

EN ZE LEVEN NOG LANG EN GELUKKIG

Een praktijkgericht onderzoek naar het perspectief van ouderen met een verstandelijke beperking binnen Humanitas DMH gericht op het gelukkig oud worden.



Bachelor Thesis Toegepaste Gerontologie

Naam student:	Anne Hoekstra
Studentnummer:	S1072221
Jaartal:	2017
Hogeschool:	Christelijke Hogeschool Windesheim, Zwolle
Opleiding:	Toegepaste Gerontologie

En ze leven nog lang en gelukkig;

Een praktijkgericht onderzoek naar het perspectief van ouderen met een verstandelijke beperking binnen Humanitas DMH gericht op het gelukkig oud worden.

Student	Anne Hoekstra
Studentnummer	S1072221
Vakcode	HCG-POZ4ixx016
Opdracht-gevende organisatie	Humanitas DMH
Opdrachtgever	Lotte Krijnsen
Werkgroep-docenten	Dr. Franka Bakker Drs. Leontine Groen-van de Ven
Jaartal	2017
Hogeschool	Christelijke Hogeschool Windesheim, Zwolle
Opleiding	Toegepaste Gerontologie

Afbeelding voorblad scriptie:

StockSnap (2017). [foto]. Geraadpleegd van <https://pixabay.com/nl/orange-mensen-vrouw-camera-2570979/>

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	4
Summary	5
Inleiding	6
Hoofdstuk 1: Achtergronden	7
1.1 Inleiding	7
1.2 Vergrijzing binnen de gehandicaptensector: micro, macro- en mesoniveau.	7
1.3 Aanleiding & handelsverlegenheid.....	9
1.4 Theoretisch kader: Gelukkig oud worden met een verstandelijke beperking	10
1.4.1 Veroudering bij mensen met een verstandelijke beperking	10
1.4.2 Gezond oud worden versus gelukkig oud worden	11
Hoofdstuk 2: Methoden en technieken	15
2. 1 Kwalitatief onderzoek.....	15
2.2 Dataverzamelingstechniek	15
2.3 Het onderzoeksinstrument.....	16
2.4 De onderzoekspopulatie	17
2.5 De methode van de data-analyse.....	17
2.6 Ethische aspecten.....	18
2.7 Waarborging kwaliteit onderzoek.....	18
Hoofdstuk 3: Resultaten interviews	20
3.1 Onderzoekspopulatie	20
3.2 De resultaten van het onderzoek.....	21
3.2.1 Deel 1: Perceptie en beleving verouderingsproces.....	21
3.2.2 Deel 2: Resultaten gelukkig oud worden	24
Hoofdstuk 4: Discussie en conclusie	28
4.1 Inleiding	28
4.2 Discussie	28
4.2.1 Inhoudelijke betekenis van de conclusie.....	28
4.2.2 Sterke en zwakke punten van het onderzoeksproces.....	29
4.2 Conclusie	31

Hoofdstuk 5: Aanbevelingen	32
Aanbeveling 1: Jong (van geest) blijven	32
Aanbeveling 2: Creëren van positieve beeldvorming	32
Aanbeveling 3: Ondersteunen van sociale netwerk.....	33
Aanbeveling 4: Aandacht voor de doelgroep binnen de opleiding Toegepaste Gerontologie	33
 Hoofdstuk 6: Plan van verspreiding	 34
 Geciteerde werken	 36
 Bijlagen	
Bijlage 1: Toestemmingsformulier	41
Bijlage 2: Topiclijst	42
Bijlage 3: Foto's voor photo elicitation	43

Samenvatting

Achtergrond In de bachelor thesis staat het perspectief van ouderen met een verstandelijke beperking gericht op het gelukkig oud worden centraal. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van HDMH naar aanleiding van verandering in het cliëntenbestand. Het aantal ouderen met een verstandelijke beperking neemt toe door een toename in levensverwachting. HDMH heeft ouderen met een verstandelijke beperking erkend als doelgroep en ontwikkelt hier beleid voor. Het perspectief van de doelgroep ontbreekt. Dit onderzoek stelt het perspectief van de doelgroep centraal zodat het beleid in co-creatie met de doelgroep wordt opgesteld. Hierdoor sluit het beleid beter aan bij de wensen en behoeften. Gezien deze ouderenpopulatie extra kwetsbaar is, vraagt dit om passend ondersteuningsaanbod. In het verleden is er veel aandacht geweest voor het oplossen van gezondheidsproblemen, echter staat het *goede leven* steeds meer centraal. Het ouder worden staat vaak in negatief daglicht, in de bachelor thesis staat de positieve kant van het ouder worden centraal: het gelukkig oud worden. Op basis van de resultaten uit het onderzoek kan richting worden gegeven aan het beleid. De onderstaande vraag staat centraal gedurende het onderzoek.

*Wat verstaan ouderen met een verstandelijke beperking
binnen Humanitas DMH onder gelukkig oud worden?*

Methode De onderzoeksvraag is beantwoord door middel van kwalitatief onderzoek. De onderzoeksgroep bestond uit 11 ouderen met een verstandelijke beperking in de intramurale zorg. Er is onderscheid gemaakt tussen ouderen met een verstandelijke beperking (50-plus) en met het Downsyndroom (40-plus). Elf semi-structureerde interviews werden afgenomen. Een topiclijst gebaseerd op de zes dimensies van het subjectief welbevinden stond hierin centraal. Indien nodig werd photo elicitation toegepast. De interviews zijn uitgetypt en geanalyseerd door middel van open coderen.

Resultaten Onder gelukkig oud worden werd het behoud van de huidige omstandigheden en levenstevredenheid verstaan. Een goede lichamelijke gezondheid, actief kunnen zijn, autonomie en sociale contacten vormden belangrijke aspecten voor het gelukkig oud worden. Respondenten hadden een negatief beeld bij het ouder worden; het betekende voor hen afhankelijk zijn, en het onvermogen om iets te kunnen doen. Oud worden roept angst en verdriet op. De onderzoeksgroep voelde zich niet oud en wilde zo lang mogelijk jong blijven.

Conclusie & Discussie Een goede lichamelijke gezondheid, actief kunnen zijn, autonomie en sociale contacten vormden belangrijke aspecten voor het gelukkig oud worden. De onderzoeksgroep voelde zich niet oud en wilde zo lang mogelijk jong blijven. Mogelijk heeft de negatieve beeldvorming omtrent veroudering invloed op de resultaten. Om passende ondersteuning te bieden, dient rekening gehouden te worden met de gevoelsleeftijd en het perspectief van de onderzoekspopulatie op veroudering.

Aanbevelingen HDMH dient aandacht te besteden aan beeldvorming rondom veroudering, aanbod van passende activiteiten, en het faciliteren van het opbouwen en onderhouden van sociale netwerken van bewoners. Verder wordt aanbevolen dat HDMH samen dient te werken met de opleiding Toegepaste Gerontologie voor verder onderzoek m.b.t. veroudering van de doelgroep.

Summary

Background This bachelor's thesis focuses on the perspective of intellectually disabled elderly on *ageing happily*. It was conducted on behalf of Humanitas DMH (HDMH) after noticing changes in their client file. The number of elderly with a intellectual disability grows, as their life expectancy increases. HDMH recognizes this subgroup of elderly as a subject of interest and develops special policy for this group. However, the perspective of the elderly on this policy is lacking. This study investigates and focuses on the perspective of this subgroup, in order that policy can be made in co-creation. This way, policy will correspond better with the clients' needs and expectations. Considering the vulnerability of this population, appropriate supportive care is needed. In the past, the main focus of research was on health problems, however quality of life and more specifically '*the good life*' is becoming increasingly relevant. Ageing is mainly presented negatively. However, this thesis will focus on the positive side of ageing: ageing happily. The results of this study may give guidance in policy development for this cognitively and emotionally impaired group of elderly. The main question of this study was:

"What do intellectually disabled elderly within Humanitas DMH understand by ageing happily?"

Methods To answer the research question, qualitative research was performed. The group consisted of 11 intellectually disabled elderly. A differentiation was made between elderly with an intellectual disability (age 50 plus) and elderly with Down's syndrome (age 40 plus). Eleven semi-structured interviews were conducted. A topic list based on the six dimensions of subjective well-being played a central role in these interviews. When appropriate, photo elicitation was used to give guidance in the interview. The interviews were reported and analysed by open coding.

Results Ageing happily was understood to be the preservation of the current circumstances and satisfaction of life. A good physical well-being, participating actively, autonomy and social life were important factors in ageing happily. Respondents had a negative view on ageing; it was associated with a loss of autonomy and the incapability to be active. Respondents were fearful and sad when thinking about growing old. They did not feel old, and wanted to stay young for as long as possible.

Conclusion & Discussion A good physical well-being, participating actively, autonomy and social life were important factors in ageing happily. Respondents did not feel old and wanted to stay young for as long as possible. A possible explanation for these results may be the negative view on ageing. To provide appropriate care, it is important to take the subjective age and the perspective on ageing into consideration.

Recommendations For policy development, it is important that HDMH takes the clients' subjective view on ageing into account. Furthermore, it is important to build and maintain the clients' social network and to find fitting activities. It is recommended that HDMH contacts the department of Applied Gerontology for further investigation of this elderly population.

Inleiding

Het aantal ouderen in Nederland neemt toe. Dit heeft te maken met verbeteringen op het gebied van de gezondheidszorg. Deze trend is ook zichtbaar binnen de gehandicaptensector. Mensen met een verstandelijke beperking worden steeds ouder. Deze ouderenpopulatie is extra kwetsbaar. Humanitas DMH, hierna beschreven als HDMH, ziet een verandering in het huidige cliëntenbestand, het aantal ouderen met een verstandelijke beperking neemt toe. HDMH is een landelijke organisatie en biedt ondersteuning en begeleiding aan mensen met een verstandelijke beperking en/of psychiatrische problemen. De organisatie erkent ouderen met een verstandelijke beperking als nieuwe doelgroep en ontwikkelt passend beleid.

Probleemstelling

HDMH wil een gelukkige oude dag mogelijk maken voor ouderen met een verstandelijke beperking door een passend ondersteunings- en begeleidingsaanbod te ontwikkelen. Dit beleid wordt momenteel vormgegeven aan de hand van inzichten van professionals in de praktijk en literatuur. Het perspectief van ouderen ontbreekt. Om ervoor te zorgen dat het ondersteunings- en begeleidingsaanbod aansluit bij de wensen en behoeften van de doelgroep, dient het perspectief van de doelgroep in kaart te worden gebracht.

Doelstelling

Het doel van het onderzoek is het in kaart brengen van het perspectief van ouderen met een verstandelijke beperking op het gelukkig worden. Op basis van de resultaten uit het onderzoek kan richting worden gegeven aan wat HDMH kan doen om een gelukkige oude dag mogelijk te maken.

Leeswijzer

De bachelor thesis is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 1 staat de achtergrond en theoretisch kader van het onderzoek centraal. Hierin komt de aanleiding, probleemstelling, doelstelling en relevante theoretische inzichten van het onderzoek aan bod. Vervolgens komt in hoofdstuk 2 de onderzoeksmethode aan bod. De resultaten van het onderzoek worden beschreven in hoofdstuk 3. Een kritische analyse van de resultaten en ingezette methoden komen samen met de conclusie aan bod in hoofdstuk 4. Vervolgens bevat hoofdstuk 5 aanbevelingen die voortkomen uit het onderzoek en staat in hoofdstuk 6 een plan van verspreiding centraal. In het laatste hoofdstuk (7) komt de waardevolle professional aan bod.

Hoofdstuk 1: Achtergronden

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan de aanleiding en de achtergronden van de bachelor thesis centraal. In paragraaf 1.2 komt de relevantie en urgentie van dit afstudeeronderzoek binnen de gehandicaptensector aan bod. Dit gebeurt op micro-, macro- en mesoniveau. Vervolgens staat in paragraaf 1.3 de aanleiding en handelsverlegenheid waaruit de bachelor thesis voortkomt centraal. Tot slot geeft paragraaf 1.4 een theoretische verdieping.

1.2 Vergrijzing binnen de gehandicaptensector: micro-, macro- en mesoniveau.

Vergrijzing binnen de gehandicaptensector

In de regionale prognose 2016-2040 van het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) komt naar voren dat de vergrijzing één van de belangrijkste structurele trends is in de demografie van Nederland. In 2015 bedroeg het aandeel 65-plussers in Nederland 18 procent. De verwachting is dat dit percentage zal stijgen naar 27 procent in 2040 (Kooiman, de Jong, Huisman, van Duin, & Stoeldraijer, 2016). In de bevolkingsprognose van het CBS komt naar voren dat in 2041 de vergrijzing een hoogtepunt van ongeveer 4,7 miljoen 65-plussers bereikt. In 2012 bedroeg dit aantal 2.7 miljoen (CBS, 2017). Deze gegevens laten zien dat het aantal ouderen toeneemt.

Deze trend is ook zichtbaar binnen de (verstandelijke) gehandicaptensector. Dit komt naar voren in een rapportage van het TNO waarin een trendanalyse van de verstandelijke gehandicaptenzorg centraal staat. De levensverwachting van mensen met een verstandelijke beperking neemt toe door betere zorg (van Staalduinen & ten Voorde, 2011). Dit heeft als gevolg dat het aantal ouderen met een verstandelijke beperking in Nederland toeneemt. Door het ontbreken van recent onderzoek naar de prevalentie van mensen met een verstandelijke beperking kunnen er geen exacte cijfers worden weergegeven over het aantal ouderen met een verstandelijke beperking in Nederland. Wel wordt er door het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) een verklaring gegeven voor de ontwikkeling in de vraag en gebruik van zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Het gaat hier om de periode 1998-2008. Het SCP geeft aan dat de instroom van ouderen en een hogere levensverwachting een deel van de groei bepalen (Ras, Woittiez, van Kempen, & Sadiraj, 2010). Dit gegeven laat zien dat de vergrijzing zorgt voor meer ouderen binnen de verstandelijke gehandicaptensector. Deze trend werd in een rapport uit 2005 ook gesignaleerd. In dit rapport komt naar voren dat er voor 2020 wordt verwacht dat een derde van het aantal mensen met een verstandelijke beperking een leeftijd heeft van boven de 45 (Woittiez & Crone, 2005). In 2001 bedroeg dit 21 procent.

Niet alleen in Nederland is de vergrijzing een trend. Dit blijkt uit een systematische review van literatuur gericht op het zorgen voor ouderen met een verstandelijke beperking. Hieruit blijkt dat in landen als Australië, Ierland, Canada en Israël onderzoek verricht wordt gericht naar dit onderwerp. De reden hiervoor is de toename van de levensverwachting van mensen met een verstandelijke beperking (Innes, McCabe, & Watchman, 2012). Dit gegeven laat zien dat de vergrijzing van de verstandelijke gehandicapten sector ook speelt op internationaalniveau.

