



Gelukkig oud worden? Gewoon doen!

Een kwalitatief onderzoek naar de gezondheid, de sociale contacten en het aanpassingsvermogen bij jonge autochtone ouderen uit de Utrechtse wijk Noordwest



Scriptie bij de master Arbeid, Zorg en Welzijn: Beleid en Interventie
Faculteit Sociale Wetenschappen – Universiteit Utrecht

Auteur: Fleur van Heeswijk
Begeleider: Dr. Barbara Da Roit
Tweede lezer: Dr. Marcel Hoogenboom
CG&GD Utrecht: Jeanne Gootzen
Carina Ballering
Hanneke Schreurs
Erik van Ameijden
Datum: Juli 2012

Gelukkig oud worden? Gewoon doen!

Een kwalitatief onderzoek naar de gezondheid, de sociale contacten en het aanpassingsvermogen bij jonge autochtone ouderen uit de Utrechtse wijk Noordwest

Fleur van Heeswijk
3659224
Juli 2012
Universiteit Utrecht

Afstudeerscriptie Arbeid, Zorg en Welzijn: Beleid en Interventie

In opdracht van

GG&GD Utrecht, afdeling Gezondheid & Zorg,
Unit Epidemiologie en Informatie

Begeleiding

Begeleider Universiteit Utrecht: Dr. Barbara Da Roit
Tweede lezer: Dr. Marcel Hoogenboom
Begeleiders GG&GD Utrecht: Jeanne Gootzen (Wijkgezondheidswerker)
Carina Ballering (Junior Gezondheidsonderzoeker)
Hanneke Schreurs (Senior Epidemioloog)
Eric van Ameijden (Unithoofd Epidemiologie en Informatie)

Voorwoord

Deze scriptie is in opdracht van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG&GD) Utrecht geschreven ter afsluiting van de master Arbeid, zorg en welzijn: beleid en interventie aan de Universiteit Utrecht.

Toen ik aan mijn studie begon wist ik dat ik mijn afstudeeronderzoek graag wilde combineren met een stage. Ik koos ervoor om verschillende organisaties te benaderen voordat ik een concreet onderwerp voor mijn scriptie had. De GG&GD Utrecht, afdeling Epidemiologie en Informatie, was enthousiast en bood mij een stage aan. Er was behoefte aan een onderzoek naar de beleving van autochtone ouderen met een lage sociaaleconomische status met betrekking tot het oud worden en het oud zijn. Een stageplaats die dicht bij de praktijk staat heeft altijd mijn voorkeur gehad en daarom koos ik voor deze stage. Uiteindelijk ben ik erg blij geweest met deze keuze. De GG&GD Utrecht heeft mij veel mogelijkheden geboden waardoor ik mijn onderzoek zelfstandig kon uitvoeren en daarnaast stonden alle collega's altijd voor mij klaar. Wanneer ik hulp nodig had waren zij altijd bereid mij te helpen en daarom wil ik hen bij deze ook bedanken voor al hun hulp en begeleiding. In het bijzonder Jeanne Gootzen, zij heeft mij begeleid op het inhoudelijke vlak en dankzij haar heb ik veel kennis opgedaan over de Utrechtse wijk Noordwest. Daarnaast wil ik Hanneke Schreurs en Carina Ballering bedanken. Hanneke hielp mij bij de zoektocht naar mijn hoofdvraag en Carina heeft mij, naast hulp rondom de analyse, goede tips gegeven in de laatste fasen van mijn onderzoek. Ook Erik van Ameijden leverde een belangrijke bijdrage door het lezen van mijn conceptversie en door het stellen van kritische vragen.

Veel dank gaat ook uit naar mijn afstudeerbegeleidster dr. Barbara da Roit van de Universiteit Utrecht. Zij heeft mij de begeleiding gegeven die ik nodig had bij de opzet en de uitvoering van dit onderzoek. Met veel plezier kijk ik terug op de bijeenkomsten op de Universiteit. Hier kreeg ik de ruimte om vragen te stellen en samen met mijn studiegenootjes Coco, Baudien en Anke deelden we ervaringen over het uitvoeren van het onderzoek. Ook wil ik mijn tweede lezer dr. Marcel Hoogenboom bedanken voor het meelesen en bijschaven van mijn onderzoek.

Daarnaast wil ik mijn dank richten aan twee bijzondere vriendinnen. Allereerst Jacobien de Graaf, ik sprak met haar over de problemen die zich hebben voorgedaan bij het doen van dit onderzoek en zij heeft altijd voor me klaar gestaan. Daarnaast Lian van Ham, die kritisch naar mijn onderzoek heeft gekeken en tijd heeft gestoken in het corrigeren van mijn scriptie op schrijfstijl, grammatica en spelling. Ik zou me geen betere vriendin kunnen wensen.

Ten slotte wil ik mijn dank richten aan mijn ouders, zusje en vriend. Dankzij hun steun en aanmoediging is het voor mij mogelijk geweest om na het behalen van mijn HBO- diploma door te studeren. Zij motiveerde mij keer op keer als ik twijfelde aan mijn kunnen.

