

“Waar moeten we dan naartoe?!”

Een onderzoek naar de gevolgen van het sluiten van zorgcentra op het welzijn van
zelfstandig wonende ouderen

Master Sociale Planologie

Datum: 3 juli 2014

Student: Inge Kerdel – S2543524

Supervisor: dhr. G. Heins

Tweede lezer: Louise Meijering

Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Samenvatting.....	5
1. Inleiding.....	7
2. Het nieuwe rijksbeleid & ouderen	9
2.1 Het scheiden van wonen en zorg	9
2.2 Extramuralisering	10
2.4 Mogelijke gevolgen voor ouderen	11
2.4.1. Ouderen die in zorgcentra wonen.....	11
2.4.2 Ouderen die zorg nodig hebben in de toekomst	11
2.4.3 De ‘vergeten’ groep.....	11
3. Theoretisch kader	13
3.1 Levenskwaliteit en welzijn.....	13
3.2 Objectief en subjectief welzijn	14
3.3 Ouderen en hun welzijn: condities.....	17
3.3.1. De buurt.....	19
3.3.2. Sociaal kapitaal	21
3.4 Conclusie	23
4. Probleemstelling.....	24
4.1. Doelstelling.....	25
4.2. Relevantie.....	25
5. Methode	27
5.1. Ontologie	27
5.2. Epistemologie	27
5.3. Interne en externe validiteit.....	28
5.4 Interne en externe reliabiliteit	28
5.5 Onderzoeksdesign: vergelijkende casestudie	28
5.6. Onderzoeksmethode	28
5.7 Respondentenwerving	29
5.8 Grounded theory.....	30
5.9. Schema koppeling onderdelen van dit onderzoek.....	31

6. Buurtbeschrijving	32
6.1. Groenoord	32
6.1.1. Bevolkingssamenstelling	33
6.1.2. Zorgcentrum Harg-Spaland	34
6.1.3. Conclusie Groenoord Schiedam	35
6.2. De Westwijk, Vlaardingen	35
6.2.1 Bevolkingssamenstelling	36
6.2.2. Zorgcentrum De Wetering.....	36
6.2.3. Sluiting van de Wetering	37
6.3.4. Conclusie de Westwijk.....	37
6.4. Vergelijking Groenoord en de Westwijk	37
7. Analyse van de resultaten	38
7.1 Kenmerken en beleving van welzijn.....	39
7.1.1 Levenskwaliteit.....	39
7.1.2 Gezondheid	41
7.1.3 Autonomie.....	42
7.1.4 De buurt.....	44
7.1.5 Voorzieningen.....	46
7.1.6 Sociaal kapitaal.....	48
7.1.7 Huwelijks staat	50
7.1.8 Overige kenmerken welzijn	52
7.1.9 Verwachte levenskwaliteit toekomst.....	53
7.2 Zorgcentra	54
7.2.1 Zorgcentrum Harg-Spaland	54
7.2.2 Zorgcentrum De Wetering.....	57
7.3 Rijksbeleid	59
7.3.1 Gevolgen voor ouderen die in een zorgcentrum wonen	59
7.3.2 Gevolgen voor toekomstige generatie ouderen	60
7.3.3 Gevolgen zelfstandig wonende ouderen die gebruik maken faciliteiten zorgcentra	61
7.4 Alternatieve voorzieningen	64
8. Conclusie	66
8.1 Subjectief welzijn.....	66
8.2 Ouderenwelzijn	67
8.2.1 Gezondheid	68

8.2.2 Autonomie en mobiliteit	68
8.2.3 Sociaal kapitaal	69
8.2.4 De buurt.....	70
8.2.5 Voorzieningen.....	70
8.2.6. Conclusie	71
8.3 Beantwoording hoofd- en deelvragen	73
8.4 Reflectie van de methode	77
8.5 Discussie	78
8.6 Reflectie.....	78
Literatuurlijst	81

- Bijlage 1 Transcript interviews zelfstandig wonende ouderen uit Groenoord
- Bijlage 2 Transcript interviews zelfstandig wonende ouderen uit de Westwijk
- Bijlage 3 Codeerschema interviews Groenoord
- Bijlage 4 Codeerschema interviews de Westwijk

Voorwoord

Deze thesis is geschreven als afsluitend onderzoek voor de masteropleiding Sociale Planologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Dit onderzoek gaat over de mogelijke gevolgen van het sluiten van zorgcentra op het welzijn van zelfstandig wonende ouderen. De keuze voor dit onderwerp was snel gemaakt. Het sluiten van zorgcentra is een actueel thema in Nederland. Iedere week staan er in de krant artikelen over het scheiden van wonen en zorg en het sluiten van zorgcentra. In deze krantenartikelen gaat het altijd over toekomstige hulpbehoevende ouderen en bewoners van het zorgcentrum en nooit over zelfstandig wonende ouderen die regelmatig gebruik maken van de faciliteiten van een zorgcentrum. Vanuit mijn bijbaan heb ik veel contact met (zelfstandig wonende) ouderen en daardoor vind ik het erg dat deze groep vergeten wordt in de media. Met dit onderzoek wil ik daar verandering in brengen.

Mijn onderzoek is bijzonder goed verlopen. Als ik op de afgelopen periode terugkijk, ervaar ik alleen maar positieve gevoelens. De interviews met zelfstandig wonende ouderen zijn bijzonder prettig en soepel verlopen: alle respondenten waren enthousiast en werkte mee om antwoord te geven op mijn vragen.

Ik wil graag een aantal mensen bedanken die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van deze masterthesis. Allereerst wil ik alle respondenten bedanken die ik heb mogen interviewen en die me verwelkomd hebben bij hun thuis. Ik ben bijzonder dankbaar dat ik een leuke doelgroep heb mogen interviewen en dat de interviews bijzonder gezellig verliepen. Naast de respondenten wil ik Wilma van der Slot, Manager Zorg bij zorgcentrum Harg-Spaland, bedanken voor de toestemming voor het interviewen van zelfstandig wonende ouderen die gebruik maken van de faciliteiten van Harg-Spaland, voor het nakijken van mijn onderzoeksvragen, het lezen van de analyse van de resultaten en het beschikbaar stellen van een ruimte waar ik interviews mocht afnemen. Tevens wil ik mijn oma bedanken voor het rondvragen naar en regelen van telefoonnummers van respondenten in de Westwijk en mijn ouders en zusje voor de steun en het nakijken van mijn scriptie. Tot slot wil ik mijn thesisbegeleider Gerard Heins bedanken voor de ongelooflijk goede feedback die hij geleverd heeft zodat ik mijn scriptie kon verbeteren en perfectioneren.

Ik wil u veel plezier wensen met het lezen van mijn thesis.

Inge Kerdel

Samenvatting

Het sluiten van zorgcentra is een actueel thema in Nederland. Het sluiten van zorgcentra heeft gevolgen voor de bewoners van het zorgcentra en toekomstige hulpbehoevende ouderen. In het debat over het sluiten van zorgcentra wordt echter een belangrijke groep vergeten: zelfstandig wonende ouderen die gebruik maken van de faciliteiten van een zorgcentrum. Bij deze faciliteiten moet u denken aan het eten in een brasserie, een kapper of pedicure, het deelnemen aan vrijetijdsactiviteiten zoals spelmiddagen, bingo's en het kijken naar optredens. Zelfstandig wonende ouderen maken ook gebruik van deze faciliteiten en daarom heeft de sluiting van een zorgcentrum wellicht invloed op het leven van deze doelgroep. De hoofdvraag van deze thesis is: welke invloed heeft het scheiden van wonen en zorg door het sluiten van zorgcentra op het welzijn van zelfstandig wonende ouderen? Om deze hoofdvraag te beantwoorden zijn vier deelvragen opgesteld en om deze vragen te beantwoorden zijn achttien semigestructureerde interviews gehouden met zelfstandig wonende ouderen uit twee verschillende wijken (Groenord in Schiedam en de Westwijk in Vlaardingen). Het zorgcentrum in de Westwijk gaat sluiten.

De eerste deelvraag gaat over de kenmerken die ouderenwelzijn bepalen en hoe ouderen deze kenmerken beleven. Uit de analyse van de resultaten is gebleken dat gezondheid, autonomie, de buurt, sociaal kapitaal en de levensloop het welzijn van ouderen bepaalt. De tweede deelvraag richt zich op de vraag welke rol het zorgcentrum speelt in het leven van de zelfstandig wonende ouderen. Het zorgcentrum speelt een belangrijke rol in het leven van zelfstandig wonende ouderen: het levert hen gemak, sociale contacten, gezelligheid en bescherming op. Het zorgcentrum is zo belangrijk voor zelfstandig wonende ouderen dat het een rol speelt in het welzijn van de ouderen in dit onderzoek. De derde vraag richt zich op de vraag welke mogelijke invloed het sluiten van zorgcentra heeft op het leven van de zelfstandig wonende ouderen in dit onderzoek. Het sluiten heeft voor de ondervraagden uit de Westwijk voornamelijk praktische gevolgen: de ouderen kunnen niet meer naar voorzieningen om de hoek van hun woning. Ook heeft het sociale gevolgen: ze gaan de gezelligheid die activiteiten met zich meebrengen missen. De ondervraagden uit Groenord geven meer sociale gevolgen aan als het zorgcentrum zou sluiten: ze gaan de sociale contacten missen. De laatste deelvraag richt zich op alternatieve voorzieningen in de buurt die versterkt kunnen worden als het zorgcentrum sluit. Het resultaat uit de analyse is dat er weinig alternatieven voor zorgcentra zijn. Er zijn wel alternatieven in de vorm van andere zorgcentra, maar deze bevinden zich buiten de buurt en die zijn voor ouderen met een verminderde mobiliteit niet goed te bereiken. De vraag "waar moeten we dan naartoe" duidt de praktische gevolgen aan voor de zelfstandig wonende ouderen.

De conclusie van dit onderzoek is dat de ondervraagden voornamelijk gevolgen voor andere zelfstandig wonende ouderen zien. Voor zichzelf vinden ze het jammer dat het zorgcentrum (eventueel) sluit, maar ze kunnen wel overleven zonder het zorgcentrum. Door door te vragen tijdens de interviews, kwamen de ondervraagden erachter dat de sluiting meer gevolgen heeft dan ze in eerste instantie dachten: de sluiting heeft kleine sociale gevolgen en grotere praktische gevolgen. Dit onderzoek draagt meer bij dan enkel conclusies over de gevolgen van het sluiten van zorgcentra op zelfstandig wonende ouderen. Het geeft een aanvulling op ouderenwelzijn: de

levensloop van ouderen speelt een belangrijke rol en het vermoeden bestaat dat ouderen een keuze maken hun welzijn te beoordelen op basis van mogelijkheden en beperkingen.

1. Inleiding

“Argos Zorggroep gaat enkele zorgcentra sluiten. Zorgcentrum de Wetering in Vlaardingen sluit in 2015 als eerste haar deuren. Een aantal jaren later volgt de sluiting van Zorgcentrum François HaverSchmidt in Schiedam en Zorgcentrum de Meerpaal in Vlaardingen” (Groot Vlaardingen, 2013).

Naar aanleiding van dit krantenartikel van 22 oktober 2013 in het *Groot Vlaardingen* is het onderwerp van deze masterscriptie het scheiden van wonen en zorg door het sluiten van zorgcentra gekozen. Steeds meer zorgcentra zullen in de toekomst haar deuren moeten sluiten als gevolg van het nieuwe rijksbeleid van het huidige kabinet. Het kabinet is met deze plannen gekomen als gevolg van de wens te bezuinigen op de huidige ouderenzorg en het willen inspelen op de behoefte van mensen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen (Actiz, 2013; Groot Vlaardingen, 2013).

In het krantenartikel in het *Groot Vlaardingen* (2013) wordt gesteld dat het langer thuis blijven wonen vooral geldt voor mensen met een lichte zorgvraag. Deze mensen met een lichte zorgvraag kunnen niet meer in een zorgcentrum gaan wonen omdat de zorgverzekeraars deze opnames niet meer vergoeden. Dit heeft grote gevolgen voor zorgcentra: velen zullen op de lange termijn sluiten. In het artikel werd kort aandacht besteed aan de cliënten van de zorgcentra, die overgeplaatst zullen worden naar een ander zorgcentrum. Er wordt echter geen aandacht besteed aan ouderen die zelfstandig in de buurt van een zorgcentrum wonen en gebruik maken van de faciliteiten van het zorgcentrum. Bij deze faciliteiten kan gedacht worden aan het eten in de brasserie, maar ook het deelnemen aan een van de activiteiten die door vele zorgcentra worden aangeboden en waar oudere omwonenden ook aan deel mogen nemen. Voorbeelden van deze activiteiten zijn gymnastiek, spelmiddagen, klaverjassen, bloemschikken, muziekactiviteiten en dergelijke (Argos Zorggroep, 2012; Frankelandgroep, 2014).

In deze masterscriptie staat het welzijn van zelfstandig wonende ouderen centraal. Hierbij wordt gekeken naar welke aspecten, waaronder de buurt, sociale contacten en faciliteiten van een zorgcentrum, een rol spelen bij het welzijn van ouderen en welk effect het sluiten van het zorgcentrum zal hebben op het welzijn van zelfstandig wonende ouderen. Zal bijvoorbeeld het sociale contact van en tussen ouderen verminderen door de sluiting van een zorgcentrum? Vereenzamen de ouderen dan niet? De hoofdvraag die hieruit voortkomt, is de volgende: *Welke invloed heeft het scheiden van wonen en zorg door het sluiten van zorgcentra op het welzijn van zelfstandig wonende ouderen?*

Het doel van dit onderzoek is een bijdrage te leveren aan het debat over het scheiden van wonen en zorg. Er wordt een bijdrage geleverd door onderzoek te doen naar hoe huidige, zelfstandig wonende ouderen, die gebruik maken van de faciliteiten van een zorgcentrum, de veranderingen door het scheiden van wonen en zorg ervaren en welke invloed dit beleid zal hebben op hun levenskwaliteit.

Dit onderzoek heeft een grote sociaal planologische relevantie, omdat het zich richt op het scheiden van wonen en zorg. Het scheiden van wonen en zorg heeft gevolgen voor het ruimtelijk beleid: bij het maken van beleid moet er rekening mee gehouden worden dat ouderen in de toekomst langer thuis zullen blijven wonen en dat daardoor de woning en buurt aangepast dienen te worden. Dit

onderzoek richt erop de gevolgen van het sluiten van zorgcentra op het welzijn van zelfstandig wonende ouderen te onderzoeken. Dit is van belang voor de planologie, omdat er ingesprongen kan worden op de gevolgen die het sluiten van zorgcentra heeft, voornamelijk op wijkniveau.

Dit onderzoek bestaat uit acht hoofdstukken. In het tweede hoofdstuk, het nieuwe rijksbeleid & ouderen, wordt ingegaan op het nieuwe rijksbeleid en wordt er onderscheid gemaakt tussen drie typen ouderen. In het derde hoofdstuk, het theoretisch kader, wordt ingegaan op de concepten welzijn, condities van welzijn en ouderenwelzijn en worden er relaties gelegd met de probleemstelling. De probleemstelling bevat de hoofd- en deelvragen, doelstelling en relevantie van het onderzoek. Dit wordt in het vierde hoofdstuk beschreven. Hoofdstuk vijf gaat over welke onderzoeksmethoden er gebruikt zijn en wordt informatie verschaft over de respondentenverwerving, onderzoeksinstrumenten en de grounded theory. Hoofdstuk zes is de buurtbeschrijving en gaat over twee wijken: de wijk Groenord in Schiedam met haar zorgcentrum Harg-Spaland en de Westwijk in Vlaardingen met haar zorgcentrum de Wetering. In hoofdstuk zeven worden de resultaten van het onderzoek geanalyseerd. Hoofdstuk acht vormt de conclusie. Hierin worden de resultaten gekoppeld aan en vergeleken met het theoretisch kader, worden de hoofd- en deelvragen beantwoordt en wordt er een reflectie gegeven en een discussie gestart.

2. Het nieuwe rijksbeleid & ouderen

Dit hoofdstuk gaat in op de vergrijzing en het nieuwe rijksbeleid van de overheid. Vervolgens wordt onderscheid gemaakt tussen drie soorten ouderen.

In Nederland is sprake van een dubbele vergrijzing. Dit betekent dat het aantal 65-plussers en het aantal 80-plussers sterk toeneemt (Klaassens & Beek, 2013). Als gevolg van de ontgroening, de afname van het geboortecijfer, gecombineerd met de dubbele vergrijzing, vormt de oudere medemens een steeds grotere en meer diverse groep van de Nederlandse bevolking. Deze diversiteit van de oudere bevolking uit zich in leeftijd, gezondheidsstatus en de vraag naar gezondheidszorg (Haywood, Garratt & Fitzpatrick, 2005).

De politiek kan een belangrijke invloed uitoefenen op het leven van ouderen, omdat de politiek het welzijn van ouderen met haar beleid kan maximaliseren of juist belemmeren (Pacek & Radcliff, 2008). Aristotles (350BC) schreef hier al over. Hij benoemde deze invloed van de overheid het streven van een politieke gemeenschap om het hoogste goed (in dit geval het welzijn van mensen) te bereiken. Pacek en Radcliff (2008) vullen dit aan door te stellen dat het doel van de overheid altijd zal zijn het geluk van mensen te maximaliseren. Of dit in praktijk ook zo is, is maar de vraag. Individuen streven het hoogste goed van de overheid vaak na, maar houden er soms ook andere ethische normen en waarden op na, die in strijd zijn met de normen, waarden en ideeën van de overheid.

Het huidige overheidsbeleid is gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en het geven van meer verantwoordelijkheid aan burgers. Het in staat stellen ouderen langer zelfstandig te laten wonen is hier een voorbeeld van. Hierbij worden zorgtaken gedecentraliseerd en wordt het scheiden van wonen en zorg gestimuleerd. Dit komt voort uit de wens te besparen op de zorgkosten (Actiz, 2013). In praktijk komt het erop neer dat er meer zorg geleverd wordt vanuit het netwerk van de ouderen, in plaats vanuit professionele zorg. Dit leidt ertoe dat het aandeel ouderen dat zelfstandig woont toeneemt, maar dat er ook steeds meer kwetsbare ouderen bijkomen (Klaassens & Beek, 2013).

De plannen van het kabinet voor het nieuwe rijksbeleid met bezuinigingen voor de ouderenzorg, komt samen onder de noemer het 'scheiden van wonen en zorg'. Er zal besproken worden wat precies bedoeld wordt met het scheiden van wonen en zorg en welke gevolgen dit heeft voor zorgcentra en ouderen.

2.1 Het scheiden van wonen en zorg

Met het scheiden van wonen en zorg wordt de situatie omschreven "waarin wonen en zorg apart gefinancierd wordt. De cliënt betaalt zelf voor het wonen via huur of koop. De zorg wordt apart gefinancierd via de zorgverzekeringswet, Wmo, AWBZ en eventueel via eigen middelen" (Aedes-Actiz, Doelstelling scheiden wonen en zorg, 2013a). Via deze situatie wil de overheid dat ouderen meer keuzevrijheid krijgen, waardoor de diversiteit in het wonen groter wordt (Aedes-Actiz, 2013a). Het scheiden van wonen en zorg is in 2013 van start gegaan (Aedes-Actiz, 2013b).

Een concreet voorbeeld van het scheiden van wonen en zorg is extramuralisering omdat het erop gericht is geen zorg meer te bieden vanuit een zorgcentrum, maar de zorg thuis te leveren (Nederlandse Zorgautoriteit, 2012).

2.2 Extramuralisering

Een vorm van het scheiden van wonen en zorg is extramuralisering. Extramuralisering houdt in dat de zorg die door een instelling geleverd wordt, opgesplitst wordt in de bekostiging van verblijf en zorg, waarbij de AWBZ de kosten van het verblijf niet meer dekt. Het wonen in een zorginstelling wordt hierbij niet meer bekostigd uit publieke middelen. Door mensen langer thuis te laten wonen en geen intramurale zorg (opname in een zorginstelling) toe te kennen, kan extramuralisering worden bereikt. Een voorbeeld hiervan is 'volledig pakket thuis': vanuit de thuissituatie zo lang mogelijk zorg leveren (Nederlandse Zorgautoriteit, 2012).

Extramuralisering houdt in dat zorg zo min mogelijk door instellingen geleverd mag worden, met als doel ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen en te bezuinigen op de ouderenzorg. Hierbij worden voornamelijk 'zorgzwaartepakketten' (ZZP) geëxtramuraliseerd (Aedes-Actiz, 2013b). Een ZZP is een pakket voor mensen die zorg nodig hebben (Carintreggeland, 2014) en waarin staat welke zorg iemand nodig heeft. Hierbij gaat het over de hoeveelheid zorg en welke soort zorg iemand moet krijgen. Het pakket geeft informatie over voor wie het pakket bedoeld is, welke beperking de persoon heeft, hoeveel zorg de persoon moet krijgen, welke zorg en begeleiding en met welk doel de zorg geleverd moet worden (Aedes-Actiz, 2013b). Er zijn een viertal groepen die aanspraak maken op zorgzwaartepakketten: (dementerende en zieke) ouderen, mensen met een lichamelijke beperking, mensen met een verstandelijke beperking en mensen met psychiatrische problemen (Laterveer, 2007).

"Aan elk ZZP is een aantal uur zorgtijd per week gekoppeld. Er bestaan 'lichte pakketten voor mensen die alleen hulp nodig hebben bij de dagelijkse verzorging en 'zware' pakketten voor mensen met bijvoorbeeld een ernstige beperking of een zware vorm van dementie" (Carintreggeland, 2014). In de sector verzorging en verpleging bestonden een tiental ZZP's (Aafje, 2014). Door de extramuralisering is het afgelopen jaar het een en ander veranderd in de ZZP's en zullen er in de toekomst ook veranderingen optreden. Een aantal jaar geleden kregen ouderen met zekere problemen en beperkingen een specifiek ZZP en hulp of werden opgenomen in een zorgcentrum. Als resultaat van het scheiden van wonen en zorg en bezuinigingen, geeft de overheid de ouderen met dezelfde problemen een lagere, of soms zelfs geen, zorgindicatie meer (Groot Vlaardingen, 2013). Dit betekent kort gezegd dat ouderen geen indicatie meer krijgen voor het verblijf in een zorgcentrum en langer thuis zullen moeten blijven wonen (Aedes-Actiz, 2013b). Wel is het mogelijk dat ouderen een kamer huren in een zorgcentrum. Dit is het financieel scheiden van wonen en zorg (Actiz, 2013). Natuurlijk kunnen ouderen de hulp ook thuis krijgen. Een opmerking die hierbij gemaakt moet worden is dat de ouderen die een aantal jaar geleden een zorgindicatie toegezegd hebben gekregen, dit ZZP behouden en gewoon in een zorgcentrum mogen blijven wonen. Het langer thuis blijven wonen van ouderen is voornamelijk bedoeld voor ouderen met een lichtere zorgvraag. Dit heeft grote gevolgen voor zorgcentra: velen zullen in de toekomst hun deuren moeten sluiten.

2.3 Zorgcentra

Het scheiden van wonen en zorg door extramuralisering heeft invloed op zorgcentra. De verzorghuis capaciteit is de afgelopen vijf jaar gereduceerd met twintig procent. Door het vervallen van de lichtere zorgzwaartepakketten zal de capaciteit nog meer afnemen, omdat ouderen geen recht meer hebben deze zorg intramuraal te ontvangen (Actiz, 2013). Koepelorganisatie ActiZ (organisatie voor zorgondernemers) speelt hierop in door verzorgingstehuizen geschikt te maken voor andere concepten.

Een gevolg voor zorgcentra is dat zij minder hulp mogen verlenen aan ouderen met een lichte hulpvraag en meer ouderen in huis krijgen die 'zwaardere' hulp nodig hebben. Dit kan er tot leiden dat zorgcentra hun aanpak en zorg moeten aanpassen of mogelijk sluiten omdat zij ten eerste niet gericht zijn op een zwaardere zorg en ten tweede wordt de vraag van ouderen naar hulp van zorgcentra minder groot. De sluiting van zorgcentra heeft ook invloed op de oudere generatie.

2.4 Mogelijke gevolgen voor ouderen

De scheiding van wonen en zorg en het sluiten van zorgcentra heeft vele mogelijke gevolgen voor de oudere generatie. De ouderen kunnen in drie groepen onderverdeeld worden: de ouderen die in een zorgcentrum wonen, de toekomstige generatie ouderen die hulp nodig hebben en de 'vergeten' groep (Kerdel, 2014).

2.4.1. Ouderen die in zorgcentra wonen

De ouderen die in een zorgcentrum wonen behouden hun zorgindicatie. Ze kunnen en willen niet meer zelfstandig wonen. Echter, de scheiding van wonen en zorg heeft wel consequenties voor deze groep. Er zullen in de toekomst steeds meer zorgcentra sluiten als gevolg van bezuinigingen. Daarnaast mogen ouderen met een lichte hulpvraag niet meer zorgcentra om hulp vragen. Voor de ouderen die in een zorgcentrum wonen waarvan de deuren gaan sluiten, heeft dit als gevolg dat ze naar een ander zorgcentrum verplaatst worden (ANP/Nu.nl, 2014).

2.4.2 Ouderen die zorg nodig hebben in de toekomst

Ouderen die in de toekomst hulp nodig hebben, krijgen een lagere zorgindicatie of ZZP dan een persoon met dezelfde beperkingen een aantal jaar geleden (Groot Vlaardingen, 2013). Als gevolg daarvan kunnen deze ouderen niet meer in een zorgcentrum opgenomen worden, maar krijgen ze thuis hulp. De wens van de overheid is om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen.

De overheid biedt een aantal oplossingen voor de bezuinigingen en de afname van het aantal plekken in zorgcentrum. De overheid wil dat de jongere generatie voor de oudere generatie gaat zorgen. De kinderen moeten voor de ouders gaan zorgen als ze hulp nodig hebben. De overheid biedt oplossingen zoals het in huis nemen van onze ouders, het plaatsen van een schuur in de tuin waar onze ouders kunnen wonen of het huren en betalen van mensen uit het Oostblok die de zorg voor onze ouders op hun nemen.

2.4.3 De 'vergeten' groep

In het Nederlandse debat over de scheiding van wonen en zorg gaat het over de ouderen die in een zorgcentrum wonen en over ouderen die in de toekomst zorg nodig zullen hebben. Ik ben van mening dat in het debat een grote groep wordt vergeten: de ouderen die momenteel zelfstandig wonen en gebruik maken van de faciliteiten van een zorgcentrum in hun buurt (Kerdel, 2014). De faciliteiten die een zorgcentrum vaak levert zijn een restaurant, kapper, winkel, pedicure en

activiteiten voor ouderen waar de ouderen in de aanleunwoningen – en soms ouderen in de rest van de wijk – gebruik van mogen maken (Frankelandgroep, 2014).

Veel ouderen behoren tot deze ‘vergeten’ groep. Sommige ouderen maken iedere dag gebruik van de faciliteiten van een zorgcentrum: ze eten bijvoorbeeld iedere middag in het zorgcentrum. Anderen komen eens in de week of een paar keer in de maand naar een bingo of optreden. Wanneer zorgcentra sluiten, heeft dit ook invloed op het leven van zelfstandig wonende ouderen. Deze invloed is voor de overheid echter onzichtbaar omdat de overheid niet weet en geen overzicht heeft van zelfstandig wonende ouderen die gebruik maken van de faciliteiten van een zorgcentrum. Op 11 april 2014 stond in *Trouw* een artikel over dit onderwerp en dat artikel stelde dat de sluiting van het verzorgingshuis de hele wijk zou treffen. Ik ben het met het krantenartikel eens, dat “het verzorgingshuis juist nodig lijkt om mensen langer thuis te laten wonen” (Trouw, p. 1). Ik ben ervan overtuigd dat het sluiten van zorgcentra een hoop gevolgen heeft voor deze vergeten groep: mensen kunnen eenzamer worden.

In dit onderzoek worden zelfstandig wonende ouderen geïnterviewd die gebruik maken van twee verschillende zorgcentra om erachter te komen welke mogelijke gevolgen het sluiten van zorgcentrum heeft op hun levenskwaliteit. Voordat dit onderzocht wordt, zal een theoretisch kader volgen over levenskwaliteit, subjectief welzijn en de condities van ouderenwelzijn.

3. Theoretisch kader

In het vorige hoofdstuk is het nieuwe rijksbeleid omtrent het scheiden van wonen en zorg en het sluiten van zorgcentra beschreven en is er aandacht besteed aan de rol van ouderen in de maatschappij en de mogelijke invloed van het nieuwe rijksbeleid op ouderen. In dit onderzoek gaat het over de effecten van het nieuwe rijksbeleid op het leven en welzijn van zelfstandig wonende ouderen. In dit theoretisch kader worden de belangrijkste concepten rondom (ouderen)welzijn besproken. Hierbij worden de concepten met definities en condities uitgelegd en daarnaast worden de concepten gekoppeld aan de probleemstelling.

Welzijn is het belangrijkste concept in dit theoretisch kader omdat onderzocht gaat worden welke invloed het nieuwe rijksbeleid heeft op het welzijn van zelfstandig wonende ouderen. Hiervoor dient eerst een algemeen inzicht verkregen te worden in de concepten levenskwaliteit en welzijn en zal vervolgens ingegaan worden op ouderenwelzijn.

Welzijn is een breed concept dat vanuit diverse wetenschappelijke disciplines bekeken kan worden en dat diverse definities kent (Camfield, Crivello & Woodhead, 2008). Er is geen enkel geaccepteerde definitie van welzijn, maar wel een aantal inzichten op dit concept. Doel van dit theoretisch kader is meer te weten te komen over het concept welzijn en de factoren die daaraan gekoppeld kunnen worden om inzicht te krijgen in wat belangrijk zou kunnen zijn voor de levenskwaliteit van ouderen. Ook kan het een basis vormen voor de vragen van de interviews, die gehouden zullen worden om de deelvragen te beantwoorden. Hiervoor zullen diverse wetenschappelijke artikelen met elkaar vergeleken, verbonden en aangevuld worden.

Allereerst wordt er een definitie van 'quality of life' gegeven, vervolgens wordt gekeken naar subjectief welzijn en gerelateerde concepten als tevredenheid en geluk. Ten derde wordt gekeken naar 'state of being' en hoe zich dat verhoudt tot subjectief welzijn. Daarna wordt gekeken welke factoren beoordeeld zullen worden en de mate van ouderenwelzijn bepalen. Tot slot volgt een korte, samenvattende conclusie.

3.1 Levenskwaliteit en welzijn

'Quality of life' is een breed begrip, dat in het Nederlands wordt vertaald als levenskwaliteit. De levenskwaliteit gaat, simplistisch gezegd, over de kwaliteit van iemands leven. Veenhoven (2000) stelt dat bij levenskwaliteit het leven van een persoon wordt geëvalueerd. Het is belangrijk uit te zoeken uit welke condities of kwaliteiten dit leven bestaat. Perez et. al (2001) zien de levenskwaliteit als een specifiek 'gebied' die een persoon waarneemt als vitaal, met de vaardigheid om te genieten van en te participeren in het leven en het gevoel te hebben dat deze participatie van betekenis is. Pacione (2003) voegt daar aan toe dat dit een intern psychologisch mechanisme is die deze kwaliteiten beoordeelt. Daarnaast zijn er externe punten die dit mechanisme versterken. Levenskwaliteit gaat over de beoordeling en perceptie die een individu heeft over de kwaliteiten in zijn of haar leven. Deze percepties en oordelen zijn gerelateerd aan de cultuur en waardensysteem van het individu en heeft een relatie met feiten, verwachtingen en standaarden (Fleuret & Atkinson,

2007). De levenskwaliteit gaat kort gezegd over het oordeel van en perceptie op de condities en kwaliteiten die het leven van een individu bepalen.

Levenskwaliteit wordt vaak in één adem genoemd met welzijn. Eckermann (2000) stelt dat levenskwaliteit verwijst naar aspecten van het dagelijks leven en een concept is waarin percepties van welzijn worden ingesloten. Van Hoven, Brouwer en Meijering (2012) voegen daaraan toe dat het concept welzijn in de sociologie gebruikt wordt om de levenskwaliteit te meten. Welzijn is hierin een dynamisch concept (Dinnie et al, 2013) dat emotionele, zowel positieve en negatieve, reacties bevat en daarnaast ook de concepten geluk en tevredenheid insluit. Daarnaast bepaalt welzijn de mate van levenskwaliteit. Het welzijn van een persoon is een evaluatie van het leven en bepaalt daarmee de levenskwaliteit van een persoon.

De levenskwaliteit van ouderen vormt een belangrijke graadmeter of ouderen gelukkig en tevreden zijn met hun leven en welzijn ervaren. De levenskwaliteit zorgt voor een evaluatie van kwaliteiten in het leven van een individu. Het is belangrijk om de levenskwaliteit van ouderen te kennen omdat dan vergeleken kan worden welke mogelijke invloed het nieuwe rijksbeleid, volgens de ouderen zelf, kan hebben op hun levenskwaliteit.

3.2 Objectief en subjectief welzijn

In de wetenschappelijke literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen objectief en subjectief welzijn. Objectief welzijn gaat over de meetbare aspecten van welzijn, zoals de levensverwachting, inkomen, voeding, werkgelegenheid, levensstandaard en educatie, die het leven van individuen beïnvloeden (Cummins et al, 2008; Wiseman & Braher, 2008). Boelhouwer en Roes (2004) en Fleuret en Atkinson (2007) voegen daaraan toe dat objectief welzijn te maken heeft met bronnen, zowel op individueel als collectief niveau. De toegang tot bronnen – zoals onderwijs en het verkrijgen van inkomsten – heeft invloed op de levenscondities en levenskwaliteit van een persoon. Pacione (2003) vat dit samen door te stellen dat objectieve indicatoren de omgeving beschrijft waarin mensen leven. White (2009) beschrijft deze objectieve benadering met de term 'doing well': de materiële dimensie van welzijn dat over feiten en metingen gaat en een oordeel geeft over de werkelijkheid. Er komen echter geen gevoelens bij kijken. Objectieve metingen over welzijn kunnen niet als volmacht gebruikt worden (Cummins et al, 2008), omdat het niets zegt over het gevoel van welzijn van burgers (Helliwell & Putnam, 2004). De werkelijke, objectieve 'feiten' kunnen door mensen op een hele andere manier ervaren worden. Dit brengt een meer psychologische vorm van welzijn met zich mee (Huppert et al, 2008): subjectief welzijn. In dit onderzoek zal het verder gaan over het subjectief welzijn.

Subjectief welzijn gaat over zelfbeoordelingen (Camfield, Crivello & Woodhead, 2008) over ervaringen en interacties met en gevoelens over de wereld (Dinnie et al, 2013). Hierbij moet welzijn zowel op individueel als op collectief niveau beoordeeld worden omdat er een relatie bestaat tussen subjectief welzijn op individueel en collectief niveau (White, 2009). Wiseman en Brasher (2008) zien deze relatie ook, zij stellen dat het welzijn van individuele mensen voor een groot deel afhankelijk is van de gemeenschap waar zij deel van uitmaken en de relatie tussen deze individuen en de samenleving die bepaalde levenscondities bevat. Subjectief welzijn is zeer contextueel, dit betekent dat mensen niet gescheiden moeten worden van hun omgeving (de gemeenschap) omdat ze daarmee interacteren (Camfield, Crivello & Woodhead, 2008). Hoewel de zelfbeoordelingen over het (subjectieve) welzijn altijd in relatie staan met de omgeving, beoordelen burgers wel hun eigen,

individuele situatie. Het subjectieve welzijn is het welzijn zoals het gedefinieerd wordt door een individu (Helliwell & Putnam, 2004), gebaseerd op de doelen, percepties, behoeften, tevredenheid en geluk van mensen met betrekking tot diverse levenscondities (Boelhouwer & Roes, 2004; Fleuret & Atkinson, 2007). Subjectief welzijn beschrijft de manier waarop individuen hun omgeving en kwaliteiten van verschillende levenscondities waarnemen en beoordelen (Pacione, 2003).