Vergrijzing binnen HDMH

Het veranderende cliëntenbestand van HDMH laat zien dat er steeds meer oudere cliënten zijn. Hieruit ontstaan nieuwe en uiteenlopende vraagstukken uit de praktijk. Gezien deze ontwikkeling heeft het management van HDMH ouderen erkend als nieuwe doelgroep binnen de organisatie. HDMH wil de ouder wordende cliënt voorzien van een fijne, menswaardige en veilige oude dag. Om dit mogelijk te maken ontwikkelt de organisatie beleid voor de nieuwe doelgroep. HDMH is niet de enige organisatie

in Nederland die inzien dat het aantal ouderen met een verstandelijke beperking toeneemt en dat dit nieuwe vraagstukken met zich mee brengt. Binnen de verstandelijke gehandicapten (VG) sector zijn diverse zorgaanbieders bezig met beleid gericht op het ouder worden met een verstandelijke beperking. Uit een onderzoek van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) naar ouderenbeleid komt naar voren dat ouderenbeleid binnen veel organisaties aanwezig is (Hornman & Kersten, 2011). Het gaat hier om organisaties die aangesloten zijn bij het VGN. In 2011 was dit ongeveer 60% van de zorginstellingen. Echter waren zij nog wel in de oriëntatiefase. Recentere cijfers op dit gebied zijn nog niet bekend in de literatuur. Dit gegeven laat zien dat het een actueel onderwerp is binnen de gehandicaptensector.

Wanneer HDMH beleid ontwikkelt voor ouderen met een verstandelijke beperking kunnen zij hun visie en missie waarmaken voor deze nieuwe doelgroep. Dit gezien het feit dat deze doelgroep andere wensen en behoeften met zich mee brengen dan de huidige cliënten binnen HDMH. Hieronder worden de visie, missie en kernwaarde van HDMH weergegeven.

Visie & missie Humanitas DMH

Wij ondersteunen waar nodig om te zorgen dat jij, vanuit eigen mogelijkheden, mee kunt doen. Wij doen dit oprecht. In contact van mens tot mens. Met passie en lef. Hierbij staan drie kernwaarde centraal.

1. De cliënt heeft regie over zijn of haar leven.
2. We nemen verantwoordelijkheid voor ons zelf en voor andere mensen.
3. We voelen ons gelijk aan en verbonden met andere mensen in de samenleving

Wij gaan voor een samenleving waarin plaats is voor iedereen en waarin ieder mens waardevol is. Ook een kwetsbaarmens verdient ondersteuning en verzorging om mee te doen. Humanitas DMH gebruikt hiervoor beproefde methoden en instrumenten, voortdurend gericht op het nastreven van kwaliteit van wereldklasse (Humanitas DMH, z.j.).

De erkenning van de doelgroep door HDMH vormde de aanleiding tot het ontwikkelen van beleid gericht op ouderen met een verstandelijke beperking. In het voorlopige beleid gericht op de doelgroep komt naar voren dat HDMH het belangrijk vindt dat het gaat om *zorgen dat*, en niet *zorgen voor*. Daarnaast staat het hebben van een goed leven centraal. De organisatie is zich ervan bewust dat dit niet te standaardiseren is. Dit afstudeeronderzoek zal een bijdrage leveren aan het te ontwikkelen beleid gericht op de ouder wordende cliënt met een verstandelijke beperking.

Toename levensverwachting mensen met een verstandelijke beperking

Mensen met een verstandelijke beperking worden steeds ouder. Hieronder staat de definitie van een verstandelijke beperking weergegeven.

Iemand met een verstandelijke beperking heeft een beperking in het intellectuele functioneren (Schalok, et al., 2010). Dit kan aangeboren zijn of later in de ontwikkeling plaatsvinden (voor het 18^{de} levensjaar). Een verstandelijke beperking gaat samen met beperkingen op de sociale redzaamheid en zelfredzaamheid.

Veroudering komt bij iedereen, vroeg of laat, met gebreken. Vanaf de leeftijd van 75 jaar wordt de kans op beperkingen en ziekte groter. Dit heeft een negatief effect op de ervaren gezondheid en de lichamelijke kwaliteit van leven (Zantinge, van der Wilk, van Wieren & Schoemaker, 2011). Echter treden de gebreken bij ouderen met een verstandelijke beperking eerder op en in ernstigere mate (Maaskant & Hoekman, 2007). Zo is er een vergrote kans op zintuiglijke en/of motorische beperkingen. Ook bestaat er een grote kans dat de ernst van deze beperkingen toenemen. In paragraaf 1.4 wordt hier uitgebreider op ingegaan.

Deze bovenstaande ontwikkelingen op micro-, macro- en mesoniveau hebben invloed op het ondersteuningsaanbod binnen organisaties en gemeentes (Hornman, 2015). HDMH stelt dan ook de vraag welke ondersteuningsbehoeften ouderen met een verstandelijke beperking hebben. Een passend ondersteuningsaanbod voor ouderen met een verstandelijke beperking is van belang om ouderen te kunnen voorzien in hun wensen en behoeften.

1.3 Aanleiding & handelsverlegenschap

Probleemstelling

HDMH ontwikkelt een overkoepelend beleid gericht op de ondersteuningsbehoeften van ouderen met een verstandelijke beperking. Met dit beleid willen zij de ouderen voorzien van een fijne, menswaardige en veilige oude dag. Wat opvalt aan het voorlopige beleid is dat het vooral gebaseerd is op inzichten van de medewerkers. Het perspectief van de ouderen met een verstandelijke beperking ontbreekt. In de visie en missie van HDMH komt naar voren dat ieder (kwetsbaar) mens waardevol is en met de juiste ondersteuning en zorg mee kan doen. Door ouderen te betrekken bij (co-creatie) het opstellen van beleid laat HDMH zien dat ouderen een belangrijke rol hebben en van grote meerwaarde zijn. Jukema (2016) geeft aan dat co-creatie een uitdrukking van menselijkheid laat zien: *"we kunnen niet zonder u"* (Jukema, 2016). HDMH stelt de mens centraal. *Humanus* staat voor menselijk (Humanitas DMH, z.j.). Co-creatie is een uitdrukking van menselijkheid. Onderzoek gericht op co-creatie van zorg met cliënten laat zien dat er een positieve relatie is tussen co-creatie van zorg met cliënten en nieuwe zorgdiensten. Het uitwisselen van waardevolle informatie vanuit de cliënt zorgt ervoor dat zorgdiensten beter kunnen aansluiten op de behoeften van cliënten (van den Bosch, Heij, & Volberda, 2013). Het is van belang dat het perspectief van ouderen met een verstandelijke beperking wordt meegenomen bij het opstellen van het beleid. Hierdoor worden de wensen en behoeften van de doelgroep duidelijk en zal het beleid beter aansluiten op de doelgroep.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in het perspectief van ouderen met een verstandelijke beperking binnen HDMH op het ouder worden. De resultaten van dit onderzoek dienen als input voor het beleid gericht op de vormgeving van de begeleiding en behandeling van de doelgroep. Door de doelgroep zelf te betrekken bij het opstellen van het beleid, sluit het beleid beter aan op de doelgroep. Dit beleid heeft o.a. als doel de medewerkers binnen HDMH bewust te maken van de ondersteuningsbehoefte die ontstaat door veroudering. Maar het belangrijkste doel van dit onderzoek is om de ouder wordende cliënt te voorzien van een fijne, menswaardige en veilige oude dag.

Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag die centraal staat in de bachelor thesis staat hieronder weergegeven.

Wat verstaan ouderen met een verstandelijke beperking binnen Humanitas DMH onder gelukkig oud worden?

Met de onderzoeksvraag wordt er inzicht verkregen in het perspectief van ouderen met een verstandelijke beperking binnen HDMH gericht op het gelukkig oud worden. De reden waarom binnen dit onderzoek de focus ligt op het gelukkig oud worden komt aan bod in paragraaf 1.4.

1.4 Theoretisch kader: Gelukkig oud worden met een verstandelijke beperking

Binnen de bachelor thesis staat het perspectief van ouderen met een verstandelijke beperking gericht op het gelukkig oud worden centraal. In deze paragraaf komt aan bod waarom het gelukkig oud worden centraal staat in deze thesis. Eerst zal er specifiek worden ingegaan op aspecten van veroudering bij mensen met een verstandelijke beperking. Vervolgens wordt het gezond oud worden vergeleken met het gelukkig oud worden. Tot slot komt aan bod hoe geluk onderzocht wordt in de bachelor thesis.

1.4.1 Veroudering bij mensen met een verstandelijke beperking

Kenmerkend voor mensen met een verstandelijke beperking is een achterstand op het gebied van cognitieve ontwikkeling. Specifiek gaat het hier om een achterstand van het werkgeheugen, selectieve aandacht, plannen en organiseren (Didden, Collin, & Curfs, 2008). De kalenderleeftijd bij ouderen met een verstandelijke beperking loopt niet gelijk met de ontwikkelingsleeftijd en de sociaal-emotionele ontwikkeling (Tinselboer, et al., 2012). Veroudering treedt bij mensen met een verstandelijke beperking op een vroegere leeftijd op. Het gaat hier om ouderen met een matige en een (zeer) ernstige (meervoudige) beperking en niet om ouderen met een lichte verstandelijke beperking. Bij de laatste groep treden verouderingsprocessen op rond het 65^{ste} levensjaar. Bij mensen met een matige of een (zeer) ernstige (meervoudige beperking) vanaf treedt het verouderingsproces bij het 50^{ste} levensjaar op. Mensen met het syndroom van Down maken deel uit van de onderzoekspopulatie. Het syndroom van Down gaat gepaard met een verstandelijke beperking ('s Heeren Loo, 2017). Bij mensen met het syndroom van Down treden verouderingsprocessen op rond het 40^{ste} levensjaar (Hornman, 2015). Hieronder staan de mate van beperking, het ontwikkelingsniveau en de start van het verouderingsproces overzichtelijk weergegeven.

Tabel 1: overzicht mate van beperking, ontwikkelingsniveau en start verouderingsproces.

Mate van beperking	Ontwikkelingsniveau	Start verouderingsproces
Lichte beperking	6-11-jarige	Vanaf 65 jaar
Matige beperking	4-6-jarige	Vanaf 50 jaar Vanaf 40 jaar (syndroom van Down).
Ernstige beperking of een zeer ernstige meervoudige beperking	1-4-jarige	Vanaf 40 jaar

Gehoorstoornissen, stoornissen m.b.t. tot zicht, maag- en darmklachten, hart- en vaataandoeningen, longaandoeningen, aandoeningen aan het bewegingsapparaat, urologische aandoeningen en dementie zijn klachten waar ouderen met een verstandelijke beperking, ten opzichte van jongeren met een verstandelijke beperking, mee te maken kunnen krijgen. Dit blijkt uit een meerjarig onderzoek gericht op gezondheidsproblemen bij ouderen met een verstandelijke beperking (Maaskant, et al., 1995). Dit zijn aandoeningen die ook optreden bij mensen zonder verstandelijke beperking bij het ouder worden. Echter komen de hierboven beschreven aandoeningen bij mensen met een verstandelijke beperking vaker en in ernstigere mate voor. De reden hiervoor is het feit dat mensen met een verstandelijke beperking gedurende hun leven al eerder te maken hebben met (de bovenstaande) chronische aandoeningen (Maaskant & Hoekman, 2007). Er dient een kanttekening bij gemaakt te worden wanneer er gesproken wordt over eerdere verouderingsprocessen bij mensen met een verstandelijke beperking. Evenhuis (2009) geeft aan dat er niet door middel van onderzoek is vastgesteld dat primaire verouderingsprocessen bij ouderen met een verstandelijke beperking anders zijn dan bij ouderen zonder verstandelijke beperking. Wel is bekend dat ouderen met een verstandelijke beperking een verhoogd risico hebben op motorische en zintuiglijke beperkingen. De combinatie van de hiervoor beschreven factoren kan een verklaring vormen voor het gegeven uit de praktijk dat er vervroegde veroudering plaatsvindt bij mensen met een verstandelijke beperking. Bij mensen met het syndroom van Down treden wel eerder primaire verouderingsprocessen op (Evenhuis, 2011).

1.4.2 Gezond oud worden versus gelukkig oud worden

Gezond oud worden

Binnen dit onderzoek staat het gelukkig oud worden van ouderen met een verstandelijke beperking centraal. In het verleden is er veel aandacht geweest voor het oplossen van (gezondheid)problemen. Tegenwoordig staat het *goede leven* steeds meer centraal (Westerhof, 2014).

Gezond ouder worden (*healthy ageing*) staat voor het proces waarin de kansen op lichamelijke, sociale en geestelijke gezondheid worden geoptimaliseerd, zodat ouderen actief aan de samenleving deel kunnen nemen en een onafhankelijk leven kunnen leiden met een goede kwaliteit van leven (SNIPH, 2006). Het gaat hier vooral om het terugdringen en voorkomen van beperkingen. De levensverwachting van mensen met een verstandelijke beperking neemt toe door verbeterde zorg en behandeling (Patja, Livanainen, Vesala, Oksanen, & Ruoppila, 2000). Dit gegeven houdt niet in dat het aantal gezonde levensjaren ook toeneemt. Zoals eerder beschreven in dit onderzoek is het feit dat ouderen met een verstandelijke beperking vaker en in ernstigere mate te maken hebben met gezondheidsaandoeningen gerelateerd aan veroudering. Bij het toenemen van gezondheidsproblemen neemt de kans op vermindering van kwaliteit van leven toe (Zantinge et., 2011). Ouderen met een verstandelijke beperking hebben gedurende hun hele leven al te maken met beperkingen en gezondheidsklachten en zijn eerder kwetsbaar. De kwetsbaarheidsscores van 50-plussers met een verstandelijk beperking zijn vergelijkbaar met (de meeste) 75-plussers (Schoufour, Mitnitski, Rockwood, Evenhuis, & Echteld, 2013). Daarnaast is er bij ouderen met een verstandelijke beperking sprake van een lage mate van zelfredzaamheid (Hilgenkamp, van Wijck, & Evenhuis, 2011) en lichamelijke fitheid (Hilgenkamp, van Wijck, & Evenhuis, 2012). Onderzoek uit Israël laat zien dat het functioneren van ouderen met een verstandelijke beperking slechter is in vergelijking met ouderen zonder verstandelijke beperking. De lichaamssamenstelling daarentegen was bij beide onderzoeksgroepen vrijwel gelijk. Een verklaring hiervoor zou de inactieve levensstijl van mensen met een verstandelijke beperking kunnen zijn (Carmeli, Merrick, Kessel, Masharawi, & Carmeli, 2003).

Bij het gezond oud worden kan een kanttekening worden geplaatst. Door de toename van het aantal chronisch zieken en de vergrijzende samenleving is er commentaar op de definitie gezondheid. Deze definitie is vastgesteld door het WHO in 1948 (SNIPH, 2006), maar sluit niet meer aan bij de huidige samenleving. Mensen met chronische ziekten en beperkingen zijn volgens de definitie van het WHO definitief niet gezond. Door de toename van de levensverwachting en verbeterende medische zorg dient er anders te worden gekeken naar het begrip gezondheid. Wanneer men zich weet aan te passen aan hun ziekte en aandoeningen kunnen zij blijven participeren. Hierdoor voelen zij zich gezond ondanks de beperkingen (Huber, van der Horst, Green, & Loureiro, 2011).

In volledig goede gezondheid oud worden is in de huidige samenleving niet realistisch. Ouderdom komt vroeg of laat met gebreken. Deze gebreken treden bij mensen met een verstandelijke beperking vaak eerder op en in ernstigere mate. Binnen de literatuur zijn er met name onderzoeken gericht op de (ervaren) ouderdomsgebreken bij veroudering van mensen met een verstandelijke beperking. Een onderzoek gericht op het oud worden met een verstandelijke beperking volgens mensen zelf en hun familie komt naar voren dat verminderde lichamelijke en geestelijke fitheid, veranderingen in activiteiten en beleving van gebeurtenissen onderwerpen zijn die gerelateerd zijn aan het ouder worden (Cardol & Meulenkamp, 2013). Ook de GOUD studie richt zich op de gezondheid bij het ouder worden van mensen met een verstandelijke beperking (Evenhuis H., 2014). Er is met name aandacht voor het gezond ouder worden en de kwaliteit van leven die daarmee samenhangt. De gezondheidstoestand beïnvloedt de kwaliteit van leven van ouderen. Ziekte en beperkingen kunnen ervoor zorgen dat de kwaliteit van leven afneemt (Zantinge et al., 2011). Volledig in goede gezondheid oud worden is niet realistisch.

