de geldigheid van de topiclijst verhoogt. De proefinterviews zijn afgenomen op het terrein van Stichting Olde Hove. Deze respondenten waren al enigszins bekend met de stichting. Dit maakte het makkelijker om de respondenten te interviewen. De proefinterviews zijn vooral gebruikt om te oefenen met de manier van interviewen en om te kijken of de vragenlijst klopt en of de antwoorden refereren aan de deelvragen.

De interviews met de oudere stellen zijn afgenomen in hun eigen woning, dit om veiligheid te creëren voor de respondenten. Dit kan ervoor zorgen dat ze zich meer op hun gemak voelen en eerlijker zijn in het geven van hun mening.

De focusgroep is geïnterviewd op het gemeentehuis te Wierden. Zij zijn ook bekend met de ruimte en kennen elkaar al langere tijd, doordat ze vaker vergaderen en allen oudere mensen bezoeken om te inventariseren welke ondersteuning zij nodig hebben.

De interviews zijn allemaal opgenomen. Hier is vooraf toestemming voor gevraagd en er is uitgelegd door de onderzoekers dat het van belang is. Er is bij iedere respondent vermeld dat dit betrouwbaarder is dan het meeschrijven, omdat je bij het opnemen alle letterlijke data behoudt. Tevens is er een logboek bijgehouden, waarin de handelingen verantwoord zijn. Hierin staan de leermomenten, de veranderingen, de omstandigheden die problemen met zich meebrengen en eventuele zaken die fout lopen. Er staat onder andere in dat de onderzoekers goed moeten letten op het niet door elkaar heen praten in een interview. Dit zorgt voor ruis en het is dan soms niet mogelijk om vanaf de opname te verstaan wat er gezegd wordt. Het gevolg is dan dat er data mist. Het opnamemateriaal is tijdelijk bewaard voor eventueel her analyse of her inzage. Tot slot is er nauw contact onderhouden met de opdrachtgever, om de communicatielijnen zo kort mogelijk te houden en eventuele wijzigingen door te geven (Verhoeven, 2011).

3.6. Interne en externe validiteit

Validiteit wordt ook wel omschreven als de geldigheid van een onderzoek. Verder wordt er onder validiteit verstaan in welke mate een onderzoek vrij is van systematische fouten. Dit gebeurt nadat er is nagegaan of er geen toevallige fouten aanwezig zijn in het onderzoek. Een belangrijke voorwaarde voor het bepalen van de betrouwbaarheid van een onderzoek is de validiteit. Er wordt gekeken naar hoe waarheidsgetrouw het onderzoek is. Er wordt gesproken over meerdere belangrijke vormen van validiteit, namelijk de geldigheid van het meetinstrument en die van de onderzoeksgroep. De drie belangrijkste vormen van validiteit:

- Interne validiteit
- Externe validiteit
- Begripsvaliditeit (Verhoeven, 2011)

3.6.1. Interne validiteit

Wanneer er gesproken wordt van intern valide resultaten, dan zijn de onderzoekers in staat om de juiste conclusies te trekken. Juiste conclusies worden gedefinieerd als conclusies die standhouden en kritieken van collega-onderzoekers kunnen doorstaan. De mate waarin een resultaat intern valide is bepaald de vraag of er een juiste verklaring gegeven, gevonden of getoetst kan worden (Verhoeven, 2011).

In dit onderzoek zijn vijftien ouderen uit de gemeenten Holten en Wierden geïnterviewd. Er kunnen dan valide uitspraken gedaan worden over ieder individueel interview over de wensen met betrekking tot de toekomstige woon- en of verblijfsmogelijkheden met zorg op maat in Holten en Wierden. Er is dus sprake van interne validiteit (Heerink, Pinkster, Bratti- van der Werf, 2009).

3.6.2. Externe validiteit

Bij externe validiteit kan er nagegaan worden of de steekproef een juiste weergave geeft van de populatie. Voor het onderzoek moet de steekproef een bepaald aantal relevante kenmerken hebben die overeenkomen met de populatie. Wanneer hier sprake van is dan is de steekproef representatief en mogen de onderzoeksresultaten gegeneraliseerd worden naar de populatie. Externe validiteit wordt voornamelijk toegepast bij kwantitatief onderzoek. Bij een kwalitatief onderzoek, wordt er meer gekeken naar de inhoudelijke reikwijdte, dus de inhoudelijke generaliseerbaarheid (Verhoeven, 2011).

In dit onderzoek zijn ouderen uit de gemeente Holten en Wierden geïnterviewd. Deze resultaten zijn valide zijn op intern niveau, maar wanneer dit onderzoek toegepast zal worden in de gemeente Enschede, is er geen sprake van validiteit, aangezien dit onderzoek niet afgestemd is op de populatie van deze gemeente. Men zal dan andere uitkomsten krijgen.

3.6.3. Begripsvaliditeit

Een ander woord voor begripsvaliditeit is constructvaliditeit. Begripsvaliditeit heeft betrekking op de meetinstrumenten die gebruikt worden in een bepaald onderzoek. Hierin komt de welbekende uitspraak "meet wat je meten wilt" naar voren. Het is lastig om begrippen te meten, dus is het van belang dat de begrippen eerst omgezet worden in een vraag en helder omschreven worden. Overigens zijn er wel verschillende vragen nodig om een abstract begrip te kunnen meten. Wanneer de vragen slecht geformuleerd worden dan komt de begripsvaliditeit onder druk te staan (Verhoeven, 2011).

Een voorbeeld van een foutieve begripsvaliditeit binnen dit onderzoek is wanneer er aan de ouderen gevraagd zal worden: "Wat zijn uw wensen en behoeften met betrekking tot de woonvoorziening van Stichting Olde Hove". In deze vraagstelling zitten allereerst meerdere vragen verborgen en zijn de begrippen niet voldoende uitgelegd en dus te breed interpreteerbaar. Wanneer dit soort vragen gesteld gaan worden komt de begripsvaliditeit onder druk te staan. Soms kwam dit voor en was het van belang dat de vraag opnieuw gesteld werd op een juiste manier.

3.7. Ethische overwegingen

Wanneer er vastgesteld is wat er onderzocht gaat worden is het belangrijk om uit te zoeken of het ethisch verantwoord is wat je doet als onderzoeker. Ethiek krijgt namelijk relatief weinig aandacht. Een onderzoek is ethisch verantwoord wanneer het voldoet aan een aantal eisen. Deze hebben betrekking op de respondenten, oftewel personen die medewerking verlenen aan een onderzoek, de opdrachtgever en op de onderzoeker zelf. Het onderzoek moet voldoen aan een aantal ethische eisen. Deze eisen gaan bijvoorbeeld over een vrijwillige medewerking, het krijgen van een juiste voorlichting, anonimiteit en er mogen geen nadelige effecten zijn voor de respondenten.

Allereerst is het van belang dat respondenten vrijwillig meewerken aan een onderzoek en hiervoor de benodigde toestemming geven, dit wordt ook wel informed consent genoemd. Voor dit onderzoek is een informatieve brief aan de respondenten verzonden om dit te controleren. Deze brief is te vinden in bijlage 5.

Ten tweede moet de voorlichting kloppen met betrekking tot het doel en de werkwijze van het onderzoek. Dit staat in de informatieve brief, maar is voorafgaand aan het interview nog mondeling toegelicht. Ten derde moeten de gegevens van de respondenten onherkenbaar zijn tijdens de gegevensverwerking. Dit heeft ook te maken met dat de uitkomsten van het onderzoek geen nadelige effecten mogen hebben voor de respondenten (Baarda et al., 2013).

Het is vaak lastig om te na te gaan of iemand schade ondervindt aan het onderzoek, maar betreffende op dit onderzoek is dit niet mogelijk. De respondenten zullen juist bijdragen aan het optimaliseren van een woonzorgvoorziening. Dit staat los van hun huidige leefsituatie en de aanbevelingen die gedaan zullen worden voor deze voorzieningen hebben hier niet direct invloed op.

Al deze ethische overwegingen zijn meegenomen in dit onderzoek. De respondenten hebben allen vrijwillig deelgenomen aan dit onderzoek en hebben de informatieve brief voorafgaand aan de interviews ontvangen. Daarin staat dat de onderzoekers telefonisch contact opnemen om een afspraak te plannen.

Wat voor de onderzoekers een belangrijk aspect is tijdens de interviews, is dat de respondenten voldoende gelegenheid krijgen om vragen te stellen en dat er bepaalde onduidelijkheden weggenomen worden indien aanwezig. Hier is vooraf, tijdens en na het interview de gelegenheid voor gegeven.

In de resultaten zijn de respondenten anoniem gebleven, doordat alleen gebruikt gemaakt is van fragmenten met fragmentnummers. In de verbatims worden de respondenten onderling bij naam genoemd als ze elkaar wat vroegen. Deze namen worden niet genoemd in de onderzoeksresultaten.

Voorafgaand aan de interviews hebben de onderzoekers ingeschat dat de kans bestond dat de respondenten op de hoogte gehouden willen worden van de ontwikkelingen binnen de beide projecten en van de mogelijkheid om daar in de nabije toekomst te gaan wonen. Ook is gevraagd om het volledige rapport op te sturen naar enkele respondenten wanneer het onderzoek is afgerond. In het eerste geval, wanneer het gaat om op de hoogte te worden gehouden van de woonzorgvoorzieningen, hebben de onderzoekers doorverwezen naar de opdrachtgever. In het tweede geval hebben de onderzoekers de contactgegevens opgenomen van de respondenten om het rapport op te sturen.

3.8. Samenvatting

Het onderzoek betreft een kwalitatief en explorerend onderzoek. Er is gekozen voor half gestructureerde interviews als methode om de data te verzamelen. Aan de hand van de topics die naar voren kwamen uit de deelvragen en het conceptueel model is een vragenlijst opgesteld. De interviews zijn afgenomen onder ouderen uit de gemeenten Holten en Wierden die willekeurig gekozen zijn. Daarnaast zijn er nog twee professionals geïnterviewd. Alle interviews zijn opgenomen, getranscribeerd en gelabeld. Dit om de betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen. Een andere manier die gebruikt is om de betrouwbaarheid te verhogen is het houden van proefinterviews. Een ander belangrijk aspect is de validiteit. Oftewel de geldigheid van het onderzoek. Er is gekeken naar interne en externe validiteit. Ten slotte is er gekeken of het onderzoek ethisch verantwoord is voor de respondenten.

4. Resultaten

4.1. Kenmerken respondenten

Aan het onderzoek 'gelukkig oud worden in Holten en Wierden' hebben in totaal vijftien respondenten deelgenomen (n=15), verdeeld over acht verschillende interviews.

De leeftijden van de respondenten variëren tussen de 65 en 87 jaar. Van de vijftien respondenten waren er negen vrouwen en zes mannen.

De respondenten zijn woonachtig in Holten, Wierden, Enter & Nijverdal en de interviews hebben plaatsgevonden bij de respondenten thuis en het interview met de focusgroep vond plaats op het gemeentehuis te Wierden. Alle respondenten hebben een Nederlandse nationaliteit. Het opleidingsniveau van de respondenten is niet ter sprake gekomen tijdens de interviews, maar is ook niet relevant binnen dit onderzoek. Het onderzoek naar de woonzorgvoorziening van Stichting Olde Hove heeft betrekking op de wensen en behoeften van ouderen in Holten en Wierden.

Verder bevonden er zich onder de respondenten twee professionals, die werkzaam zijn bij Stichting Vrijwillige Thuiszorg Overijssel. Er zijn twee proefinterviews afgenomen met mensen die enigszins bekend waren met Stichting Olde Hove en hebben er drie mantelzorgers meegewerkt aan het onderzoek. Eén respondent had een invalide vrouw, waar hij intensieve zorg voor droeg. De andere twee respondenten zijn tweemaal per week, vier uur lang vrijwilliger voor een invalide man en doen dit om zo de mantelzorger te ontlasten en wat rust te gunnen. De respondenten uit de focusgroep zijn vrijwilligers vanuit de gemeente Wierden en komen ook bij ouderen over de vloer uit de desbetreffende gemeente. Zij zijn dus veel in aanraking met ouderen en bereiken zelf ook de leeftijd dat zij na moeten denken over allerlei aspecten met betrekking tot het ouder worden.

4.2. Praktische deelvraag 1

De eerste praktische deelvraag luidt als volgt:

Welke behoeften hebben ouderen als het gaat om lichamelijke aspecten?

4.2.1. Lichamelijke aspecten

Er wordt gesproken over verschillende mankementen die opspelen bij de ouder wordende mens. Zo ook dat wanneer je slechter ter been wordt, je moet gaan nadenken over allerlei zaken en over je afhankelijkheid met betrekking naar anderen toe.

“Het blijft heel lastig die laatste fase van het leven als allerlei lichamelijke gebreken komen.” (fragmentnummer 1.1)

“Als je hulpbehoevend wordt en je bent slecht ter been en je wordt van anderen afhankelijk dan is een woonvoorziening goed.” (fragmentnummer 2.21)

Hier blijkt dus dat ouderen liever mensen om zich heen hebben wanneer zij slechter ter been worden en zij dus op deze wijze makkelijker een beroep kunnen doen op iemand.

4.2.2. Overstap

Een veel besproken onderwerp tijdens de interviews die afgenomen zijn, is het de overstap. Er komt duidelijk naar voren, uit de antwoorden van de respondenten, dat ouderen vaak te laat de overstap maken naar aanpassingen in huis, of naar een woonzorgvoorziening. Deze stap wordt vaak pas gemaakt als het al ‘te laat’ is en zij te slecht ter been zijn of psychisch hard achteruitgaan.

