

2017

Toekomst van ouderen met een beperking in Aalten

Onderzoek naar het duurzaam ouder
worden en levensloopbestendig wonen.

Estinea 

 SAXION

Joris Engbers



Naam: Joris Engbers
Studentnummer: 323195
Opleiding: Toegepaste Psychologie
Hoofdstroom: Neuropsychologie
Plaats (jaar): Deventer (2017)
Afstudeerbegeleider: drs. Frederieke Hermsen
Functie: Docente Toegepaste Psychologie

Afstudeerbedrijf: Estinea
Plaats: Aalten
Opdrachtgever: Arnold Roelofs
Functie: Regiomanager
Afstudeerbegeleider: Lot de Swart
Functie: Gedragsdeskundige
Afstudeerbegeleider: Tom Kleine Schaars
Functie: Adviseur Zorgprocessen

Voorwoord

Voor u ligt het scriptieverslag “Toekomst van ouderen met een beperking in Aalten”, een onderzoek naar het duurzaam ouder worden en levensloopbestendig wonen. Ik heb dit verslag geschreven in het kader van mijn afstudeeropdracht voor de opleiding Toegepaste Psychologie. Ik heb dit onderzoek mogen uitvoeren bij Estinea, een organisatie die ondersteuning biedt aan mensen met een beperking.

Nadat ik veel overleg had gepleegd met mijn begeleiders vanuit Estinea (Lot de Swart en Tom Kleine Schaars), zijn we tot een eerste opzet van het onderzoeksplan gekomen. Hierin werden veel gebieden beschreven die we tijdens mijn afstudeerperiode wilden onderzoeken. In een daaropvolgend overleg met mijn begeleidster van het Saxion (Frederieke Hermesen) werd al snel duidelijk dat dit plan te groot en te ambitieus was, voor de relatief korte periode die ik heb voor het uitvoeren van een afstudeeronderzoek. Nadat nog enkele keren onderdelen werden geschrapt, toegevoegd, weer geschrapt en uiteindelijk verbeterd, was het onderzoeksplan gereed om ten uitvoering te brengen.

Ik heb bij 18 cliënten van Estinea interviews mogen afnemen. Ik wil al deze cliënten en hun begeleiders ontzettend bedanken voor het openstellen van hun huizen en het verwelkomen van een onbekende student. Daarbij hoort een speciaal dankwoord aan Bas Kleinhesselink, ambulant begeleider van Estinea. Hij heeft mij meegenomen door Aalten en voorgesteld aan cliënten van hemzelf en collega's, opdat ik hen mocht interviewen. Zonder Bas had het veel meer tijd gekost om deze cliënten te bereiken.

Nadat ik alle interviews af had genomen, heb ik samen met de opdrachtgever (Arnold Roelofs, regiomanager van Estinea) vragenlijsten gestuurd naar de locaties waar cliënten woonden die voldeden aan de doelgroepbeschrijving, met hierin de vraag of de begeleiders deze allemaal wilden invullen. Hoewel het uiteindelijke percentage van vragenlijsten dat daadwerkelijk is ingevuld enigszins tegen is gevallen, wil ik alle anonieme begeleiders die wel een vragenlijst ingevuld hebben, graag bedanken voor hun bijdrage.

Ik wil via deze weg graag mijn begeleiders van Estinea bedanken. Lot de Swart en Tom Kleine Schaars hebben mij vanaf het begin ondersteund op elke mogelijke manier. Zelfs een afspraak in Enschede was mogelijk, ondanks het feit dat het hoofdkantoor in Aalten is. Ook wil ik graag regiomanager Arnold Roelofs bedanken, voor de mogelijkheid om mijn onderzoek in zijn regio uit te voeren.

Daarnaast een dankwoord voor mijn afstudeerbegeleiders van het Saxion. Frederieke Hermesen en Mirella Ordelman hebben ook met raad en daad klaargestaan wanneer ik hen nodig had.

Als laatste kan ik niet vergeten om mijn vriendin te bedanken, die het afgelopen halfjaar samen heeft moeten wonen met een student die af en toe niet meer kon en geen vooruitgang wist te boeken. Op deze momenten heeft Dominique er alles aan gedaan om te zorgen dat ik positief bleef en bleef knokken voor het eindproduct. Het eindproduct dat nu voor u ligt.

Met dit laatste dankwoord wens ik u veel leesplezier toe tijdens het lezen van dit scriptieverslag.

Joris Engbers
Enschede, 2017

Samenvatting

Aanleiding

Nederland kent een aanzienlijke bevolkingsgroei onder de ouderen. In de gehele bevolkingsgroep is er in de afgelopen 50 jaar een groei waargenomen onder ouderen, die in deze periode is gegroeid van één miljoen naar 2,5 miljoen ouderen (Garssen, 2011). Ook mensen met een verstandelijke beperking hebben een groeiende levensverwachting (Warnez, Schepens & Seynaeve, 2012). De vergrijzing is dan ook waar te nemen onder de cliënten van Estinea. De vergrijzing zal verder toenemen, waardoor Estinea steeds meer oudere cliënten zal krijgen. Estinea wil toekomstige problemen voor zijn door nu al in kaart te brengen welke behoeften er aanwezig zijn bij de cliënten.

Doelstelling

Estinea is een organisatie die ondersteuning biedt aan mensen met een beperking in de regio's Achterhoek en Twente. Bijna 900 cliënten krijgen op verschillende manieren ondersteuning. Estinea heeft specialisatie op het gebied van autisme, dementie, ouder worden, licht verstandelijke beperkingen (LVB) en ernstig meervoudige beperking (EMB). Dit zorgt ervoor dat de werknemers van Estinea de cliënten adequaat kunnen begeleiden. Dit heeft als gevolg dat de kwaliteit van leven van de cliënten beter gewaarborgd kan worden. Om dit in de toekomst zo te houden, wil Estinea weten wat er nodig is om levensloopbestendig te kunnen wonen en hoe de cliënten het wonen op dit moment beleven. De invloed van de begeleiders op de woonbeleving wordt daarbij belangrijk geacht. Daarom is de volgende hoofdvraag opgesteld:

Wat hebben oudere cliënten van Estinea nodig om levensloopbestendig te kunnen wonen?

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, zijn er zes deelvragen opgesteld. Deze deelvragen bekijken het vraagstuk vanuit twee verschillende perspectieven. Allereerst wordt er uit gegaan van het perspectief van de cliënten:

- In welke mate zijn de cliënten van Estinea tevreden over hun woning?
- Wat heeft een cliënt nodig om bij Estinea te kunnen blijven wonen?
- Hoe zien de cliënten hun eigen woontoekomst?

Ten tweede wordt er vanuit het perspectief van de begeleiders gekeken:

- Welke competenties hebben de begeleiders nodig om cliënten te kunnen ondersteunen?
- In welke mate beschikken de begeleiders over deze competenties?
- Hoe zien de begeleiders de woontoekomst van de cliënten?

Methode

Het onderzoek heeft twee onderzoekspopulaties: de cliënten van Estinea en de begeleiders van deze cliënten. Het kwalitatieve onderdeel van dit onderzoek bestaat uit de eerste onderzoekspopulatie: oudere cliënten van Estinea. Deze doelgroep moet voldoen aan één van de volgende drie criteria: 1. is ouder dan 50 jaar; 2. heeft het Syndroom van Down én is ouder dan 40 jaar; 3. Heeft een ernstige verstandige handicap én is ouder dan 40 jaar. De populatie van het kwantitatieve gedeelte van dit onderzoek beslaat de begeleiders van bovenstaande cliënten. Voor dit onderzoek is er gekozen om gebruik te maken van twee verschillende onderzoeksmethodes: een kwantitatieve methode en een kwalitatieve methode. Het kwantitatieve gedeelte bestaat uit een vragenlijst onder de medewerkers van Estinea, die werkzaam zijn binnen de populatie van dit onderzoek. Naast het kwantitatieve design wordt er ook een kwalitatieve onderzoeksmethode gebruikt. Dit kwalitatieve gedeelte wordt ingezet voor de cliënten van Estinea. Er is gekozen voor dit design, omdat er cliënten geïnterviewd zullen worden die geen vragenlijst kunnen invullen. Wanneer iemand uit hun directe omgeving dit voor hen zou invullen, beïnvloedt dat de resultaten. (Zimmerman & Endermann, 2008). De kwalitatieve onderzoeksmethode wordt uitgevoerd in de vorm van semigestructureerde interviews.

Resultaten en Conclusie

- In welke mate zijn de cliënten van Estinea tevreden over hun woning?

De cliënten van Estinea zijn zeer tevreden over hun woning. Er werd geen enkel negatief antwoord gegeven wanneer gevraagd werd "Hoe vind je het om hier te wonen?".

- Wat heeft een cliënt nodig om bij Estinea te kunnen blijven wonen?

De behoefte aan alledaagse zaken als een televisie, meubilair en een tuin worden door de cliënten als onmisbaar geacht. Ook de begeleiding wordt als zeer belangrijk geacht. Als de cliënten al wat missen in hun woning, zijn dat 'simpele' dingen zoals een ligbad of een afdakje.

- Hoe zien de cliënten hun eigen woontoekomst?

Veel cliënten kunnen of durven niet in de toekomst te kijken. Wanneer er uiteindelijk toch antwoorden gegeven worden, wil elke cliënt graag zo lang mogelijk in zijn eigen huis blijven wonen. Hierop is slechts één uitzondering: een dame die in de loop van 2017 gaat verhuizen.

- Welke competenties hebben de begeleiders nodig om cliënten te kunnen ondersteunen?

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| 1) Belangen; | 6) Materieel welzijn; |
| 2) Psychisch welbevinden; | 7) Zelfbepaling; |
| 3) Interpersoonlijke relaties; | 8) Deelname aan de samenleving; |
| 4) Lichamelijk welbevinden; | 9) Specialisatie en |
| 5) Persoonlijke ontwikkeling; | 10) Competentie |

De eerste acht constructen zijn gebaseerd op de domeinen van kwaliteit van leven (Schalock & Verdugo., 2002; Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), 2008; Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2017; Landelijke stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg, 2017). Daarnaast zijn er nog twee constructen toegevoegd aan de vragenlijst: specialisatie en competentie. Deze constructen zijn toegevoegd omdat Estinea wil weten of de begeleiders zich competent voelen in het werk wat ze doen. Verder is het belangrijk om te weten of de begeleiders zich een specialist voelen op het gebied van ouderen.

- In welke mate beschikken de begeleiders over deze competenties?

Construct	Homogeniteit	Gemiddelde	Ervaren competentie
Belangen	0,302	3,15	-
Psychisch welbevinden	0,809	2,91	Gemiddeld
Interpersoonlijke relaties	0,741	3,15	Bovengemiddeld
Lichamelijk welbevinden	0,703	3,02	Bovengemiddeld
Persoonlijke ontwikkeling	0,744	3,09	Bovengemiddeld
Materieel welzijn	0,661	3,08	Bovengemiddeld
Zelfbepaling	0,836	3,32	Bovengemiddeld
Deelname aan de samenleving	0,771	3,01	Bovengemiddeld
Specialisatie	0,744	2,11	Benedengemiddeld
Competentie	0,036	2,53	-

Door de lage mate van homogeniteit kunnen geen betrouwbare uitspraken worden gedaan over de constructen 'Belangen' (0,302) en 'Competentie' (0,036).

Discussie

De interviews zijn op verschillende tijdstippen afgenomen, bij de cliënten thuis. Op deze manier konden de interviews afgenomen worden op het tijdstip dat de voorkeur had van de cliënten. Ook zijn alle interviews afgenomen in de woning van de cliënt.

Het benaderen van de cliënten is bewust in samenspraak gegaan met de begeleiders, om ervoor te zorgen dat er voldoende waardevolle informatie verzameld kon worden uit de interviews. Hierdoor zijn er geen cliënten met het syndroom van Down benaderd, omdat hier te weinig informatie uit voort zou komen.

De vragen die in de vragenlijst zijn gebruikt, zijn allemaal zelf opgesteld. Dit kan de validiteit van het onderzoek schaden, wanneer er was gebleken dat de interne consistentie dusdanig laag zou liggen dat geen betrouwbare uitspraken gedaan konden worden.

Uit onderzoek van Kampen, van de Walle, Bouckeart & Maddens (2003) blijkt dat vragenlijsten positievere scores opleveren wanneer ze face-to-face worden afgenomen. Dat is in dit onderzoek niet gebeurd. Toch zijn er bovengemiddelde scores gegeven. Daarom mag er vanuit gegaan worden dat er nauwelijks sociaalwenselijke antwoorden zijn gegeven.

Wanneer de steekproef een groot percentage van de populatie bestrijkt, kunnen er nauwkeurige uitspraken worden gedaan. In dit onderzoek is bij het kwantitatieve onderdeel slechts een responspercentage van 43% bereikt. Dit betekent dat de generaliseerbaarheid van de resultaten niet optimaal is.

Aanbevelingen

Estinea wil dat cliënten zo lang mogelijk in hun eigen woning kunnen blijven. Om daar voor te zorgen dienen alle woningen levensloopbestendig te worden gemaakt. Hier valt nog veel winst te boeken. Aanbevolen wordt om dit te doen voordat cliënten ouderdomsverschijnselen vertonen.

De begeleiders willen graag bijgeschoold worden. Estinea kan hier voor zorgen door opleidingen en cursussen aan te bieden die specifiek gericht zijn op oudere cliënten.

Mocht er vervolgonderzoek plaatsvinden, is het belangrijk dat een hogere respons wordt bereikt. Als er meer data wordt verzameld worden de resultaten en conclusies betrouwbaarder.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1	Inleiding	- 7 -
1.1	Aanleiding	- 7 -
1.2	Doelstelling	- 8 -
Hoofdstuk 2	Theoretisch kader	- 9 -
2.1	Ouderdom en verstandelijke beperking	- 9 -
2.2	Kwaliteit van Leven	- 9 -
2.3	Levensloopbestendig wonen	- 10 -
2.4	Begeleiding	- 10 -
2.5	Conceptueel model	- 14 -
Hoofdstuk 3	Onderzoeksdesign	- 15 -
3.1	Methode	- 15 -
3.2	Doelgroep	- 15 -
3.3	Instrument	- 16 -
3.3.1	Kwalitatief onderzoek	- 16 -
3.3.2	Kwantitatief onderzoek	- 17 -
3.4	Procedure	- 18 -
3.5	Analyses	- 19 -
3.5.1	Kwalitatief: Interview	- 19 -
3.5.2	Kwantitatief: Vragenlijst	- 19 -
3.6	Betrouwbaarheid en validiteit	- 20 -
3.6.1	Betrouwbaarheid	- 20 -
3.6.2	Validiteit	- 20 -
Hoofdstuk 4	Onderzoeksresultaten	- 21 -
4.1	Verloop en respons	- 21 -
4.2	Interviews	- 21 -
4.2.1	In welke mate zijn de cliënten van Estinea tevreden over hun woning?	- 23 -
4.2.2	Wat heeft een cliënt nodig om bij Estinea te kunnen blijven wonen?	- 24 -
4.2.3	Hoe zien de cliënten hun eigen woont toekomst?	- 25 -
4.3	Vragenlijsten	- 26 -
4.3.1	Welke competenties hebben de begeleiders nodig om cliënten te kunnen ondersteunen?	- 27 -
4.3.2	In welke mate beschikken de begeleiders over deze competenties?	- 28 -
4.3.3	Hoe zien de begeleiders de woont toekomst van de cliënten?	- 29 -

Hoofdstuk 5	Conclusie, discussie en aanbevelingen.....	- 31 -
5.1	Conclusies	- 31 -
5.2	Discussie	- 33 -
5.3	Aanbevelingen	- 34 -
Literatuur.....		- 36 -
Eigenwerk verklaring		- 41 -
Bijlage 1	Stellingen	- 42 -
Bijlage 2	Interview	- 43 -
Bijlage 3	Vragenlijst	- 45 -
Bijlage 4	Taxonomie van de interviews	- 49 -

Hoofdstuk 1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de aanleiding en doelstelling van het onderzoek besproken. In de aanleiding zal besproken worden waarom het onderzoek uitgevoerd zal worden en wordt duidelijk wat de onderzoeksvraag is in dit scriptieverslag. Ook deelvragen worden hierbij vermeld. Daarna wordt de doelstelling besproken. Hierin wordt duidelijk wat bereikt wil worden met het onderzoek.

1.1 Aanleiding

Estinea is een organisatie die ondersteuning biedt aan mensen met een beperking in de regio's Achterhoek en Twente. Bijna 900 cliënten krijgen op verschillende manieren ondersteuning. Estinea heeft specialisaties op het gebied van autisme, dementie, ouder worden, licht verstandelijke beperking (LVB) en ernstig meervoudige beperking (EMB). In de gemeente Aalten woont een aanzienlijk aantal oudere cliënten. Voor deze cliënten zijn speciale voorzieningen nodig, die momenteel niet altijd aanwezig zijn op de woonlocaties van Estinea. Op dit moment worden cliënten die vanwege hun leeftijd en bijbehorende klachten niet meer binnen Estinea ondersteund kunnen worden, overgeplaatst naar woningen van andere zorginstanties. Estinea zou graag willen zien dat deze cliënten in de toekomst bij Estinea kunnen blijven wonen. Op deze manier kunnen de cliënten in hun eigen, vertrouwde omgeving blijven. Eén van de meest belangrijke dingen voor ouderen is het thuis voelen in hun eigen woning (Bigby, 2004). Wanneer ouderen, zeker als ze dementeren, moeten verhuizen valt deze pijler (meestal) weg. De oudere voelt zich dan niet meer thuis en dat kan een negatief effect hebben op het ziekteverloop (Dröes, 2013). Eén van de standpunten van Estinea is dat de cliënten zo lang mogelijk thuis of op de eigen woonlocatie kunnen blijven wonen. Daarom vinden ze het belangrijk dat de voorzieningen daar ook op worden afgestemd. Naast de zorg voor de juiste voorzieningen, is het voor Estinea ook belangrijk dat voor de juiste begeleiding wordt gezorgd, die is afgestemd op de wensen en behoeften van de cliënten.

Nederland kent een aanzienlijke bevolkingsgroei. In de gehele bevolkingsgroep is in de afgelopen 50 jaar een groei waargenomen onder ouderen van één miljoen naar 2,5 miljoen ouderen (Garssen, 2011). Ook mensen met een verstandelijke beperking hebben een groeiende levensverwachting (Warnez, Schepens & Seynaeve, 2012). Onderzoek heeft aangetoond dat de uitstekende kwaliteit van de hulpverlening hier veel aan heeft bijgedragen (World Health Organization, 2002). De vergrijzing is dan ook waar te nemen onder de cliënten van Estinea. De vergrijzing zal verder toenemen, waardoor Estinea steeds meer oudere cliënten zal krijgen. Estinea wil toekomstige problemen voor zijn door nu al in kaart te brengen welke behoeften aanwezig zijn bij de cliënten. Reden hiervoor is dat de cliënten ouder worden en steeds vaker tegen allerlei problemen aanlopen die te maken hebben met het verouderingsproces (Warnez, Schepens & Seynaeve, 2012). Door op tijd in kaart te brengen wat nodig is, wil Estinea er voor zorgen dat haar cliënten levensloopbestendig kunnen wonen. Estinea heeft de overtuiging dat iedereen mee kan doen in de samenleving, ook op latere leeftijd. Ook streeft men er naar om cliënten zoveel mogelijk zelf te laten doen, met ondersteuning in de directe omgeving. Zo wordt niet enkel uitgegaan van de cliënt, maar wordt de lokale samenleving geactiveerd en is het 'gewoon' meedoen in de samenleving mogelijk voor de cliënten.

Levensloopbestendig wonen is een relatief onbekend begrip. In dit onderzoek wordt met levensloopbestendig wonen uitgegaan van de mogelijkheid om in de huidige woning te blijven wonen, wanneer aanpassingen eenvoudig kunnen worden uitgevoerd. Op deze manier kan de cliënt ook in een volgende levensfase thuis blijven wonen. Wanneer de cliënt een andere indeling van zijn huis wil of zijn huis op een andere manier wil gebruiken, is dit mogelijk (Leber, 2005). Dit in tegenstelling tot het uit huis plaatsen en onderbrengen in een verzorgingshuis.

In dit onderzoek wordt onder de naam levensloopbestendig wonen ook vanuit gegaan dat er voldoende kennis en specialisatie aanwezig is onder de werknemers. Dit houdt in dat de werknemers en begeleiders beschikken over competenties die specifiek zijn toegespitst op het werken met ouderen met een beperking. Deze competenties moeten het mogelijk maken om cliënten volwaardig aan de samenleving deel te laten nemen (Leber, 2005). Enkele van deze competenties zijn: bijdragen aan een zinvolle dagbesteding; het herkennen van specifieke problemen en signalen; het adequaat op deze problemen en signalen reageren; aanpassing van begeleidingsstijl wanneer dit nodig wordt geacht en inschakelen van de juiste disciplines (Brokaar, 2015). Deze competenties zorgen ervoor dat de werknemers van Estinea de cliënten adequaat kunnen begeleiden. Dit heeft als gevolg dat de kwaliteit van leven van de cliënten beter gewaarborgd wordt. Het bovenstaande leidt tot de centrale vraag van dit onderzoek:

Wat hebben oudere cliënten van Estinea nodig om levensloopbestendig te kunnen wonen?

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, zijn zes deelvragen opgesteld. Deze deelvragen bekijken het vraagstuk vanuit twee verschillende perspectieven. Allereerst wordt uitgegaan van het perspectief van de cliënten:

- In welke mate zijn de cliënten van Estinea tevreden over hun woning?
- Wat heeft een cliënt nodig om bij Estinea te kunnen blijven wonen?
- Hoe zien de cliënten hun eigen woontoeekomst?