Gelukkig oud worden

Veroudering staat vaak in een negatief daglicht en richt zich met name op gebreken die ouderdom met zich mee brengt. Ouderen met een verstandelijke beperking zijn extra kwetsbaar en hebben hierdoor een grotere kans op een "slechte oude dag" (Hornman, 2015). Het goede leven staat tegenwoordig steeds meer centraal (Westerhof, 2014). Dit komt voort uit de positieve psychologie. Het plezierige leven, het betrokken leven en het zinvolle leven zijn drie vormen van een goed leven (Seligman, 2002). Bij het plezierige leven staat o.a. geluk centraal. Deze bachelor thesis richt zich op de plezierige kant van het ouder worden: het gelukkig oud worden.

Wat is geluk?

Binnen dit onderzoek wordt het begrip geluk afgebakend aan de hand van het boek *het rendement van geluk: Inzichten uit wetenschap en praktijk*. Hierin komt de definitie van geluk aan bod. De meest ruime betekenis van geluk is kwaliteit van leven (Veenhoven, 2014). Er wordt op twee manieren onderscheid gemaakt binnen het begrip geluk. Het eerste onderscheid richt zich op levensvoorwaarden en levensuitkomsten van een goed leven. Het tweede onderscheid richt zich op de kwaliteiten van de omgeving en de kwaliteiten van het individu. Hieronder staan de vier betekenissen van geluk als meest ruime betekenis weergegeven.

Tabel 2: *geluk als meest ruime betekenis*

	Extern	Intern
Levensvoorwaarden	Leefbaarheid (1)	Levensvaardigheid (2)
Levensuitkomsten	Nut (3)	Levensvoldoening (4)

Veenhoven (2014) maakt met het onderscheid duidelijk dat er binnen de definitie van geluk diverse invalshoeken zijn. Bij de *externe levensvoorwaarden* (1) gaat het om de voorwaarden van geluk zoals voldoende eten, veiligheid en scholing. Bij de *interne levensvoorwaarden* (2) gaat het om voorwaarde voor een goed leven vanuit het individu gezien. Te denken valt aan het ontbreken van stoornissen. Het gaat hier om levensvaardigheid wat een bijdrage kan leveren aan geluk. Bij de *externe levensuitkomsten* (3) gaat het om het nut van het leven. Maar een nuttig leven is niet hetzelfde als een gelukkig leven. In dit onderzoek staan de *interne levensuitkomsten centraal* (4). De uitkomsten van het leven voor de persoon zelf staan hierbij centraal. Het gaat hier om voldoening en subjectief welbevinden, oftewel het gelukkig zijn. De bachelor thesis richt zich op het aspect van geluk waarbij levensvoldoening centraal staat.

Wat is gelukkig oud worden en hoe wordt men gelukkig oud?

Geluk kan diverse positieve aspecten met zich mee brengen. Studies naar geluk laten zien dat geluk een positief effect heeft op de fysieke gezondheid (Howell, Kern, & Lyubomirsky, 2007) en sociale relaties (Lyubomirsky, King, & Diener, 2005). Ook is geluk een belangrijke voorspeller voor een lange levensverwachting (Veenhoven, 2006). De (eerdere) gezondheidssituatie heeft hier geen invloed op. De effecten van geluk is een studie op zich. In de literatuur is een verband te vinden tussen geluk en het toenemen van de leeftijd. Dit verband heeft een U-vorm. Dit wil zeggen dat personen met een middelbare leeftijd het ongelukkigst zijn. Jongeren en ouderen het gelukkigst (Johannesson & Gerdtham, 2001). Dit gegeven laat zien dat er een relatie te zien is tussen geluk en het ouder worden. Maar op welke manier wordt men gelukkig oud? Uit onderzoek met ouderen blijkt dat gelukkig oud worden, gelijk staat aan succesvol oud worden (Bowling & Dieppe, 2005). Het gaat hier om de psychosociale benadering van succesvol oud worden. Deze benadering bestaat o.a. uit de onderdelen geluk, humeur en algehele welzijn. Binnen de gerontologie zijn er diverse theorieën gericht op het succesvol oud worden. Dit zijn de disengagement theorie, de activiteiten theorie en de continuïteitstheorie (Rögels, 2011). Volgens De Lange (2009) heeft elke theorie een ander beeld van succesvol ouder worden. Wat de theorieën met elkaar gemeen hebben is de beschrijving van subjectieve termen. Er is geen objectieve betekenis voor succesvol, oftewel gelukkig oud worden (Lange, 2006).

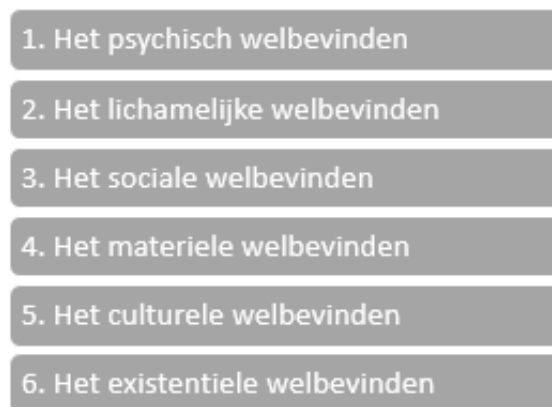
Het onderzoeken van geluk

Het is nog niet mogelijk om geluk te meten aan de hand van objectieve indicatoren. Bij het meten van geluk spelen zelfrapportages een belangrijke rol (Veenhoven, 2014). In de studie van Von Faber (2002) komt naar voren dat de subjectieve benadering van gelukkig oud worden een hogere beoordeling krijgt dan de objectieve benadering. Bij de objectieve benadering staat optimaal functioneren en welbevinden centraal (von Faber, 2002). Het subjectief welbevinden kan niet worden beoordeeld door experts. Ieder individu heeft namelijk een persoonlijke en andere waarde van de eigen levenstevredenheid (Geenen, 2016). Wat volgens professionals goed is, kan door ouderen op een hele andere manier worden ervaren. Dit heeft mogelijk een negatief effect op het subjectief welbevinden, oftewel: het gelukkig zijn (Westerhof, 2003). De gegevens hierboven laten het belang zien van de subjectieve benadering voor het onderzoeken van geluk.

Geluk meten aan de hand van de zes dimensies van het subjectief welbevinden

Binnen de bachelor thesis wordt geluk beschreven als levenstevredenheid (Veenhoven, 2014). Hierbij staat het subjectief welbevinden centraal (Mars & Schmeets, 2011). Dit staat voor gevoelens van geluk en tevredenheid. Het subjectief welbevinden is een meerdimensionaal begrip. Zelfrapportages spelen een belangrijke rol bij het meten van geluk en er zijn geen objectieve indicatoren voor het meten van geluk. Door de subjectieve benadering centraal te stellen staat het gevoel van ouderen voorop. Dit maakt de resultaten meer menselijk, wat aansluit bij die visie en missie van HDMH.

Binnen de bachelor thesis staan de zes dimensies van het subjectief welbevinden centraal. Aan de hand van diepte-interviews met ouderen hebben Marcoen et al. (2002) zes dimensies van subjectief welbevinden opgesteld. Hier is voor gekozen omdat het model is ontwikkeld met ouderen. De zes dimensies zijn complementair aan elkaar en niet altijd te onderscheiden. Elke oudere heeft zijn of haar eigen dimensie(s) die bepaald of de desbetreffende persoon een gelukkig leven ervaart (Marcoen, Cotthem, Billiet, & Beyers, 2002). Zie figuur 1.



Figuur 1: dimensies subjectief welbevinden

Aan de hand van de zes dimensies van het subjectief welbevinden wordt er in de bachelor thesis onderzocht wat ouderen met een verstandelijke beperking verstaan onder gelukkig oud worden. De zes dimensies vormen de basis van de topiclijst van het onderzoek.

De dimensies kort toegelicht

Het *psychisch welbevinden* heeft betrekking op het beeld dat iemand van zichzelf heeft (Marcoen et al., 2002). Gezond voelen en aandacht voor het uiterlijk zijn aspecten die behoren bij het *lichamelijke welbevinden*. Bij het *sociale welbevinden* gaat het om het sociale netwerk van iemand en de verwachtingen die een persoon daarbij heeft. Het *materiële welbevinden* heeft o.a. betrekking op materieel eigendom en de woonomgeving. De omgeving waarin iemand leeft vormt het *culturele welbevinden*. Het heeft betrekking op het thuis voelen. Tot slot is er het *existentiële welbevinden*. De zin van het leven en betekenis geven aan het levenseinde staan hierbij centraal.

Hoofdstuk 2: Methoden en technieken

In dit hoofdstuk komen de methoden en technieken aan bod die zijn toegepast om antwoord te vergrijpen op de onderzoeksvraag die centraal staat in de bachelor thesis.

2.1 Kwalitatief onderzoek

Binnen dit onderzoek is er sprake van beschrijvend kwalitatief onderzoek. Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek omdat het perspectief van ouderen met een verstandelijke beperking centraal staat binnen het onderzoek. Bij kwalitatief onderzoek gaat het om de betekenis die de onderzochte personen, in dit geval ouderen met een verstandelijke beperking, geven aan een bepaalde situatie (Verhoeven, 2014). Het perspectief van ouderen met een verstandelijke beperking gericht op het ouder worden is binnen HDMH nog niet onderzocht. Door middel van dit onderzoek worden de mogelijke opvattingen gericht op het gelukkig oud worden in kaart gebracht. Daarnaast is er sprake van beschrijvend onderzoek gezien het feit dat er een specifieke situatie wordt beschreven. Namelijk de situatie van ouderen met een verstandelijke beperking binnen HDMH

2.2 Dataverzamelingstechniek

Om tot een goede probleemanalyse en topiclijst te komen is er literatuurstudie verricht. Ook is er door middel van literatuuronderzoek onderzocht wat er bekend is over dit onderwerp. Zowel nationaal als internationaal. Dit dient ter onderbouwing van de bachelor thesis. De zoekstrategie staat in bijlage 5. Literatuurstudie is niet gebruikt om antwoord te verkrijgen op de hoofdvraag. Dat is onmogelijk gezien het feit het perspectief van ouderen met een verstandelijke beperking centraal staat. Dit is niet te onderzoeken met literatuur.

Het perspectief van ouderen met een verstandelijke beperking is door middel van semigestructureerde interviews in kaart gebracht. De keuze voor semigestructureerde interviews hangt samen met de onderzoeksvraag. Het perspectief van ouderen met een verstandelijke beperking staat centraal. Ruimte voor eigen inbreng van de respondent is belangrijk. Bij de semigestructureerde interviews is er gebruik gemaakt van een topiclijst. Onder het kopje onderzoeksinstrument van dit hoofdstuk wordt de topiclijst verder toegelicht.

In totaal zijn er 11 interviews afgenomen. De respondenten hadden de keuze om alleen met de onderzoeker het interview te doen of met de aanwezigheid van de persoonlijk begeleider. De reden voor deze optie is het feit dat mensen met een verstandelijke beperking tijdens interviews snel het gevoel van toetsing of onveiligheid ervaren (Schoorman, Speet, & Kersten, 2004). De aanwezigheid van een persoonlijk begeleider had een positief effect voor enkele respondenten m.b.t. het gevoel van veiligheid. Hierdoor konden de respondenten rustiger nadenken over de vragen. Bij vijf van de respondenten was de begeleider aanwezig. De interviews duurden tussen de 30 tot 60 minuten.

Om ervoor te zorgen dat de onderzoeker zich volledig kon focussen op het interview is er gebruik gemaakt van een voice recorder. Dit zorgde ervoor dat de onderzoeker niet hoefde mee te schrijven. Daarnaast zorgde het gebruik van een voice recorder ervoor dat de onderzoeker de interviews kon terugluisteren. Hierdoor kon de onderzoeker goed luisteren naar de antwoorden van de respondent en deze in alle rust analyseren.

2.3 Het onderzoeksinstrument

De topiclijst vormt het onderzoeksinstrument van het onderzoek. De topiclijst is opgesteld aan de hand van literatuur en verkennende gesprekken met professionals binnen HDMH. In bijlage 3 staat de volledige topiclijst.

De topics van de topiclijst dienen als uitgangspunt voor het interview. Door gebruik te maken van een topiclijst wordt systematisch antwoord verkregen op de onderzoeksvraag. Ook vormde de topiclijst een handvat wanneer het interview afdwaalde naar minder relevante onderwerpen m.b.t. het onderzoek (Verhoeven, 2014). De topiclijst is opgedeeld in twee delen. Het eerste deel heeft betrekking op het onderwerp oud zijn volgens de doelgroep zelf. Dit is van belang omdat de onderzoeksgroep een ontwikkelingsachterstand heeft op het gebied van cognitief en emotioneel functioneren (Nijgh, Bogerd-Van Den Brink, & Bogerd, 2015). De ontwikkelingsfasen van Piaget duren bij mensen met een verstandelijke beperking langer en stoppen op een eerder moment. Het vermogen tot abstractie wordt rond het twaalfde levensjaar gevormd. Deze ontwikkeling vindt plaats in de formeel operationele fase van Piaget (Minderaa, 1997). Met het vermogen tot abstractie wordt het voorstellen van iets wat niet direct zichtbaar is bedoeld. Wat respondenten verstaan onder gelukkig oud worden vraagt om vermogen tot abstractie. Verkennende gesprekken met professionals en ouderen hebben duidelijk gemaakt dat de doelgroep zichzelf niet altijd als oud ziet en soms lastig kunnen inbeelden hoe zij oud willen worden. Het is relevant voor de vraagstelling van dit onderzoek om in kaart te brengen wanneer iemand oud is volgens de respondent zelf. Vervolgens staat in deel twee het gelukkig oud worden centraal aan de hand van de zes dimensies van het subjectief welbevinden. Subjectief welzijn staat voor gevoelens van geluk en tevredenheid (Veenhoven, 2014). Marcoen et al. (2002) hebben aan de hand van diepte-interviews met ouderen zes dimensies van subjectief welbevinden opgesteld (Marcoen et al., 2002).