Een voorbeeld van het besproken onderwerp:

“Je hebt geen keus...als je ouder wordt en je kunt minder, moet je zo wijs zijn dat je zegt ik kan niet meer thuis wonen, ik zal een stapje meer naar het einde moeten gaan denken.” (fragmentnummer 2.22)

“Mensen die blijven wonen op hun plek, dat kan, maar daar komen ze op terug en dan is het te laat.” (fragmentnummer 6.19)

4.3. Praktische deelvraag 2

De tweede praktische deelvraag luidt als volgt:

Welke behoeften hebben ouderen als het gaat om sociale aspecten?

Om deze deelvraag naar behoren te kunnen beantwoorden is het van belang om een aantal zaken inzichtelijk te krijgen. Zo zijn er meerdere topics die antwoord geven op de eerste deelvraag. Een aantal van de topics die antwoord geven op deze deelvraag zijn sociale contacten en eenzaamheid. Deze geven inhoudelijk weer wat de behoeften en ervaringen van de ouderen zijn op het gebied van sociale aspecten.

Om de behoeften van de ouderen in beeld te krijgen met betrekking tot de sociale aspecten zijn er vragen gesteld aan de respondenten rondom de sociale behoeften.

Zes van de vijftien respondenten geven aan dat zij het belangrijk vinden om sociale contacten te behouden.

Als er binnen het onderwerp sociale aspecten gecategoriseerd wordt, dan is een veelvoorkomend onderwerp eenzaamheid. Deze zal als eerste toegelicht worden aan de hand van fragmenten.

4.3.1. Eenzaamheid

Zeven van de vijftien respondenten brengen, spreekwoordelijk, het onderwerp eenzaamheid aan het licht. Zo antwoordde één van de respondenten:

*“Bij ouderen is eenzaamheid een van de grootste oorzaken van aftakeling.”
(fragmentnummer 2.18)*

Een andere respondent antwoordde het volgende:

“Veel ouderen liggen eenzaam op de kamer, er komt niemand meer. Dat mag niemand eigenlijk overkomen.” (fragmentnummer 2.34)

Deze respondenten geven aan erg op te zien tegen eenzaamheid en wensen dit niemand toe. Ze omschrijven eenzaamheid als een van de ergste dingen die een oudere kan overkomen.

Een respondent antwoordde:

*“Geen grote vrienden en kennissenkring om je heen, dan ben je heel eenzaam. En ik denk dat je met zulk soort woonvormen dat een beetje tegen kan gaan.”
(fragmentnummer 8.22)*

Er moet iets gebeuren om de eenzaamheid tegen te gaan. Fragmentnummer 8.22 geeft weer dat door middel van een woonvoorziening er een stuk eenzaamheid tegengegaan kan worden. Mensen leven dan namelijk met meerderen in een woonvorm en delen hierdoor bepaalde dingen met elkaar. Hierop aansluitend antwoordde een andere respondent:

“Mocht het echt niet meer kunnen en je hebt geen auto meer en je woont hier dan is het heel fijn dat je mensen om je heen hebt.” (fragmentnummer 2.26)

4.3.2. Sociale contacten

Meerdere respondenten geven aan dat zij het prettig vinden dat er veel contact is met de medebewoners uit de woonzorgvoorziening. Tien van de vijftien respondenten zeggen dat zij dit als ideaalbeeld zien en elkaar op deze wijze kunnen helpen.

“Dat je een beetje op elkaar let, een dorpachtig idee, dat je van elkaar weet en elkaar kan helpen.” (fragmentnummer 7.26)

Wanneer iemand slechter ter been wordt en een beroep moet doen op zijn of haar sociale contacten dan is het erg prettig wanneer er anderen uit de woonvoorziening nog iets kunnen betekenen voor elkaar. Boven- en onderstaand fragment geven dit weer.

*“Je moet ze natuurlijk onderhouden, er actief mee bezig zijn.”
(fragmentnummer 5.19)*

Negen van de vijftien respondenten spreken over het samen doen van activiteiten. Om zo op deze wijze actief te blijven op het gebied van sociale contacten.

4.4. Praktische deelvraag 3

De derde praktische deelvraag luidt als volgt:

Welke zorgondersteuning is nodig om te kunnen blijven wonen in de appartementen?

Om deze deelvraag te kunnen beantwoorden is het van belang om een aantal zaken inzichtelijk te krijgen op het gebied van de zorgondersteuning. Welke zorgondersteuning er nodig is om te blijven wonen in de appartementen. De respondenten geven op het gebied van zorgondersteuning verschillende topics aan zoals thuiszorg, domotica, vrijwilligers en mantelzorgers en andere gebieden van zorgondersteuning.

4.4.1. Thuiszorg

Een groot en belangrijk punt binnen de zorgondersteuning is de thuiszorg, wat overigens duidelijk naar voren komt vanuit de interviews.

Twee van de vijftien respondenten vertellen dat thuiszorg er aan bijdraagt om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen.

De andere respondenten geven aan op dat zij tevreden zijn over de handelingen op het gebied van verzorging, hoeveelheid en over de beschikbaarheid van de thuiszorg

4.4.2. Domotica

Elf respondenten praten over het onderwerp domotica. Drie van de elf respondenten hebben het over langer thuis wonen door middel van domotica. In het interview wordt er gesproken over het ideaalbeeld en hoe mooi het zal zijn om ergens voor altijd te kunnen wonen en wat hier voor nodig is. De volgende respondent antwoordt hier het volgende op:

"Dat je met schermpjes nog contact kan hebben met de buurtzorg, hierdoor langer thuis wonen." (fragmentnummer 5.39)

De professional die werkzaam is bij Stichting Vrijwillige Thuiszorg Overijssel zegt het volgende:

"Dochter woonde ernaast en had een camera opgehangen in de keuken en kon ze precies zien wat hij deed, ja hij wordt hier oud hoor zei ze, hij blijft hier tot hij doodgaat" (fragmentnummer 8.54)

De andere respondenten praten over praktische zaken op het gebied van domotica. Twee van deze respondenten zijn negatief over het gebruik van domotica.

4.4.3. Vrijwilligers en mantelzorgers

Veertien van de vijftien respondenten spreken over vrijwilligers en mantelzorgers. Eén van de veertien respondenten vertelt het volgende:

*"Vrijwilligers die een aandeel in de zorg kunnen hebben."
(fragmentnummer 1.48)*

Hieruit blijkt dat vrijwilligers een aandeel in de zorgondersteuning kunnen hebben. De respondenten hebben het voornamelijk over het ontlasten van de mantelzorger en het inzetten van de vrijwilliger hierbij. Zo vertelt een vrijwilliger:

"We zorgen altijd dat we twee keer vier uur per week met hem uit huis gaan. Dan kan de mantelzorger doen wat zij wil." (fragmentnummer 5.4)

Zo vertelt een mantelzorger:

*"Wat ik zelf kan doen doe ik zelf, maar soms wordt het me teveel."
(fragmentnummer 6.16)*

De andere elf respondenten geven overeenkomstige antwoorden.

4.4.4. Zorgondersteuning

Er worden verschillende uitspraken gedaan over welke zorgondersteuning ouderen nodig hebben. Zo vertellen twee respondenten dat het elkaar helpen ook kan bijdragen aan de zorgondersteuning van de ouderen.

"Ideaal zou zijn dat je op een plek zit waar een soort automatisme is, waar voor elkaar gezorgd wordt." (fragmentnummer 3.47)

Negen respondenten spreken over het inhuren van zorg met elkaar of individueel, dit gaat over de volgende zorgondersteuning, buurtzorg, verpleging, professionele begeleiding en huishoudelijke hulp.

*"Inkopen kan je in een grotere gemeenschap samen doen."
(fragmentnummer 7.28)*

4.5. Praktische deelvraag 4

De vierde praktische deelvraag luidt als volgt:

Welke ervaringen hebben ouderen met een zorgvraag in Holten en Wierden met verschillende woonvormen?

4.5.1. Ervaringen woonzorgvoorziening

Alle respondenten geven aan ervaringen te hebben met woonzorgvoorzieningen. Ze zijn allen bekend met de zorgmogelijkheden die Holten en/of Wierden bieden, maar niet allen hebben ervaring met Holten en/of Wierden. De meeste ervaringen zijn van familieleden die verblijven of verbleven in een bepaalde woonvorm. Echter is de uitkomst bij veel respondenten dat zij niet te spreken zijn over verschillende woonzorgvoorzieningen, dit heeft te maken met allerlei verschillende zaken. Een aantal uitspraken van verschillende respondenten waren als volgt:

*"Als je in een verzorgingshuis zit ben je vaak alleen en volledig afhankelijk."
(fragmentnummer: 5.10)*

"Daar zijn de ervaringen niet positief in verband met de bezuinigingen...het zit allemaal zo opgesloten...Dat je meer de ruimte hebt..." (fragmentnummer: 8.32)

*"Het verzorgingshuis is allemaal wat krapper wat hulp betreft. Te weinig tijd."
(fragmentnummer 4.1)*

Een ander veelvoorkomende uitspraak ging over het feit dat respondenten zich nog te goed voelen om nu naar een andere woonvoorziening te gaan en dus nog een hele tijd thuis willen blijven wonen. Tien van de vijftien respondenten gaven hier hun mening over. Eén van deze tien antwoordde:

*"Ik voel me nog piep hoor dus ik paste daar ook niet tussen."
(fragmentnummer 2.4)*

Een positieve ervaring met een woonvoorziening kwam van de professional van de Stichting Vrijwillige Thuiszorg Overijssel. Zij stelt dat zij ervaring had met een woonvoorziening waar een elektronisch patiënten dossier beschikbaar was waarbij de patient de regie houdt en bepaald wie er inzicht kreeg in het dossier en wie niet. Zij vertelt hierover:

"Als iemand wordt opgenomen in het ziekenhuis is er 1 mail nodig aan iedereen. En de cliënt kan altijd zien of er een bericht geplaatst is en door wie...de cliënt kan als enige alles inzien..."(fragmentnummer 8.31)

4.6. Praktische deelvraag 5

De vijfde praktische deelvraag luidt als volgt:

Welke kwaliteiten dient een appartement te hebben om levensloopbestendig te zijn?

Aan de respondenten zijn verschillende vragen gesteld om erachter te komen welke kwaliteiten een appartement dient te hebben om levensloopbestendig te zijn. Respondenten spreken hier over verschillende factoren die aanwezig dienen te zijn in een appartement.

4.6.1. Kwaliteit woning

Vijf respondenten vertellen dat het belangrijk is dat het appartement gelijkvloers moet zijn.

"Als je lichamelijk afhankelijk bent, dan moet je alles gelijkvloers hebben."
(fragmentnummer 5.11)

Zeven respondenten geven aan dat het belangrijk is om een eigen appartement te hebben met een eigen badkamer, keuken, slaapkamer en woonkamer, eventueel een tuin en er wordt aangegeven dat hierbij de privacy belangrijk is.

"Dat je naar buiten kunt lopen, niet opgesloten, eigen stukje tuin, badkamer, woonkamer, keuken." (fragmentnummer 4.14)

Twee respondenten geven aan dat het belangrijk is om een eigen voordeur te hebben.

"Als je je eigen voordeur nog hebt, kun je bezoek ontvangen en heb je nog je vrijheid." (fragmentnummer 5.6).

Vier respondenten geven aan dat een lift erg belangrijk is, om met de rolstoel of rollator naar de andere verdieping te gaan. Ook een traplift wordt genoemd.

Andere respondenten gaven een paar tips wat belangrijk is voor de kwaliteit van de woning. Zo geven zij aan dat het belangrijk is dat er brede gangen en deuren zijn, zo min mogelijk drempels en de wc en het bed wat hoger.

"Een paar beugels, de wc en het bed wat hoger." (fragmentnummer 6.25)

Twee respondenten die werkzaam zijn bij Stichting vrijwillige thuiszorg spreken uit ervaring dat ouderen het belangrijk vinden om zelf het appartement te kunnen inrichten en dat er uit gegaan wordt van de thuissituatie.

"Mensen die hun eigen spullen mee kunnen nemen. Is ook heel belangrijk... dat ze het zelf in kunnen richten...Heel belangrijk!" (fragmentnummer 8.53)

4.6.2. Domotica

Er wordt ook gedacht aan verschillende praktische zaken op het gebied van domotica. Respondenten spreken over het inzetten van domotica, die toepasbaar kan zijn om de kwaliteit van een appartement te verbeteren.

"De domotica, die er tegenwoordig is, zou je dan in moeten zetten. Dat er allerlei safety dingen ingebouwd worden." (fragmentnummer 3.52)

4.7. Praktische deelvraag 6

De zesde praktische deelvraag luidt als volgt:

Welke belemmerende factoren voor het vergroten van kwaliteit van leven zijn er?

Om deze deelvraag te kunnen beantwoorden is er gekeken naar de verschillende topics uit het labelschema. Belemmerende factoren als het gaat om de kwaliteit van leven zijn er op gebied van wonen, de kwaliteit van de woning, activiteiten, de overstap, financiën, zorgondersteuning, domotica, de kwaliteit van de zorg, lichamelijke aspecten, psychische aspecten, autonomie en eenzaamheid. In de volgende paragrafen worden deze gebieden toegelicht.

4.7.1. Ervaringen woonzorgvoorziening

Als het gaat om ervaringen die respondenten hebben op het gebied van wonen worden er een aantal belemmerende factoren genoemd voor het vergroten van de kwaliteit van leven. Zo hebben mensen bijvoorbeeld ervaren dat het grote aantal bewoners niet bevorderlijk is, er in verzorgingstehuizen weinig tijd is voor mensen en dat je dan vaak alleen en volledig afhankelijk bent. Eén respondent noemt bijvoorbeeld over het verzorgingstehuis:

*“Dat je daar woont met vijfenveertig mensen, dat was wel veel.”
(fragmentnummer 2.13)*

Twee van de vijftien respondenten zeggen iets over de grootte van de leefruimte die ze ervaren hebben.