Ten tweede wordt er vanuit het perspectief van de begeleiders gekeken:

- Welke competenties hebben de begeleiders nodig om cliënten te kunnen ondersteunen?
- In welke mate beschikken de begeleiders over deze competenties?
- Hoe zien de begeleiders de woontoeekomst van de cliënten?

1.2 Doelstelling

Bij Estinea is de vraag gerezen wat nodig is om levensloopbestendig te kunnen wonen en hoe de cliënten het wonen op dit moment beleven. De invloed van de begeleiders op de woonbeleving wordt daarbij belangrijk geacht. Door de diversiteit in doelgroepen bij Estinea worden veel verschillende vraagstukken verwacht in de toekomst. Estinea wil weten hoe de cliënten tegen deze toekomst aankijken. Ook is het belangrijk om te weten hoe haar eigen werknemers hier in staan. Estinea wil weten hoe de begeleiders tegen de huidige woonbeleving aankijken en wat hun visie is voor de toekomst van Estinea.

Dit onderzoek gaat juist die vraagstukken inventariseren. Omdat de vergrijzing van Nederland (Garssen, 2011) ook bij Estinea voelbaar zal worden, dient in kaart gebracht te worden welke thema's er spelen bij zowel de cliënten als begeleiders. Hierbij gaat het om thema's die in het heden spelen, maar ook thema's waar de cliënten in de toekomst wellicht tegenaan lopen. Hoe zien de cliënten hun eigen toekomst? Hoe denken de begeleiders over de toekomst van de cliënten? Vinden ze dat er veel veranderd moet worden, of zijn ze eigenlijk al voldoende toegerust op de toekomst en toenemende vergrijzing?

Het onderzoek wil hier concrete antwoorden voor aanleveren, zodat Estinea weet welke problemen het in de toekomst kan verwachten en hier bijtijds op in kan spelen. Hierdoor kunnen eventuele problemen voorkomen worden.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de verschillende begrippen die in dit onderzoek worden gebruikt. Het doel van dit hoofdstuk is om inzicht te verkrijgen in verschillende constructen, om zo een theoretische basis voor het onderzoek te leggen.

2.1 Ouderdom en verstandelijke beperking

Hoe een individu tegen ouderdom aankijkt, is cultuur- en tijdsafhankelijk. Ouderen laten zich vaak gemakkelijk afschrijven en schikken zich in hun lot, dat ze wordt 'opgedrongen' door de jongere mensen in de samenleving. Maar wie worden eigenlijk bedoeld met 'ouderen'? Er zijn veel verschillende definities en leeftijds aanduidingen van het begrip oud. Kortom: wanneer is iemand oud, en wanneer niet? Oud zijn lijkt een statische toestand aan te geven, zonder toekomst, met alleen een verleden (De Graaf & Tieleman, 2013). Wanneer wordt uitgegaan van ouderdom bij het ingaan van een bepaalde fase van het leven, gekoppeld aan de levensverwachting, wordt ouderdom een arbitrair begrip. De laatste 150 jaar is de levensverwachting bij de mens meer dan verdubbeld. Dit betekent dat een 30-jarig persoon honderd jaar geleden al 'oud' was, nu wordt slechts gesproken van een jongvolwassene (Tieleman, 2011). Een ander gehanteerd criterium is de sociale leeftijd. Dit betekent dat mensen veranderingen ondergaan in sociale status, bijvoorbeeld wanneer ze met pensioen gaan (De Graaf & Tieleman, 2013).

Ouderen met een verstandelijke beperking wonen drie keer zo vaak in een zorginstelling dan ouderen zonder verstandelijke beperking (Graham et al., 1997). Bijna de helft (49%) van cliënten met een verstandelijke beperking krijgt ook fysieke problemen met betrekking tot alledaagse activiteiten (Graham et al., 1997). Het hebben van een handicap zorgt voor een verhoogd risico op exclusie op oudere leeftijd (Vandevyvere, Van Puyenbroeck & Smits, 2010). Weber & Wolfmayr (2006) noemen zelfs dat uitsluiting een reëel gevaar is voor ouderen met een handicap. Een consortium van belanghebbende Europese organisaties erkent dat er een bezorgdheid wordt gedeeld "omtrent meervoudige discriminatie: sociale uitsluiting, armoede, verwaarlozing en misbruik" (in Vandevyvere et al., 2010). Voorzieningen voor mensen met een beperking hebben vaak niet voldoende middelen en kennis om zich aan te passen aan ouderdom van hun cliënten (Vandevyvere et al., 2010). Burgers zonder beperking willen lang niet altijd met mensen met beperkingen samenleven of samenwerken (Moonen, 2015). Mensen met een beperking lijken nog niet voldoende geïntegreerd in de samenleving (Vermeer, 2000). Het zinvol ouder worden voor mensen met een beperking heeft met vier onderdelen te maken (Bigby, 2004): Het thuis kunnen voelen, actief kunnen blijven, vrienden en familie om zich heen kunnen houden en gezond blijven, zich kunnen verzorgen of verzorgd worden. Maar wat betekent de leeftijd en bijkomende ouderdomsproblemen voor de kwaliteit van leven? En wat betekent het specifiek voor de kwaliteit van leven voor mensen met een beperking?

2.2 Kwaliteit van Leven

Het leven met een beperking betekent dat personen gemiddeld meer zorg nodig hebben dan leeftijdsgenoten (Schalock et al., 2002). Deze extra zorg bestaat uit aangepast leren, speciaal ingerichte woningvoorzieningen of sociale ondersteuning. Het leveren van deze zorg is een pijler onder het bestaan van organisaties als Estinea. Het feit dat mensen een beperking hebben, heeft vaak als gevolg dat zij minder kansen krijgen op allerlei vlakken en vaker buitengesloten worden (Schalock et al., 2002). Als zorgverlener ligt hier een taak om een omgeving te creëren waarin cliënten wel kunnen participeren in de maatschappij. Schalock et al. refereren aan 'kwaliteit' als de essentie van de menselijke waarden: geluk, succes, gezondheid, voldoening, waar 'leven' wordt gedefinieerd als het concept van het menselijke bestaan. Hierin zorgt de 'kwaliteit' voor een betekenisvol 'leven'. De perceptie van de eigen kwaliteit van leven is hierin belangrijker dan data die verzameld wordt hierover (Andrews, 1974; Lawton, 1983a). Onderzoek (Lawton, 1983b; Lawton, 1991) heeft aangetoond dat de mate waarin kwaliteit van leven wordt ervaren, één van de belangrijkste onderdelen is wanneer onderzoek wordt gedaan naar het concept 'kwaliteit van leven' (Logsdon, Gibbons, McCurry & Teri, 2002). Dit betekent dat, hoe veel je als zorgverlener ook dingen probeert te verbeteren, de opvattingen van elke cliënt over zijn kwaliteit van leven kan variëren (Brown, 1997). De kwaliteit van leven is gerelateerd aan het voldoen (of juist niet voldoen) aan de behoeften van een persoon (Brown, 1997). Dit werd door Liu (1975) al benoemd in het idee dat "quality of life expressed that set of 'wants' which after having been supplied, when taken together, makes the individual happy or satisfied". In hoeverre een cliënt in zijn eigen behoeften kan voorzien, is van groot belang om de kwaliteit van leven te verbeteren. Het wonen in een aangepaste woning kan hier een bijdrage aan leveren.

2.3 Levensloopbestendig wonen

Het levensloopbestendig wonen is niet uitsluitend van toepassing op ouderen. De levensloopbestendige woning is zo ontworpen dat zowel jonge mensen, gezinnen én ouderen er zouden kunnen wonen (Leber, 2005). In deze woningen zijn voorbereidingen getroffen tijdens de bouw of verbouwing, zodat de woning op een later tijdstip makkelijk aangepast kan worden. De eisen die aan een levensloopbestendige woning worden gesteld hebben betrekking op: toegankelijkheid (rolstoelvriendelijkheid), veiligheid (alarmering, douchebeugels), gebruikersgemak (comfortabele aanpassingen, gericht op ouderen: bredere deuren en ruime toiletten), zorgverlening (aanpasbaarheid voor thuiszorgverlening) en wijk- en woonomgeving (voorzieningen in de buurt). Vrijwel alles wat onder 'fysieke aanpassingen en diensten' zou kunnen vallen. Hierbij horen ook complexoverstijgende woonconcepten. Hierbij wordt een groter gebied meegenomen dan alleen het wooncomplex. In een dergelijk woonzorgconcept kunnen dan verschillende woningen worden meegenomen, die op verschillende zorgvragen een antwoord kunnen bieden (Harkes, 2001). Een voorbeeld van dergelijk levensloopbestendig wonen op een grotere geografische schaal is de woonlocatie Slaadreef (figuur 1) van Estinea. Hier staan meerdere zorgwoningen in een wijk, waar ook dagbesteding wordt aangeboden voor de oudere cliënten. Doordat er meerdere woningen zijn, bestemd voor cliënten met verschillende beperkingen, dienen er ook begeleiders te zijn met verschillende specialisaties: onder andere verzorgenden, fysiotherapeuten en bewegingsagogen. Door de diversiteit is het belangrijk dat de begeleiders een breed scala aan competenties bezitten. Zo wordt van begeleiders gevraagd dat ze kunnen begeleiden, coachen, uitdagen, omgaan met de familie van cliënten en zelf door willen leren (Estinea, 2016a).



Figuur 1: Satellietfoto van het Slaadreef-complex van Estinea in Aalten. (bron: Google Maps)

2.4 Begeleiding

Het verbeteren, ontwikkelen en in stand houden van specifieke competenties is van belang om de kwaliteit van de zorg die geboden wordt optimaal te houden (Chinman et al., 2003). De competentie van begeleiders kan een groot aandeel hebben in de kwaliteit van leven van de cliënten en de manier waarop zij leven (Malinovsky, Lehrer, Silverstein & Shankman, 2013). 'Competentie' is één van de drie psychologische basisbehoeften uit de Basic Psychological Needs Scale van Deci & Ryan (2000). Een competentie is een vaardigheid of bekwaamheid die je bezit en bestaat uit de volgende drie elementen: kennis & ervaring; vaardigheden (fysieke handelingen waar iemand bedreven

in is) en talent (intelligentie, persoonlijke eigenschappen, kernkwaliteiten en motivatie). In dit onderzoek wordt de mate van ervaren bekwaamheid van de medewerkers bedoeld. De competenties die de begeleiders nodig hebben om de cliënten te kunnen blijven ondersteunen, zijn gebaseerd op bestaande domeinen die al door Estinea in gebruik zijn. Deze domeinen zijn gebaseerd op de kwaliteit van leven (Schalock & Verdugo., 2002; Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), 2008; Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2017; Landelijke stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg, 2017). Dit leidt tot de volgende constructen:

- 1) Belangen;
- 2) Psychisch welbevinden;
- 3) Interpersoonlijke relaties;
- 4) Lichamelijk welbevinden;
- 5) Persoonlijke ontwikkeling;
- 6) Materieel welzijn;
- 7) Zelfbepaling en
- 8) Deelname aan de samenleving.

Daarnaast zijn na overleg nog twee constructen toegevoegd aan de vragenlijst: specialisatie en competentie. Deze constructen zijn toegevoegd omdat Estinea wil weten of de begeleiders zich competent voelen in het werk wat ze doen. Verder is het belangrijk om te weten of de begeleiders zich een specialist voelen op het gebied van ouderen.

- 9) Specialisatie en
- 10) Competentie.

Belangen

Het construct 'belangen' houdt in dat de begeleiding de rechten en plichten van de cliënt in acht neemt. De ondersteuning hiervan richt zich voornamelijk op het optimaliseren van deze rechten en plichten, maar ook het optimaliseren van de positie van de cliënt in de samenleving. Daarvoor moet binnen verscheidende niveaus van een organisatie medezeggenschap zijn geregeld. Deze verschillende niveaus zijn woongroep, locatie, regio en centraal. Een voorwaarde om de cliënt hier medezeggenschap in te geven, is dat de cliënt op een voor hem begrijpelijke manier wordt geïnformeerd. Dit zorgt voor een verhoogde zelfbepaling bij de cliënt (VGN, 2008). Zelfbepaling is een aspect van de zelfdeterminatietheorie van Deci & Ryan (2000), waar de behoefte naar zelfbepaling en autonomie van de mens wordt uiteengezet als het verlangen om gedrag en de gevolgen hiervan zelf te ervaren (Deci, 1980). In dit geval is het belangrijk dat de cliënten de ruimte krijgen om 'fouten' te maken, zodat ze hier zelf van kunnen leren.

Psychisch welbevinden

Het psychische welbevinden houdt in dat de begeleiding bezig is met zaken als een positief zelfbeeld bij de cliënt verhogen, de cliënt zich thuis laten voelen in zijn omgeving (zowel woon-, werk- en/of dagbestedingsomgeving) en zorgen dat de cliënt goed begrepen wordt. Het hebben van een positief zelfbeeld zorgt er voor dat je je beter voelt. Het streven naar een goed gevoel is een fundamenteel onderdeel van de menselijke natuur (James, 1890). Het verkrijgen van een positief zelfbeeld kan sociale en psychische problemen voorkomen en tegengaan (Leary, 1999). Met een beter zelfbeeld kunnen de cliënten van Estinea een betere positie in de samenleving innemen. De ondersteuning hierin is er op gericht om de beleving van de cliënt, in zijn emotionele en psychische welbevinden, te verbeteren (VGN, 2008).

Interpersoonlijke relaties

Het opbouwen en onderhouden van relaties met anderen is het belangrijkste aspect van het construct 'interpersoonlijke relaties'. Hierbij richt de ondersteuning zich op zowel de kwantiteit van de relaties als op de kwaliteit van de relaties die de cliënt opbouwt. Ook het omgaan met genegenheid en intimiteit speelt hier een belangrijke rol in (VGN, 2008). Communicatie is essentieel voor relaties. Mensen met een verstandelijke beperking hebben over het algemeen meer moeite met zowel verbale- als non-verbale communicatie dan mensen zonder beperking. Omdat verbale communicatie vrijwel elk aspect van interpersoonlijke communicatie beslaat (Happé, 1995), is het erg lastig om dit los te zien van het onderhouden van waardevolle relaties met de omgeving, buiten Estinea. Onderzoek heeft aangetoond dat mensen met een verstandelijke beperking sociaal beter meekomen, minder angstig zijn en zich flexibeler opstellen wanneer het communicatieniveau laag wordt gehouden, zodat het meer overeenstemt met hun persoonlijke niveau van communiceren (Mesibov, Schopler & Hearsey, 1994). Dit vraagt om specifieke aandacht en ondersteuning. De behoefte van de cliënt aan

ondersteuning op het construct van interpersoonlijke relaties is doorslaggevend.

Lichamelijk welbevinden

Het optimaliseren van de gezondheid van de cliënt is het belangrijkste van het construct 'lichamelijk welbevinden'. Zo moet de ondersteuning er op gericht zijn om maatregelen te treffen die gezondheid van de cliënt verbetert, in stand houdt of verslechtering tegengaat (VGN, 2008). Ook hier is de mate van zelfbepaling bij de cliënt doorslaggevend. De cliënt geeft (waar mogelijk) zelf aan op welke onderdelen hij ondersteuning nodig acht. Dit heeft betrekking op zaken als (zelf)verzorging, eten en drinken, algemene dagelijkse bezigheden, algemene gezondheid en een gezonde balans tussen werk en ontspanning. Hierin is het belangrijk dat de cliënt zelf actief meedenkt en meehelpt in het optimaliseren van bovenstaande aspecten (VGN, 2008). Wanneer de cliënt hierin meehelpt, zal dat het gevoel van autonomie verhogen. Dit heeft weer invloed op het gevoel van vrijheid waarin de cliënt kan bewegen en dat is een essentieel onderdeel van gezond functioneren (Deci & Ryan, 2000).

Interpersoonlijke ontwikkeling

Indien een cliënt behoefte heeft om zichzelf te ontwikkelen op een persoonlijk vlak, wordt door de begeleiders ondersteuning geboden bij het zoeken naar scholing, werk of alternatieven hiervoor. De mogelijkheden en kwaliteiten van de cliënt worden daarbij op waarde geschat door de begeleiding en zo optimaal mogelijk benut (VGN, 2008). De ontwikkeling van deze vaardigheden is hevig gebaseerd op de cultuur en de omgeving van de cliënt (Baltes & Baltes, 1993). Het is hierom van groot belang dat de begeleiding de cliënt hierin zoveel mogelijk ondersteunt en uitdaagt. De ondersteuning richt zich op het optimaliseren van de ontplooiing van de cliënt. Dit gebeurt op een manier dat de cliënt nieuwe zaken kan ondernemen en zijn creativiteit kan uiten, zodat een gevoel van voldoening en bevrediging ontstaat (VGN, 2008).

Materieel welzijn

Het optimaliseren van de sociaal-economische situatie van de cliënt is het belangrijkste in dit construct. Hierbij gaat het om de situatie in de beleving van de cliënt te optimaliseren. De ondersteuning is gericht op activiteiten die kunnen leiden tot een doelgericht financieel beheer (VGN, 2008). Hoewel het hebben van veel geld niet per se gelukkig maakt, wordt men wel gelukkiger als er gewerkt wordt en geld wordt verdiend (Veenhoven, 2011).

Zelfbepaling

Cliënten hebben het recht om hun eigen keuzes te maken en hun leven in te vullen op een manier die ze persoonlijk het fijnste vinden. Dit binnen de grenzen van de maatschappelijke aanvaardbaarheid (VGN, 2008). De manier waarop de cliënten dit zelf mogen bepalen, zorgt voor een groot gedeelte de mate waarin autonomie en zelfbepaling wordt ervaren. De ervaren autonomie is belangrijk voor het welzijn, de mentale gemoedstoestand (Seligman, 1976) en zelfs de fysieke toestand van mensen die langdurige zorg ontvangen (Hofland, 1990). Ondersteuning hierin betekent dat de begeleiders de cliënt zoveel mogelijk de regie in eigen handen geven. Hierbij is het belangrijk dat de cliënt weet wat de keuzemogelijkheden zijn en de cliënt ervan overtuigd wordt dat hij keuzevrijheid geniet (VGN, 2008). Hiervoor is flexibiliteit van de begeleiders vereist (Estinea, 2016b).

Deelname aan de samenleving

Malinovsky et al. (2013) hebben aangetoond dat wanneer begeleiders zich bezighouden met de langdurige zorg van cliënten, de cliënten beter kunnen functioneren in de samenleving. De ondersteuning bij Estinea is er op gericht om een zo groot mogelijke deelname aan de samenleving mogelijk te maken (Estinea, 2016b; Estinea, 2016c). Dit houdt in dat de cliënt geholpen wordt wanneer hij nieuwe vaardigheden wil leren, maar ook het in stand houden van werkrelaties of het helpen in het contact leggen met lokale voorzieningen in de omgeving. Hierbij kan het gaan om onder andere vrijwilligerswerk, winkels in de omgeving en werken bij clubhuizen (VGN, 2008).