Indien nodig is er binnen het onderzoek *photo elicitation* toegepast waarbij de onderzoeker de foto's aanleverde. Photo elicitation is het meest geschikt voor kwalitatief onderzoek waarbij meningen en percepties van de onderzoeksgroep centraal staan. Door middel van foto's worden antwoorden specifieker (Vanderveen, 2008). Het doel van het gebruik van foto's is om uitspraken en verhalen naar voren te halen bij de respondenten. Dit gezien het feit dat de onderzoeksgroep om een andere manier van communicatie vraagt. In onderzoek komt naar voren dat mensen met een verstandelijke beperking onvoldoende begrip hebben van het doel van onderzoeken. Daarnaast beschikken zij over beperkt taalbegrip en is de woordenschat kleiner. Ook hebben zij moeite met het weglaten van onbelangrijke informatie en zijn vaak gefocust op specifieke onderwerpen (Schuurman et al., 2004). Indien het interview niet voldoende opgang kwam werden de foto's gebruikt. Het gebruik van foto's helpt bij het begrijpen van de vragen voor de respondenten en vormen niet de focus van de interviews. Het is een middel en geen doel. Het woord *elicit* in de term *photo elicitation* staat voor uitlokken (van den Nieuwenhuizen, 2016). De foto's zijn geselecteerd door de gerontologische inzichten van de onderzoeker en een inhoudsdeskundige vanuit HDMH. In bijlage 4 staan de foto's weergegeven. Het doel was om een zo breed mogelijk beeld te geven over ouderen. Dit wil zeggen dat niet alleen het stereotype beeld op de foto's dient te staan. Vitale en kwetsbare ouderen zijn afgebeeld op de foto's. Daarnaast dienen de foto's om te kijken of de respondenten in staat zijn om onderscheid te maken tussen volwassenen en ouderen (abstractie). Dit onderscheid is van invloed op de verdere vragen tijdens het interview. De foto's zijn in grijs waarden afgedrukt. Hierdoor worden de respondenten niet afgeleid door de kleuren op foto's.

2.4 De onderzoekspopulatie

Onder de onderzoekspopulatie vallen ouderen met een verstandelijke beperking binnen HDMH. Hieronder vallen ook ouderen met het syndroom van Down. De onderzoekspopulatie maakt gebruik van intramurale zorg van HDMH. Volgens huidige gegevens vanuit HDMH waren er op 1 januari 2017 262 40-plussers en 153 50-plussers. Bij het aantal 40-plussers is in het bestand niet af te lezen of die persoon het syndroom van Down heeft. Wel heeft het inzicht gegeven in het aantal 40-plussers. Gezien de tijd en haalbaarheid van dit onderzoek zijn er in totaal 11 ouderen met een verstandelijke beperking geïnterviewd. Kwalitatief onderzoek is tijdrovend (Verhoeven, 2014). Bij kwalitatief onderzoek gaat het niet zo zeer om de omvang van de onderzoeksgroep maar om de kwaliteit van de data (baarda, 2013). Er is een selecte steekproef aangewezen. Het gaat hier om purposive sampling (Boeije, 2012). Er is bewust geprobeerd variatie aan te brengen in de onderzoeksgroep. Criteria hiervoor waren mate van beperking, leeftijd en geslacht. Dit met in het achterhoofd om een goede afspiegeling van de onderzoekspopulatie te creëren. Er zijn enkele voorwaarden die gelden voor de onderzoeksgroep om te mogen deelnemen aan het onderzoek. Aan de hand van de onderstaande in- en exclusiecriteria is de onderzoeksgroep samengesteld.

Inclusiecriteria

- Vijftigplussers met een lichte, matige of een (zeer) ernstige (meervoudige) verstandelijke beperking.
- Veertigplussers met het syndroom van Down
- De respondent ontvangt intramurale zorg vanuit HDMH
- De moedertaal van de respondenten dient Nederlands zijn. Hierdoor wordt de kans kleiner op miscommunicatie.

Exclusiecriteria

- Het aanwezig zijn van aangeboren visuele en/of gehoorproblemen. Hierdoor zouden de resultaten namelijk gebaseerd kunnen worden op de ervaringen omtrent de aangeboren visuele en/of gehoorproblemen en niet op de eventueel veroudering gerelateerde beperkingen (zicht en gehoor).
- Ouderen met een diepe verstandelijke beperking (IQ lager dan 20). De onderzoeksmethode sluit niet aan bij de beleving van deze doelgroep en vraagt om een andere onderzoek benadering.

Aan de hand van de bovenstaande criteria hebben de drie contactpersonen van de onderzoek locaties respondenten geworven. Vanuit hun inzichten zijn respondenten geworven. Hierbij is gebruikt van een brief die de onderzoeker heeft opgesteld. Hierbij staat ook een foto van de onderzoeker zodat de respondenten weten wie de brief stuurt. De brief staat in bijlage 1. Enkele respondenten zijn door de onderzoeker zelf benaderd gedurende bezoeken op de locaties. Dit was niet bij iedereen mogelijk omdat respondenten niet altijd aanwezig waren op de locatie.

2.5 De methode van de data-analyse

Het analyseren van de gegevens is gebeurd aan de hand van inductieve codering oftewel open codering. Hier is voor gekozen omdat de antwoorden van de respondenten voorop staan en met deze methode van data-analyse het beste tot uiting komt (Boeije, 2012). In dit onderzoek staat ten slotte het perspectief van de respondenten centraal.

Het open coderen bestaat achtereenvolgens uit open coderen, axiaal coderen en selectief coderen (Boeije, 2012). De interviews zijn opgenomen met een voice recorder afkomstig van het mediacentrum van Hogeschool Windesheim. De voice recorder maakte het voor de onderzoeker mogelijk om een transcript te maken van elk afzonderlijk interview. Dit vormt de eerste stap voor het coderen. Vervolgens zijn de interviews uitgeprint en zijn er relevante fragmenten geselecteerd en gemarkeerd. Deze fragmenten zijn gebaseerd op onderwerpen die duidelijk naar voren sprongen tijdens de interviews (Verhoeven, 2014). Binnen elk fragment zijn één of meerdere codes toegekend. De codes zijn overzichtelijk weergegeven in een Excel-bestand. Vervolgens is de tweede stap van het coderen toegepast, het axiaal coderen. Hierdoor is gekeken naar welke codes relevant zijn en welke niet. Ook is er gekeken of er codes samengevoegd kunnen worden (Boeije, 2012). Dit resulteert in een codetabel (zie resultaten hoofdstuk). Ten slotte is de laatste stap van het coderen toegepast, het selectief coderen. Er is o.a. gekeken naar welke verbanden er tussen de codes uit de codeboom zichtbaar zijn.

2.6 Ethische aspecten

Het waarborgen van ethische aspecten van de deelnemers van het onderzoek staan voorop. Het is belangrijk dat de deelnemers zich veilig voelen en de vrijheid voelen om hun mening te geven gedurende het onderzoek. Hieronder staat puntsgewijs hoe de ethische aspecten werden gewaarborgd.

- **Informereren van de deelnemers**

De respondenten zijn door middel van een brief op de hoogte gebracht van het onderzoek. Deze brief staat weergegeven in bijlage 1. De brief is verspreid door de begeleiding van de huidige locatie. Na het uitdelen van deze brief is de persoonlijk begeleider in gesprek gegaan met respondent met de vraag of hij of zij wilde participeren aan het onderzoek. Slechts 1 respondent wilde niet mee doen omdat zij er geen zin in had

- **Informed consent**

Het is belangrijk dat de respondenten vrijwillig mee willen doen aan het onderzoek. Bij de start van het interview werd nogmaals gevraagd aan de respondent of hij of zij wilde deelnemen aan het interview. Dit leverde geen afmeldingen op. Indien de respondent akkoord ging ondertekende hij of zij een verklaring. Deze verklaring staat in bijlage 2 weergegeven.

- **Recht op privacy**

De gegevens van de respondenten die uit dit onderzoek naar voren komen worden alleen gebruikt binnen het onderzoek. De gegevens worden anoniem opgeslagen en verwerkt. De gegevens zullen niet per individu te achterhalen zijn. Dit staat ook weergegeven in de verklaring die in het punt hierboven beschreven staat.

2.7 Waarborging kwaliteit onderzoek

Naast het feit dat er binnen dit onderzoek alle stappen worden verantwoord en peer review is toegepast, zijn er ook andere indicatoren die de kwaliteit van het onderzoek waarborgen. Betrouwbaarheid en validiteit vormen twee belangrijke indicatoren voor de kwaliteit van onderzoek. Hieronder worden deze twee punten m.b.t. dit onderzoek beschreven.

Betrouwbaarheid

Hoe betrouwbaarder het meetinstrument, hoe betrouwbaarder de resultaten (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2005) De betrouwbaarheid hangt samen met het heruitvoeren van het onderzoek en het verkrijgen van gelijkwaardige resultaten. De topiclijst van dit onderzoek vormt het meetinstrument.

Hierdoor zijn per interview dezelfde topics aan bod gekomen. Dit vergroot de betrouwbaarheid van het onderzoek. Daarnaast is de data verkregen uit de interviews gearhiveerd door de onderzoeker. De interviews zijn uitgetypt en de manier van analyseren is helder beschreven. Hierdoor kunnen mensen die niet verbonden zijn met het onderzoek lezen waar de bevindingen vandaan komen (Netwerk Kwalitatief Onderzoek AMC - UvA, 2002).

Validiteit

De interne validiteit van het onderzoek werd gewaarborgd door de topiclijst voor te leggen bij een inhoudsdeskundige. Op deze manier werd er gekeken in hoeverre de onderwerpen antwoord geven op de onderzoeksvraag. Ook werd de topiclijst bij een medewerker van HDMH neergelegd. Op deze manier is gekeken of de topics goed aansloten bij de doelgroep. Daarnaast heeft er een proefinterview plaats gevonden. Aan de hand van dit proefinterview werd de vraagstelling aangepast opdat de vragen begrijpelijk waren voor de respondenten. Bij het proefinterview is duidelijk geworden dat er een andere vraagstelling gebruikt moest worden. De vragen sloten niet aan bij de het niveau van de respondent.

De steekproef van dit onderzoek bedroeg 11 respondenten. De respondenten werden aselekt geselecteerd opdat zij een goede afspiegeling vormden van de onderzoekspopulatie (Verhoeven, 2014). Echter was het gezien de tijd en intensiviteit van dit onderzoek niet mogelijk om een grotere steekproef te selecteren. Ondanks het feit dat de externe validiteit laag is, zijn de resultaten bruikbaar en waardevol voor de opdrachtgever.

Hoofdstuk 3: Resultaten interviews

In dit hoofdstuk staan de resultaten van het afstudeeronderzoek centraal. De hoofdvraag van het onderzoek luidt als volgt: *wat verstaan ouderen met een verstandelijke beperking binnen Humanitas DMH onder gelukkig oud worden?* De resultaten zijn afkomstig van de interviews die in maart 2017 zijn afgenomen door de onderzoeker op drie verschillende locaties van HDMH. Dit zijn de locaties Javastraat in Den Bosch, Het Zamen in Den Haag en het Horseler in Warnsveld. In dit hoofdstuk komt eerst een beschrijving van de onderzoekspopulatie aan bod. Vervolgens worden de resultaten weergegeven.

3.1 Onderzoekspopulatie

In totaal hebben elf ouderen met een verstandelijke beperking deelgenomen aan het onderzoek. Om dit aantal te bereiken zijn er drie locaties van HDMH benaderd. Twee locaties hebben actief gereageerd. Volgens landelijke richtlijnen zijn mensen met een verstandelijke beperking oud vanaf de leeftijd van 50 jaar. Mensen met het syndroom van Down zijn volgens de landelijke richtlijnen oud vanaf de leeftijd van 40 jaar. De respondenten zijn respectievelijk 50-plussers en 40-plussers. Allemaal ontvangen zij intramurale zorg vanuit HMDM. Hieronder staat een overzicht weergegeven met kenmerken van de elf respondenten.

Tabel 3: overzicht gegevens respondenten

Respondent	Kalenderleeftijd	Geslacht	Mate van beperking	IQ-niveau	Ontwikkelingsniveau In leeftijd
1	44	Vrouw	Syndroom van Down.	30-50	Tussen de 3;10 -6;10 jaar
2	61	Vrouw	Matig VB**	55	7 jaar
3	62	Man	Matig VB	69	7 jaar
4	56	Vrouw	Lichte VB	Onbekend*	Tussen de 3 en 6 jaar
5	59	Vrouw	Syndroom van Down	Onbekend*	Tussen de 3 en 6 jaar
6	61	Man	Licht tot matige VB	Onbekend*	Tussen de 2 en 7 jaar
7	48	Man	Syndroom van Down	45	Tussen de 3,10 en 6,6 jaar
8	79	Vrouw	Lichte VB	51	Tussen de 4 en 7 jaar
9	60	Man	Matige VB	41	Tussen de 4 en 7 jaar
10	60	Man	Matige VB	Onbekend*	Onbekend*
11	60	Man	Syndroom van Down	Onbekend*	7 jaar

*Deze gegevens zijn onbekend of zodanig verouderd dat het niet meer geldig is binnen HDMH.

** Verstandelijke beperking.

3.2 De resultaten van het onderzoek

De beschrijving van de resultaten is verdeeld in twee delen. In het eerste deel staat de perceptie en beleving van de respondenten gericht op het verouderingsproces centraal. In het tweede deel staat centraal hoe de respondenten gelukkig oud willen worden. Om inzicht te verkrijgen in hoe de respondenten gelukkig oud willen worden is het belangrijk om eerst in kaart te brengen wat hun perceptie en beleving is gericht op het ouder worden. Wat verstaan ouderen met een verstandelijke beperking onder oud? Hieronder volgen de resultaten van het onderzoek. In paragraaf 4.2.1 staat de perceptie en beleving van het verouderingsproces centraal. Vervolgens komt in paragraaf 4.2.2 aan bod wat de respondenten verstaan onder gelukkig oud worden.

3.2.1 Deel 1: Perceptie en beleving verouderingsproces

Uit de interviews blijkt dat het merendeel van de respondenten zichzelf niet oud vindt. Wanneer de vraag werd gesteld wanneer iemand oud is kwamen diverse punten naar voren. Deze punten staan weergegeven in tabel 4. Dit gebeurde bij veel respondenten niet direct. Daarom werd deze vraag gesteld met behulp van terugkoppeling naar personen uit het sociale netwerk (*wie in je omgeving is oud en waarom?*). Wanneer de respondent aangaf niemand te kennen in zijn of haar sociale netwerk die oud is, werden de foto's toegepast om het gesprek op gang te krijgen (*wie op deze foto's is oud en waarom?*). De foto's zorgden ervoor dat het gesprek op gang kwam en deed de respondenten beseffen dat hij of zij wel iemand kende die oud was. Vaak was dit een familielid of een medebewoner. Dit gegeven laat zien dat het niet voor alle respondenten even makkelijk is om over het ouder worden te praten. Soms moest het gesprek op gang gebracht worden. Hieronder staan de punten weergegeven met een overzicht van aspecten die de respondenten koppelen aan het ouder worden. Per kopje wordt een toelichting gegeven.

Tabel 4: aspecten van het ouder worden volgens de respondenten

Aspect	Woorden respondenten
Afname mobiliteit	Niet meer goed kunnen lopen. De hele dag moeten zitten. Het gebruik van een rollator, wandelstok of rolstoel.
Afname participatie	Niet alles meer kunnen doen. Zoals eten en doen van hobby's. Hulpen krijgen. Er wordt voor je gezorgd. Niet meer werken. Niet meer meedoen in de maatschappij.
Lichamelijke aspecten	Het hebben van een kromme rug. Het hebben van grijze haren. Slecht kunnen horen en/of zien. Vergeetachtig worden. Vaker vallen.
Afname sociaal netwerk	Niemand meer hebben. Alleen over zijn. In de steek worden gelaten. Mensen zien komen en gaan.

Afname mobiliteit

Negen van de elf respondenten gaven aan zichzelf niet oud te vinden. De reden hiervoor was het feit dat zij zichzelf als voldoende mobiel ervaren. Respondenten koppelden het mobiel zijn aan het niet hebben van een rollator en snel kunnen lopen. Volgens de respondenten moesten mensen die oud zijn de hele dag zitten en kunnen zij niets meer. De twee respondenten die zichzelf wel oud vonden hadden beide een rollator. Eén van de respondenten gaf aan dat de rollator zijn maatje is en hier erg tevreden mee is.