*“Ze had weinig ruimte in het verzorgingstehuis...Kamers waren klein.”
(fragmentnummer 7.2)*

Daarnaast wordt nog genoemd dat de hulp in verzorgingshuizen krap is en dat er te weinig tijd is.

4.7.2. Kwaliteit woning

Over de belemmerende factoren op gebied van een woning is het volgende gezegd door één respondent. Zij vindt dat de kleuren van een woning iets is om goed over na te denken:

“De wondere wereld van dementie...Wij hebben de neiging om een mooie witte muur, een witte leuning. Die zien zij niet, zijn allemaal dingen waar je over moet nadenken.” (fragmentnummer 8.50)

4.7.3. Activiteiten

Drie van de vijftien respondenten geeft aan geen vaste of verplichte ‘bingo-avonden’ te willen. Eén respondent zegt allesomvattend:

“Geen verplichte activiteiten.” (fragmentnummer 3.62)

4.7.4. Overstap

Respondenten benoemen dat het niet goed is om te lang op jezelf te blijven wonen. Vroeg of laat kan het niet meer en dan hebben mensen geen zin meer om zoveel moeite te doen om te verhuizen. Eén respondent benoemd dat zijn ouders de stap ook te laat hebben gemaakt en dat ze te lang zijn blijven wonen.

“Mijn ouders hebben te laat die stap gemaakt.” (fragmentnummer 1.20)

4.7.5. Financiën

Gebleken is dat respondenten automatisch veel zeggen over de kosten die verbonden zitten aan verschillende voorzieningen of ondersteuning. Zo zegt bijvoorbeeld een respondent dat de enige nadelen aan thuiszorg de kosten zijn die eraan vastzitten. Vijf van de vijftien respondenten zegt dat zorg te duur is:

“Intensieve zorg wordt hartstikke duur.” (fragmentnummer 1.45)

Ook wordt benoemd dat mensen met een hogere leeftijd vaak geen pensioen op hebben gebouwd en als ze al pensioen hebben ze de zorg nog niet kunnen betalen.

“Er zijn veel mensen die dat van hun pensioen niet kunnen opbrengen.” (fragmentnummer 4.40)

Toch is er een respondent die benoemd dat zij en anderen het hoge kostenplaatje er voor over hebben.

“Maar ik denk zelf dat heel veel mensen wel bereid zijn, die financieel kunnen, om best wel een bijdrage te betalen om een stukje kwaliteit van leven.” (fragmentnummer 8.44)

4.7.6. Vrijwilligers en mantelzorgers

Respondenten vinden het belangrijk als er geluisterd wordt naar de zorgvrager, patiënt of mantelzorger. Eén respondent, werkzaam bij de Stichting Vrijwillige Thuiszorg Overijssel, zegt hier het volgende over:

“De mantelzorger kent zijn of haar zorgvrager het allerbeste en daar wordt heel vaak bijna niet naar geluisterd.” (fragmentnummer 8.56)

4.7.7. Domotica

Domotica wordt in de interviews veelal positief over gesproken, maar er zijn drie van de vijftien respondenten die vinden dat er ook een negatieve of belemmerende kant aan zit. Zij vinden dat het iemand ook in zijn of haar vrijheid kan beperken.

“Je moet ook uitkijken dat het niet doorslaat. Als het bedoeld is om de vrijheid te handhaven.” (fragmentnummer 1.82)

4.7.8. Kwaliteit

Over de kwaliteit van de zorg hebben de respondenten een duidelijke mening. Zo vinden vijf van de vijftien respondenten iets over de manier hoe met ouderen wordt omgegaan in de zorg.

“Ik vind het erg hoe er met ouderen wordt omgegaan.” (fragmentnummer 2.20)

Drie van de vijftien respondenten vinden dat er te weinig communicatie is in de zorg.

“De verzorgingshuizen zijn opgeheven...de somatische patiënten komen nou bij de GGZ. Dat vind ik zo erg. Er is geen communicatie, dan gaat iemand erg achteruit” (fragmentnummer 3.5)

4.7.9. Lichamelijke aspecten

Vier van de vijftien respondenten benoemen dat het lastig is als men lichamelijk minder kan.

“Het blijft heel lastig die laatste fase van het leven als allerlei lichamelijke gebreken komen.” (fragmentnummer 1.1)

“Niks meer kunnen is geen leven meer.” (fragmentnummer 4.30)

Respondenten benoemen bijvoorbeeld dat lichamelijke klachten invloed hebben op de indeling van de woning en op de sociale kring.

“Als je allemaal voorzieningen thuis nodig hebt word je cirkeltje steeds kleiner.” (fragmentnummer 1.51)

4.7.10. Psychische aspecten

Vier van de vijftien respondenten vinden psychische klachten belemmerend voor de kwaliteit van leven. Zij zijn van mening dat het lastig is om een blijvende woonvorm te vinden voor iemand met bijvoorbeeld dementie.

“Dan moet er 24-uurs zorg zijn, dan kan je iemand niet alleen laten.” (fragmentnummer 3.49)

“Dementie los je niet op met een woonvorm. De beginfase wel, maar daarna niet meer.” (fragmentnummer 3.56)

“Als je geestelijk niet meer kan, heb je niks aan aanpassingen in huis. Je moet verhuizen.” (fragmentnummer 5.16)

4.7.11. Autonomie

Op gebied van het behouden van de eigen regie zegt één respondent dat de eigen keuze automatisch minder wordt als je verzorgd moet worden. Een andere respondent, werkzaam bij de Stichting Vrijwillige Thuiszorg Overijssel, vertelt dat dit misschien de oorzaak is waarom mensen liever geen hulp in willen schakelen.

“Stel dat de thuiszorg bij mensen komt. En die mensen zijn dan heel bang dat ze alles overnemen. Dan kom ik zo en zo laat, en dan gaan we dit en dit doen. En die mensen hebben helemaal niets meer te vertellen in wat ze zelf willen. En dat weerhoudt mensen vaak om hulp in te schakelen.” (fragmentnummer 8.28)

4.7.12. Eenzaamheid

Vier van de vijftien respondenten benoemen eenzaamheid als belemmerende factor.

“Bij ouderen is eenzaamheid een van de grootste oorzaken van aftakeling.” (fragmentnummer 2.18)

Eén respondent zegt dat de afstand van de woonvoorziening tot het dorp hiervan de oorzaak kan zijn:

“Dat is misschien een klein nadeel van ver buiten het dorp wonen, dat je in een isolement raakt.” (fragmentnummer 7.16)

4.8. Praktische deelvraag 7

De zevende praktische deelvraag luidt als volgt:

Welke bevorderende factoren voor het vergroten van kwaliteit van leven zijn er?

In de volgende paragrafen worden de verschillende aspecten toegelicht die zouden kunnen zorgen voor het vergroten van de kwaliteit van leven.

4.8.1. Omgeving

Respondenten geven aan dat de omgeving erg belangrijk is. Eén respondent geeft aan dat de omgeving stimulerend moet zijn. Drie van de vijftien respondenten benoemen dat ze in een rustige omgeving willen wonen op hun oude dag.

“Waar ik ontzettend van hou is de rust. Dat is heel belangrijk, zeker als je ouder wordt.” (fragmentnummer 2.25)

4.8.2. Groepssamenstelling

Over de groepssamenstelling zijn vijf van de vijftien respondenten er over eens dat het goed is om jong en oud te mengen in een woonvoorziening, als in een soort commune.

“Ik zou graag in een commune willen leven, gemengd. Waar mensen nog naar het werk gaan en ook een boel ouderen die met elkaar de tent kunnen trekken.” (fragmentnummer 3.28)

Slechts één respondent geeft aan alleen samen met ouderen te wonen.

4.8.3. Voorzieningen

Negen van de vijftien respondenten geven aan dat ze graag een centrale ruimte zouden willen hebben in een woonzorgvoorziening. Als reden geeft bijvoorbeeld een respondent aan dat ze het fijn zou vinden om samen ergens te zitten in plaats van dat je altijd thuis zit.

Twee van de vijftien respondenten delen het idee om een kinderopvang te vestigen op de woonzorgvoorziening, om het contact tussen jong en oud te behouden.

Ook wordt aangegeven door drie van de vijftien respondenten dat een logeerkamer wenselijk is. Niet alleen voor familieleden van bewoners, maar bijvoorbeeld ook voor een verpleegkundige.

“Logeerruimtes waar familieleden kunnen blijven, bijvoorbeeld in een terminale fase.” (fragmentnummer 7.30)

Daarnaast geven twee van de vijftien respondenten nog aan dat eten ingekocht kan worden en dat het belangrijk is om goede maaltijden aan te bieden. Daar wordt het volgende over gezegd:

“Eten wordt steeds belangrijker als je ouder wordt en niet meer mobiel bent. Niet alleen omdat je lichamelijk goed gezond moet blijven, maar ook omdat dat deel van het programma of leven is dat belangrijk is.” (fragmentnummer 7.41)

4.8.4. Organisatie

Twee van de vijftien respondenten geven aan het belangrijk te vinden dat je als bewoner bij de organisatie terecht kan en dat goed wordt gekeken naar de wensen en behoeften van de bewoner.

4.8.5. Activiteiten

Acht van de vijftien respondenten geven aan dat een aanbod van activiteiten belangrijk is. Eén respondent geeft aan dat het aanbod van activiteiten afhankelijk is van welke hobby men had voor dat men naar een woonzorgvoorziening ging.

4.8.6. Overstap

Drie van de vijftien respondenten geven aan dat ze het belangrijk vinden om ergens te kunnen blijven wonen. Eén respondent benoemd dit aspect zelfs vier keer. Daarnaast geven drie van de vijftien respondenten aan dat ze een leuke plek zoeken waar ze zich thuis voelen in een mooie omgeving.

“We moeten vaak uit onze vertrouwde omgeving gaan, dan is het heerlijk om op een plek te zijn waar je je thuis voelt.” (fragmentnummer 2.37)

4.8.7. Domotica

Zes van de vijftien respondenten geven aan positief te zijn over domotica. Er wordt bijvoorbeeld gezegd:

“De domotica, die er tegenwoordig is, zou je dan in moeten zetten. Dat er allerlei safety dingen ingebouwd worden.” (fragmentnummer 3.52)

4.8.8. Zorgondersteuning

Drie van de vijftien respondenten benoemen dat het belangrijk is voor zorgondersteuners om voldoende aandacht te hebben voor de bewoners. Ook zegt een respondent dat het van belang is dat er geluisterd wordt en meegedacht wordt. Een andere respondent geeft aan dat een zorgondersteuner moet kijken naar wat er nodig is op dat moment.

4.8.9. Sociale aspecten

Zeven van de vijftien respondenten geven aan dat het van waarde is om sociale contacten te hebben en te onderhouden. Als aanvulling wordt nog door twee respondenten genoemd dat het ook belangrijk is om contact te houden met mensen van allerlei leeftijden.

4.8.10. Autonomie

Autonomie is een aspect dat tien van de vijftien respondenten erg belangrijk vinden. Zo zegt een respondent bijvoorbeeld:

“Belangrijk dat je gewoon je autonomie behoudt...over je leven...zelfs al ben je hulpbehoevend.” (fragmentnummer 1.64)

Twee respondenten geven aan dat ze zelf willen bepalen wanneer en wat ze willen eten. Daarnaast benoemen drie respondenten dat het behouden van de eigen regie afhankelijk is van hoe het met je is. Ook vinden ze dat dit aspect per persoon verschilt. Zo wordt bijvoorbeeld aangegeven:

“Luisteren naar wat mensen willen. Sommige mensen hebben liever dat het helemaal verzorgd is.” (fragmentnummer 1.79)

4.8.11. Activeren

Vijf van de vijftien respondenten spreken van het belang om actief te blijven en om de hersenen in beweging te houden.

5. Conclusies

In dit hoofdstuk wordt er per praktische deelvraag een conclusie weergegeven die uiteindelijk leidt naar een conclusie en antwoord op de hoofdvraag.

5.1 Conclusie deelvragen

5.1.1. Conclusie lichamelijke aspecten

In deze paragraaf wordt een conclusie gegeven op de deelvraag:
Welke behoeften hebben ouderen als het gaat om lichamelijke aspecten?

Uit de literatuur blijkt dat vrijwel elke oudere te maken krijgt met lichamelijke klachten. Vaak komt dit door biologische factoren en wordt dat als verlies gekenmerkt. Wanneer iemand slechter ter been raakt moet er gedacht worden aan allerlei verschillende zaken die van invloed zijn op iemands dagelijkse functioneren. Respondenten benoemen dat zij het prettig zouden vinden dat er genoeg mensen, denk aan zorgondersteuners, aanwezig zijn die hulp kunnen bieden als iemand met lichamelijke beperkingen kampt.

Deze laatste levensfase, waarin een oudere steeds slechter wordt, wordt gezien als een lastige fase waarbij dus hulp op welk gebied dan ook, van essentieel belang is, dit wordt nader toegelicht in theoretische deelvraag 1.

Respondenten geven aan dat een woonzorgvoorziening gezien kan worden als een hulpmiddel wanneer je afhankelijk wordt van hulp van een ander. Door middel van zo'n voorziening kan er sneller een beroep gedaan worden op de ander en is hulp makkelijker en directer aanwezig. Ook moeten er in een woonzorgvoorziening allerlei hulpmiddelen en voorzieningen gericht zijn op lichamelijke beperkingen.