Specialisatie

Wanneer kunnen de begeleiders van Estinea zich 'gespecialiseerd' noemen? Is dat wanneer ze genoeg ervaring hebben opgedaan in het werkveld, of als ze een cursus over ouderen hebben gevolgd? Is simpelweg 'werken met de doelgroep' voldoende? Veel mensen vinden dat 'leren' een proces is dat automatisch gebeurt wanneer je werkt en dat kennis wordt vergaard tijdens het doen, waardoor je automatisch beter zal presteren (Garvin, 1993). Het is echter niet gezegd dat elke begeleider hetzelfde leert, op hetzelfde niveau (Lounamaa & March, 1987). Zeker in een organisatie waar veel verschillende disciplines aanwezig zijn, kan een individu vrij effectief leren (Cyert & March,

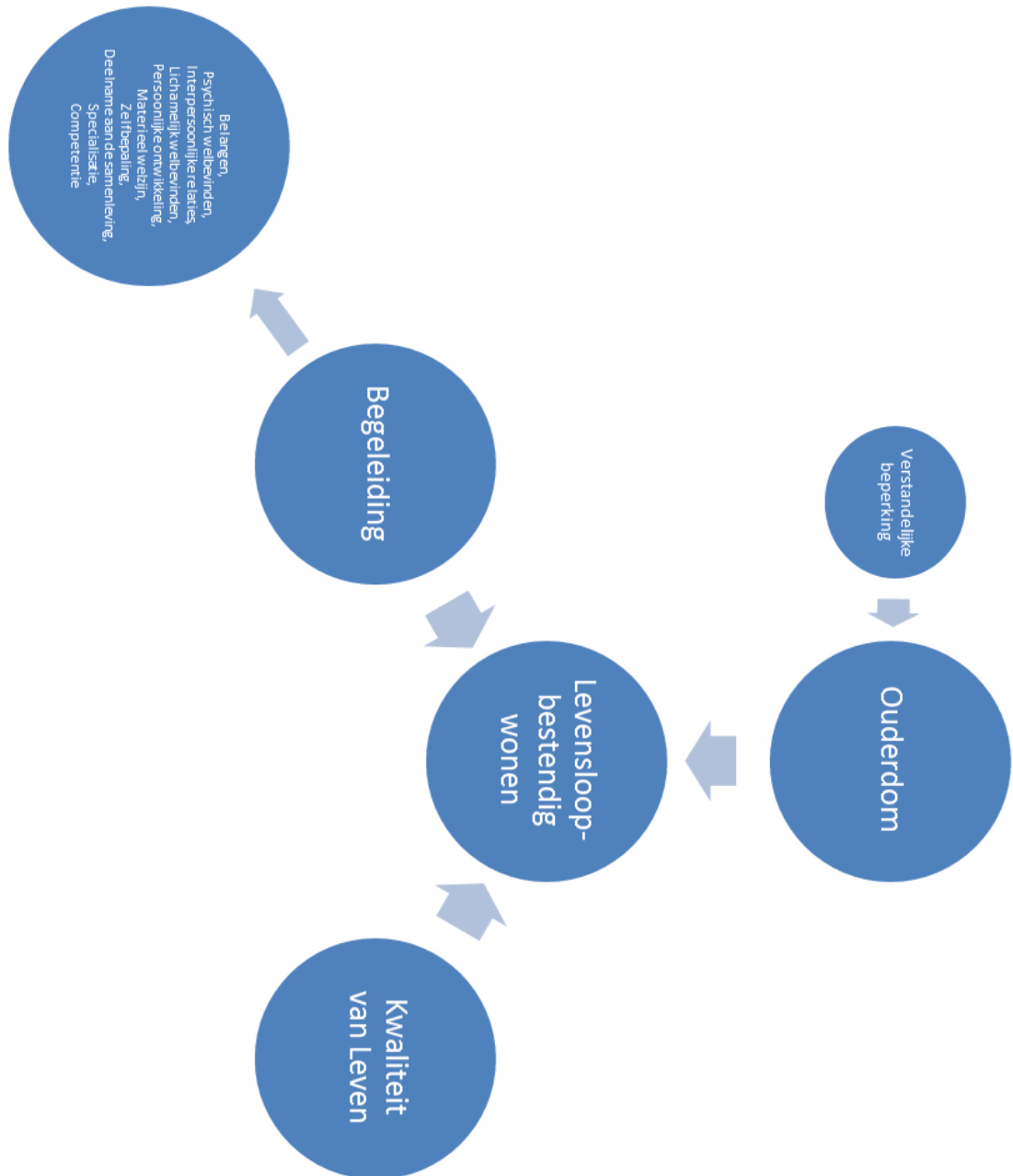
1992), maar is dit niet gezegd voor een grotere groep werknemers (Levinthal & March, 1993). Estinea kan daar een belangrijke rol in spelen. Een organisatie 'leert' zelf ook op welke manier haar werknemers het beste kan leren (Herriott, Levinthal & March, 1985). Als het niet aan de behoefte naar ontwikkeling van haar werknemers kan voldoen, bestaat de kans dat werknemers weglopen. Dit heeft als gevolg dat leergierige werknemers weglopen (Levinthal & March, 1993) en de kwaliteit van zorg achteruit gaat. Een ander scenario is ook goed mogelijk: wanneer werknemers zich niet naar wens kunnen specialiseren, laten ze dat weten. Hier kan Estinea dan weer op inspelen door opleidingen en cursussen aan te bieden om haar werknemers tevreden te houden (Hirschman, 1970) en simultaan de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Competentie

De behoefte van werknemers om zich competent te voelen heeft te maken met het gevoel dat mensen graag effectief willen werken (White, 1959). Het ervaren van competentie versterkt de neiging om te interacteren met andere mensen en verhoogt het gevoel van genegenheid naar anderen toe (Baumeister & Leary, 1995). Het ervaren van competentie zorgt voor de fundering om optimale ontwikkeling te bewerkstelligen, evenals de behoefte om meer te leren (Deci, Ryan & Williams, 1996). Het verbetert zelfs de psychologische toestand van werknemers (Deci & Vansteenkiste, 2004). Wanneer aan een behoefte als competentie wordt voldaan op het werk, heeft dit een positieve invloed op de mate waarin plezier wordt ervaren (Andreassen et al., 2010). Als de begeleiders van Estinea een hoge mate van competentie ervaren, komt dit de kwaliteit van hun werk ten goede.

2.5 Conceptueel model

Het conceptueel model is een visuele representatie van het theoretische kader. De bovengenoemde theoretische aspecten van dit onderzoek zijn in een eenvoudig te lezen model visueel weergegeven.



Bovenstaande aspecten van dit onderzoek dienen op verschillende manieren onderzocht te gaan worden. Een kwantitatief onderzoek als een vragenlijst geeft veel informatie over een breed onderwerp (Korzilius, 2000). Dit zou een optie zijn om de constructen te toetsen voor de begeleiders. De cliënten van Estinea zijn wellicht niet in staat om een vragenlijst in te vullen. Daar is een ander soort onderzoek voor nodig. Dit onderzoek maakt gebruik van een kwalitatieve methode om informatie van de cliënten te verwerven.

Hoofdstuk 3 Onderzoeksdesign

In dit hoofdstuk wordt duidelijk op welke wijze gegevens verzameld zijn. Nadat de methode en de doelgroep zijn beschreven in paragraaf 3.1 en 3.2, worden per onderdeel van dit onderzoek de instrumenten beschreven. Ook wordt hier beschreven welke constructen gemeten zijn. Vervolgens wordt de manier van analyseren beschreven. Tenslotte worden de betrouwbaarheid en de validiteit besproken.

3.1 Methode

Voor dit onderzoek is gekozen om gebruik te maken van twee verschillende onderzoeksmethodes: een kwantitatieve methode en een kwalitatieve methode. Het kwantitatieve gedeelte bestaat uit een vragenlijst onder de medewerkers van Estinea, die werkzaam zijn binnen de populatie van dit onderzoek. Er is gekozen voor een kwantitatief design, omdat op deze manier meer respondenten bereikt kunnen worden dan wanneer er voor een kwalitatief design wordt gekozen. De vragenlijst is samengesteld door de onderzoeker in samenwerking met de opdrachtgever en is grotendeels gebaseerd op de acht leefdomeinen van Estinea en de VGN, zoals beschreven in hoofdstuk 2.

Naast het kwantitatieve design is ook een kwalitatieve onderzoeksmethode gebruikt. Dit kwalitatieve gedeelte is ingezet voor de cliënten van Estinea. Er is gekozen voor dit design, omdat cliënten aanwezig zijn die geen vragenlijst kunnen invullen. Wanneer iemand uit hun directe omgeving dit voor hen zou invullen, beïnvloedt dat de resultaten. (Zimmerman & Endermann, 2008, in Koch et al., 2015). De kwalitatieve onderzoeksmethode is uitgevoerd in de vorm van semi-gestructureerde interviews. Deze interviews zorgen voor een dieper inzicht in de huidige woonbeleving van de cliënten, maar worden tevens gebruikt voor een indicatie van wensen van de cliënten voor de toekomst. Hierbij is rekening gehouden met de ontwikkeling van de cliënten. Dit houdt in dat er ruimte wordt geboden om enigszins van de rode draad af te stappen, zodat de cliënt op zijn eigen tempo en eigen niveau de vragen kan beantwoorden. Wanneer een cliënt niet in staat is om te antwoorden, kan contact gemaakt worden met een familielid of een wettelijke vertegenwoordiger. Dit heeft als grootste voordeel dat de cliënt de voor hem belangrijkste zaken kan vertellen. Wat vindt de cliënt op dit moment belangrijk? Wat wordt er gemist? Ook kan op deze manier makkelijker uitgevraagd worden wat de cliënt denkt te gaan missen in de toekomst. Wanneer rekening wordt gehouden met – en geluisterd wordt naar – de wensen van de cliënt, zullen zij zich meer verbonden voelen met het onderzoek.

3.2 Doelgroep

Het onderzoek heeft twee onderzoekspopulaties: de cliënten van Estinea en de begeleiders van deze cliënten. Het kwalitatieve onderdeel van dit onderzoek bestaat uit de eerste onderzoekspopulatie: oudere cliënten van Estinea. Deze doelgroep moet voldoen aan één van de volgende drie criteria: 1. is ouder dan 50 jaar; 2. heeft het Syndroom van Down én is ouder dan 40 jaar; 3. heeft een ernstige verstandelijke handicap én is ouder dan 40 jaar. De populatie van het kwantitatieve gedeelte van dit onderzoek beslaat de begeleiders van bovenstaande cliënten. Het is voor Estinea belangrijk om te weten hoe de begeleiders van de cliënten over de toekomst en de woonbeleving denken.

Om een eenduidig, overzichtelijk beeld te geven over welke personen tot de doelgroep ouderen worden gerekend, wordt in dit onderzoek uitgegaan van de volgende, internationaal gehanteerde indeling (Hornman & Kersten, 2011):

- Cliënten met het syndroom van Down: 40 jaar en ouder
- Cliënten met een ernstige meervoudige handicap: 40 jaar en ouder (ZZP5/8 of 6/7)
- Cliënten met een lichte / matige verstandelijke handicap: 50 jaar en ouder (ZZP1-4)

Een ZZP is een zogeheten zorgwaartepakket. Het zorgwaartepakket beschrijft hoeveel hulp nodig is, en hoeveel hulp per week maximaal gegeven kan worden, uitgedrukt in gemiddelde uren per week (Inovum, 2017). Zo wordt bij een indicatie van ZZP2 gemiddeld 5,5 tot 7,5 uur aanbesteedt, bij een ZZP6-indicatie wordt al 16,5 tot 20 uren zorg aangeboden. (Vecht en IJssel, 2011).

De populatie 40-plussers bestaat bij Estinea in Aalten uit 150 personen (gemeten op 15 november 2016). Daarvan zijn 112 personen die tot de groep 50-plussers behoren en 14 personen met het syndroom van Down. Van de 150 personen hebben enkele cliënten een ZZP 5 of 8-indicatie. Voor deze cliënten worden weinig problemen verwacht qua huisvesting en verzorging. Toch kan het interessant zijn om deze doelgroep mee te nemen in het onderzoek. Onder deze cliënten met een ZZP 5 of 8-indicatie kunnen zich specifieke problemen voordoen, zoals aangepast vervoer of specialistische afstemming van de zorg. Overige zorgvragen zijn al zeer intensief bij deze

groep en deze cliënten krijgen 24 uur per dag zorg. Omdat de zorg en begeleiding al maximaal is toegerust op deze relatief kleine groep, zal de zorg niet nóg meer toenemen.

De populatie is verdeeld over acht woonlocaties in Aalten. Ook cliënten die ambulante begeleiding ontvangen en niet op één van de acht woonlocaties verblijven behoren tot de populatie. De cliënten zullen persoonlijk en individueel benaderd worden. Wanneer een cliënt niet in staat is om zelf beslissingen te nemen, dient contact opgenomen worden met de wettelijke vertegenwoordiger. Er zijn cliënten die niet kunnen communiceren of op zeer laag niveau communiceren. In deze gevallen volgt in de praktijk een artikel-60-procedure. Deze procedure betekent dat de cliënt bereidheid noch verzet toont. Dit komt er op neer dat de cliënt niet tegenstribbelt, maar ook niet vrijwillig meewerkt. Vanaf het 16^e levensjaar wordt er normaal gesproken van uit gegaan dat een persoon zelf kan beslissen, tenzij deze persoon niet in staat is om tot een 'redelijke waardering' te komen. In dat geval krijg een wettelijke vertegenwoordiger bevoegdheid om beslissingen te maken voor de cliënt (Hendriks, Kessels, Gorissen & Schmand, 2013). Voor dit onderzoek wordt in dergelijke gevallen contact opgenomen met de wettelijke vertegenwoordiger, zodat deze doelgroep wel bereikt wordt. De kans bestaat dat deze data niet volledig betrouwbaar is, omdat de antwoorden in de interviews niet direct door de cliënten worden gegeven (Zimmerman & Endermann, 2008). Toch is het van belang dat de cliënten uit deze doelgroep niet genegeerd worden. Daarom is gekozen om, waar nodig, de vertegenwoordiger van de cliënt te interviewen. Vanuit Estinea zullen de woonlocaties ingelicht worden over het onderzoek en het belang voor Estinea en de toekomst van de cliënten. Op deze manier kunnen de medewerkers van Estinea, die op de locaties werken, de bewoners al inlichten over het onderzoek dat komen gaat. Daar het onderzoek de toekomst van de bewoners tracht te verbeteren, wordt elke bewoner van Estinea aangespoord om mee te werken.

Het is onmogelijk om tijdens een kwalitatief onderzoek met deze tijdsduur de gehele populatie te interviewen. Daarom is gekozen om een steekproef te nemen van minstens 15 cliënten. Deze cliënten worden niet willekeurig gekozen. Om de kwaliteit van de interviews te waarborgen, wordt in overleg tussen de onderzoeker, opdrachtgever en begeleiders bepaald welke cliënten worden geïnterviewd. Hierin wordt bijvoorbeeld ook meegenomen in welke situatie de cliënt zich op dit moment bevindt. Indien de cliënt onder curatele staat en van zijn vertegenwoordiger niet mee mag werken, moet hier rekening mee worden gehouden wanneer de steekproef wordt samengesteld. Er zullen minstens vijf cliënten geïnterviewd worden die ambulante begeleiding krijgen. Deze cliënten vallen onder de categorie LVB. Minstens tien cliënten worden geïnterviewd die woonachtig zijn op een locatie waar 24-uurs-zorg aangeboden wordt (EMB).

Op de betreffende locaties zijn in totaal 83 begeleiders die met de doelgroep werken. Zij krijgen een vragenlijst toegestuurd. De regiomanager kondigt de vragenlijsten van dit onderzoek aan en zal hierbij een kleine beloning uitdelen, wanneer de vragenlijsten volledig zijn ingevuld en geretourneerd.

3.3 Instrument

3.3.1 Kwalitatief onderzoek

In het kwalitatieve gedeelte van dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Doordat het niveau zo divers is, is het lastig om een gestructureerde, eenduidige interviewopzet op te stellen. Aangezien het niveau van de cliënten varieert van cliënten met LVB tot cliënten met een EMB, krijgen semigestructureerde interviews daarom de voorkeur boven volledig gestructureerde interviews. In gestructureerde interviews zijn de vragen die gesteld dienen te worden letterlijk uitgeschreven (Luteijn et al., 2011). Tijdens semigestructureerde interviews hoeft de interviewer zich hier niet letterlijk aan te houden. Een belangrijk voordeel hiervan is dat de gestructureerde interviews relatief veel tijd in beslag zouden nemen. Als elk onderdeel uitgevraagd dient te worden, terwijl hier misschien geen reden toe is, kan dit betekenen dat de interviews te lang duren. Doordat met uiteenlopende beperkingen rekening gehouden dient te worden, mogen de interviews niet te lang zijn. Als de cliënten overvraagd worden, kan dat de participatie beïnvloeden. Dit kan betekenen dat er voortijdig afgebroken dient te worden, omdat de cliënt geen antwoorden meer geeft. Voor mensen zonder beperking wordt het aangeraden de interviewduur te beperken tot minder dan één uur (Loosveldt & Storms, 2003). Voor mensen mét een beperking, voor wie cognitieve belasting extra energie kan kosten, kan het belangrijk zijn om deze duur nog korter te houden. Dit zal in overleg met de begeleiders van Estinea per individu bepaald worden.

De vragen van het interview zijn gebaseerd op de deelvragen die vanuit het perspectief van de cliënt zijn opgesteld: 'In welke mate zijn de cliënten van Estinea tevreden over hun woning?'; 'Wat

heeft een cliënt nodig om bij Estinea te kunnen blijven wonen?’ en ‘Hoe zien de cliënten hun eigen woontoeekomst?’. Door de vragen op deze manier op te stellen, kan precies uitgevraagd worden in welke mate de cliënten tevreden zijn, wat ze nodig hebben en hoe de toekomst wordt gezien. Dit kan vervolgens de deelvragen beantwoorden. Na overleg tussen de onderzoeker en de afstudeerbegeleiders van Estinea zijn vragen opgesteld die antwoorden uitlokken, zodat er antwoord op de deelvragen gegeven kan worden. Hierbij is rekening gehouden met de uiteenlopende ziektebeelden van de cliënten. Dit heeft tot gevolg dat de vragen zo zijn opgesteld, dat ze op verschillende manieren gesteld kunnen worden. De eerste vraag, “Hoe vind je het om hier te wonen?” zal een eerste reactie uitlokken, waar vervolgens op doorgevraagd kan worden. Dit is niet volledig uitgeschreven, omdat dit per cliënt zal variëren. Het semigestructureerde interview kunt u vinden als bijlage 2.

In welke mate zijn de cliënten van Estinea tevreden over hun woning?

Voor het beantwoorden van deze vraag wordt gebruikt gemaakt van de resultaten van de interviews. Om deze vraag te kunnen beantwoorden, worden de volgende items gebruikt:

1. Hoe vind je het om hier te wonen?
4. Wat vind je fijn aan de manier van wonen?
7. Wat zou Estinea kunnen verbeteren om hier te kunnen wonen?
8. Wat zou jij willen dat Estinea verbetert?

De vragen 1 en 4 meten de tevredenheid, door de vraag zo te stellen dat de cliënt een direct antwoord moet geven over zijn of haar tevredenheid. Vraag 7 is indirecter: wanneer een cliënt veel verbetering kan noemen, is hij of zij duidelijk minder tevreden. Als er ‘niks’ te verbeteren valt, is de cliënt tevreden. Vraag 8 is hier een verlengstuk van. Deze vraag meet specifiek wat een cliënt graag veranderd ziet worden, ongeacht of dit rechtstreeks met hun woning te maken heeft.

Wat heeft een cliënt nodig om bij Estinea te kunnen blijven wonen?

Er is één specifieke vraag uit het interview gericht op deze deelvraag, namelijk “*Wat heb je nodig om fijn te kunnen wonen?*”. Dit is vraag 5 van het interview. De volgende vraag, “*Wat mis je hier om fijn te kunnen wonen?*”, richt zich op de zaken die de cliënt van Estinea niet heeft, maar wel graag zou willen hebben. Deze vragen meten de behoeften van de cliënt om fijn te kunnen wonen in de huidige woning. Door te benoemen welke zaken de cliënt nodig heeft om fijn te kunnen wonen, kan deze deelvraag worden beantwoord.

Hoe zien de cliënten hun eigen woontoeekomst?

Voor deze vraag worden de vragen 9, 10 en 14 van de vragenlijst gebruikt. “*Zou je hier over tien jaar nog steeds willen wonen?*”, “*Als je hier over tien jaar nog steeds woont, wat zou Estinea dan moeten aanpassen om het hier nog steeds fijn te laten zijn?*” en “*Je bent nu xx jaar, denk je dat het gaat veranderen als je vijf of tien jaar ouder bent?*”. Vraag 9 geeft een inzicht in de toekomstplannen van de cliënt. Vraag 10 is daar een direct vervolg op, omdat de cliënten moeten aangeven wat veranderd dient te worden aan hun woning wanneer ze ouder worden. Het is voor veel cliënten moeilijk om zover vooruit te denken, dus het is belangrijk dat hier uitgebreid en rustig bij wordt stilgestaan. De laatste vraag (14) doet ook een beroep op het voorspellend vermogen van de cliënt. Het is mogelijk dat de cliënt bij de vragen 10 en 14 niet kan of wil antwoorden. Het is dan van belang om de cliënt gerust te stellen en de vraag op een andere manier te stellen, waardoor de cliënt toch nog een antwoord kan geven.

3.3.2 Kwantitatief onderzoek

Onder de begeleiders van Estinea wordt een kwantitatief onderzoek gedaan. Hierbij is gekozen voor een vragenlijst, waardoor meer respondenten benaderd kunnen worden. De begeleiders die benaderd zullen worden zijn, in tegenstelling tot de cliënten, allemaal zelf in staat om de vragenlijst te beantwoorden. Omdat in dit kwantitatieve onderdeel wordt gewerkt met getallen, is het belangrijk om zoveel mogelijk data te verzamelen. Wanneer meer data wordt verzameld, zullen de resultaten van dit kwantitatieve gedeelte van het onderzoek betrouwbaarder zijn (McKenney & Reeves, 2014). Er wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van een vierpunts-Likert-schaal. Er is gekozen voor een schaal met vier punten, zodat geen neutrale middenweg gekozen kon worden. Uit onderzoek van Worcester en Burns (1975) is gebleken dat respondenten vaker een positiever antwoord geven wanneer een vijf- of zevenpuntsschaal wordt gebruikt. Dit heeft als reden dat de respondenten door het neutrale punt meer naar een sociaal wenselijk antwoord neigen. Door het weglaten van dit neutrale punt, wordt de sociale wenselijkheid meer uit het antwoord gehaald, zonder de mening van de respondent aan te tasten (Garland, 1991). Daarnaast is het niet gezegd dat meer punten op een Likert-schaal leidt

tot een hogere validiteit of betrouwbaarheid (Matell & Jacoby, 1971). Daarom is het niet nodig om bijvoorbeeld een zespuntsschaal te gebruiken ten faveure van de vierpuntsschaal. Met de vierpuntsschaal wordt gemeten in hoeverre de respondenten het eens zijn met de gegeven stellingen. Wanneer een '1' wordt gegeven, betekent dit dat de respondent het volledig oneens is met de gegeven stelling. Een '4' betekent dat de respondent het volledig eens is met de stelling. De '2' en '3' betekenen respectievelijk 'enigszins mee oneens' en 'enigszins mee eens'. Door de vierpuntsschaal is het niet mogelijk om een neutraal antwoord te geven.

De vragenlijst is tot stand gekomen door overleg tussen de onderzoeker en de afstudeerbegeleiders van Estinea. Op basis van de leefdomeinen van de VGN (zoals beschreven in hoofdstuk 2) zijn 10 constructen geproduceerd. Hieropvolgend zijn verschillende vragen opgesteld, die elk hun eigen construct beschrijven. In totaal bezit de vragenlijst 53 stellingen en vragen, waarvan drie open vragen. De laatste open vraag luidt: *"Wat adviseert u Estinea, om de zorg voor onze ouder wordende cliënten te verbeteren?"*. Er is gekozen om met deze open vraag af te sluiten, omdat de begeleiders dan een advies kunnen geven, zonder dat deze een van tevoren geproduceerd antwoord zou bevatten.