“Soms ga ik boodschappen doen, sommige mensen heel langzaam lopen en sommige mensen heel vlug lopen. Als ik naar de winkel ga ben ik met een kwartiertje weer terug, ja ik ben niet zo oud toch snel terug”

Respondent 7

Afname participatie

Daarnaast koppelden de respondenten het werkzaam zijn aan het niet oud zijn. Wanneer men stopte met werken is iemand oud, aldus de respondenten. De negen respondenten die zichzelf niet oud vonden waren allemaal werkzaam op het moment dat het interview werd afgenomen. De overige twee respondenten gaven aan zichzelf wel oud te vinden. Eén van hen was niet meer werkzaam. De reden waarom zij zichzelf oud vonden was hun kalenderleeftijd. Het merendeel van de respondenten ervaarde vermoeidheid als gevolg van het ouder worden. Dit koppelden zij aan het vaker rusten na het werk. Ook merkte een deel van de respondenten op dat het tillen van voorwerpen tijdens werkzaamheden steeds moeilijker gaat naarmate zij ouder worden. Dit had volgens hen invloed op de participatie.

Een respondent gaf aan een lange tijd in het ziekenhuis te hebben gelegen. Sindsdien ervaarde hij moeilijkheden met het terugkomen in de maatschappij. Hij kan nu minder goed meedoen met activiteiten omdat hij gebruik maakt van een rollator. Toch zag de respondent de rollator als zijn maatje.

“Ja eh je wordt oud en je krijgt allemaal gebreken. En kijk als je wat hebt gekregen dan eh weer terugkomen in de maatschappij eh, dat is een beetje moeilijk.”

Respondent 11

Verder gaf een groot deel van de respondenten aan dat wanneer je oud bent hulp krijgt en zorg van anderen. Of dit gewaardeerd werd door de respondent verschilde. Sommige respondenten wilden dit absoluut niet en andere respondenten wilden dit juist wel. Alleen als het echt niet meer anders kon werd hulp geaccepteerd.

Lichamelijke aspecten

De respondenten noemden diverse lichamelijke aspecten met betrekking tot het ouder worden. Het hebben van een kromme rug en grijze haren waren veelvoorkomende lichamelijke aspecten die genoemd werden door de respondenten. Echter zagen zij dit vooral bij andere personen binnen hun sociale netwerk en niet bij zichzelf. Eén respondent gaf aan een kromme rug te hebben en dit te koppelen aan het eigen verouderingsproces. Ook gaf zij aan moeite te hebben met haar evenwicht. Dit

punt m.b.t. het evenwicht kwam ook naar voren bij een respondent die gebruik maakte van een rollator. Beide respondenten vonden zichzelf oud. Verder gaf een groot deel van de respondenten aan dat het lichaam steeds strammer werd. Dit merkten zij op bij het uitoefenen van beweegactiviteiten of tijdens werkzaamheden. Twee respondenten gaven aan onmacht te ervaren wanneer het ging over het ouder worden. Het gebeurt en er is niets aan te doen.

“Het gaat allemaal niet meer zoals het vroeger was. Zoals een 20-jarige gaat het allemaal niet meer. Dat is nou eenmaal zo”

Respondent 4

Minder goed zien en horen zijn ook aspecten die naar voren kwamen bij de respondenten wanneer het ging over oud worden. Ook merkten enkele respondenten in hun omgeving op dat mensen die oud zijn last hebben van geheugenproblematiek. Een respondent gaf aan dat zij niet meer herkend werd door haar moeder. Dit gaf haar angst. Een andere respondent gaf aan dat een bewoner last had van vergeetachtigheid. Dit merkte zij tijdens de koffiepauze. De bewoner vergat dat zij al suiker in de koffie had gedaan. De respondent ervaarde dit als abnormaal.

Afname sociale netwerken

Het laatste punt wat aan bod kwam gedurende de interviews m.b.t. wanneer iemand oud is, was de afname van het sociale netwerk. Dit was voor een groot deel van de respondenten een kenmerkend aspect dat gekoppeld werd aan het oud worden. Een groot deel van de respondenten was zich bewust van het feit dat met het ouder worden, mensen ook kunnen overlijden. Het overlijden van mensen in het sociale netwerk van de respondenten is voor een groot deel van de respondenten een lastig onderwerp. Dit was te merken aan de non-verbale communicatie. Respondenten klachten dicht of werden verdrietig. Dit uitte zich bij twee respondenten in huilen. Liever dachten zij niet na over het overlijden. Slechts met enkele respondenten kon over dit onderwerp een gesprek worden gevoerd. Het verlies van mensen uit hun sociale netwerk was voor veel respondenten moeilijk tijdens de feestdagen. Zij geven aan dan verdrietig te zijn en gemis te ervaren m.b.t. de desbetreffende personen. Wat opviel was dat een groot deel van de respondenten van de locatie Den Haag aangaf mensen te zien komen en gaan op hun woonlocatie. Hiermee verwezen zij naar het overlijden van medebewoners. Dit ervaarde zij als onprettig. Bij de respondenten van de andere locaties kwam dit niet ter sprake. Respondenten hadden het idee dat mensen bij het oud worden in de steek werden gelaten door familie en vrienden en alleen achterbleven.

“Ik ben mijn moeder kwijt, ik ben mijn vader kwijt, pas nog een vrouwtje overleden. Die mevrouw die altijd dag zegt. Ik zie altijd mensen komen en gaan met een brancard of een ziekenwagen. Ik vind het heel erg dat ik zo word achtergelaten”.

Respondent 8

3.2.2 Deel 2: Resultaten gelukkig oud worden

Het tweede deel van het onderzoek staat in het teken van wat de respondenten verstaan onder gelukkig oud worden. In de tabel hieronder staat weergegeven welke aspecten m.b.t. het gelukkig oud worden naar voren kwamen bij de respondenten. Respondenten gaven met name aan hoe zij niet oud wilden worden, waar zij niet gelukkig van werden. De woorden van de respondent zijn vertaald naar overkoepelende aspecten. Hieronder staat de aspecten weergegeven in een tabel, met een toelichting per aspect.

Tabel 5: aspecten van gelukkig oud worden.

Aspect	Woorden respondenten
Jong willen blijven	Oud worden is niet leuk. Oud worden is geen fijne gedachte. Jezelf blijven.
Behouden sociale contacten	Samen jong blijven (vriendin/verloofde). Paar mensen om je heen hebben is belangrijk. Begeleider is belangrijk. Belang gemeenschappelijke ruimte. Mensen zien komen en gaan. In de steek worden gelaten.
Behouden huidige participatie	Niet achter de geraniums gaan zitten. Zo lang mogelijk blijven werken. Bezig blijven met huidige activiteiten. Onzekerheid m.b.t alles nog kunnen doen bij het ouder worden. Als je oud bent kan je niets meer. Veel bewegen om actief te kunnen blijven. Open staan voor het ondernemen van activiteiten die rustiger zijn.
Ervaren goede lichamelijke gezondheid	Geen pijn hebben. Lichaam wordt strammer (merkbaar tijdens werkzaamheden). Vaker moe (merkbaar tijdens werkzaamheden). Gezond willen blijven. Op deze manier oud willen worden (huidige toestand).
Autonomie & eigen regie	Belang zelf boodschappen kunnen doen. Alleen hulp als dat echt nodig is. Zo lang mogelijk alles zelf blijven doen. Eigen woonruimte. - Deur kan op slot. - Mensen moeten aanbellen. - Eigen spulletjes. - Terug kunnen trekken in eigen omgeving. Zelf kunnen kiezen.

Jong willen blijven

Zoals in de resultaten van het eerste deel van het onderzoek naar voren kwam, gaven negen van de elf respondenten aan zichzelf niet oud te voelen. Nadenken over het (gelukkig) ouder worden was voor hen een lastig onderwerp. Oud worden was in de ogen van de meeste respondenten niet leuk. Het maakte hen verdrietig of angstig. Zij gaven aan er niet over na te denken en er ook niet over na te willen denken. Hun wens was om jong te blijven.

De twee respondenten die aangaven zich oud te voelen ervoeren het oud zijn als niet prettig. Zij haalden punten aan als het alleen overblijven en het ervaren van verminderde mobiliteit door het gebruik van een rollator.

“Ik wil jong blijven, jong worden in plaats van oud worden”

Respondent 10

De respondenten gaven aan dat wanneer men oud is, niets meer kan doen. Vooral het niet meer kunnen uitoefenen van hobby's als iemand oud is, is voor veel respondenten een belangrijke reden om niet oud te willen worden.

“Oud worden is leuk, oud zijn is niet leuk”

Respondent 11

Het citaat hierboven is afkomstig van respondent 11. Hij gaf aan dat oud worden wel leuk is omdat je dan de kans krijgt om meer te zien en meer dingen mee te maken. Echter gaf hij aan dat het oud zijn niet leuk is. Met name omdat men dan minder kan doen.

Behouden huidige sociale contacten

De respondenten vonden het belangrijk om mensen om zich heen te hebben maar hechtten ook veel waarde aan het alleen zijn. Zij vonden het fijn om zich even terug te kunnen trekken in hun kamer. Dit deden zij wanneer zij moe waren of even niet lekker in hun vel zaten. Respondenten konden niet goed aangeven wanneer zij niet lekker in hun vel zaten. Dit was gewoon een gevoel wat zij soms hebben.

Verder gaven de respondenten aan veel waarde te hechten aan de gemeenschappelijk ruimte in de woonvoorziening. Samen koffiedrinken in de gemeenschappelijke ruimte vormde een belangrijke activiteit voor de respondenten. Dit werd bij het merendeel van de respondenten benoemd.

“Het allerleukste vind ik dat ik een groep woon met leuke mensen”

Respondent 11

De begeleiding vormde voor veel respondenten een belangrijk sociaal contact. Hier konden zij terecht wanneer zij niet lekker in hun vel zaten of verdrietig waren. De meeste respondenten gaven aan één goede vriend of vriendin te hebben. Deze persoon woonde op dezelfde locatie en vormde een belangrijk persoon in het leven van de respondent.

Eén respondent had na het overlijden van haar moeder geen aanloopje meer en ervoerde dit als een gemis. Met de medebewoners had zij afstandelijk contact. Wanneer het niet goed ging met een medebewoner kon de respondent zich hier zorgen over maken. Verder gaf de respondent aan zich weleens alleen te voelen ondanks het feit dat zij één goede vriendin had die een verdieping lager woonde. Zij is één van de respondenten die zich wel oud voelde en had het idee dat zij in de steek werd gelaten door mensen. Dit omdat belangrijke mensen in haar omgeving overleden. Rondom het afbrokkelen van het netwerk heerste veel verdriet. Twee respondenten uitten dit in huilen gedurende de interviews en wilden er liever niet verder over praten.

Twee respondenten hadden een relatie of verloofde. Zij gaven aan dat deze persoon erg belangrijk voor hen is en dat zij samen willen blijven bij het ouder worden. Een van de twee respondenten gaf aan het fijn te vinden om familie erbij te krijgen dankzij zijn verloofde. De ouders van de respondent waren namelijk overleden. De nieuwe familie was voor de respondent van belang.

“Samen oud worden? Nee samen jong worden”

Respondent 9

Behouden participatie

De respondenten waren tevreden met de activiteiten die zij nu verrichtten. Hierbij verwezen zij naar werk en hobby's die zij momenteel ondernemen. Het merendeel van de respondenten gaf aan actief te willen blijven bij het oud worden. Zij waren van mening dat wanneer men stopt met het doen van activiteiten men daarna niets meer kan. Bezig blijven was voor hen van belang. Dit kon volgens de respondenten op diverse manieren. Te denken valt aan het blijven werken en het blijven uitoefenen van hobby's en/of sport. Verder gaven de respondenten aan bij het ouder worden ook activiteiten te willen ondernemen waarbij zij fysiek minder hoeven te doen. Hier stonden zij voor open maar dachten dat dit voorlopig niet nodig was. De respondenten waren niet altijd eenduidig m.b.t. het behouden van participatie. Het ene moment gaven zij aan actief te willen blijven bij het ouder worden, het andere moment gaven zij aan niets meer te willen doen wanneer zij oud zijn. Wel hoopten zij dat dit laatste voorlopig niet zal gebeuren.

“80, vind ik gewoon een beetje te oud om te gaan zwemmen. Maar jong zwemmen kan wel.”

Respondent 9

Lichamelijke gezondheid

Gezondheid was voor veel respondenten een belangrijk aspect wanneer het ging om gelukkig oud worden. Bijna alle respondenten ervoeren hun gezondheid, ondanks enkele lichamelijke klachten, als goed en wilden dat de gezondheidssituatie zo blijft. De grootste angst van de meeste respondenten was het krijgen van een rollator of het hebben van een lang ziekte bed bij het ouder worden. Wanneer zij het over ouderen hadden, koppelden zij hier vaak een slechte lichamelijke gezondheid aan. Gedurende de werkzaamheden van de respondenten merkten zij enkele lichamelijke verouderingskenmerken. Zoals het niet meer goed kunnen tillen van zware voorwerpen en het eerder moe zijn. De lichamelijke beperkingen die het ouder worden met zich mee brengt vormde de grootste angst voor respondenten wanneer er werd gekeken naar het gelukkig oud worden.

“Gewoon het ouder worden is een beetje eng. Als je jong bent kan je overal heen en weer springen, maar als je ouder wordt niet.”

Respondent 11

Autonomie & eigen regie

Autonomie speelde een belangrijke rol in het leven van de respondenten. Dit kwam terug op de gebieden van het krijgen van hulp en het hebben van een eigen woonruimte. Respondenten gaven aan zo lang het kan, zoveel mogelijk zelf te willen blijven doen. Door sommige respondenten werd hulp en ondersteuning niet geaccepteerd. Alleen als het echt niet anders kon stonden zij open voor hulp. Graag wilden zij dit zo lang mogelijk uitstellen. Respondenten deden momenteel zoveel mogelijk zelf. Op sommige gebieden ontvingen enkele respondenten hulp van de begeleiding. Bijvoorbeeld bij het koken en wassen. Een groot deel van de respondenten gaf aan het fijn te vinden dat er gekookt wordt met een begeleider in de gezamenlijke keuken maar dat zij hierbij wel mogen helpen.

De respondenten gaven aan veel waarde te hechten aan het hebben van een eigen woning. Hier kunnen zij zich terugtrekken wanneer zij even alleen willen zijn of vermoeid zijn. Ook vonden de respondenten hun eigen spullen in de woning belangrijk. Een respondent gaf aan het te waarderen dat de deur op slot kan en dat medewerkers moeten aanbellen als zij willen binnen komen.