Verder vinden de respondenten dat ouderen eerder de overstap moeten maken naar een woonzorgvoorziening. Wanneer iemand nog goed ter been is of psychisch stabiel is, wordt er nog niet nagedacht of gekeken naar een oplossing voor het moment dat het minder goed gaat. Zij gaan door totdat zij sneller achteruitgaan of niet meer in staat zijn om voor zichzelf te zorgen en dus te laat de overstap maken naar een woonzorgvoorziening. Dit komt ook omdat ouderen, volgens bestaand onderzoek, graag zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen.

Er moet dus op tijd nagedacht worden over de consequenties van het ouder worden.

5.1.2. Conclusie sociale aspecten

In deze paragraaf wordt een conclusie gegeven op de deelvraag:
Welke behoeften hebben ouderen als het gaat om sociale aspecten?

Wanneer het gaat om de behoeften van de ouderen op het gebied van sociale aspecten blijkt dat zeven van de vijftien respondenten hebben aangegeven dat het van waarde is om sociale contacten te hebben en te onderhouden.

Uit de interviews is naar voren gekomen dat een woonzorgvoorziening een stuk eenzaamheid kan opvangen. Zeven van de vijftien respondenten brengen het onderwerp eenzaamheid aan het licht. Deze respondenten geven aan erg op te zien tegen eenzaamheid en wensen dit niemand toe. Ouderen die samen in zo'n voorziening leven, kunnen zaken delen met elkaar of elkaar helpen waar nodig. Zeker wanneer iemand hulpbehoevend wordt hebben de ouderen behoeften aan een sociale kring.

Wat wordt genoemd door de respondenten als ideaalbeeld is de behoefte om intensief contact te hebben met de bewoners van de woonvoorziening. In de literatuur, die uitgewerkt is in de tweede theoretische deelvraag, staat beschreven dat een woonvoorziening kan bijdragen aan het aanvullen van het bestaande sociale netwerk van de ouderen. Een beroep doen op de sociale

kring kan situaties makkelijker maken en zo kan iedereen wat doen voor een ander. Een ander bijkomend aspect vanuit de theorie is dat het hebben van een goede sociale kring een positieve invloed heeft op de gezondheid en andersom. De respondenten vertellen dan ook, dat zij de behoefte hebben om er voor elkaar te zijn en anderen op deze wijze kunnen helpen. Dit geldt niet alleen voor het helpen van elkaar, maar ook voor het samen uitvoeren van activiteiten. Wanneer er gekeken wordt welke behoefte er nog meer zijn op het gebied van sociale contacten, vertellen twee respondenten dat het ook belangrijk is om contacten te onderhouden met mensen van verschillende leeftijden.

5.1.3. Conclusie zorgondersteuning

In deze paragraaf wordt een conclusie gegeven op de deelvraag:
Welke zorgondersteuning is nodig om te kunnen blijven wonen in de appartementen?

Wanneer er gekeken wordt naar welke zorgondersteuning er nodig is om thuis te kunnen blijven wonen, komen er verschillende aspecten naar voren. Respondenten vertellen dat thuiszorg bijdraagt aan het zo lang mogelijk thuis wonen. Hierbij is het volgens de respondenten belangrijk dat niet alleen thuiszorg maar ook andere zorgondersteuning ingekocht kan worden. Uit de resultaten blijkt dat de volgende soorten van zorgondersteuning wenselijk zijn, namelijk: het krijgen van huishoudelijke hulp, buurtzorg, verpleging en/of professionele begeleiding. Deze soorten van hulpverlening dragen bij aan het kunnen blijven wonen in een woonzorgvoorziening of in de eigen woning. Vanuit de literatuur wordt ook beschreven dat het inkopen van thuiszorg bijdraagt aan het zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Ook blijkt uit bestaande onderzoeken dat ouderen het liefst zo lang mogelijk thuis blijven wonen, totdat het vanwege psychische of lichamelijke beperkingen echt niet meer mogelijk is. Het inzetten van verschillende vormen van domotica kan volgens drie respondenten de verblijfsduur van het wonen bevorderen.

De inzet van vrijwilligers noemen de respondenten een belangrijk aspect, wanneer het gaat om zo prettig en comfortabel mogelijk blijven wonen in een woonzorgvoorziening. Vrijwilligers zorgen er namelijk voor dat de mantelzorgers ontlast worden en het daardoor langer vol kunnen houden om te blijven samenwonen met de partner en hier zorg voor te dragen. De literatuur stelt ook dat het terug kunnen vallen op het sociale netwerk bijdraagt aan het langer wonen in een voorziening.

Respondenten geven aan dat het belangrijk is dat het appartement volledig aangepast is aan de wensen van de ouderen. Wanneer het appartement aangepast is zal een oudere hier langer en comfortabeler kunnen blijven wonen. In de literatuur wordt verteld dat een betaalbare en goede aangepaste woning zal bijdragen aan het zo lang mogelijk thuis blijven wonen, dit vergeleken met de praktijk, komt er dan ook uit de resultaten naar voren dat de respondenten ook de voorkeur hebben voor het zo lang mogelijk zelfstandig wonen.

5.1.4. Conclusie ervaringen

In deze paragraaf wordt een conclusie gegeven op de deelvraag:
Welke ervaringen hebben ouderen met een zorgvraag in Holten en Wierden in verschillende woonvormen?

Uit de resultaten komt naar voren dat er in het algemeen weinig tevredenheid is over verzorgings- en/of verpleeghuizen. De ontevredenheid heeft volgens de respondenten voornamelijk te maken met de eenzaamheid, de afhankelijkheid, te weinig ruimte en te weinig tijd die er beschikbaar wordt gemaakt voor de ouderen. Zo verwijst de literatuur, deelvraag twee, naar dat de ouderen van nu andere eisen stellen aan de benodigde zorg dan de ouderen van vroeger. Hieruit blijkt ook dat de ouderen vinden dat er te weinig tijd vrijgemaakt wordt en er te weinig hulp geboden wordt.

Een ander argument wat wordt gegeven is dat ouderen zich nog te goed voelen om naar zo'n woonvoorziening te gaan en het liefst zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen. Dit door zoveel mogelijk zorg en hulp om zich heen te hebben.

De ervaringen van de geïnterviewde professionals uit het onderzoek zijn positief. Zij hebben de ervaring dat een oudere de volledige regie heeft over zijn/haar eigen zorg en dat zij zelf bepalen wat er gebeurt en wie er inzicht krijgt in de zorgondersteuning. Al met al geven de andere respondenten aan dat de negatieve ervaringen de stap maken naar een woonzorgvoorziening beïnvloeden. Door deze beïnvloeding blijven zij thuis wonen zolang dat mogelijk is.

5.1.5. Conclusie levensloopbestendig

In deze paragraaf wordt een conclusie gegeven op de deelvraag:

Welke kwaliteiten dient een appartement te hebben om levensloopbestendig te zijn?

Uit de resultaten komt naar voren dat er verschillende aanpassingen nodig zijn in de woningen om deze levensloopbestendig te maken voor ouderen. Zo blijkt dat het belangrijk is dat alle appartementen gelijkvloers moeten zijn en tevens is het van belang dat wanneer de ouderen lichamelijke gebreken krijgen, er brede gangen en deuren aanwezig zijn in een appartement. Overigens geldt dit ook voor de gemeenschappelijke ruimtes, deze dienen geschikt te zijn voor het gebruik van een rollator en/of rolstoel. Een ander belangrijk punt is het plaatsen van verschillende handvatten voor houvast en dat het bed en toilet worden aangepast aan de zorgvrager.

Wanneer er in de woning verschillende verdiepingen aanwezig zijn, dan is het belangrijk dat er een (trap)lift wordt geplaatst.

Uit de resultaten blijkt dat de ouderen veel waarden hechten aan hun privacy, daarom is een eigen badkamer, slaapkamer, keuken, tuin en eigen woonkamer van belang en zeer wenselijk.

Wanneer de ouderen psychische gebreken krijgen is het belangrijk om domotica in te zetten om de kwaliteit en de veiligheid van een appartement en de ouderen te waarborgen.

5.1.6. Conclusie belemmerende factoren

In deze paragraaf wordt een conclusie gegeven op de deelvraag:

Welke belemmerende factoren voor het vergroten van kwaliteit van leven zijn er?

Als het gaat om de kwaliteit van leven zijn er op verschillende gebieden belemmerende factoren waar te nemen. **Het is niet bevorderlijk als het aantal mensen in een voorziening te groot is.**

Tevens hebben de respondenten ervaren dat te weinig tijd en aandacht voor de mens niet bevorderend werkt op de kwaliteit van leven, dit komt ook duidelijk naar voren in de tweede theoretische deelvraag. Belemmerende factoren op het gebied van wonen zijn de te kleine leefruimtes en de inrichting van de woningen. Hierbij wordt vooral de kleur van de woning opgemerkt. Ook is gebleken dat domotica een belemmerende factor kan zijn, dit voornamelijk wanneer er verkeer mee wordt omgegaan of om vrijheden te beperken.

Het is belangrijk dat er geen verplichte activiteiten zijn. Het kan belemmerend zijn wanneer de ouderen niks meer te vertellen hebben over hun eigen dagindeling. Dit kan de ouderen ook tegen houden om hulp van anderen te aanvaarden.

Daarnaast wordt de overstap, volgens de respondenten, als belemmerend gezien voor de kwaliteit van leven. Vaak maken de ouderen deze stap te laat waardoor het steeds moeilijker wordt om deze overstap alsnog te maken. De ouderen verblijven vaak niet meer in de juiste woonvoorziening wat de kwaliteit van leven kan beïnvloeden.

Wat in de interviews niet gevraagd is maar wat wel naar voren kwam bij de respondenten is dat de kosten die verbonden zijn aan verschillende voorzieningen of ondersteuning een groot nadeel is. De zorg is te duur en de mensen die geen pensioen hebben opgebouwd kunnen

hierdoor de zorg niet meer financieren.

Vanuit de literatuur wordt gesteld dat een kernpunt van de Wmo gericht is op het zo lang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen. Gezien de hoge kosten die tegenwoordig aan de zorg verbonden zijn, is het voor de ouderen in de praktijk niet meer te realiseren om thuis te blijven wonen.

Een ander punt wat naar voren komt door de geïnterviewde professional is dat er te weinig wordt geluisterd naar de mantelzorger, terwijl deze de zorgvrager het allerbeste kent. Andere respondenten geven aan dat zij het erg vinden hoe er tegenwoordig wordt omgegaan met ouderen in de zorg, wat de kwaliteit van leven van de ouderen beïnvloedt.

Ook hebben lichamelijke klachten negatieve effecten heeft op de kwaliteit van leven en de sociale omgeving.

Op het gebied van psychische aspecten is het voornamelijk moeilijk een passende woonvorm te vinden waar een oudere zijn of haar hele leven kan blijven wonen. Uit de literatuur blijkt, beschreven in theoretische deelvraag twee, dat er te weinig getrainde specialisten zijn voor de doelgroep ouderen. Hierdoor sluiten de zorgvraag en zorgaanbod niet op elkaar aan.

Als laatste belemmerende factoren wordt het aspect eenzaamheid genoemd. Eenzaamheid heeft grote invloed op de kwaliteit van leven van de ouder wordende mens.

5.1.7. Conclusie bevorderende factoren

In deze paragraaf wordt een conclusie gegeven op de deelvraag:

Welke bevorderende factoren voor het vergroten van kwaliteit van leven zijn er?

Er zijn een aantal bevorderende factoren naar voren gekomen op verschillende gebieden die bij kunnen dragen aan het bevorderen van de kwaliteit van leven. Het is belangrijk volgens de respondenten om ergens te kunnen wonen waar ze kunnen blijven en waar ze zich thuis voelen. Een rustige omgeving draagt hieraan bij. Ook de groepssamenstelling is hier een belangrijk onderdeel van. Het merendeel van de respondenten zou graag een samenstelling van jong en oud willen in de woonzorgvoorziening. Het contact met jonge mensen en zelfs met kinderen zal hen kunnen activeren en tevens zal het de hersenen in beweging houden.

Ook voorzieningen worden gezien als een belangrijk aspect. Een eerste belangrijke voorziening is een centrale ruimte om daar af te spreken en om daar gezamenlijk activiteiten te kunnen ondernemen. Het hebben van sociale contacten en het onderhouden wordt namelijk als belangrijk ervaren om bijvoorbeeld actief te blijven. Activiteiten kunnen te maken hebben met hobby's die mensen vroeger gehad hebben. Ouderen willen zelf bepalen wat ze doen. Per individu moet bekeken worden wat iemand wil. Sommigen vinden een vaste dagindeling juist prettig of zijn bijvoorbeeld psychisch niet meer in staat om eigen keuzes te kunnen maken. Naast de centrale ruimte waar activiteiten plaats kunnen vinden, geven een aantal respondenten aan dat het goed zou zijn om een kinderopvang of iets dergelijks bij de woonzorgvoorziening te betrekken. Dit heeft ook weer te maken met het contact tussen jong en oud.

Een derde voorziening die genoemd wordt door respondenten is een logeerkamer zodat het contact met familie makkelijker onderhouden kan worden. Familie die bijvoorbeeld ver weg woont, kan dan eens een weekend langs komen. Ook kan het voor komen dat iemand een laatste terminale fase in gaat. Dan is het van belang dat familie kan blijven waken op het terrein.