Veenhoven (2000) stelt dat subjectieve en objectieve oordelen met elkaar samenhangen en dat enkel positieve objectieve en positieve subjectieve condities tot welzijn leiden. Als beide condities negatief beoordeeld worden is er sprake van deprivatie. Als de objectieve condities goed zijn, maar het persoonlijke oordeel over deze posities niet, is er sprake van dissonantie. Tot slot kan er ook sprake zijn van adaptatie, dit is wanneer er slechte objectieve condities zijn, maar er wel goede, subjectieve waarderingen over gegeven worden. Het is van belang inzicht te krijgen op de waarderingen en het subjectief welzijn van burgers zodat de overheid haar beleid op zo een manier kan samenstellen dat burgers hun persoonlijk ervaren welzijn kunnen vergroten (Cummins et al, 2008). Dit kan de overheid doen door de objectieve levenscondities te stimuleren, bijvoorbeeld door het creëren van gelijke onderwijskansen voor iedereen.

Subjectief welzijn is een psychologisch concept, dat uit diverse componenten bestaat en aan andere concepten verbonden kan worden. Subjectief welzijn is iets psychologisch omdat een aantal psychologische behoeften vervuld moeten worden om welzijn te ervaren, zoals de mate van autonomie, goede competenties, fysieke en mentale gezondheid, werk, pensioen, interpersoonlijke relaties en doeltreffendheid in democratisch beleid (Eckermann, 2000, Pacek & Radcliff, 2008).

Subjectief welzijn als psychologisch concept kan onderverdeeld worden in twee soorten welzijn, namelijk affectief en cognitief welzijn. Affectief welzijn gaat over emotionele reacties op het welzijn (Pacek & Radcliff, 2008). Het gaat over de balans tussen plezier en ongenoegen in het leven van mensen (Schimmack, Schupp & Wagner, 2008). Deze emotionele balans kan een positieve, maar ook een negatieve invloed hebben op welzijn en de beoordeling daarvan (Shmotkin, Berkovich & Cohen, 2005). Affectief welzijn kan gekoppeld worden aan de term happiness. Happiness is een brede term dat in het Nederlands vertaald kan worden als geluk. Geluk zijn de vluchtige gevoelens van genot en plezier (Klein, 2011). Geluk reflecteert tijdelijke, situationeel-afhankelijke weerspiegelingen van het humeur van een persoon (Eckermann, 2000). Dit weerspiegelt de emotionele balans waar affectief welzijn over spreekt. Affectief welzijn is een subjectieve dimensie, het gaat over de persoonlijke beleving van geluk. White (2009) en Dinnie et al (2013) kennen hier de term 'feeling good' aan toe: de persoonlijke emoties over persoonlijke ervaringen. Dit betekent dat als mensen zich goed voelen, ze vaker persoonlijk geluk ervaren.

Cognitief welzijn gaat meer over het beoordelen van welzijn (Pacek & Radcliff, 2008). Schimmack, Schupp en Wagner (2008) voegen hier aan toe dat het een evaluatief oordeel is. Zij stellen dat individuen het beste zelf hun leven kunnen evalueren omdat ze hun ideaalbeeld en ambities van het leven kunnen vergelijken met hun huidige leven (Shmotkin, Berkovich & Cohen, 2005). Ook vergelijken zij hierbij hun huidige leven met het ideaalbeeld of het beeld dat zij hebben van de gemeenschap (White, 2009). Dit cognitieve welzijn kan worden aangevuld met een ander begrip dat samenhangt met de beoordeling en mate van welzijn, namelijk tevredenheid. Tevredenheid gaat over lange termijn metingen die een stabiele evaluatie van iemands leven geven. Bij tevredenheid wordt gekeken naar de mate waarin mensen tevreden zijn met bepaalde condities in het leven

(Eckermann, 2000) en of het leven de individuen een bevredigend gevoel geeft (Klein, 2011). De term 'feeling well' van White (2009) kan hier op toegepast worden, omdat het over de persoonlijke beleving en oordeel van tevredenheid gaat.

Hoewel er onderscheid gemaakt kan worden tussen affectief en cognitief welzijn, zijn het wel componenten die met elkaar verbonden zijn: mensen rusten op geluk, of te wel op de balans tussen plezier en ongenoegen en op basis hiervan evalueren en beoordelen zij hoe tevreden zij zijn met hun leven en levenskwaliteit (Schimmack, Schupp & Wagner, 2008).

Een derde component, dat genoemd wordt door Shmotkin, Berkovich en Cohen (2005), is een aanvulling op het cognitieve welzijn. De evaluatie van welzijn kan verwijzen naar het leven in het verleden, het heden en de toekomst. Welzijn kent hierdoor een temporeel aspect. Puts et al (2006) noemen dit 'response shift': de verschuiving van individuele verwachtingen en reacties. Reacties en verwachtingen kunnen veranderen over tijd. Perenboom et al (2002) zijn het eens met deze 'response shift', maar noemen het de levensverwachting van welzijn. Hierbij gaat het over de toekomstige verwachting over het aantal jaren dat een persoon van een bepaalde leeftijd nog zal leven in welzijn. Dit kan zowel objectief gemeten worden door te kijken naar de algemene levensverwachting van mensen en het algemene welzijn van een land, als subjectief. Bij de subjectieve metingen beoordelen mensen zelf hoe lang zij nog verwachten te leven met een bepaalde mate van welzijn en levenskwaliteit. White (2009) ziet in deze 'response shift' en levensverwachting van welzijn een proces. Zij noemt het een proces omdat het inzicht geeft in wat welzijn is en dat het verandert over tijd door de fase in de levenscyclus. Naast het tijdelijke karakter van welzijn, bewegen deze tijdelijke aspecten in verschillende ruimtes. Er zijn vier ruimtes die samen de welzijnsgeografie vormen. De capabiliteitsruimten gaan over de fysieke en sociale vaardigheden of ruimtes die door middel van het karakter of het gedrag van een persoon het welzijn versterkt of juist hindert. Een capabiliteit die welzijn mogelijk hindert is veroudering. In integratieve ruimten vindt de integratie van verschillende soorten netwerken plaats. Vooral netwerken die op lokale schaal opereren hebben vaak een positief effect op het welzijn van een individu. De derde ruimten zijn veiligheidsruimten, hier wordt de relatie gelegd tussen sociale, ruimtelijke en individuele steun, gevoelens en percepties die welzijn beïnvloeden. Tot slot zijn er therapeutische ruimten die met hun culturele, emotionele en spirituele aspecten relaties leggen met sociale ruimten en daardoor welzijn kunnen beïnvloeden. (Fleuret & Atkinson, 2007). Hiermee is subjectieve welzijn temporeel- en contextafhankelijk (Camfield, Crivello & Woodhead, 2009).

Subjectief welzijn gaat kort gezegd over de tevredenheid met het leven en het geluk dat individuen daarbij voelen. Het is een multidimensionale constructie dat bestaat uit het affectieve welzijn – de emotionele balans tussen geluk en ongenoegen, het cognitieve welzijn – het oordeel van mensen op de tevredenheid van hun levenskwaliteit, en tot slot het temporele aspect van welzijn – de verschuiving van verwachtingen en hoe lang een persoon verwacht nog te kunnen leven met voldoende welzijn. Het subjectieve welzijn gaat over het welzijn zoals het geëvalueerd, gedefinieerd en beoordeeld wordt door individuen. Het gaat naast het evalueren en beoordelen van de mate van levenskwaliteit en welzijn, over gevoelens en houdingen zoals geluk en tevredenheid.

Een houding of gevoel dat bij subjectief welzijn hoort, wordt aangeduid met de term 'state of being'. Deze Engelse term is moeilijk naar het Nederlands te vertalen, daarom zal de Engelse term worden gebruikt. State of being staat voor een houding, gevoel of staat dat bereikt kan worden (White,

2007). Deze staat is een 'plek' waar menselijke behoeften samenkomen en waar iemand betekenisvol kan handelen om doelen te bereiken. In deze state of being kan men genieten van de levenskwaliteit en mate van welzijn (Camfield, Crivello & Woodhead, 2008). State of being verwijst hiermee naar de eerder besproken levenskwaliteit omdat de levenskwaliteit ook een specifiek gebied kenmerkt waarin mensen kunnen participeren om kwaliteiten in het leven betekenis te kunnen geven (Perez et al, 2001).

Levy & Sabbagh (2008) koppelen state of being aan het cognitieve welzijn. De oordelen in het cognitieve welzijn geven een houding (state of being), maar ook richting aan iemands leven. De state of being staat voor de eigen staat van het welzijn, wat betrekking heeft op de eerder genoemde tevredenheid met het eigen leven en geluk. State of being staat hiermee voor de mate en beleving van welzijn in combinatie met geluk en tevredenheid. Hierbij wordt subjectief welzijn gezien als een sociaal proces dat een staat kan creëren in tijd en ruimte (White, 2009).

Levy & Sabbagh (2008) stellen dat een aantal factoren invloed hebben op de state of being, dus op de mate van subjectief welzijn. Subjectief welzijn is een algemeen begrip dat geldt voor alle mensen. In de interviews met zelfstandig wonende ouderen wordt gevraagd naar diverse aspecten van hun levenskwaliteit en welzijn. Er zal worden gekeken wat hun 'state of being' is op het moment dat ze geïnterviewd worden. Hierbij wordt enkel gekeken naar het zelf-gerapporteerde geluk en tevredenheid met de levenskwaliteit. Er is nu bekend wat subjectief welzijn is en dat de begrippen geluk, tevredenheid, tijd en 'state of being' daarbij een belangrijke rol spelen. Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden, moet echter dieper ingegaan worden op de groep die in dit onderzoek centraal staan, namelijk ouderen. Ook moet gekeken worden naar condities die het geluk en tevredenheid met het leven bepalen of beïnvloeden.

3.3 Ouderen en hun welzijn: condities

Verschillende groepen kunnen welzijn op een andere manier ervaren. Dit wordt de sociale welvaartsbenadering genoemd, waarin de consequenties van kwetsbaarheid, in termen van gezondheid en levenskwaliteit, worden bestudeerd. Vaak wordt deze sociale welvaartsbenadering toegepast bij het onderzoeken van specifieke bevolkingsgroepen (Fleuret & Atkinson, 2007). In dit onderzoek staat het welzijn van ouderen centraal.

Als mensen aan het welzijn van ouderen denken, denken zij vaak dat het welzijn van ouderen afneemt als gevolg van een opeenstapeling van verminderde gezondheidscondities, functionele waardevermindering en persoonlijk verlies gedurende het ouder worden. Deze vermindering van functionele capaciteit en een slechte gezondheid zouden een risico vormen gedurende het ouder worden en dit zou de tevredenheid en beleving van het welzijn kunnen belemmeren. Dit is echter een onjuiste veronderstelling (Gwozdz & Sousa-Poza, 2009), omdat onderzoek laat zien dat het subjectief beoordeelde welzijn niet altijd minder wordt. De afname van tevredenheid heeft niet altijd iets te maken met leeftijd en gezondheid.

Gezondheid is een veelgenoemde term bij ouderenwelzijn. Gezondheid wordt door de World Health Organization gezien als de complete fysieke, mentale en sociale welzijn, zonder de aanwezigheid van ziektes. Hierbij wordt gezondheid gezien als een positieve eigenschap van welzijn (Fleuret & Atkinson, 2007). Gezondheid speelt een rol bij de beoordeling van het subjectieve welzijn van ouderen. Het heeft echter niet altijd invloed op de mate van tevredenheid over de levenskwaliteit.

Helliwel en Putnam (2004) zeggen namelijk dat tussen even gezonde mensen van alle leeftijden, ouderen meer tevreden zijn met hun leven. Toch blijft het oordeel over de gezondheid een belangrijke factor bij iemands oordeel over het welzijn, omdat het verlies van lichaamsfuncties vaak consequenties heeft, zoals de afname van onafhankelijkheid (Van Hoven & Douma, 2012). Bij ouderenwelzijn is dit van belang omdat ouderen hier vaker mee te maken krijgen en een groter risico lopen om kwetsbaarder te worden als gevolg van de afname van lichaamsfuncties.

Een belangrijke term die te maken heeft met een ouder wordende bevolking en de beoordeling van het welzijn, is de term 'succesfull ageing', of te wel: succesvol ouder worden. Wetenschappers die onderzoek doen naar succesvol ouder worden, kijken naar welke factoren mensen belangrijk vinden bij het ouder worden en waardoor zij dit succesvol kunnen bereiken. Succesvol ouder worden heeft ook invloed op de mate van welzijn en levenskwaliteit die ouderen ervaren. Hierbij wordt leeftijd gezien als iets dat we maken. Dit betekent dat hoe leeftijd door ouderen ervaren en gewaardeerd wordt, beïnvloed wordt door relaties en interacties met anderen en diverse sociale contexten (Van Hoven, Brouwer & Meijering, 2012). Uit onderzoek is gebleken dat een aantal factoren belangrijk worden geacht bij het succesvol ouder worden, zoals fysieke en mentale gezondheid, sociaal functioneren, controle, leefbaarheid, buurtkenmerken en dienstverlening (Bowling & Dieppe, 2005; Wiles et al, 2011).

De factoren die een rol spelen bij het succesvol ouder worden, kunnen onderverdeeld worden in persoonlijke en interpersoonlijke kenmerken. Persoonlijke kenmerken hebben betrekking op het individu (Huppert et al, 2009) met unieke eigenschappen zoals het karakter, talenten, fysieke vaardigheden en aantrekkelijkheid (Levy & Sabbagh, 2008). Hierbij speelt de 'live ability', de vaardigheid om te leven, een belangrijke rol. In termen van geluk en gevoelens gaan persoonlijke kenmerken over tevredenheid, positieve en negatieve invloeden, optimisme en zelfvertrouwen, omdat vertrouwen in het leven een gunstig effect heeft op het beoordelen van de levenskwaliteit. In termen van het functioneren van een persoon (het doen) gaan persoonlijke kenmerken over afhankelijkheid, vaardigheden, veerkracht, zingeving en doeloriëntatie.

Naast persoonlijke kenmerken spelen interpersoonlijke kenmerken een rol bij succesvol ouder worden. Interpersoonlijke kenmerken verwijzen naar onderlinge relaties tussen personen die invloed hebben op het individu (Huppert et al, 2009). Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen de relatie van anderen met het individu en de relatie van het individu met anderen. Bij de relatie van het individu met anderen probeert het individu zoveel mogelijk invloed te hebben op anderen, zodat het individu controle houdt over zijn of haar leven in plaats van gecontroleerd te worden door anderen (Levy & Sabbagh, 2008). Controle speelt een sleutelrol bij interpersoonlijke kenmerken. Dinnie et al (2013) noemen hierbij de term 'functioning well'. Hierbij verwijzen zij naar relaties en sociale verbondenheid, controle over acties en het gevoel van doelen hebben. In termen van gevoelens van personen, verwijzen interpersoonlijke kenmerken daardoor naar het behoren tot een bepaalde groep, sociale steun, sociale erkenning en maatschappelijke vooruitgang. Sociale steun is dat wat we verwachten van anderen en daar proberen controle over te krijgen. Bij het functioneren van interpersoonlijke kenmerken gaat het over maatschappelijke betrokkenheid, zorg en altruïsme (Huppert et al, 2009).

Persoonlijke en interpersoonlijke kenmerken met de vaardigheden om iets van het persoonlijke leven te maken en controle te hebben over gevoelens en het functioneren in de maatschappij,

hebben invloed op het succesvol ouder worden. Zowel persoonlijke als interpersoonlijke kenmerken hebben invloed op de state of being en de beleving van welzijn. Twee belangrijke concepten die hierbij een rol spelen zijn autonomie en mobiliteit.

Autonomie gaat, zoals eerder genoemd, over het controle hebben over het leven en over anderen. Het kunnen doen wat een individu graag doet (Dinnie et al, 2013). Een factor dat invloed kan hebben op de autonomie van ouderen, is mobiliteit. Ouderen die veel mobiliteit ervaren, zijn vaak minder afhankelijk van anderen en voelen zich meer autonoom. Ziegler en Schwanen (2011) hebben onderzoek gedaan naar de relatie tussen mobiliteit en welzijn en hebben ook gekeken welke factoren van invloed zijn op de mobiliteit op een latere leeftijd. Mobiliteit wordt vaak gekoppeld aan een beweging, vaak in een fysieke ruimte. Hierbij wordt er onderscheid gemaakt tussen drie soorten mobiliteit. Allereerst is er de mobiliteit als gerealiseerde beweging, dit zijn de dagelijkse verplaatsingen van mensen. De tweede soort mobiliteit is de potentiële beweging. Dit gaat over de mogelijkheden en opties van mensen om zich te verplaatsen. De derde vorm van mobiliteit is het fysiek functioneren. Fysiek functioneren gaat over de moeilijkheden die individuen kunnen ondervinden bij het ondernemen van basisactiviteiten in het dagelijks leven.

De mate van mobiliteit kan een kwaliteit zijn die de levenskwaliteit beïnvloedt. Voorbeelden hiervan zijn dat mobiliteit individuen in staat stelt anderen te ontmoeten of naar plaatsen te gaan om behoeften te bevredigen. Een mindere mobiliteit kan het gevolg zijn van veranderingen in de gezondheid van een individu. Deze verminderde mobiliteit kan leiden tot isolatie en eenzaamheid doordat deze mensen buitenshuis minder activiteiten ondernemen. Dit gevaar bestaat ook bij ouderen, omdat door veranderingen in de gezondheid en fysiek functioneren ouderen minder activiteiten buitenshuis kunnen ondernemen, maar ook omdat ouderen soms minder opties hebben om zich te verplaatsen: sommigen kunnen bijvoorbeeld niet meer fietsen of autorijden. Hierdoor kunnen ouderen afhankelijk worden van het openbaar vervoer of taxidiensten. Mobiliteit kan gekoppeld worden aan de autonomie van ouderen, omdat een mindere mobiliteit ertoe kan leiden dat ouderen niet meer van alle optionele vervoersmethoden gebruik kunnen maken. Dit toont het temporele karakter van mobiliteit: de mobiliteit verandert als fysieke vaardigheden afnemen (Ziegler & Schwanen, 2011).

Factoren die tot nu toe de mate van welzijn van ouderen bepalen, zijn de mentale en fysieke gezondheid van een persoon, inclusief fysieke en sociale vaardigheden en het hebben van voldoende autonomie, mobiliteit en controle. Dit is van belang voor het welzijn van ouderen omdat de mentale en fysieke gezondheid en gesteldheid van ouderen in verloop van tijd vaak afnemen en een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan hoe ouderen hun levenskwaliteit zullen ervaren. Autonomie speelt hierbij ook een rol: het zelfstandig kunnen blijven wonen geeft een gevoel van autonomie, het niet afhankelijk zijn van anderen. Dit kan invloed hebben op de manier waarop de ouderen hun welzijn rapporteren. Deze factoren worden meegenomen bij het maken van de vragen voor de interviews met zelfstandig wonende ouderen, omdat gezondheid en autonomie volgens de wetenschappelijke literatuur een rol speelt bij het bepalen van het subjectieve ouderenwelzijn.

3.3.1. De buurt

Omgevingsfactoren spelen een belangrijke rol bij succesvol ouder worden en het beoordelen van welzijn (Van Hoven, Brouwer & Meijering, 2012). Bij omgevingsfactoren moet gedacht worden aan sociale factoren maar ook aan buurtfactoren. Allereerst is het huis een symbool van levenskwaliteit

omdat het de eerste levensbehoefte, die van accommodatie, dekt. Het huis en de buurt van ouderen hebben een belangrijke invloed op geluksgevoelens en tevredenheid met het leven. In het leven van ouderen speelt de buurt een belangrijke rol, omdat het de plaats is die ouderen het meest bindt omdat ze vaak een groot deel van hun leven in dezelfde buurt wonen en daarom bindende herinneringen aan de buurt hebben (Perez et al, 2001; Van Hoven & Douma, 2012). Deze lange termijn emotionele bindingen met de omgeving heeft invloed op het welzijn (Wiles et al, 2011). Deze emotionele bindingen hebben invloed op de tevredenheid met de woning en geven van een oordeel over de conditie van hun woonomgeving. Dit wordt zowel objectief onderzocht – welke voorzieningen de buurt kent en de kwaliteitskenmerken van de woning, als subjectief – het huis, buurt, burens, veiligheid en levensstijl. Het subjectieve oordeel is wellicht belangrijker dan de objectieve feiten (Perez et al, 2001).

Aan de buurt zijn een aantal kenmerken en begrippen toe te kennen die invloed hebben op succesvol ouder worden en het geven van een positief oordeel over het welzijn, zoals ‘ageing in place’ en ‘place attachment’. ‘Ageing in place’ wordt gedefinieerd als het kunnen leven in de gemeenschap en buurt met een enig niveau van onafhankelijkheid, dus zonder residentiële zorg (Wiles et al, 2011). Het gaat over ouder kunnen worden in een bepaalde buurt. Daarbij houden ouderen controle op hun onafhankelijkheid, met eventuele sociale steun van familie en vrienden. Een eis hiervoor is dat mensen daadwerkelijk de voorkeur hebben om ouder te worden in een bepaalde plaats. Dit hangt samen met de eerder genoemde sociale verbondenheid of positieve band met de buurt en de lokale gemeenschap. De sociale verbondenheid heeft een bepaalde identiteit gecreëerd en deze wordt ook steeds herdefinieerd in relatie tot veranderende sociale, politieke, culturele en persoonlijke veranderingen. Deze identiteit en verbintenis met de buurt hangt samen met het begrip ‘place attachment’ (Van Hoven & Douma, 2012).

‘Place attachment’ staat voor de verbinding met de buurt en de connecties die gevoelens van zekerheid en bekendheid met zich meebrengen. Deze binding (attachment) heeft een positieve impact op het welzijn van ouderen omdat ze zich door deze band met hun buurt zelfverzekerder voelen en meer controle hebben op de omgeving. Verbondenheid met een plaats is een bron voor affectieve gevoelens en heeft invloed op het functioneren en beoordelen van het leven. Een aantal buurtkenmerken die een bijdrage leveren aan de verbondenheid met een plaats zijn contacten en interacties, sociale steun, gemeenschapsparticipatie, toegang tot diensten en voorzieningen, waargenomen controle over de omgeving, tevredenheid met het gebied en geaccepteerde keuze van de woning en de locatie. De ontwikkeling van de verbondenheid met de plaats is afhankelijk van de aanwezigheid of afwezigheid van deze kenmerken (Van Hoven & Douma, 2012). Het is hierbij belangrijk dat de buurt een steunende functie heeft. Een steunende buurt heeft een goede toegang tot lokale winkels, faciliteiten voor ouderen, transportmogelijkheden en promoot de vaardigheid om naar buiten te gaan. Dit kan een positieve bijdrage leveren aan het welzijn van ouderen omdat het onafhankelijkheid promoot (Ziegler & Schwanen, 2011).

Een voorziening die kan bijdragen aan de verbondenheid met een plaats en een kenmerk is van een steunende buurt, zijn speciale ruimten voor ouderen waar zij de kans krijgen om te socialiseren en activiteiten te ondernemen. Deze ruimten zorgen voor sociale contacten, entertainment, eventuele zorgactiviteiten en daarnaast het versterken van de sociale structuur van ouderen zodat er een 65-plusnetwerk kan ontstaan. Voorbeelden van deze ruimten zijn buurthuizen, zorgcentra en kerken. Bij het sluiten van dit soort ruimten kan de verbondenheid met de plaats verbroken worden. Dit kan een

negatieve invloed hebben op het mentale, subjectieve welzijn van ouderen, dat vergeleken kan worden met de gevoelens van rouw bij het verlies van een dierbare (Van Hoven & Douma, 2012).

Bekendheid met de omgeving, verenigingen en toegang tot bronnen zorgen ervoor dat mensen zich verbonden voelen met hun buurt en de gemeenschap (Wiles et al, 2001). Bekendheid met de buurt steunt het gevoel van veiligheid en controle over de omgeving. Verbondenheid met de buurt is daarom sterker voor ouderen die voelen dat hun buurt een sterk sociaal netwerk kent, zelf contacten hebben of participeren in buurtgemeenschappen (Van Hoven en Douma, 2012). Belangrijk hierbij is dat het ondernemen van activiteiten door de buurt wordt ondersteund (Ziegler & Schwanen, 2011).

De buurt is een belangrijke pijler voor het subjectieve welzijn van ouderen. Het hebben van speciale voorzieningen voor ouderen stimuleert de verbondenheid met een plaats en laat ouderen zich zelfverzekerder voelen en stimuleert het zelf-gerapporteerde welzijn van de ouderen. Bij verlies van een ruimte voor ouderen kan de verbondenheid verbroken worden. Een buurt waar mensen ouder willen worden, speelt ook een rol in het bepalen van het welzijn van ouderen. Het ouder kunnen worden in een bepaalde plaats, levert het eerder genoemde gevoel van autonomie op en kan een effect hebben op de 'state of being' van een persoon en daarmee de mate van welzijn. In de interviews met de zelfstandig wonende ouderen zal gevraagd worden welke buurtfactoren, zoals (ouderen)voorzieningen, verbondenheid en het ouder kunnen worden in de buurt waar zij wonen, bijdragen aan hun levenskwaliteit.

Tot slot speelt de leefbaarheid in de buurt en sociale relaties met de buren en vrienden die in de buurt wonen een rol bij de bepaling van het ouderenwelzijn omdat het bijdraagt aan tevredenheid met de buurt en het gevoel van geluk. Daarmee is het grootste deel van de verbondenheid aan een plaats sociaal van aard (Van Hoven en Douma, 2012). Sociale netwerken hebben invloed op de verbondenheid met een plaats en zijn belangrijk voor ouderen omdat ze eenzaamheid kunnen verminderen en een bron kunnen vormen voor informele hulp (Klaassens & Beek, 2013). De sociale voordelen van groepsactiviteiten en sociale contacten op een latere leeftijd moeten niet onderschat worden in een bevolkingsgroep waar sociale isolatie en eenzaamheid op de loer ligt (Andrews, 2001).

3.3.2. Sociaal kapitaal

Sociale netwerken zijn belangrijk voor het welzijn van ouderen. Een belangrijk begrip dat hieraan gekoppeld kan worden is sociaal kapitaal. Sociaal kapitaal bestaat uit sociale connecties tussen individuen die een sociaal netwerk kunnen vormen (Helliwel & Putnam, 2004). Putnam (2000) voegt hieraan toe dat sociale netwerken onderdeel zijn van sociaal kapitaal. In sociaal kapitaal hebben sociale netwerken een waarde: individuen halen voordelen uit de connecties en deze sociale connecties kunnen een positieve uitwerking hebben op de rest van de gemeenschap. Ze hebben zowel invloed op de productiviteit van individuen als groepen binnen en buiten het sociale netwerk. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen bonding en bridging sociaal kapitaal. Bonding sociaal kapitaal gaat over de connecties tussen mensen met dezelfde etniciteit, leeftijd, sociale klasse, buurt, et cetera. Bridging sociaal kapitaal gaat over bruggen bouwen tussen verschillende soorten mensen uit een andere groep, wijk en klassen (Helliwel & Putnam, 2004; Putnam, 2000). Sociale netwerken zijn een krachtige troef, zowel voor individuen als gemeenschappen (Helliwel & Putnam, 2004). Camfield, Crivello en Woodhead (2008) voegen hieraan toe dat individuen sociaal kapitaal nodig hebben om te kunnen participeren en doelen na te streven. Een algemene norm bij sociaal kapitaal is wederkerigheid: iets voor een ander doen, zonder iets terug te verwachten, maar met het

vertrouwen dat iemand ooit iets terug zal doen als dat nodig is (Putnam, 2000). Hoe groter het vertrouwen is in de gemeenschap, hoe hoger het sociaal kapitaal in een buurt. Hoewel sociaal vertrouwen niet direct genoemd wordt in de definitie van sociaal kapitaal, is het wel samen met wederkerigheid een cruciaal mechanisme voor sociaal kapitaal, het kunnen bestaan van sociale netwerken en de mate van welzijn, omdat in een buurt waar mensen veel vertrouwen in elkaar hebben, vaak meer tevredenheid en geluk heerst (Helliwel & Putnam, 2004).

Sociaal kapitaal met haar normen van wederkerigheid en vertrouwdheid in sociale connecties is belangrijk voor de mate van subjectief welzijn. Ouderen die goede vrienden, vertrouwelingen en vriendelijke buren hebben, ervaren minder verdriet, eenzaamheid, laag zelfrespect en problemen met eten en slapen. De hoeveelheid en intensiteit van de relaties in het sociale netwerk voorspelt of iemand tevreden oordeelt over zijn of haar welzijn. Het hebben van een goede relatie met een partner, familieleden en vrienden, zijn vaak voorwaarden voor geluk (Helliwel & Putnam, 2004).

De hoeveelheid en kwaliteit van de sociale connecties binnen het sociaal kapitaal zorgen dat ouderen zich gelukkiger voelen, tevredener zijn en positiever oordelen over hun welzijn (Van Hoven & Douma, 2012). Sociale connecties zijn belangrijk voor ouderen: ze verminderen eenzaamheid, kunnen een bron vormen voor informele hulp en geven vertrouwdheid in de buurt (Klaassens & Beek, 2013) en vormen daarmee een belangrijke factor bij het bepalen van het ouderenwelzijn.

Sociale connecties tussen vrienden en familie en losse interacties in de buurt zijn een belangrijk onderdeel van het sociaal kapitaal van ouderen. De huwelijkse staat maakt ook onderdeel uit van het sociaal kapitaal en kan een belangrijke invloed hebben op de beleving van het welzijn (Helliwel & Putnam, 2004). Volgens Perez et al (2001) bestaat er een verschil in de mate van sociaal kapitaal en welzijn tussen ouderen die met een partner leven en ouderen die alleen leven. Ouderen met een partner hebben een breder sociaal netwerk, maar ondanks het bredere netwerk, worden de meeste activiteiten met de partner ondernomen. De contacten met de mensen in het netwerk is minder intens. Daarnaast kunnen gezondheidsproblemen van partners van ouderen het sociale contact met anderen negatief beïnvloeden. Ouderen die alleen leven doordat ze bijvoorbeeld weduwe zijn, rapporteren dat ze een partner missen om mee te praten, hierdoor kunnen zij zich soms eenzamer voelen en dat heeft een negatief effect op het welzijn. Echter, alleenstaanden hebben vaker diepere en intensere contacten dan ouderen met een partner.

Sociale contacten en de huwelijkse staat zijn belangrijk voor de beoordeling van het welzijn van ouderen. Sociaal kapitaal kan een belangrijke bijdrage leveren aan een betere beoordeling van het welzijn. Echter, het sociale netwerk van ouderen wordt vaak kleiner naarmate de ouderen ouder worden, door bijvoorbeeld dementie of de dood van vrienden en familie. Dit kan het geluksgevoel beperken en zorgen voor een minder tevreden oordeel op het subjectieve welzijn (Perez et al, 2001).

Het welzijn van zelfstandig wonende ouderen kan tot slot gevormd worden door de factoren sociaal kapitaal en huwelijkse staat. Onder sociaal kapitaal vallen sociale relaties met familie, vrienden, buren en oppervlakkige contacten. Voor ouderen is dit van belang omdat bij deze groep eenzaamheid op de loer ligt. Eenzaamheid heeft een ongunstig effect op de 'state of being' van een individu, terwijl vele sociale relaties geluk en tevredenheid met het leven juist kunnen bevorderen. De huwelijkse staat speelt bij ouderen ook een rol, omdat uit eerder onderzoek (Perez et al, 2001) is gebleken dat ouderen die weduwe zijn een kleiner netwerk hebben, maar intensievere contacten, maar ondanks dat een partner kunnen missen. Ouderen met een partner hebben een groter

netwerk, maar ondernemen meer met de partner waardoor de contacten met anderen minder intensief zijn. Deze factoren kunnen het subjectieve ouderenwelzijn bepalen en worden meegenomen in de vragen voor het interview met zelfstandig wonende ouderen.

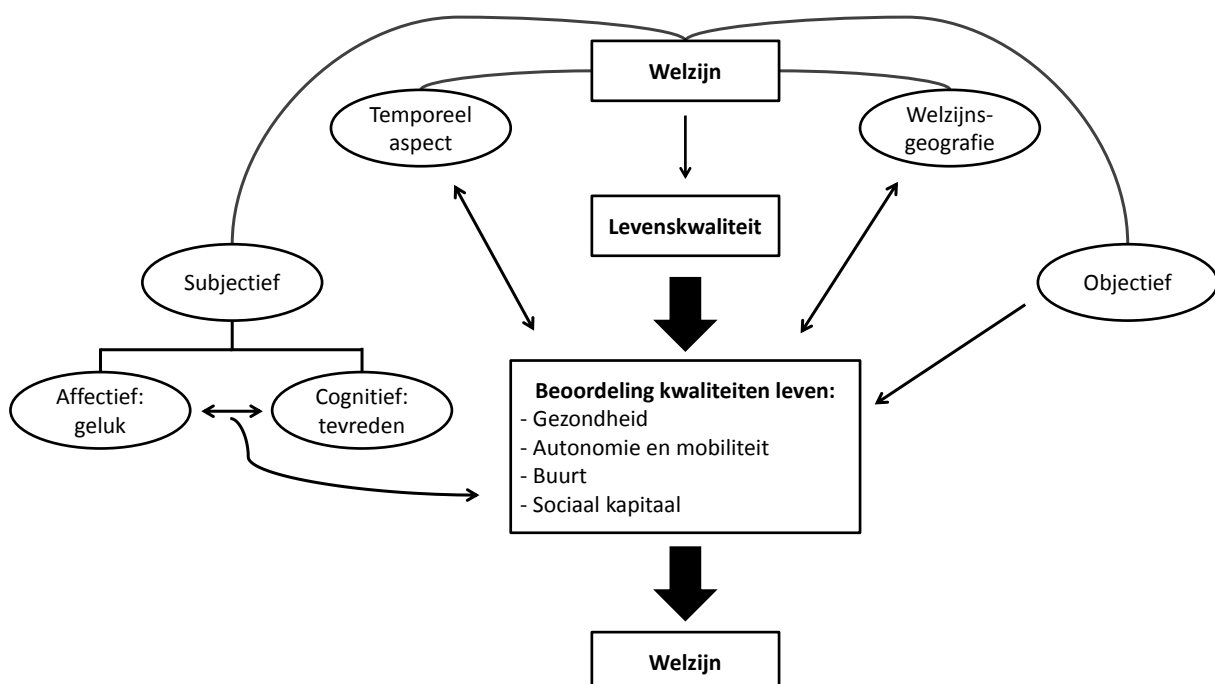
3.4 Conclusie

Subjectief welzijn is het welzijn zoals het gedefinieerd wordt door een individu. Het gaat over de tevredenheid met het leven en het geluk wat zij daarbij voelen. Het is een multidimensionale constructie die bestaat uit het affectieve welzijn (geluk), cognitief welzijn (oordeel over tevredenheid) en temporeel aspect van welzijn (levensverwachting van subjectief welzijn). Ook spelen persoonlijke en interpersoonlijke kenmerken een rol bij het gevoel en functioneren van een persoon. Een ander begrip dat hierbij belangrijk is, is 'state of being', dat staat voor de mate en beleving van welzijn in combinatie met geluk en tevredenheid. Subjectief welzijn wordt gezien als een 'state of being' waarin het geluk en oordeel van tevredenheid met persoonlijke en interpersoonlijke kenmerken het subjectieve welzijn bepalen.