Welke competenties hebben de begeleiders nodig om cliënten te kunnen ondersteunen?

In hoofdstuk 2 is reeds uitgewerkt over welke competenties de begeleiders van Estinea dienen te beschikken. De competenties zijn gebaseerd op de domeinen van de kwaliteit van leven. Deze domeinen zijn 1) Belangen; 2) Psychisch welbevinden; 3) Interpersoonlijke relaties; 4) Lichamelijk welbevinden; 5) Persoonlijke ontwikkeling; 6) Materieel welzijn; 7) Zelfbepaling en 8) Deelname aan de samenleving. Op basis van deze domeinen, die allen als constructen terugkomen in de vragenlijst, is de vragenlijst samengesteld. Vervolgens zijn twee aanvullende constructen toegevoegd: 'Specialisatie' en 'Competentie'. Deze zijn toegevoegd na overleg met Estinea. Het construct 'Specialisatie' is toegevoegd om te meten in welke mate de begeleiders zich gespecialiseerd voelen en beantwoordt ook wat de begeleiders nodig hebben om zich verder te kunnen ontwikkelen. Het laatste construct, 'Competentie', meet het algemene gevoel van competentie bij de begeleiders van Estinea.

In welke mate beschikken de begeleiders over deze competenties?

De vragen 4, 5 en 6 meten het construct 'Belangen'. Vragen 7 tot en met 13 meten het construct 'Psychisch welbevinden'. Het construct 'Interpersoonlijke relaties' wordt gemeten door de vragen 14, 15, 16, 17, 18 en 19. 'Lichamelijk welbevinden' wordt gemeten door de vragen 20, 21, 22, 23, 24 en 25. De vragen 26, 27 en 28 meten het construct 'Persoonlijke ontwikkeling'. Vragen 29 tot en met 35 meten het construct 'Materieel welzijn'. 'Zelfbepaling' wordt gemeten door de vragen 36, 37, 38, 39 en 40. 'Deelname aan de samenleving' wordt gemeten door de vragen 40, 41 en 42. Vragen 43 tot en met 48 meten het construct 'Specialisatie', waar het bij de vragen 46 en 48 open vragen betreft. Deze twee vragen zullen niet in de kwantitatieve analyse worden meegenomen, omdat dit geen numerieke antwoorden oplevert. Het laatste construct, 'Competentie', wordt gemeten door de vragen 49 tot en met 52.

Hoe zien de begeleiders de woont toekomst van de cliënten?

Voor deze deelvraag is aan het eind van de vragenlijst een open vraag toegevoegd, die meet wat de begeleiders denken dat Estinea in de toekomst moet verbeteren om de zorg voor de cliënten te verbeteren. Door de gegeven antwoorden te inventariseren, kan een kwalitatief antwoord gegeven worden op deze deelvraag.

3.4 Procedure

Nadat afspraken zijn gemaakt tussen de onderzoeker en de afstudeerbegeleiders van Estinea, is contact gelegd met de verschillende locaties waar de doelgroep woonachtig is. In totaal zijn negen locaties gecontacteerd, waarvan er één een overkoepelende naam heeft voor ambulante cliënten. De geselecteerde locaties zijn: 1) Hogestraat, 2) Patrimoniumstraat, 3) Piet Heinstraat, 4) Polstraat, 5) Vlierbeslaan, 6) Slaadreef 13-15, 7) Slaadreef 17-19 en 8) Stationsstraat. De negende 'locatie' is als "Aalten Wonen" gegroepeerd. Hieronder worden alle cliënten gerekend die ambulante begeleiding ontvangen. De cliënten die ambulante begeleiding ontvangen, wonen in hun eigen huis en worden daar vanuit begeleid, in tegenstelling tot de 24-uurs-zorg die op de andere locaties wordt aangeboden. Het contact met de locaties vindt plaats door middel van e-mail- en telefoonverkeer. Hierbij wordt door de onderzoeker een lijst doorgegeven met namen van cliënten die aan de doelgroepbeschrijving voldoen. De begeleiders op de locatie geven een aanbeveling voor de cliënten die, naar hun mening,

het meest kunnen bijdragen aan het onderzoek. Dit wordt gedaan op basis van ontwikkelingsniveau en mate van (non-)verbaal communiceren. Vervolgens kan de onderzoeker, in overleg met de begeleiders, per locatie twee cliënten uitkiezen welke geïnterviewd zouden worden. De manier waarop de cliënten worden uitgekozen, zou een bias kunnen opleveren. Zo kunnen de begeleiders cliënten aandragen waarvan zij denken dat het de beste resultaten op zou leveren. Toch is bewust gekozen voor deze manier van selecteren, omdat de mogelijkheid zou kunnen ontstaan dat er te weinig variatie in de gekozen cliënten zou zitten op basis van ontwikkelingsniveau. Wanneer bijvoorbeeld meer cliënten met een EMB gekozen zouden zijn op basis van een willekeurige steekproef, zou dit ook nadelige invloeden kunnen hebben. Dan zou wellicht te weinig waardevolle data verzameld zijn.

Tijdens de semigestructureerde interviews zal extra aandacht besteed worden aan het acclimatiseren van de cliënten. Ook kunnen tussen de vragen door cliënten afgeleid worden, waardoor van de vooropgestelde vragen afgeweken zou kunnen worden. Door het interview semigestructureerd op te stellen, is speelruimte opgenomen om van de volgorde van vragen af te wijken.

Nadat alle interviews zijn afgenomen, worden de vragenlijsten verspreid. Verspreiding vindt plaats via e-mail. De betreffende locaties ontvangen een e-mail met daarin als bijlage de vragenlijst toegevoegd. De bijlage die via de mail wordt verstuurd, is terug te vinden als bijlage 3 van deze scriptie. In de e-mail wordt aangekondigd dat per locatie een boek wordt uitgedeeld als blijk van waardering voor het meewerken aan dit onderzoek. Het gebruik van een attentie blijkt een effectief middel om respondenten die mogelijk zouden weigeren, toch over te halen om mee te werken (Wetzels, Schmeets, Feskens & Van den Brakel, 2006). Hoewel een beloning de respons verhoogt, is het vooraf verstrekken normaal gesproken te prefereren boven het achteraf verstrekken (Simmons & Wilmot, 2004).

3.5 Analyses

3.5.1 Kwalitatief: Interview

De interviews worden allereerst uitgewerkt door middel van aantekeningen die tijdens de interviews zijn gemaakt en bijbehorende audio-opnames. Zo wordt in kaart gebracht wat de reacties van de geïnterviewde cliënten zijn. Door deze uitwerking kan geïnventariseerd worden welke antwoorden het meest voorkomen in de doelgroep en deze worden per vraag gecategoriseerd. Antwoorden die eenzelfde soort strekking hebben, krijgen tijdens deze uitwerking dezelfde codering of labels. Hierdoor krijgen antwoorden die veel overeenkomsten hebben, dezelfde waarde. Op deze manier kan bekeken worden welke opmerkingen en reacties het vaakst terugkomen. Door dit te bekijken kan een taxonomie gemaakt worden. De uitwerking hiervan kan gevonden worden in tabel 4.1. Deze tabel is een vereenvoudigde weergave van de interviews. De volledige taxonomie van de interviews is te vinden in bijlage 4. Het uitwerken en inventariseren gebeurt door middel van het beluisteren van de audio opnames, in combinatie met de interviewbladen. Op deze manier wordt er voor gezorgd dat niks gemist wordt.

3.5.2 Kwantitatief: Vragenlijst

Om te meten in welke mate de begeleiders over verschillende competenties beschikken, wordt per construct gekeken naar de scores die hierop gegeven zijn. Allereerst wordt een homogeniteitsanalyse uitgevoerd, om te controleren of de gevraagde constructen ook daadwerkelijk worden getoetst. Hiervoor wordt gekeken naar de interne consistentie van de constructen, ook wel de cronbach's alpha genoemd. Bij een cronbach's alpha van 0.6 of hoger is de homogeniteit van het construct hoog genoeg om betrouwbare uitspraken te kunnen doen (Baarda, de Goede & van Dijkum, 2011; Verhoeven, 2011). Wanneer de cronbach's alpha lager is dan 0.6, moeten vraagtekens geplaatst worden bij de betrouwbaarheid van het betreffende construct en kunnen onvoldoende betrouwbare uitspraken worden gedaan.

De homogeniteitsanalyse kan ook aangeven dat de cronbach's alpha verhoogd kan worden, wanneer er een vraag 'uit' wordt gelaten: deze vraag wordt dan in zijn geheel niet meegenomen in de volgende analyse, om de betrouwbaarheid van dit construct te verhogen. Hierbij dient wel rekening gehouden te worden met het aantal vragen dat overblijft. Bij het eerste construct, 'Belangen', worden bijvoorbeeld slechts drie vragen gebruikt om dit te toetsen. Wanneer hier één vraag uitgehaald zou worden, blijven slechts twee items over om een uitspraak op te baseren. Ook dit is van invloed op de betrouwbaarheid.

Wanneer deze analyses zijn uitgevoerd, kan gekeken worden naar de scores die per construct gegeven zijn. Hiervoor worden de vragen die betrekking hebben op de betreffende constructen

samengevoegd, waardoor een gemiddelde score ontstaat die de waarde van dat construct aangeeft. Vervolgens wordt die waarde gelabeld, waardoor het eenvoudiger wordt om te lezen in welke categorie deze waarde valt. De labels zijn te vinden in tabel 3.5.2.

Tabel 3.5.2: Waarden van de constructen en bijbehorende labels.

Waarde	Label
0 – 1,5	Zeer laag
1,5 – 2,0	Benedengemiddeld
2,0 – 3,0	Gemiddeld
3,0 – 3,5	Bovengemiddeld
3,5 – 4,0	Zeer hoog

3.6 Betrouwbaarheid en validiteit

3.6.1 Betrouwbaarheid

Doordat verschillende personen bij dit onderzoek betrokken zijn van zowel Estinea als de Saxion Hogeschool, komt dit de betrouwbaarheid van het onderzoek ten goede (Van der Donk & Van Lanen, 2015). Dit geldt voor zowel de interviews als de vragenlijst. Door de vragen en constructen te baseren op bestaande domeinen die bij Estinea gehanteerd worden, wordt de herhaalbaarheid van het onderzoek hoger. Dit vergroot de externe betrouwbaarheid (Van der Donk & Van Lanen, 2015; Van Zwieten & Willems, 2004).

Omdat de onderzoeker individueel zal werken en zelfstandig de interviews codeert, kan de interne betrouwbaarheid aangetast worden (Van Zwieten & Willems, 2004). Het is niet gezegd dat een andere onderzoeker dezelfde labels en codes aan de gegeven antwoorden zal geven. Ook de omgeving kan van invloed zijn op de betrouwbaarheid van het onderzoek. De cliënten zullen in hun eigen huis geïnterviewd worden. Hoewel dit het acclimatiseren en het gevoel van veiligheid ten goede zal komen, kan dit ook als gevolg hebben dat de cliënten makkelijker worden afgeleid. Dit is van invloed op de betrouwbaarheid (Bernard et al., 1986).

De cliënten die worden geïnterviewd, worden niet willekeurig geselecteerd. Deze vorm van purposive sampling (Tongco, 2007) houdt in dat de onderzoeker bepaalt welke cliënten waarschijnlijk de meest waardevolle data kunnen geven (Bernard, 2002; Lewis & Sheppard, 2006). Hierdoor kan het voorkomen dat de onderzoeker meer waarde gaat hechten aan antwoorden van respondenten waarvan het vermoeden bestaat dat ze competent zijn (Godambe, 1982). Ook dient rekening gehouden te worden met het feit dat de cliënten er een eigen agenda op kunnen nahouden. Dat kan tot gevolg hebben dat bepaalde zaken zullen worden opgehemeld, of juist afgekraakt, voor persoonlijk gewin (Alexiades, 1996). Wanneer dit vermoeden ontstaat, dienen meerdere cliënten geïnterviewd te worden om te verifiëren of de gegeven antwoorden nog wel betrouwbaar zijn (Alexiades, 1996; Sanders, 1960). Het interviewen van meerdere cliënten (triangulatie) verhoogt de betrouwbaarheid van dit onderzoek (Seidler, 1974).

3.6.2 Validiteit

Doordat de vragen bij zowel de interviews als de vragenlijsten zijn gebaseerd op bestaande domeinen, wordt de inhoudsvaliditeit verbeterd (Oosterveld & Vorst, 1996). De onderzoeker maakt tijdens de interviews zelf aantekeningen. Ook wordt door de onderzoeker waarde gegeven aan de gegeven antwoorden. Dit is veelvoorkomend bij kwalitatief onderzoek, maar doordat het in dit onderzoek door één persoon gebeurt, kan dit de interne validiteit aantasten (Van Zwieten & Willems, 2004). Er worden veel cliënten geïnterviewd in telkens andere omgevingen. Doordat er veel variëteit in de doelgroep aanwezig is, komt dit de externe validiteit ten goede: de resultaten zullen beter gegeneraliseerd kunnen worden (Van Zwieten & Willems, 2004).

Omdat vragenlijsten worden verzameld van meerdere respondenten, verdeeld over verschillende locaties, zorgt dit ervoor dat de resultaten gegeneraliseerd kunnen worden naar de hele populatie. Doordat over verschillende onderwerpen en situaties gegevens worden verzameld komt dit de externe validiteit van de vragenlijst ten goede (Korzilius, 2000).

Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek besproken. Allereerst worden het verloop en de respons van het onderzoek beschreven. Voor het presenteren van de resultaten worden in paragraaf 4.2 de interviews besproken. Hierin staan de frequenties van de gegeven antwoorden vermeldt. De resultaten van de vragenlijst worden besproken in paragraaf 4.3, waar de gemiddelde score en homogeniteit gepresenteerd worden. Voor de interpretatie van deze scores is het belangrijk om te onthouden dat gebruik is gemaakt van een vierpuntsschaal, zonder neutraal punt. De gemiddelde scores hebben wel een label gekregen. Wanneer een construct een gemiddelde score tussen de 0,0 en 1,5 laat zien, is dat een zeer lage score. Tussen de 1,5 en 2,0 wordt benedengemiddeld genoemd. Tussen 2,0 en 3,0 is gemiddeld. Scores tussen de 3,0 en 3,5 zijn bovengemiddeld. Wanneer tussen de 3,5 en 4,0 wordt gescoord, wordt dit beschouwd als zeer hoog.

4.1 Verloop en respons

Voor het kwalitatieve onderdeel van dit onderzoek zijn interviews afgenomen. Op het moment dat de eerste interviews gepland stonden, moesten deze vanwege een ongeval helaas verzet worden. Hierdoor werden de interviews met een maand uitgesteld. Nadat nieuwe data werden vastgelegd, zijn alle interviews binnen twee weken afgenomen. De e-mails van de onderzoeker werden snel beantwoord en alle afspraken konden zonder problemen ingepland worden. De interviews zijn op allerlei verschillende tijdstippen afgenomen: zowel in de ochtend, middag als avond waren interviews gepland. Bij verscheidende cliënten waarvan de interviews waren uitgesteld heerste er nieuwsgierigheid naar het ongeval. Meerdere cliënten vroegen wat er was gebeurd en wouden zelfs littekens zien! Hoewel dit een vreemde manier van acclimatiseren was, werd op deze manier wel direct het ijs gebroken en dit is de sfeer tijdens de interviews ten goede gekomen.

De cliënten waren vrijwel zonder uitzondering gastvrij en vonden het fijn dat er iemand is waarmee ze konden praten. Slechts één cliënt wil bij nader inzien liever geen interview wil geven: hij ging liever biljarten. Na aandringen van zijn begeleider stemde ook deze cliënt in en kon het interview alsnog worden afgenomen. In de eerste minuten van elk gesprek werd veel ruimte gelaten om te acclimatiseren en te zorgen dat het interview op een gemoedelijke manier verloopt. Alle cliënten vonden het geen probleem dat er audio-opnames werden gemaakt. Wel werd expliciet vermeld dat deze opnames louter worden gebruikt wanneer de onderzoeker iets terug wil luisteren.

Nadat de interviews afgenomen waren, is een e-mail naar alle betreffende locaties gestuurd met daarin de vragenlijsten. In de e-mail werd gevraagd of alle begeleiders van die locatie de vragenlijst wilden invullen. Ondanks dat een attentie in het vooruitzicht was gesteld, was de initiële respons zeer laag. In de eerste week werden slechts twee vragenlijsten geretourneerd via de e-mail. Daaropvolgend is een herinnering gestuurd. Hier werden meerdere reacties op gegeven, waaronder veel opmerkingen dat de vragenlijsten waren uitgeprint en klaar zouden liggen op de betreffende locaties. Uiteindelijk zijn 36 vragenlijsten geretourneerd, waarvan vijf via de e-mail. De rest van de vragenlijsten werden op papier ingevuld.

4.2 Interviews

Na inventarisatie zijn in totaal 16 cliënten naar voren geschoven die bereid en geschikt zijn om mee te werken aan de interviews. Vijf cliënten ontvangen ambulante begeleiding en vallen onder de categorie LVB. 11 cliënten wonen op een 24-uurs-locatie en vallen daarmee onder de categorie EMB. Er zijn twee vertegenwoordigers geïnterviewd, omdat de betreffende cliënten niet zelf geïnterviewd konden worden. Dit brengt het totale aantal interviews op 18. Deze interviews zijn afgenomen in een tijdsspanne van twee weken. Na overleg met de begeleiders van de verschillende locaties, is besloten om geen cliënten met het syndroom van Down te interviewen. Deze cliënten zouden te weinig waardevolle data opleveren om te kunnen gebruiken in het onderzoek.

Wat uit de resultaten van de interviews blijkt, is dat de cliënten van Estinea zeer positief zijn over hun woning, omgeving en begeleiding. De cliënten vinden het fijn dat ze een plekje voor zichzelf hebben. Veel cliënten hebben al in verscheidene woningen of wooncomplexen gewoond. Wat bij al deze cliënten naar voren komt, is dat ze momenteel prettiger wonen dan voorheen. De meest voorkomende reden hiervan is dat de cliënten nu een 'plekje voor zichzelf' hebben. De cliënten die in een woongroep wonen kunnen naar de groepsruimte wanneer ze dat willen, maar zijn ook vrij om in hun eigen appartement te blijven. Ook wordt meerdere keren aangegeven dat ze nu zelf kunnen beslissen wat er op de televisie komt: "Als je met vijf of zes man naar zo'n toestel kijkt... pff dan weet je wel hoe dat gaat".

Van alle cliënten die geïnterviewd zijn, is één uitgesproken negatief over haar begeleiding. Deze cliënt kenmerkt zich vanaf het begin van het gesprek door haar negatieve toon en boze stem. Ze is naar eigen zeggen 'hoogbegaafd' en woont bij Estinea omdat ze dan mensen in de gaten kan houden. Tijdens het interview vertelt ze een aantal dingen, waar een gemiddeld mens het vertrouwen van zou verliezen. De gebeurtenissen zijn echter onsamenhangend en "de schuld van de overheid". Desalniettemin kan ze wel redelijk uitleggen waarom ze haar begeleiding niet fijn vindt. Ze moet alleen eten wanneer ze samen wil eten, en moet verplicht in de gemeenschappelijke ruimte eten als ze behoefte heeft om alleen te zijn. Dit soort dingen horen met haar overlegd te worden, vindt ze. Over de woning zelf is ze wel positief, want ze is "heel bewust hier gaan wonen, zodat ik alles in de gaten kan houden".

Bij de cliënten heerst over het algemeen een tevreden gevoel. Dit komt mede door het ervaren gevoel van autonomie en keuzevrijheid. Zo wordt aangegeven dat veel zelf beslist mag worden. De moeilijkere beslissingen gaan in samenspraak met de begeleiders. Waar mogelijk, mag de cliënt zelf bepalen wat er gaat gebeuren in zijn dag. Wat daarbij opvalt, is dat de cliënten een redelijk goed ziekte-inzicht hebben. Een voorbeeld hiervan is dat bij één van de cliënten zijn koffiezetapparaat uit de keuken is gehaald. Dit vindt hij wel jammer, maar de cliënt geeft zelf aan dat hij niet beseft wanneer hij te veel koffie drinkt. Zo dronk hij eens twee koppen koffie per uur, en "dat is niet de bedoeling". Wanneer de cliënt nu zin heeft aan koffie, kan hij naar de gemeenschappelijke ruimte gaan en daar vragen om een kopje. Zo zijn meerdere cliënten, die aangeven dat ze begrijpen dat ze niet alles zelf kunnen doen of beslissen, omdat ze daar niet goed toe in staat zijn: "Als het moeilijk is, vraag ik de begeleiding wel".

In tabel 4.1 staan de meest voorkomende antwoorden van de cliënten, gegroepeerd per deelvraag. Enkele antwoorden zijn samengevoegd om de leesbaarheid van de tabel te verhogen. Zo zijn bij vraag 3 enkele verschillende antwoorden samengevoegd tot 'empatisch'. Hieronder vallen antwoorden als 'staan altijd klaar', 'denken mee', 'helpen mij'. Dit geldt ook voor een begrip als 'autonomie'. Dit zijn geen bewoordingen die gebruikt zijn door de cliënten tijdens de interviews, maar een verzameling van antwoorden die een label hebben gekregen door de onderzoeker. Geïnterviewde cliënten konden meerdere antwoorden per vraag geven. Dit heeft als gevolg dat bij enkele vragen meer dan 18 antwoorden staan genoteerd.