“Hier mag je jezelf zijn en je eigen spullen”

Respondent 4

Hoofdstuk 4: Discussie en conclusie

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de discussie en conclusie centraal van de bachelor thesis. De toename van het aantal oudere cliënten binnen HDMH vormde de aanleiding van dit onderzoek. Ouderen met een verstandelijke beperking hebben andere wensen en behoeften dan jongeren met een verstandelijke beperking. HDMH wil een passend begeleidingsaanbod ontwikkelen om een gelukkig oude dag mogelijk te maken voor de doelgroep. Om dit te ontwikkelen is het noodzakelijk om het perspectief van ouderen met een verstandelijke beperking in kaart te brengen. Deze bachelor thesis heeft als doel het perspectief van ouderen met een verstandelijke beperking gericht op gelukkig oud worden in kaart te brengen. De hoofdvraag die centraal stond luidt als volgt: *wat verstaan ouderen met een verstandelijke beperking onder gelukkig oud worden?* Door het onderzoek wordt het beleid opgesteld met de ouderen en niet voor de ouderen en zal het beter aansluiten bij de doelgroep. Uit de bachelor thesis kwam naar voren dat ouderen met een verstandelijke beperking zichzelf niet als oud zien. De voornaamste reden hiervoor was het feit dat zij nog werkzaam waren. Verder kwam naar voren dat zij niet (gelukkig) oud wilden worden maar (gelukkig) jong wilden blijven. De respondenten benoemden ouderdomsgebreken die het oud worden niet aantrekkelijk maken. Aspecten als actief blijven, het (kleine) sociale netwerk, autonomie en lichamelijke aspecten speelden een rol bij het gelukkig oud worden.

4.2 Discussie

In deze paragraaf staat een kritische beschouwing van de kwaliteit van het onderzoek en de consequenties daarvan centraal. Methodische en inhoudelijke leermomenten m.b.t. de bachelor thesis komen aan bod. Dit gebeurt aan de hand van twee deelparagrafen. De eerste deelparagraaf richt zich op de inhoudelijke betekenis van de conclusie, de tweede deelparagraaf richt zich op de sterke en zwakke punten van het onderzoeksproces.

4.2.1 Inhoudelijke betekenis van de conclusie

Beleving & zienswijze veroudering

Uit het onderzoek is een opvallende bevinding naar voren gekomen. Er kan geconcludeerd worden dat het merendeel van de ouderen met een verstandelijke beperking zichzelf niet als oud beschouwen. Respondenten die aangaven niet oud te zijn verwezen naar het nog werkzaam zijn. Enkele respondenten die aangaven zichzelf wel oud te vinden, waren niet meer werkzaam en benoemden dit ook expliciet. Respondenten benoemden de kalenderleeftijd ook als een kenmerk van oud zijn. Ondanks het feit dat zij, de volgens hen ouderdom gerelateerde kalenderleeftijd hebben bereikt, vonden zij zichzelf niet oud en wilden zij jong blijven. Een verklaring hiervoor kan voortkomen uit het feit dat de kalenderleeftijd bij ouderen met een verstandelijke beperking niet gelijkloopt met de ontwikkelingsleeftijd en de sociaal-emotionele ontwikkeling (Tinselboer, et al., 2012). Dit zegt iets over het niveau van het verstandelijk functioneren.

Daarnaast kwam gedurende de interviews naar voren dat de respondenten het lastig konden voorstellen hoe zij oud wilden worden omdat zij zichzelf niet als oud zien. Enerzijds kan dit te maken hebben met een ontwikkelingsachterstand m.b.t. het vermogen tot abstractie (Minderaa, 1997). Dit gegeven kan van invloed zijn op de onderzoeksvraag van de bachelor thesis omdat het de kijk op het gelukkig oud worden verandert. Zij wilden namelijk niet gelukkig oud worden, maar gelukkig jong blijven. Anderzijds kan deze beleving van veroudering voortkomen uit de zienswijze op ouderdom. Laceulle (2014) beschrijft twee huidige zienswijzen gericht op veroudering en het bezwaar hierop. Het

gaat hier om het vervalperspectief en het trotseerperspectief (Laceulle & Baars, 2014). Volgens de perspectieven telt jeugdigheid mee en staat het ouder worden in het teken van verval. Wellicht zijn deze twee filosofische perspectieven een verklaring voor de wens van de respondenten om jong te blijven.

Negatieve beeldvorming

Verder kwam uit het onderzoek naar voren dat de respondenten negatief keken naar het verouderingsproces. Het vervalperspectief speelt hierbij een rol (Laceulle & Baars, 2014). Aan het ouder worden koppelden zij aspecten als het niets meer kunnen en alleen overblijven. Negatieve beeldvorming beïnvloedt de manier waarop men later oud wordt. Mensen met een negatief beeld op veroudering, hebben een lagere score op het gebied van levenstevredenheid, hebben een grote sterftkans en functioneren mentaal en fysiek minder goed wanneer zij zelf oud zijn (van den Heuvel, 2015). De wens om jong te blijven komt grotendeels voort uit de negatieve beeldvorming die veroudering met zich mee brengt. Respondenten benoemen vooral lichamelijke gebreken als negatieve kant van het ouder worden. De gebreken die bij het ouder worden optreden vormt één van de bekendste negatieve stereotypingen (van den Heuvel, 2015). De negatieve beeldvorming ontstaat gedurende de kindjaren en zet zich voort tot oudere leeftijd (Van Vliet & Jukema, 2014). Beelden die verspreid worden over ouderen hebben invloed op de zienswijze van veroudering. Onderzoek laat zien dat wanneer mensen onbewust negatieve signalen m.b.t. veroudering binnenkrijgen, slechter presteren, dan wanneer zij positieve signalen hierover ontvangen (Westerhof, 2014). Zij presteren dan minder goed op o.a. geheugentaken en loopsnelheid. Dit laat het effect zien van negatieve beeldvorming op veroudering. HDMH kan hier een belangrijke rol in spelen door aandacht te besteden aan positieve beeldvorming rondom het ouder worden. In het hoofdstuk met aanbevelingen wordt hier dieper op ingegaan.

Veranderingen lichamelijke aspecten

Ouderen met een verstandelijke beperking voelen zich mentaal niet oud. Dit gegeven laat zien dat wanneer er beleid wordt opgesteld, er rekening dient te worden gehouden met de beleving van het verouderingsproces. Op lichamelijk gebied ervaren zij wel ouderdomsverschijnselen. Zoals het eerder moe zijn, minder mobiel zijn en minder kunnen dan vroeger. Dit vinden zij vervelend maar leggen zich erbij neer. Deze beleving kwam ook naar voren in een onderzoek naar het ouder worden gericht op ouderen met een verstandelijke beperking en hun naasten (Cardol & Meulen Kamp, 2013). Uit het onderzoek komt naar voren dat verandering van lichamelijke fitheid het vaakst wordt genoemd door de respondenten. Hierbij verwijzen de respondenten naar het vaker moe zijn, het ervaren van problemen met lopen en bepaalde activiteiten niet meer kunnen. Deze bevindingen komen overeen met de bevindingen van deze thesis. Het lichamelijk minder fit zijn is één van de kenmerken waarom ouderen met een verstandelijke beperking eerder en extra kwetsbaar zijn (Hilgenkamp et al., 2012).

4.2.2 Sterke en zwakte punten van het onderzoeksproces

Selectie onderzoekspopulatie

Er kan een kanttekening geplaatst worden bij de werving van de onderzoekspopulatie. Respondenten werden geworven met behulp van een contactpersoon van de desbetreffende onderzoeklocatie. Tijdens het werven werd er door enkele contactpersonen indirect rekening gehouden met de spreekvaardigheid van de respondent. De interviews zouden anders niet goed tot zijn recht komen. Dit resulteert in het indirect buitensluiten van enkele potentiële respondenten. Ondanks het feit de criteria om variatie aan te brengen is toegepast (Boeije, 2012), kan gesteld worden dat een deel van de populatie is buitengesloten gedurende het onderzoek. De meer mondige respondenten hebben

deelgenomen aan het onderzoek. Voor vervolgonderzoek zal de onderzoeker hier een grote rol in dienen te krijgen zodat de kans tot onbewuste buitensluiting wordt verkleind. Het merendeel van de respondenten gaf aan de deelname als plezierig te ervaren. Dit ondanks het feit dat zij het onderwerp niet leuk vinden.

Communicatie met doelgroep

De communicatie met de doelgroep vormde een aandachtspunt gedurende het onderzoek. De onderzoeker is gespecialiseerd op het gebied van verouderingsvraagstukken, mensen met een verstandelijke beperking vormden een nieuwe doelgroep. Gedurende dit onderzoek werd een andere manier van communicatie gevraagd van de onderzoeker. Uit het proefinterview bleek dat de interviewvragen te ingewikkeld waren. Mensen met een verstandelijke beperking hebben een beperkt taalbegrip en een kleinere woordenschat (Schuurman et al., 2004). Dit is gebeurd naar aanleiding van het proefinterview en in samenwerking met een inhoudsdeskundige. Onderstaande punten zijn toegepast gedurende de interviews.

- **Het terugkoppelen van vragen naar het sociale netwerk van de respondent.**

Mensen met een verstandelijke beperking hebben vaak een achterstand m.b.t. het vermogen tot abstractie (Minderaa, 1997). Door het oud worden terug te koppelen naar het netwerk van de respondent werd het begrip minder abstract. Eerst werd er gevraagd wie volgens de respondent oud is. Gedurende het interview werd er door de interviewer teruggekoppeld naar de oudere persoon. Dit gaf veel ondersteuning gedurende de interviews.

- **Het toepassen van *photo elicitation*.**

Wanneer het punt hierboven onvoldoende ondersteuning gaf, werd *photo elicitation* toegepast om antwoorden te ontlocken en specifieker te maken (Vanderveen, 2008). De foto's hebben een zeer positieve bijdrage geleverd. Na het zien van de foto's konden respondenten vragen gerelateerd aan het oud worden beantwoorden. Met het toepassen van de methode wordt meer gedetailleerde informatie naar boven verkregen (Johnson, Sharkey, & Dean, 2011). Echter dient hier ook een kanttekening bij geplaatst te worden. De foto's kunnen ervoor zorgen dat de respondenten een bepaald beeld vormen over oud worden (Levy, 2003). Wat het perspectief van de respondenten kan beïnvloeden. Om deze reden is *photo elicitation* enkel toegepast indien nodig. Om beeldvorming te voorkomen werd er gebruik gemaakt van foto's die volgens de onderzoeker zo divers mogelijk waren. De oudere bestaat niet. Tot slot zijn de foto's in het zwartwit weergegeven opdat de respondenten niet afgeleid werden door de kleuren. De foto's zijn goedgekeurd door de inhoudsdeskundige.

De mogelijkheid bieden aanwezigheid van persoonlijk begeleider tijdens interview

De respondenten hadden de mogelijkheid om gedurende het interview een begeleider aanwezig te laten zijn. Dit om eventuele angstgevoelens m.b.t. het interview weg te nemen (Schuurman et al., 2004). De helft van de respondenten koos hiervoor. Een gevaar hierbij is dat respondenten antwoorden geven die wenselijk zijn volgens de begeleiding. Daarnaast bestaat er de kans dat de begeleider vragen gaat invullen. Om dit zoveel mogelijk te beperken heeft de onderzoeker de begeleider van tevoren goed ingelicht over wat zijn of haar rol is gedurende het gesprek. Of de respondent daadwerkelijk de antwoorden verandert is afhankelijk van diverse factoren volgens Hofhuis (zoals geciteerd in Boeije, 2005). Dit zijn factoren als gevoeligheid voor beïnvloeding, aard van de vragen, in hoeverre de begeleider zich bemoeit met het interview en de relatie tussen de begeleider en de respondent.

Betrouwbaarheid & validiteit

De topiclijst die is toegepast gedurende het onderzoek zorgt ervoor dat wanneer het onderzoek herhaald zou worden dezelfde topics aan bod komen (Verhoeven, 2014). Dit heeft een gunstig effect op de betrouwbaarheid van het onderzoek. Er was een grote diversiteit tussen de respondenten m.b.t. het gelukkig oud worden. Dit komt voort uit de verschillen in mate van beperking (Nijgh et al., 2015). Een deel van de respondenten vonden het oud worden een te abstract begrip en een andere deel van de respondenten kon er goed over praten. Dit betekent dat de resultaten van het onderzoek inhoudelijk een grote diversiteit vertoonde gericht op de diepgang. Een verklaring hiervoor is de grote diversiteit van de onderzoeksgroep. Deze is bewust aangebracht. Voor vervolgonderzoek kan er voor gekozen worden om hier minder variatie in aan te brengen en op die manier een concreter beeld te vormen gericht op de mate van beperking. Tot slot is de onderzoeksgroep te klein om met zekerheid vast te kunnen stellen dat de resultaten generaliseerbaar zijn voor de onderzoekspopulatie (Boeije, 2012). Wel bevat dit onderzoek waardevolle informatie voor het vormgeven van het beleid binnen HDMH.

4.2 Conclusie

De onderzoeksvraag van de bachelor thesis luidt als volgt: *Wat verstaan ouderen met een verstandelijke beperking onder gelukkig oud worden?* Aan de hand van kwalitatief onderzoek is er antwoord vergregen op de onderzoeksvraag.

Beeldvorming ouderen & en eigen verouderingsproces

Naar aanleiding van het onderzoek kan geconcludeerd worden dat negatieve beeldvorming omtrent het ouder worden overheerst onder de respondenten. Oud worden betekende voor de respondenten niets meer kunnen en alleen achter blijven. Nadenken over het (gelukkig) oud worden riep angst en verdriet op. Het merendeel van de respondenten zag zichzelf niet als oud. Dit koppelden zij aan het kunnen ondernemen van activiteiten, zoals werk en hobby's, en het ervaren van voldoende mobiliteit. Een klein deel gaf aan zichzelf wel oud te vinden. Redenen hiervoor waren de kalenderleeftijd en het ervaren van een verminderde mobiliteit door lichamelijk klachten.

Gelukkig oud worden volgens de respondenten

Wat de respondenten verstonden onder het gelukkig oud worden was het zo lang mogelijk jong kunnen blijven. Respondenten waren over het algemeen tevreden met het leven wat zij nu leiden en wilden dat het zo blijft. Respondenten benoemden expliciet hoe zij niet oud willen worden. Dit waren aspecten als een afname van de mobiliteit, alleen achter blijven en lichamelijke klachten. Aspecten die respondenten benoemden die hen nu (en in de toekomst) gelukkig maken luiden als volgt: behouden autonomie en eigen regie, actief blijven, behouden sociale contacten en een goede lichamelijke gezondheid.

Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat gelukkig oud worden volgens de respondenten het behouden van de huidige levensomstandigheden betekent. Dit wil zeggen het behouden van de huidige sociale contacten, hobby's en werkzaamheden. Zij willen niet oud worden of kijken er niet naar uit om oud te worden. De voornaamste redenen hiervoor zijn de negatieve beeldvorming omtrent veroudering en het afbrokkelen van het sociale netwerk.

Hoofdstuk 5: Aanbevelingen

In dit hoofdstuk komt aan bod op welke manier de onderzoeksresultaten kunnen worden vertaald naar het beleidsdoel van HDMH. Het beleidsdoel is gericht op het ontwikkelen van passend ondersteuningsaanbod voor ouderen met een verstandelijke beperking. Een gelukkige oude dag staat voorop. Resultaten van het onderzoek zijn vertaald naar vier aanbevelingen specifiek gericht op HDMH.