Het is voor de overheid belangrijk inzicht te krijgen in welke factoren het geluk en de tevredenheid, en daarmee het subjectieve welzijn, van ouderen bepalen. Factoren die beoordeeld worden door ouderen en daarmee het geluk en tevredenheid bepalen, kunnen de autonomie, mobiliteit, gezondheid, sociaal kapitaal, huwelijkse staat, verbondenheid met de buurt en de aanwezigheid van ruimten om contacten te leggen, zijn. Daarnaast speelt bij ouderenwelzijn de levensverwachting van welzijn een rol: hoe lang een oudere nog verwacht te kunnen leven met een bepaalde mate van welzijn. Het verlies van een bepaalde, belangrijke plaats en de afname van sociale contacten doordat contacten komen te overlijden, kunnen een negatieve invloed hebben op het welzijn.

Om een overzicht te krijgen van de verschillende concepten en hoe ze met elkaar samenhangen, is een conceptueel model gemaakt (zie figuur 4.1). Aan de hand van de concepten in dit model (op objectief na) zijn de deelvragen opgesteld en zijn de interviewvragen gemaakt.

Figuur 4.1. Conceptueel model over welzijn en levenskwaliteit



4. Probleemstelling

Als gevolg van het nieuwe rijksbeleid zullen in de toekomst vele zorgcentra hun deuren moeten sluiten. In dit onderzoek wordt gekeken of het sluiten van zorgcentra (met hun faciliteiten) en daarmee het scheiden van wonen en zorg, wel een goed idee is en of het doel van dit beleid – het langer zelfstandig laten wonen van ouderen – wel bereikt wordt.

Het sluiten van zorgcentra heeft wellicht invloed op het dagelijks leven van zelfstandig wonende ouderen die gebruik maken van de faciliteiten van een zorgcentrum in hun buurt. Dit kan mogelijk gevolgen hebben voor het welzijn van ouderen die zelfstandig wonen. In dit onderzoek wordt er gekeken welke factoren het welzijn en de beleving van het welzijn beïnvloeden.

In dit onderzoek gaat het over het sluiten van zorgcentra, het welzijn van zelfstandig wonende ouderen en de mogelijke gevolgen van de sluiting van zorgcentra op het welzijn van deze ouderen. Dit heeft geleid tot de volgende hoofdvraag: Welke invloed heeft het scheiden van wonen en zorg door het sluiten van zorgcentra op het welzijn van zelfstandig wonende ouderen? Hierbij gaat het om zelfstandig wonende ouderen die gebruik maken van de faciliteiten van een zorgcentrum bij hen in de buurt. Om deze vraag te beantwoorden, zijn er een aantal deelvragen opgesteld. Deze deelvragen komen aan bod:

- 1) Wat zien zelfstandig wonende ouderen als belangrijkste kenmerken die hun welzijn beïnvloeden en hoe beleven zij die kenmerken?

Bij deze deelvraag wordt gekeken naar het welzijn, welke factoren het welzijn beïnvloeden en hoe ouderen deze factoren beleven. Dit wordt onderbouwd door de uitkomsten van de interviews met zelfstandig wonende ouderen. De vragen voor het interview worden opgesteld aan de hand van de wetenschappelijke literatuur uit het theoretisch kader.

Het is van belang deze eerste deelvraag te beantwoorden omdat pas naar de invloed van het sluiten van zorgcentra op het welzijn van ouderen gekeken kan worden, als bekend is uit welke factoren ouderenwelzijn bestaat en hoe zelfstandig wonende ouderen dit beleven. Het is om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden van belang om te achterhalen welke kenmerken, condities en factoren het welzijn van ouderen bepalen en hoe zij dit zelf beleven. Deze vraag zal aan het eind van dit onderzoek beantwoordt worden met de resultaten die de interviews met zelfstandig wonende ouderen hebben opgeleverd.

- 2) Welke rol speelt het zorgcentrum met haar voorzieningen in het leven van de zelfstandig wonende ouderen?

In de eerste deelvraag wordt onderzocht welke ‘algemene’ factoren invloed hebben op het welzijn van zelfstandig wonende ouderen en hoe deze ouderen deze factoren en het welzijn beleven. De tweede deelvraag gaat dieper in op de rol van het zorgcentrum en haar faciliteiten op het leven van de zelfstandig wonende ouderen. Hierbij wordt gekeken of het gebruik maken van de faciliteiten van een zorgcentrum, invloed heeft op het welzijn van deze ouderen. Deze tweede deelvraag is zeer

belangrijk om uiteindelijk de hoofdvraag te kunnen beantwoorden: voordat gekeken kan worden naar de invloed van het sluiten van een zorgcentrum op het welzijn van ouderen, moet eerst de rol van het zorgcentrum in het leven van de zelfstandig wonende ouderen in beeld gebracht en geanalyseerd worden. Zonder dit antwoord kan nooit het effect van het scheiden van wonen en zorg door het sluiten van zorgcentra in kaart gebracht worden. Deze deelvraag zal beantwoordt worden aan de hand van data die de interviews met zelfstandig wonende ouderen hebben opgeleverd.

- 3) Welke (mogelijke) gevolgen heeft het sluiten van het zorgcentrum op het leven en welzijn van de zelfstandig wonende ouderen?

Deze derde deelvraag is van belang om de hoofdvraag te beantwoorden omdat het de invloed van het scheiden van wonen en zorg in kaart brengt. Deze vraag zal inzicht geven in welke (mogelijke) alledaagse gevolgen het sluiten van een zorgcentrum heeft voor de zelfstandig wonende ouderen, welke mogelijke invloed het heeft op de langere termijn en welke condities veranderen als gevolg van het sluiten van zorgcentra. Deze deelvraag zal beantwoordt worden aan de hand van data die de interviews met zelfstandig wonende ouderen hebben opgeleverd.

- 4) Welke alternatieve zorg of voorzieningen kunnen ontstaan of versterkt worden als gevolg van het scheiden van wonen en zorg door het sluiten van zorgcentra?

Het doel van deze laatste deelvraag is te kijken of andere voorzieningen in de buurt belangrijker zullen worden voor het welzijn van zelfstandig wonende ouderen als het zorgcentrum sluit. Een voorbeeld: als uit interviews naar voren komt dat het sluiten van een zorgcentrum geen invloed heeft op het (toekomstige) welzijn van zelfstandig wonende ouderen die gebruik maken van de faciliteiten van een zorgcentrum, kan het zijn dat er alternatieven zijn ontstaan of zich hebben uitgebreid. Echter, als er geen alternatieven ontstaan of al aanwezig zijn in de buurt, maar misschien wel verder weg, zal dit wellicht gevolgen hebben voor het welzijn van zelfstandig wonende ouderen. Bij deze deelvraag wordt de rol van andere buurtvoorzieningen verder verkend.

4.1. Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is de gevolgen van het sluiten van zorgcentra op het welzijn van zelfstandig wonende ouderen in kaart te brengen. Hiermee wordt getracht een bijdrage te leveren aan het debat over ouderenwelzijn en het scheiden van wonen en zorg door het sluiten van zorgcentra. Deze bijdrage is van belang omdat de Nederlandse samenleving vergrijst. De Nederlandse bevolking wordt steeds ouder en om deze ouderen langer zelfstandig te kunnen laten wonen, is het van belang dat de levenskwaliteit en het welzijn, goed genoeg is. Met dit onderzoek wil ik kijken of het welzijn van ouderen verbetert, hetzelfde blijft of achter uit gaat als de plannen van het huidige kabinet om steeds meer zorgcentra te sluiten, doorgaat.

4.2. Relevantie

De maatschappelijke relevantie van dit onderzoek heeft betrekking op het welzijn van ouderen en de discussie over het scheiden van wonen en zorg door het sluiten van zorgcentra. Het welzijn van mensen is een belangrijk onderdeel van de levenskwaliteit en er bestaan veel doelen om het welzijn van mensen te verbeteren. Daarnaast vergrijst de Nederlandse samenleving en zal de vergrijzing in de toekomst nog verder toenemen. Het is daarom van belang dat het welzijn van ouderen goed is (zowel objectief als subjectief). Het is daarom relevant om kenmerken van ouderenwelzijn in kaart te brengen en onderzoek te doen naar welke invloed de faciliteiten van zorgcentra hebben op het

welzijn van ouderen. De maatschappelijke relevantie van dit onderzoek is een bijdrage te leveren aan de discussie of het wel verstandig is voor de groeiende groep ouderen in ons land (en hun welzijn) om steeds meer zorgcentra (met hun faciliteiten voor zelfstandig wonende ouderen in de buurt) te sluiten.

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek is een bijdrage te leveren aan theorieën over welzijn. Er zijn veel wetenschappelijke artikelen over welzijn geschreven, maar ouderenwelzijn is een onderbelicht onderwerp hierin, terwijl het wel belangrijk is gezien de toenemende vergrijzing. Daarnaast zijn er weinig theorieën en wetenschappelijke artikelen bekend over de invloed van zorgcentra en bijbehorende faciliteiten op zelfstandig wonende ouderen in de buurt die gebruik maken van deze faciliteiten. Met dit onderzoek wordt getracht een wetenschappelijke bijdrage te leveren over ouderenwelzijn en de invloed van de buurt en belangrijke faciliteiten van de buurt (zoals zorgcentra) op het welzijn van zelfstandig wonende ouderen.

5. Methode

Om te onderzoeken welke gevolgen het sluiten van zorgcentra heeft op het welzijn van zelfstandig wonende ouderen die gebruik maken van de faciliteiten van zorgcentra, is een kwalitatieve onderzoeksstrategie gebruikt. Kwalitatief onderzoek richt zich op woorden, waar kwantitatief onderzoek meer gericht is op cijfers. Een kwalitatieve onderzoeksstrategie geeft een inductieve kijk op de relatie tussen theorie en onderzoek, hierbij is de theorie een uitkomst van onderzoek (Bryman, 2008). Er is hier gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksstrategie omdat je met een kwalitatief onderzoek een breder inzicht kunt winnen over de context en bepaalde invloeden in iemands leven (Camfield, Crivello & Woodhead, 2008). In dit onderzoek is een kwalitatieve onderzoeksmethode het meest geschikt om te achterhalen welke mogelijke gevolgen het sluiten van zorgcentra heeft op het welzijn van zelfstandig wonende ouderen. Door een kwalitatieve onderzoeksstrategie kunnen verhalen over het leven en welzijn van ouderen worden blootgelegd (Van Hoven & Douma, 2012) en kan dieper ingegaan worden op de factoren die de levenskwaliteit van ouderen bepalen. Niet alleen de factoren van levenskwaliteit komen dan naar voren, maar ook de vraag waarom deze factoren een rol spelen in de levenskwaliteit van de respondent. Bij kwantitatief onderzoek kunnen respondenten enkel reageren op een bepaalde factor en hoeveel invloed dit heeft en kunnen ze niet aangeven welke factoren het meest belangrijk zijn en zelf met andere factoren komen. Dit is een groot voordeel van een kwalitatieve onderzoeksmethode en de reden waarom het is gebruikt in dit onderzoek.

5.1. Ontologie

De ontologie gaat over sociale entiteiten waarbij de vraag bestaat of sociale entiteiten beschouwd moeten worden als objectieve entiteiten die buiten de realiteit staan of als sociale constructies die zijn opgebouwd uit de percepties en acties van sociale actoren. De ontologie die bij een kwalitatieve onderzoeksmethode past, gaat over de sociale constructies die zijn opgebouwd uit de percepties en acties van sociale actoren, ook wel constructivisme genoemd. Constructivisme stelt dat sociale fenomenen niet alleen door sociale interactie worden geproduceerd, maar dat ze continu worden herzien. De sociale wereld wordt geproduceerd door individuen (Bryman, 2008). Constructivisme past bij ouderenwelzijn en het overheidsbeleid: mensen passen steeds hun idee over hun kwaliteit van leven aan en hebben een mening over het beleid en dat verandert over tijd.

5.2. Epistemologie

De epistemologie houdt zich bezig met de vraag hoe de sociale wetenschap moet worden bestudeerd volgens bepaalde principes, procedures en kennis in bepaalde disciplines. Bij een kwalitatieve onderzoeksstrategie past de interpretatieve epistemologie. Bij de interpretatieve epistemologie ligt de nadruk op het begrijpen van de sociale wereld door onderzoek te doen naar de interpretatie van die wereld door respondenten (Bryman, 2008). In dit onderzoek is deze epistemologie van toepassing omdat onderzoek wordt gedaan naar interpretatie van het welzijn van ouderen. Door hier de nadruk op te leggen kunnen de factoren en beleving van welzijn van zelfstandig wonende ouderen beter begrepen worden.

Naast de ontologie en epistemologie is het van belang dat het kwalitatieve onderzoek voldoet aan twee belangrijke criteria: de validiteit en de reliabiliteit van het onderzoek moet groot genoeg zijn.

5.3. Interne en externe validiteit

Een van de belangrijkste criteria van een onderzoek is de validiteit. Validiteit gaat over de integriteit van de conclusies die voortkomen uit het onderzoek. Bij een kwalitatieve onderzoeksstrategie is de interne en externe validiteit van belang. Interne validiteit verwijst naar de relatie tussen de resultaten van het onderzoek en de theoretische ideeën die de onderzoeker ontwikkelt. Externe validiteit gaat over de vraag of de resultaten uit het onderzoek gegeneraliseerd kunnen worden buiten het specifieke onderzoeksgebied (Bryman, 2008).

5.4 Interne en externe reliabiliteit

Reliabiliteit verwijst naar de vraag of de resultaten van een onderzoek nogmaals een uitkomst zouden zijn als het onderzoek herhaald zou worden. De reliabiliteit is bij een kwalitatieve onderzoeksstrategie onder te verdelen in interne en externe reliabiliteit. Interne reliabiliteit gaat over de overeenstemming tussen onderzoekers binnen een onderzoeksteam over wat zij hebben gehoord en gezien. Externe reliabiliteit gaat over de mate waarin een onderzoek kan worden overgenomen door andere onderzoekers (Bryman, 2008).

Aan het eind van het onderzoek wordt gekeken of de validiteit en reliabiliteit van het onderzoek groot genoeg is.

5.5 Onderzoeksdesign: vergelijkende casestudie

Een onderzoeksdesign biedt een kader voor de verzameling van data. Het onderzoeksdesign van dit onderzoek is een vergelijkende casestudie. Een casestudie geeft een gedetailleerde en intensieve analyse van een case (Bryman, 2008). In dit onderzoek is sprake van een vergelijkende casestudie, dat betekent dat twee cases met elkaar vergeleken worden. Het woord case verwijst naar een locatie, zoals een gemeenschap of organisatie (Bryman, 2008). Een vergelijkende casestudie is van belang om te onderzoeken wat de verschillen of de overeenkomsten zijn en om een grotere, representatieve respondentengroep te bereiken.

In dit onderzoek staan twee buurten centraal: Groenoord in Schiedam en de Westwijk in Vlaardingen. Hierbij draait het niet helemaal om de buurt, het gaat voornamelijk om de zelfstandig wonende ouderen die er wonen en die gebruik maken van de faciliteiten van het zorgcentrum in die buurt. Het zorgcentrum in de Westwijk in Vlaardingen sluit haar deuren in 2015, terwijl het zorgcentrum in Groenoord in Schiedam voorlopig open blijft. Met de vergelijkende casestudie wordt vergeleken of de ouderen uit de Westwijk op een andere manier tegen welzijn aankijken en of zij op een andere manier naar de gevolgen van het sluiten van het zorgcentrum kijken omdat zij weten dat de Wetering begin 2015 werkelijk haar deuren gaat sluiten. In hoofdstuk zes worden deze twee cases verder besproken.

5.6. Onderzoeksmethode

Een onderzoeksmethode is de techniek of het instrument waarmee data wordt verzameld. In dit onderzoek wordt een specifiek instrument gebruikt om data te verzamelen. Er wordt gebruik gemaakt van semigestructureerde diepte-interviews. Bij semigestructureerde diepte-interviews heeft de interviewer een lijst met vragen waarop zij van de geïnterviewde een antwoord wil krijgen. De respondent krijgt hierbij veel speelruimte om antwoord te geven. De interviewer hoeft niet de

volgorde van de vragenlijst te volgen en de interviewer mag ingaan op interessante antwoorden van de respondent (Bryman, 2008). Semigestructureerde interviews zorgen voor flexibiliteit, terwijl wel de vragen waar je echt een antwoord wilt hebben, gedekt zijn (Van Hoven & Douma, 2012). Het is belangrijk dat de vragen uit het interview open vragen zijn. Respondenten moeten een breder antwoord kunnen geven dan enkel ja of nee. Het gaat om de uitleg op het ja of nee of om een verklaring (Bryman, 2008).

Semigestructureerde interviews zijn van belang voor dit onderzoek omdat de respondenten de vrijheid krijgen te vertellen wat ze over hun levenskwaliteit kwijt willen. Voor de hoofdvraag is deze onderzoeksmethode van belang omdat er dieper ingegaan kan worden op bepaalde antwoorden en om meer te weten te komen over het waarom van bepaalde factoren die hun welzijn beïnvloeden en hoe zij dit beleven. Interviews zijn van belang voor het onderzoek om inzicht te krijgen in de percepties van zelfstandig wonende ouderen over factoren hun welzijn beïnvloeden en hoe zij hun levenskwaliteit beleven. Vragen zijn gebaseerd op het uitleggen en verklaren van ouderenwelzijn. Tijdens de interviews worden vragen gesteld over de persoonlijke kenmerken van de respondent, tevredenheid met de buurt, condities van welzijn, buurtkenmerken, voorzieningen die vaak gebruikt worden en het sociale leven van de respondent.

Een gevaar van dit onderzoeksinstrument vormen de antwoorden die duiden op sociale wensbaarheid. De antwoorden van de respondenten kunnen sociaal wensbaar van aard zijn, dit betekent dat respondenten het antwoord zullen geven waarvan zij denken dat de interviewer die graag wil horen (Pacek & Radcliff, 2008). Dan bestaat het gevaar dat na de interviews nog geen goed beeld is ontstaan waar subjectief welzijn van zelfstandig wonende ouderen uit bestaat en hoe het wordt beleefd.

Er zijn in totaal achttien interviews afgenomen met zelfstandig wonende ouderen. In Groenord zijn er tien interviews gehouden en in de Westwijk acht. Bij achttien interviews wordt verwacht een zogenaamde 'theoretical saturation' te bereiken: de concepten waar naar gevraagd wordt zijn volledig duidelijk geworden door de resultaten uit het interview en er komen geen nieuwe inzichten meer voort uit nieuwe interviews (Bryman, 2008). Echter, voordat deze 'theoretical saturation' door middel van interviews bereikt kan worden, moeten de respondenten benaderd worden.

5.7 Respondentenwerving

Bij de respondentenwerving moet een 'sample' van de bevolking genomen worden. Een sample is het deel van de bevolking dat geselecteerd is voor het onderzoek (Bryman, 2008). In dit onderzoek is de sample gekozen uit zelfstandig wonende ouderen in de wijk Groenord in de gemeente Schiedam en de Westwijk in de gemeente Vlaardingen. Het is van belang dat de sample altijd een representatieve afspiegeling is van de bevolking (Byman, 2008).

Er bestaan verschillende manieren waarop een sample gekozen kan worden. Maar voordat gekozen werd op welke manier de sample benaderd zou worden, was het van belang te bepalen wat het profiel van deze zelfstandig wonende ouderen zou zijn. Het profiel zou over het algemeen 75-plussers worden, omdat voornamelijk deze groep gebruik maakt van de voorzieningen van zorgcentra. Als er jongere ouderen zijn die gebruik maken van de voorzieningen van een zorgcentrum, zijn ook zij interessant voor het onderzoek. Een ander belangrijk criterium is dat de zelfstandig wonende ouderen goed 'aanspreekbaar' zijn. Dit betekent dat de ouderen niet dement mogen zijn omdat zij wellicht geen goed beeld kunnen schetsen over wat welzijn voor hen betekent

en omdat dan geen eerlijke vergelijking gemaakt kan maken met ouderen die niet dement zijn. Een ander selectiecriteria is dat zowel mannen als vrouwen geïnterviewd worden en dat er ten minste één echtpaar geïnterviewd word. Hoewel er een aantal 'selectiecriteria' zijn, zijn de respondenten verder willekeurig gekozen.

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van 'snowball sampling' en 'convenience sampling'. Snowball sampling is een samplingmethode dat niet op kans is gebaseerd, maar waarbij de onderzoeker contact maakt met een kleine groep mensen die relevant zijn voor het onderzoeksonderwerp. De onderzoeker 'gebruikt' deze kleine groep mensen om in contact te komen met andere belangrijke mensen die van belang kunnen zijn voor het beantwoorden van de vragen. Bij convenience sampling wordt een sample geselecteerd vanwege haar beschikbaarheid van tijd (Bryman, 2008). In dit onderzoek wordt van deze twee samplingmethoden gebruikt gemaakt. Van snowball sampling is sprake omdat in beide wijken contact is gemaakt met een contactpersoon en via deze contactpersonen in contact getreden kan worden met mogelijke respondenten. In de wijk Groenoord in Schiedam is er een contactpersoon van zorgcentrum Harg-Spaland, waarbij in overleg mogelijke respondenten worden geselecteerd. Vervolgens heb ik de respondenten zelf aangesproken met de vraag of zij interesse hebben om mee te werken aan mijn onderzoek. Hierbij ging snowball sampling over in convenience sampling. De sample is uiteindelijk geselecteerd op basis van beschikbaarheid en de wens van respondenten wel of niet mee te willen werken. In de Westwijk in de gemeente Vlaardingen is contact gemaakt met een zelfstandig wonende oudere die af en toe gebruik maakt van de faciliteiten van zorgcentrum de Wetering. Deze contactpersoon heeft andere zelfstandig wonende ouderen gevraagd of zij wellicht interesse hebben mee te werken aan het onderzoek. Deze contactpersoon heeft een informatiebriefje met de uitleg van mijn onderzoek en mijn persoonlijke gegevens overhandigd en mij het telefoonnummer van deze mogelijke respondenten gegeven. Vervolgens heb ik de respondenten gebeld met de vraag of ze interesse hadden om mee te werken en is vervolgens een interviewafspraken gepland. Daarnaast hebben een aantal van deze respondenten mij weer verder geholpen met het vinden van nog een aantal respondenten.

De semigestructureerde diepte-interviews, achttien in totaal, hebben plaatsgevonden in de periode van 16 april tot 2 mei 2014. Zes interviews hebben plaatsgevonden in zorgcentrum Harg-Spaland. Gekozen is voor een ruimte in Harg-Spaland omdat respondenten dan geïnterviewd kunnen worden op een plek waar zij regelmatig komen en zich vertrouwd voelen. De andere twaalf interviews hebben plaatsgevonden bij de respondenten thuis. Respondenten nodigden mij uit om bij hen thuis het interview plaats te laten vinden. Respondenten uit Groenoord vonden dit prettig omdat zij dan het huis niet uit hoeven of om vrijer te kunnen praten. De interviews met de respondenten uit de Westwijk hebben ook bij de respondenten thuis plaatsgevonden omdat zorgcentrum de Wetering niet mee wilde werken en daarom daar geen ruimte geregeld kon worden.

Het transcript van de interviews met respondenten uit Groenoord in Schiedam staan in bijlage 1. Bijlage 2 vormt het transcript van de interviews met respondenten uit de Westwijk in Vlaardingen.

5.8 Grounded theory

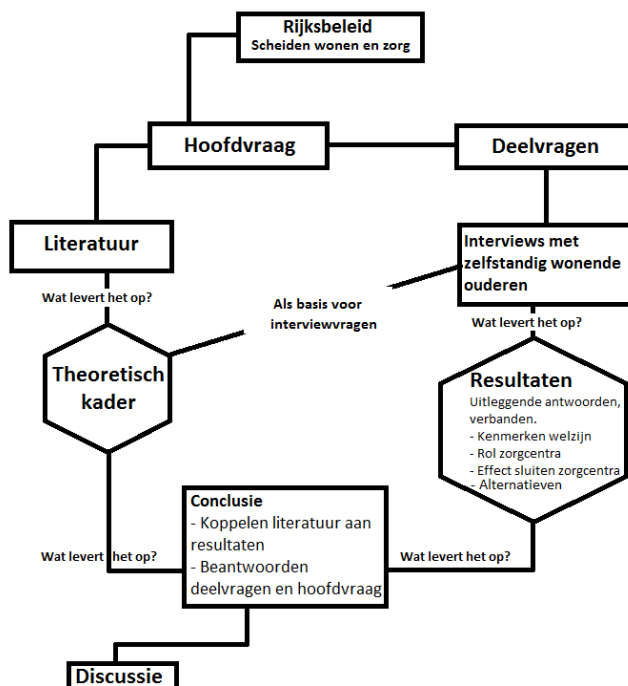
Nadat de interviews zijn afgenomen zullen de interviews getranscribeerd worden. Transcriberen leidt tot een transcript: de geschreven vertaling van een opgenomen interview. Dit betekent dat alle interviews opgenomen zijn en dit heeft geresulteerd in achttien audiobestanden. Deze

audiobestanden zijn afgeluisterd en getranscribeerd tot een geschreven transcript. Vervolgens is de data gecodeerd met behulp van de 'grounded theory'. Een grounded theory is de aanpak voor de analyse van kwalitatieve gegevens met als doel een theorie te genereren. Het werken met een codeerschema is onderdeel van de grounded theory. Hierbij wordt een grote hoeveelheid kwalitatieve data, die afkomstig is uit de semigestructureerde interviews, systematisch geanalyseerd. Interviews worden tijdens het codeerproces gecodeerd. Codering is een proces waarbij de data wordt verdeeld in verschillende onderdelen die een naam krijgen. Het coderingsproces bestaat uit 'open', 'axial' en 'selectieve' codering. Bij de open codering worden de belangrijkste citaten uit het transcript in het codeerschema gezet en wordt het kort beschreven. Vervolgens krijgt het een concept toegewezen. Dit heet de axial codering. Hierna is het codeerschema af en kan begonnen worden aan het schrijven van de resultaten. In de analyse van de resultaten komen alleen de onderdelen van de selectieve codering. Hierbij wordt de data uit de codeerschema's verwerkt in de resultaten. Tot slot worden de verschillende concepten die zijn voortgekomen uit de axial codering in de resultaten met elkaar vergeleken (Bryman, 2008).

De codeerschema's zullen opgenomen worden als bijlagen. Bijlage 3 vormt het codeerschema van de interviews uit Groenord en in bijlage 4 staat het codeerschema voor de Westwijk.

5.9. Schema koppeling onderdelen van dit onderzoek

Tussen de verschillende onderdelen en hoofdstukken van dit onderzoek, bestaan verbanden. Het nieuwe rijksbeleid van de overheid is de aanleiding geweest voor deze thesis. Daaruit is een hoofdvraag met deelvragen voortgekomen. Bij de hoofdvraag is literatuur gezocht en dit heeft geleid tot een theoretisch kader. De interviewvragen zijn gemaakt op basis van het theoretisch kader en de deelvragen. De data uit de interviews leveren de resultaten op. Samen met het theoretisch kader vormen de resultaten de conclusie. Deze conclusie wordt tot slot bediscussieerd.



6. Buurtbeschrijving

In deze scriptie gaat het over het welzijn van zelfstandig wonende ouderen en de effecten van het sluiten van zorgcentra op dit welzijn. Gekozen is voor een vergelijkende casestudie, dit betekent dat twee cases met elkaar vergeleken gaan worden. De vergelijkende casestudie richt zich op de wijk Groenoord in de gemeente Schiedam en de Westwijk in de gemeente Vlaardingen. Een vergelijkende casestudie is voordelig voor dit onderzoek omdat zo vergeleken kan worden of het welzijn van zelfstandig wonende ouderen in beide buurten van dezelfde factoren afhankelijk zijn en om te zien of de mogelijke gevolgen van het sluiten van een zorgcentrum in de ene wijk dezelfde mogelijke gevolgen en meningen kent. In dit hoofdstuk wordt gekeken naar drie aspecten. Allereerst wordt per wijk gekeken naar de bevolkingssamenstelling. Ten tweede wordt er gekeken naar de positie van zelfstandig wonende ouderen in de buurt. Tot slot wordt gekeken naar het zorgcentrum in beide buurten. Deze drie aspecten zijn van belang voor de probleemstelling. Het is belangrijk om te weten hoeveel ouderen in de buurt wonen en hoeveel ouderen gebruik zouden kunnen maken van het zorgcentrum. Het derde aspect is relevant omdat er gekeken wordt naar het zorgcentrum waar de zelfstandig wonende ouderen in dit onderzoek gebruik van maken. Hierbij wordt gekeken naar de faciliteiten die het zorgcentrum biedt en de ligging in de wijk.

Gekozen is voor een vergelijkende casestudie tussen de wijk Groenoord in Schiedam en de Westwijk in Vlaardingen. Deze twee wijken zijn gekozen omdat het allebei naoorlogse wijken zijn, er veel ouderen wonen en omdat beide wijken een zorgcentrum hebben waar ouderen uit de buurt terecht kunnen voor een maaltijd, activiteiten of een kopje koffie. Het verschil tussen de twee wijken is dat het zorgcentrum in de Westwijk (de Wetering) vanaf 1 januari 2015 gaat sluiten en de zelfstandig wonende ouderen hier dan niet meer terecht kunnen. Zorgcentrum Harg-Spaland (in Groenoord) zal niet sluiten en de omwonenden kunnen hier in de toekomst gewoon terecht.

6.1. Groenoord

De gemeente Schiedam beschrijft de wijk Groenoord als “een naoorlogse wijk met veel galerij- en portiekwoningen, die meerdere etages tellen” (Gemeente Schiedam, 2014). Groenoord is een vrij grote wijk, die door het Centraal Bureau van de Statistiek in drie deelgebieden onderverdeeld is: Groenoord-Zuid (72), Groenoord-Midden (73) en Groenoord-Noord (74) (Gemeente Schiedam, 2013). Door deze drie deelbuurten samen te nemen, wordt Groenoord in het noorden afgebakend door de Brederoweg en het Bachplein, in het oosten door de Churchillweg, door de A20 in het zuiden en de toekomstige A4 ten westen van de wijk.

Figuur 6.1. Indeling en afbakening Groenoord



Bron: Gemeente Schiedam, 2013; Google Maps, 2014.

De afgelopen jaren is er veel gebeurd in Groenoord. Sinds 2000 zijn veel flats gesloopt en is er vervangende nieuwbouw voor in de plaats gekomen. Ondanks de vervangende nieuwbouw, is de structuur van de wijk niet erg aangepast: nog altijd 94 procent van de woningen zijn appartementen (Gemeente Schiedam, 2013).

Daarnaast kent de wijk vele voorzieningen: supermarkten, sportvoorzieningen, scholen en medische voorzieningen. Groenoord is een goed te bereiken wijk, het ligt aan de afslag van de A20 en kent daarnaast een aantal bus- en tramverbindingen naar het centrum van Schiedam en naar Rotterdam.

6.1.1. Bevolkingssamenstelling

94 procent van de woningen in Groenoord zijn appartementen. Door wat voor type mensen worden deze appartementen bewoond? In tabel 6.1. is af te lezen hoe de bevolkingssamenstelling in leeftijdsgroepen in jaren in percentages van de bevolking en de verschillende huishoudens in percentages, in Groenoord zich verhoudt tot Schiedam als geheel.

Tabel 6.1. Leeftijdsgroepen, huishoudens in percentages in Groenoord en Schiedam

	Groenoord	Schiedam
Leeftijdsgroepen in jaren in percentages van de bevolking op 1 januari 2013		
- 0-19	21,0	22,3
- 20-34	18,4	19,8
- 35-49	17,0	22,1
- 50-64	17,0	19,6
- 65-85	22,8	13,9
- 85-plus	3,8	2,2

Totaal	100	100
Huishoudens in percentages op 1 januari 2013		
- Echtpaar zonder kinderen	16,9	16,2
- Echtpaar met kinderen	11,2	15,9
- Eenoudergezinnen	14,3	12,2
- Alleenstaand	53,7	54,0
- Partnerrelatie	1,0	1,4
- Huwelijkse staat	0,2	0,3
Totaal	100	100

Bron: Gemeente Schiedam, 2014, bewerking door Kerdel, 2014

In tabel 6.1 is af te lezen dat Groenord gekenmerkt wordt door een hoog percentage 65-84 jarigen en 85-plussers. Maar liefst 22,8 procent van 9.047 inwoners van Groenord valt op 1 januari 2013 in de leeftijdscategorie 65-84 jarigen. Dit is een hoog percentage als het vergeleken wordt met Schiedam als geheel. Slechts 13,9 procent van de Schiedammers valt in deze leeftijdscategorie. Ook het percentage 85-plussers valt hoger uit in Groenord dan in Schiedam als geheel. De groep 65-84 jarigen vormen de grootste leeftijdscategorie in Groenord. Dit betekent dat het grootste gedeelte van de bewoners de pensioengerechtigde leeftijd hebben bereikt. 65-plussers zijn kwetsbaarder dan andere bevolkingsgroepen, dit is belangrijk om in acht te nemen bij het maken van plannen voor de wijk. Als er naar de andere leeftijdsgroepen gekeken wordt, is het percentage in Groenord juist lager in vergelijking met heel Schiedam. Als gekeken wordt naar de huishoudensgroepen in percentages, valt op dat het percentage aantal echtparen zonder kinderen niet veel hoger is dan het percentage over geheel Schiedam genomen en dat ook het aantal alleenstaanden niet veel hoger is dan het percentage over geheel Schiedam gezien. Een mogelijke verklaring van het feit dat het aantal alleenstaanden in Groenord ruim 54 procent is, is dat veel van de 65-plussers in weduwstaat zullen verkeren. Ook het percentage echtparen zonder kinderen is iets hoger dan het percentagecijfer van Schiedam als geheel. Een mogelijke verklaring kan hier ook liggen bij het aantal 65-plussers: de 65-plussers die niet weduwe zijn, zijn zeer waarschijnlijk getrouwd of wonen samen. De kinderen zijn de deur uit.

Uit tabel 6.1 is gebleken dat de bevolking van Groenord gekenmerkt wordt door veel ouderen. Dit komt ook doordat Groenord een zorgcentrum voor ouderen kent: zorgcentrum Harg-Spaland. Echter, zorgcentrum Harg-Spaland kent 84 zorgplaatsen (Frankelandgroep, 2014), dat betekent dat er op 1 januari 2013 maar liefst 2.325 zelfstandig wonende ouderen in Groenord wonen (Gemeente Schiedam, 2014).

6.1.2. Zorgcentrum Harg-Spaland

Harg-Spaland is een zorgcentrum dat plaats biedt aan 84 zorgbehoevende ouderen. Het zorgcentrum is gelegen aan de Willem-Andriessenlaan, achter de Churchillweg en Laan van Bol'Es in Groenord-Midden. Harg-Spaland kent een tweetal ontmoetingsruimten. Allereerst heeft Harg-Spaland een brasserie waar de bewoners, maar ook gasten 's middags of 's avonds een maaltijd kunnen eten of koffie kunnen drinken. Daarnaast heeft Harg-Spaland een Multi Functioneel Centrum waar vele activiteiten worden georganiseerd, zoals klaverjassen, handwerken, bewegen voor ouderen en bloemschikken. Daarnaast faciliteert het zorgcentrum een internetcafé, bibliotheek, kapsalon, pedicure en een toko (Frankelandgroep, 2014). Tot slot biedt Frankelandgroep (waar Harg-Spaland

onderdeel van uitmaakt), Thuiszorg Ouderen Frankelandgroep aan voor zelfstandig wonende ouderen.