Tabel 4.1: Meest voorkomende antwoorden op de vragen uit het interview, gegroepeerd per onderwerp. (n=18)

#	Vraag	Antwoorden	Aantal antwoorden
Hoe tevreden zijn de cliënten?			
1	Hoe vind je het om hier te wonen?	Mooi, fijn, veilig, prima, rustig, goed, heerlijk, leuk.	18
2	Hoe vind je de begeleiding?	Goed, hulp, fijn, staan klaar, prima, aardig, leuk, minder frequent, veel wisselingen, achterbaks.	27
3	Wat vind je fijn aan de manier van begeleiden?	Empatisch, opletten, bevalt goed, autonomie, perfect, weinig overleg, luisteren niet.	27
4	Wat vind je fijn aan de manier van wonen?	Uitzicht, alleen, autonomie, zorg, ruimte, geen last van anderen, eigen plek, perfect, teveel alleen.	38
6	Wat mis je hier om fijn te kunnen wonen?	Niets, overleg, fatsoen.	13
7	Wat zou Estinea kunnen verbeteren om hier te kunnen wonen?	Niets, minder begeleiding, beter onderhoud.	14
8	Wat zou jij willen dat Estinea verbetert?	Alles is goed, meer samen mogen doen.	2
Hoe zien de cliënten hun toekomst?			
9	Zou je hier over tien jaar nog steeds willen wonen?	Nee, ik ga verhuizen, hoop het, goed naar mijn zin, perfect.	18
10	Als je hier over tien jaar nog steeds woont, wat zou	Huis is al aangepast, traplift, douche, toilet, rolstoel.	13

	Estinea dan moeten aanpassen om het hier nog steeds fijn te laten zijn?	
11	Mag je dingen zelf beslissen? Alles / veel, leiding helpt waar nodig, "leiding heeft niks te vertellen" (dit is in twee gevallen als 'grap' gezegd, één keer serieus).	21
12	Hoe ervaren je dit? Hoe vind je het dat je die dingen zelf mag beslissen	26
13	Als jij iets wil doen, lukt dat dan ook? Wie kan jou daarbij helpen?	30
14	Je bent nu xx jaar, denk je dat het gaat veranderen als je vijf/tien jaar ouder bent?	17
Wat hebben de cliënten nodig?		
5	Wat heb je nodig om fijn te kunnen wonen? Televisie, begeleiding, meubilair, mijn eigen gang kunnen gaan	29

Wat opvalt aan deze resultaten is dat ze overwegend zeer positief zijn. Slechts een enkeling kon, na veel doorvragen, negatieve antwoorden formuleren. Op de eerste vraag ("Hoe vind je het om hier te wonen?") is zelfs door niemand een negatief antwoord gegeven. Ook de cliënt die zeer kritisch was, en verantwoordelijk voor de opmerkingen: "Ze [de leiding] zijn achterbaks" (vraag 2) en "ze luisteren niet" (vraag 3) was over haar woning zelf positief. Er was slechts één verbetering te noemen die betrekking had over haar woning: *"Ik wil een afdakje hebben, om na het eten gewoon te kunnen roken."*

4.2.1 In welke mate zijn de cliënten van Estinea tevreden over hun woning?

Voor het beantwoorden van deze deelvraag zijn meerdere vragen uit de interviews meegenomen. Wat opvalt is dat de bewoners van Estinea zeer positief zijn over hun woning en de begeleiding. Wanneer wordt gevraagd wat verbeterd kan worden, in de woning of met de begeleiding, worden zeer weinig verbeterpunten aangedragen. In totaal zijn slechts drie cliënten geïnterviewd die een concreet verbeterpunt opnoemen (tabel 4.4 en tabel 4.5). Het antwoord "mijn gordijn is stuk, die mogen ze wel maken" is zelfs een relatief klein probleem, dat snel opgelost zou kunnen worden. Over de begeleiding is vrijwel elke cliënt zeer positief. Het antwoord "de begeleiding moet niet binnenkomen tijdens tv-programma's" (tabel 4.5) werd met een glimlach van oor tot oor uitgesproken. Hoewel de cliënt het oprecht vervelend vond dat hij dan een gedeelte van zijn programma moest missen, snapte hij ook wel dat de begeleiding niet binnenkomt om hem van zijn programma te houden. Slechts één cliënt was uitgesproken negatief over de begeleiding. Haar verbeterpunten bestonden uit "minder begeleiding" en "meer samen mogen doen [met de andere bewoners]".

De cliënten van Estinea hebben louter positieve reacties gegeven op de vraag "Hoe vind je het om hier te wonen?" (Tabel 4.2). Ook de vraag "Wat vind je fijn aan de manier van wonen?" (Tabel 4.3) kon op veel positieve reacties rekenen. Wat de cliënten het meeste aan hebben aangedragen, is het feit dat ze veel dingen zelf mogen bepalen en beslissen. Er wordt veel autonomie ervaren, ondanks dat er begeleiding aanwezig is. Voor de cliënten met ambulante begeleiding geldt hetzelfde: ook zij ervaren veel autonomie, waar de begeleiding bijspringt wanneer het nodig is.

Tabel 4.2: Gegeven antwoorden op de vraag "Hoe vind je het om hier te wonen?" (n=18)

Gegeven antwoorden	Frequentie
Fijn / Goed / Heerlijk	15
Veilig	1
Rustig	1
Iedereen kent elkaar	1
Totaal	18

Tabel 4.3: Gegeven antwoorden op de vraag "Wat vind je fijn aan de manier van wonen?" (n=18)

Gegeven antwoorden	Frequentie
Alleen / Geen last van anderen	13
Autonomie	10
Samen met anderen	5
Uitzicht en omgeving	3
Veel ruimte	3
Zorg	1
Eigen plekje	1
Het is perfect	1
Ik ben teveel alleen	1
Totaal	38

Tabel 4.4: Gegeven antwoorden op de vraag "Wat zou Estinea kunnen verbeteren om hier te wonen?" (n=18)

Gegeven antwoorden	Frequentie
Niets / Geen idee	12
Traplift aanschaffen	1
Minder begeleiding	1
Beter onderhoud	1
Andere telefoon	1
Nieuw bad	1
Totaal	17

Tabel 4.5: Gegeven antwoorden op de vraag "Wat zou jij willen dat Estinea verbetert?" (n=18)

Gegeven antwoorden	Frequentie
Mijn gordijn is stuk	1
Alles is goed	1
Meer samen mogen doen	1
De begeleiding moet niet binnenkomen tijdens tv-programma's	1
Totaal	4

4.2.2 Wat heeft een cliënt nodig om bij Estinea te kunnen blijven wonen?

Uit de antwoorden die verkregen zijn tijdens de interviews is duidelijk op te maken wat de cliënten van Estinea nodig hebben om te kunnen wonen. Uit de tabel valt af te lezen dat de cliënten veel waarde hechten aan hun inrichting (televisie, meubilair, tuin). In tabel 4.7 wordt duidelijk dat de cliënten weinig missen in hun leefomgeving: Uit de achttien interviews zijn slechts acht antwoorden gegeven, waarvan drie door één cliënt gegeven zijn (overleg, fatsoen, afdakje).

Tabel 4.6: Gegeven antwoorden op de vraag "Wat heb je nodig om fijn te kunnen wonen?" (n=18)

Gegeven antwoorden	Frequentie
Meubilair	6
Televisie	5
Begeleiding	5
Tuin	3
Eigen gang kunnen gaan	2
Hobby's	2
Ruimte	2
Keuken	1
Veel mensen om mij heen	1
Regelmaat	1
Warmte	1
Totaal	29

Tabel 4.7: Gegeven antwoorden op de vraag "Wat mis je hier om fijn te kunnen wonen?" (n=18)

Gegeven antwoorden	Frequentie
Familie	2
Inrichting	2
Overleg	1
Fatsoen	1
Afdakje om te roken	1
Ligbad	1
Totaal	8

4.2.3 Hoe zien de cliënten hun eigen woontoeekomst?

Ook voor het beantwoorden van deze deelvraag zijn meerdere vragen uit de interviews gebruikt. De vragen 9, 10 en 14 uit het interview worden meegenomen in het beantwoorden van deze deelvraag. Bij het afnemen van de interviews is duidelijk geworden dat veel cliënten het moeilijk vinden om ver in de toekomst te kijken. Sommigen willen het niet, omdat ze bang zijn voor de gedachte hoe ze er over tien jaar aan toe zijn. Enkele cliënten reageren ook met "misschien ben ik er dan niet meer". Als wordt doorgevraagd en de cliënten duidelijk wordt gemaakt dat ze in dat geval er vanuit mogen gaan dat ze er nog wel zullen zijn, komen er wel verschillende antwoorden. Wat vervolgens opvalt is dat vrijwel alle cliënten zeer gehecht zijn aan hun woning. Van de 18 geïnterviewde cliënten, willen 17 graag in hun eigen woning blijven wonen. Slechts één cliënt heeft aangegeven dat dit niet mogelijk is. Dit komt omdat ze dit jaar nog (2017) bij haar zus gaat wonen, die een aanbouw heeft laten bouwen bij haar eigen huis (tabel 4.8).

Hoewel alle andere cliënten graag in de huidige woning willen blijven, zijn wel voldoende verbeterpunten gevonden, die Estinea zou moeten aanpassen in de toekomst (tabel 4.9). Ondanks dat 7 cliënten geen antwoord konden of wilden geven over de toekomst en één cliënt zijn woning al aangepast heeft zien worden, zijn nog 15 tips gegeven. De meest voorkomende opmerkingen zijn het installeren van een traplift en aanpassingen in het sanitair. Ook wordt meer afhankelijkheid van de begeleiding verwacht. In deze tabel zijn antwoorden als "Als het kan", "Ik hoop het", "Als ik ga dementeren niet, anders wel" samengevoegd. Deze antwoorden lijken genoeg op elkaar om samen te voegen tot één antwoord.

Als antwoord op de laatste vraag van het interview worden ook veel verschillende antwoorden gegeven (tabel 4.10). Vier keer wordt aangegeven dat de cliënt niet weet wat er over tien jaar zou veranderen. Dit kan, net als bij de vorige vragen, ermee te maken hebben dat de cliënt niet zover in de toekomst wil of kan kijken. Slechts één cliënt geeft aan dat hij verwacht niet meer in zijn eigen woning te kunnen blijven, omdat hij dan te veel functieverlies zou ervaren. De overige cliënten denken dat ze nog steeds in de huidige woning kunnen verblijven, mits bepaalde dingen zijn veranderd: misschien moeten ze naar de begane grond verhuizen, omdat ze minder goed kunnen traplopen. Ook wordt verwacht dat meer hulp nodig is. De meest voorkomende opmerking spreekt de verwachting uit dat de cliënt in een rolstoel belandt. Zes maal wordt deze verwachting uitgesproken. Daar wordt telkens bij vermeld dat ook wanneer de cliënt rolstoelgebonden wordt, er genoeg ruimte is in de woning om met een rolstoel te kunnen bewegen.

Tabel 4.8: Gegeven antwoorden op de vraag "Zou je hier over tien jaar nog steeds willen wonen?" (n=18)

Gegeven antwoorden	Frequentie
Als het mogelijk is	10
Absoluut	8
Ik ga hier niet meer weg	3
Zover wil/kan ik niet vooruit kijken	2
Een rolstoel zou ook passen	2
Ja, het is hier gezellig	2
Nee, ik ga binnenkort verhuizen	1
Totaal	28

Tabel 4.9: Gegeven antwoorden op de vraag “Als hier over tien jaar nog steeds woont, wat zou Estinea dan moeten aanpassen om het hier nog steeds fijn te laten zijn?” (n=18)

Gegeven antwoorden	Frequentie
Traplift installeren	3
Hogere toiletten	3
Douche aanpassen	3
Meer begeleiding	3
Daar wil / kan ik niet aan denken	2
Ruimte voor de rolstoel	1
Niets – mijn huis is al aangepast	1
Geen antwoord	7
Totaal	23

Tabel 4.10: Gegeven antwoorden op de vraag “Je bent nu ‘xx’ jaar, denk je dat het gaat veranderen als je vijf / tien jaar ouder bent?” (n=18)

Gegeven antwoorden	Frequentie
Dan heb ik een rolstoel nodig	6
Dan moet ik naar de 24-uurs zorg	3
Dan heb ik meer hulp nodig	3
Het lopen zal minder worden	2
Ja, maar dan verhuizen we naar beneden	3
Ja – dan ga ik met pensioen!	1
Dan heb ik dagopvang nodig	1
Als ik in beweging blijf, komt het wel goed	1
Dan ga ik achteruit, dus kan ik hier niet blijven	1
Dat weet ik niet	4
Totaal	25

4.3 Vragenlijsten

In tabel 4.11 staan de respondenten beschreven. Het totale aantal respondenten is 36. Deze respondenten zijn verdeeld over 8 locaties. In totaal was het mogelijk om 83 reacties op de vragenlijsten te verkrijgen. Doordat drie locaties een zeer geringe respons hebben laten zien, is sprake van een respons van slechts 43%, ondanks het vooruitzicht op een attentie.

Tabel 4.11: Locaties en aantal respondenten per locatie (n=36)

Locatie	Aantal respondenten	Aantal mogelijk	Percentage
Hogestraat	8	10	80%
Patrimoniumstraat	6	10	60%
Piet Heinstraat	2	6	33%
Polstraat	5	5	100%
Vlierbeslaan	1	10	10%
Slaadreef 13-15	11	16	69%
Slaadreef 17-19	1	15	6%
Stationsstraat	2	11	18%
Totaal	36	83	43%

4.3.1 Welke competenties hebben de begeleiders nodig om cliënten te kunnen ondersteunen?

Estinea noemt verschillende competenties waarover de begeleiders dienen te beschikken om de cliënten adequaat te kunnen ondersteunen. Van de benodigde competenties, zijn er acht gebaseerd op de domeinen van de kwaliteit van leven, opgesteld door Schalock & Verdugo, (2002). Deze acht competenties zijn reeds vermeld in hoofdstuk 2 en zijn verwerkt in constructen. Deze constructen zijn: Belangen; Psychisch welbevinden; Interpersoonlijke relaties; Lichamelijk welbevinden; Persoonlijke ontwikkeling; Materieel welzijn; Zelfbepaling en Deelname aan de samenleving. Deze constructen zijn allemaal zeer sterk gericht om de kwaliteit van leven voor de cliënten zo hoog mogelijk te maken. Daarnaast zijn nog twee constructen in dit onderzoek gekozen, die zich specifiek op de begeleider richten. Deze twee constructen zijn Specialisatie en Competentie.

Tabel 4.12: Benodigde competenties voor de begeleiders om cliënten te kunnen ondersteunen.

1	Belangen
2	Psychisch welbevinden
3	Interpersoonlijke relaties
4	Lichamelijk welbevinden
5	Persoonlijke ontwikkeling
6	Materieel welzijn
7	Zelfbepaling
8	Deelname aan de samenleving
9	Specialisatie
10	Competentie

4.3.2 In welke mate beschikken de begeleiders over deze competenties?

De vragenlijst is ingevuld op basis van een vierpunts-Likertschaal. De gemiddelde scores die hieruit voortgekomen zijn, hebben labels gekregen zoals in tabel 3.5.2 reeds vermeld wordt. Wanneer een construct een gemiddelde score tussen de 0,0 en 1,5 laat zien, wordt dit beschouwd als een zeer lage score. Tussen de 1,5 en 2,0 wordt benedengemiddeld genoemd. Tussen 2,0 en 3,0 is gemiddeld. Scores tussen de 3,0 en 3,5 zijn bovengemiddeld. Wanneer tussen de 3,5 en 4,0 wordt gescoord, wordt dit beschouwd als zeer hoog.

Tabel 4.13: Homogeniteit, aantal vragen en gemiddelde score van de verschillende constructen.

Construct	Homogeniteit	Aantal vragen	Gemiddelde
Belangen	0,302	3	3,15
Psychisch welbevinden	0,809	7	2,91
Interpersoonlijke relaties	0,741	6	3,15
Lichamelijk welbevinden	0,703	6	3,02
Persoonlijke ontwikkeling	0,744	3	3,09
Materieel welzijn	0,661	7	3,08
Zelfbepaling	0,836	4	3,32
Deelname aan de samenleving	0,771	3	3,01
Specialisatie	0,744	4	2,11
Competentie	0,036	4	2,53

Belangen

Het construct belangen is getoetst door drie vragen in de vragenlijst. Na de homogeniteitsanalyse werd een cronbach's alpha gevonden van 0,302. Bij verwijdering van vraag 6 zou een alpha berekend worden van 0,517. Dit betekent dat er alsnog geen betrouwbare uitspraken over dit construct gedaan kunnen worden. Er werd een gemiddelde score van 3,15 gevonden. Dit zou betekenen dat de begeleiders op het gebied van 'belangen' een redelijk hoge score hebben behaald. Echter kunnen geen betrouwbare uitspraken over dit construct worden gedaan.

Psychisch welbevinden

Het construct psychisch welbevinden wordt gemeten door de vragen 7 tot en met 13, zeven vragen in totaal. Na de homogeniteitsanalyse is een cronbach's alpha gevonden van 0,809. Dit betekent dat over dit construct betrouwbare uitspraken gedaan kunnen worden. De gemiddelde score van het construct 'psychisch welbevinden' is 2,91. Dit betekent dat de begeleiders van Estinea zich gemiddeld competent voelen voor dit construct.

Interpersoonlijke relaties

Dit construct wordt gemeten door zes vragen. Na de homogeniteitsanalyse is een cronbach's alpha gevonden van 0,741. Dit betekent dat over dit construct betrouwbare uitspraken kunnen worden gedaan. De gemiddelde score van het construct 'interpersoonlijke relaties' is 3,15. Dit houdt in dat de begeleiders van Estinea op dit construct een bovengemiddelde competentie ervaren.

Lichamelijk welbevinden

De vragen 20 tot en met 25 meten het construct 'lichamelijk welbevinden'. Dat zijn zes vragen in totaal. Door de homogeniteitsanalyse is een cronbach's alpha van 0,703 gevonden. Dit houdt in dat over dit construct betrouwbare uitspraken gedaan kunnen worden. De gemiddelde score van dit construct is 3,02. Dit betekent dat de begeleiders een bovengemiddelde competentie ervaren op dit construct.

Persoonlijke ontwikkeling

Het construct 'persoonlijke ontwikkeling' wordt gemeten door drie vragen. Op dit construct is door de homogeniteitsanalyse een cronbach's alpha gevonden van 0,744. Dit betekent dat ook over dit construct betrouwbare uitspraken gedaan kunnen worden. De gemiddelde score die door de begeleiders van Estinea op dit construct behaald is, bedraagt 3,09. Dit is een bovengemiddelde score.

Materieel welzijn

De score op het construct 'materieel welzijn' van de begeleiders van Estinea wordt gemeten door

zeven vragen. De vragen 29 tot en met 35. De homogeniteitsanalyse van dit construct heeft een cronbach's alpha opgeleverd van 0,661. Dit betekent dat over dit construct betrouwbare uitspraken gedaan kunnen worden. De gemiddelde score van het construct 'materieel welzijn' bedraagt 3,08. Dit wil zeggen dat er door de begeleiders een bovengemiddelde score is gegeven aan het construct.

Zelfbepaling

Het construct 'zelfbepaling' wordt gemeten door vier vragen: vraag 36 tot en met 39. Na de homogeniteitsanalyse is er een interne consistentie gevonden met een cronbach's alpha van 0,836. Hierdoor kunnen betrouwbare uitspraken worden gedaan over dit construct. De gemiddelde score die op dit construct door de begeleiders is behaald, is 3,32. Dit betekent dat de begeleiders een bovengemiddelde competentie ervaren als het gaat om de zelfbepaling van cliënten.

Deelname aan de samenleving

Dit construct is er op gericht om een zo groot mogelijke deelname aan de samenleving mogelijk te maken. Dit wordt getoetst door een drietal vragen. Uit de homogeniteitsanalyse is een cronbach's alpha van 0,771 gevonden. Dit houdt in dat over dit construct betrouwbare uitspraken gedaan kunnen worden. De gemiddelde score die aan dit construct is gegeven, bedraagt 3,01. Dit houdt in dat de begeleiders een gemiddelde score aan dit construct hebben gegeven.

Specialisatie

De specialisatie van de begeleiders wordt gemeten door zes vragen: 43 tot en met 48. Van deze zes vragen worden de vragen 46 en 48 niet meegenomen in de kwantitatieve analyse, omdat dit open vragen betreft. Er blijven vier vragen over: 43, 44, 45 en 47. De homogeniteitsanalyse over deze vier vragen geeft een cronbach's alpha aan van 0,744. Dit betekent dat betrouwbare uitspraken kunnen worden gedaan. De gemiddelde score over dit construct bedraagt 2,11. Dit betekent dat een benedengemiddeld gevoel van specialisatie wordt ervaren door de begeleiders van Estinea.

Competentie

De mate waarin competentie wordt ervaren wordt gemeten door vier vragen: 49 tot en met 52. In dit construct komt de enige vraag voor die hercodering behoeft. Eén item van de vragenlijst is gehercodeerd. Het gaat om item 51: *"Als ik hulp vraag van collega's, betekent dit dat ik een slechte begeleider ben"*. De overige items zijn zodanig geformuleerd dat deze geen hercodering behoeven.

Vraag 51 geeft bij een hogere score juist een weergave weer van minder ervaren competentie. Na het hercoderen is uit de homogeniteitsanalyse een cronbach's alpha van 0,036 naar voren gekomen. Dit is extreem laag en geeft aan dat er geen samenhang bestaat tussen de vragen die opgenomen zijn in dit construct. Wanneer vraag 51 niet mee zou worden genomen in de analyse wordt een hogere interne consistentie gevonden. De cronbach's alpha wordt dan verhoogd naar 0,268. Dit is alsnog te laag om betrouwbare uitspraken te kunnen doen. De gemiddelde waarde die op het construct 'competentie' is gescoord bedraagt 2,53. Dit is een gemiddelde score. Door de lage homogeniteit die hier is gevonden, kunnen echter geen betrouwbare uitspraken over deze score gedaan worden.