Een andere bevorderende factor voor de kwaliteit van leven is goede zorgondersteuning wanneer dat nodig is. Mensen verwachten voldoende aandacht en een luisterend oor van zorgondersteuners. Ook zouden zij graag zien dat zorgondersteuners mee denken met de bewoners en per persoon kijken naar wat nodig is. Dit kan omschreven worden als het bieden van zorg op maat. Zo beschrijft de literatuur, die verder uitgewerkt is in theoretische deelvraag drie, om zorg op maat te kunnen bieden. Daar dient een instelling onder andere aan vooraf gestelde kwaliteitsnormen te voldoen. Het bieden van zorg op maat wordt overigens gezien als een bevorderende factor voor het gelukkig oud worden.

Ook wordt aangegeven dat de bewoners ergens terecht moeten kunnen wanneer ze ergens tegen aan lopen en vinden ze dat de organisatie goed moet blijven kijken naar de wensen en behoeften van de ouder wordende mens. Verder kan de organisatie ook inspelen op en rekening houden met psychische klachten als dementie door gebruik te maken van domotica. Dit kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat deze mensen ondanks psychische klachten toch kunnen blijven wonen door bijvoorbeeld gebruik te maken van camera's, enkelbanden en andere technische hulpmiddelen.

Tot slot stelt het algemene gezondheidsbeleid, dat beschreven staat in theoretische deelvraag 3, dat het stellen van lange termijn doelen gezien kunnen worden als een bevordering voor het gezond oud worden. Deze doelen zijn gericht op het stimuleren van lichamelijke activiteiten, de sociale integratie en het behouden van autonomie. Respondenten geven aan dat er lichamelijke en geestelijke activiteiten aangeboden dienen te worden om op deze wijze zo actief mogelijk te blijven. Tevens wordt aangegeven dat het behouden van autonomie een belangrijk aspect is voor de ouderen. Desalniettemin geven een paar respondenten aan dat een deelname in de sociale maatschappij niet mag ontbreken.

5.2 Conclusie hoofdvraag

De centrale vraagstelling van dit onderzoek luidt:

Welke factoren zijn volgens ouderen van belang om geschikte woonzorgvoorzieningen in Holten en Wierden op te zetten?

Er komt duidelijk naar voren, zowel uit de literatuur als uit de praktijk, dat er veel verschillende factoren zijn die bijdragen aan een zo geschikt mogelijke woonzorgvoorziening voor ouderen in de plaatsen Holten en Wierden. Een eerste factor die meespeelt is het bieden van zorg op maat aan de ouderen. De combinatie van wonen, zorg en dienstverlening moeten aansluiten bij de zorgvraag van de ouderen (vanden Boer, 1999). Om zorg op maat te kunnen bieden dient een instelling aan vooraf gestelde kwaliteitsnormen te voldoen (Nivel, 2004). Uit de resultaten komt naar voren dat er wordt verwacht dat er voldoende aandacht is en een luisterend oor geboden wordt vanuit de zorgondersteuners. De respondenten zouden graag zien dat er meegedacht wordt met de bewoners en er per individu gekeken wordt wat nodig is en wat diegene wil.

Naast de combinatie van wonen, zorg en dienstverlening, moeten de ouderen op tijd de zorg krijgen die zij nodig hebben en moet een betere samenwerking tussen hulpverleners leiden tot een betere inzet van middelen en mensen (Huisarts en Wetenschap, 2007).

Een andere factor die belangrijk is voor ouderen heeft betrekking op het sociale aspect. Zo geven de respondenten aan dat eenzaamheid opgevangen moet worden door het bieden van verschillende activiteiten en voorzieningen die de samenwerking stimuleren tussen de bewoners. Uit de resultaten blijkt dat er behoefte is om intensief contact te hebben met de bewoners van de woonvoorziening. Daarnaast stelt de literatuur dat een woonvoorziening kan bijdragen aan het aanvullen van het bestaande sociale netwerk van de ouderen. De samenstelling van bewoners kan een afwisseling betreffen qua leeftijden en de groep van bewoners mag niet te groot zijn.

Een derde belangrijke factor, wat meerdere malen naar voren komt uit de interviews, is het waarborgen van de privacy van de ouderen door middel van een appartement met volledig eigen voorzieningen.

Verder vertellen de respondenten dat de autonomie in acht genomen moet worden en dient men de ouderen zelf invulling te laten geven aan hun dag en geen verplichtingen op te leggen. Zolang dit mogelijk is, qua psychische en lichamelijke gesteldheid, zal een bewoner van de woonzorgvoorziening zelf de regie houden over zijn/haar leven.

Uit eerder onderzoek (Francke, 2010) is gebleken dat de kritiek op de zorg met name betrekking heeft op tijdgebrek van verpleegkundigen. Het is van belang dat er per bewoner voldoende aandacht en tijd wordt besteed en dat dit gewaarborgd wordt.

Tot slot zal de woning volledig aangepast moeten worden, zodat alle psychische en lichamelijke beperkingen opgevangen kunnen worden indien nodig. De respondenten geven dan ook aan dat de aanpassingen in de woning van essentieel belang zijn om zo lang mogelijk te kunnen blijven wonen in een woonzorgvoorziening. Dit houdt in dat deze aanpassingen vroegtijdig of permanent aanwezig zijn in de woning.

5.3 Aanbevelingen

Op basis van de resultaten en de conclusie zullen er in deze paragraaf aanbevelingen worden gedaan om een zo geschikt mogelijke woonzorgvoorziening te realiseren in Holten en in Wierden.

5.3.1. Aanpassingen woning

In de conclusie is reeds beschreven dat een woning vroegtijdig, volledig aangepast moet worden zodat lichamelijke en psychische gebreken opgevangen kunnen worden. De volgende aanbevelingen kunnen gedaan worden op dit gebied per woning:

- De begane grond (zonder verdieping) zal gelijkvloers moeten zijn
- Er moeten brede gangen en deuren aanwezig zijn
- Er moet in de woning een eigen woonkamer, keuken, slaapkamer, hal en badkamer aanwezig zijn
- Er kan gekozen worden voor individuele kleine tuintjes of indien mogelijk een grotere gezamenlijke tuin
- Er moeten in hoogte verstelbare bedden zijn
- Er moeten hoge toiletten in de badkamer aanwezig zijn
- Er moeten in de ruimtes voldoende beugels en of handvatten aanwezig zijn
- De ruimtes moeten groot genoeg zijn om te kunnen manoeuvreren met een rolstoel/rollator (een voorbeeld is het kunnen keren in de toilet/badkamer)
- Er moet domotica ingezet worden in de woningen (Hier kan gedacht worden aan technieken die automatisch het gas uitschakelen, deuren vergrendelen, alarmknoppen etc.)
- De inrichting moet afhankelijk zijn van wat de bewoner wil (dit wil zeggen dat iemand zelf kan bepalen hoe de inrichting eruit gaat zien, om zo een veilig en vertrouwd mogelijke omgeving te creëren)
- Bewust kleurgebruik in de woning toepassen (geen witte stopcontacten of schakelaars op een witte muur of een witte wc-bril)

5.3.2. Activiteiten en voorzieningen

Uit de conclusie is gebleken dat eenzaamheid onder ouderen opgevangen kan worden door het aanbieden van voldoende activiteiten en voorzieningen.

- Het is raadzaam om vrijwilligers te werven voor het opzetten en uitvoeren van activiteiten op het terrein
- Geen vaste activiteiten volgens dezelfde structuur
- Een verscheidenheid in de activiteiten aan bieden en de bewoners laten meedenken (het zou bijvoorbeeld een idee zijn om mensen te laten vertellen over hun hobby's, leven, hun reizen etc. als in een soort lezing)
- Bied activiteiten aan die de samenwerking tussen ouderen stimuleren (bijvoorbeeld samen onderhoud doen aan de tuinen, koken etc.)
- Raadzaam is om een logeerruimte vrij te houden en beschikbaar te stellen voor familie of verpleegkundigen
- Er moet een gezamenlijke ruimte aanwezig zijn om koffie te kunnen drinken, te kunnen eten, activiteiten te ondernemen of om even buiten de deur te komen

5.3.3. Zorg op maat

- Het zou bevorderlijk zijn om goed af te stemmen wie waar verantwoordelijk voor is, zodat er geen zaken langs elkaar lopen
- Belangrijk is om te kijken naar wat iedere individu nodig heeft aan zorg
- Belangrijk is dat er niet alleen naar de zorgvrager geluisterd wordt, maar ook naar de mantelzorger (hij of zij weet vaak het beste welke zorg iemand nodig heeft)
- Zorgverleners moeten voldoende tijd hebben voor de cliënt
- Om goed zorg op maat te bieden is het van belang dat de woonzorgvoorziening niet te groot is, dan blijft er namelijk voldoende tijd en aandacht over voor elke bewoner
- Elke oudere moet zelf zijn of haar dag kunnen indelen om de autonomie te behouden (biedt maaltijden aan die bewoners zelf kunnen uitkiezen en opwarmen wanneer iemand dat wil)
- De kwaliteit van de zorg binnen een instelling kan pas goed aangeschreven staan wanneer er een HKZ-keurmerk is behaald. Het behalen hiervan is dan ook een vereiste.
- De uitgangspunten van 'active ageing' kunnen nagestreefd worden, het veelvuldig inzetten van revalidatie, de zelfstandigheid waarborgen en preventie van invaliditeit en de levenskwaliteit verzekeren wanneer functieverlies definitief aanwezig is
- Het stellen van lange termijn doelen die gericht zijn op het stimuleren van lichamelijke activiteit, de sociale integratie en het behouden van autonomie

5.3.4. Zorgaanbieders

- Raadzaam is om 24-uurs zorg aan te bieden, hiervoor kan de logeerruimte gebruikt worden
- Om eventueel de kosten te drukken is het aan te raden om allen (de bewoners) van dezelfde zorgaanbieders gebruik te laten maken. Op deze manier is de zorg en ondersteuning makkelijker te combineren op het terrein en voordeliger
- Het is goed om voldoende vrijwilligers te werven voor het ontlasten van de mantelzorgers
- Juiste specialisten aannemen of de huidige hulpverleners trainen, op het gebied van psychische ondersteuning, zodat er voldoende kennis aanwezig is
- Er dient voldoende tijd vrij gemaakt te worden voor zorg en ondersteuning

5.3.5. Groepssamenstelling

- De centrale ruimte kan gebruikt worden om mensen (lees: jongeren) naar de woonzorgvoorziening toe te trekken vanwege eventuele activiteiten voor jong en oud
- Er kan een kinderopvang gevestigd worden op het terrein van de woonzorgvoorziening
- Er kan gekozen worden om een aantal appartementen vrij te houden voor andere doelgroepen (denk hierbij aan gezinnen met kinderen)

5.3.6. Organisatie

- Goed aanspreekbaar bestuur
- Uitdragen of duidelijk maken dat mensen indien dat nog mogelijk is ook een stukje zorg dragen voor elkaar
- De organisatie kan door het maken van reclame bewoners naar de woonzorgvoorziening toe trekken en bewust maken van de overstap (denk hierbij aan posters, bijeenkomsten, voorlichtingen, brieven etc.)
- Goed en doordacht de huurprijs bepalen van de appartementen
- Goede samenwerking en communicatie tussen de organisatie en het netwerk van de ouderen is van belang

5.3.7. Onderzoek

- Er zou onderzoek gedaan kunnen worden naar het preventief werken in de zorg. Uit eerder onderzoek van Zorgbelang Nederland & Stichting Pharos (2013) blijkt dat ouderen dit een belangrijk thema vinden. Zij willen zo lang mogelijk gezond blijven en anderen helpen. Hiervoor is het nodig om randvoorwaarden te creëren voor het organiseren van preventieve activiteiten en het monitoren van de gezondheid van de ouderen
- Uit dit onderzoek is gebleken dat de overstap naar een woonzorgvoorziening een belangrijke en moeilijke afweging kan zijn tijdens het ouder worden. Nader onderzoek hiernaar lijkt heel welkom.

5.4 Sterktes en zwaktes

In dit hoofdstuk worden de sterktes en zwaktes van het onderzoek toegelicht.

5.4.1. Sterktes

De samenwerking tussen de onderzoekers en de opdrachtgever verliep goed. Vanaf het begin zijn er duidelijke afspraken gemaakt, is er mail- en belcontact geweest en hebben de onderzoekers meerdere malen op het terrein afgesproken met de opdrachtgever. Tevens is de opdrachtgever eenmalig op het Saxion geweest om de planning door te nemen en om afspraken te maken voor de interviews.

De onderzoekers hebben zich strak gehouden aan de planning die vooraf opgesteld is. Dit is een sterkte, omdat hierdoor het onderzoek tijdig afgeleverd kon worden bij de opdrachtgever en bij het Saxion.

Waar de onderzoekers bij de proefinterviews al achter kwamen is dat ze elkaar goed aanvulden bij het stellen van de vragen. Dit hebben de onderzoekers doorgezet tot aan het laatste interview.

Niet alleen de communicatie tussen opdrachtgever en de onderzoekers was prettig, maar ook de communicatie tussen de onderzoekers zelf verliep soepel. Wanneer er belangrijke zaken waren die besproken moesten worden, werd dit ook serieus in acht genomen.