De bewoners van Harg-Spaland, maar ook zelfstandig wonende ouderen in de rest van de wijk mogen gebruik maken van de voorzieningen van Harg-Spaland. Door samenwerking met woningcorporatie Woonplus richt Harg-Spaland zich daarnaast niet alleen op dienst- en serviceverlening aan hun eigen inwoners, maar richten zij zich ook op zelfstandig wonende ouderen, onder andere door de dienst Thuiszorg Ouderen Frankelandgroep (Frankelandgroep, 2014). Zoals eerder besproken, wonen er meer dan tweeduizend zelfstandig wonende ouderen in Groenoord (Gemeente Schiedam, 2014). Groenoord heeft dan ook een groot aantal zelfstandige wooneenheden speciaal voor ouderen. Groenzicht en Meerzicht zijn aanleunwoningen met zelfstandige wooneenheden voor ouderen. Groenzicht en Meerzicht bevinden zich tegen Harg-Spaland aan en via de galerijen kan – zonder dat men de straat op hoeft – zorgcentrum Harg-Spaland bereikt worden. Daarnaast biedt de wijk Groenoord nog meer seniorenwoningen: de Nieuwe Harg, de Suite en Het Menuet (Frankelandgroep, 2014).

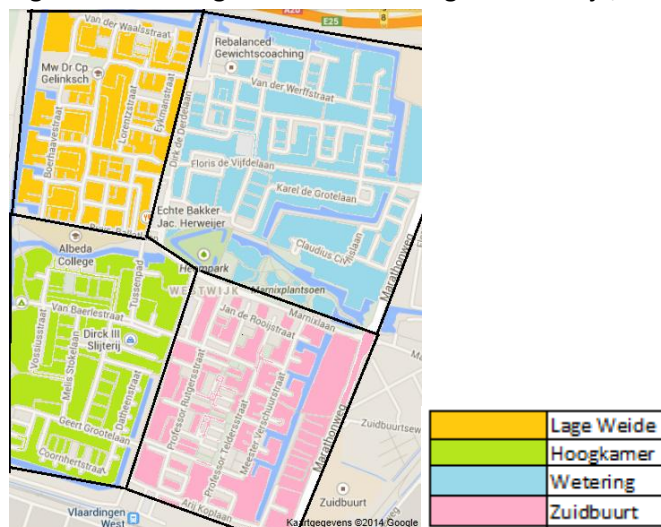
6.1.3. Conclusie Groenoord Schiedam

Groenoord is een naoorlogse wijk met veel portiek- en galerijwoningen, vele voorzieningen en een zorgcentrum. Er wonen veel 65-plussers in de wijk.

6.2. De Westwijk, Vlaardingen

De gemeente Vlaardingen beschrijft de Westwijk als een ruime en mooi groene wijk die in de jaren vijftig van de vorige eeuw gebouwd is (Gemeente Vlaardingen, 2014). De Westwijk is een grote wijk qua oppervlakte. De Westwijk is in vier buurten te verdelen: Lage Weide, Zuidbuurt, Wetering en Hoogkamer (CBS, 2004; Gemeente Vlaardingen, 2013).

Figuur 6.2. Plattegrond en afbakening de Westwijk, Vlaardingen



Bron: CBS, 2004; Google Maps, 2014. Bewerking door Kerdel, 2014.

De Westwijk kent veel voorzieningen zoals supermarkten, scholen, speeltuinen, tandartsen, fysiotherapeuten en dergelijke (Gemeente Vlaardingen, 2013). De Westwijk is goed bereikbaar: per auto via de A20 en de Marathonweg en er zijn diverse busverbindingen van en naar de Westwijk.

6.2.1 Bevolkingssamenstelling

De Westwijk is een naoorlogse, ruim opgezette wijk. Wat is de bevolkingssamenstelling van deze buurt? In tabel 6.2 zijn de leeftijdsgroepen in jaren in percentages van de bevolking op 1 januari 2013 en de huishoudens in percentages af te lezen.

Uit tabel 6.2. komt naar voren dat het percentuele aantal 65-84 jarigen in de Westwijk lager is dan in Vlaardingen als geheel. In plaats daarvan is te zien dat het een wijk is met een relatief hoog percentage kinderen en jongeren van 0 tot 19 jaar. Opvallend is dat in de Westwijk het percentage 65-plussers hoger is dan het aantal 50 tot 64 jarigen. Dit kan te maken hebben met het zorgcentrum dat in de wijk gevestigd zit: 65-plussers van buiten de wijk die in het zorgcentrum komen wonen. Wat verder opvalt uit tabel 6.2. is dat het percentage huishoudens dat samenwoont met kinderen plus het aantal eenoudergezinnen lager is dan het percentage alleenstaande huishoudens. Op basis van het hoge percentage kinderen in de leeftijd van 0 tot 19 jaar, was de verwachting dat het aantal samenwonende met kinderen plus eenoudergezinnen hoger uit zou vallen dan het percentage alleenstaanden. Dit kan betekenen dat in de andere leeftijdscategorieën veel alleenstaande huishoudens zijn.

Tabel 6.2. Leeftijdsgroepen, huishoudens in percentages in de Westwijk en Vlaardingen

	Westwijk	Vlaardingen
Leeftijdsgroepen in jaren in percentages van de bevolking op 1 januari 2013		
- 0-19	23,9	21,3
- 20-34	21,5	18,2
- 35-49	21,7	20,6
- 50-64	16,4	20,0
- 65-84	15,1	17,0
- 85-plus	2,5	2,8
Totaal	100	100
Huishoudens in percentages op 1 januari 2013		
- Alleenstaand	41,1	39,1
- Samenwonend zonder kinderen	24,9	28,8
- Samenwonend met kinderen plus eenoudergezinnen	33,6	32,1
Totaal	100	100

Gemeente Vlaardingen – Vlaardingen in cijfers, 2013, bewerking door Kerdel, 2014

6.2.2. Zorgcentrum De Wetering

De Westwijk wordt meer gekenmerkt door jongeren onder de twintig jaar, dan door ouderen. Toch wonen er ruim tweeduizend ouderen in de wijk. Van de ruim tweeduizend ouderen, wonen 74 ouderen in zorgcentrum de Wetering. De andere ouderen wonen allen zelfstandig in de buurt.

De Wetering is een zorgcentrum die naast 74 plekken voor intramurale zorg, aanvullende psychogeriatrische somatische verpleeghuiszorg, dagopvang, psychiatrische begeleiding en psychogeriatrische dagbehandeling verzorgt. Daarnaast faciliteert de Wetering diverse voorzieningen, zoals een brasserie, winkel, bibliotheek, kapsalon en internetcafé. Tot slot worden er diverse

activiteiten georganiseerd: het spelen van gezelschapsspellen, gymnastiek en muziekactiviteiten (Argos Zorggroep, 2012).

Deze faciliteiten zijn niet alleen bestemd voor bewoners van zorgcentrum de Wetering, ook zelfstandig wonende ouderen die in de wijk wonen mogen er gebruik van maken (Argos Zorggroep, 2012). De Westwijk kent een aantal seniorencomplexen. Résidence de Wetering zijn 55-plus woningen die aan de Wetering gekoppeld zijn. Daarnaast kent de Westwijk nog een aantal seniorencomplexen, onder andere aan de Blois van Treslongstraat, Frank van Borselenstraat, Arij Koplaan en Marnixlaan.

6.2.3. Sluiting van de Wetering

In 2015 zal de Wetering als gevolg van het nieuwe rijksbeleid haar deuren gaan sluiten. Faciliteiten van het zorgcentrum sluiten zeer waarschijnlijk ook (onzeker is of de recreatiezaal van de Wetering blijft bestaan of ook sluit). Voor de huidige bewoners heeft het als consequentie dat ze overgeplaatst zullen worden naar een ander zorgcentrum. Er wordt echter geen aandacht besteed aan de effecten voor zelfstandig wonende ouderen in de Westwijk die gebruik maken van de faciliteiten van de Wetering. In dit onderzoek zal daar juist de aandacht op komen te liggen.

6.3.4. Conclusie de Westwijk

De Westwijk is een naoorlogse, ruim opgezette wijk met veel winkelvoorzieningen en met een hoog percentage kinderen en jongeren tot twintig jaar. Toch huisvest de wijk ook ruim tweeduizend zelfstandig wonende ouderen.

6.4. Vergelijking Groenord en de Westwijk

Groenord en de Westwijk zijn beide grote, naoorlogse wijken met veel appartementen. De Westwijk heeft een grotere bevolkingsomvang op 1 januari 2013 dan Groenord, namelijk 12.400 inwoners in de Westwijk tegen 9.047 inwoners in Groenord. Groenord kent echter een hoger percentage 65-plussers: 26,6 procent van de inwoners is 65-plus. In de Westwijk is het percentage ouderen slechts 16,6 procent. Groenord is een meer vergrijsde wijk dan de Westwijk.

7. Analyse van de resultaten

Om meer te weten te komen over ouderenwelzijn en de mogelijke gevolgen van het sluiten van zorgcentra op zelfstandig wonende ouderen, zijn er achttien semigestructureerde interviews gehouden, met in totaal twintig respondenten. Twaalf respondenten, in tien interviews, wonen in de wijk Groenord in Schiedam en maken gebruik van de faciliteiten van zorgcentrum Harg-Spaland, een zorgcentrum dat niet zal sluiten. De andere acht respondenten wonen in de Westwijk in Vlaardingen en maken gebruik van de faciliteiten van zorgcentrum de Wetering. De Wetering zal in 2015 haar deuren sluiten. Over het lot van de recreatiezaal moet echter nog wel worden beslist. De respondenten uit Groenord worden respondent 1, respondent 2, enzovoorts, genoemd. De respondenten uit de Westwijk worden respondent A, respondent B, enzovoorts genoemd. Er wordt gebruik gemaakt van deze manier van noteren om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen.

Om een beeld te krijgen van de respondenten, is in tabel 7.1 af te lezen welke leeftijd en geslacht de respondenten hebben en in welke huwelijks staat de respondenten verkeren.

Tabel. 7.1. Geslacht, leeftijd en huwelijks staat van de respondenten

Respondent	Geslacht	Leeftijd in jaren	Huwelijks staat
Groenord			
Respondent 1	Vrouw	85	Weduwe
Respondent 2	Man	84	Weduwe
Respondent 3	Man	85	Weduwe
Respondent 4	Vrouw	86	Gescheiden/weduwe
Respondent 5	Vrouw	81	Weduwe
Respondent 6a	Man	83	Getrouwd
Respondent 6b	Vrouw	82	Getrouwd
Respondent 7a	Vrouw	81	Weduwe
Respondent 7b	Vrouw	83	Weduwe
Respondent 8	Vrouw	90	Weduwe
Respondent 9	Man	97	Getrouwd, woont alleen
Respondent 10	Vrouw	75	Weduwe
De Westwijk			
Respondent A	Vrouw	79	Weduwe
Respondent B	Man	90	Weduwe
Respondent C	Vrouw	89	Weduwe
Respondent D	Vrouw	85	Weduwe
Respondent E	Vrouw	79	Weduwe
Respondent F	Vrouw	81	Weduwe
Respondent G	Vrouw	82	Weduwe
Respondent H	Vrouw	63	Gescheiden

De respondenten zijn tussen de 63 en 97 jaar oud. De jongste respondent valt net buiten de gebruikelijke classificatie voor 'ouderen', maar de respondent woont in een 55-pluswoning en gaat een keer in de maand naar de bingo in de Wetering. Dit is de reden waarom deze respondent benaderd is voor een interview. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 83 jaar. Ondanks deze hogere leeftijd, wonen alle respondenten zelfstandig, al dan niet in een seniorenwoning. Respondenten krijgen wel hulp in de huishouding. De mobiliteit van de respondenten wisselt: de één rijdt nog auto of fietst nog, terwijl anderen afhankelijk zijn van hun rollator om een stukje te lopen. Een afname van de mobiliteit zou betekenen dat de respondenten minder naar buiten kunnen. Dit betekent dat het een kwetsbare groep is. De respondenten zijn te typeren als sociale maar ook zelfstandige ouderen, die houden van een praatje, maar ook graag alleen thuis zitten.

In deze analyse van de resultaten zal de data gebruikt worden die verzameld is door middel van semigestructureerde interviews. Het transcript van de interviews is opgenomen in bijlagen 1 (Groenoord) en 2 (De Westwijk). De informatie uit deze databronnen zullen geanalyseerd worden in deze analyse, om vervolgens in de conclusie aan theorieën uit het theoretisch kader gekoppeld te worden. De resultaten zijn geanalyseerd in vier thema's:

- Kenmerken van welzijn en de beleving hiervan door zelfstandig wonende ouderen;
- Rol van het zorgcentrum in het leven van zelfstandig wonende ouderen;
- Mogelijke gevolgen van de sluiting van zorgcentra;
- Alternatieve voorzieningen in de buurt.

De thema's zijn opgezet aan de hand van de vier deelvragen die in hoofdstuk 4 (de probleemstelling) besproken zijn. De vier thema's zullen geanalyseerd worden aan de hand van de data die verzameld is tijdens het houden van interviews. Bij ieder thema zal de data uit de verschillende wijken met elkaar vergeleken worden.

7.1 Kenmerken en beleving van welzijn

Om te weten welke mogelijke gevolgen het sluiten van een zorgcentrum heeft op het welzijn van zelfstandig wonende ouderen, is het van belang te weten welke factoren invloed hebben op het ouderenwelzijn. Tijdens de dataverzameling is gevraagd naar het cijfer dat de respondent geeft voor zijn of haar huidige leven en waar dat cijfer op gebaseerd is. Het doel van deze vraag is te achterhalen welke factoren belangrijk zijn bij het beoordelen van geluk en tevredenheid met het leven en of hier overeenstemming over bestaat tussen ouderen.

7.1.1 Levenskwaliteit

Negentien van de twintig respondenten gaven het leven een cijfer. Het gemiddelde cijfer dat gegeven werd onder alle respondenten is een 7,8. De respondenten in Schiedam gaven gemiddeld een 7,6 aan het leven, terwijl respondenten in Vlaardingen een 8,1 gemiddeld gaven. In tabel 7.2 zijn de cijfers van de respondenten af te lezen. De factoren waarop het cijfer gebaseerd is, verschilt van persoon tot persoon. De antwoorden varieerden van sociaal kapitaal, gezondheid, levensloop, actief zijn tot de woning.

Tabel 7.1 Cijfer levenskwaliteit respondenten

Zorgcentrum	Respondent	Cijfer
De Wetering	A	8
	B	8
	C	10
	D	8
	E	8
	F	8
	G	8
	H	7
	Gemiddelde	
Harg-Spaland	1	8
	2	8
	3	7
	4	8
	5	7
	6a	9
	7a	7
	7b	8
	8	8
	9	6
	10	7,5
Gemiddelde		7,6
Gemiddelde Harg-Spaland en De Wetering		7,8

Bron: bijlage 1 en bijlage 2, Kerdel, 2014.

De woning en het actief zijn werden slechts door drie respondenten genoemd. Twee van de respondenten waren blij met hun woning en vertelden dat hun cijfer daarop gebaseerd was. Een andere respondent vertelde dat het leven een 7,5 krijgt omdat zij altijd actief is gebleven door middel van vrijwilligerswerk.

Respondenten hebben voornamelijk sociaal contact met familie of vrienden. Respondent E, een vrouw van 79, baseerde hier haar cijfer op: "Een 8, omdat ik het nog erg gezellig heb, met vriendinnen en de dingen die ik allemaal nog meemaak" (Respondent E, p. 21). Daarnaast speelt ook familie een grote rol, voornamelijk de opvang door familie na overlijden van een partner.

Ook gezondheid kwam een aantal keer naar voren. In de gevallen dat gezondheid direct genoemd werd, had het een positief effect op het welzijn van de ouderen. "Ik ben toch behoorlijk gezond. Dat ik het nog een beetje ... positief zie, tot op heden" (Respondent 2, p. 5), zei respondent 2, een man van 84 jaar oud. Respondent 5, een vrouw van 81, is het hier mee eens: "ik blijf gezond tot op heden" (p. 21). Een andere respondent beaamt dat. Haar gezondheid is in zo'n mate goed, dat zij het leven toch een 8 moet geven, ondanks dat ze veel heeft meegemaakt: "Ja, op mijn gezondheid geef ik wel een 8. Maar ik heb het een en ander meegemaakt. Mijn zoon verloren... Maar mijn verdere leven, zeg maar een 8. We moeten door" (Respondent F, p. 28/29).

Respondenten noemen het doorgaan na het overlijden van hun partner of andere nare ervaringen als belangrijk onderdeel van het cijfer dat ze gegeven hebben. Daarnaast baseerden veel respondenten hun cijfer op basis van hun levensloop. De levenskwaliteit op basis van levensloop kent twee varianten. De eerste groep vergeleek hun leven nu met een minder goed verleden. Dit zorgt ervoor dat deze respondenten hun leven nu kunnen relativiseren en meer tevreden zijn met hun huidige leven. De tweede variant over levensloop is dat respondenten altijd een goed leven hebben gehad en dat dit goede leven ervoor zorgt dat respondenten nu ook tevreden zijn met hun leven. Deze respondenten vinden dat ze op basis van hun levensloop hun huidige leven geen laag cijfer mogen geven omdat ze anders ondankbaar overkomen.

Respondenten vonden het moeilijk aan te geven waarop hun cijfer gebaseerd is. Ze benoemden slechts één of twee facetten. Om meer te weten te komen over het welzijn en de beleving van het welzijn, is tijdens de interviews doorgevraagd naar kenmerken van het leven van de respondenten die mogelijk een rol spelen in het welzijn. Deze facetten komen voort uit de theorie die in hoofdstuk 3 besproken is. Deze kenmerken zijn gezondheid, autonomie, de buurt, voorzieningen, sociaal kapitaal en de verwachte toekomstige levenskwaliteit.

7.1.2 Gezondheid

Gezondheid wordt door een aantal respondenten gelijk genoemd. Andere respondenten stellen dat gezondheid, na doorvragen, een belangrijk onderdeel is van hun levenskwaliteit. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen respondenten die stellen dat gezondheid een rol speelt en respondenten die stellen dat gezondheid los staat van het welzijn. Als gezondheid namelijk wel mee zou spelen bij het cijfer, zou het cijfer dalen of juist stijgen.

De eerste groep respondenten stellen dat gezondheid inderdaad een rol speelt bij de beoordeling van tevredenheid met het leven. Dit heeft volgens respondent 3 te maken met de leeftijd. Hij is 85 jaar oud en daardoor komen er wat gezondheidsperikelen om de hoek kijken. Ook respondent 4, een vrouw van 86, stelt dat gezondheid belangrijk is bij de beoordeling van het leven, "want als je jezelf niet lekker voelt, dan vind je het ook niet prettig" (p. 16).

De tweede groep stelt dat gezondheid zeker mee speelt, maar dat het buiten het cijfer valt. Dit heeft diverse redenen. Respondent 5 stelt dat gezondheid geen grote rol speelt in het cijfer omdat ze te veel heeft meegemaakt. De dingen die ze heeft meegemaakt bepalen haar cijfer, ondanks dat haar gezondheid goed is.

Ik schuif hem een beetje weg. Wat eigenlijk misschien ook niet goed is maar. Ik ben blij dat ik nog gezond ben hoor, daar gaat het niet om. Maar, ja, om dat nou zo hoog aan te slaan. Nee. Ik heb zoveel meegemaakt (Respondent 5, p. 25).

Ook andere respondenten beginnen hier over. Respondent 7a vertelt dat gezondheid los staat van het cijfer en de tevredenheid met het leven. Volgens respondent D, een vrouw van 85 jaar, heeft dit te maken met het doorgaan met het leven en niet te veel stil te blijven staan bij de gezondheid. Ze vertelt:

Allebei de knieën en heupen versleten. En toen dacht ik zou ik er wat aan laten doen? Maar dat zouden vier operaties en vier revalidaties betekenen. Maar dat vind ik zonde van mijn

tijd. Ik kan zoveel leukere dingen doen. Dus ik heb een rollator waar ik achteraan hobbel (Respondent D, p. 15).

Hoewel gezondheid vaak buiten het cijfer gehouden wordt, bestaat het vermoeden dat gezondheid onbewust toch een rol speelt in de levenskwaliteit van de respondenten. Respondenten houden gezondheid het liefst buiten de beoordeling van geluk en tevredenheid met het leven omdat het cijfer dan vaak lager uit zou vallen. Bij respondent 1, een vrouw van 85, komt dit door nieuwe heupen waar ze nog steeds last van heeft. Ook loopt ze slecht vanwege haar knieën. Daardoor zou zij op basis van gezondheid een lager cijfer gegeven hebben. Een ander voorbeeld wordt gegeven door respondent E. Zij wil gezondheid buiten het cijfer houden, omdat het cijfer anders lager uit zou vallen. De respondent heeft beperkingen als gevolg van de ziekte van Crohn. Zij wil gezondheid buiten het cijfer houden, omdat er andere dingen, zoals sociale contacten, zijn waar zij wel tevredenheid en geluk uit kan putten.

Respondenten maken hier onbewust een keuze: beoordeel ik het leven op basis wat ik nog kan of op basis van beperkingen? Veel respondenten kiezen voor het eerste en kiezen ervoor gezondheidsbeperkingen buiten het cijfer te houden.

Er zijn ook respondenten die zich bewuster zijn van de rol van gezondheid in het leven. Respondent 8, een vrouw van 90 jaar oud, zegt dat gezondheid een belangrijke rol speelt bij de beoordeling van geluk en tevredenheid. Deze respondent geeft een 8 voor haar levenskwaliteit, ondanks dat haar lichaam haar in de steek laat. Het hoge cijfer dat de respondent geeft, is onder andere te danken aan haar mentale gezondheid. Ze heeft nog altijd de wilskracht om dingen te bereiken, ondanks dat haar lichaam haar in de steek laat: "maar ik kan nog wel uit het leven halen wat ik zelf kan en wat er nog inzit voor mij. Dat doe ik wel" (respondent 8, p. 44).

Tot slot zijn er twee respondenten, een man van 85 jaar en een man van 97 jaar oud, waar de gezondheid nog goed is, maar die de motivatie niet meer hebben veel activiteiten te ondernemen. Beide mannen stellen dat dit komt doordat ze vroeger teveel activiteiten hebben ondernomen, waardoor ze nu geen zin meer hebben om activiteiten te ondernemen. Respondent 9, de man van 97 jaar oud, stelt dat de verzorging die hem af en toe komt helpen nog nooit zo'n gezonde man hebben gezien, maar dat hij geen energie meer heeft om allerlei activiteiten te ondernemen. Dit komt ook omdat hij nog de zorg voor zijn vrouw heeft. Ondanks dat Harg-Spaland de zorg voor zijn vrouw over heeft genomen, gaat hij iedere middag naar haar toe. Deze gebeurtenis heeft ervoor gezorgd dat hij nog steeds wel gezond is, maar hem een ander mens hebben gemaakt waardoor hij geen energie meer heeft voor de dingen die hij vroeger leuk vond.

7.1.3 Autonomie

Autonomie heeft bij alle respondenten invloed gehad op het cijfer dat de respondenten gaven. Respondenten interpreteren autonomie en zelfstandigheid op verschillende manieren. Respondenten zien autonomie als de mobiliteit die ze ervaren. Anderen zien autonomie als het zelfstandig thuis kunnen wonen, al is het soms met wat huishoudelijke hulp.

De ouderen die autonomie zien als het zelfstandig thuis kunnen wonen, met wat hulp van buitenaf om het huis schoon te houden, vonden dat autonomie van invloed was op het cijfer dat ze gaven. De respondenten waren blij dat ze hulp kregen in de huishouding omdat ze hierdoor niet in een vies huis hoeven te wonen en het hen helpt zelfstandig te (blijven) wonen. Hierdoor ervaren de respondenten

het thuis zijn vaak als iets positiefs. Respondent 5 zegt hierover: “Ik kan er goed mee weg. Ik heb een keer in de week hulp, maandagochtend voor het hoge werk. Maar verder doe ik alles zelf” (Respondent 5, p. 22). Respondent 5 ervaart echter wel een minpunt aan deze autonomie: ze voelt zich soms eenzaam. Respondent 8, die ook twee keer per week hulp krijgt, bijvoorbeeld met het douchen, maar voor de rest alles zelf nog doet, beaamt deze eenzaamheid: “Een mens is niet geboren om alleen te zijn vind ik” (Respondent 8, p. 45). Beide respondenten proberen deze eenzaamheid, of het ‘alleen zijn’, op te lossen. Ze komen allebei iedere dag naar zorgcentrum Harg-Spaland voor afleiding. Bovendien zoeken ze allebei nog voldoening in het leven. Respondent 8 zoekt dit in puzzels oplossen, boten kijken of een boek lezen. Zij zoekt voornamelijk mentale uitdagingen omdat ze fysiek niet meer in staat is alles te doen. Respondent 5 zoekt voldoening in haar mobiliteit: ze gymt één uur in de week en daarnaast loopt ze iedere dag minstens een half uur buiten om van de natuur te genieten.

Respondenten koppelen autonomie aan hun mobiliteit. Een aantal respondenten rijdt nog auto, fietst of neemt het openbaar vervoer. Respondent 4, een vrouw van 86, rijdt nog auto, maar kan niet meer hele stukken lopen. Door haar auto ziet ze zichzelf als onafhankelijk van anderen, ze kan zelf naar bestemmingen in Schiedam rijden wanneer ze dat zelf wil. Ook respondent 6A, een man van 83, ziet autonomie als belangrijk onderdeel van zijn welzijn. Hij vertelde hierover: “ik kan nog in mijn autootje stappen en nog overal heenrijden”. Zo gaat hij met zijn vrouw naar de markt in Hoogvliet of rijdt hij met gemak naar zijn dochter in Gouda. Zijn vrouw daarentegen voelt zich een stuk afhankelijker omdat zij geen auto kan rijden. Ze vindt het jammer dat ze niet zomaar even in de auto kan stappen en zelf ergens naartoe kan gaan als haar man daar geen zin in heeft.

Naast autorijden als sleutel voor mobiliteit en autonomie, is het kunnen fietsen, een stuk wandelen of met het openbaar vervoer reizen ook een belangrijk onderdeel van de zelfstandigheid van de respondenten. Respondent 10, een vrouw van 75 jaar oud, die vrijwilligerswerk doet bij zorgcentrum Harg-Spaland, drukt dit uit als: “Je hebt je vrijheid, je kan doen en laten wat je wil. Ik kan weggaan waartoe ik wil. ... Als ik denk, weet ik veel, naar Amsterdam, dan doe ik dat. Dat vind ik fijn”. Ook het kunnen fietsen speelt voor veel respondenten mee in het gaan en staan waar ze willen. Respondent B, een man van 90 jaar oud, huurt bijvoorbeeld ergens een fiets, waar hij dan met de trein heengaait, om vervolgens een stuk te fietsen. “Ik heb niemand nodig” (Respondent B, p. 7). De autonomie van deze respondent is goed qua fysieke activiteiten, maar wat betreft huishouden heeft hij wel hulp. Zijn kinderen doen de boodschappen en houden zijn huis schoon. Ook respondent F, een vrouw van 81 jaar oud, is erg blij met haar onafhankelijkheid. Ze fietst nog hele stukken. Op basis van haar autonomie geeft ze het leven een 10. Natuurlijk heeft ook zij weleens iemand nodig, maar dan staan haar kinderen klaar.

De respondenten vertelden dat zich onafhankelijk voelen van anderen, zowel degenen die zelf koken en het huis schoon houden, als de respondenten die hulp krijgen van anderen bij het koken, huishouden en boodschappen doen. Dit draagt positief bij aan het cijfer dat zij gegeven hebben. Ze krijgen zelfvertrouwen door zelf veel te doen en voelen dat ze nog controle hebben over hun eigen leven. Opvallend is dat de jongste respondent, respondent H, een vrouw van 63 jaar oud, zich juist onzeker voelt om het feit dat ze steeds meer hulp nodig heeft. Ze kan het nog niet accepteren dat ze door haar leeftijd steeds afhankelijker wordt van andere mensen. Dit is opvallend omdat juist alle andere, oudere respondenten nog wel controle ervaren, omdat ze nog thuis kunnen wonen, zelf

boodschappen kunnen doen, kunnen fietsen en dergelijke. Ze zijn tevreden over de mate waarin ze zelfstandig kunnen leven.

7.1.4 De buurt

Bijna alle respondenten hebben een positief gevoel ten opzicht van de buurt waarin zij wonen. Hierbij is er geen verschil tussen Groenoord en de Westwijk. Over Groenoord in Schiedam werd gezegd: “een fijne buurt, ik heb de winkels vlakbij, het vervoer vlakbij. Ja, ik vind de buurt fijn” (Respondent 1, p. 2). Ook vinden respondenten het een rustige omgeving. Respondenten 6, een getrouwd echtpaar van 83 en 82 jaar oud, geven wel aan dat ze zich soms onveilig te voelen door de verhalen die de ronde doen over overvallen. De Westwijk in Vlaardingen vinden respondenten ruim en groen. Daarnaast gaven de respondenten aan dat zij veel bekenden in de wijk hebben wonen.

Hoewel respondenten positieve gevoelens over hun buurt hebben, speelt de buurt niet altijd een rol bij de beoordeling van de levenskwaliteit. De groep die stelt dat de buurt geen invloed heeft op hun levenskwaliteit, voelen zich zeker wel thuis in de buurt, maar vinden dat hun levenskwaliteit over andere dingen gaat dan de buurt. Respondent 2, een man van 84 jaar, zegt hierover: “ik woon er mooi ... Ik woon er pakweg al 52 jaar ... Nee, het gaat over mijn leven zelf”. De buurt is wel belangrijk voor hem, maar hij heeft het niet meegenomen bij de beoordeling van zijn levenskwaliteit. Een andere respondent uit Groenoord stelt dat de buurt wellicht een beetje verwerkt is in het cijfer, maar dat dan meer gebaseerd is op zijn oude woning, net buiten Groenoord. Ook in de Westwijk is er een respondent die de buurt niet meegenomen heeft in haar huidige levenskwaliteit. Respondent C, een vrouw van 89 jaar, heeft het niet naar haar zin in de buurt, omdat ze de omgeving te stil vindt. Ze woonde voor dit huis midden in de stad aan een drukke weg. Om deze reden heeft de respondent de buurt niet meegenomen bij het beoordelen van haar levenskwaliteit.

De rest van de respondenten neemt de buurt wel mee bij het beoordelen van hun levenskwaliteit. Bij de vraag waarom de buurt een rol speelt bij de beoordeling van hun levenskwaliteit, antwoorden respondenten dat ze zich prettig voelen in de buurt. Het prettig voelen heeft te maken met drie onderwerpen: de verbondenheid met de buurt, de nabijheid van het zorgcentrum en de burens.

Het eerste onderwerp is de verbondenheid met de buurt. Respondenten voelen zich verbonden met de buurt. Veel respondenten wonen er al jaren in de buurt en voelen zich daardoor vertrouwd met. Respondenten willen niet meer weg. Anderen voelen zich verbonden door het zien van veel bedrijvigheid. Respondent 7b, een vrouw van 83 jaar oud, voelde zich naar verloop van tijd wel thuis in de buurt en geniet van de bedrijvigheid die ze aan de overkant ziet – de ingang van Harg-Spaland. Daarnaast voelen respondenten zich verbonden met de buurt doordat er genoeg mogelijkheden zijn om het openbaar vervoer te nemen – de tram en bus rijden frequent. Respondent 10 voelt zich daarnaast verbonden met Groenoord omdat al haar familie in de buurt woont. Ze zou dan ook nergens anders willen wonen. Bij respondent B gaat de verbondenheid met de buurt nog een stap verder. Hij speelde als kind aan de rivier de Wetering, dat zich nu vlak achter zijn huis bevindt. Deze herinneringen aan vroeger en de groene buurt nu, hebben een positieve invloed op zijn tevredenheid. Een ander soort verbondenheid leggen respondent D, een vrouw van 85 jaar oud, en respondent E, een vrouw van 79 jaar, uit: beide wonen al 55 jaar in de buurt en kennen veel mensen. Ook “komen de mensen terug die vroeger hier in de wijk gewoond hebben, maar door hun baan weggeweest zijn. Maar nu zijn ze ouder en vrij van werken zijn ... komen ze weer terug” (Respondent E, p. 55).

Het tweede onderwerp is de nabijheid van het zorgcentrum. Respondenten – voornamelijk de respondenten uit de aanleunwoningen en de woningen aan de overkant van het zorgcentrum – vinden het een veilig gevoel dat het zorgcentrum nabij is. Dit geldt zowel voor de respondenten uit Groenord als de Westwijk. Voor respondenten was dit een reden om in de aanleunwoning te gaan wonen. Respondent 1 vertelde hierover:

Ik had het toch genomen, vanwege de zorg die je toch eventueel nodig gaat krijgen. Ja, ik ben 85 jaar. En het kan toch natuurlijk wel eens iets, dat je toch iets meer. Dat idee in je achterhoofd dat er toch zorg is, je hoeft maar even te bellen en ze komen al (p. 2).

Ook respondent 6b vindt het een geruststellend idee dat zorgcentrum Harg-Spaland in kan springen als het nodig mocht zijn: “Het is voor ons natuurlijk heel fijn, je kunt op het belletje drukken. Het is niet te hopen, maar als er wat mankeert is het natuurlijk wel fijn” (p. 32).

Respondenten in de Westwijk, voornamelijk de respondenten die in Résidence de Wetering wonen, zijn het hier mee eens. Zij hebben geen bel of alarm waar ze op kunnen drukken om de Wetering te alarmeren als er iets aan de hand is, maar mogen wel altijd de receptie van zorgcentrum de Wetering bellen. Voor veel respondenten was het echter wel een reden om er te gaan wonen. Respondenten voelen zich erdoor beschermd. “Je hebt hier feitelijk alles bij de hand” vertelde respondent G, een vrouw van 82 jaar over de Wetering. Respondent D is, toen ze wilde verhuizen in alle seniorencomplexen in de Westwijk gaan kijken, maar vanwege de grote van dit huis en de Wetering dichtbij, heeft zij ervoor gekozen op deze plek te gaan wonen. Ook de jongste respondent heeft bewust gekozen voor een woning in het voormalig aanleunwoningcomplex omdat ze in haar achterhoofd had:

ik dacht als ik wat ouder word, dan zou het weleens kunnen. Want je weet nooit wat je te wachten staat. En dan heb je toch wel een steun van hun, ook medisch gezien. En ook dat je niet de straat over hoeft om naar een avondje te gaan. ... Ik ben er wel mee bezig geweest, dat ik in de toekomst daar gebruik van kon gaan maken (Respondent H, p. 42).

De nabijheid van het zorgcentrum is een belangrijk onderdeel van de tevredenheid met de buurt en bij de beoordeling van de levenskwaliteit. Een derde onderwerp dat meespeelt bij de beoordeling van hun levenskwaliteit en het prettig voelen in de buurt, is het contact met de burens. Alle respondenten vertellen dat het contact met de burens heel belangrijk is bij het beoordelen van tevredenheid met het leven, maar dat het contact wel oppervlakkig blijft. Het contact met de burens blijft beperkt tot het elkaar gedag zeggen, maar men staat wel voor elkaar klaar als iemand dat nodig heeft. Respondent 5 vertelde:

Ik bemoei me weinig met mensen. Wel heeft een buurvrouw een sleutel van mij. ... Ik heb tegen alle burens wel gezegd, als er iets is, kan je altijd aan de deur bellen. Ik sta altijd voor je klaar. Maar voor de rest heb ik weinig contact met de galerij (p. 23).