Aanbeveling 1: Jong (van geest) blijven

Het oud worden door de ogen van de respondenten betekent niets meer kunnen. Het merendeel van de respondenten ziet zichzelf niet als oud. Het kunnen ondernemen van hobby's en het verrichten van werkzaamheden zijn belangrijke aspecten die dit gevoel veroorzaken. Dit maakt hen gelukkig. Om dit gevoel in stand te houden dient HDMH te zorgen voor een passend activiteitenprogramma en ondersteuningsaanbod. Dit kan worden ontwikkeld door met de cliënt de wensen en behoeften zorgvuldig in kaart te brengen. Respondenten staan open voor activiteiten die minder inspanning vragen bij het ouder worden, maar geven aan dit voorlopig niet te willen. Zij vinden zichzelf (voorlopig) niet oud. Met dit gegeven dient rekening te worden gehouden. Dit kan door niet alleen activiteiten specifiek gericht op ouderen aan te bieden. Hierdoor zullen zij zich juist eerder oud gaan voelen en/of bestaat de kans zij zich niet aangesproken voelen. Uit onderzoek komt naar voren dat wanneer mensen zich jonger voelen dan hun kalenderleeftijd, zij een positievere beleving hebben op het ouder worden (Levy, 2003). Het aanbod van activiteiten dient aan te sluiten om de gevoelsleeftijd van de oudere met een verstandelijke beperking. Dit zal bijdrage aan een gelukkige oude dag en is maatwerk.

Belang van beweging

Een aanvulling bij de bovenstaande aanbeveling is gericht op bewegingsactiviteiten. Een aanzienlijk deel van de respondenten geeft aan actieve activiteiten te willen ondernemen tegen eventuele stramheid die veroudering met zich mee brengt. Onderzoek laat zien dat eerdere lichamelijke veroudering optreedt bij mensen met een verstandelijke beperking en dat de oorzaak hiervan waarschijnlijk voorkomt uit de passieve leefstijl. Oudere mensen zonder verstandelijke beperking in Nederland zijn gemiddeld actiever dan ouderen met een verstandelijke beperking. Uit het GOUD onderzoek komt naar voren dat bijna 40% van de onderzoeksgroep een inactieve leefstijl heeft (Evenhuis, 2014). Fitheid is nodig om de gezondheid op peil te houden en dient preventief tegen achteruitgang in het functioneren. De inactieve leefstijl stond gedurende dit onderzoek niet centraal maar zou meegenomen dienen te worden in een passend activiteitenaanbod. Zeker gezien het feit dat ouderen met een verstandelijke beperking aangeven het belangrijk te vinden bewegingsactiviteiten te ondernemen tegen stramheid die ontstaat bij het ouder worden. Wanneer zij actief blijven voelen zij zich niet oud, wat bijdraagt aan hun geluksgevoel.

Aanbeveling 2: Creëren van positieve beeldvorming

Oud worden roept angst en verdriet op bij de respondenten. Aspecten die te maken hebben met veroudering gerelateerde aandoeningen vormden de reden hiervoor. Het merendeel van de respondenten geeft aan dat zij dit niet in de hand hebben. Het overkomt je. Dit veranderde de kijk op het gelukkig oud worden door de respondenten en zorgt ervoor dat zij jong willen blijven. Negatieve beeldvorming gericht op het oud worden speelt hierbij een rol. Dit beeld wordt op jonge leeftijd al gevormd en blijft zich voorzetten gedurende het leven (Van Vliet & Jukema, 2014). Het is belangrijk om aandacht te schenken aan de positieve kant van het ouder worden. Positieve beeldvorming over het ouder worden heeft een positief effect op de gezondheid (Levy, Pilver, Chung, & Slade, 2014). Gezien het feit dat ouderen met een verstandelijke beperking een grote kans hebben op

gezondheidsproblematiek kan positieve beeldvorming een gunstig effect hebben op de ervaren gezondheid bij het ouder worden. Wanneer ouderen met een verstandelijke beperking vooral de beperkingen zien die het oud worden met zich mee brengt kan er sprake zijn van *self fulfilling prophecy* (Rögels, 2011). Ouderen met een verstandelijke beperking gaan er vanuit dat ouderdom met gebreken komt en ervaren dit in de toekomst dan ook zo. HDMH kan hier een rol inspelen door meer aandacht te besteden aan positieve beeldvorming. Beelden die verspreid worden over ouderen hebben invloed op de zienswijze van veroudering (Levy, 2003). Het ideale beeld in de media gericht op jong blijven is van invloed op het in stand houden van negatieve beeldvorming. Een evenwichtige informatievoorziening speelt een belangrijke rol bij het creëren van positieve beeldvorming (van den Heuvel, 2015).

Aanbeveling 3: Ondersteunen van sociale netwerk

Respondenten zijn zich ervan bewust dat het sociale netwerk langzaam afbrokkelt. Ondanks dit feit ervaren zij hun sociale netwerk over het algemeen als goed. Gezien het feit dat het sociale netwerk een belangrijke rol speelt bij het geluksgevoel van respondenten dient HDMH aandacht te schenken aan het in stand houden van het sociale netwerk. Het sociale netwerk van mensen met een verstandelijke beperking bestaat met name uit professionals, familieleden (met name de ouders), en andere mensen met een verstandelijke beperking (Nijgh et al., 2015). De resultaten van deze bachelor thesis laten zien dat respondenten vaak één persoon hebben in het netwerk waar zij veel waarde aan hechten. Het sociale netwerk van mensen met een verstandelijke is relatief kleiner dan bij de rest van de bevolking. Dit maakt de kans op vereenzaming groter. Gezien het feit dat dit een angst vormt voor de onderzoeksgroep bij het oud worden dient HDMH aandacht te schenken aan dit onderwerp bij het vormgeven van het beleid. De resultaten uit de bachelor thesis laten zien dat de respondenten veel waarde hechten aan koffiemomentjes in de gemeenschappelijke ruimte met de medebewoners. Het netwerk van de respondenten wordt steeds kleiner. HDMH dient aandacht te schenken aan contact met de medebewoners gezien het feit dat deze van belang zijn voor de respondenten.

Aanbeveling 4: Aandacht voor de doelgroep binnen de opleiding Toegepaste Gerontologie

Een laatste aanbeveling richt zich op de opleiding Toegepaste Gerontologie. De opleiding Toegepaste Gerontologie wordt geadviseerd om aandacht te besteden aan de doelgroep. Dit kan o.a. in de vorm van gastsprekers en projectopdrachten. Er liggen genoeg uitdagingen open gericht op veroudering binnen de gehandicaptensector. Bijvoorbeeld gericht op het onderzoeken naar passende manieren van netwerkondersteuning of het ontwikkelen van een instrument die de beeldvorming positief beïnvloed. HDMH en de opleiding Toegepaste Gerontologie zouden veel voor elkaar kunnen betekenen. Studenten van de opleiding kunnen hun kennis overbrengen aan de organisatie en nieuwe vaardigheden en kennis opdoen. HDMH kan de studenten praktijkervaring bieden en ontwikkeld o.a. op deze manier passend ondersteuningsaanbod voor de ouder wordende doelgroep.

Hoofdstuk 6: Plan van verspreiding

Dit onderzoek laat zien wat ouderen met een verstandelijke beperking verstaan onder gelukkig oud worden. Deze resultaten dienen niet alleen als input voor het beleid binnen HDMH maar ook voor soortgelijke organisaties in Nederland. Gezien het feit dat de vergrijzing een trend is binnen de gehandicaptensector zijn er soortgelijke organisaties die ook te maken met een vergrijzing van het cliëntenbestand. De resultaten van de bachelor thesis kunnen een inzicht bieden in het perspectief van ouderen met een verstandelijke beperking gericht op veroudering. Maar niet alleen soortgelijke organisaties dienen op de hoogte te worden gesteld van de bevindingen van het onderzoek. Er zijn ook andere belanghebbenden. Deze staan hieronder weergegeven.

Verspreiding binnen HDMH

- **Ouderen met een verstandelijke beperking**

Ten eerste dient de onderzoeksgroep op de hoogte te worden gebracht van de resultaten. Het doel hiervan is om de onderzoeksgroep inzicht te bieden in de resultaten van het onderzoek. Dit zal gebeuren aan de hand van een poster met daarop de belangrijkste bevindingen van het onderzoek. De poster (A4 formaat) moet begrijpelijk zijn voor de onderzoeksgroep. Er zal puntsgewijs worden aangegeven wat onder gelukkig oud worden, wordt verstaan. Ook zullen er afbeeldingen worden gebruikt die de beeldvorming rondom veroudering positief zullen beïnvloeden. Ook wordt aanbevolen om de poster op te hangen in de gemeenschappelijke ruimte. Uit het onderzoek komt naar voren dat de gemeenschappelijke ruimte en de medebewoners een belangrijke rol spelen voor de respondenten. Het ophangen van de poster in de gemeenschappelijke ruimte heeft als doel dat mensen met elkaar in gesprek gaan over het ouder worden. Ook kan op deze manier het sociale netwerk inzicht krijgen in hoe ouderen met een verstandelijke beperking tegen het verouderingsproces aankijken.

- **Het management van HDMH**

De resultaten dienen ook verspreid te worden binnen het management van HDMH. Hiervoor zal een factsheet worden gemaakt met daarop een samenvatting van het onderzoek. Op deze manier ziet het management in een overzicht wat de resultaten zijn en welke aanbevelingen hieruit voortkomen voor het beleid. De onderzoeker zal aan het einde van het onderzoek het voorlopige beleidsdocument gericht op veroudering van mensen met een verstandelijke beperking aanscherpen aan de hand van de resultaten van het onderzoek.

Vereniging Gehandicapten Nederland (VGN).

Op de website van VGN staat de *Toolkit Ouderen* (VGN, z.j.). De *Toolkit Ouderen* heeft als doel informatie te verstrekken over het verouderingsproces van mensen met een verstandelijke beperking. Organisaties in Nederland die te maken hebben met het verouderingsproces van mensen met een verstandelijke beperking kunnen op deze website terecht voor informatie. Er wordt aangegeven dat de veroudering zich kenmerkt door een grotere kans op een slechte oude dag (VGN, z.j.). De resultaten van de bachelor thesis kan de website een verrijking bieden door te laten zien wat ouderen met een verstandelijke beperking verstaan onder een gelukkige oude dag. Na beoordeling van de bachelor thesis door de opleiding zal er contact gezocht worden met de projectleider van de toolkit. De onderzoeker heeft aan de start van het onderzoek al contact gelegd met de projectleider, dit maakt het gemakkelijker om de bevindingen aan te bieden. Met de projectleider wordt overlegd op welke manier de resultaten binnen VGN gedeeld kunnen worden. Wellicht kan de poster voor de cliënten en

de factsheet voor het management van HDMH hier een rol bij spelen. Dit alles gebeurt in overleg met HDMH.

Toegepaste Gerontologie

Tot slot wordt de bachelor thesis verspreidt binnen de opleiding Toegepaste Gerontologie. Dit heeft ten eerste als doel om de opleiding te laten zien dat een Toegepast Gerontoloog inzetbaar is binnen diverse sectoren. Dit zal de opleiding een bevestiging geven van de brede inzetbaarheid van een Toegepast Gerontoloog. Ten tweede dient de bachelor thesis de opleiding te motiveren om binnen de opleiding aandacht te schenken aan de doelgroep. Tot op heden is de doelgroep niet aan bod gekomen (cohort 2013).

Geciteerde werken

- Alan Poulson Photography (2017). *An elderly man in his western clothing with a smile on his face*. Geraadpleegd op 10 maart 2017, van <https://www.shutterstock.com/nl/image-photo/elderly-man-his-western-clothing-smile-179038346>
- Baarda, B. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen : Noordhof Uitgevers.
- Baarda, D.B., De Goede, M., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen : Noordhoff Uitgevers B.V.
- Baths, A. (2017). *Happy senior woman standing with her arms crossed*. Geraadpleegd op 10 maart 2017, van <https://www.shutterstock.com/nl/image-photo/happy-senior-woman-standing-her-arms-77298433?src=LZeNxL14qOb-WhSF4HAlpQ-1-85>
- Boeije, H. (2005). Interviewen in de aanwezigheid van een derde persoon. Een methodologische gevalsstudie. *Kwalon. Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek*, 35-49.
- Boeije, H. (2012). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is succesful ageing and who should define it? *BMJ*(331), 1548-1551.
- Cardol, M., & Meulenkamp, T. (2013). *Ouder worden met een verstandelijke beperking, volgens mensen zelf en hun familie*. Utrecht: Nivel. Opgeroepen op Februari 18, 2017, van <http://postprint.nivel.nl/PPpp4996.pdf>
- Carmeli, E., Merrick, J., Kessel, S., Masharawi, Y., & Carmeli, V. (2003). Elderly Persons with Intellectual Disability: A Study of Clinical Characteristics, Functional Status, and Sensory Capacity. *The Scientific World Journal*, 298-307.
- CBS. (2017, Mei 1). *Prognose bevolking; geslacht en leeftijd, 2017-2060*. Opgeroepen op Maart 15, 2017, van Centraal Bureau voor de Statistiek: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83597NED>
- Didden, R., Collin, P., & Curfs, L. (2008). Psychopathologie bij mensen met een verstandelijke beperking. In W. Vandereycken, C. Hoogduin, & P. Emmelkamp, *Handboek psychopathologie deel 1* (pp. 613-637). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Evenhuis, H. (2011). Gezondheid van ouderen met een verstandelijke handicaps. Stand van zaken. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 1-7.
- Evenhuis, H. (2014, Maart). *Gezond ouder met een verstandelijke beperking. Resultaten van de GOUD-studie 2008-2013. Wetenschappelijk rapport*. Opgeroepen op mei 13, 2017, van Onbeperktgezond: http://onbeperktgezond.nl/?page_id=446
- Geenen, K. (2016). *WSW-dementie: Meten van welbevinden bij ouderen met dementie (2013-2016)*. Opgeroepen op Mei 20, 2017, van Vonk3. Praktijkgericht onderzoek naar kwaliteitsvol ouder worden: <http://www.vonk3.be/welbevinden-ouderen-met-dementie.html>

- Hilgenkamp, T., van Wijck, R., & Evenhuis, H. (2012). Low physical fitness levels in older adults with ID: results of the HA-ID study. *Research in Developmental Disabilities*, 48-58.
- Hilgenkamp, T., van Wijck, R., & Evenhuis, H. (2011). (Instrumental) activities of daily living in older adults with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 77-87.
- Hornman, M. (2015, oktober 1). *Kenmerken van ouderen met verstandelijke beperkingen*. Opgeroepen op Maart 11, 2017, van VGN. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland: <http://www.vgn.nl/artikel/16030>
- Hornman, M. (2015, oktober 1). *Wie behoort tot de doelgroep 'ouderen' in de gehandicaptenzorg?* Opgeroepen op Maart 21, 2017, van VGN. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland: <http://www.vgn.nl/artikel/16029>
- Hornman, M., & Kersten, M. (2011). *VGN Ouderenbeleid: Hoe ver zijn we al? Inventarisatie stand van zaken ouderenbeleid lidorganisaties VGN*. Utrecht: VGN. Opgeroepen op Maart 17, 2016, van www.vgn.nl/media/download/index/mediaid/4ee1c910b026c
- Howell, R., Kern, M., & Lyubomirsky, L. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*. *Health Psychology Review*, 83-136.
- Huber, M., van der Horst, H., Green, L., & Loureiro, M. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163.
- Humanitas DMH. (z.j.). *Over Humanitas DMH*. Opgeroepen op Mei 28, 2017, van Humanitas DMH: <http://www.humanitas-dmh.nl/over-humanitas-dmh/humanitasdmh/>
- Innes, A., McCabe, L., & Watchman, K. (2012). Caring for older people with an intellectual disability: A systematic review. *Maturitas*(72), 286-295.
- Jaroon (2013). *Young happy adult*. Geraadpleegd op 10 maart 2017, van <http://www.gettyimages.nl/detail/foto/young-happy-adult-royalty-free-beeld/154934857>
- Johannesson, M., & Gerdtham, U. (2001). The Relationship between Happiness, Health, and Socio-Economic Factors: Results Based on Swedish Microdata. *Journal of Socio-Economics*, 553-557.
- Johnson, C., Sharkey, J., & Dean, W. (2011). It's all about the children: a participant-driven photo-elicitation study of Mexican-origin mothers' food choices. *BMC Womens Health*, 2-15.
- Jukema, J. (2016). Vanuit een nieuw "kijkraam" werken met ouderen. *AS - Maandblad voor de activiteitensector*, 30-33.
- Kooiman, N., de Jong, A., Huisman, C., van Duin, C., & Stoeldraijer, L. (2016). *PBL/CBS Regionale bevolkings- en huishoudensprognose 2016-2040: sterke regionale verschillen*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek. Opgeroepen op Maart 15, 2017, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2016/37/pbl-cbs-regionale-prognose-2016-2040>
- Laceulle, H., & Baars, J. (2014). Self-realization and cultural narratives about later life. *Journal of Aging Studies*, 34-44.
- Lange, F. (2006). *Goed oud worden*. Amsterdam: SWP. Opgeroepen op Maart 21, 2017, van <http://home.kpn.nl/delange/pubgoedoudworden.pdf>