In totaal zijn er vijftien respondenten geïnterviewd, verdeeld over acht interviews. Het uitvoeren van proefinterviews is een sterkte, omdat op deze manier geoefend kon worden met de vraagstelling en de duur van de gesprekken. De focusgroep die daarna volgde was een mooie aanvulling, omdat de respondenten elkaar aanvulden, in discussie gingen en op deze manier tot nieuwe inzichten kwamen. De onderzoekers hadden bij de focusgroep een duidelijke taakverdeling en manier van samenwerken. Iemand hield bijvoorbeeld de duur van het gesprek in de gaten, de ander controleerde de topiclijst en allen hebben goede vragen gesteld. Ook een sterkte is dat de opdrachtgever aanwezig was bij een aantal interviews, waaronder de proefinterviews, de focusgroep en het interview met de professionals. Hij legde nadat de onderzoekers zich hadden voorgesteld en het gesprek hadden geïntroduceerd wat uit over de Stichting Olde Hove. Zo konden de onderzoekers zich optimaal concentreren op de eigen vraagstelling. Daarnaast zijn er twee professionals, werkzaam bij de Stichting Vrijwillige Thuiszorg Overijssel geïnterviewd. Zij zijn op een andere manier betrokken bij het onderzoek en hebben veel ervaring met verschillende woonvoorzieningen en de doelgroep. Dit heeft veel nieuwe informatie opgeleverd voor de onderzoekers en vandaar dus ook een sterkte. De vijftien respondenten kwamen uit verschillende milieus en hadden hierdoor verschillende inzichten, dus leverde dat meer resultaten op.

Een andere sterkte is dat de onderzoekers ervoor gekozen hebben om direct na het houden van een interview te transcriberen, om zo een betrouwbaarder resultaat te verkrijgen. De gesprekken zitten namelijk dan nog goed in het geheugen, dat maakt het makkelijker om bij onduidelijke opnames te horen wat iemand precies zei.

Na het transcriberen en labelen kwamen de onderzoekers tot de conclusie dat de vraagstelling aan de hand van de topics de juiste resultaten opleverde. Hieruit konden dan ook correcte conclusies worden getrokken, waarna er aanbevelingen gedaan konden worden.

5.4.2. Zwaktes

De onderzoekers hadden de interviews beter een week eerder kunnen plannen. Deze waren wel volgens planning, maar werden gehouden in de uitlooptijd die hiervoor stond. Hierdoor was er een week minder tijd over voor het analyseren en het schrijven van het rapport.

Bij een aantal interviews was ruis aanwezig. Dit in de vorm van een televisie die aanstond, een radio die nog speelde op de achtergrond en vooral respondenten en onderzoekers die door elkaar heen praatten. Dit maakte het transcriberen erg moeilijk, omdat als er vier mensen door elkaar heen praten men niet meer kan nagaan wat er door wie gezegd is. Na het vierde interview werd hier beter rekening mee gehouden. Dit maakte het transcriberen een stuk eenvoudiger. Daarna hadden de onderzoekers enige moeite met het vinden van een juiste manier om te labelen. Er zijn een aantal manieren en verschillende schema's gehanteerd die niet bleken te werken. Uiteindelijk is er een schema gevonden dat tot de juiste resultaten leidt. Wel was er de moeilijkheid dat niet alle labels goed bij elkaar stonden. Dat zorgde voor veel zoekwerk bij het schrijven van de resultaten. Bij een volgend onderzoek zal er op een andere manier gelabeld worden, bijvoorbeeld met het programma Kwalitan.

Deelvraag 6, belemmerende factoren, was lastig om te beantwoorden, omdat de onderzoekers meer op een positieve manier de vragen hebben gesteld. Wel zijn er belemmerende factoren uitgekomen die bijdragen aan het beantwoorden van de hoofdvraag.

Bij proefinterview 1 en interview 7 is er iemand uit het bestuur van Stichting Olde Hove geïnterviewd. Dit heeft er mogelijk voor gezorgd dat deze respondenten vastklemden aan wat ze al wisten. Hierdoor zijn er inzichten verkregen door de onderzoekers die al in het bestuur besproken zijn en dus al bekend zijn bij de stichting.

Bij de sterktes in de vorige paragraaf zorgde de aanwezigheid van de opdrachtgever voor een positieve bijdrage vanwege de extra informatie. Echter bij één interview (proefinterview 2) hebben de onderzoekers het idee dat de respondent zich te veel aantrok van de aanwezigheid van de opdrachtgever, omdat zij op het terrein woont waar de woonvoorziening gevestigd zal worden. Het zou kunnen dat zij zich inhield in om de opdrachtgever eventueel niet te kwetsen. Een andere zwakte is de externe validiteit. Dit onderzoek zal waarschijnlijk niet geprojecteerd kunnen worden op een andere gemeente, omdat men dan wellicht te maken heeft met andere normen, waarden en achtergronden.

5.5 Discussie

Wat opvalt is dat veel ouderen negatief spreken over de bestaande woonzorgvoorzieningen in hun omgeving. Deze negatieve ervaringen gaan over de voorzieningen zelf, over de aanwezige verzorging, de bezuinigingen die plaatsvinden en de te hoge kosten voor het inkopen van zorg. De hoogte van het eigen risico is gestegen in de afgelopen jaren en langzaamaan worden bepaalde voorzieningen steeds minder goed te betalen voor ouderen. Zij zijn dan genooddaakt om zorg aan te nemen die beneden de maat is of niet aansluit bij wat de ouderen eigenlijk nodig hebben.

Zoals bekend, is op 1 januari 2015 de Wet maatschappelijke ondersteuning ingegaan en dit houdt in dat de gemeenten zorg dragen voor verschillende doelgroepen en zo ook voor ouderen. De gemeenten richten zich met name op de participatie en zelfredzaamheid van de ouderen en op het gebied van beschermd wonen en opvang. Zo bepaalt de gemeente welke ondersteuning er plaats vindt met betrekking tot de hulp in het huishouden, bepaalde aanpassingen in de woning en de thuiszorg die wel of niet nodig is voor een oudere. Lang niet alle ouderen krijgen hulp geboden vanuit de Wmo. Hierdoor zijn sommige ouderen genooddaakt om naar een verzorgingshuis of woonvoorziening te gaan, omdat zij niet meer in staat zijn om zelfstandig te wonen of niet de zorg aangeboden krijgen die zij nodig hebben (Henkel, 2015).

Bovenstaande wordt meerdere malen aangegeven door de ouderen. De zorg die zij ontvangen vinden zij te summier of de huishoudelijke hulp is te beneden de maat. Wanneer er meer behoefte is aan zorg, moeten zij dit zelf bekostigen en de meeste ouderen kunnen dit niet. Zij moeten rondkomen van hun AOW met een eventuele aanvulling vanuit hun pensioen, maar niet alle ouderen hebben een pensioen opgebouwd of het is niet genoeg om de juiste zorg voor in te kopen.

Een ander veelvoorkomend probleem is dat ouderen en hun omgeving spreken over te weinig tijd die er vrijgemaakt wordt voor de ouderen. De werkdruk van de verpleegkundigen in de verzorgingscentra is vaak te hoog en er is te weinig tijd en een onderbezetting op de werkvloer, waardoor de ouderen hier de dupe van worden. Zij moeten langer wachten wanneer zij naar het toilet moeten en er is vaak te weinig tijd voor de dagelijkse verzorging, zoals wassen of douchen. Verder is er ook geen of onvoldoende tijd voor activiteiten als een stuk wandelen. Tegenwoordig moet het afhangen van een vrijwilliger of zijn de ouderen aangewezen op hun sociale netwerk. Zo geven ouderen aan dat hun kinderen vaak te ver weg wonen en zij geen beroep willen doen op hun kinderen, dus de praktijk wijst uit dat de ouderen op zichzelf aangewezen zijn. Erg schrijnend stelt het Nationaal Ouderenfonds (2016) dat er ruim 1.200.000 ouderen eenzaam zijn in Nederland en zelfs 200.000 ouderen extreem eenzaam zijn.

Tijdens dit onderzoek kwam naar voren dat een professional, die werkzaam is bij Stichting Vrijwillige Thuiszorg Overijssel, eerder werkzaam was in een verpleegtehuis en daar ontslag genomen heeft. Dit omdat zij het niet eens was met de beleidsvoering van die instelling. Zij stelde dat er te weinig tijd was voor de ouderen en dit ging tegen haar principes in als mens en als hulpverlener. Zij kon de ouderen niet de aandacht geven die zij nodig hadden, puur vanwege bezuinigingen en een te lage bezetting op de werkvloer.

Echter kan het niet altijd voorkomen worden dat er te weinig tijd is voor cliënten en in dit geval ouderen. Er worden vaak besluiten genomen door het bestuur van een instelling en als hulpverlener heb je hier maar naar te schikken. Ondanks het feit dat het tegen je eigen principes of de beroepscode van Sociaal Pedagogische Hulpverleners ingaat.

Kortom, er kan gesteld worden dat de eenzame ouderen en de zorg die minimaal is richting de ouderen, een serieus probleem is in Nederland en dat er door verschillende zorgcentra gewaakt moet worden voor dit feit. Ouderen moeten serieus genomen worden en er moet zorgvuldig gekeken worden naar welke zorg zij nodig hebben en of de geboden zorg aansluit bij de behoeftes. Verder moet er voldoende tijd en aandacht beschikbaar gesteld worden voor de ouderen. De toekomstige woonvoorzieningen in Holten en Wierden streven naar voldoende bezetting binnen de geboden zorg, zodat de ouderen de tijd en aandacht krijgen die zij nodig hebben en zij op deze wijze zelf indelingen aan hun dag kunnen geven op welk gebied dan ook. Uiteindelijk leidt dit tot behoud en borging van de autonomie van de ouderen, wat bijdraagt aan geluk en op een humane manier oud worden.

Referenties

- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., de Goede, M., Peters, V. & van der Velden, T. (2013). Basisboek Kwalitatief onderzoek. *Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers
- Baltes, P.B. (1999). Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32, 433-448
- Baltes, P.B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135
- Bartels, S., & Naslund, J., (2013). The underside of the silver tsunami - older adults and mental health care. *New English Journal of Medicine*, 368, 493-496
- Bouman A., Van Rossum E., Nelemans P., Kempen G. & Knipschild P. (2008). Effecten van intensieve huisbezoekenprogramma's. *Een systematische literatuurstudie voor ouderen met gezondheidsproblemen*. Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde, 2008a; 33: 148-153.
- Francke, A.(2010). De verzorgende laatste levensfase. *Kwaliteit van zorg*. Verkregen van http://www.annaelizabethfoundation.org/AEF/Publications_files/Oratie-Anneke-Francke-1.pdf
- Garssen, J. & Harmsen, C. (2011). *Ouderen wonen steeds langer zelfstandig*. Heerlen/Voorburg: CBS
- Gorter, B. (2010). Een passende plek voor een goede oude dag. *Een onderzoek naar het niet-verhuizen van ouderen in een Amsterdamse buurt*. Amsterdam: Universiteit van Utrecht
- Heerink, M., Pinkster, S. & Bratti-van der Werf, M. (2009). Onderzoek in zorg en welzijn. *Een praktische inleiding*. Amsterdam: Pearson Education Benelux
- Henkel, L. (2015). Van een verzorgingsstaat naar een verzorgende participatiestaat. *Een onderzoek naar actief burgerschap en buurtinitiatieven ten behoeve van hulpbehoevende kwetsbare ouderen in Nederland*. Verkregen van <https://www.movisie.nl/sites/default/files/Lorene-Henkel-Van-verzorgingsstaat-naar-participatiestaat.pdf>
- HKZ. (2016). *Wat is het HKZ-certificaat?*
Verkregen van <http://www.hkzcertificaat.nl/index.php?id=2>
- Honig, M. (2010). Ouderen en Technologie. *Thesis Master Informatiekunde Programma Human Centered Multimedia*. Verkregen van <http://dare.uva.nl/cgi/arno/show.cgi?fid=224295>
- Hoogeveen, F. (2008). *Leven met dementie. Veroudering*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Huisarts en Wetenschap. (2007). *Zorg-op-maat in het verzorgingshuis*.
Verkregen van <http://link.springer.com/article/10.1007/BF03085426>
- IGZ. (2004). *Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet*. Verkregen van <http://www.igz.nl/zoeken/document.aspx?doc=Verpleeghuizen+garanderen+minimal+zorg+niet&docid=700>

- IGZ. (2005). *Update van de resultaten van het meldpunt verpleeghuiszorg*. Verkregen van http://www.webpag.nl/archief/2006-02_Eindrapportage.pdf
- Kullberg, J. (2005). *Ouderen van nu en van de toekomst: hun financiële spankracht, zorgbehoefte en woonwensen*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Kullberg, J. & Ras, M. (2004). *Met zorg gekozen? Woonvoorkeuren en woningmarktgedrag van ouderen en mensen met lichamelijke beperkingen*. Den Haag: Ministerie van VROM.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2005). *Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing*. Den Haag: VWS
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2003). Plan van aanpak. *Visie op vergrijzing en het integrale ouderenbeleid*. Den Haag: VWS.
- Nationaal ouderenfonds (2016). Organisatie ouderenfonds. Verkregen van <https://www.ouderenfonds.nl/>
- Nivel. (2004). *Kwaliteit van zorg voor ouderen met psychogeriatrische problemen*. Verkregen van <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Kwaliteit-van-zorg-voor-ouderen-met-psychogeriatrische-problemen-in-verpleeg-en-verzorgingshuizen.pdf>
- Rowe, J.W., & Kahn, R.L. (1997). Successful aging. *Gerontologist*, 37 , 433-440
- Swedish National Institute of Public Health. (2007). *Healthy Ageing. A Challenge for Europe*. Stockholm: SNIPH
- Tieleman, M. (2011). Levensfase. *De psychologische ontwikkeling van de mens*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Trouw. (2013, 1 oktober). *Ouderen in Nederland hebben weinig te klagen*. Verkregen van <http://www.trouw.nl/tr/nl/4492/Nederland/article/detail/3519491/2013/10/01/Ouderen-in-Nederland-hebben-weinig-te-klagen.dhtml>
- Van Bilsen, P., Hamers, J., Spreeuwenberg, C. & Groot, W. (2008). *The use of community-based social services by elderly people at risk for institutionalization*. *Health Policy* 87, 285-295.
- Vanden Boer, L. (1999). Over wonen-met-zorg van ouderen. *Serviceflat en rusthuis: (g)een paar apart?* Apeldoorn: Garant Uitgevers
- Van Dijk, H., Cramm, J., Lotters, F. & Nieboer, A. (2013). Even buurten: een wijkgerichte aanpak voor thuiswonende ouderen in Rotterdam. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, *Sociaal Medische Wetenschappen*, 2-60.
- Verhoeven, N. (2011). Wat is onderzoek? *Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers
- Von Faber, M. (2002). *Mate van succes bij ouderen: Gezondheid, aanpassing en sociaal welbevinden*. Rotterdam: Optima