4.3.3 Hoe zien de begeleiders de woontoeekomst van de cliënten?

Voor het beantwoorden van deze vraag is een open vraag aan de vragenlijst toegevoegd: *"Wat adviseert u Estinea, om de zorg voor onze ouder wordende cliënten te verbeteren?"*. Met deze vraag wordt geïnventariseerd wat de begeleiders vinden dat verbeterd moet worden om de woontoeekomst van de cliënten te waarborgen. Twee antwoorden zijn significant meer genoemd ten opzichte van de overige antwoorden. Zo blijkt onder de begeleiders veel behoefte te zijn aan bijscholing en/of cursussen, wanneer ze (in de toekomst) met ouderen willen werken. Als motivatie worden meerdere tips gegeven, bijvoorbeeld: "meer medische kanten leren, zoals het aanleggen van een katheter en het omgaan met spuiten", "Echt specialiseren in ouderen, zodat we minder hulp nodig hebben van Sensire (thuiszorg)" en "Weten welke hulp je wanneer moet kunnen inschakelen".

Daarnaast wordt aangegeven dat de huisvesting aangepast dient te worden. Dit komt overeen met de resultaten op de deelvraag *"Hoe zien de cliënten hun eigen woontoeekomst?"*, waar de cliënten met een aantal verbeterpunten is gekomen. Waar de cliënten echter vooral aan praktische dingen voor direct woongemak denken (trapliften, hogere toiletten enz.), worden bij de begeleiders antwoorden gegeven die meer op het levensloopbestendig wonen gericht zijn: *"Kleinschaligere woonvormen", "Een kleinere groep ouderen, die de nabijheid en begeleiding ontvangen waar ze om vragen" en "Alarmering aanpassen, waar dat nodig is"*.

Ook zijn antwoorden gegeven, die niet een direct verband hebben met de woontoekomst van de cliënten, maar wel opvallend zijn om mee te nemen: Het “*aangepast inzetten van personeel*”. De motivatie die bij deze gegeven antwoorden mee zijn gekomen, zijn “*Roulatie van personeel*” en “*Zet begeleiders in die bewust kiezen voor deze doelgroepen*”.

Tabel 4.14: *Frequentie van gegeven antwoorden op de open vraag “Wat adviseert u Estinea, om de zorg voor onze ouder wordende cliënten te verbeteren?”.*

Antwoorden	Frequentie
Bijscholing	12
Huisvesting aanpassen / verbeteren	11
Cursussen aanbieden	2
Aangepast inzetten van personeel	3
Eén coördinator voor elke doelgroep die alles regelt	2
Verplicht kijken in andermans keuken	1
Lidmaatschap op nieuwsbrieven	1
Ouderen stimuleren om mobiel te blijven	1
Meer tijd voor leuke dingen	1
Iemand van buiten het team, die meekijkt	1
Dagbesteding op locatie	1
Geen antwoord	12

Hoofdstuk 5 Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden conclusies getrokken uit de resultaten van het vorige hoofdstuk. Het onderzoek wordt bediscussieerd en op basis hiervan worden aanbevelingen gedaan. Ook worden aanbevelingen besproken voor vervolgonderzoek.

5.1 Conclusies

Om te bepalen wat de cliënten van Estinea nodig hebben om levensloopbestendig te kunnen wonen, zijn meerdere deelvragen opgesteld. In dit onderzoek is getracht om deze deelvragen te beantwoorden, teneinde een antwoord op de hoofdvraag te kunnen formuleren.

De eerste deelvraag, *“In welke mate zijn de cliënten van Estinea tevreden over hun woning?”* is door vier verschillende vragen uit de interviews beantwoord. In dit onderzoek is vrijwel iedere bewoner eensgezind als het neerkomt op het antwoord geven op deze vragen: de cliënten van Estinea zijn zéér tevreden over de manier waarop ze wonen. Dat geen negatieve antwoorden gegeven konden worden op een vraag als *“Hoe vind je het om hier te wonen?”*, mag Estinea als een groot compliment opvatten.

De volgende deelvraag, *“Wat heeft een cliënt nodig om bij Estinea te kunnen blijven wonen?”*, is onderzocht door twee vragen aan de cliënten van Estinea te stellen. De eerste vraag onderzocht wat de cliënten nodig hebben om fijn te wonen, waar de tweede vraag onderzocht wat de cliënten missen. Uit de resultaten van deze vragen, die verkregen zijn via de interviews met de cliënten, is op te maken dat de cliënten over het algemeen eenvoudige behoeften hebben. Uit de antwoorden die gegeven zijn, valt op te maken alledaagse dingen als een televisie, meubilair en een tuin als onmisbaar worden geacht. Ook de begeleiding is zeer belangrijk voor de cliënten. Wanneer wordt gekeken naar wat wordt gemist, is dit van een andere aard. Enerzijds missen enkele cliënten ‘simpele’ dingen, zoals een ligbad of een afdakje. Anderzijds wordt de familie gemist. Hoewel dit laatste een belangrijk punt kan zijn voor de gemoedstoestand van de cliënt, ligt het buiten de macht van Estinea om familie te dwingen om langs te komen.

De cliënten van Estinea vinden de begeleiding zeer belangrijk, wat begrijpelijk is. Naast deze begeleiding willen ze in een huis wonen dat leuk is ingericht en van verschillende gemakken is voorzien. Zolang een televisie aanwezig is, een fijne bank en in sommige gevallen een tuin, denken de cliënten dat alle ingrediënten aanwezig zijn om bij Estinea te kunnen blijven wonen.

De woontoeekomst van de cliënten, gezien door de ogen van de cliënten, wordt beantwoord met de derde deelvraag. Deze vraag is voor veel cliënten een hele lastige gebleken, omdat ze niet naar de toekomst willen kijken. Weer andere cliënten *durven* het simpelweg niet, omdat ze bang zijn dat ze erg achteruit zullen gaan. Toch wil elke cliënt wel zo lang als het mogelijk is, in hun huidige woning blijven wonen. Hierop is slechts één uitzondering: een cliënt die bij haar zus gaat wonen. Alle andere cliënten willen niet verhuizen. Hiervoor moeten wel bepaalde dingen worden aangepast volgens de cliënten. Deze aanpassingen zijn in de meeste gevallen goed uit te voeren: een traplift of douchebeugels kunnen redelijk eenvoudig worden aangebracht. Wanneer bijvoorbeeld een traplift niet geïnstalleerd kan worden, reageren cliënten met *“dan verhuizen we gewoon naar beneden”*. Hetzelfde appartement in hetzelfde gebouw, alleen dan een verdieping lager. Ondanks de problemen die kunnen ontstaan in de toekomst, zien de geïnterviewde cliënten eigenlijk alleen maar oplossingen. Ze zien de toekomst met vertrouwen tegemoet.

De competenties die de begeleiders nodig hebben zijn eerder al benoemd en ook meerdere malen beschreven. De eerste acht competenties zijn gebaseerd op leefdomeinen, zoals beschreven in het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (VGN, 2008). Dit is verwerkt tot tien constructen waarover de begeleiders dienen te beschikken. Dit zijn:

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| 1) Belangen; | 6) Materieel welzijn; |
| 2) Psychisch welbevinden; | 7) Zelfbepaling; |
| 3) Interpersoonlijke relaties; | 8) Deelname aan de samenleving; |
| 4) Lichamelijk welbevinden; | 9) Specialisatie en |
| 5) Persoonlijke ontwikkeling; | 10) Competentie |

Wat wellicht nog belangrijker is om te weten, is in hoeverre de begeleiders van Estinea deze constructen ervaren en als competentie over beschikken. Op de meeste constructen werd

een bovengemiddelde score behaald. Daaruit is te concluderen dat de begeleiders van Estinea een bovengemiddeld gevoel van competentie ervaren op de constructen Interpersoonlijke relaties, Lichamelijk welbevinden, Persoonlijke ontwikkeling, Materieel welzijn, Zelfbepaling en Deelname aan de samenleving.

Voor het construct 'Psychisch welbevinden' wordt een gemiddelde competentie ervaren. Dit betekent dat de begeleiders zichzelf niet goed, maar zeker niet slecht vinden in het begeleiden van cliënten op een manier waarop een betekenisvol leven geleid kan worden. De ondersteuning is gericht op de beleving van de cliënt en hierin zijn de begeleiders voldoende competent.

Een bovengemiddeld ervaren competentie op het construct 'Lichamelijk welbevinden' houdt in dat de begeleiders competent zijn in het optimaliseren van de gezondheid van de cliënt. Ze vinden dat ze over voldoende kennis beschikken als het gaat om de lichamelijke verzorging van oudere cliënten.

Het construct 'Persoonlijke ontwikkeling' houdt in dat de begeleiders weten waar ze de cliënten kunnen ondersteunen om te ontwikkelen, maar ook hoe de begeleiders zich zélf kunnen ontwikkelen. De bovengemiddelde score op dit construct betekent dat de begeleiders weten waar ze moeten zijn, als ze zichzelf willen verbeteren. Deze score komt goed overeen met het construct 'Specialisatie'. Dat construct heeft de laagste gemiddelde score van de vragenlijst gekregen van de begeleiders. Dit betekent dat de begeleiders zich niet voldoende gespecialiseerd voelen, zeker met het oog op de toekomst. Wanneer deze twee constructen naast elkaar worden gelegd, valt te concluderen dat de begeleiders van Estinea zich willen specialiseren en ontwikkelen. Een lage ervaren competentie wanneer het gaat om specialisatie, maar een hoge drang naar persoonlijke ontwikkeling kan betekenen dat de begeleiders openstaan voor verdere scholing en cursussen.

Op het construct van 'Materieel welzijn' wordt een bovengemiddeld gevoel van competentie ervaren. Dit betekent dat de begeleiders zich competent voelen in het ondersteunen bij bijvoorbeeld financieel beheer, maar ook bij het inzetten van stimulerende materialen.

'Zelfbepaling' heeft de hoogste gemiddelde score van alle constructen. Dit betekent dat de begeleiders zich competent voelen wanneer het gaat om de ervaren autonomie van cliënten. Ze zijn goed in het ondersteunen van de cliënt wanneer deze zelf beslissingen dient te maken. De autonomie van de cliënten staat voorop en de begeleiders voelen zich er prettig bij om de cliënten deze keuze ook zelf te laten maken. Dit komt overeen met de ervaringen van de cliënten zelf, die aan hebben gegeven dat ze veel dingen zelf mogen bepalen. Wanneer ze dingen moeilijk vinden of niet zeker weten, wordt de begeleiding ingeschakeld.

Ook het construct 'Deelname aan de samenleving' heeft bovengemiddeld gescoord. Deze bovengemiddelde score betekent dat de begeleiders competent zijn in het laten deelnemen van cliënten in de samenleving. Door de manier van begeleiden kunnen de cliënten zich beter verplaatsen in de lokale samenleving.

De constructen 'Belangen' en 'Competentie' hebben een te lage interne consistentie opgeleverd, waardoor hier geen conclusies aan verbonden kunnen worden.

De begeleiders zien de woontoekomst van de cliënten positief in, mits enkele verbeteringen in de organisatie kunnen worden toegepast. Op de open vraag die aan het einde van de vragenlijst is ingevuld, zijn bijscholing en cursussen aanbieden het meest naar voren gekomen. Dit stemt overeen met de bevindingen die in de rest van de vragenlijst zijn gevonden, voornamelijk op de constructen 'Persoonlijke ontwikkeling' en 'Specialisatie'. Dit geeft een verlangen van begeleiders aan, om bijgeschoold te worden en meer te leren over het ouder worden van cliënten. Daarnaast vinden de begeleiders het belangrijk dat de woningen worden toegespitst op ouderen. Het is in het kader van levensloopbestendig wonen goed om te concluderen dat de begeleiders vinden dat de woningen aangepast moeten worden op de toekomst van ouder wordende cliënten.

Wanneer bovenstaande conclusies samengevoegd worden, kan de hoofdvraag van dit onderzoek beantwoord worden: **Wat hebben de cliënten van Estinea nodig om levensloopbestendig te kunnen wonen?** De cliënten hebben een warme, veilige omgeving nodig waar ze hun eigen plek hebben om zich terug te trekken. Op dit moment hebben ze de spullen nodig waar ze blij van worden: een televisie, of een ligbad. Wanneer naar de toekomst gekeken wordt, zijn dingen als trapliften en steunbeugels onmisbaar. Wat in het heden, maar zeker in de toekomst ook als onmisbaar wordt ervaren, is de begeleiding. De cliënten hebben goede begeleiding nodig om fijn te wonen en te kunnen blijven wonen. Voor de begeleiding is het belangrijk dat ze zich blijven ontwikkelen, zodat ze up-to-date blijven op het gebied van ouderen en alle ontwikkelingen die zich daarbij voltrekken.

5.2 Discussie

In dit onderzoek zijn in totaal 18 cliënten geïnterviewd. Dit is in zeer uiteenlopende situaties gebeurd. Enkele cliënten zijn 's ochtends geïnterviewd, anderen juist 's avonds. Dit kan van invloed zijn geweest op de participatie van de cliënten. Hoewel de afspraken voor de interviews zijn gemaakt in samenspraak met de cliënten, kan het tijdstip van een interview veel invloed hebben op de resultaten. Wanneer een cliënt aan het einde van een dag wordt geïnterviewd, kan de cliënt al moe zijn, of geen zin meer hebben na een hele dag werk. In dit onderzoek is het voorgekomen dat een cliënt liever wat anders ging doen: hij ging liever biljarten. Dit had als gevolg dat de cliënt snelle, korte antwoorden heeft gegeven, zodat hij zo snel mogelijk weg kon. Ook zijn alle interviews afgenomen in de woningen van de cliënten. Hoewel dit zorgt voor een vertrouwde omgeving waar de cliënt zich op zijn gemak voelt, is het ook belangrijk om tijdens een interview geen afleidingen te hebben (Luteijn et al., 2011). De onderzoeker had er voor moeten zorgen dat er niet gestoord kon worden. Dit is in verschillende gevallen wel gebeurd. Tijdens enkele interviews bleef de televisie aan, één keer kwam een begeleider binnen om boterhammen voor de cliënt te smeren. Tijdens een interview met twee cliënten bleef een begeleider aanwezig. Dit kan met betrekking tot de vragen over de begeleiding van invloed zijn geweest op de antwoorden van de cliënten. Ook bij de interviews met cliënten van de ambulante zorg was een begeleider aanwezig. Dit zijn factoren die, waar mogelijk, gestandaardiseerd dienen te zijn.

Bij het benaderen van de cliënten is bewust gekozen om dit in samenspraak met de begeleiders van de locatie te doen. Dit om te zorgen dat voldoende waardevolle informatie verzameld kon worden. Ondanks deze maatregel, zijn vanuit de locaties berichten ontvangen waarin vermeld werd dat de cliënten met het syndroom van Down niet mee wouden of konden werken aan het onderzoek. Interviews met deze cliënten zouden volgens de begeleiders te weinig informatie opleveren. Dit heeft als gevolg dat geen cliënten met het syndroom van Down zijn meegenomen in het onderzoek. Veertien bewoners hebben wel aan het profiel voldaan. De conclusies van dit onderzoek kunnen niet worden gegeneraliseerd naar de doelgroep met het syndroom van Down. Dit was bij de start van het onderzoek wel de bedoeling.

De vragen die in de vragenlijst zijn gebruikt, zijn allemaal zelf geconstrueerd. Er is geen bestaande vragenlijst gebruikt, waarvan bewezen is dat deze de constructen meet die deze ook daadwerkelijk pretendeert te meten. Dit kan de validiteit van het onderzoek schaden, wanneer was gebleken dat de interne consistentie van de gemeten constructen dusdanig laag zou liggen dat geen betrouwbare uitspraken konden worden gedaan. Dat is in dit onderzoek het geval gebleken bij twee constructen, die 'Belangen' en 'Competentie' zouden meten. Deze twee constructen hebben een dermate lage cronbach's alpha (respectievelijk 0,302 om 0,036) dat ze onbruikbaar zijn gebleken in dit onderzoek. De interne validiteit van 'Competentie' ligt dermate laag, dat afgevraagd moet worden of dit construct wel daadwerkelijk competentie meet. Wanneer volgend onderzoek gedaan wordt, kunnen deze twee constructen dan ook niet gebruikt worden in de huidige vorm van vraagstelling. De interne consistentie van de overige constructen is voldoende. Deze kunnen in een volgend onderzoek dan ook hergebruikt worden.

De interne validiteit van de interviews in dit onderzoek is niet optimaal. Van Zwieten & Willems (2004) onderzochten de invloed van waarden van labels tijdens een kwalitatief onderzoek en vonden dat het hebben van slechts één onderzoeker de interne validiteit van het onderzoek aantast. De waarden die in dit onderzoek aan antwoorden zijn gegeven, zijn niet absoluut: een andere onderzoeker zou in een volgend onderzoek een andere waarde aan bepaalde antwoorden kunnen geven. De externe validiteit is beter: dankzij de variëteit in de doelgroep zullen de resultaten beter gegeneraliseerd kunnen worden (Van Zwieten & Willems, 2004).

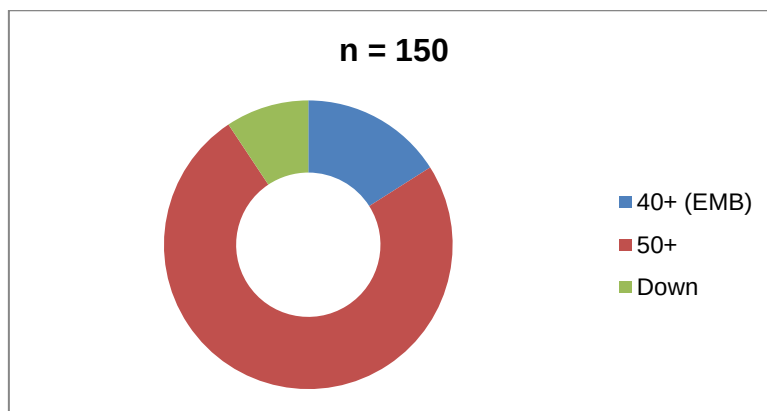
Uit onderzoek van Kampen, van de Walle, Bouckeart & Maddens (2003) blijkt dat vragenlijsten positievere scores opleveren wanneer ze face-to-face worden afgenomen. De positievere scores kunnen verklaard worden door de aanwezigheid van de onderzoeker, waardoor meer sociaal wenselijke antwoorden worden gegeven en de respondenten dan niet willen overkomen als "een zeurpiet". Dit onderzoek heeft onder de begeleiders geen gebruik gemaakt van face-to-face-afnames, maar de respondenten konden zelfstandig de vragenlijst invullen. Omdat over het algemeen toch bovengemiddelde scores zijn behaald, mag er vanuit worden gegaan dat nauwelijks sociaalwenselijke antwoorden zijn gegeven. Daardoor kunnen betrouwbaardere uitspraken worden gedaan.

Wanneer de steekproef een groot percentage van de populatie bestrijkt, kunnen nauwkeurige uitspraken worden gedaan. Een vuistregel hierbij is dat een grotere steekproef een hogere betrouwbaarheid van resultaten oplevert (Verhoeven, 2011). In dit onderzoek is bij het kwantitatieve onderdeel slechts een responspercentage van 43% bereikt. Dit betekent dat de generaliseerbaarheid van de resultaten niet optimaal is. De gemiddelde respons van kwantitatief onderzoek bij professionele individuen in een bedrijf bedraagt rond de 59% (Baruch, 1999). Dit percentage ligt een stuk hoger dan de behaalde respons van dit onderzoek.

Van twee locaties is niet bekend wat de reden is voor de lage respons. Op één locatie zijn twee interviews afgenomen: één met een begeleider van een cliënt en één met de vertegenwoordiger van een cliënt. Doordat deze interviews zijn afgenomen, kan het zijn dat de begeleiders dachten dat de vragenlijsten niet meer nodig waren. Hierin heeft de communicatie richting de locatie gefaald. Het is belangrijk om dit in een volgend onderzoek beter te communiceren.

In paragraaf 4.3.3 is de toekomstvisie van de begeleiders van Estinea besproken. Tijdens die vraag is als antwoord gegeven: *“Zet begeleiders in die bewust kiezen voor deze doelgroepen”*. Er zijn wellicht begeleiders bij Estinea, die niet met hun favoriete doelgroep werken. Dit kan van belang zijn voor Estinea. Het is niet alleen belangrijk voor de begeleiders (plezier in het werk), maar dit kan ook een negatieve uitwerking hebben op de cliënten. Hierbij moet wel een kanttekening geplaatst worden. Slechts één begeleider heeft dit genoemd. De betrouwbaarheid kan dan ook in discussie worden getrokken: het is niet te generaliseren naar de populatie van begeleiders.

De onderzoekspopulatie voor het kwalitatieve gedeelte van dit onderzoek bestaat in totaal uit 150 cliënten. De 150 cliënten zijn allemaal 40 jaar of ouder. Het criterium voor één van de groepen, “is ouder dan 50 jaar”, geldt voor alle cliënten. 112 cliënten in de populatie zijn ouder dan 50 jaar. Deze 112 cliënten kunnen zowel een lichte verstandelijke beperking als een ernstig meervoudige beperking hebben. Door dit criterium is het onduidelijk geworden hoeveel cliënten met een ernstige meervoudige beperking 50 jaar of ouder zijn. Leeftijd is in dit onderzoek als primaire discriminant genomen, in plaats van de ernst van de beperking. Hierdoor wordt het beeld geschetst dat de populatie EMB kleiner is dan dat deze in werkelijkheid is (figuur 2).