- Levy, B. (2003). Mind matters: cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 203-211.
- Levy, B., Pilver, C., Chung, P., & Slade, M. (2014). Subliminal Strengthening: Improving Older Individuals' Physical Function Over Time With an Implicit-Age-Stereotype Intervention. *Psychological Science*, 2127-35.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 803-855.
- Maaskant, M., & Hoekman, J. (2007). Veroudering bij mensen met een verstandelijke beperking. In H. Mannen, W. van Leeuwen, E. Bremerd, H. Maaskamp, & H. Jacobsen, *Vademecum Zorg voor verstandelijke gehandicapten* (pp. 1900-1 - 1900-11). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Maaskant, M., Haveman, M., van Schrojenstein Lantman-de Valk, H., Urlings, H., van den Akker, M., Kessels, A., & Evenhuis, H. (1995). *Veroudering bij mensen met een verstandelijke handicap. Verslag van een longitudinaal onderzoek*. Maastricht/Echt: RU Limburg/Stichting Peijinklinieken .
- Marcoen, A., Cotthem, K., Billiet, K., & Beyers, W. (2002). Dimensies van welbevinden op oudere leeftijd: kwalitatieve exploratie, schaalconstructie en belang-realiteitsanalyse. *Tijdschrift voor Gerontologie & Geriatrie*, 105-106.
- Mars, G., & Schmeets, H. (2011). *Meer sociale samenhang, meer geluk?* Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek. Opgeroepen op Maart 22, 2017, van <https://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/890662C0-D289-4617-95CE-A9B44DA6DB61/0/2011k3p39art.pdf>
- Minderaa, R. (1997). *Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap*. Assen: Uitgeverij Koninklijke van Gorcum.
- Netwerk Kwalitatief Onderzoek AMC - UvA. (2002). *Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheids(zorg)onderzoek: Kwalitatief onderzoek*. Amsterdam : AmCOGG. Amsterdams Centrum voor Onderzoek naar Gezondheid en Gezondheidszorg.
- Nijgh, L., Bogerd-Van Den Brink, M., & Bogerd, A. (2015). *Basisboek ondersteuning aan mensen met een verstandelijke beperking*. Amsterdam: Boom Lemma uitgevers .
- Patja, K., Livanainen, M., Vesala, H., Oksanen, H., & Ruoppila, I. (2000). Life expectancy of people with intellectual disability: a 35-year follow up study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 591-599.
- Ras, M., Woittiez, I., van Kempen, H., & Sadiraj, K. (2010). *Steeds meer verstandelijke gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijke gehandicapte 1998-2008*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau. Opgeroepen op April 12, 2017, van https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2010/Steeds_meer_verstandelijk_k_gehandicapten
- Rögels, N. (2011). *Levensloopsychologie. Jongvolwassenen, volwassenen en oudere volwassenen*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.
- 's Heeren Loo. (2017). *Wat is het syndroom van Down*. Opgeroepen op Maart 20, 2017, van 's Heeren Loo: <https://www.sheerenloo.nl/meer-weten-over-zorg/verstandelijke-beperking/syndroom-van-down/wat-is-het-syndroom-van-down>

- Schalok, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., & Craig, E. (2010). *Intellectual Disability; Definition, Classification, and Systems of Supports (Eleventh edition)*. Washington DC : American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schoufour, J., Mitnitski, A., Rockwood, K., Evenhuis, H., & Echteld, M. (2013). Development of a frailty index for older people with intellectual disabilities: results from the HA-ID study. *Research In Developmental Disabilities*, 1541-55.
- Schuurman, M., Speet, M., & Kersten, M. (2004, februari). *Onderzoek met mensen met een verstandelijke beperking*. Opgeroepen op April 21, 2017, van Kennisplein gehandicaptensector: <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/gehandicaptenzorg/Verdieping-Onderzoek-met-mensen-met-een-verstandelijke-beperking.html>
- Seligman, M. (2002). *Authentic happiness. Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment* . New York : The Free Press.
- SNIPH. (2006). *Healthy Ageing. A challenge for Europe*. Ostersund: Swedish National Institute of Public Health.
- Tinselboer, B., Louisse, A., Booij, E., Huisman, S., Kingma-Thijssen, J., Magilsen, K., & Wesseling, M. (2012). *Zorgaanbod van de AVG. Wat doet de arts voor verstandelijke gehandicapten?* Enschede: NVAVG. Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijke Gehandicapten.
- van Beuningen, J., & Kloosterman, R. (2011). Subjectief welzijn: welke factoren spelen een rol? *Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolkingstrends 4e kwartaal* , 85-92.
- van den Bosch, F., Heij, K., & Volberda, H. (2013). Naar betere zorg door co-creatie met clienten. *Management & Organisatie*, 125-140.
- van den Heuvel, W. (2015). Beeldvorming. In M. Visser, D. Deeg, D. van Asselt, & R. van der Sande, *Inleiding in de gerontologie en geriatrie* (pp. 197-201). Houten: Bon Stafleu van Loghum .
- van den Nieuwenhuizen , R. (2016, januari 31). *Foto-eliciteren en niet-sturende communicatie*. Opgeroepen op Maart 20, 2017, van Niet-sturende communicatie. Laat mensen praten in plaats van antwoorden geven.: <https://nietsturendecomunicatie.wordpress.com/2016/01/31/foto-eliciteren-en-niet-sturende-communicatie/>
- van Staalduinen, W., & ten Voorde, F. (2011). *Trendanalyse verstandelijke gehandicaptenzorg*. Den Haag: TNO. Innovation for life. Opgeroepen op Maart 16, 2017, van https://www.tno.nl/media/2162/trendanalyse_verstandelijk_gehandicaptenzorg.pdf
- Van Vliet, J., & Jukema , J. (2014). *Perspectieven op ouder worden en de sociaal professional*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Vanderveen, G. (2008). Laat het zien! Het gebruik van foto's in interviews. *Tijdschrift voor Criminologie* , 384-393.
- Veenhoven, R. (2006). *Gezond Geluk. Effecten van geluk op gezondheid en wat dat kan betekenen voor de preventieve gezondheidszorg*. Den Haag: ZonMw. Opgeroepen op Mei 20, 2017, van <https://personal.eur.nl/veenhoven/Pub2000s/2005e-fulln.pdf>

- Veenhoven, R. (2014). Het meten van geluk. In E. Arampatzi, A. Bakker, M. Bruel, M. Burger, H. Commandeur, J. Das Gupta, . . . P. van der Zwan, *Het rendement van geluk: Inzichten uit wetenschap en praktijk* (pp. 27-34). Den Haag: Stichting Maatschappij en Onderneming.
- Veenhoven, R. (2014). Inleiding: Wat is geluk? In E. Arampatzi, A. Bakker, M. Bruel, M. Burger, H. Commandeur, J. Das Gupta, . . . P. van der Zwan, *Het rendement van geluk: Inzichten uit wetenschap en praktijk* (pp. 17-26). Den Haag: Stichting Maatschappij en Onderneming.
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- VGN. (z.j). *Toolkit ouderen*. Opgeroepen op mei 21, 2017, van VGN. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland: <http://www.vgn.nl/toolkitouderen>
- von Faber, M. (2002). *Maten van succes bij ouderen. Gezondheid, aanpassing en sociaal welbevinden. De Leiden 85-plus studie*. Rotterdam: Optima Grafische Communicatie. Opgeroepen op Maart 18, 2017, van https://pure.uva.nl/ws/files/3562357/21410_Thesis.pdf
- Voronin76 (2013). *Grandmother holding a cane on white background*. Geraadpleegd op 10 maart 2017, van https://www.shutterstock.com/nl/image-photo/grandmother-holding-cane-on-white-background-75117223?src=7KnzRRE_9Bwir9pLUCFecg-1-62
- Wavebreakmedia (2013). *Lachende vrouw permanent tegen een witte achtergrond*. Geraadpleegd op 10 maart 2017, van <https://nl.depositphotos.com/10326765/stock-photo-smiling-woman-standing.html>
- Westerhof, G. (2003). The personal experience of aging. Multidimensionality and multidirectionality in relation to successful aging and well-being. *Tijdschrift voor Gerontologie Geriatrie* , 96-104.
- Westerhof, G. (2014). Psychologische theorieën over het ouder worden. In J. van Vliet, & S. Jukema, *Perspectieven op ouder worden en de sociaal professional* (pp. 145-152). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Willemslift (2013). *Oudere man met rollator*. Geraadpleegd op 10 maart 2017, van (<https://williamslifts.com/a-look-at-rolling-walker-safety/>)
- Woittiez, I., & Crone, F. (2005). *Zorg voor verstandelijke gehandicapten. Ontwikkelingen in de vraag*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. Opgeroepen op April 12, 2017, van https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2005/Zorg_voor_verstandelijk_gehandicapten
- Zantinge, E., van der Wilk, E., van Wieren, S., & Schoemaker, C. (2011). *Gezond ouder worden in Nederland*. Bilthoven: RIVM. Opgeroepen op Mei 20 2017, van http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2011/april/Gezond_ouder_worden_in_Nederland

Bijlage 1: Toestemmingsformulier

Hieronder staat het toestemmingsformulier weergegeven. Deze is voor de doelgroep lastig te begrijpen maar omvat wel alle noodzakelijke punten. Dit is door de onderzoeker in makkelijke woorden uitgelegd aan de respondenten.

Beste meneer/mevrouw,

Een tijdje terug heeft u van mij een brief ontvangen met de vraag of u mee wilt doen aan mijn onderzoek. Vanuit mijn opleiding Toegepaste Gerontologie doe ik onderzoek naar het gelukkig oud worden.

Dit is een toestemmingsformulier m.b.t het onderzoek gericht op het gelukkig oud worden. De verantwoordelijke onderzoeker is Anne Hoekstra. Zij bespreekt dit formulier met u en zal dit indien nodig toelichten.

- Ik stem vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek en ben op de hoogte van het feit dat ik elk moment mijn deelname aan dit onderzoek mag stoppen.
- Ik ben op de hoogte van het gebruik van opname apparatuur (geluid) tijdens onderzoek. De geluidsopname wordt na het onderzoek gewist.
- Ik begrijp dat de resultaten van het onderzoek anoniem worden verwerkt.

Wanneer er na afloop vragen zijn mag de respondent contact opnemen met de onderzoeker.

Naam respondent:

Handtekening respondent:

Handtekening onderzoeker

Datum:

Bijlage 2: Topiclijst

Deel 1: Perspectief veroudering

- Wanneer is iemand oud?
- Wie in uw omgeving is oud?
- Hoe ziet u dat iemand oud is?
- Vindt u uzelf oud?
- Wat vindt u belangrijk bij het ouder worden?

Deel 2: Gelukkig oud worden aan de hand van zes dimensies

Bij de onderstaande punten wordt er gevraagd of het de respondent blij/gelukkig maakt. En of de respondenten punten uit bepaalde dimensies belangrijk vindt bij het gelukkig oud worden.

1. Het psychisch welbevinden

- Wat maakt u blij bij het ouder worden? (Wat vindt u leuk aan het ouder worden?)
- Wat maakt u verdrietig bij het ouder worden? (Wat vindt u niet leuk aan het ouder worden?)

2. Het lichamelijk welbevinden

- Wordt uw lichaam anders (bij het ouder worden)? Hoe voelt u zich daarbij?
- Merkt u iets aan uw gezondheid (bij het ouder worden)? Hoe voelt u zich daarbij?

3. Het sociale welbevinden

- Merkt u iets aan het contact met mensen uit uw omgeving bij het ouder worden?
- Voelt u zich weleens alleen?

4. Het materiele welbevinden

- Woont u graag in uw woning? Wilt u hier oud worden?
- Wat vindt u belangrijk in uw huis bij het ouder worden?

5. Het culturele welbevinden

- Voelt u zich hier op uw gemak (thuis) in uw woning/locatie?
- Zou u hier oud willen/kunnen worden?

6. Het existentiële welbevinden

- Als u oud wordt gaat u ook een keer dood, wat vindt u daarvan?
- Wat zou u graag nog willen in het leven?

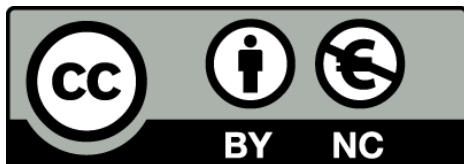
Bijlage 3: Foto's voor photo elicitation

Alle afbeeldingen zijn gevonden door middel van de zoekmachine Google. Samen met een inhoudsdeskundige zijn de foto's kritisch geanalyseerd. De foto's hebben een zwartwit filter zodat de respondenten niet werden afgeleid door de kleuren. Er is gebruik gemaakt van de volgende foto's: *Grandmother holding a cane on white background* (Voronin76, 2017), *An elderly man in his western clothing with a smile on his face* (Alan Poulson Photography, 2017), *Happy senior woman standing with her arms crossed* (Raths, A, 2017), *happy adult* (Jaroon.,2013) en *Lachende vrouw permanent tegen een witte achtergrond* (Wavebreakmedia, 2013). Onderaan deze pagina staat een foto weergegeven die is gebruikt gedurende het onderzoek en geeft een impressie van de andere foto's.

De foto's hebben als doel de respondent te laten inzien waar het onderzoek over gaat (oud worden) zonder een te eenzijdig beeld van het ouder worden weer te geven. Bij photo elicitation gaat het om het op gang brengen van het gesprek. Het is een middel en geen doel. De foto's zijn gelijktijdig bij de respondenten voorgelegd indien het gesprek niet opgang kwam. Hier onder staat één foto weergegeven die is toegepast.



Foto 1. Oudere man met rollator. Aangepast overgenomen van Willemslift 2013 via (<https://williamslifts.com/a-look-at-rolling-walker-safety/>). Copyright 2013, Willemslift



Deze publicatie valt onder een [Creative Commons Naamsvermelding 4.0 Internationaal-licentie](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Dit betekent dat de kennis uit deze publicatie hergebruikt mag worden als basis voor de ontwikkeling van nieuwe kennis mits de naam van de auteur hierbij vermeld wordt en het niet voor commerciële doeleinden wordt gebruikt. Deze licentie is niet van toepassing op de gebruikte afbeeldingen, daar zit copyright op