- Wiegers, T., Stubbe, J. & Triemstra, A. (2007). Ontwikkeling van een CQ-Index voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg. *Kwaliteit van zorg volgens bewoners, vertegenwoordigers en cliënten*. Utrecht: Nivel
- World Health Organization. (2002). Active ageing: *a policy framework*. Verkregen van http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf. Geneva: WHO
- Zorgbelang Nederland & Stichting Pharos. (2013). Ouderen over ondersteuning en zorg. *Kwaliteitscriteria voor ondersteuning en zorg vanuit ouderenperspectief met extra aandacht voor kwetsbare ouderen, waaronder migrantenouderen*. Den Haag: Quantes Grafimedia

Bijlagen

Overzicht:

- Bijlage 1: Beoordelingsformulier Bachelorrapport
- Bijlage 2: Model overeenkomst onderzoeksopdracht
- Bijlage 3: Evaluatieformulier opdrachtgever
- Bijlage 4: Vragenlijst half-gestructureerde interviews en topiclijst
- Bijlage 5: Informatieve brief aan respondenten
- Bijlage 6: Labelschema
- Bijlage 7: Tabellen en figuren

Bijlage 1: Beoordelingsformulier Bachelorrapport

Beoordelingsformulier T.AMM.37555 Bachelorrapport (2015-2016)

Naam student	Elianne van Dijk, Lynn Kloppers & Marilke Reith				
Studentnummer					
Datum	Vrijdag 20 mei				
1 ^e Beoordelaar					
2 ^{de} Beoordelaar					
Beoordelingsvoorwaarden			Feedback		
Aangeleverd zijn: Modelovereenkomst onderzoeksopdracht (bijlage 1 handboek) Evaluatieformulier opdrachtgever (bijlage 2 handboek)					
Ruwe data en instrument zijn gezien door de tweede beoordelaar tijdens het onderzoeksproces.					
Format (omslag, titelpagina, voorwoord, samenvatting, inhoudsopgave, inleiding (met aanleiding, doelstelling, vraagstelling, leeswijzer), beschrijving onderzoeksmethode, resultaten, conclusies, aanbevelingen, discussie) is zakelijk, helder en volgens "Handleiding professioneel schrijven".					
Er is gebruik gemaakt van juiste, relevante, actuele, buitenlandse, valide en betrouwbare bronnen en vermelding is correct volgens "Handleiding professioneel schrijven".					
Het rapport is geschreven in de vorm van een lopend verhaal met een logische opbouw, welke met behulp van inleidingen en overgangszinnen wordt verhelderd.					
Het rapport is geschreven in een correcte zakelijke schrijfstijl, de spelling is correct, grammatica is correct, formuleringen zijn correct (geen beschuldigingen, persoonlijke ontboezemingen, waardeoordelen, etc.)					
Alle bijlagen zijn relevant, spaarzaam, maar wel voldoende aanwezig ten behoeve van de reproduceerbaarheid van het onderzoek.					
Criteria	0	3	6	8	10
1. Het onderzoek is maatschappelijk relevant. Het onderzoek is bruikbaar en/ of vernieuwend voor de beroepspraktijk.	De maatschappelijke relevantie, bruikbaarheid en meerwaarde voor de praktijk worden niet beschreven of zijn niet aanwezig.	Het onderzoek heeft summiere maatschappelijke relevantie en meerwaarde voor de beroepspraktijk. Het onderzoek is weinig bruikbaar.	Het onderzoek draagt bij aan optimalisering van de methodiek en/of methode van de opdrachtgevende instelling.	Tevens draagt het onderzoek bij aan andere, gelijksoortige instellingen op grond van maatschappelijk relevante ontwikkelingen. Hierbij zijn theorieën kritisch met elkaar vergeleken en geïntegreerd met de onderzoeksresultaten.	Daarnaast draagt het onderzoek bij aan het evidence based handelen in de beroepspraktijk. Hierbij wordt gekomen tot nieuwe inzichten, kennis ten aanzien van innovatie van de beroepspraktijk en een visie van de onderzoeker.

Bijlage 1, vervolgblad 1

Criteria	0	3	6	8	10
2. Het onderzoek heeft <i>diepgang</i> , er wordt relevante theorie gebruikt inclusief (buitenlandse) vaktijdschriftartikelen, waarbij een afweging wordt gemaakt over de bruikbaarheid ervan voor het onderzoek.	Er is geen diepgang te onderscheiden en gebruik gemaakt van literatuur.	Er is gebruik gemaakt van (weinig) verschillende bronnen waarbij de meerwaarde niet relevant en logisch is.	Er wordt theorie gebruikt, waarbij de meerwaarde hoofdzakelijk relevant en logisch is. Richtlijn: 15 bronnen, incl. 4 artikelen. Ook is er een beschrijving van een of meerdere relevante internationale methodieken, of internationale ontwikkelingen.	Daarnaast is de gebruikte theorie in de meeste paragrafen geïntegreerd in het rapport en in eigen woorden weergegeven. Richtlijn: 16-20 bronnen, incl. 4 artikelen. Ook is er een vergelijking beschreven tussen een of meerdere relevante nationale en internationale methodieken of nationale en internationale ontwikkelingen.	Daarnaast is de gebruikte literatuur geïntegreerd in het rapport en vergelijkend en in eigen woorden weergegeven. Richtlijn: 20 bronnen, incl. 5 artikelen. De betekenis van de vergelijking tussen een of meerdere relevante nationale en internationale methodieken of internationale ontwikkelingen voor de beroepspraktijk is beschreven.
3. De onderzoeksvraag is helder, komt voort uit de doelstelling; is haalbaar, afgebakend en precies. De gebruikte onderzoeksmethode is transparant en verantwoord.	De doelstelling, onderzoeksvraag en/of deelvragen de gebruikte onderzoeksmethode worden niet weergegeven.	De onderzoeksvraag, doelstelling en deelvragen zijn niet helder en komen niet logisch uit elkaar voort.	De onderzoeksvraag, doelstelling en deelvragen zijn voldoende helder en sluiten op elkaar aan. Interview/enquêtevragen zijn geformuleerd op basis van geoperationaliseerde theorie.	Daarnaast zijn de items duidelijk geformuleerd, komen logisch uit elkaar voort en zijn voor één interpretatie vatbaar.	Daarnaast is de onderzoeksmethode complex en/of er wordt gebruik gemaakt van passende onderzoeksmethoden waardoor triangulatie bereikt kan worden.
4. De resultaten zijn reproduceerbaar en transparant. Het analysekader is duidelijk (bijvoorbeeld SPSS, Kwalitan), dataverwerking en weergave van resultaten is correct.	Het analysekader en/of de dataverwerking worden niet weergegeven.	De data zijn niet systematisch, verifieerbaar en op basis van een geaccepteerde methode verzameld en verwerkt.	De data zijn plausibel. De weergave van de resultaten is correct, maar de resultaten hadden duidelijker weergegeven kunnen worden.	De data zijn op basis van een geaccepteerde methode verzameld en verwerkt. De data zijn controleerbaar, betrouwbaar en valide.	Daarnaast zijn de items toe te passen in een bredere context dan de opdrachtgevende instantie.
5. De conclusies en aanbevelingen geven antwoord op de vraagstelling en worden gekoppeld aan theorie.	De conclusie en aanbevelingen zijn niet beschreven.	Er wordt onvoldoende specifiek antwoord gegeven op de vraagstelling of het antwoord op de vraagstelling is niet logisch beredeneerd.	Er wordt antwoord gegeven op de vraagstelling en er is sprake van een minimale koppeling tussen resultaten en theorie.	Er wordt antwoord gegeven op de vraagstelling en er is een koppeling tussen resultaten en theorie. De inzichten zijn echter voorspelbaar en niet (geheel) vernieuwend te noemen.	Er is een duidelijke koppeling gemaakt tussen de resultaten en de theorie en hierdoor is tot vernieuwende inzichten gekomen die bruikbaar en toepasbaar zijn voor de verbetering/innovatie van de beroepspraktijk.

Bijlage 1, vervolgblad 2

Criteria	0	3	6	8	10					
6.De sterktes en zwaktes van het onderzoek zijn beschreven. Er is een discussie aanwezig. De discussie omvat het eigen professioneel standpunt over het onderzoeksonderwerp onderbouwd met argumenten. De discussie wordt gevoerd vanuit diverse perspectieven (denk aan diverse personen en/of micro-, meso- en/of macroniveau).	De sterktes en/of zwaktes van het onderzoek en/of de discussie zijn niet beschreven.	De sterktes en zwaktes van het onderzoek bevatten informatie die niet kloppend is. De discussie bevat informatie die niet kloppend is en/of is niet onderbouwd met argumenten.	Diverse sterktes en zwaktes van het onderzoek zijn beschreven. De discussie is aanwezig, bevat kloppende informatie welke onderbouwd is met argumenten, maar is weinig kritisch en vernieuwend en wordt belicht vanuit slechts één perspectief.	Daarnaast zijn diverse sterktes en zwaktes van het onderzoek en de mogelijke implicaties voor het onderzoek aangegeven. Daarnaast is de discussie vanuit diverse perspectieven beschreven en wordt het eigen professionele standpunt onderbouwd met argumenten. Nieuwe bronnen worden gebruikt om de discussie te onderbouwen.	Daarnaast staan voor vervolgonderzoek alternatieven beschreven om de zwaktes van dit onderzoek in de toekomst te voorkomen. Daarnaast is er sprake van oordeelsvorming van de onderzoeker(s) waarbij kennis en inzicht naar voren komt en (leer)vaardigheden duidelijk worden in een eigen professioneel standpunt.					
Totaal aantal behaalde punten (max. 6 x 10 = 60) =										
Cijfer										
Feedback op totaalproduct										
Cesuur bepalen eindcijfer:										
- Er dient aan de voorwaardelijke vormcriteria voldaan te zijn. <i>Indien dit niet het geval is wordt de toets in Bison beoordeeld met het cijfer 1.</i> - Om een voldoende (= 6) te krijgen, moeten minimaal 34 punten worden behaald. - Het cijfer wordt bepaald door de afzonderlijke punten op elk criterium op te tellen en het puntentotaal af te lezen in de onderstaande tabel.										
Cijfer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Max. 60 Punten	0–9	10–15	16–21	22–27	28–33	34–40	41–46	47–52	53–57	58–60

Bijlage 2: Model overeenkomst onderzoeksopdracht

Model overeenkomst onderzoeksopdracht



Academie Mens en Maatschappij

OVEREENKOMST ONDERZOEKSOPDRACHT

STUDENTGEGEVENS	
Naam student 1	Elianne van Dijk
Adres	A. Brouwerstraat 59
Postcode/woonplaats	7482 ZJ Haaksbergen
Mobiel	0612972373
Email	eliannevandijk@hotmail.com
Opleiding	Sociaal Pedagogische Hulpverlening
Naam student 2	Lynn Kloppers
Adres	Noorderhagen 1c
Postcode/woonplaats	7511 EJ Enschede
Mobiel	0615908882
Email	lrmkloppers@gmail.com
Opleiding	Sociaal Pedagogische Hulpverlening
Naam student 3	Marilke Reith
Adres	G.J. ten Cateplein 5
Postcode/woonplaats	7151 KC Eibergen
Mobiel	0633221147
Email	marilke.reith@live.nl
Opleiding	Sociaal Pedagogische Hulpverlening
GEGEVENS INSTELLING/ORGANISATIE	
Naam Organisatie + afdeling	Stichting Olde Hove
Eindverantwoordelijke onderzoek	Ton van Wijck
Onderzoeksbegeleider	Marcel Meijer
Adres	Forthaarsweg 13
Postcode/woonplaats	7451 JS Holten
Telefoonnummer	0640593812
Email	vanwijckcs@gmail.com
De organisatie geeft wel/niet* toestemming voor publicatie van het bachelorrapport.	

Bijlage 2, vervolgblad 1

GEGEVENS ACADEMIE MENS EN MAATSCHAPPIJ	
Naam Organisatie + afdeling	Saxion, Academie Mens en Maatschappij
Eindverantwoordelijke onderzoek	Karin Kremer-Baars
Onderzoeksbegeleider + opleiding	Marcel Meijer
Adres	M.H. Tromplaan 28
Postcode/woonplaats	Postbus 70.000/7513 AB Enschede
Telefoonnummer	053-4871111
Email	
GEGEVENS ONDERZOEK	
Onderwerp en achtergrondschets	Woonzorgvoorziening ouderen in Holten/Wierden
Doelstelling/vraagstelling	Welke factoren zijn volgens ouderen voor Stichting Olde Hove van belang om geschikte woonzorgvoorzieningen in Holten en Wierden op te zetten?
Projectomschrijving	
Werkwijze	
Middelen (bijv. financiën, overlegtijd)	
Tijdsfasering (start-, loop- eindtijd)	Vanaf 8 februari tot 27 mei
Let op: dit mag maximaal zeven maanden in totaal beslaan.	
Beoogde tussenproducten	
Producten ter beschikking	
Geheimhoudingsplicht (bijv. privacy)	

OVERIGE AFSPRAKEN / CONDITIES:

Het onderzoeksplan is gelezen en geaccordeerd door de opdrachtgever.