Alle respondenten vertelden dat het oppervlakkige contact met de burens heel belangrijk is en dat het niet nodig is elkaar plat te lopen en bij elkaar op de koffie te gaan. Respondent 8 vertelt: “Ik ben ook geen mens dat burens loopt. Nee, ik praat wel met ze. Maar, nee, dat heb ik nooit zo in me gehad” (p. 47). In de Westwijk werkt dit hetzelfde. De burens spreken elkaar wel, voornamelijk op de gang en hal, maar komen weinig bij elkaar op de koffie. Respondent D vertelt: “Ik heb vreselijk lieve

buren. Ik kom er nooit thee of koffie drinken, want zo'n mens ben ik helemaal niet. Maar gewoon als er wat is, kun je bij elkaar komen" (p. 15).

De respondenten in de aanleunwoningen vertellen ook allen dat zij enkel oppervlakkig contact hebben op de galerijen, maar dat zij elkaar wel zien op georganiseerde middagen speciaal voor de bewoners van de aanleunwoning. In Groenzicht (Groenord) wordt bijvoorbeeld iedere woensdagmiddag het spel rummikub gespeeld en in Meerzicht (Groenord) wordt eens in de week een bingo georganiseerd. Respondenten 6 vinden dit erg leuk: "Dan leer je de mensen die hier echt wonen ook. Dat is één keer in de week één uur. Dan heb je toch eens sociaal contact. En dan hoor je ook nog wel eens wat..." (p. 32). Deze middagen worden vanuit de bewonersverenigingen georganiseerd. Het echte sociale contact blijft echter beperkt tot de middagen:

Ik ga vanmiddag weer beneden rummikuppen met de bewonersvereniging. Dus dan heb ik toch contact met de alle mensen. Maar ik ben wel goed met de buurtjes hoor, daar gaat het niet om. Maar we lopen niet bij elkaar koffie te drinken, daar zijn de mensen te oud voor (Respondent 1, p. 2).

In de Westwijk, en dan voornamelijk in Résidence de Wetering, werd ook nog door een aantal respondenten opgemerkt dat de buren elkaar ook een beetje in de gaten houden, of het allemaal wel goed gaat. Respondent H vertelt hierover: "Er zijn hier een paar mensen die worden dement ... Daar ga ik altijd even kijken" (p. 40).

De buurt speelt bij de meeste respondenten een rol bij het beoordelen van hun tevredenheid met en geluk in het huidige leven.

7.1.5 Voorzieningen

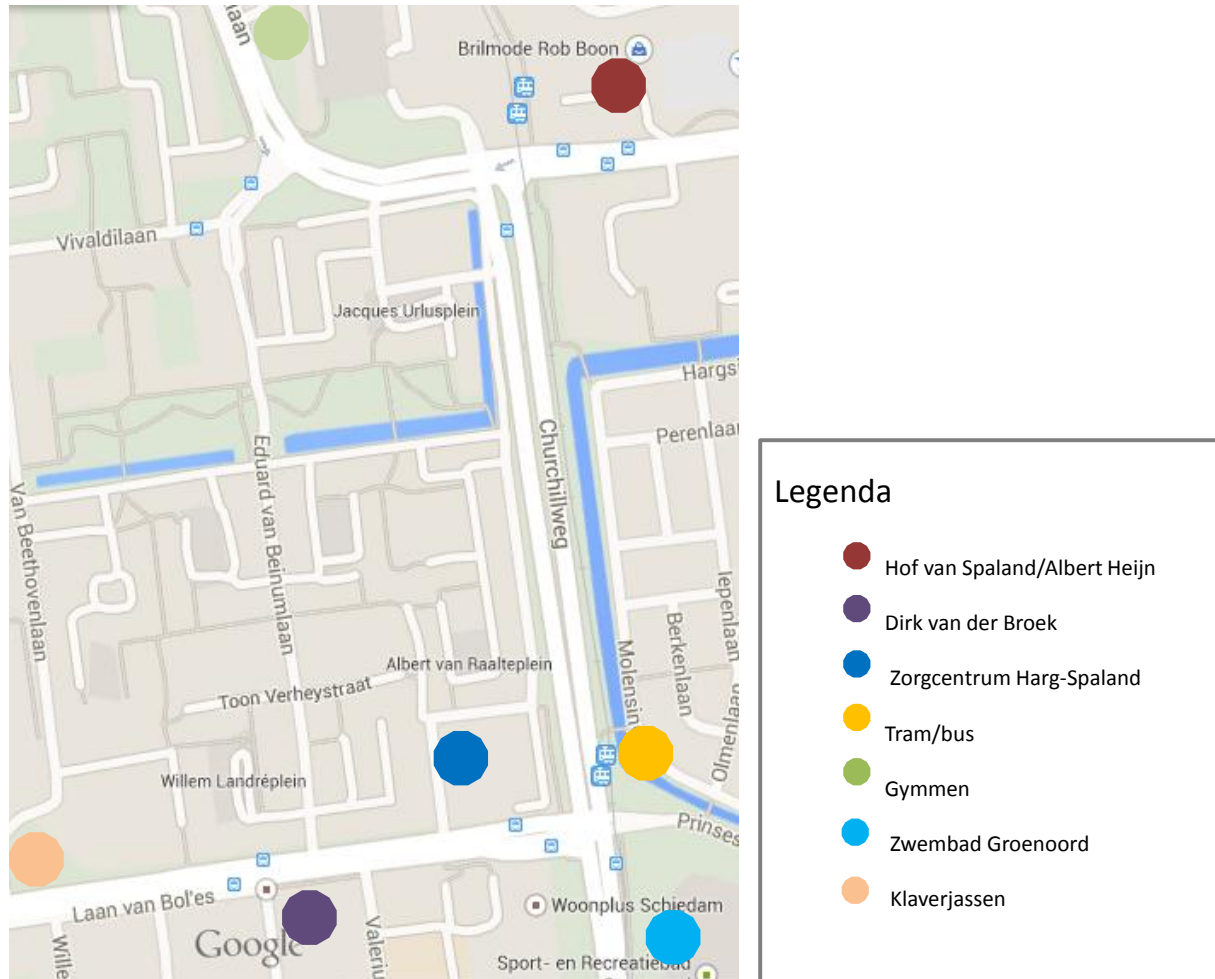
De beschikbaarheid van voorzieningen is een aspect dat verbonden is met de buurt. De beschikbaarheid van voorzieningen heeft volgens respondent 3, een man van 85 jaar, invloed op zijn tevredenheid met de buurt en zijn leven. Hij stelt:

Ja, zeker, dat speelt zeker een rol. Stel dat ik voor mijn dagelijkse boodschappen naar Vlaardingen zou moeten, ik noem nou maar wat, je hebt daar de Loper en meer van dat soort, dat is veel lastiger, omslachtiger is dat. Dat speelt allemaal een rol (Respondent 3, p. 11).

Zelfstandig wonende ouderen noemen verschillende voorzieningen in Groenord en de Westwijk waar zij gebruik van maken. In Groenord bevinden de meeste voorzieningen zich in de buurt zelf, zoals supermarkten en andere winkels. Vrijtijdsactiviteiten zijn echter meer verspreid. In Groenord doen de respondenten aan gym (net op de grens tussen Groenord en de Woudhoek), klaverjassen en zwemmen, allemaal binnen de buurt. Respondent 10, een 75 jarige vrijwilliger van Harg-Spaland, gaat daarnaast aquarellen en is lid van een fietsclub. Dit speelt zich buiten de buurt af. Respondenten 6 gaan wel eens boodschappen doen in de buurt, maar omdat ze nog autorijden, gaan ze vaak buiten de stad boodschappen doen, dan zijn ze gelijk een dagje weg. Een andere voorziening die door respondenten uit Groenord genoemd wordt, is de aanwezigheid van openbaar vervoer als voorziening: de tram en bus zijn dichtbij en de BIOS-groep (bijzonder personenvervoerder) is ook een uitkomst. Tot slot werd zorgcentrum Harg-Spaland direct door vijf respondenten genoemd op de vraag van welke voorzieningen ze gebruik maken in de buurt. Van welke voorzieningen van Harg-

Spaland ze precies gebruik maken, zal later besproken worden. Op onderstaande figuur 7.1 is in kaart gebracht van welke voorzieningen de respondenten gebruik maken en hoe dit verspreid is over de buurt.

Figuur 7.1. Voorzieningen Groenoord waar respondenten gebruik van maken



Bron: Google Maps (2013). Bewerkt door Kerdel

In de Westwijk bevinden zich ook veel voorzieningen in de buurt zelf. De boodschappen worden binnen de buurt gedaan. Respondent A woont niet in de Westwijk en daarom doet zij boodschappen in de stad. Ook een andere respondent komt vaak in de stad. Verder werden voorzieningen zoals zwembad de Kulk genoemd, een pedicure, de trein en de SOOS (een kerkelijke bijeenkomst voor vrouwen) en de voorziening van de Protestants Christelijke Ouderen Bond (PCOB) die dagjes uit organiseert genoemd. Op de activiteiten van de PCOB en het zwembad na, liggen allen voorzieningen in de Westwijk zelf. Tot slot wordt zorgcentrum de Wetering ook door vier respondenten direct genoemd toen er gevraagd werd naar voorzieningen. Hier zal later verder op in worden gegaan. Op figuur 7.2 is in kaart gebracht welke voorzieningen de respondenten uit de Westwijk gebruiken en hoe dit verspreid is over de buurt.

Figuur 2. Voorzieningen de Westwijk waar respondenten gebruik van maken



Bron: Google Maps (2013). Bewerkt door Kerdel

7.1.6 Sociaal kapitaal

De respondenten uit zowel de Westwijk als Groenord benoemen sociaal kapitaal als van belang bij de tevredenheid met het leven. Het hebben van sociale contacten heeft volgens respondent G, een vrouw van 82 jaar oud, invloed op haar geluk en tevredenheid met het leven. Ze vertelt “Ja, want je voelt je niet eenzaam, laat ik het zo zeggen” (Respondent G, p. 36). Bij sociale contacten werd onderscheid gemaakt tussen familie, vrienden en burens.

Familie heeft volgens veel respondenten invloed op hun levenskwaliteit. Respondenten benoemden direct hun familie bij het geven van een cijfer voor hun tevredenheid. Het contact met de kinderen en vaak ook de kleinkinderen speelt een belangrijke rol in het leven van de respondenten. Onderscheid kan gemaakt worden tussen respondenten die helemaal tevreden zijn over het contact met hun kinderen en kleinkinderen en respondenten die vinden dat ze hun kinderen en kleinkinderen te weinig zien.

De respondenten die tevreden zijn met het contact met hun kinderen, zien hun kinderen vaak één keer per week of eens in de twee weken. Dit vinden veel respondenten echt een meerwaarde hebben op hun geluk en tevredenheid met het leven. De respondenten vinden het prettig dat de kinderen er zijn: “en de kinderen, ze zijn er als er wat is. Met elkaar doen ze het ook heel leuk. Dus

dat vind ik helemaal goed" (Respondent A, p. 1). Ook respondent 8 vindt het contact met haar familie veel waard:

Ik vind dat wel een puntje waard. Ja, je hoort wel eens van mensen, die zoon komt niet, of maar een keer in de maand, of helemaal niet meer. Dan heb ik... Daarom gaf ik het een 8. Dan vind ik het zelfs nog te weinig (p. 48).

De respondenten die vaak contact hebben met hun kinderen, doen vaak ook samen met hun kinderen boodschappen of de kinderen doen boodschappen voor de ouders. De kinderen helpen hen een handje en dat maakt de respondenten tevreden. Respondent C vertelde hier het volgende over:

Ik heb een hoop kinderen en kleinkinderen en die doen altijd de boodschappen voor me. Koken doe ik niet meer. Ik krijg iedere dag eten op tafel, van mijn eigen kinderen hoor. Dat hebben ze onderling afgesproken. De ene week heeft die het en de andere dag heeft die het. En dat is altijd heerlijk (Respondent C, p. 12).

Naast contact met de kinderen, maakt veel contact met broers en zussen ook gelukkig. Respondent 7b heeft in totaal nog zeven broers en zussen en daar heeft ze veel contact mee. Dat heeft veel invloed op de kwaliteit van leven. Respondent 7a heeft daarentegen een broer die ze al een jaar niet gezien heeft en een zoon die ze weinig ziet. Deze respondent heeft daardoor een lager cijfer gegeven dan haar vriendin. Ook anderen vinden het verlies van broers of zussen erg. Dit heeft grote invloed op geluk. Veel respondenten nemen dit echter niet mee bij de beoordeling van hun levenskwaliteit omdat er nog aspecten zijn die het leven wel mooi maken.

Er zijn ook respondenten die een stuk minder contact of geen contact hebben met de kinderen. Deze respondenten geven het leven ook een hoog cijfer, maar vertellen wel dat ze het soms moeilijk hebben omdat ze hun kinderen te weinig naar hun zin zien. Ze willen hun kinderen meer zien om gezellig te kunnen praten of om de kleinkinderen beter te zien opgroeien. Respondent 3, een man van 85 jaar vertelde het volgende over het contact met zijn kinderen:

Ik heb dus twee kinderen, een dochter en een zoon. De ene, mijn zoon, die woont in Italië, die is getrouwd en heeft nu twee kindertjes. Dus die zie ik maar sporadisch. Mijn dochter wel, die woont bij mij in de buurt. Het contact met haar is niet zo frequent hoor (p. 10).

Ook respondenten 6 zien niet alle kinderen iedere week. De vrouw vindt het jammer, vindt het zonde dat ze haar kleinkinderen niet vaak ziet. Ze vraagt zich af waarom dat zo moet zijn. Ook respondent E vindt het contact met familie erg belangrijk, maar ze vindt het jammer dat ze haar kinderen en kleinkinderen niet altijd ziet. Ze vertelt hierover:

Dat is belangrijk. En dat gaat de ene periode stroever dan de andere keer. Maar goed, het is nu eenmaal zo. Allemaal hun eigen leven, ze hebben het allemaal druk. Maar goed, als het nodig is, kan ik ze aanroepen, zeg maar (Respondent E, p. 24).

Daarnaast maakt het respondent E verdrietig en valt het haar tegen dat de kleinkinderen niet meer zo vaak naar oma gaan als dat vroeger gebeurde. Maar aan de andere kant vindt ze dat ze niet mag mopperen omdat de band verder goed is en ze het ook gewoon druk hebben. Respondent H sluit zich hier bij aan, maar vindt dat haar kinderen niet mogen zeggen dat ze het te druk hebben. Ze begrijpt dat ze hun eigen gang gaan, maar vindt dat ze best een half uurtje per week tijd vrij mogen maken,

desnoods om te bellen. Dit heeft invloed op haar tevredenheid met het leven. Wanneer ze het mindere contact kan accepteren, zal ze zich gelukkiger voelen denkt ze.

Eén respondent heeft het aan de ene kant getroffen heeft met haar familie, maar aan de andere kant totaal niet. Haar ene zoon is overleden aan de gevolgen van kanker en haar jongste zoon wil geen contact meer met haar en haar familie. Het verliezen van het contact met haar jongste zoon maakt haar erg verdrietig en daar is ze iedere dag mee bezig. Dat heeft een negatieve invloed op haar geluk. Echter, het contact met haar andere zoon, schoondochters – ook die van de overleden zoon – en kleinkinderen is erg goed en dat maakt haar een gelukkig mens.

Familie speelt een belangrijke rol bij de beoordeling van het geluk en tevredenheid met het leven. De respondenten die kun kinderen niet zo vaak zien als andere respondenten, geven het leven ook een hoog cijfer, maar geven wel aan dat ze niet tevreden zijn met de manier waarop het contact verloopt. Naast familie, speelt in het leven van respondenten vrienden en kennissen ook een belangrijke rol. Respondent B gaf als voorbeeld dat vrienden hem na de dood van zijn vrouw steeds meenemen naar de concerten waar hij voorheen met zijn vrouw naartoe ging. Dat geeft hem steun. Ook respondent E is blij met haar vriendinnen: “dat maakt het leven leuk. Als dat niet meer kan, dan zal het niet meer mee vallen” (p. 22). Ook zij ervaart veel steun van haar vriendinnen. Nu ze haar heup heeft gekneusd, bellen veel vriendinnen om te vragen hoe het met haar gaat of helpen haar met dingen. Echter, het ouder worden van de respondenten leidt er wel toe dat zij minder vrienden en kennissen hebben. Dit komt voornamelijk doordat veel vrienden en kennissen al zijn komen te overlijden. Respondent 8 vertelde: “ik heb wel goede vrienden en vriendinnen gehad. Maar die zijn nu allemaal al dood. Dus daarom ben ik nu wel erg alleen” (p. 47) en “we waren met zijn tien, nu zijn alleen mijn vriendin en ik over” (p. 48). Het speelt ook mee volgens haar dat “als je de 90 gepasseerd ben, maak je niet zoveel contact meer” (p. 49, 50). Het opdoen van nieuwe contacten gaat dus moeilijker. Ook respondent 5 beaamt dat door te vertellen dat als je ergens nieuw binnenkomt, dat je dan toch aangekeken wordt en je dan je best moet doen opgenomen moet worden in bestaande groepen.

Vrienden en kennissen spelen een rol bij tevredenheid met het leven, al ervaren veel respondenten dat de hoeveelheid kennissen en vrienden minder wordt doordat er veel al zijn overleden. Ook het op doen van nieuwe contacten is lastig. Een laatste groep mensen aan wie de respondenten denken bij sociale contacten zijn de burens. Daar is bij het onderwerp de buurt, hierboven, al aandacht aan besteed. De burens zijn erg belangrijk, er wordt vaak een praatje gehouden op de galerij of in de hal, maar op de koffie gaat men niet. Respondenten geven aan dat zij wel voor hun burens klaar staan en andersom ook. De zelfstandig wonende ouderen zijn zelfstandig, houden van een praatje, staan voor elkaar klaar, maar gaan niet op de koffie bij elkaar.

7.1.7 Huwelijks staat

Vijftien van de twintig respondenten zijn weduwe, twee zijn er gescheiden (waarvan de man van de één ook inmiddels gestorven is) en drie respondenten zijn getrouwd.

Respondenten 6, een echtpaar, vinden dat hun huwelijks staat invloed heeft op hun tevredenheid met het leven. Ze hebben elkaar nog en kunnen samen leuke activiteiten ondernemen, zoals naar de markt in Hoogvliet of andere uitstapjes. Buiten elkaar hebben ze echter weinig andere sociale contacten. Respondent 9 is ook getrouwd, maar woont niet meer samen met zijn vrouw. Zijn vrouw

is dementerend en woont in zorgcentrum Harg-Spaland. Hoewel ze niet meer samen wonen, komt hij wel iedere middag bij haar.

Ik kom iedere middag bij haar. Maar ja goed. Zeg je nou, heb je het samen met elkaar nou naar je zin? Ik kan geen gesprek met haar voeren. ... Ik noem het een harnas. Als ze in gezelschap is, merk je totaal niets aan haar. Zodra we samen zijn, trekt ze haar harnas aan. Ik kan niet goed doen, ik kan geen kwaad doen, ik kan niets goeds zeggen en ik kan niets verkeerd zeggen. ... Ondanks dat het hier [wijst naar zijn hart] hetzelfde blijft hoor” (Respondent 9, p. 54).

Hij gaat vaak even buiten met haar wandelen. “Dat voel ik als een deel van de zorg die ik voor haar heb” (Respondent 9, p. 56). Hij heeft veel zorgen om zijn vrouw. Het geeft hem rust dat ze niet meer samen wonen, al vind hij het ook wel jammer. Maar door zijn leeftijd, de respondent is 97 jaar oud, zijn ze beide te zwak om het allemaal zelf op te lossen. De situatie met zijn vrouw heeft hem een ander mens gemaakt en zorgt ervoor dat hij nu een 6 geeft voor zijn leven, terwijl als hij terugkijkt op zijn gehele leven, hij een 9 zou hebben gegeven. De zorgen die hij over zijn vrouw heeft, maakt hem ongelukkiger.

Het zijn van weduwe heeft invloed op het leven van de respondenten. Respondenten die het zijn van weduwe direct benoemden tijdens het beoordelen van geluk in en tevredenheid met het leven, verwijzen naar het door kunnen gaan met het leven na het overlijden van hun partner, vaak met hulp en steun die zij van familie ontvingen. Respondent A legt dit op deze manier uit:

Het is natuurlijk een groot gemis, maar ik heb gelukkig het voorrecht dat ik alles weer op kon pakken, kort na het overlijden van mijn man. En dan blijft je onder de mensen. je, ik ben gewoon doorgedaan met waar ik mee bezig was. Soms denk ik wel eens, ik wou dat ik nu even thuis mocht blijven (p. 1)

Een aantal respondenten zijn het met haar eens, maar respondent 8 vult dit aan door te zeggen: “het leven gaat door, maar niet meer gewoon. Voor mij gaat het leven niet meer gewoon door”. Haar man is echter al op 52 jarige leeftijd overleden, dus ze is jong weduwe geworden, maar had wel de kracht en energie er nog wat van te maken. Ze is steeds naar voldoening en doelen blijven zoeken.

De respondenten hebben wisselende meningen over de vraag of het zijn van weduwe invloed heeft op het aantal sociale contacten of dat het soort sociale contact veranderd is. De helft van de respondenten geeft aan dat het zijn van weduwe niet veel invloed heeft op de hoeveelheid sociale contacten. Respondent 7b vertelt: “ze zijn allemaal gewoon blijven komen allemaal” (p. 40). Andere respondenten merken wel dat er wat veranderd is in de sociale contacten nu hun partner is overleden. Respondent F vindt dit haar eigen schuld omdat ze 13 jaar voor haar man heeft gezorgd en dit ertoe leidde dat het contact met anderen verwaterde. Ze vindt het nu jammer dat ze niet een vaste vriendin heeft waarmee ze bijvoorbeeld op vakantie kan. Respondent B wijt het mindere sociale contact niet aan het overlijden van zijn vrouw, maar aan zijn ouderdom. Hij heeft vrienden overleefd. Andere respondenten merken wel dat het zijn van weduwe invloed heeft gehad op de sociale contacten. Respondent D vertelt:

Dat is best een poosje zoeken als je alleen komt. Er zijn ook echtparen, die raak je kwijt. Daar heb je in het begin geen erg in. Maar ineens dan voel je, die doen niet vriendelijk tegen mijn

man. En dan dacht ik dat doe ik niet meer. Maar ook anderen die juist dan aantrekken (p. 18).

Ook respondent 5, die nog maar een jaar weduwe is, merkt dat de contacten met vrienden van haar man minder zijn geworden. Ze beschrijft dit als volg:

Maar toch denk ik wel eens, nu mijn man gestorven is, laten ze mij ook zachtjes aan zakken. Er komt helemaal niemand, je hoort niets. En dan ben ik ook zo, dan durf ik zelf ook niet te bellen. Dan ben ik bang dat je te veel ben. Dat wil je dan ook niet (Respondent 5, p. 24).

De respondenten nemen het zijn van weduwe niet mee in het beoordelen van hun geluk en tevredenheid, al merken ze wel dat het soms gevolgen heeft. Echter, het hebben van een partner is niet een garantie voor geluk. Respondent 9 is nog getrouwd, maar heeft veel zorgen over zijn dementerende vrouw die in zorgcentrum Harg-Spaland woont.

7.1.8 Overige kenmerken welzijn

Naast gezondheid, autonomie, de buurt, voorzieningen, sociale contacten en de huwelijkse staat, worden nog een aantal factoren genoemd die van belang zijn bij geluk en tevredenheid van (een aantal) respondenten. Ten eerste worden herinneringen en de levensloop van een persoon verscheidene malen genoemd. Vaak heeft een goede levensloop een positieve invloed op het leven nu en zijn mensen tevreden met wat ze gehad hebben en mogen ze niet mopperen op het leven nu omdat ze zich dan ondanikbaar voelen. Eén respondent beschreef het juist andersom. Na een hectisch leven heeft ze nu de rust gevonden en voelt ze zich een vrij mens. Maar over het algemeen hebben herinneringen van vroeger een positief effect bij de beoordeling van de tevredenheid met het leven. Respondent A vertelt: “de herinneringen aan mijn man. We hebben een heel fijn huwelijk gehad, met de kinderen. We hebben heel veel gereisd” (p. 3). Het reizen is een onderwerp dat een andere respondent ook benoemd, maar in plaats van de herinneringen, heeft het op vakantie gaan in haar huidige leven een positief effect op haar tevredenheid.

Een ander punt dat door respondenten genoemd wordt, is het doen van vrijwilligerswerk en het betrokken zijn bij de samenleving. Respondent 10 doet vrijwilligerswerk bij zorgcentrum Harg-Spaland en zegt dat ze vrijwilligerswerk doet om altijd wat te doen te hebben. Iets te kunnen betekenen voor de ouderen vindt ze erg belangrijk, een dankbare opmerking kan haar jaren bijblijven. Ook respondent A doet vrijwilligerswerk, maar dan bij zorgcentrum de Wetering. Het iets kunnen betekenen voor mensen en de dankbaarheid van mensen is mooi: “... dan zeggen ze dank je wel hoor. Nu hoeven ze mij niet te bedanken hoor, maar het geeft toch aan dat ze er blij mee zijn. Het zijn de kleine dingen die het doen” (Respondent A, p. 4). Ook respondent 5 wilt graag iets kunnen betekenen, dit deed ze door boodschappen te doen voor een vrouw die in zorgcentrum Harg-Spaland woonde (die mevrouw is inmiddels overleden) en helpt bij het leiden van een gespreksgroep in het zorgcentrum. Deze respondenten zoeken allen naar voldoening. Ook respondent 8 zoekt voldoening. Vroeger deed ze dit ook door een handje te helpen bij activiteiten van Harg-Spaland, zoals de gespreksgroep, maar tegenwoordig zoekt ze meer mentale uitdagingen door te puzzelen of boeken te lezen. Ze leert haar zoon en kleinkinderen puzzelen en daarover kan ze dan met hun praten. Ook leest ze populaire boeken om met haar kleinzoon en kinderen erover te kunnen praten. “En dat vind ik leuk, want ik wil zo graag nog een beetje meepraten. Want anders denken ze mijn moeder die is oud en die zit maar” (Respondent 8, p. 45). Mee te kunnen praten met

haar kleinzoons en het hebben van hobby's geven haar nog voldoening en geven haar het gevoel betrokken te zijn.

7.1.9 Verwachte levenskwaliteit toekomst

Eén respondent dacht dat haar cijfer in de toekomst hoger kan worden. Deze respondent, de jongste van het stel, dacht dat de tevredenheid met het leven en haar geluk toe zal nemen wanneer ze kon accepteren dat ze ouder werd en daardoor niet alles zelf meer kan. De andere respondenten gaven alleen maar aan waarom het cijfer naar beneden zou kunnen gaan.

Door deze respondenten worden twee factoren gegeven als reden waarom de tevredenheid met en geluk in het leven zou kunnen afnemen. Deze factoren zijn autonomie en gezondheid.

Respondenten vermoeden dat zij minder gelukkig zullen zijn als hun gezondheid afneemt.

Respondent 1 vertelt dat haar tevredenheid hetzelfde zal blijven zolang haar gezondheid goed blijft en haar hersenen goed blijven werken. Ook een andere respondent vindt gezondheid hierbij het belangrijkste. Hij maakt zich wel eens zorgen, wat als je gaat tobben en gewoon nog zelfstandig woont? Dat lijkt hem geen prettig idee. Ook andere respondenten maken zich hier druk om.

Respondent 8 zegt hierover:

Met gezondheid, als dat achteruit gaat. Daar zit ik weleens over te piekeren. Dat zie je aan meneer die blijft in het zonnehuis, die kan niet meer lopen. ... Dan denk ik, dat kan mij ook overkomen en dan denk ik, wat gebeurt er dan met mij? Maar als je zo oud wordt ga je daar wel aan denken, want je ziet het om je heen gebeuren en dan denk je waarom die mensen wel en jij niet? (p. 49)

Gezondheid is een factor die respondenten niet meenamen bij het geven van een cijfer voor de tevredenheid met en geluk in het huidige leven. Echter geven die respondenten wel aan dat gezondheid de reden is waarom hun cijfer achteruit zou gaan. Respondent 5 zei dat ze gezondheid uitsloot bij haar tevredenheid omdat haar levensloop bepalender was voor haar tevredenheid. Ze schuift gezondheid weg omdat ze het niet te hoog aan wilt slaan, ook al is ze blij dat ze gezond is. Echter, ze zegt dat haar gezondheid wel bovenaan staat bij het eventueel veranderen van haar cijfer.

Een andere factor die de tevredenheid met het leven kan verminderen, is afgenomen autonomie. Opvallend is dat de respondenten die dit zeggen nog erg mobiel zijn: ze rijden nog auto of fietsen veel. Respondenten die auto rijden geven bijvoorbeeld aan dat wanneer hun rijbewijs zou verlopen, dat wel een teleurstelling zou zijn en zeker invloed zou hebben op hun leven. Respondent 4 zegt hierover: "... dan ben je niet meer zo onafhankelijk van iedereen. Ik heb ook wel de Teletax en de Valys ..., of mijn kinderen rijden me. Maar voor hier, daar ben ik onafhankelijk nu, nu ik die auto heb" (p. 17). Ook andere respondenten, bijvoorbeeld respondent 10, die lid is van een fietsclub, stelt dat het cijfer omlaag zou gaan als ze haar zelfstandigheid kwijt zou raken. Ze zegt: "Ja, ik bedoel, ik fiets graag en als dat niet meer gaat, dat zou ik een hele beperking vinden. Of met het openbaar vervoer niet meer mee. Of nog erger, een rolstoel of zo. Dat lijkt mij het ergste" (p. 64). Ook hier zijn sommige respondenten bang voor, dat ze afhankelijk worden van anderen. Respondent F bijvoorbeeld fietst veel en rijdt auto. Ze vertelt:

Ik word dit jaar 82. Dan denk ik kan ik nog wel zo lang blijven fietsen en autorijden? Dat houdt toch eens op. Daar zie ik wel tegenop hoor.Daar ben ik weleens bang voor. Hoe

moet dat straks. Er kan van alles gebeuren. ... Ja, als ik dat kwijt zou zijn, geef ik mijn cijfer wel een heel stuk lager hoor (p. 31).

Tot slot is er een respondent, de jongste, die al stelde dat haar cijfer toe kan nemen wanneer ze leert accepteren dat ze hulp nodig heeft. Het cijfer zou volgens deze respondent ook kunnen dalen wanneer het sociale contact in Résidence de Wetering vermindert en niemand meer gedag zou zeggen.

De gezondheid, autonomie, de buurt, voorzieningen, sociaal kapitaal en andere factoren hebben invloed op de tevredenheid met en geluk in het leven. De tevredenheid met en geluk in het leven kan veranderen als de gezondheid en autonomie van mensen verminderd.

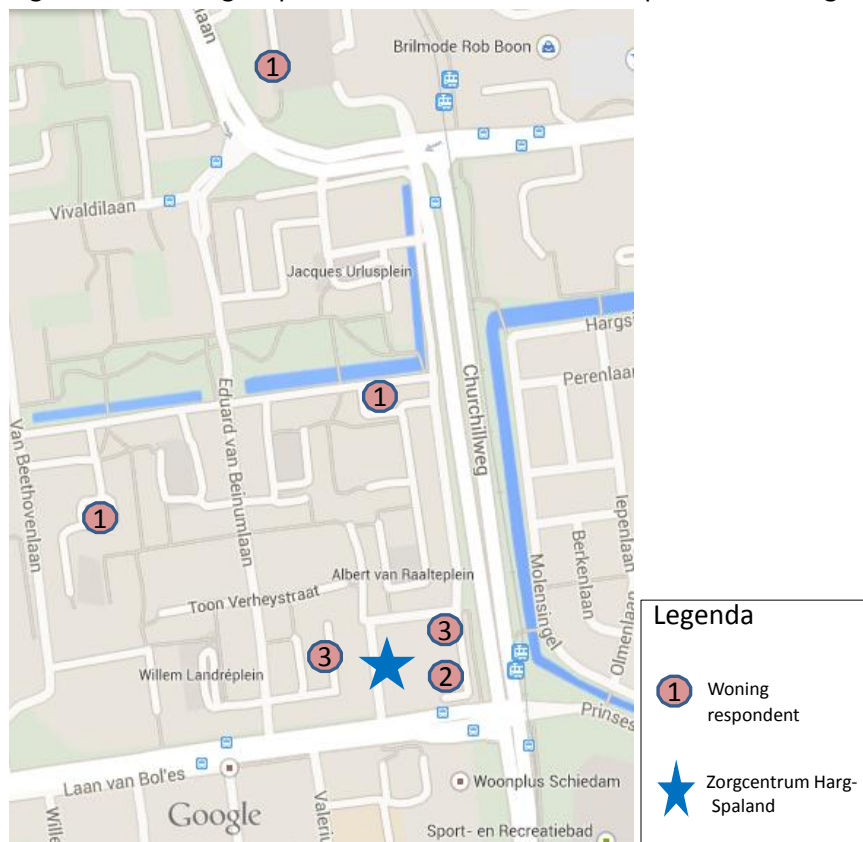
7.2 Zorgcentra

Welke rol het zorgcentrum speelt in het leven van de respondenten en of het invloed heeft gehad bij het beoordelen van hun geluk in en tevredenheid met het leven is besproken tijdens de interviews. Per zorgcentrum zal besproken worden welke rol het zorgcentrum speelt in het leven van de respondent. Hierbij komt onder andere het gebruik van de faciliteiten van het zorgcentrum aan bod.

7.2.1 Zorgcentrum Harg-Spaland

Zorgcentrum Harg-Spaland biedt diverse faciliteiten voor haar bewoners, maar ook voor bewoners van de aanleunwoningen en zelfstandig wonende ouderen in de buurt. Op figuur 7.3 is te zien waar de respondenten wonen ten opzichte van het zorgcentrum.

Figuur 7.3. Woning respondenten in Groenoord ten opzichte van zorgcentrum Harg-Spaland



Bron. Google Maps (2014). Bewerkt door Kerdel

De twaalf respondenten uit Groenord vertelden tijdens de interviews waar ze allemaal gebruik van maken. Vijf van de twaalf respondenten gaan iedere dag in de brasserie van het zorgcentrum eten. Respondent 8 eet zelfs twee keer per dag in de brasserie: "Ja, dat iedere dag. Ik kom natuurlijk wel iedere dag ... hier naar beneden. En tussen de middag eet ik hier ook een broodje. Tussen de middag en 's avonds eet ik hier. Dat is altijd hetzelfde" (p. 50). Twee respondenten komen niet elke dag eten, maar wel een paar keer in de week. Zo eet respondent 3 iedere doordeweekse dag tussen de middag in de Brasserie. Respondenten 6 komen twee à drie keer per week eten. Verder komen twee respondenten af en toe. Daar zit geen ritme in. Respondent 4 komt als er iets lekkers op het menu staat en respondent 7a als ze daar zin in heeft. Tot slot is er een respondent die nooit komt eten en een respondent die twee keer in de week vrijwilligerswerk doet in de brasserie en af en toe met een andere vrijwilliger eens een hapje mee eet.

De respondenten vinden het een goede voorziening. De meeste respondenten zijn maaltijden gaan nuttigen in de brasserie voor het gemak. Respondent 5 vertelde hierover:

Ik eet dan hier natuurlijk, want het koken liep dikwijls in de war. En dan het klaarmaken, ik heb zoveel weg moeten gooien, want ik at dat ... niet op. Dus mijn schoondochter zegt, dat is ook zonde van het geld. Dus daarom eet ik nu hier, voor het gemak (p. 22).

Ook de andere respondenten zijn voornamelijk in de brasserie komen eten vanwege het gemak. Respondenten 6 komen twee tot drie keer per week in de brasserie eten, als ze geen zin hebben om te koken of een dag zijn weg geweest. "Het is gemakkelijk" (p. 34) vertelde respondent 6a.