Figuur 2: Verdeling van de onderzoekspopulatie voor het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek (n=150).

5.3 Aanbevelingen

Estinea wil ervoor zorgen dat de cliënten zo lang mogelijk in hun eigen woning kunnen blijven wonen. Om daar voor te zorgen dienen de woningen van de cliënten levensloopbestendig gemaakt te worden. Waar op verschillende plekken in Aalten al flink is ingespeeld op het levensloopbestendig maken van woningen (zoals op het Slaadreef), is op andere locaties nog veel winst te boeken. Dit is onder andere aanbevolen door de begeleiders van Estinea zelf. Naast de bijscholing van de begeleiders, is aangegeven dat de woningen van de cliënten aangepast dienen te worden. Het is aan te bevelen om deze aanpassingen zo snel mogelijk te doen, zodat cliënten hier geen last van hebben wanneer ze ouder worden en bijvoorbeeld dementie-verschijnselen krijgen. Omdat een ziekte als dementie een progressief verloop heeft waar voortdurend andere behoeften zullen verschijnen (O'Malley & Croucher, 2005), is het belangrijk dat de woning flexibel genoeg is om aan de verschillende behoeften te kunnen voldoen. Estinea kan hier veel winst op boeken, omdat in het

verleden woningbouw en zorg veelal los van elkaar hebben gestaan (Cantley, 2001), verzorgingstehuizen daargelaten.

De medewerkers van Estinea hebben aangegeven dat ze graag bijgeschoold willen worden. Bijscholing op het gebied van cognitieve veranderingen en ouderdomsziektes is een onderdeel dat zeer belangrijk is op het gebied van steeds veranderende zorg voor ouderen. Wanneer deze cognitieve verandering plaatsvindt bij een cliënt met een verstandelijke beperking, kunnen mogelijk nog meer complicaties optreden. Cognitieve training en voorlichtingen zijn voorbeelden van interventies waarbij de begeleiders kennis kunnen opdoen over ouderdom, verstandelijke beperkingen en de complicaties die daarbij kunnen komen kijken. Een dergelijke training of voorlichting zou uitstekend gegeven kunnen worden door een afgestudeerde TP'er, daar deze veel oefening heeft gehad tijdens de opleiding met het geven van voorlichtingen en trainingen van deze aard. Hierdoor kunnen de begeleiders te allen tijde op de hoogte blijven van de meest recente en toepasbare technieken, om de cliënten zo optimaal mogelijk te kunnen blijven begeleiden.

Omdat de leeftijd als primaire discriminant is genomen in dit onderzoek, heeft dat een scheve verdeling van de cliënten tot gevolg. Doordat elke cliënt van 50 jaar of ouder als één groep is genomen, is het niet specifiek duidelijk hoeveel cliënten met een EMB tot die doelgroep behoren. Wanneer een dergelijk onderzoek herhaald wordt, is het verstandig om de mate van beperking als primaire discriminant te gebruiken. Daarmee kan een betrouwbaardere afspiegeling van de populatie worden gegeven.

Als dit onderzoek herhaald zou worden, is het belangrijk om volledig en helder te communiceren met alle partijen. De respons van het kwantitatieve onderdeel van dit onderzoek ligt dermate laag dat er niet voldoende gegeneraliseerd kan worden naar de gehele populatie. Wanneer dit onderzoek herhaald wordt, is het van belang dat een hogere respons bereikt wordt, om zo de generaliseerbaarheid van het onderzoek te verhogen, en daarmee ook de betrouwbaarheid te verbeteren. Deze hogere respons kan op verschillende manieren bereikt worden. Onderzoek van Berk, Mathiowetz & White (1987) heeft aangetoond dat attenties en beloningen de respons alleen verhogen wanneer deze voorafgaand aan het onderzoek gegeven worden. Voor het verhogen van de respons had gekozen moeten worden om de attentie aan te leveren voordat het onderzoek begon, in plaats van deze te beloven bij voldoende respons. Daarnaast is het communicatieverkeer in dit onderzoek grotendeels via e-mail en telefoon gegaan. Dit kan tot gevolg hebben gehad dat de respondenten het geen prioriteit hebben gegeven, waardoor de vragenlijsten uiteindelijk zijn vergeten. Van uitstel komt immers afstel. Wanneer dit soort dingen gebeuren, is het de volgende keer belangrijk om meerdere herinneringen te versturen, zodat de respondenten telkens eraan herinnerd worden dat ze nog een vragenlijst dienen in te vullen. Het onderzoek van Baruch (1999) liet zien dat de gemiddelde respons van een onderzoek in een bedrijf rond de 59% procent ligt. Daar hoort een standaarddeviatie van 18% bij. Wanneer een respons van 41% bereikt wordt, zou de respons volgens dit onderzoek een acceptabel niveau bereikt hebben. Aangeraden wordt om een nog hogere respons te zoeken.

Literatuur

- Alexiades, M.N. (1996). *Editor of Selected Guidelines for Ethnobotanical Research: A field manual*. New York: The New York Botanical Garden
- Andreassen, C.S., Hetland, J., & Pallesen, S. (2010). The relationship between 'workaholism', basic needs satisfaction at work and personality. *European Journal of Personality*, 24(1), 3-17
- Andrews, F.M. (1974). Social Indicators of Perceived Life Quality. *Social Indicator Research* 1, 279-299.
- Baarda, B., de Goede, M., & van Dijkum, C. (2011). *Basisboek Statistiek met SPSS*. Vierde geheel herziene druk. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers
- Baltes, P.B., & Baltes, M.M. (1993). *Successful Aging. Perspectives from the behavioural sciences*. New York: University of Cambridge.
- Baumeister, R.F., & Leary, M.R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117 (3), 497-529
- Berk, M. L., Mathiowetz, N. A., & White, A. A. (1987). The effect of prepaid and promised incentives: Results of a controlled experiment. *Journal of Official Statistics*, 3(4), 449-457.
- Bernard, H.R. (2002). *Research Methods in Anthropology: Qualitative and quantitative methods. 3rd edition*. Walnut Creek: AltaMira Press
- Bernard, H.R., Peltó, P.J., Werner, O., Boster, J., Romney, A.K., Johnson, A., Ember, C.R., & Kasakoff, A. (1986). The construction of primary data in cultural anthropology. *Current Anthropology* 27, 382-396.
- Bigby, C. (2004). *Ageing with a lifelong disability. A guide to practice, program and policy issues for human services professionals*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Brokaar, L. (2015). *Topaz op weg naar topzorg gerontopsychiatrie*. (Bachelorscriptie, Hogeschool Leiden). Verkregen via <https://www.hbo-kennisbank.nl/record/oai:surfsharekit.nl:2e956ef1-f01d-4dfa-968d-6435aa6f1f77>
- Brown, R.I. (1997). *Quality of Life for People with Disabilities. Second edition*. Cheltenham: Stanley Thornes (Publishers) Ltd.
- Cantley, C. (2001). *Understanding the policy context. A Handbook of Dementia Care*, 201-219. Buckingham, Open University Press
- Chinman, M., Young, A.S., Rowe, M., Forquer, S., Knight, E., & Miller, A. (2003). An Instrument to Assess Competencies of Providers Treating Severe Mental Illness. *Mental Health Services Research*, Vol 5, 2, 97-108. doi: 10.1023/A:1023281527952
- Cyert, R.M., & March, J.G. (1992). *A Behavioural Theory of the Firm* (2nd edition). Blackwell, Oxford
- De Graaf, J.W., & Tieleman, M.A. (2013). *Ontwikkelingsgerontologie*. Den Haag: Boom Lemma
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Deci, E.L. (1980). *The psychology of self-determination*. Lexington: Heath.

- Deci, E.L., & Vansteenkiste, M. (2004). Self-determination theory and basic need satisfaction: understanding human development in positive psychology. *Ricerche di Psicologia* 27, 17-34
- Deci, E.L., Ryan, R.M., & Williams, G.C. (1996). Need satisfaction and the self-regulation of learning. *Learning and Individual Differences*, 8 (3), 165-183
- Drenth, P.J.D., & Sijtsma, K. (2006). *Testtheorie. Inleiding in de theorie van de psychologische test en zijn toepassingen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dröes, R.M. (2013). Het is goed dat ouderen met dementie zo lang mogelijk thuis blijven wonen. *Denkbeeld*, Vol. 25, Issue 4, pp. 10. Bohn Stafleu van Loghum. doi:10.1007/s12428-013-0076-y
- Estinea. (2016a). Werken bij Estinea. Verkregen via <https://www.estinea.nl/over-estinea/werken-bij-estinea.aspx>
- Estinea. (2016b). Handvat voor het schrijven van het beeldvormend verslag voor de EMB-doelgroep.
- Estinea. (2016c). Over onze organisatie. Verkregen via <https://www.estinea.nl/over-estinea/organisatie/over-onze-organisatie.aspx>
- Garland, R. (1991) The Mid-Point on a Rating Scale: Is it Desirable? *Marketing Bulletin*, 2, 66-70, Research Note 3
- Garssen, J. (2011). *Demografie van de vergrijzing*. Bevolkingstrends, 2^e kwartaal 2011. Centraal Bureau voor de Statistiek. Verkregen via <https://www.cbs.nl/-/media/imported/documents/2011/27/2011-k2-b15-p15-art.pdf>
- Garvin, D.A. (1993). Building a Learning Organization. *Harvard Business Review*. Verkregen via http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33795478/Building_a_Learning_Organization_David_A_Garvin.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1495882258&Signature=J8e68xuz8lgegkieAICdx2bbDXw%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DBuilding_a_Learning_Organization.pdf
- Godambe, V.P. (1982). Estimation in survey sampling: robustness and optimality. *Journal of the American Statistical Association* 77, 393-403.
- Google Maps (2017). Satellietfoto van het Slaadreef-complex van Estinea in Aalten. Verkregen via <https://www.google.nl/maps/@51.9175411,6.5955182,250a,35y,39.44t/data=!3m1!1e3>
- Graham, J.E., Rockwood, K., Beattie, B.L., Eastwood, R., Gauthier, S., Tuokko, H., & McDowell, I. (1997). Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population. *The Lancet*, 349(9068), 1793-1796.
- Happé, F.G.E. (1995). The role of age and verbal ability in the theory of mind task performance of subjects with autism. *Child Development*, 66, 843-855
- Harkes, D. (2001). *Het STAGG-model*. Aedes, Arcades Kenniscentrum Wonen-Zorg, Utrecht.
- Hendriks, M., Kessels, R., Gorissen, M., & Schmand, B. (2013). *Neuropsychologische Diagnostiek*. p172. Amsterdam: Uitgeverij Boom
- Herriott, S.R., Levinthal, D.A., & March, J.G. (1985). Learning from experience in organizations. *American Economic Review*, 75, 298-302
- Hirschman, A.O. (1975). *Exit, Voice and Loyalty*. Cambridge: Harvard University Press

- Hofland, B.F. (1990). Autonomy and long-term care. *Generations*, 14, 1-94
- Hornman, M., & Kersten, M. (2011). *VGN Ouderenbeleid: Hoe ver zijn we al?* Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.
- Inovum. (2017). Zorgzwaartepakket (ZZP). Verkregen via <https://www.inovum.nl/folder/zorgbemiddeling/zorgzwaartepakket-zzp/>
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2017). *Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Visiedocument*. Verkregen via https://www.igz.nl/zoeken/download.aspx?download=Visiedocument_kwaliteitskader_gehandicaptenezorg.pdf
- James, W. (1890). *The principles of psychology* (Vol. 1). New York: Henry Holt
- Kampen, K.J., Walle, S. van de, Bouckaert, G. & Maddens, B. (2003). *De effecten van context en methode op de uitkomsten van survey onderzoek*. Verkregen op: http://soc.kuleuven.be/io/pubpdf/io0505014_effecten.pdf
- Koch, A.D., Vogel, A., Becker, T., Salize, H. J., Voss, E., Werner, A., ... & Schützwohl, M. (2015). Proxy and self-reported Quality of Life in adults with intellectual disabilities: Impact of psychiatric symptoms, problem behaviour, psychotropic medication and unmet needs. *Research in developmental disabilities*, 45, 136-146.
- Korzilius, H. (2000). *De kern van survey-onderzoek*. Assen: Van Gorcum & Comp. BV.
- Landelijke stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg. (2017). *Kwaliteitskader gehandicaptenzorg. Landelijk kader voor zorg onder de Wlz*. Verkregen via https://www.igz.nl/Images/kwaliteitskader-gehandicaptenzorg-landelijk-kader-voor-zorg-onder-de-wlz_tcm294-383061.pdf
- Lawton, M. P. (1983a). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, 23(4), 349-357.
- Lawton, M.P. (1983b). The varieties of wellbeing. *Experimental Aging Research* (9) 65-72. doi: 10.1080/03610738308258427
- Lawton, M.P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*, 4-27
- Leary, M.R. (1999). Making Sense of Self-Esteem. *Current Directions in Psychological Science*, Vol. 8 (1). 32-35
- Leber, L. (2005). *Inventarisatie wonen en zorg. Literatuurstudie naar woonzorgcombinaties*. Gouda: Habiforum
- Levinthal, D.A., & March, J.G. (1993). The Myopia of Learning. *Strategic Management Journal*, 14, Special Issue: Organizations, Decision Making and Strategy. 95-112
- Lewis, J.L., & Sheppard, S.R.J. 2006. Culture and communication: can landscape visualization improve forest management consultation with indigenous communities? *Landscape and Urban Planning* 77, 291-313.
- Likert, R.A. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 140, 149-158.
- Liu, B.C. (1975). Quality of Life: Concept, Measure and Results. *The American Journal of Economics*

and *Sociology* (34), 1, 1-14.

- Logsdon, R.G., Gibbons, L.E., McCurry, S.M., & Teri, L. (2002). Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic medicine*, 64(3), 510-519.
- Loosveldt, G., & Storms, V. (2003). *Vlaanderen gepeild!*. 351-353. Leuven: Departement Sociologie. Katholieke Universiteit Leuven. Verkregen via <http://www4.vlaanderen.be/dar/svr/publicaties/Publicaties/vlaanderen-gepeild/vl-gepeild-2003-volledig.pdf#page=351>.
- Lounamaa, P., & March, J.G. (1987) Adaptive coordination of a learning team. *Management Science*, 33, 107-123
- Luteijn, F., Barelds, D.P.H., Arrindell, W.A., Deelman, B.G., Kamphuis, J.H., & Vertommen, H. (2011). *Psychologische diagnostiek in de gezondheidszorg. Tweede druk*. Den Haag: Boom Lemma
- Malinovsky, I., Lehrer, P., Silverstein, S.M., & Shankman, S.A. (2013). An Empirical Evaluation of Recovery Transformation at a Large Community Psychiatric Rehabilitation Organization. *American Psychological Association*, 13, 1541-1559. doi: 10.1037/a0032747
- Matell, M.S., & Jacoby, J. (1971). Is There an Optimal Number of Alternatives for Likert Scale Items? Study I: Reliability and Validity. *Educational and Psychological Measurement*, 31, 657-674
- McKenney, S., & Reeves, T.C. (2014). Methods of evaluation and reflection in design research. *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, 27, 141-153.
- Mesibov, G.B., Schopler, E., & Hearsey, K.A. (1994). *Structured Teaching. Behavioral Issues in autism: Current issues in autism*. New York: Plenum Press
- Moonen, X. (2015). Is inclusie van mensen met een verstandelijke beperking vanzelfsprekend? (Inaugurele rede).
- O'Malley, L., & Croucher, K. (2005). Housing and dementia care – a scoping review of the literature. *Health and Social Care in the Community*, 13(6), 570-577.
- Oosterveld, P., & Vorst, H.C.M. (1996). Methoden van vragenlijstconstructie. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 51, 11-27
- Sanders, I.T. (1960). The community social profile. *American Sociological Review* 25, 75-77.
- Schalock, R., & Verdugo Alonso, M.A. (2002). *Handbook of Quality of Life for Human Service Practitioners*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R.L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R.A., Felce, Matikka, L., ... Parmenter, T. (2002). Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life for Persons With Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts. *Mental Retardation: Vol. 40, nr. 6*: 457-470. doi: [http://dx.doi.org/10.1352/0047-6765\(2002\)040<0457:CMAAOQ>2.0.CO;2](http://dx.doi.org/10.1352/0047-6765(2002)040<0457:CMAAOQ>2.0.CO;2)
- Seidler, J. (1974). On using informants: a technique for collecting quantitative data and controlling measurement error in organization analysis. *American Sociological Review* 39, 816-831.
- Seligman, M.E.P. (1976). *Learned helplessness and depression in animals and men*. Morristown: General Learning Press.
- Simmons, E., & Wilmot, A. (2004). Incentive Payments on Social Surveys: a literature review. *Survey Methodology Bulletin*, 53 (1), 1–2.

- Tieleman, M.A. (2011). *Levensfasen: De psychologische ontwikkeling van de mens*. Amsterdam (2^e herziene druk). Den Haag: Boom Lemma
- Tongco, M.D.C. (2007). Purposive sampling as a tool for informant selection. *Ethnobotany Research and applications*, 5, 147-158.
- Van der Donk, C., & Van Lanen, B. (2015). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Van Zwieten, M., & Willems, D. (2004). Waardering van kwalitatief onderzoek. *Huisarts en wetenschap*, 47(13), 38-43
- Vandevyvere, I., Van Puyenbroeck, J., & Smits, D. (2010). *Zorgen voor de levenskwaliteit van ouder wordende personen met een handicap*. Onderzoekscentrum Pragodi, HUBrussel.
- Vecht en IJssel. (2011). Overzicht ZZP 1 t/m 7. Versie 17-05-11. Verkregen via https://www.vechtenijssel.nl/app/webroot/userfiles/files/bijlage_zzp.pdf
- Veenhoven, R. (2011). *Maakt geld gelukkig?* Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. (2008). Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg.
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma
- Vermeer, A. (2000). Recente ontwikkelingen in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 39 (12), 9-18.
- Warnez, J., Schepens, N., & Seynaeve, C. (2012). *Oud, niet out! Over ouderen met een beperking en inclusie*. Antwerpen; Apeldoorn: Garant.
- Weber, G., & Wolfmayr, F. (2006). The Graz declaration on disability and ageing. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 3, 271-276.
- Wetzels, W., Schmeets, H., Feskens, R. C. W., & van den Brakel, J. (2008). *Het Effect van Attenties in Enquêteonderzoek*. Het Nationaal Kiesonderzoek.
- White, R.W. (1959). Motivation reconsidered: the concept of competence. *Psychological review*, 66, 297-333
- Worcester, R.M., & Burns, T.R. (1975). A statistical examination of the relative precision of verbal scales. *Journal of Market Research Society*, 17 (3), 181-197.
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Verkregen via http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/
- Zimmermann, F., & Endermann, M. (2008). Self-proxy agreement and correlates of healthrelated quality of life in young adults with epilepsy and mild intellectual disabilities. *Epilepsy & Behavior*, 13(1), 202–211. doi:10.1016/j.yebeh.2008.02.005

Eigenwerk verklaring

Ondergetekende(n): (Naam student)

Joris Engbers (323195)

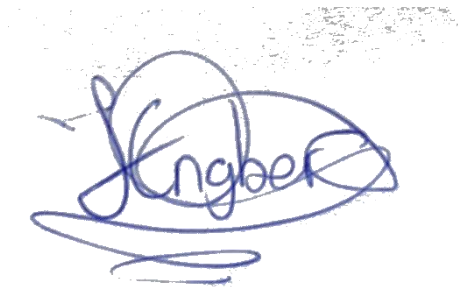
Verklaart/verklaren ondubbelzinnig dat:

- 1) dit werkstuk eigen werk is en derhalve geen inbreuk maakt op het auteursrecht van een ander.
- 2) alle gebruikte bronnen (waaronder internetpagina's) zijn voorzien van bronvermelding.
- 3) het verslag voor niet meer dan 5 % aan overgenomen passages uit 'werk van anderen' bevat.
- 4) dit verslag ook digitaal is ingeleverd via Blackboard (SafeAssign).

Plaats: Enschede / Deventer / Aalten

Datum: 29-05-2017

Handtekening:



N.B. Schending van bovengenoemde 'Eigen werk verklaring' wordt als fraude aangemerkt als bedoeld in **Art. 19 OER**.

Bijlage 1 Stellingen

Stelling 1:

In de Nederlandse samenleving wordt te weinig gedaan om mensen met een verstandelijke beperking optimaal te ondersteunen.

Stelling 2:

Door de invoering van de Wet Langdurige Zorg in 2015 wordt er door de participatiesamenleving te veel druk gelegd op de omgeving van mensen met een verstandelijke beperking, omdat de zelfredzaamheid en afhankelijkheid van familie en mantelzorgers te groot is geworden voor deze doelgroep.

Stelling 3:

In 2015 werd de AWBZ vervangen door Wlz en Wmo. Een deel van de mensen met verstandelijke beperkingen in zorginstellingen krijgen dankzij de nieuwe wet niet automatisch zorg van de arts verstandelijk gehandicapten (AVG). Omdat er mensen met een beperking zijn die zich niet goed verstaanbaar kunnen maken en niet aan kunnen geven waar ze last van hebben, moeten de patiëntendossiers altijd openbaar zijn voor de zorgverleners. Dat de privacy van de cliënten daarmee in het geding komt, is van secundair belang. Dat komen ze toch niet te weten.

Stelling 4:

Mensen met verstandelijke beperkingen hebben dezelfde rechten en plichten als mensen zonder beperkingen. Daarom zouden mensen met verstandelijke beperkingen ook moeten kunnen participeren in de 'hogere lagen' van de samenleving, bijvoorbeeld in een managementteam of in de politiek. De andere manier van kijken kan van grote waarde zijn voor de complexe structuren die gebruikt worden om een bedrijf te runnen, of zelfs het land te besturen.