Overige afspraken en condities, indien van toepassing, *kunnen* gemaakt worden door opdrachtgever en studenten met betrekking tot onder meer:

- de te leveren aantallen eindrapporten (en de mogelijke extra kosten daarvan) en daarmee samenhangende extra inspanningen, zoals een handzame samenvatting van de rapportage en/of persbericht;
- de presentatie van de onderzoeksresultaten;
- het copyright/auteursrecht. (In de vorm van een zinsnede als: "Het auteursrecht van de eindrapportage / eindproduct berust bij");
- het al dan niet hebben van publicatierecht van een rapport voor Academie M&M dan wel de betrokken organisatie (sluit direct aan bij voorgaande punt);
- het al dan niet gemeenschappelijk dragen van de kosten van een (mogelijke) publicatie;
- door de opdrachtgever te leveren inspanningen m.b.t. bijvoorbeeld het aanleveren van materiaal en informatie of te regelen voorzieningen ten behoeve van het onderzoek;
- afspraken m.b.t. de eindverantwoordelijkheid voor de uitvoering van het onderzoek vanuit AMM. Dat is formeel de manager onderwijsuitvoering, die de verantwoordelijkheid delegeert aan de onderzoeksbegeleider;
- investerings- en betalingscondities: de naar verwachting vereiste financiële investering van de opdrachtgever (en eventuele bijdrage van de opdrachtnemer in de kosten), afspraken over mogelijk meerwerk en over betalingstermijnen/deelfacturen.

VOOR AKKOORD

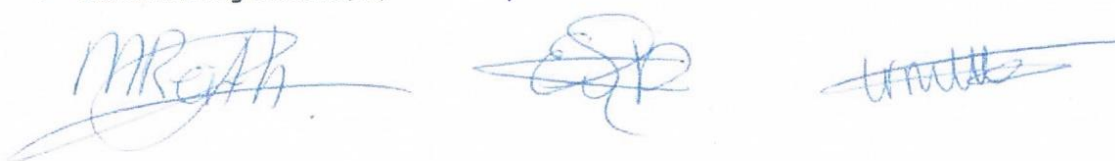
- Handtekening Eindverantwoordelijke Opleiding



- Handtekening Eindverantwoordelijke instelling



- Handtekening Student(en)



Enschede, 10 maart 2016

Bijlage 3: Evaluatieformulier opdrachtgever

<i>EVALUATIE ONDERZOEKSOPDRACHT</i>	
STUDENTGEGEVENS	
Naam	Elianne van Dijk, Lynn Kloppers & Marilke Reith
Onderwerp bacheloronderzoek	De wensen en behoeften van de ouder wordende mens ten aanzien van een woonzorgvoorziening
Opleiding	Sociaal Pedagogische Hulpverlening
GEGEVENS INSTELLING/ORGANISATIE	
Naam organisatie + afdeling	Stichting Olde Hove
Onderzoeksbegeleider	Ton van Wijck
Adres	Forthaarsweg 13
Postcode/woonplaats	7451 JS Holten
Telefoonnummer	0640593812
Email	vanwijckcs@gmail.com
Datum	18-05-2016

Bijlage 3, vervolgblad 2

Hieronder kunt u aangeven wat uw mening is over het bacheloronderzoek.

1. Graag uw mening over het product dat het bacheloronderzoek heeft opgeleverd (aankruisen wat van toepassing is):

	Onvoldoende	Voldoende	Ruim voldoende	Goed
Inhoud (duidelijk, juiste weergave van feiten, voldoende diepgang etc.)			X	
Argumentatie (m.n. conclusies en aanbevelingen)			X	
Bereiken van de afgesproken doelen			X	
Bruikbaarheid voor de organisatie			X	
Heeft u aanvullende opmerkingen over de opdracht? (bijvoorbeeld welke nieuwe gezichtspunten heeft het opgeleverd) Vermeld ze dan hieronder:				
Op zes van de 11 vragen kan ik volmondig de maximale score invullen. Die zes gaan over de periode tot en met het laatste interview. Op 5 van de 11 vragen kan ik de hoogst op een na score invullen. Dat zou, bij minder tijdsdruk waarschijnlijk ook maximaal geworden zijn. Ondanks die tijdsdruk is er in heel korte tijd heel veel gebeurd dat zeer bruikbaar is voor de beide projecten waar Marilke, Lynn en Elianne onderzoek voor hebben gedaan. De theorie is overzichtelijk. De manier van interviewen vind ik goed. Dat was al zo toen ik nog niet wist dat ze dit eigenlijk tot nu toe weinig gedaan hebben. De afstemming is hbo-waardig zowel met de opdrachtgever als onderling. De afspraken werden professioneel uitgevoerd en altijd voldoende en binnen de tijd. Kortom, ik vond het fijn om zo samen te werken en ben tevreden met het eindproduct. Nogmaals, door de tijdsdruk vraagt het hier en daar nog wat kleine technische aanpassingen voordat het ook gebruikt kan worden richting de beide gemeenten. Dat zullen we onderling afstemmen.				

Bijlage 3, vervolgblad 3

2. Graag uw mening over de wijze waarop het bacheloronderzoek tot stand is gekomen:

	Onvoldoende	Voldoende	Ruim voldoende	Goed
Samenwerking tussen studenten (o.a. taakverdeling)				X
Samenwerking studenten vs. organisatie				X
Zelfstandigheid studenten				X
Effectiviteit van werken van studenten				X
Omgaan met afspraken/planning				X
Communicatie van studenten				X
Afronding van de opdracht door studenten			X	
Heeft u aanvullende opmerkingen over de wijze waarop de opdracht tot stand is gekomen? (bijvoorbeeld individuele inbreng in geval van groepen / de mate, waarin de uitvoering binnen de organisatie heeft plaatsgevonden, etc).				

Bedankt voor het invullen!

Bijlage 4: Vragenlijst half-gestructureerde interviews en topiclijst

Vragenlijst half-gestructureerde interviews en topiclijst

Topiclijst

- Ervaringen woonvoorzieningen
- Lichamelijke aspecten
- Zorgondersteuning
- Sociale aspecten
- Kwaliteit appartement voor levensloopbestendig
- Psychische aspecten
- Autonomie
- Geluk

Algemeen

- Voorstellen
- Duur gesprek
- Privacy
- Introductie over het onderzoek
- Doel onderzoek

Ervaringen woonvoorzieningen

Heeft u al ervaringen met woonzorgvoorzieningen?

Doorvragen:

- Kent u mensen die in een woonzorgvoorziening wonen of gewoond hebben?
- Wat vindt u daar zelf van?

Lichamelijke aspecten

Maakt u momenteel gebruik van bepaalde hulpmiddelen? (Bijv. traplift etc.)

Doorvragen:

- Kent u mensen in uw omgeving die lichamelijk achteruit zijn gegaan?
- Wat hebben ze nodig aan hulpmiddelen?
- Wat vindt u daarvan?
- Zou u dat zelf ook zo willen?
- Stel, u zou in die situatie terecht komen, waar zou u dan behoefte aan hebben?
- Wat mag volgens u niet ontbreken wanneer uw lichamelijke klachten krijgt?

Zorgondersteuning

Heeft u ervaring met thuiszorg?

Doorvragen:

- Stel, u komt zelf in aanraking met thuiszorg, hoe wenst u dat de verpleging zorg voor u draagt?
- Wat ziet u bij mensen in uw omgeving waar u tevreden over bent?
- Wat ziet u bij mensen in uw omgeving waar u verbetering in ziet?
- Hoeveel tijd wordt er aan verpleging besteedt bij iemand die u kent?
- Vindt u het tijdsbestek genoeg?

Sociale aspecten

Welke sociale contacten heeft u?

Doorvragen:

- Besteedt u veel tijd aan het onderhouden van sociale contacten?
- Vindt u dit voldoende of zou u meer tijd hieraan willen besteden?
- Welke wensen heeft u nog op dit gebied?
- Hoe zou u uw dagelijks leven omschrijven?
- Welke sociale activiteiten onderneemt u geregeld?

Kwaliteit appartement voor levensloopbestendig

Welke wensen heeft u op gebied van wonen?

Doorvragen:

- Kent u mensen die moesten verhuizen, omdat ze niet meer zelfstandig konden wonen?
- Wat vindt u hiervan?
- Hoe zou u dat zelf voor u zien?
- Stel, u zou moeten verhuizen, hoe zal volgens u de omgeving eruit moeten zien?

Psychische aspecten

Kent u iemand in uw omgeving die mentaal wat achteruit is gegaan?

Doorvragen:

- Welke veranderingen ziet u bij die persoon?
- Wat heeft die persoon nu nodig, wat hij/zij eerder niet nodig had?
- Stelt u zich voor dat u op een dag wat vergeetachtig wordt, wat denkt u dan nodig te hebben?

Autonomie

Hoe belangrijk is het voor u om de regie over uw eigen leven te houden?

Doorvragen:

- Wat vindt u hier dan belangrijk aan?
- Hoe wilt u zelf invulling geven aan uw dag?
- Kent u mensen in uw omgeving waarvan de dag voor hun in wordt ingedeeld?
- Wat vindt u hiervan?

Geluk

Wat maakt het wonen aangenaam voor u?

Doorvragen:

- Hoe draagt dat bij aan uw geluk?

Overig/laatste vraag

Heeft u verder nog aanvullingen of tips voor de woonzorgvoorziening van Stichting Olde Hove?

Bijlage 5: Informatieve brief aan respondenten

Betreft: afstudeeronderzoek 'Gelukkig oud worden'

Enschede, april 2016

Geachte heer/mevrouw,

Hartelijk dank dat u mee wilt doen aan ons onderzoek naar woon- en zorgwensen van en voor ouder wordende mensen.

Wij zijn drie vierdejaars studenten aan de Saxion Hogeschool te Enschede. Momenteel zijn wij bezig met ons afstudeeronderzoek. Dit betreft een onderzoek naar de mogelijkheden van nieuwe woon/zorgvoorzieningen in Holten en Wierden. Wij willen graag onderzoeken waar de behoeftes liggen van (toekomstige) ouderen ten aanzien van gelukkig oud worden. In de gemeenten Rijssen-Holten en Wierden wordt over de realisatie van woon/zorgvoorzieningen gesproken. De filosofie hierbij is: Mensen kunnen zelf zo veel als mogelijk de regie hebben en houden met betrekking tot wonen met de zorg op maat. Wij zijn heel geïnteresseerd in wat uw ideeën en wensen zullen zijn als u het voor het zeggen had. Hoe zou het er dan uitzien? Wat wilt u graag dat er aanwezig is. Welke activiteiten ziet u graag plaatsvinden. Hoe zien de gemeenschappelijke ruimten er uit. Wat zijn uw ideeën over zelfstandig wonen en verblijf met aanpassingen als uw conditie daarom vraagt. Wat ziet u het liefste als zorg op maat. Hoeveel rust wenst u en hoeveel mogelijkheden tot sociaal contact.

In april zullen wij interviews afnemen. De resultaten die voortkomen uit de interviews zullen gebruikt worden om aanbevelingen te doen zodat zo helder mogelijk in beeld komt waar de behoeften en wensen liggen van de ouderen in Holten en Wierden. Deze informatie zal gebruikt worden om de nieuwe woon/zorgvoorziening te optimaliseren.

Er wordt vertrouwelijk omgegaan met de informatie en de gegevens die u ons verschaft. In het onderzoek zullen geen namen en andere personalia verwerkt worden, enkel de antwoorden die u ons geeft. Tijdens de afname van de interviews zullen er geluidsfragmenten opgenomen worden om de door u gegeven informatie goed te kunnen verwerken. Wij hopen dat u daar aan mee wilt werken. Direct na het uitschrijven van de geluidsfragmenten worden deze gewist. Nogmaals alles anoniem en onherkenbaar in beeld gebracht.

Wij bellen u voor het maken van een afspraak. Dit gesprek kan gewoon bij u thuis plaatsvinden.

Voor vragen of opmerkingen kunt u altijd bellen naar Marilke Reith of onze opdrachtgever, Ton van Wijck. Hij is bestuurslid van de Stichting Olde Hove. Dit is een stichting zonder commerciële motief.

Doelstelling van de stichting samengevat:

Bijdragen aan kwaliteit van leven en wonen van ouderen met zorg op maat.

Wij hopen u binnenkort te mogen ontmoeten.

Met vriendelijke groet,

Marilke Reith, Lynn Kloppers & Elianne van Dijk

Ton van Wijck: 06-40593812

Marilke Reith: 06-33221147

Bijlage 6: Labelschema

Hoofdlabel	Sublabel
Woonvoorziening	Ervaringen woonvoorziening
	Omgeving
	Groepssamenstelling
	Voorzieningen
	Organisatie
	Kwaliteit woning
	Activiteiten
Keuzemogelijkheden	Overstap
	Beschikbaarheid
	Financiën
Zorgaanbod	Thuiszorg
	Vrijwilligers en mantelzorgers
	Domotica
	Zorgondersteuning
	Kwaliteit
Gesteldheid	Lichamelijke aspecten
	Sociale aspecten
	Psychische aspecten
	Autonomie

Tabel 1: Labelschema

Bijlage 7: Tabellen en figuren

Tabel 1: Labelschema

Figuur 1: Conceptueel model

Figuur 2: Steekproef