Respondent 2 vindt de brasserie ook een prachtige voorziening:

Het is dat ik te lui ben om te koken, daarom ben ik hier gekomen. ... ik ... heb ik een magnetron gekocht en haalde ik kant- en klare maaltijden. Maar toen zei mijn buurman, waarom ga je daar niet heen, want je zit altijd maar alleen te eten. Ik zei daar heb je wel gelijk in en toen ben ik hier naartoe gekomen, dat is zo'n twee jaar geleden. En vanaf die tijd kom ik steeds (Respondent 2, p. 6).

Respondent twee benadrukt het gemak van de voorziening, maar ook het sociale aspect: het samen eten met anderen. Ook anderen komen nu niet meer voor het gemak, maar voor het sociale contact met andere mensen: "je praat met mensen" (p. 6) aldus respondent 2. Respondent 3 legt het sociale contact op een hele mooie manier uit:

Dat ik hier kom eten is een belangrijk facet ... is dat je in een samenleving verkeert, al is het dan maar kort. Het is maar net een uurtje, anderhalve uur tussen de middag en dan is het afgelopen, dat was het dan (p. 9).

Behalve het eten in de brasserie, nemen respondenten ook deel aan activiteiten die in de brasserie georganiseerd worden, zoals de bingo, optredens of spelletjesmiddagen waarbij mensen kunnen klaverjassen of rummikuppen. Respondent 1 vertelt: "en 's middags als er een bingo is of iets dergelijks, dan doen we mee" (p. 3). Ook respondent 7a komt regelmatig in de zaal: "... we gaan hier vrijdags kaarten" (p. 38) en "ja, ik ga naar de bingo. ... Dinsdags en zaterdags. En ook zaterdags als er een uitvoering is, of een modeshow" (p. 41). Respondent 9 maakt ook gebruik van de middagen, samen met zijn vrouw: "we maken gebruik van de mogelijkheden" (p. 57).

Er zijn ook respondenten die niet of niet vaak (meer) gebruik maken van de faciliteiten.

Respondenten 6 vinden het best leuk, maar gaan liever naar buiten als het mooi weer is. Respondent 8 vindt de middagen nog wel leuk, maar vindt dat de middagen achteruit zijn gegaan. Zij doelt hierbij niet op de activiteiten zelf, maar op de mensen. Respondent 8 vertelt: “toen was het leuk, toen heb ik koersbal gedaan en gekegeld. Maar toen waren er mensen bij waarmee je kon praten. Nu zijn ze, de een is de weg kwijt en de ander weet niet meer wat ze doet” (p. 49). Deze respondent vindt het jammer dat het soort mensen dat in de brasserie komt over tijd steeds meer veranderd is. Ze vertelt dat vroeger de mensen ‘beter’ waren en meer ‘hun verstand’ gebruikten. De meeste mensen zijn nu ‘zwak’ en ‘zieker’.

Naast het eten en de activiteiten in de brasserie zijn er andere faciliteiten waar zelfstandig wonende ouderen gebruik van mogen maken, zoals de kapper, pedicure en fysiotherapeut. Respondenten maken hier gebruik van. Ze vinden het gemakkelijk en fijn dat deze voorzieningen dichtbij zijn. “Daar maak ik wel gebruik van, dat vind ik heel fijn altijd” (p. 50), aldus respondent 8. Ook respondent 6b beaamt dat: “... ik ga hier beneden naar de kapper. En ... de pedicure, dat zit hier allemaal in het huis. Dan kan je achterom lopen, zo naar beneden. En ook naar de fysiotherapeut ga ik bij Harg-Spaland” (p. 33).

Tot slot kunnen ouderen – zowel in het tehuis als in de aanleunwoningen – zich aanmelden voor dagjes uit. Respondent 1 maakt hier regelmatig gebruik van. Ze vertelde hier over:

Nu doe ik hier nog wel reisjes, nou ja, uitstapjes, met de begeleiding van hier. We zijn een dagje naar Vlaardingen geweest, een keer naar het Zuidplein. En we gaan aan de overkant koken. Nou ja, wij maken het schoon, aardappels en groenten. En dan koken die twee dames. En dat is gezellig en dan heb je gewoon ouderwets eten. Maar dat is gewoon onder elkaar zo leuk. Dus ik onderneem wel van alles” (Respondent 1, p. 3).

Respondenten maken veel tot regelmatig gebruik van diverse faciliteiten die zorgcentrum Harg-Spaland biedt. Hebben deze faciliteiten ook invloed op hun tevredenheid met het leven? Enkel respondenten 6 gaven aan dat het geen invloed heeft op hun geluk, omdat ze nog samen zijn. Wel kunnen ze zich voorstellen dat mensen beneden contact gaan zoeken en gaan eten omdat dat gezelliger is. Alle andere respondenten vinden dat zorgcentrum Harg-Spaland invloed heeft op het cijfer dat ze gegeven hebben. Respondent 8 vertelt:

Ja, heel belangrijk is het in mijn leven. Want ik heb ook gedacht, toen ik hoorde dat er zoveel zorgcentra gingen sluiten, toen dacht ik, ojee, als het hier maar niet sluit. Dat denk ik dan wel. Want ik eet hier toch altijd met veel plezier. Maar daar is geen sprake van, ik heb het gevraagd (p. 50/51).

Het zorgcentrum levert respondenten gezelligheid en sociale contacten op. Ook spreken respondenten over afleiding en het kunnen vinden van een luisterend oor: “ook mevrouw ..., daar kan ik heel goed mee opschieten, daar kan ik ook me verhaal kwijt en zij ook bij mij. Dat vind ik heel fijn. Zo’n mens heb je toch nodig” (p. 23) vertelde respondent 5. Zij komt iedere dag bij Harg-Spaland om te eten, koffie te drinken en spelletjes te spelen. Zij komt voornamelijk in de brasserie om afleiding te zoeken. Haar man is een jaar geleden overleden en de faciliteiten van Harg-Spaland bieden haar afleiding. Ze komt bij Harg-Spaland “om niet te vereenzamen” en voor “de gezelligheid onder elkaar” (p. 26). Ook voor respondenten 1 en 9 zijn de activiteiten een welkome afleiding en

afwisseling, zodat ze niet enkel thuis hoeven te zitten. Respondent 9 drukt deze afleiding en wat Harg-Spaland voor hem betekent, op een mooie manier uit:

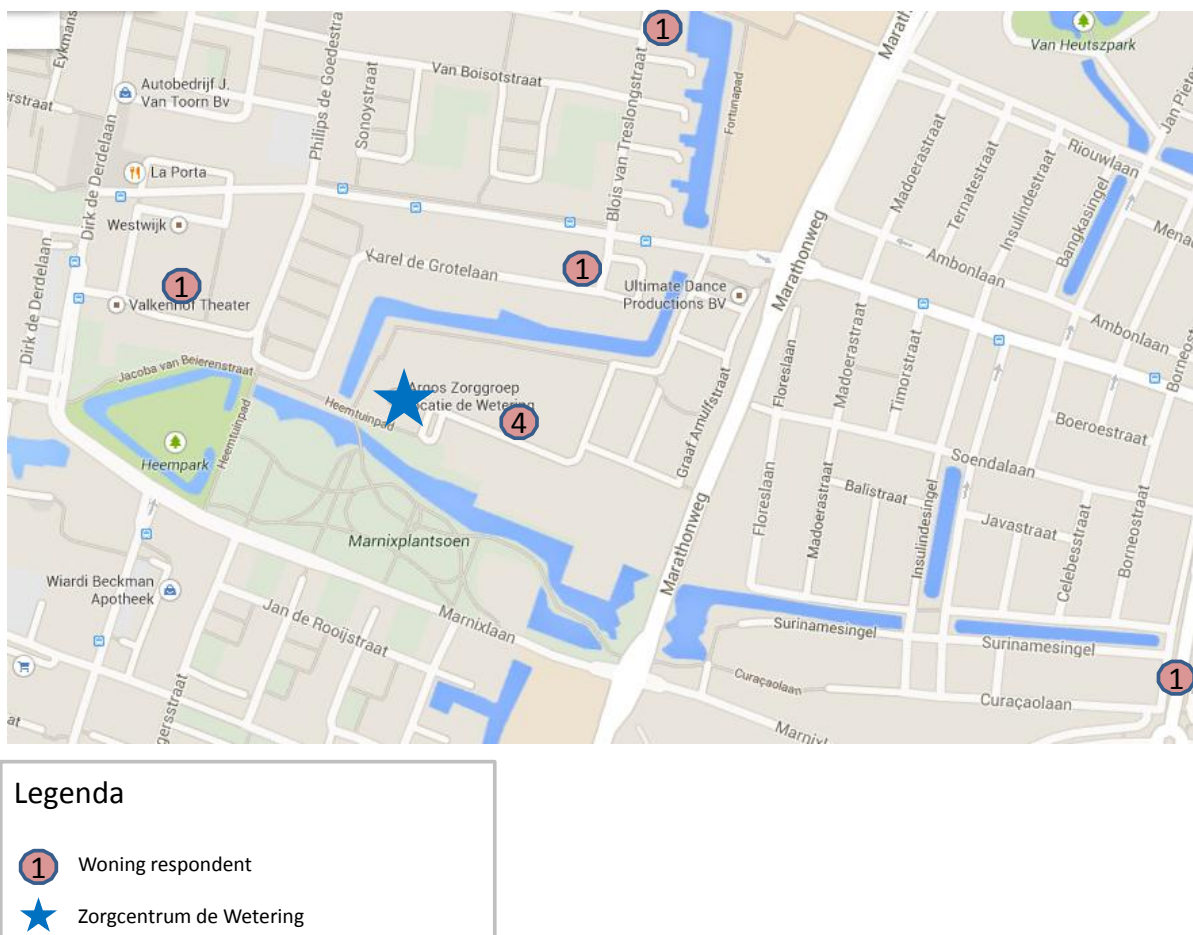
Of ik gelukkiger ben? Nee. Gelukkigst ben je op je jezelf, of als je samen bent. Maar het is een goede ondervanging. Zo zie ik het. Een hele goede ondervanging. In zekere mate ben je gebonden, aan de andere kant wordt je beschermd. Dat zij twee hoofdpunten (p. 58).

Respondenten maken veel gebruik van de faciliteiten van zorgcentrum Harg-Spaland. Het zorgcentrum betekent dan ook veel voor de respondenten. Het levert hen activiteiten, sociaal contact, gezelligheid, gemak en afleiding op.

7.2.2 Zorgcentrum De Wetering

De acht respondenten uit de Westwijk maken gebruik van zorgcentrum de Wetering. Op figuur 7.4 is te zien waar de respondenten wonen ten opzichte van zorgcentrum de Wetering.

Figuur 7.4. Woning respondenten in de Westwijk ten opzichte van zorgcentrum de Wetering



Bron: Google Maps (2013). Bewerkt door Kerdel

Zorgcentrum de Wetering biedt diverse activiteiten aan in de recreatiezaal. De faciliteiten die aangeboden worden zijn: maaltijden, de Pan van Jan, computercursus, bloedprikken, een bibliotheek, zangavonden, koffie drinken, kerkdiensten, gym, een soos en spelmiddagen – inclusief klaverjassen, sjoelen en koersballen. Tot slot wordt eens in de maand een bingo georganiseerd voor de bewoners van Résidence de Wetering.

Slechts één respondent gaat vijf dagen in de week eten bij zorgcentrum de Wetering. Hij is daar gaan eten toen hij zijn hand had gebroken. Hij vertelt over de maaltijden: “ik zal nu zelf weer kunnen koken hoor. Maar, ik kom er graag. Ik vind het gezellig en je zit er met mensen natuurlijk (Respondent B, p. 8). Respondent G gaat één keer in de week eten bij de Wetering, met een vriendin. De Wetering organiseert naast de reguliere maaltijden ook de Pan van Jan, dit is een speciaal menu op dinsdagmiddag (respondent F). Respondent F gaat iedere week naar de Pan van Jan. Respondent E ging voorheen ook regelmatig naar de Pan van Jan, maar sinds één van de vriendinnen met wie ze altijd ging is overleden – nog geen jaar geleden – kunnen zij en haar andere vriendinnen zich er niet toe zetten ernaar toe te gaan.

Naast het eten, gaat respondent B ook één keer in de week klaverjassen bij de Wetering. Dat bevalt hem goed. Hij vond het leuk dat hij daarvoor gevraagd werd. Verder wordt er gesjoeld en gekoersbald bij de Wetering. Daar doen respondent D en respondent F aan mee. Ook de gym is populair. Respondent D, respondent F en respondent G vinden dat erg leuk. Respondent F vertelt hierover: “ja, altijd gezellig met de gym ook, dan gaan we daarna altijd koffie drinken met elkaar. Dat is altijd heel gezellig” (p. 32).

Er zijn ook respondenten die naar de soos en de kerkdienst van de Wetering gaan. Met de kerkdiensten wordt de Wetering een echte ontmoetingsplek volgens respondent E. Daarnaast zijn er respondenten die regelmatig naar de bibliotheek gaan en gaan bloedprikken in de Wetering. Deze faciliteiten zo dicht bij huis worden als zeer prettig ervaren.

De laatste activiteit die door alle respondenten die wonen in Résidence de Wetering wordt benoemd, is de bingo. Respondent F, die de bingo eens in de maand organiseert, vertelt: “... daar is de opkomst altijd zo goed. Iedereen is altijd vreselijk enthousiast. Dat is voor mij leuk en voor de mensen leuk”(p. 32). Ook de andere respondenten vinden de bingo erg leuk. Het contact met anderen is goed en de winst wordt onder elkaar verdeeld. Respondenten ervaren dit als zeer positief. Respondent D noemt dit “sociaal leuk” (p. 19).

De respondenten maken regelmatig gebruik van de faciliteiten van zorgcentrum de Wetering. Hebben deze faciliteiten ook invloed op hun tevredenheid met het leven? Op respondent E na, vinden alle respondenten dat de faciliteiten invloed hebben op hun leven. Respondent C voelt zich er op haar gemak doordat er kerkdiensten georganiseerd worden. Ook het in contact komen met anderen ervaart ze als zeer positief. Door de andere respondenten wordt ook het contact met andere mensen genoemd. “Het is de gezelligheid onderling” (p. 19), aldus respondent D. De spelmiddagen ervaart respondent F als ontzettend leuk. Ze heeft de grootste lol met de andere ouderen tijdens het sjoelen. Respondent G benoemt tot slot dat de faciliteiten, naast sociale contacten en gezelligheid, nog iets oplevert: “je gaat er eens uit” (p. 37). Mensen kunnen even weg en hoeven niet enkel thuis te zitten. Respondent H beaamt dat. Het eruit gaan heeft invloed op haar leven. De mensen zijn ook allemaal sociaal, ze vragen echt of je mee gaat en als je nee zegt, halen ze je over (respondent H).

De Wetering biedt diverse activiteiten aan waar respondenten graag gebruik van maken. De faciliteiten hebben een positieve invloed op de beoordeling van de tevredenheid met en geluk in hun leven.

7.3 Rijksbeleid

De twintig respondenten maken gebruik van de faciliteiten van een zorgcentrum. Als gevolg van het rijksbeleid, gaat één van de zorgcentra sluiten: de Wetering in de Westwijk. Zorgcentrum Harg-Spaland zal niet haar deuren sluiten. Hoewel het sluiten van zorgcentra niet direct invloed heeft in het leven van de respondenten uit Groennoord, hebben zij wel een mening over dit onderwerp doordat zij veel over de sluiting van zorgcentra horen in het nieuws.

In dit gedeelte van de analyse van de resultaten zal gekeken worden naar de algemene mening van respondenten over het nieuwe rijksbeleid en naar welke gevolgen het sluiten van zorgcentra heeft op drie groepen: ouderen die in een zorgcentrum wonen, de toekomstige generatie ouderen en de gevolgen voor zelfstandig wonende ouderen die gebruik maken van de faciliteiten van zorgcentra. Ook wordt gekeken naar de gevolgen van het sluiten van zorgcentra voor de respondenten zelf. Allereerst zal gekeken worden naar de algemene opvatting van respondenten over het beleid van de overheid voor het scheiden van wonen en zorg.

De respondenten vinden het nieuwe beleid van de overheid voor het scheiden van wonen en zorg, met als gevolg het sluiten van zorgcentra, heel erg. De reacties gaan van “dat vind ik heel erg. ... die overheid die doet maar, maar de mensen die bij de overheid zitten, die hebben dat zelf niet nodig, want die hebben meer dan genoeg” (Respondent 2, p. 7) tot “diep en diep treurig” (Respondent 3, p. 14). Respondent 8 denkt dat iedere oudere het erg vindt. “Ik begrijp ook niet dat de regering dat zo ver laat komen. Dat er miljarden weggaan naar landen die elkaar toch afmaken en dat wij hier zo moeten zitten. Wij hebben toch ook niet gevraagd oud te worden” (p. 52/53), aldus respondent 8.

Respondenten vinden het een ondoordachte actie van de overheid om het scheiden van wonen en zorg door te zetten. Er is echter één respondent die de huidige ontwikkelingen wel begrijpt. Respondent 9 is van mening dat de selectie van ouderen die in een zorgcentrum of aanleunwoning mogen wonen, veranderd moet worden. Hij geeft allereerst een voorbeeld van zijn vrouw: zij hoort volgens hem niet op een gesloten afdeling thuis. Hij gelooft dat: “we zouden echt samen kunnen wonen, maar wel met toezicht van buitenaf” (Respondent 9, p. 58/59). Hiermee vindt hij de veranderingen in indicaties wel een goed idee. Daarnaast vindt hij dat de selectie voor aanleunwoningen ook anders zou moeten zijn, hij vindt dat:

ik zit hier nu ook. Ik hoor ... helemaal niet thuis, in dit huis. Ik kan nog zelfstandig wonen. Ik raak ook een beetje vergeetachtig, een beetje erg. Maar niet zo erg dat ik een hinder voor anderen ben. En zo zie ik er daar meer zitten (Respondent 9, p. 59).

Naast algemene ideeën over het nieuwe rijksbeleid, hebben de respondenten ook een opvatting over de bewoners van zorgcentra, de toekomstige generaties die hulp nodig gaan krijgen en zelfstandig wonende ouderen die gebruik maken van een zorgcentrum.

7.3.1 Gevolgen voor ouderen die in een zorgcentrum wonen

Als het zorgcentrum waarin ouderen wonen sluit als gevolg van het scheiden van wonen en zorg, moeten de ouderen verhuisd worden naar een ander zorgcentrum. Respondenten uit Groennoord vinden dit beleid heel erg: “ja, dat vind ik het allerergste. Dat ze mensen die 90 zijn verkassen. Hoe ze het in hun hersenen halen. Dat begrijp ik niet” (p. 66). Respondent 3 beschrijft het overplaatsen van ouderen uit een zorgcentrum op een mooie manier: “maar ... naar mijn oordeel, de

mensonwaardige verschuiving van mensen ..." (p. 14) en "de mensen ..., die worden dan overgeplaatst, net als een schaakstuk op een schaakbord die je verzet" (p. 14).

Slechts één respondent uit de Westwijk begint over de bewoners van de Wetering. Respondent A, die vrijwilligerswerk doet bij de Wetering en veel bewoners van de Wetering kent, vindt het

zo triest voor de mensen. De ene zegt, ze zetten me echt niet op straat hoor, ik zie wel wat ik tegen kom en de andere zegt waar moet ik dan naar toe, dat kan toch niet. Ik zeg, het komt allemaal goed hoor. Als je maar niet gaat waar je niet wezen wil (p. 4)

Vijf van de twaalf respondenten uit Groennoord begon over de gevolgen voor de bewoners van zorgcentra, tegenover één in de Westwijk. Alle respondenten vinden het wel net zo erg voor de mensen die verplaatst moeten worden, respondent 3 noemt het zelfs 'mensonwaardig'.

7.3.2 Gevolgen voor toekomstige generatie ouderen

Respondent 5 is van mening dat de ouderen die in het zorgcentrum wonen het vrij goed hebben: "de mensen die er nu in zitten, hebben het vrij goed. En als ze sluiten, krijgen ze toch een ander plekje" (p. 27). Deze respondent vindt het erger voor de toekomstige generatie ouderen die hulp nodig gaat krijgen. Ze vervolgde: "maar als je thuis zit nu, dan krijg je niets later" (p. 27). Zij vindt het heel erg voor de generatie die hulp nodig heeft in de toekomst omdat zij "het land helemaal opgebouwd" (p.27) hebben. Ook respondent 2 vindt het erg voor de toekomstige generatie. Hij vertelt: "maar mensen die dat niet meer kunnen en er zijn geen zorgcentra meer, die hebben toch flink pech" (p. 7). Respondent 7b merkte de gevolgen voor toekomstige generatie hulpbehoevende ouderen duidelijk op een paar maanden geleden: "ik wilde me een poosje geleden laten inschrijven, want je weet het nooit. Maar ze zei, dat gaat niet meer hoor mevrouw. Je kan niet meer ingeschreven worden" (p. 42). De respondenten zijn het erover eens dat het langer zelfstandig thuis blijven wonen van ouderen goed is, zolang het maar kan, ouderen niet teveel mankementen gaan vertonen. Respondent 10 vertelt hierover: "maar de zelfstandigheid, ze willen mensen zolang zelfstandig houden, dat snap ik wel. Maar bij sommige mensen gaat dat niet hoor, die kunnen echt niet alleen onder de douche of zichzelf verzorgen" (p. 65).

Ook respondenten uit de Westwijk vinden het langer zelfstandig blijven wonen "als het gaat, geweldig" (respondent D, p. 20). Maar zij stellen net als de respondenten uit Groennoord dat "er ... heel veel zijn waar het niet meer gaat. En als dan je kinderen in moeten springen, lijkt me heel erg. Ik heb geen kind die in kan springen. Alles werkt" (Respondent D, p. 20). Ook vinden de respondenten het erg dat de ouderen die hulp behoeven, "nergens meer in komen" (Respondent G, p. 39). Respondent H ziet in Résidence de Wetering voorbeelden van ouderen die eigenlijk niet meer zelfstandig kunnen wonen: "als je hier soms ook mensen ziet, dat is schrijnend. Die kwijnen weg en die worden eenzaam" (p. 43).

De respondenten uit Groennoord en de Westwijk vinden het erg dat toekomstige, hulpbehoevende ouderen, die niet langer zelfstandig kunnen wonen, in de toekomst wellicht nergens meer terecht kunnen.

7.3.3 Gevolgen zelfstandig wonende ouderen die gebruik maken faciliteiten zorgcentra

De respondenten is gevraagd welke gevolgen het sluiten van zorgcentra zal hebben op de ouderen die in de buurt wonen en gebruik maken van de faciliteiten van een zorgcentrum, net als zij. De respondenten geven een algemeen beeld over welke mogelijke gevolgen het sluiten van zorgcentra kan hebben op zelfstandig wonende ouderen.

Allereerst stellen twee respondenten, één uit Groenoord (respondent 3) en één uit de Westwijk (respondent B) dat het sluiten zorgcentra invloed heeft op de aanleunwoningen nabij zorgcentra. Zij vinden dat de overheid hier niet goed over nagedacht heeft. Respondent B vertelt hierover:

Laten we daar maar niet over beginnen. Dat vind ik verschrikkelijk wat ze nu doen. Er is ook echt niet over nagedacht. Dat zie ik daar helemaal. Die aanleunwoningen ook, volgens mij hebben ze daar helemaal geen erg in gehad. Dat ... er ook naast de verzorging de aanleunwoningen... die hebben ze expres al naast die zorgcentra gezet. Dat is in het hele land, dat is overal. Dan opeens is het... Onbegrijpelijk (p. 9).

Respondenten uit Groenoord zijn van mening dat het sluiten van zorgcentrum een grote impact heeft op zelfstandig wonende ouderen die gebruik maken van de faciliteiten van een zorgcentrum. Veel respondenten denken dat de sluiting van een zorgcentrum grote impact zal hebben op het leven van zelfstandig wonende ouderen. De gevolgen die het kan hebben volgens de respondenten heeft betrekking op de vermindering van sociale contacten en een gezonde maaltijd. Respondenten geven als voorbeeld dat veel mensen die daar gaan eten “geeneens meer weten hoe ze een aardappel moeten koken of een boontje” (Respondent 4, p. 20). Het heeft volgens respondenten ook invloed op de sociale contacten. Zo denkt respondent 5 dat het gevolgen heeft voor de eenzaamheid van de ouderen omdat de ouderen dan thuis blijven zitten. De respondent zegt dat we niet moeten vergeten dat ouderen “ook niets meer kunnen opbouwen als je op zo’n leeftijd bent” (Respondent 5, p. 28).

Respondent 5 zegt ook dat deze zelfstandig wonende ouderen ook afhankelijk zijn van waar ze nog naar toe kunnen gaan en waar nog wat voor hun georganiseerd wordt. Andere respondenten uit Groenoord denken hier hetzelfde over, omdat ze niet weten waar de zelfstandig wonende ouderen dan die faciliteiten moet vinden. Veel respondenten riepen tijdens de interviews: “waar moeten die dan heen?!” (Respondent 2, p. 7). Ook respondent 1 en respondent 7 benoemden dit.

Respondenten uit de Westwijk denken dat het gevolgen heeft voor zelfstandig wonende ouderen. Respondent A denkt ook dat dit te maken heeft met alternatieven. “Dat vind ik voor de buitenstaanders, want wat hebben ze daar? Die Valkenhof is ook weg, ... Daar kunnen ze ook niet heen” (Respondent A, p. 5). Respondent A denkt verder dat het wel te maken heeft met het karakter van de zelfstandig wonende ouderen: “het ligt ook heel erg aan de mensen zelf, die eerder contact maken. Maar er zijn ook altijd mensen die meer teruggetrokken blijven” (p. 6). Respondent D betreft de situatie op het sluiten van zorgcentrum de Wetering. Zij denkt dat veel ouderen de faciliteiten erg zullen missen, zij doelt hierbij voornamelijk op de mensen die niet meer zo mobiel zijn en nergens meer heen kunnen. Respondent E vindt het verdrietig dat de Wetering sluit en dat de ouderen dan nergens meer kunnen gaan eten. Ze is van mening dat mensen die al weinig hebben, hier contactarm van kunnen worden.

Respondent F noemt alle faciliteiten op van de Wetering waar zelfstandig wonende ouderen geen gebruik meer van kunnen maken. Dit zijn: de bibliotheek, het bloedprikken, de bingo, de gymnastiek, spelletjesmiddag en de Pan van Jan en de reguliere maaltijden. Dit zijn allerlei faciliteiten die zelfstandig wonende ouderen in de buurt zullen moeten gaan missen. Deze faciliteiten zijn er wel in het centrum van de stad, maar de stad is moeilijker te bereiken voor mensen die minder goed ter been zijn.

De respondenten zijn van mening dat de sluiting veel invloed heeft op andere zelfstandig wonende ouderen. Ten eerste kunnen zij niet meer gebruik maken van de faciliteiten van een zorgcentrum en ten tweede zullen deze ouderen vereenzamen door een vermindering aan sociaal contact.

7.3.4 Gevolgen voor de respondenten zelf

De respondenten uit de Westwijk is rechtstreeks gevraagd welke mogelijke gevolgen de sluiting van de Wetering heeft op hun leven en de beoordeling van hun leven. Een aantal respondenten uit Groenoord gaven ook aan welke gevolgen dit zou kunnen hebben op hun eigen leven.

Zeven van de twaalf respondenten uit Groenoord passen de situatie toe op hun eigen leven en denken na over welke gevolgen het zou hebben als zorgcentrum Harg-Spaland zou sluiten. Respondent 2 stelt dat het voor zijn sociale contacten geen gevolgen zou hebben, hij vindt de contacten wel prettig, maar hij is een eigenheimer. Respondent 3 is van mening dat het zeker invloed zou hebben omdat hij er dan niet meer zou kunnen eten. Hij heeft echter wel een alternatief waar hij naar uit kan wijken. Dat zou voor hem niet een probleem zijn. Ook respondent 4 stelt dat het sluiten niet direct invloed op haar zou hebben omdat ze zelf nog kookt. Ook voor haar contacten heeft het geen invloed. Ze vertelt: “als ik het niet zou doen, zou ik het ook niet missen, omdat ik wel veel contacten heb, voor een hoop mensen is dat een uitje. Maar voor mij, ik doe het erbij” (Respondent 4, p. 19).

De andere vier respondenten denken dat het sluiten een grotere invloed op hun leven zal hebben. Respondent 7 zou het jammer vinden als ze niet meer zou kunnen klaverjassen. “Je hebt toch een doel, je kijkt er naar uit” (Respondent 7b, p. 43). Respondent 8 vertelde dat toen ze hoorde dat er veel zorgcentra gingen sluiten, ze zich zorgen maakte of Harg-Spaland ging sluiten. Ze weet nu dat het niet zal sluiten en dat vindt ze goed om te weten omdat het erg belangrijk is in haar leven en ze er iedere dag met veel plezier eet. Hoewel de respondent altijd alleen aan tafel zit, zou een sluiting grote gevolgen hebben voor haar sociale contacten. Ze vertelde:

Ja!! Het klinkt eigenlijk gek omdat ik altijd alleen zit. Maar ik heb al genoeg als ik mensen zie. Daar heb ik al genoeg aan. En als iemand eens een woordje zo tegen me zegt En dat zou ik wel missen. Ik geloof wel als ik nergens naartoe zou gaan, dan zou ik wel afzakken, omdat je lichaam niet wil (Respondent 8, p. 51).

Respondent 8 geeft ook het voorbeeld van toen ze ziek was:

Ik heb natuurlijk dat virus gehad in januari, dus toen ben ik vijf weken niet beneden geweest. Toen kon ik thuis ook bijna niets doen. Dan loop je tegen muren op hoor. En niemand spreek je. Ja een telefoontje. Maar ja, dat is niet voldoende, dat is niet genoeg. Ja, dat zou ik heel erg missen (p. 51).

Ook respondent 10, die vrijwilliger is bij Harg-Spaland, denkt dat het invloed heeft op haar leven als het zorgcentrum zou sluiten. “Ik zou het wel jammer vinden, want je bent hier gewend natuurlijk” (Respondent 10, p. 66).

Ook de respondenten uit de Westwijk reageren wisselend over welke mogelijke gevolgen het sluiten van de Wetering heeft. Voordat dit besproken wordt, zal eerst de algemene stand van zaken over de sluiting van de Wetering besproken worden.

Zorgcentrum de Wetering gaat sluiten. Alle zorgactiviteiten verdwijnen per 1 januari 2015. Op dit moment zijn er al veel kamers leeg: een aantal bewoners zijn al naar een ander zorgcentrum verplaatst, een aantal zijn overleden. In deze vrijkomende kamers komen geen nieuwe bewoners meer. Het is zeker dat alle zorgactiviteiten gaan verdwijnen, alleen tijdens de interviews is gebleken dat het nog onzeker is wat er met de recreatiezaal zal gebeuren. Respondent A en respondent D vertellen dat er nog geen uitsluitsel is gegeven over het voortbestaan van de zaal. Dit brengt veel onzekerheid mee voor de respondenten omdat ze nog niet weten waar ze aan toe zijn. Wanneer besloten wordt de zaal te sluiten, heeft dit impact op het leven van de respondenten.

De respondenten uit de Westwijk vinden het niet leuk dat de voorzieningen van de Wetering gaan sluiten. Voor de respondenten heeft de sluiting wisselende gevolgen. Respondent D zegt dat het sluiten van de Wetering voornamelijk praktische gevolgen heeft voor haar leven. Faciliteiten zoals de bibliotheek en het bloedprikken, waar respondent D gebruik van maakt, gaan weg als de zaal sluit. “Dat zijn allemaal spullen daar, dat raak je kwijt. Nu denk ik ook, verdorie, ik moet elke keer bloedprikken. Maar waar moet ik dan heen?” (Respondent D, p. 21). Ook voor respondent E heeft de sluiting meer praktische gevolgen. De sluiting heeft niet direct invloed op haar huidige leven, maar het heeft vooral gevolgen voor haar toekomst: “ik zei dat ik altijd gedacht heb, als het niet meer kan, wil ik graag naar de Wetering” (Respondent E, p. 25). Dat zal niet meer gaan in de toekomst. Ook voor respondent A heeft de sluiting van de Wetering een praktisch gevolg: ze kan niet meer vrijwilligerswerk doen. Ze heeft echter besloten niet meer ergens anders te beginnen, omdat ze het voor haar leeftijd – bijna tachtig jaar – wel genoeg vindt.

De praktische gevolgen voor het leven van respondenten als gevolg van de sluiting, vinden respondenten erg jammer, omdat ze vaak in de buurt zijn gaan wonen vanwege de nabijheid van deze faciliteiten. Respondent H geeft hierover een voorbeeld: op het moment werkt ze nog, maar haar plan was om een computercursus te gaan doen bij de Wetering en er tussen de middag te gaan eten als ze met pensioen mag, zodat ze meer in contact te komt met buurtgenoten. Ze vindt het erg jammer dat dit niet doorgaat.

Respondenten geven aan dat ze (vaak) niet in een gat zullen vallen, omdat ze nog andere sociale contacten hebben en nog mobiel zijn en daardoor andere voorzieningen op kunnen zoeken. Echter gaat iedereen wel de sociale contacten die ze in de Wetering hebben opgedaan door het meedoen aan activiteiten zoals de soos, gymmen en koersballen, missen. Respondent F gaat naast de sociale contacten, het organiseren van de bingo missen. Respondent G denkt dat het geen invloed heeft op haar sociale contacten, maar zal wel de gezelligheid van een bibliotheek en gym missen. Ook respondent B zal de sociale contacten onder het eten en het klaverjassen missen. Hij denkt dat de contacten verwateren als de zaal van de Wetering sluit. Daarnaast heeft het voor hem invloed op zijn maaltijden omdat hij daar iedere doordeweekse dag eet. Hij durft zelf niet meer, als gevolg van zijn leeftijd, te koken. Daar ziet hij tegenop.

Respondent G en respondent H gaven aan dat ze de gezelligheid van een bingo, bibliotheek en gym zullen missen, maar dat het niet ten koste zal gaan van de sociale contacten, omdat ze verwachten de contacten in het gebouw waar ze wonen – Résidence de Wetering – te zullen blijven vinden.

Respondent H denkt zelfs dat het contact met haar burens zal versterken:

Ik denk het toch wel dat je meer aan elkaar gaat hechten, zeker als het weggaat daar. Meestal kom je elkaar tegen in de zaal of wat dan ook. Niet dat ik altijd op de koffie ga bij elkaar. Dat hoeft ook niet. Maar gewoon als je ze nodig hebt.Zulke dingen denk ik wel dat dat blijft. Ik denk dat het misschien zelfs nog een beetje meer wordt omdat je op elkaar aangewezen bent. Maar dat is natuurlijk afwachten (pp. 44-45).

De respondenten van de Wetering vinden het allemaal erg jammer dat de faciliteiten van de Wetering sluit. Ze verwachten allemaal dat de sluiting invloed op hun leven zal hebben. De meeste respondenten geven aan dat het invloed zal hebben op hun sociale contacten, andere geven meer aan dat het praktische gevolgen zal hebben, zoals het niet meer kunnen bloedprikken en naar de bibliotheek kunnen gaan, maar ook het missen van een maaltijd.

7.3.4A Gevolgen voor het cijfer

Een aantal respondenten geeft aan dat het (eventueel) sluiten van het zorgcentrum ook invloed zal hebben op hun geluk in en tevredenheid met het leven. Respondent B denkt dat zijn cijfer zeker naar beneden zal gaan: “niet veel, maar het zou wel een beetje omlaag gaan” (p. 10). Dit heeft voornamelijk te maken met het niet meer kunnen nuttigen van een maaltijd en het verminderen van sociale contacten die hij dagelijks had. Ook respondent 8 denkt dat wanneer het zorgcentrum zou sluiten haar cijfer op het leven zou verslechteren:

Dan gaat het cijfer naar beneden hoor. Op zijn hoogst een 5. Dat gaat wel een eind naar beneden dan. Dat is wel erg belangrijk voor mij, ondanks dat ik altijd alleen ben. Als ik maar mensen zie. En even wat kan zeggen, of tegen jullie, dat vind ik ook altijd leuk (p. 52)

Ja, dan zou ik toch mogelijk vereenzamen, als ik dat nu denk. Ondanks dat ik kinderen heb, zou ik toch... Ik geloof dat ik dan nu toch te oud ben, om dat weer te overtreffen, om daar weer uit te komen, denk ik (p. 52).