Stelling 5:

Het is verwerpelijk dat populaire televisieprogramma's als "Down met Johnny", "The Undateables" en "Hotel Syndroom" de enige in hun soort zijn. Er moeten meer mensen met verstandelijke beperkingen op de nationale televisie te zien zijn, om zo het bewustzijn in Nederland met betrekking tot verstandelijke beperkingen te verhogen.

Interview

Semigestructureerd: vragen worden hierop gebaseerd. Vragen zijn gericht aan de cliënt. Als er een vertegenwoordiger/begeleider geïnterviewd wordt, zal de vraagstelling daarop aangepast zijn.

- Hoe vind je het om hier te wonen?

- Wat vind je fijn aan de manier van wonen?
 - o Mooie kamer? Groepswonen? Juist individueel?

- Wat heb je nodig om fijn te kunnen wonen?

- Wat mis je hier om fijn te kunnen wonen?

- Hoe vind je de begeleiding?

- Wat vind je fijn aan de manier van begeleiden?

- Wat zou Estinea kunnen verbeteren om jou beter te kunnen laten wonen?
 - Wat zou jij willen dat Estinea verbetert? – Hoe kan Estinea ervoor zorgen?
-
- Zou je hier over tien jaar nog steeds willen wonen?
 - o Waarom wel/niet?
 - o Wanneer je niet meer uit huis kan, kunnen er dan mensen langs komen?
 - o Netwerken?
-
- Als je hier over tien jaar nog steeds woont, wat zou Estinea dan moeten aanpassen om het hier nog steeds fijn te laten zijn? (Volgens jou, voor jou)
-
- Mag je dingen zelf beslissen?
 - o Denk aan wanneer je opstaat, hoelaat je koffie drinkt, of je naar de kapper mag wanneer je wil etc.
 - o Hoe vind je dat?
-
- Hoe ervaar je deze autonomie?
 - Hoe vind je het dat je die dingen zelf mag beslissen? Meer/minder? Moeilijk?
-
- Als jij iets wil doen (bewegen, lopen, naar het toilet moeten), lukt dat dan ook?
 - o Wie kan jou daar bij helpen?
-
- Je bent nu XX jaar, denk je dat het [bewegen, lopen enz] gaat veranderen als je vijf jaar ouder bent?
 - o Als je in een rolstoel zou komen, kun je dan nog steeds hier wonen?

Bijlage 3 Vragenlijst

Beste begeleiders,

Graag vraag ik uw medewerking aan een onderzoek omtrent de woonbeleving van de cliënten. Het onderzoek is ontworpen en wordt uitgevoerd in het kader van mijn afstudeeropdracht voor de opleiding Toegepaste Psychologie. De afgelopen weken ben ik al bij verschillende cliënten van Estinea thuis geweest om interviews af te nemen.

Om ook uw mening te peilen, is er een vragenlijst opgesteld. De vragenlijst bestaat uit 53 stellingen en vragen, die meten hoe u de woonbeleving van de cliënten ervaart. De vragenlijst is gebaseerd op de acht leefdomeinen van Estinea. Deze leefdomeinen zijn gebaseerd op de kwaliteit van leven. De domeinen zijn 1) Belangen, 2) Psychisch welbevinden, 3) Interpersoonlijke relaties, 4) Lichamelijk welbevinden, 5) Persoonlijke ontwikkeling, 6) Materieel welzijn, 7) Zelfbepaling en 8) Deelname aan de samenleving.

Het onderzoek zal anoniem worden afgenomen: er wordt niet naar personalia gevraagd. De enige vereisten zijn uw leeftijd, het team waarin u werkt en de functie die u hierin heeft. Op deze manier kan niet worden achterhaald wie welke gegevens heeft ingevuld. Het is voor het onderzoek en voor een zo hoog mogelijke betrouwbaarheid belangrijk dat u de vragenlijst volledig en naar waarheid invult.

U kunt de vragenlijst op twee manieren invullen: op de computer en op papier. Wanneer u de vragenlijst op de computer invult, kunt u een kruisje zetten bij het antwoord wat het meest op u van toepassing is:

Leeftijd: ☐ <25 ☒ 25-35 ☐ 35-45 ☐ 45-55 ☐ 55+

Vervolgens kunt u de ingevulde vragenlijst mailen naar onderstaand e-mailadres. Wanneer u de vragenlijst uitprint en op papier invult, kunt u uw rondje inkleuren:

Leeftijd: ☐ <25 ☒ 25-35 ☐ 35-45 ☐ 45-55 ☐ 55+

Als u de vragenlijst heeft ingevuld, kunt u deze samen met de overige uitgeprinte vragenlijsten (van uw collega's) bij elkaar bewaren. Deze zal ik dan komen ophalen op de woonlocatie.

Omdat ik deze vragenlijsten nog moet analyseren voor mijn afstudeerscriptie, wil ik u vragen om de vragenlijst **uiterlijk 13 februari 2017** op te sturen of klaar te leggen.

Voor vragen en opmerkingen kunt u contact op nemen met Joris Engbers.

E-mail: jorisjan.engbers@estinea.nl

Telefoon: +316 133 27 694

Alvast ontzettend bedankt voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,

Joris Engbers

Algemene gegevens

1. Leeftijd: ☐ <25 ☐ 25-35 ☐ 35-45 ☐ 45-55 ☐ 55+
2. Team:
3. Functie:

Stellingen

Stellingen		Volledig mee oneens 1	2	3	Volledig mee eens 4
Belangen					
4.	Ik heb voldoende kennis over wettelijke bepaling met betrekking tot de rechten van een ouder wordende cliënt	☐	☐	☐	☐
5.	Ik weet wat ik moet doen wanneer ouderdom optreedt bij cliënten	☐	☐	☐	☐
6.	Ik zorg ervoor dat de ouder wordende cliënt gerespecteerd en geaccepteerd wordt door zijn/haar omgeving	☐	☐	☐	☐
Psychisch welbevinden					
7.	Ik heb voldoende kennis over ouderdomsziektes	☐	☐	☐	☐
8.	Ik weet welke begeleidingsstijl past bij verschillende soorten ouderdomsverschijnselen, bijvoorbeeld dementie, artrose etc.	☐	☐	☐	☐
9.	Ik kan ouder wordende cliënten methodisch ondersteunen bij verlieservaringen (dierbaren verliezen, lichaamsfuncties verliezen, met pensioen gaan)	☐	☐	☐	☐
10.	Ik kan een ouder wordende cliënt helpen een levensstijl te ontwikkelen die zijn levensfase ondersteunt, waardoor psychische gezondheidsproblemen voorkomen worden	☐	☐	☐	☐
11.	Ik weet welke ondersteuning er ingezet kan worden wanneer er gedragsproblemen ontstaan.	☐	☐	☐	☐
12.	Ik weet wat er speelt in het leven van de ouder wordende cliënten	☐	☐	☐	☐
13.	Ik weet wat ik moet doen om te zorgen dat mijn cliënten een betekenisvol leven hebben.	☐	☐	☐	☐
Interpersoonlijke relaties					
14.	Ik zorg ervoor dat cliënten deel uitmaken van de samenleving	☐	☐	☐	☐
15.	Ik kan de cliënten ondersteunen in hun beleving betreft seksualiteit.	☐	☐	☐	☐
16.	Wanneer de cliënt iets duidelijk probeert te maken, snap ik wat hij/zij bedoelt.	☐	☐	☐	☐
17.	De cliënten begrijpen mij (verbaal)	☐	☐	☐	☐
18.	De cliënten begrijpen mij (non-verbaal)	☐	☐	☐	☐
19.	Ik kan mij aanpassen aan de stemming van de cliënt	☐	☐	☐	☐

	Volledig mee oneens 1	2	3	Volledig mee eens 4
Lichamelijk welbevinden				
20. Ik weet van de ouder wordende cliënten welke diagnose er is gesteld	☐	☐	☐	☐
21. Ik weet welke specialisten er betrokken zijn bij de cliënten	☐	☐	☐	☐
22. Ik weet welke specialisten ik in kan schakelen voor de ouder wordende cliënten	☐	☐	☐	☐
23. Ik vind dat de woonlocatie voldoende is toegespitst op ouder wordende cliënten (denk hierbij aan trapliften, tilliften, drempels enz.)	☐	☐	☐	☐
24. Ik heb voldoende kennis over verpleegkundige handelingen, specifiek voor ouderen	☐	☐	☐	☐
25. Ik ben zelf fysiek in staat om de komende jaren ouder wordende cliënten met intensieve zorg te kunnen ondersteunen	☐	☐	☐	☐
Persoonlijke ontwikkeling				
26. Ik voel mij competent in het aanbieden van passende activiteiten voor de ouder wordende cliënten	☐	☐	☐	☐
27. Ik vind dat er voldoende ruimte wordt geboden door Estinea om mij te ontwikkelen op het gebied van ouderdom	☐	☐	☐	☐
28. Ik weet waar ik moet zijn wanneer ik extra ondersteuning nodig heb in het ondersteunen van ouder wordende cliënten	☐	☐	☐	☐
Materieel welzijn				
29. Ik weet wie ik kan benaderen om de juiste aanpassingen aan de woning van de cliënten te realiseren	☐	☐	☐	☐
30. Ik weet welke spullen persoonlijke waarde hebben voor de ouder wordende cliënten	☐	☐	☐	☐
31. Ik weet hoe ik om moet gaan met de privacy van de cliënten	☐	☐	☐	☐
32. Ik weet welke stimulerende materialen er op de woning aanwezig zijn (snoezelkamer etc)	☐	☐	☐	☐
33. Ik weet welke stimulerende materialen het meeste effect hebben op de cliënten	☐	☐	☐	☐
34. Ik weet hoe ik deze stimulerende materialen in moet zetten	☐	☐	☐	☐
35. De woning van de cliënt is voldoende toegespitst op de toekomst	☐	☐	☐	☐
Zelfbepaling				
36. Ik ben in staat om een ouder wordende cliënt te laten doen waar hij/zij zich prettig bij voelt	☐	☐	☐	☐
37. Ik ben in staat om de cliënten zich autonoom te laten voelen	☐	☐	☐	☐
38. Ik kan de cliënt zelf keuzes laten maken	☐	☐	☐	☐
39. Ik respecteer de keuzes van de cliënten, ook al gaan die in tegen mijn eigen belangen (cliënt wil wel/niet naar bed, geen koffie, eten etc.)	☐	☐	☐	☐

	Volledig mee oneens 1	2	3	Volledig mee eens 4
Deelname aan de samenleving				
40. Ik ben in staat om de ouder wordende cliënten deel te laten nemen aan de samenleving	☐	☐	☐	☐
41. Door mijn handelen heeft de cliënt een groter aandeel in de lokale samenleving	☐	☐	☐	☐
42. Ik organiseer activiteiten voor de ouder wordende cliënten waardoor ze meer aan de samenleving kunnen deelnemen (wandelingen, samen fietsen, in contact komen met burens enz)	☐	☐	☐	☐
Specialisatie				
43. Ik ben een specialist op het gebied van ouderen	☐	☐	☐	☐
44. Mijn specifieke handelingen verschillen van een collega die geen specialist is	☐	☐	☐	☐
45. Ik ben over tien jaar nog steeds een specialist, zonder dat ik daar aanvullende kennis voor op moet doen.	☐	☐	☐	☐
46. Waarin bent u een specialist? Waarom?				
47. Ik weet wat ik nodig heb om mij te ontwikkelen als specialist	☐	☐	☐	☐
48. Wat mist u om uzelf verder te kunnen specialiseren?				
Competentie				
49. Ik ben competent genoeg om voor ouder wordende cliënten te zorgen	☐	☐	☐	☐
50. Ik heb geen aanvullende kennis nodig om mij in de toekomst nog steeds een professional te kunnen noemen op het gebied van ouder wordende cliënten	☐	☐	☐	☐
51. Als ik hulp vraag van collega's, betekent dit dat ik een slechte begeleider ben	☐	☐	☐	☐
52. Ik bezit voldoende kennis om de komende tien jaar niet meer bij te hoeven leren	☐	☐	☐	☐

Bedankt voor uw medewerking!

Wat adviseert u Estinea, om de zorg voor onze ouder wordende cliënten te verbeteren?

.....
.....
.....
.....

Bijlage 4 Taxonomie van de interviews

Hier wordt een indeling weergegeven van de interviews. De indeling is gemaakt op basis van de aantekeningen en audio-opnames. Eerst wordt de data per vraag weergegeven. De data is zo ruw mogelijk ingevoerd. Echter, op enkele delen zijn al antwoorden samengevoegd omdat deze op elkaar leken. In tabel 5 wordt de data gewaardeerd.

Vraag 1: Hoe vind je het om hier te wonen?											
Gegeven antwoorden	Hartstikke mooi	(Heel) fijn	Veilig	Iedereen kent elkaar	Prima	Rustig	Goed	Heerlijk	Bewust hier gaan wonen	Leuk	Fijn dat ik mensen ken
Aantal	1	5	1	1	1	1	5	1	1	1	1

Vraag 2: Hoe vind je de begeleiding?											
Gegeven antwoorden	(Heel) goed	Helpt altijd	Fijn	Staan klaar	Is minder vaak	Veel wisselingen	Prima	Aardig	Achterbaks	Leuk	
Aantal	8	3	5	3	1	2	1	1	1		2

Vraag 3: Wat vind je fijn aan de manier van begeleiden?										
Gegeven antwoorden	Empatisch	Opletten	Niks negatiefs	Helpen met aankopen	Altijd hulp	Hulp-alarm	Bevalt mij wel	Keuzevrijheid	Perfect	Ondersteuning
Aantal	1	5	2	1	6	1	1	2	1	1

Helpen herinneren	Doet alles goed	Op-ruimen	Weinig overleg	Luisteren niet
1	2	1	1	1

Vraag 4: Wat vind je fijn aan de manier van wonen?									
Gegeven antwoorden Aantal	Uitzicht	Alleen	Zelf doen	24-uurszorg	Grote kamer	Naar de groep wanneer je wil	Geen last van anderen	Mensen om je heen	Samenwonen
	2	8	2	1	3	7	1	1	3

Eigen plekje	Perfect	Niet aanpassen aan anderen	Omgeving	Zelf bepalen	Beter dan groep	Teveel alleen	Samen koffie drinken	Niet samenwonen
1	1	2	1	1	1	1	1	1

Vraag 5: Wat heb je nodig om fijn te kunnen wonen?												
Gegeven antwoorden Aantal	Televisie	Begeleiding	Tuin	Eigen gang gaan	Hobby's	Ruimte	Meubilair	Eigen spulletjes	Koelkast	Luisterend oor	Keuken	Bed
	5	4	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1

Veel mensen	Regelmaat	Zitstoel	Warmte
1	1	1	1

Vraag 6: Wat mis je hier om fijn te kunnen wonen?								
Gegeven antwoorden Aantal	Niets	Familie	Aankleding	Behang	Afdakje om te roken	Overleg	Fatsoen	Bad
	11	2	1	1	1	1	1	1

Vraag 7: Wat zou Estinea kunnen verbeteren om hier te kunnen wonen?							
Gegeven antwoorden Aantal	Niets / Geen idee	Traplift	Minder begeleiding	Beter onderhoud	Andere telefoon	Goed voor elkaar	Bad
	11	1	1	1	1	1	1

Vraag 8: Wat zou jij willen dat Estinea verbetert?				
Gegeven antwoorden Aantal	Gordijn is stuk	Alles is goed	Meer toestemming om samen te doen	Begeleiding niet binnenkomen tijdens tv-programmas
	1	1	1	1

Vraag 9: Zou je hier over tien jaar nog steeds willen wonen?

Gegeven antwoorden Aantal	Hoop het wel 1	Goed naar mijn zin 1	Nee, ik ga verhuizen 1	Absoluut 8	Zou goed zijn voor mij 1	Past hier ook wel met rolstoel 1	Als het kan 4	Als ik ga dementeren, dan niet 1
---------------------------	-------------------	-------------------------	---------------------------	---------------	-----------------------------	-------------------------------------	------------------	-------------------------------------

Wil/kan niet vooruit kijken 1	Als het minder wordt, naar 24-uurszorg 1	Als het kan wel 1	Ga hier niet meer weg 3	Het is gezellig 2
----------------------------------	---	----------------------	----------------------------	----------------------

Vraag 10: Als je hier over tien jaar nog steeds woont, wat zou Estinea dan moeten aanpassen om het hier nog steeds fijn te laten zijn?

Gegeven antwoorden Aantal	Traplift 3	Niet aan denken 1	Geen antwoord 1	Hogere toiletten 7	Douchebeugels 3	Meer leiding 2	Alles is al aangepast 1	Aangepaste douche 1	Rolstoel 1	Hulp bij douchen 1
---------------------------	---------------	----------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	-------------------	----------------------------	------------------------	---------------	-----------------------

Vraag 11: Mag je zelf dingen beslissen?

Gegeven antwoorden Aantal	Alles 9	Veel 5	Leiding helpt met moeilijke dingen 4	Alles in overleg 4	Ik ben hoogbegaafd 1	Leiding heeft niks te vertellen 3
---------------------------	------------	-----------	---	-----------------------	-------------------------	--------------------------------------

Vraag 12: Hoe ervaar je dit? Hoe vind je het dat je die dingen zelf mag beslissen?

Gegeven antwoorden Aantal	Mag graag zelf beslissen 1	Wil niet minder 3	Vraag zelf de leiding 3	(Heel) fijn 6	Eigen baas 2	Soms te veel 1	Perfect 2	Voldoende 1	Zorgt voor realistische beslissingen 1
---------------------------	-------------------------------	----------------------	----------------------------	------------------	-----------------	-------------------	--------------	----------------	---

Makkelijk 2	Als anderen helpen, vind ik dat lastig 1	Zou niet anders willen 1	Ik overleg niet 1	Geweldig 1
----------------	---	-----------------------------	----------------------	---------------

Vraag 13: Als jij iets wil doen, lukt dat dan ook? Wie kan jou daarbij helpen?									
Gegeven antwoorden	Ja, dat lukt	Lopen lukt niet	Alarm helpt	Hulp van familie	Leiding helpt	Familie helpt	Iedereen kan helpen	Douchen wel, rest niet	Ondersteuning bij medicatie
Aantal	7	2	1	1	6	5	1	1	1

Veel contact met de burens	Rollator	Meeste wel	Douchen niet	Thuiszorg helpt	Autorijden niet	Burens helpen
1	1	1	1	1	1	1

Vraag 14: Je bent nu xx jaar, denk je dat het gaat veranderen als je vijf/tien jaar ouder bent?							
Gegeven antwoorden	Dat weet ik niet	In beweging blijven, dan komt het goed	Naar begane grond verhuizen	Meer hulp nodig	24-uurszorg	Ja, dan ben ik met pensioen	Dagopvang
Aantal	4	1	1	3	3	1	1

Lopen wordt minder	Dan heb ik een rolstoel, maar dat kan hier wel	Als ik achteruitga, kan ik niet blijven	Dan verhuizen we naar beneden
2	6	1	2

Tabel 5: *Taxonomie van de resultaten van de interviews, gesorteerd op positieve en negatieve reacties.*

	Positief	Negatief	Anders / Neutraal
1	Mooi, fijn, veilig, prima, rustig, goed, heerlijk, leuk 18	- 0	Iedereen kent elkaar 1
2	Goed, hulp, fijn, staan klaar, prima, aardig, leuk 23	Minder vaak, Veel wisselingen, Achterbaks 4	- 0
3	Empatisch, Opletten, Helpen, Bevalt goed, Keuzevrijheid, Perfect 25	Weinig overleg, luisteren niet 2	- 0
4	Uitzicht, alleen, autonomie, zorg, ruimte, geen last van anderen, eigen plek, perfect 37	Teveel alleen 1	- 0
5	Televisie, begeleiding, tuin, eigen gang kunnen gaan, hobby's, ruimte, meubilair, eigen spulletjes hebben, een luisterend oor, koelkast, keuken, bed, veel mensen om me heen, regelmaat, zitstoel, warmte 28		
6	Niets 11	Overleg, Fatsoen 2	Familie, Aankleding, Behang, Afdakje, Bad 6
7	Niets 11	Minder begeleiding, beter onderhoud 2	Traplif, andere telefoon 3
8	Alles is goed 1	Meer samen mogen doen 1	Gordijn is stuk, Begeleiding niet binnen tijdens tv 2
9	Hoop het, Goed naar mijn zin, perfect 17	Nee, ga verhuizen 1	Wanneer mogelijk wel, [maar] wil/kan niet vooruitkijken. Wanneer dement, moet ik wel verhuizen 9

10	Huis is al aangepast 1	Traplift, douche, toilet, rolstoel 18	Geen antwoord / wil niet aan denken 2
11	Alles / Veel, Leiding helpt waar nodig 18	Leiding heeft niks te vertellen 3	Alles in overleg, "ik ben hoogopgeleid" 5
12	Graag zelf doen, makkelijk, wil niet minder, eigen baas 23	Soms te veel, Ik overleg niet, hulp is lastig 3	- 0
13	Ja, alarmering helpt. Familie, Begeleiding, Buren, Iedereen kan helpen. 26	Lopen niet, veel niet 5	Ondersteuning bij medicatie 1
14	In beweging blijven. Als ik in een rolstoel kom, kan ik hier blijven wonen 8	Meer hulp nodig (24-uurszorg). Ik ga achteruit. Lopen wordt moeilijk 9	Weet ik niet. Verhuizen maar in zelfde gebouw, dagopvang 8
Totaal			
	219	51	651