De sluiting van zorgcentrum de Wetering heeft invloed op het leven van de respondenten: ze kunnen niet meer een gezonde maaltijd nuttigen, hebben minder sociaal contact en praktische zaken verdwijnen. Respondenten denken dat het sluiten van het zorgcentrum invloed heeft op hun tevredenheid met het leven: ze worden eenzamer door minder sociaal contact. Deze eenzaamheid en invloed van het sluiten van het zorgcentrum heeft te maken met de leeftijd. De respondenten zien er tegenop zelf te koken en denken niet dat zij ooit nog uit de eenzaamheid zullen komen.

7.4 Alternatieve voorzieningen

Veel zelfstandig wonende ouderen maken gebruik van de faciliteiten van een zorgcentrum. Als zorgcentra sluiten vallen deze faciliteiten weg. Respondenten is gevraagd of er in de buurt alternatieven zijn waar ze heen kunnen gaan. Respondenten noemen alternatieven of komen met ideeën over mogelijke alternatieven.

Respondent 3 kent een ander zorgcentrum, in de Woudhoek in Schiedam, waar hij heen zou gaan als hij bij Harg-Spaland niet meer zou kunnen eten. Ook respondenten 7a en 7b zouden op een andere

plek gaan om te klaverjassen als het niet meer mogelijk zou zijn. Dan zouden de dames met de bus gaan. Respondenten uit de Westwijk noemen zorgcentrum de Soenda in het centrum van Vlaardingen als alternatief en revalidatiecentrum de Marnix in de Westwijk. Echter, respondenten zeggen dat dit eigenlijk te ver weg is om er gebruik van te maken. Respondent B zegt hierover: “kijk, zolang ik fiets, kan ik naar de Soenda, dat ben ik ook wel van plan hoor. Maar dan ga je met de winter, wat dan natuurlijk? Als het sneeuwt of wat dan ook, dan kom ik daar niet” (p. 10). Respondent 10, een vrijwilliger bij Harg-Spaland, zou een andere invulling gaan zoeken als het vrijwilligerswerk weg zou vallen. Tot slot, respondent 8 zou eten laten bezorgen. Ze ziet het, net als respondent B, niet zitten om weer voor zichzelf te gaan koken, daar is ze vanwege haar leeftijd te onzeker over geworden.

Er zijn ook respondenten die ideeën hebben over mogelijke alternatieven. Zo komen respondent D en respondent F met het atrium van Résidence de Wetering. Het atrium is een grote hal. Daar kan wellicht gegymd of gekoersbald worden. Echter, noemen ze direct dat dit geen goed alternatief is omdat ze daar andere mensen in de weg lopen en het er in de winter erg koud is. Respondent 3 noemt een alternatief waar hij laatst over gelezen heeft: bij Frankeland (hoofdlocatie van dezelfde organisatie als Harg-Spaland) zijn bijgebouwen verhuurt als appartementen voor zelfstandig wonende ouderen, die vallen buiten de activiteiten van het zorgcentrum. Hij ziet dit als een goed alternatief en een goede aanpassing aan het huidige beleid. Respondent 9 vindt dit ook een goed idee, om zorgcentra die sluiten om te bouwen tot woningen voor ouderen die zelfstandig willen wonen. Tot slot heeft hij ook een ander idee: het creëren van centrale brasserieën in woonwijken waar zelfstandig wonende ouderen tegen een lage prijs kunnen eten en elkaar kunnen ontmoeten.

8. Conclusie

Dit is het afsluitende hoofdstuk van dit onderzoek naar de mogelijke gevolgen van het sluiten van zorgcentra op het welzijn van zelfstandig wonende ouderen. De conclusie bestaat uit een aantal delen. In het eerste deel zullen de resultaten uit de analyse vergeleken en gekoppeld worden aan de bevindingen uit het theoretisch kader. In het tweede deel zullen de deelvragen en hoofdvraag beantwoordt worden. Daarna zal in het derde deel de gebruikte methode besproken worden. Het vierde deel wordt tot slot gevormd door een discussie en reflectie.

8.1 Subjectief welzijn

Tijdens de interviews is gevraagd welk cijfer respondenten geven op basis van hun levenskwaliteit. Dit een is een subjectief oordeel, omdat het gaat over de ervaring en beoordeling van een individu over zijn huidige leven. Het gaat niet over feiten. Respondenten werd gevraagd het leven te beoordelen aan de hand van geluk en tevredenheid. Ten eerste gaven de respondenten aan wat hun oordeel is over hun leven, waar zij dit op baseren en waarom zij tevreden zijn over bepaalde kwaliteiten in hun leven. Dit is het cognitieve aspect van welzijn dat in hoofdstuk 3, het theoretisch kader, besproken is. Daarna kwam kort het affectieve aspect van subjectief welzijn naar voren doordat respondenten aangaven hoe zij de verschillende kwaliteiten beleven. Dit is een emotioneel aspect van geluk dat welzijn bepaalt. Respondenten reageerden soms emotioneel bij het beoordelen van hun levenskwaliteit doordat zij aan bepaalde condities, zoals hun familie dachten. De emotionele reacties en de kwaliteiten die de mate van tevredenheid bepalen, zorgen dat subjectief welzijn in dit onderzoek onderverdeeld kan worden in affectief en cognitief welzijn.

Het temporele aspect, dat gaat over de verschuiving van individuele verwachtingen (Puts et al, 2006) en over de levensverwachting van welzijn (Perenboom et al, 2002), kwam tijdens de analyse van de resultaten duidelijk naar voren. Veel respondenten gaven tijdens het beoordelen van hun levenskwaliteit aan dat zij hun levenskwaliteit baseerden op hun levensloop. De goede doorloop van verschillende levensfasen zorgt dat respondenten zich nu tevreden en gelukkig wanen met hun huidige leven. Andersom kwam het ook naar voren: een minder gunstige levensloop, bijvoorbeeld door armoede, vroeg overleden ouders en dergelijke, zorgt dat ouderen nu tevredener zijn met het leven dat ze nu leiden. White (2009) ziet dit als een proces omdat het inzicht geeft in de verandering van welzijn over verschillende levensfasen. In dit onderzoek heeft de levensloop van een persoon wel invloed op het welzijn, maar is er geen inzicht verworven in de verandering van welzijn over tijd, omdat het onderzoek meer gericht is op het huidige en toekomstige welzijn van zelfstandig wonende ouderen. Het andere temporele aspect, de verwachting hoe lang een persoon nog in welzijn zal leven en waar dat van afhankelijk is, is afhankelijk – zo is gebleken uit de analyse van de resultaten – van twee kwaliteiten in het leven: de ervaren autonomie van een persoon en de gezondheid. Wanneer de mate waarin een oudere zelfstandig kan leven of de fysieke of mentale gezondheid van een individu afneemt, neemt de levenskwaliteit van een persoon naar verwachting af. Deze verwachting speelt geen rol bij de beoordeling van tevredenheid en beleving van huidig geluk. Respondenten geven aan dat het altijd afwachten is wanneer de levenskwaliteit afneemt. Een verminderde welvaart kan veroorzaakt worden door een afname van de zelfstandigheid en ervaren autonomie, maar ook door een verslechterde gezondheid.

Bij de ruimtelijke aspecten uit de welzijnsgeografie kwamen twee van de vier ruimten naar voren. De capabiliteitsruimten gaan over de fysieke en sociale vaardigheden van een persoon dat het welzijn versterkt of juist belemmert. Dit komt duidelijk naar voren bij de uitkomsten over gezondheid: fysieke gezondheidsbeperkingen hebben invloed op het welzijn, al maakten respondenten vaak de keuze deze gezondheidsbeperkingen buiten de beoordeling van hun welzijn te laten. Sociale vaardigheden van de persoon hebben ook invloed op de beoordeling van hun welzijn: vele sociale contacten zijn een kwaliteit die goed beoordeeld wordt bij de beoordeling van het leven. Ook veiligheidsruimten spelen een rol in het bevorderen van welzijn van respondenten. Respondenten krijgen huishoudelijke hulp en hulp van hun familie bij het doen van boodschappen. Het ervaren van sociale en individuele steun beïnvloedt de perceptie van respondenten op hun welzijn.

Het onderscheid tussen affectieve en cognitieve welzijn is naar voren gekomen bij de analyse van de resultaten. Geluk en tevredenheid zijn een graadmeter voor de beoordeling en beleving van de kwaliteiten in het leven. Ook het temporele aspect van welzijn speelt een rol in de beoordeling van het leven: de levensloop van een persoon bepaalt in zekere mate hoe de persoon nu denkt over zijn of haar leven. Ruimtelijke aspecten hebben ook invloed op de beoordeling van het welzijn: de fysieke en sociale vaardigheden en de steun die iemand ontvangt in capabiliteits- en veiligheidsruimten hebben invloed op de beoordeling van tevredenheid met het leven en de beleving van geluk in het leven. De andere twee ruimten uit de welzijnsgeografie, integratieve en therapeutische ruimten, zijn niet naar voren gekomen.

Het subjectieve welzijn van een zelfstandig wonende oudere is onder te verdelen in geluk in en tevredenheid met het leven en dit geluk en deze tevredenheid heeft invloed op de perceptie van een individu over de kwaliteiten in het leven. De temporele en ruimtelijke aspecten geven drie mogelijke kwaliteiten aan die invloed kunnen hebben op het welzijn van een persoon, namelijk gezondheid, autonomie en sociale steun door sociale contacten. De verschillende kwaliteiten en condities voor het welzijn van ouderen die naar voren zijn gekomen uit de analyse van de resultaten zullen besproken en vergeleken worden met de theorie uit hoofdstuk drie.

8.2 Ouderenwelzijn

In dit onderzoek is een sociale welvaartsbenadering gebruikt om de consequenties van kwetsbaarheid van een specifieke bevolkingsgroep te bestuderen (Fleuret & Atkinson, 2007). In dit onderzoek is deze bevolkingsgroep 'ouderen', en dan nog specifiek: zelfstandig wonende ouderen met de leeftijd (op één respondent na) 75-plus. Vaak wordt er verondersteld dat het welzijn van ouderen afneemt door de leeftijd die zij bereiken. Gwozdz en Sousa-Poza (2009) noemden dit een onjuiste veronderstelling en dit is ook een uitkomst van dit onderzoek omdat het gemiddelde cijfer dat respondenten gaven een 7,8 is. Objectief gezien kan het welzijn afnemen naarmate een persoon ouder wordt, maar het subjectief beoordeelde welzijn neemt niet altijd af. Het kan zelfs toenemen over tijd omdat een individu juist tevredener is over wat hij of zij nog wel kan met zijn of haar beperkingen of in vergelijking met anderen. Ook in dit onderzoek is dit het geval: ondanks dat ouderen beperkingen ervaren, vinden zij dat hun welzijn goed is. Uit de theorie kwamen een aantal condities naar voren die de kwaliteiten van het leven vormen en invloed zouden hebben op het welzijn van ouderen. Deze kwaliteiten worden nu een voor een besproken en zullen gekoppeld en vergeleken worden met de uitkomsten van de analyse van de resultaten.

8.2.1 Gezondheid

Gezondheid is een kwaliteit dat invloed heeft op het leven van ouderen. Het speelt echter een wisselende rol op de beoordeling van het welzijn van ouderen. Respondenten die gezondheid niet meenemen bij het beoordelen van het leven vertellen dat geluk van en tevredenheid met het leven toe of af zou nemen als gezondheid wel meegenomen werd met de beoordeling. Andere kwaliteiten zijn meer van invloed op het leven van ouderen in dit onderzoek. Hierbij maken respondenten een keuze: beoordeel ik het leven op basis van wat ik nog kan of op basis van mijn beperkingen. Deze keuze is door alle respondenten gemaakt, maar de keuze voor de een of de ander verschilt van persoon tot persoon. Respondenten die gezondheid meenemen stellen dat er gezondheidsperikelen een rol gaan spelen of dat hun gezondheid nog zo goed is, dat ze niet mogen klagen over deze kwaliteit in hun leven. Respondenten die gezondheid niet meenemen bij de beoordeling van hun leven, stellen dat hun beoordeling van het leven toe- of afneemt wanneer zij gezondheid insluiten als kwaliteit die invloed heeft op hun welzijn. Andere kwaliteiten spelen voor deze respondenten een grotere rol bij de beoordeling van hun leven. Het vermoeden bestaat echter wel dat gezondheid ook bij deze respondenten onbewust een rol speelt bij beoordeling van het welzijn, omdat de gezondheid van deze respondenten wel – soms positieve en soms negatieve – consequenties heeft op het leven van de respondent. Daarnaast verwachten respondenten dat het welzijn af zal nemen als de gezondheid slechter wordt.

De theorie over gezondheid in ouderenwelzijn komt overeen met de uitkomsten uit de analyse van de resultaten: een slechte gezondheid heeft niet altijd invloed op de subjectieve beoordeling van het welzijn. Ondanks gezondheidsbeperkingen die invloed hebben op het dagelijks leven, beoordelen ouderen hun leven vaak op basis van hun mogelijkheden. De definitie van de World Health Organization die in hoofdstuk drie uitgelegd wordt, komt niet helemaal overeen met de uitkomsten. Gezondheid speelt een rol in het welzijn van een persoon omdat een slechtere gezondheid ervoor zorgt dat het (verwachte) welzijn afneemt. Echter, uit het onderzoek is het vermoeden ontstaan dat veel ouderen de keuze maken gezondheid buiten het welzijn te houden, omdat zij dan minder of juist meer tevreden zouden (moeten) zijn over hun levenskwaliteit. Een slechtere gezondheid heeft niet altijd invloed op de subjectieve beoordeling van het welzijn omdat een persoon met een slechtere gezondheid het leven positiever kan beoordelen dan iemand met een betere gezondheid. Toch blijft het oordeel over de gezondheid een belangrijke factor bij het oordeel over welzijn, omdat het verlies aan lichaamsfuncties invloed heeft op het leven van de persoon.

8.2.2 Autonomie en mobiliteit

Uit de analyse van de resultaten is gebleken dat autonomie bij alle respondenten invloed heeft gehad op het cijfer dat respondenten gaven. Autonomie wordt op verschillende manieren geïnterpreteerd. Ten eerste wordt autonomie gezien als de mobiliteit die respondenten hebben. De respondenten die autonomie zien als de mobiliteit die ze hebben, rijden auto, fietsen of reizen met het openbaar vervoer. Dit draagt bij aan het zelfstandig kunnen leven en het gevoel controle te hebben over het leven. Respondenten vinden dat mobiliteit invloed heeft op het oordeel over hun leven omdat 'ze kunnen doen en laten wat ze willen'. De respondenten die aangeven minder mobiliteit te ervaren, vinden dat dit een negatieve invloed heeft op hun leven omdat ze niet alle activiteiten kunnen ondernemen die ze graag willen ondernemen. Ten tweede wordt autonomie ervaren door het zelfstandig kunnen leven en het thuis kunnen wonen, eventueel wat hulp van buitenaf. De ervaren autonomie is een kwaliteit dat invloed heeft op het leven en de beoordeling van tevredenheid omdat het als positief ervaren wordt als activiteiten zelfstandig uitgevoerd kunnen worden, zonder hulp van

anderen. Ervaren autonomie heeft echter niet altijd alleen maar voordelen voor de ouderen: het kan leiden tot eenzaamheid. Wel proberen deze respondenten de eenzaamheid 'op te lossen' door voldoening en afleiding te zoeken in zowel fysieke als mentale activiteiten.

Autonomie werd door alle respondenten ervaren, door het zelfstandig thuis ouder kunnen worden, maar ook door de mobiliteit die respondenten ervaren door het autorijden, fietsen of reizen met het openbaar vervoer. Het vermoeden bestaat dat het ervaren van autonomie een kwaliteit is dat invloed heeft op de beoordeling van tevredenheid met het leven, als gevolg van acceptatie. De jongste respondent uit dit onderzoek, ervoer minder autonomie dan de oudere respondenten omdat ze niet kan accepteren dat ze hulp van anderen nodig heeft en zij zich hierdoor minder zelfstandig voelt. Wellicht neemt acceptatie in de loop van het ouder worden toe en waarderen ouderen hun – overgebleven – zelfstandigheid meer naarmate zij ouder worden.

De theorie uit het theoretisch kader komt overeen met de resultaten van de analyse: autonomie wordt ervaren als zelfstandigheid, maar ook als mobiliteit. Hierbij wordt mobiliteit voornamelijk gezien als de vaardigheid te functioneren, door auto te rijden, te fietsen of te wandelen, maar ook als potentiële beweging: het weg kunnen gaan wanneer de ouderen dat willen. Een aanvullende uitkomst is het vermoeden dat acceptatie een belangrijke rol kan spelen bij het ervaren van autonomie. Dit is iets dat in een later onderzoek interessant is om verder te onderzoeken.

8.2.3 Sociaal kapitaal

Sociaal kapitaal is een belangrijke kwaliteit bij de beoordeling van het leven is gebleken uit de analyse van de resultaten. Het is een belangrijke kwaliteit omdat sociale contacten invloed hebben op de vermindering of voorkoming van eenzaamheid. De zelfstandig wonende ouderen maken onderscheid tussen familie, vrienden en burens. Deze sociale contacten vallen allemaal onder de noemer bonding sociaal kapitaal omdat het gaat over verbindingen tussen mensen met dezelfde leeftijd, buurt en het lid zijn van dezelfde familie.

Familie heeft invloed op de levenskwaliteit van zelfstandig wonende ouderen. Het contact met kinderen en kleinkinderen is erg belangrijk. Zelfstandig wonende ouderen die veel contact hebben met hun familie benoemen voornamelijk de steun die ze ontvangen van hun familie, zoals bij het boodschappen doen, koken of het schoonhouden van het huis. Ook het contact met broers en zussen is belangrijk voor de ouderen, dat heeft invloed op de beleving van geluk. Er zijn ook ouderen die minder contact hebben met hun familie, vaak omdat hun familie het 'te druk' heeft. Dit vinden veel ouderen jammer, maar desondanks geven de ouderen een goed cijfer voor hun welzijn. Deze respondenten zijn tevreden met hun complete leven, maar minder over het contact met de kinderen.

Naast familie, speelt contact met vrienden een rol bij de beoordeling van het leven. Vrienden bieden sociale steun na het overlijden van een partner of bij ziekte en bieden gezelligheid. Dit kan leiden tot minder eenzaamheid. Het aantal vrienden neemt af naarmate ouderen ouder worden, als gevolg van overlijden. Het opdoen van nieuwe vrienden wordt als moeilijk ervaren. Tot slot spelen burens ook een rol in de beoordeling van tevredenheid met het leven. Burens staan voor elkaar klaar als het nodig is, maar ze gaan niet bij elkaar op de koffie. Dit wekt de suggestie dat in deze cases de burens meer een bridging rol dan een bonding rol hebben.

De theorie stelt dat de huwelijkse staat van de ouderen ook een rol speelt bij de beoordeling van het leven. Uit de resultaten blijkt dat het hebben van een partner zorgt voor minder contact met

anderen omdat zij meer activiteiten met de partner ondernemen. Weduwen hebben juist meer contact met anderen. Respondenten merken dat het zijn van weduwe invloed heeft gehad op sociale contacten: er vallen mensen af, maar er komen ook mensen bij. Anderen stelden dat het echter geen invloed heeft gehad op hun sociale contacten. De invloed van het zijn van weduwe op de levenskwaliteit van de respondent, werd vaak niet genoemd of niet meegenomen bij de beoordeling van het leven. Familie, vrienden en familie zijn, net zoals de theorie stelde, een belangrijke kwaliteit bij de beoordeling van het welzijn, voornamelijk door de sociale steun die het biedt. Sociaal kapitaal is een belangrijke kwaliteit die invloed heeft op de beoordeling van het welzijn van ouderen.

8.2.4 De buurt

Uit de analyse van de resultaten is gebleken dat respondenten positieve gevoelens hebben over de buurt waarin zij wonen, maar dat de buurt niet altijd een rol speelt als kwaliteit die het leven bepaalt. De respondenten die vinden dat de buurt geen rol speelt, vinden andere kwaliteiten die hun tevredenheid met het leven bepalen en invloed hebben op hun beleving van geluk, belangrijker. Dit geldt zowel voor ouderen die pas een aantal jaar in de buurt wonen, als voor respondenten die al meer dan vijftig jaar in de buurt wonen. De buurt kan wel een rol spelen in het welzijn omdat de buurt als prettig ervaren wordt. Uit de analyse is gebleken dat er drie redenen zijn waarom de buurt als prettig wordt ervaren en invloed heeft op het beoordelen van het leven. Deze redenen zijn de verbondenheid met de buurt, de nabijheid van een zorgcentrum en de burens.

De verbondenheid met de buurt speelt een belangrijke rol omdat het ervoor zorgt dat ouderen zich vertrouwd voelen met de buurt. Het uit zich in het gevoel dat zij nooit meer weg willen uit de buurt. Dit heeft te maken met herinneringen aan de buurt, maar ook de mogelijkheden die een buurt biedt om weg te gaan. De nabijheid van een zorgcentrum is een factor die invloed heeft op de beoordeling van hun welzijn en het prettig voelen in de buurt. Ouderen vinden het een veilig gevoel dat het zorgcentrum nabij is, als er nood aan de man is kunnen ze aankloppen. Tot slot spelen de burens ook een belangrijke rol bij het prettig voelen in de buurt. Hoewel ouderen niet bij de burens op de koffie gaan, hebben ze wel goed contact met de burens en staan de burens allemaal voor elkaar klaar als het nodig is.

De buurt is voor de één een belangrijke kwaliteit bij het beoordelen van het leven, terwijl het voor de ander niet zo van betekenis is. Wel voelen veel ouderen zich verbonden met de buurt.

Verbondenheid met de buurt en de vertrouwdheid die daaruit voortkomt, werd echter door alle ouderen gezien als een belangrijk onderdeel van hun welzijn. Over 'ageing in place', een concept uit hoofdstuk drie dat gaat over onafhankelijk van anderen ouder kunnen worden, zonder residentiële hulp (Wiles et al, 2011), is niet van belang bij de buurt. Het werd echter meer genoemd als onderdeel van het ervaren van autonomie: het zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen, al dan niet met wat huishoudelijke hulp.

8.2.5 Voorzieningen

Voorzieningen zijn volgens de theorie van belang bij het beoordelen van welzijn. Subjectief gaan voorzieningen in de buurt over het creëren van verbondenheid en het stimuleren van vertrouwdheid met de buurt. Bepaalde voorzieningen kunnen belangrijk zijn voor het welzijn van ouderen, zoals een buurtcentrum waar activiteiten ondernomen kunnen worden en contacten kunnen worden opgedaan. Voorzieningen kunnen hierdoor een kwaliteit vormen die van belang is bij het beoordelen van het welzijn. De analyse van de resultaten toont de voorzieningen waar zelfstandig wonende

ouderen gebruik van maken. De voorzieningen die genoemd worden door respondenten zijn supermarkten, openbaar vervoer, verenigingsactiviteiten zoals klaverjassen en de soos, en het zorgcentrum waar respondenten gebruik van maken. Hoe de voorzieningen verdeeld zijn over de buurt is in kaart gebracht in de analyse van de resultaten. Er is echter weinig aandacht besteed aan de beleving van de voorzieningen zoals supermarkten en vrijetijdsactiviteiten, omdat de nadruk in dit onderzoek ligt op de beleving van de faciliteiten van het zorgcentrum in de buurt.

8.2.5.A. Zorgcentra

De zelfstandig wonende ouderen die gebruik maken van de faciliteiten van een zorgcentrum, stellen dat deze voorzieningen invloed hebben op de beoordeling van tevredenheid en geluk met het leven. De zelfstandig wonende ouderen in dit onderzoek vinden het een gemakkelijke voorziening om gebruik van te maken. Daarnaast geven respondenten aan dat het ook een sociaal aspect met zich meebrengt: het praten met andere ouderen en met personeel ervaren respondenten als gezellig. Deze voorzieningen van zorgcentra hebben een positieve invloed op de beleving van geluk en beoordeling van tevredenheid met het leven omdat zij het zorgcentrum zien als een kwaliteit in hun leven dat gezelligheid, sociale contacten, afleiding, bescherming en soms ook een maaltijd oplevert.

De theorie over voorzieningen, die stelt dat voorzieningen een bijdrage leveren aan verbondenheid en vertrouwdheid met de buurt, komt overeen met de functie van het zorgcentrum in de buurt. Het zorgcentrum zorgt dat mensen zich beschermd en vertrouwd voelen en dat zij sociale contacten op kunnen doen. Dit heeft een positief effect op de levenskwaliteit van ouderen.

8.2.6. Conclusie

De theorie in het theoretisch kader (hoofdstuk 3) over het ouderenwelzijn, komt overeen met de uitkomsten in de analyse van de resultaten. Bij de beoordeling van subjectief welzijn spelen tijdelijke en ruimtelijke concepten een rol, maar ook geluk en tevredenheid zijn belangrijke concepten. De kwaliteiten die de levenskwaliteit vormen zijn de levensloop van een persoon, gezondheid, autonomie, sociaal kapitaal met sociale steun, de buurt en het zorgcentrum.

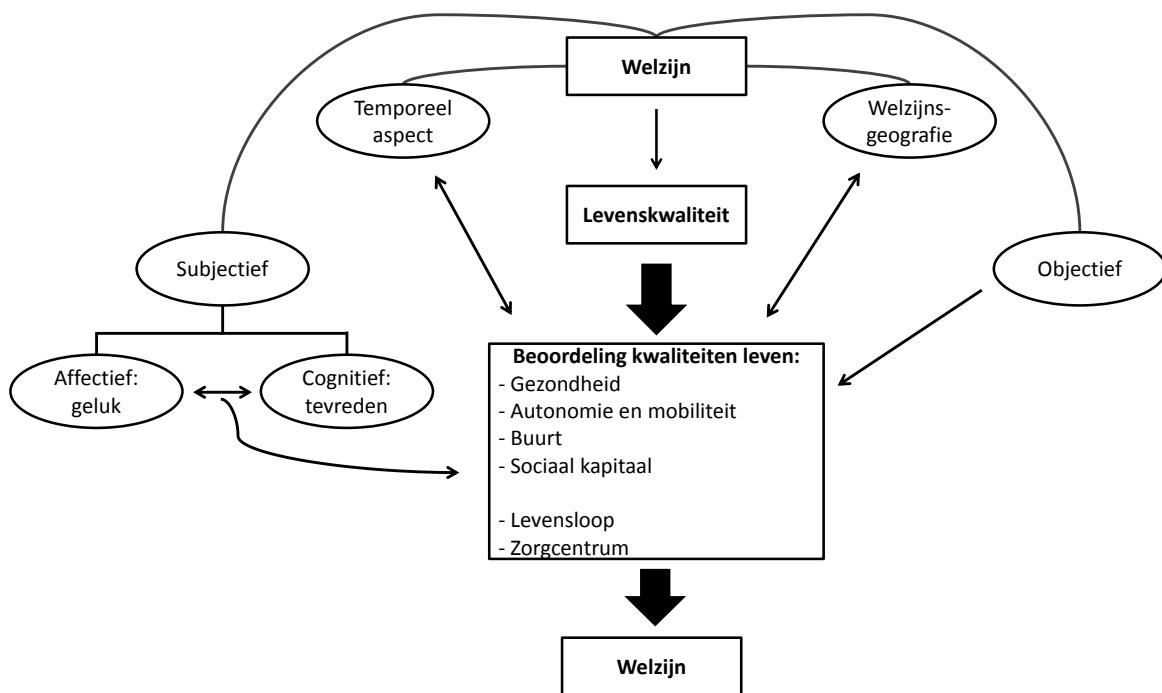
Het temporele aspect levensloop speelt een grotere rol in de subjectieve beoordeling over het huidige leven. In de theorie horen tijdelijke processen, zoals een verandering van verwachtingen en reacties en de verwachte toekomstige levenskwaliteit, bij het subjectieve welzijn van een persoon. In dit onderzoek is gebleken dat het niet alleen bij het subjectieve welzijn van een persoon hoort, maar dat de levensloop van een oudere een kwaliteit van het leven vormt en waar een oudere over oordeelt als hij of zij naar zijn huidige leven kijkt. Dit betekent dat in het conceptuele model dat in het hoofdstuk 4 naar voren is gekomen, levenskwaliteit moet worden toegevoegd als kwaliteit die beoordeeld wordt. Dit is te zien op figuur 8.1.

Dit onderzoek gaat niet alleen over de effecten van de sluiting van zorgcentra op het leven van ouderen, maar ook over de condities die het welzijn van zelfstandig wonende ouderen bepalen en welke rol het zorgcentrum speelt in het welzijn en het huidige leven van zelfstandig wonende ouderen. Met dit onderzoek kan ik aan de theorie toevoegen dat het subjectieve, persoonlijk ervaren welzijn van ouderen bepaald wordt door de levensloop van de beoordelaar. Daarnaast voegt het toe dat de verwachte levenskwaliteit in de toekomst te maken heeft met gezondheid en autonomie. Een verandering in de gezondheid en ervaren autonomie heeft invloed op de beoordeling van de levenskwaliteit. Dat betekent echter niet dat gezondheid altijd een rol speelt bij de huidige beoordeling, maar het vermoeden bestaat dat het op de achtergrond altijd een rol speelt omdat het

welzijn veranderd onder invloed van een veranderende gezondheid. Daarnaast bevestigt dit onderzoek theorie uit het theoretisch kader: sociaal kapitaal en de huwelijkse staat zijn belangrijke kwaliteiten in het leven die invloed hebben op het welzijn van zelfstandig wonende ouderen.

In het verleden is er geen onderzoek gedaan naar de rol van zorgcentra in het leven van zelfstandig wonende ouderen in de buurt. Met deze thesis heb ik onderzocht op welke manier zelfstandig wonende ouderen in twee buurten in de Randstad gebruik maken van een zorgcentrum, waarom zij er gebruik van maken en hoe zij de faciliteiten van het zorgcentrum beleven. Het zorgcentrum speelt een belangrijke rol in het leven van zelfstandig wonende ouderen in dit onderzoek. Het zorgcentrum heeft invloed op het leven van de ouderen en wordt meegenomen bij het beoordelen van het leven. In het conceptuele model in figuur 8.1. is daarom het zorgcentrum nu meegenomen. Het zorgcentrum speelt in op praktische behoefte aan voorzieningen dicht bij de woning van de zelfstandig wonende ouderen. Het zorgcentrum vervult ook sociale behoeften, het ondernemen van activiteiten zorgt voor contact met andere ouderen en levert gezelligheid op. Tot slot biedt het zorgcentrum bescherming: ouderen hebben het gevoel dat zij op het zorgcentrum terug kunnen vallen als zij hulp nodig hebben. Dit geldt voornamelijk voor ouderen die in aanleunwoningen wonen.

Figuur 8.1. Conceptueel model na conclusie



Sociale contacten en bescherming zijn twee factoren die in de theorie over voorzieningen (onderdeel van de buurt) naar voren zijn gekomen, maar de praktische kant van de voorzieningen is nieuw. De levensloop en het zorgcentrum zijn twee kwaliteiten die beoordeeld worden door zelfstandig wonende ouderen in dit onderzoek.

8.3 Beantwoording hoofd- en deelvragen

De mogelijke invloed van het sluiten van zorgcentra op het welzijn van zelfstandig wonende ouderen die gebruik maken van de faciliteiten van een zorgcentrum, is onderzocht. Door middel van semigestructureerde diepte-interviews zal antwoord gegeven worden op de deelvragen en de hoofdvraag.

Allereerst is onderzocht welke kenmerken het welzijn van zelfstandig wonende ouderen beïnvloeden en hoe deze zelfstandig wonende ouderen deze kenmerken beleven. Hierbij was het van belang eerst te achterhalen welke kenmerken het welzijn bepalen en wat de respondenten tevreden maakt met het leven, om daarna te kijken hoe de respondenten deze kenmerken beleven. Er zijn een aantal factoren of 'kwaliteiten' te benoemen die van invloed zijn op het welzijn van zelfstandig wonende ouderen. Deze kwaliteiten zijn de levensloop, gezondheid, autonomie en mobiliteit, sociaal kapitaal en de buurt. De levensloop is een belangrijk aspect voor het welzijn van zelfstandig wonende ouderen: ze kijken vaak terug naar het verleden. De invloed van de levensloop op hun huidige kwaliteit van leven kent twee varianten: ten eerste zijn ouderen tevreden met hun huidige leven als zij het vergelijken met hun vroegere leven en ten tweede zijn ouderen dankbaar voor het leven dat zij achter de rug hebben en kunnen zij niet ontevreden zijn over hoe het nu verloopt. Een tweede conditie die een belangrijke rol speelt in het welzijn van zelfstandig wonende ouderen is gezondheid. Gezondheid zit niet altijd ingesloten bij de beoordeling van de levenskwaliteit, maar het vermoeden bestaat dat gezondheid wel een rol speelt in het leven van zelfstandig wonende ouderen omdat de levenskwaliteit toe- of afneemt als gezondheid wel ingesloten wordt. Ouderen die hun gezondheid positief ervaren, kunnen alles doen wat zij willen doen. Ouderen die beperkt worden in het ondernemen van alledaagse bezigheden, kunnen hun gezondheid minder positief beleven. Zelfstandig wonende ouderen maken een keuze of zij hun tevredenheid met het leven beoordelen op basis van hun beperkingen of mogelijkheden. De meeste ouderen kiezen voor de tweede mogelijkheid en benoemen in eerste instantie andere condities die hun welzijn bepalen. Een derde factor die het welzijn van zelfstandig wonende ouderen beïnvloedt, is autonomie. Zelfstandig wonende ouderen ervaren autonomie en dit heeft invloed op het welzijn. Deze autonomie uit zich door het zelfstandig kunnen leven, met de acceptatie van wekelijkse hulp, of het ervaren van veel mobiliteit. Deze mobiliteit komt tot uiting in het kunnen autorijden, fietsen, wandelen en het nemen van het openbaar vervoer. De vierde factor die invloed heeft op het welzijn van zelfstandig wonende ouderen is sociaal kapitaal. Sociale contacten met familie, vrienden en burens zijn erg belangrijk in het leven van ouderen omdat het hen sociale steun biedt. Ouderen ervaren sociale contacten als zeer belangrijke factor voor de beoordeling van hun leven, echter zijn ouderen niet altijd tevreden over het contact met familie: de kinderen krijgen steeds minder tijd voor hun ouders. Het vermoeden bestaat dat dit invloed heeft op hoe ouderen hun geluk en tevredenheid met het leven beleven, maar de ouderen sluiten dit buiten tijdens de beoordeling van hun leven. De laatste factor die het welzijn van ouderen bepaalt, is de buurt met haar voorzieningen. Voor de ouderen die aangeven zich verbonden te voelen met de buurt, speelt de buurt een rol in het welzijn. Ouderen voelen zich verbonden met de buurt als ze zich prettig en vertrouwd voelen in de buurt en een fijn – oppervlakkig – contact hebben met de burens. Het contact met de burens heeft invloed op het welzijn van ouderen: de eventuele steun van burens stemt ouderen tevreden.

De levensloop, sociaal kapitaal en de buurt zijn condities die het huidige welzijn van zelfstandig wonende ouderen bepalen. Gezondheid en autonomie zijn de meest belangrijke condities van ouderenwelzijn, omdat een afname van de (ervaren) gezondheid en autonomie ervoor zal zorgen dat

ouderen hun leven als minder positief zullen beoordelen. Een afname van de waargenomen gezondheid en autonomie zal een negatieve invloed hebben op het welzijn van zelfstandig wonende ouderen.

Ten tweede is gekeken welke rol het zorgcentrum met haar voorzieningen speelt in het leven van zelfstandig wonende ouderen in dit onderzoek. Het zorgcentrum speelt een belangrijke rol in het leven van de zelfstandig wonende ouderen die gebruik maken van de faciliteiten van het zorgcentrum. Ouderen maken gebruik van de mogelijkheid een maaltijd te nuttigen, doen mee aan activiteiten zoals rummikub en de bingo en maken gebruik van de bibliotheek, bloed prikken, pedicure, kapper en fysiotherapeut. Ouderen ervaren de faciliteiten van het zorgcentrum in eerste instantie als gemakkelijk om in de buurt te hebben. Naast gemak levert het ook sociale contacten op. Dit beleven de zelfstandig wonende ouderen als een groot voordeel van het gebruik maken van de faciliteiten van een zorgcentrum: het zorgt voor gezelligheid in hun leven. Een laatste rol die het zorgcentrum speelt in het leven van zelfstandig wonende ouderen, is het bieden van bescherming. Ouderen die wonen in aanleunwoningen ervaren de nabijheid van het zorgcentrum als een bescherming: er op terug kunnen vallen als dat nodig mocht zijn. Gemak, het hebben van (dagelijks) sociaal contact met andere ouderen en het ervaren van bescherming, leidt ertoe dat het gebruik maken van de faciliteiten van een zorgcentrum bijdraagt aan het welzijn van zelfstandig wonende ouderen.

In dit onderzoek is veel aandacht besteed aan welke (mogelijke) gevolgen het sluiten van zorgcentra heeft op het welzijn van zelfstandig wonende ouderen. Hierbij is allereerst gekeken naar de (mogelijke) gevolgen voor het leven van ouderen als een zorgcentrum sluit. In eerste instantie vinden de zelfstandig wonende ouderen in dit onderzoek het jammer dat het zorgcentrum gaat sluiten (of het idee dat het zou kunnen sluiten), maar heeft de sluiting meer invloed op andere zelfstandig wonende ouderen die gebruik maken van de faciliteiten van zorgcentra, dan op de ondervraagde ouderen zelf. Tijdens de interviews is echter doorgevraagd welke mogelijke gevolgen het sluiten zou hebben op hun leven en toen kwamen de zelfstandig wonende ouderen in dit onderzoek erachter dat de sluiting meer gevolgen heeft voor hun eigen leven dan zij in eerste instantie dachten. Hieruit zijn een aantal mogelijke gevolgen voor zelfstandig wonende ouderen naar voren gekomen. Allereerst heeft de sluiting sociale gevolgen: hoewel de zelfstandig wonende ouderen nog genoeg andere sociale contacten hebben en andere activiteiten buiten het zorgcentrum ondernemen, gaan de zelfstandig wonende ouderen wél de gezelligheid van het zorgcentrum missen als het (wellicht) zou sluiten. De sluiting heeft echter nog grotere praktische gevolgen voor de zelfstandig wonende ouderen. De ouderen in dit onderzoek kwamen tijdens de interviews achter dit mogelijke gevolg van de sluiting. De mogelijke praktische gevolgen zijn het kwijtraken van voorzieningen om de hoek van hun woning – zoals bloedprikken, een bibliotheek, een brasserie, kapper en fysiotherapeut – en het niet meer kunnen gaan wonen in het zorgcentrum als de ouderen iets gaan mankeren.

De ondervraagde ouderen geloven dat de sluiting meer invloed heeft op andere zelfstandig wonende ouderen dan voor zichzelf. De ondervraagde ouderen benoemden echter wel mogelijke gevolgen voor zichzelf en kwamen er toen achter dat de sluiting mogelijk meer invloed heeft op hun leven dan zij in eerste instantie dachten. Zij zullen praktische zaken en sociale contacten missen. Naast mogelijke negatieve gevolgen, bestaat het vermoeden onder de ouderen dat het sociale contact met de burens zal intensiveren als het zorgcentrum gaat sluiten.

Dit onderzoek richtte zich op zelfstandig wonende ouderen in twee wijken: de Westwijk in de gemeente Vlaardingen en de wijk Groenoord in Schiedam. Het zorgcentrum waar de ondervraagde ouderen uit de Westwijk gebruik van maken, zorgcentrum de Wetering, zal per 1 januari 2015 sluiten. Het doel van deze vergelijkende casestudie is om een vergelijking te maken tussen de mogelijke gevolgen die ouderen aangeven die er direct mee te maken gaan krijgen en de zelfstandig wonende ouderen die er enkel over horen op het nieuws. Het eerste dat opviel is dat de ondervraagde ouderen uit Groenoord over de gevolgen voor de bewoners van het zorgcentrum begonnen, terwijl de ouderen uit de Westwijk hier niet over repte. De ondervraagde ouderen uit de Westwijk begonnen direct over de (mogelijke) gevolgen voor zelfstandig wonende ouderen over het algemeen en over de mogelijke gevolgen voor hun eigen leven. De zelfstandig wonende ouderen uit Groenoord is niet direct gevraagd naar de mogelijke gevolgen op hun leven – omdat het de suggestie kon wekken dat zorgcentrum Harg-Spaland gaat sluiten, terwijl hier geen sprake van is – maar ondervraagden betrokken de situatie wel op hun eigen leven. Het opvallendste verschil is dat ondervraagden uit de Westwijk – die in het dagelijks leven te maken hebben met de sluiting van zorgcentrum de Wetering – de praktische gevolgen van de sluiting benoemden, terwijl ouderen uit Groenoord hier helemaal niet mee aankwamen. De ondervraagden uit Groenoord benoemden het missen van gezelligheid en contact en dat het sluiten tot meer eenzaamheid zou leiden omdat het contact gemist zal worden. Zelfstandig wonende ouderen uit de Westwijk hadden het over het missen van gezelligheid, en minder over het missen van sociale contacten omdat ze die buiten het zorgcentrum hebben en ze die contacten nog wel zullen tegenkomen in het seniorencomplex.

Het sluiten van zorgcentrum de Wetering heeft voor de ondervraagde zelfstandig wonende ouderen in de Westwijk voornamelijk praktische gevolgen: de praktische voorzieningen om de hoek van hun woning verdwijnt. De zelfstandig wonende ouderen hebben direct te maken met de sluiting van het zorgcentrum en denken meer na over de sluiting. Een ander gevolg is het missen van gezelligheid doordat activiteiten uit het zorgcentrum weggaan. De ondervraagden uit Groenoord, die enkel over het sluiten van zorgcentra horen in het nieuws, benoemden helemaal niet de praktische gevolgen, maar benoemden enkel sociale gevolgen die het sluiten van het zorgcentrum op hen kon hebben. Het verschil tussen de twee wijken is dat de zelfstandig wonende ouderen die niet direct te maken hebben met de sluiting van het zorgcentrum waar zij gebruik van maken geen praktische gevolgen noemen.

Ten vierde is er gekeken naar de alternatieve zorg of voorzieningen in de buurt die (kunnen) ontstaan of versterkt worden als gevolg van het sluiten van zorgcentra. Als het zorgcentrum sluit, zijn er weinig alternatieven waar zelfstandig wonende ouderen heen kunnen om bijvoorbeeld een gezonde maaltijd met leeftijdsgenoten te nuttigen. Zelfstandig wonende ouderen weten niet waar ze dan heen zouden moeten voor een maaltijd, vrijetijdsactiviteiten, sociale contacten en gezelligheid. Er bestaan wel alternatieven in de vorm van andere zorgcentra waar mensen kunnen eten, maar deze voorzieningen bevinden zich vaak buiten de wijk en zijn voor ouderen minder goed te bereiken, vooral als ouderen een verminderde mobiliteit ervaren.

Andere voorzieningen zijn er maar weinig. Een alternatief voor de maaltijden zou tafeltje dekje kunnen zijn of andere buurthuizen waar een maaltijd genuttigd kan worden. Echter, deze laatste voorzieningen gaan ook steeds vaker dicht als gevolg van bezuinigingen. Een alternatief dat zou kunnen ontstaan, maar wat in de nabije toekomst lastig te realiseren is in tijden van bezuinigingen, zijn centrale brasserieën in een buurt, waar ouderen tegen een geringe prijs kunnen eten. Dit is

hetzelfde idee als een brasserie van een zorgcentrum, maar dan zonder de zorgactiviteiten eromheen. Dit is een alternatief wat verder onderzocht moet worden op mogelijkheden, kansen, bedreigingen, zwaktes en vooral haalbaarheid.

Door het beantwoorden van de deelvragen kan de hoofdvraag nu beantwoordt worden. Bij het beantwoorden van de hoofdvraag is gekeken naar de mogelijke invloed van het sluiten van zorgcentra op het welzijn van zelfstandig wonende ouderen.

Zorgcentra spelen een belangrijke rol in het leven van de zelfstandig wonende ouderen in dit onderzoek en het zorgcentrum speelt daarom een rol in het welzijn van de zelfstandig wonende ouderen omdat het hen gemak, sociale contacten, gezelligheid en soms ook een maaltijd oplevert. Ouderen die gebruik maken van de faciliteiten van een zorgcentrum ervaren autonomie, niet enkel door zelfstandig te kunnen wonen, maar ook door genoeg mobiliteit. Het zelfstandig naar het zorgcentrum toe wandelen of fietsen, draagt ook bij aan dit gevoel van autonomie. Autonomie, sociaal kapitaal en de voorziening zelf, zijn condities die bijdragen aan ouderenwelzijn. Als het zorgcentrum sluit, heeft dit invloed op het welzijn van deze zelfstandig wonende ouderen: sociale contacten die opgedaan zijn in een zorgcentrum zullen niet blijven bestaan, praktische voorzieningen verdwijnen en het gevoel van autonomie zal verminderen doordat ouderen afhankelijk worden van bijvoorbeeld vervoersdiensten om naar alternatieve voorzieningen te gaan die buiten de buurt liggen. Ook heeft het sluiten van zorgcentra invloed op de beoordeling van de levenskwaliteit en tevredenheid met het leven. Ouderen weten niet waar zij heen moeten als het zorgcentrum sluit en stellen dat hun beoordeling over het leven zal dalen, voornamelijk vanwege minder sociale contacten.

Het sluiten van zorgcentra kan grote gevolgen hebben voor het welzijn van zelfstandig wonende ouderen die gebruik maken van een zorgcentrum in hun buurt. Het heeft praktische gevolgen, zoals het niet meer dicht bij huis gebruik kunnen maken van een bibliotheek, pedicure, kapper, fysiotherapeut, bloed prikken en brasserie, maar ook sociale gevolgen: sociale contacten nemen af. Minder sociaal kapitaal heeft invloed op het welzijn van zelfstandig wonende ouderen, omdat sociaal kapitaal een belangrijke conditie van welzijn is. Hoewel dit voor veel zelfstandig wonende ouderen in dit onderzoek geldt, denken veel ouderen dat zij zich wel zullen redden als het zorgcentrum sluit, omdat zij nog genoeg andere sociale contacten hebben, zelf nog kunnen koken of omdat zij nog genoeg mobiliteit ervaren om ergens anders heen te gaan.

Concluderend kan gesteld worden dat zelfstandig wonende ouderen in dit onderzoek het jammer vinden dat het zorgcentrum (kan) sluiten, maar kunnen ze het wel overleven zonder het zorgcentrum. De ouderen in dit onderzoek benoemen vooral gevolgen voor andere zelfstandig wonende ouderen. Tijdens de interviews kwamen de zelfstandig wonende ouderen erachter dat het sluiten van het zorgcentrum meer invloed heeft op hun eigen leven dan zij in eerste instantie aangaven. Het sluiten van het zorgcentrum heeft kleine sociale gevolgen: sociale contacten en gezelligheid zal gemist worden. Het sluiten van het zorgcentrum heeft grote praktische gevolgen voor zelfstandig wonende ouderen: de ouderen niet meer eten in een nabijgelegen brasserie; geen boeken meer lenen bij de bibliotheek; en niet meer kunnen bloedprikken om de hoek. De vraag *Waar moeten we dan heen?!* duidt de praktische gevolgen aan van het sluiten van zorgcentra voor zelfstandig wonende ouderen. Deze praktische gevolgen worden naar voren gebracht door zelfstandig wonende ouderen die gebruik maken van de faciliteiten van het zorgcentrum dat per 1

januari 2015 gaat sluiten en hebben invloed op de beoordeling van geluk in en tevredenheid met het leven.

8.4 Reflectie van de methode

Het houden van semigestructureerde diepte-interviews is een belangrijke methode om te onderzoeken welke condities ouderenwelzijn bepalen en hoe ouderen deze condities beleven. Het is een goede methode om te achterhalen welke rol het zorgcentrum speelt in het leven van de respondenten, welke gevolgen de respondenten denken dat het sluiten van zorgcentra heeft op zelfstandig wonende ouderen en welke mogelijke gevolgen deze sluiting voor de respondenten zelf zouden hebben. Het is een goede methode gebleken om te achterhalen wat een respondent bezighoudt en om door te vragen naar relevante onderwerpen. Respondenten hadden er weinig moeite mee zich 'bloot' te geven en te vertellen over hun huidige leven met hun gezondheid, sociale contacten, de buurt en ervaren autonomie.

Het aantal interviews dat gehouden is biedt een representatief beeld van de zelfstandig wonende ouderen die gebruik maken van de faciliteiten van zorgcentra: er zijn zowel mannen als vrouwen geïnterviewd als respondenten die weduwe zijn of getrouwd zijn. Achttien interviews met twintig zelfstandig wonende ouderen was voldoende om een zogenoemde 'theoretical saturation' te bereiken: als er meer interviews gehouden worden, komen er geen nieuwe uitkomsten meer naar voren. Een noot die gemaakt moet worden is dat het aantal getrouwden in dit onderzoek een stuk lager is dan het aantal weduwen: slechts drie van de twintig respondenten zijn getrouwd, waarvan twee met elkaar. Tussen de getrouwde respondenten en weduwen waren duidelijke verschillen. Echter, omdat er slechts drie van de twintig respondenten getrouwd zijn, is het in later onderzoek beter om meer getrouwde stellen te interviewen om het verschil duidelijker in beeld te brengen.

Een belangrijk criterium voor een onderzoek is de validiteit. De interne validiteit gaat over de vraag of er niet teveel variabelen zijn die de conclusie kunnen vertekenen. Een variabele die invloed kan hebben op de conclusie is dat de ondervraagden uit Groenord is niet direct gevraagd naar de mogelijke gevolgen van de sluiting van het zorgcentrum op hun leven omdat deze vraag de suggestie kan wekken dat het zorgcentrum gaat sluiten. Om dit te voorkomen, is gevraagd naar de mening van de oudere over de sluiting van zorgcentra over het algemeen en welke gevolgen het sluiten van zorgcentra kan hebben op het leven van zelfstandig wonende ouderen die gebruik maken van de faciliteiten van een zorgcentrum, net als zij. Hoewel ondervraagden de situatie over het algemeen op zichzelf betrokken, kan dit wel invloed hebben gehad op de uitkomsten van het onderzoek en kan het wellicht minder goed vergeleken worden met de antwoorden van de ondervraagden uit de Westwijk omdat hen wel direct gevraagd is naar de mogelijke gevolgen van het sluiten op hun leven. De uitspraken zijn echter wel valide, omdat de vragen per case goed toepasbaar zijn en eerlijke, betrouwbare antwoorden hebben opgeleverd. De externe validiteit is wat beperkter: een vergelijkende casestudie is niet representatief: het zijn uitkomsten over twee verschillende wijken en kunnen niet op een andere case toegepast worden. Daarnaast zijn het twee cases uit de Randstad. Dit levert wellicht andere resultaten op dan een case gericht op een dorp. De externe validiteit is wel goed als gekeken wordt naar het kunnen bijdragen aan theorieën. Het onderzoek naar het welzijn van ouderen sluit aan bij bestaand onderzoek over welzijn.

Het tweede belangrijke criterium voor een onderzoek is de reliabiliteit. De reliabiliteit van dit onderzoek is hoog: als het onderzoek herhaald zou worden, is de kans groot dat de uitkomsten weer

een uitkomst zouden zijn. De externe reliabiliteit is ook groot: andere onderzoekers kunnen dit onderzoek overdoen en tot dezelfde resultaten kunnen komen.

8.5 Discussie

Het onderzoek is vrij goed en zonder veel obstakels verlopen. De uitkomsten van de analyse van de resultaten en de conclusie waren voor mij niet erg verrassend: het sluiten van zorgcentra heeft gevolgen voor het leven van zelfstandig wonende ouderen. Ik had echter zelf meer gedacht aan de sociale gevolgen voor zelfstandig wonende ouderen, maar de praktische gevolgen blijken nog groter te zijn dan de sociale gevolgen.

Hoewel het onderzoek interessante uitkomsten en een conclusie heeft, zijn er wel ideeën over wat beter had gekund als het onderzoek in de toekomst opnieuw uitgevoerd wordt. Ten eerste zijn er tijdens de interviews verschillende sub-onderwerpen aangehaald om zoveel mogelijk te weten te komen over het welzijn van de respondent. Bij de analyse van de resultaten is gebleken dat er bij vragen over voorzieningen eigenlijk te weinig is doorgevraagd naar de beleving van dagelijkse voorzieningen, zoals een supermarkt of winkelcentrum. De dagelijkse voorzieningen in de buurt waar respondenten gebruik van maken zijn meer objectief in kaart gebracht. Voor dit onderzoek heeft dit geen grote gevolgen, omdat er wel is doorgevraagd naar de beleving van de voorziening die in dit onderzoek centraal staat: zorgcentra. In een vervolgonderzoek is het echter van belang ook meer door te vragen naar de beleving van andere voorzieningen in de buurt.

Er zijn ideeën ontstaan over mogelijke vervolgonderzoeken. Ten eerste is het interessant om nog dieper in te gaan op bepaalde aspecten van welzijn, bijvoorbeeld naar de ervaren autonomie van zelfstandig wonende ouderen: verandert hun beeld over ervaren autonomie over tijd? Speelt acceptatie een rol bij het ervaren van veel autonomie, terwijl ouderen misschien wel hulp in de huishouding krijgen? Het is interessant hier een longitudinaal onderzoek te doen en te beginnen bij mensen vanaf zestig jaar, zodat gezien kan worden of de acceptatie over het afnemen van fysieke vaardigheden naar verloop van tijd toeneemt. Een tweede interessant vervolgonderzoek gaat over ouderen die in een aanleunwoning wonen. Het is goed om te onderzoeken wat voor ouderen daar wonen, of ze dagelijks hulp nodig hebben, hoe deze ouderen het beleven om in een aanleunwoning te wonen en welke rol het naastgelegen zorgcentrum speelt in hun leven. Tot slot is het erg interessant om in de toekomst de respondenten uit de Westwijk nog een keer te interviewen over de daadwerkelijke gevolgen van het sluiten van de Wetering op hun leven. Deze uitkomsten kunnen dan vergeleken worden met de uitkomsten van dit onderzoek: zijn de mogelijke gevolgen voor de ouderen in het Westwijk dezelfde gevolgen als die ze daadwerkelijk ervaren over een jaar?

8.6 Reflectie

Het onderzoek is goed verlopen. Ik ben in het onderzoeksproces slechts één groot obstakel tegen gekomen. Ik had een interview gepland met een directrice van een zorgcentrum in Friesland om informatie in te winnen over het nieuwe rijksbeleid en de invloed van het rijksbeleid op zorgcentra en ouderen in de buurt. Op de dag dat ik het interview gepland had, sneeuwde en ijzelde het in Friesland en kon ik er niet komen. We spraken af dat ik de vragen per mail opstuurde en dat zij het zou beantwoorden. Drie maanden later en vijf telefoontjes verder had ik nog geen antwoord op mijn vragen. Toen heb ik besloten het te laten voor wat het was en heb ik mijn informatie gezocht op internet. Ik vind het jammer dat het zo gelopen is omdat ik denk dat het interview goede informatie had op kunnen leveren voor mijn onderzoek.

Het werven van zelfstandig wonende ouderen ging gelukkig een stuk makkelijker. Om respondenten te werven is er contact opgenomen met de zorgcentra in Groenoord in Schiedam en de Westwijk in Vlaardingen. Bij zorgcentrum Harg-Spaland (Groenoord) kreeg ik een contactpersoon toegewezen die toestemming gaf om respondenten te werven in de brasserie van het zorgcentrum. Wel moest ik de interviewvragen van te voren naar haar toesturen en moest ik het iets aanpassen voordat toestemming gegeven werd. Daarnaast heb ik contact opgenomen met zorgcentrum de Wetering (Vlaardingen). Daar werd geen hulp verleend met het zoeken naar respondenten en mocht ik niet in de brasserie rondvragen naar mogelijke respondenten. In deze wijk heb ik daarom een andere methode gebruikt om respondenten te werven. Een contactpersoon die in de Westwijk woont, kwam regelmatig in de Wetering en kon mij helpen aan andere respondenten. Deze respondenten hebben vervolgens nog meer respondenten geregeld. Op deze manier ben ik toch aan voldoende respondenten voor mijn onderzoek gekomen.

Tijdens het verwerven van de respondenten – in Groenoord het aanspreken van mensen in zorgcentrum Harg-Spaland en het bellen van respondenten uit de Westwijk – reageerden de respondenten erg enthousiast. Het verwerven van de respondenten verliep erg soepel. Ik vertelde de respondenten dat ik voor mijn afstuderen aan de Rijksuniversiteit van Groningen een onderzoek deed en of ik hen daarvoor mocht interviewen. Bij zorgcentrum Harg-Spaland zijn op één dag alle respondenten verworven. Het bellen van de respondenten uit de Westwijk kostte iets meer tijd omdat niet alle respondenten tijdens de uren dat ik belde thuis waren. Twee respondenten hadden een formulier ontvangen van een respondent met de uitleg over het interview en mijn telefoonnummer en belden mij dat zij het leuk vonden om mee te werken aan mijn onderzoek. In totaal had ik twintig interviews geregeld. Uiteindelijk is er slechts één interview niet doorgegaan omdat de respondent plotseling een dag weg ging met een ouderenorganisatie.

De respondenten gaven allemaal openlijk antwoord op persoonlijke vragen over condities die bepalen of zij gelukkig zijn met hun leven. Respondenten vonden soms de vragen over het welzijn iets minder leuk, maar werkten graag mee om ook antwoord op deze vragen te geven, omdat zij het belangrijk vonden dat hun mening over en de gevolgen van het sluiten van de Wetering gehoord werd.

Tijdens het houden van de interviews heb ik een klein probleem ondervonden. De respondenten gaven soms geen antwoord op de vraag en dwaalden af naar andere onderwerpen, die leuk waren om te horen, maar minder relevant waren voor mijn onderzoek. Als dit gebeurde was het lastig om terug te gaan naar de vragen uit het interview, omdat ik dan het idee had dat ik de mensen moest onderbreken. Daarnaast waren de vragen die ik stelden allemaal open vragen, maar de respondenten vonden het soms lastig om aan te geven waarom een bepaald aspect belangrijk is in hun leven. Ondanks dat de respondenten hier moeite mee hadden, hebben ze uiteindelijk wel antwoord gegeven op de vragen en heeft het mij geholpen de hoofd- en deelvragen te beantwoorden.

Ik heb een goed gevoel over de onderzoeksperiode: ik ben dankbaar dat ik allemaal aardige en inspirerende ouderen heb mogen interviewen, dat ik welkom was bij de ouderen thuis en dat de uitkomsten de huidige theorieën aanvullen en versterken. Het houden van interviews was erg leuk en dankbaar, maar kostte veel tijd. Voornamelijk in het transcriberen en coderen van de interviews ging veel tijd zitten. Het was leuk om te zien dat de uitkomsten de huidige theorieën die besproken

zijn in mijn theoretisch kader aanvullen en versterken. Mijn onderzoek is bijzonder goed verlopen en als ik op de afgelopen periode terugkijk, ervaar ik alleen maar positieve gevoelens. Van het schrijven en bijschaven van het theoretisch kader, tot het interviewen en het schrijven van de conclusie, ik vond alles even leuk om aan te werken. Ik ga het schrijven missen!

Literatuurlijst

- Actiz (2013). Scheiden van wonen en zorg. Geraadpleegd op 08-01-2014 via <http://www.actiz.nl/cms/showpage.aspx?id=16985>
- Aafje (2014). Kosten en indicatie – Zorgarrangementen. Geraadpleegd op 26-01-2014, via <http://www.aafje.nl/huizen/praktische-informatie/kosten-en-indicatie>
- Aedes-Actiz – Kenniscentrum wonen-zorg (2013a). Dossiers – Scheiden wonen en zorg – Doelstelling wonen en zorg. Geraadpleegd op 26-01-2014, via <http://www.kcwz.nl/dossiers/scheidenwonenenzorg/doel>
- Aedez-Actiz – Kenniscentrum wonen-zorg (2013b). Dossiers – Schieden wonen en zorg – Invoeringstermijn. Geraadpleegd op 26-01-2013, via <http://www.kcwz.nl/dossiers/scheidenwonenenzorg/invoeringstermijn>
- Andrews, G.R. (2001). Care of older people: Promoting health and function in an ageing population. *BMJ: British Medical Journal*, vol. 322 (7288), pp. 728-729. Londen: BMJ Publishing Group.
- ANP/Nu.nl (2014). Vijfhonderd meldingen ouderen over verplicht verhuizen. *Nu.nl*, 3 april 2014.
- Argos Zorggroep (2012). *Een leven met kleur. Zorgcentrum de Wetering: kleinschalig wonen met warme zorg*. Geraadpleegd op 08-01-2014 via <http://www.argoszorggroep.nl/uploads/user/Locatieflyers/Flyer%20Wetering%202012%20def.pdf>
- Aristotle (circa 350 BCE). Politics (selections from books I and II). In: S.M. Meagher (Red.), *Philosophy and the city: classic to contemporary writing* (pp. 33-39). New York: State University of New York.
- Boelhouwer, J. en Roes, T. (2004). The social state of the Netherlands; A model based approach to describing living conditions and quality of life. *Glatzer, W. Von Below, S. Dtoffregen, M. et al. (2004). Challenges for the quality of life in contemporary societies*. Deventer: Kluwer Academic Publishers.
- Bowling, A. en Dieppe, P. (2005). What is succesfull ageing and who should define it? *BMJ: British Medical Journal*, vol. 331 (7531), pp. 1548-1551. Londen: BMJ Publishing Group.
- Bryman, A. (2008). *Social research methods*. New York: Oxford University Press
- Camfield, L., Crivello, G. en Woodhead, M. (2008). Wellbeing research in developing countries: Reviewing the role of qualitative methods. *Social Indicators Research*, vol. 90 (1), pp. 5-31. New York: Springer Science + Business Media B.V.
- Carintreggeland (2014). Zorgzwaartepakketten. Geraadpleegd op 26-01-2014, via <http://www.carintreggeland.nl/content/2/74/zorgzwaartepakketten.aspx>
- Cummins, R.A., Lau, A.A.L.D., Mellor, D. en Stokes, M.A. (2009). Encouraging governments to enhance the happiness of their nation: Step 1: Understand subjective wellbeing. *Social Indicators Research*, vol. 91 (1), pp. 23-36. New York: Springer Science + Business Media B.V.

Dinnie, E., Brown, K.M. en Morris, S. (2013). Community, cooperation and conflict: Negotiation the social well-being benefits or urban greenspace experiences. *Landscape and urban planning*, vol. 118, pp. 108-111. Londen: Elsevier.

Eckermann, L. (2000). Gendering indicators of health and well-being: Is quality of life gender neutral? *Social Indicators Research*, vol. 52 (1), pp. 29-54. New York: Springer Science + Business Media B.V.

Fleuret, S. en Atkinson, S. (2007). Wellbeing, health and geography: A critical review and research agenda. *New Zealand Geographer*, vol. 63, pp. 106-118. Oxford: Blackwell Publishers Ltd.

Frankelandgroep (2014). *Harg-Spaland: Zorgaanbod*. Geraadpleegd op 08-01-2014 via <http://www.frankelandgroep.nl/harg-spaland/zorgaanbod.html>

Gemeente Schiedam (2014). *Groenoord*. Geraadpleegd op 12-01-2014 via <http://www.schiedam.nl/wijkgroenoord.html>

Gemeente Schiedam (2013). *Wijkactieprogramma Groenoord 2013-2017*. Schiedam: Gemeente Schiedam.

Gemeente Vlaardingen (2013). *Gebiedsprogramma's 2014*. Vlaardingen: Gemeente Vlaardingen afdeling gebieds- en stedelijke programma's.

Gemeente Vlaardingen (2014). *West*. Geraadpleegd op 20-01-2014, via http://www.vlaardingen.nl/default/wijken/westwijk/id_14430/

Groot Vlaardingen (2013). Argos sluit zorgcentra. *De week krant, Groot Vlaardingen*, 22 oktober 2013.

Gwozdz, W. en Sousa-Poza, A. (2009). *Ageing, health and life satisfaction of the oldest old: An analysis for Germany*. Bonn: Institute for the Study of Labor

Haywood, K.L., Garratt, A.M. en Fitzpatrick, R. (2005). Quality of life in older people: A structured review of generic self-assessed health. *Quality of life research*, vol. 14 (7), pp. 1651-1668. New York: Springer Science + Business Media B.V.

Helliwell, J.F. en Putnam, R.D. (2004). The social context of well-being. *Philosophical transactions: Biological Sciences*, vol. 359 (1449), pp. 1435-1446. Londen: The Royal Society.

Huppert, F.A., Marks, N., Clark, A. et al (2009). Measuring well-being across Europe: Description of the ESS well-being module and preliminary findings. *Social Indicators Research*, vol. 91 (3), pp. 301-315. New York: Springer Science + Business Media B.V.

Kerdel, I. (2014). *Ethics in the city and the separation of housing and care*. Vak: City Matters: philosophy, urban theory and planning (GEMCITMAT)

Laterveer, M. (2007). *Zorgzwaartepakketten: Informatie voor cliëntenraden en vrijwilligers van cliënten- en familieorganisaties*. Amsterdam: VaDéHa Communicatie B.V.

Nederlandse Zorgautoriteit (2012). *Advies scheiden van wonen en zorg in de AWBZ; Extramuraliseren ZZP's*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Klaassens, M. en Beek, A. (2013). Ruimte voor ouderen. *Agora*, vol. 3, pp. 4-7. Utrecht: Stichting Tijdschrift AGORA, Faculteit Geowetenschappen Universiteit Utrecht.

Klein, C. (2013). Social capital or social cohesion; What matters for subjective well-being? *Social indicators research*, vol. ?, pp. 891-911. Londen: Springer Science + Business Media.

Kuiken, A. (2014). Sluiting van het verzorgingshuis treft de hele wijk. *Trouw*, 11 april 2014.

Levy, S. en Sabbagh, C. (2008). The wellbeing of the self's personality: A structural analysis. *Social Indicators Research*, vol. 89 (3), pp 473-485. New York: Springer Science + Business Media B.V.

Pacek, A.C. en Radcliff, B. (2008). Welfare policy and subjective well-being across nations: An individual-level assessment. *Social Indicators Research*, vol. 89 (1), pp. 179-191. New York: Springer Science + Business Media B.V.

Pacione, M. (2003). Urban environmental quality and human wellbeing – a social geographical perspective. *Landscape and urban planning*, vol. 65, pp. 19-30. Glasgow: Elsevier Science.

Perenboom, R.J.M., Van Herten, L.M., Boshuizen, L.M. en Van den Bos, G.A.M. (2002). Trends in life expectancy in wellbeing. *Social Indicators Research*, vol. 65 (2), pp. 227-244. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Perez, F.R., Fernandez-Mayoralas, G. Rivera, F.E.P. en Abuin, J.M. (2001). Ageing in place: Predictors of the residential satisfaction of elderly. *Social Indicators Research*, vol. 54 (2), pp. 173-208. New York: Springer Science + Business Media B.V.

Putnam, R.D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster Paperbacks.

Puts, M.T.E., Shekary, N., Widdershoven, J. et al (2006). What does quality of life mean to older frail and non-frail community-dwelling adults in the Netherlands? *Quality of Life Research*, vol. 16 (2), pp. 263-277. New York: Springer Science + Business Media B.V.

Schimmack, U., Schupp, J. en Wagner, G.G. (2008). The influence of environment and personality on the affective and cognitive component of subjective well-being. *Social Indicators Research*, vol. 89 (1), pp. 41-60. New York: Springer Science + Business Media B.V.

Shmotkin, D., Berkovich M. en Cohen, K. (2005). Combining happiness and suffering in a retrospective view of anchor periods in life: A differential approach to subjective well-being. *Social Indicators Research*, vol. 77 (1), pp. 139-169. New York: Springer Science + Business Media B.V.

Van Hoven, B. en Douma, L. (2012). We make ourselves at home wherever we are – older people's placemaking in Newtown Hall. *European Spatial Research and Policy*, vol. 19 (1), pp. 65-79. Groningen: University of Groningen.

Van Hoven, B., Brouwer, A.E. en Meijering, L. (2012). Introduction geographies of ageing and wellbeing. *European Spatial Research and Policy*, vol. 19 (1), pp. 9-15. Groningen: University of Groningen.

Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life; Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of happiness studies*, vol. 1, pp. 1-39. Deventer: Kluwer Academic Publishers.

White, S.C. (2009). *Wellbeing in developing countries*. Bath: University of Bath.

Wiseman, J. en Brasher, K. (2008). Community wellbeing in an unwell world: Trends, challenges, and possibilities. *Journal of Public Health Policy*, vol. 29 (3), pp. 253-366. Basingstoke: Palgrave Macmillan Journals.

Wiles, J.L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J. en Allen, R.E.S. (2011). The meaning of 'ageing in place' to older people'. *The Gerontologist*, vol. 98, pp. 1-10. Oxford: Oxford University Press.

Ziegler, F. en Schwanen, T. (2011). 'I like to go out to be energized by different people': an exploratory analysis of mobility and wellbeing in later life. *Ageing and society*, vol. 31, pp. 758-781. Cambridge: Cambridge University Press.

Afbeeldingen

Centraal Bureau voor de statistiek (2004). *Gemeente op maat 2004; Vlaardingen*. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek.

Gemeente Schiedam (2013). *Wijkactieprogramma Groenord 2013-2017*. Schiedam: Gemeente Schiedam. Afbeelding op pagina 5.

Tabellen

Gemeente Schiedam – Schiedam in Cijfers (2014). Leeftijd aantallen [aantal] 2013. Wijk: Groenord. Geraadpleegd op 10-01-2014 via <http://www.schiedam.buurtmonitor.nl/>

Gemeente Schiedam – Schiedam in Cijfers (2014). Huishoudens [aantal] 2013. Buurten 72 – Groenord-Zuid, 73 – Groenord-Midden, 74 – Groenord-Noord. Geraadpleegd op 10-01-2014 via <http://www.schiedam.buurtmonitor.nl/>

Gemeente Vlaardingen – Vlaardingen in cijfers (2014). Huishoudens [huishoudens], 2013 - Postcodes. Geraadpleegd op 20-01-2014, via <http://www.vlaardingen.incijfers.nl/>

Gemeente Vlaardingen – Vlaardingen in cijfers (2014). Bevolking leeftijd [aantal], 2013 – Postcodes. Geraadpleegd op 20-01-2014, via <http://www.vlaardingen.incijfers.nl/>

Afkortingen

AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

Wmo: Wet Maatschappelijke ondersteuning

ZZP: zorgzwaartepakket