Fleur van Heeswijk

Utrecht, juli 2012

Samenvatting

Gezondheidsproblemen komen veel voor onder ouderen met een lage sociaaleconomische status (SES). Om een goede gezondheid van ouderen te stimuleren is de GG&GD Utrecht in 2009 het programma 'Levenslust' gestart in de Utrechtse wijk Noordwest. Kenmerkend voor deze wijk is dat hier veel autochtone ouderen wonen met een lage SES en een matige of slechte gezondheid (Gemeente Utrecht, 2010). De GG&GD Utrecht wil deze ouderen optimale kansen bieden op een goede gezondheid en wil daarnaast weten hoe gelukkig oud worden dichterbij kan worden gebracht.

In het huidige onderzoek voor de GG&GD Utrecht is onderzocht hoe jonge autochtone ouderen met een lage SES uit de Utrechtse wijk Noordwest de verschillende aspecten van het concept 'gelukkig oud' ervaren. Dit zijn de aspecten lichamelijk en cognitief functioneren, de sociale contacten en het aanpassingsvermogen. Deze aspecten zijn afkomstig uit het subjectief model van gelukkig oud worden van Von Faber (2002). Daarnaast is onderzocht welke betekenis deze ouderen geven aan gelukkig oud worden. Inzicht in de verschillende aspecten van gelukkig oud worden biedt de GG&GD Utrecht aangrijpingspunten op het gebied van gezondheidsbevordering bij ouderen.

Er is in dit onderzoek gebruik gemaakt van een kwalitatief onderzoeksontwerp. Er zijn 16 diepte-interviews gehouden met jonge autochtone ouderen met een lage SES afkomstig uit de Utrechtse wijk Noordwest. Deze ouderen zijn geworven in verschillende activiteitencentra in de wijk. Alle interviews zijn vastgelegd op audioapparatuur en getranscribeerd. Daarna zijn de gegevens geanalyseerd met het kwalitatieve onderzoeksprogramma MAXQDA2.

Uit de resultaten is gebleken dat de ouderen in het huidige onderzoek veel gezondheidsproblemen ervaren. Ondanks deze beperkingen beoordelen de meeste ouderen hun algemene gezondheid als goed. Verder blijkt uit dit onderzoek dat veel ouderen tevreden zijn over hun sociale relaties en dat zij daarnaast voldoende sociale steun ervaren. Wanneer het gaat om het ervaren van steun, speelt bij een deel van de ouderen hun partner hierin een grote rol. Het onderzoek heeft daarnaast aangetoond dat ouderen hun lichamelijke gezondheidsproblemen lijken te accepteren. Aanpassen aan het verlies van een sociaal contact blijkt lastig te zijn.

Het kunnen uitoefenen van hobby's, het in staat zijn om ondanks gezondheidsproblemen toch goed sociaal te kunnen blijven functioneren, het hebben van voldoende sociale contacten en een gezond en gelukkig leven voor hun kinderen en kleinkinderen zijn voor de ouderen in het huidige onderzoek belangrijke voorwaarden om gelukkig oud te worden. Het sociale aspect blijkt dus belangrijk te zijn om gelukkig oud te worden. Voor de GG&GD Utrecht betekent dit dat aangeboden interventies zich voornamelijk moeten richten op het sociaal functioneren van ouderen, omdat men door anticipatie op dit aspect de meeste kans heeft op een verbetering van het welbevinden van jonge autochtone ouderen met een lage SES uit de Utrechtse wijk Noordwest.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting.....	4
Inhoudsopgave.....	5
Hoofdstuk 1 – Inleiding	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 De Utrechtse wijk Noordwest	9
1.3 Doelstelling	10
1.4 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie	10
1.5 ASW-verantwoording	11
1.6 Leeswijzer.....	11
Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader	12
2.1 Een positief beeld op ouderdom	12
2.2 Wat is 'oud'?.....	12
2.2.1 De derde en de vierde levensfase	13
2.3 Gelukkig oud: de theorieën.....	14
2.3.1 Gelukkig ouder worden als superieur aan normaal ouder worden	14
2.3.2 Aanpassing als voorwaarde voor gelukkig oud worden	14
2.3.3 Gelukkig oud gemeten via objectieve maten en subjectieve maten.....	15
2.3.4 Subjectief model van gelukkig oud worden	16
2.4 De aspecten van gelukkige veroudering	17
2.4.1 Welbevinden	17
2.4.2 Lichamelijk functioneren en cognitief functioneren	17
2.4.3 Sociale contacten	18
2.4.4 Aanpassing	19
2.5 Maakt gender een verschil in gelukkig oud worden?	20
2.6 Sociaaleconomische status en verschillende gezondheidsaspecten van ouderen	21
2.7 Conclusie en de vraagstelling voor dit onderzoek	22
Hoofdstuk 3 – Onderzoeksmethode.....	24
3.1 Type onderzoek.....	24
3.2 Onderzoekspopulatie.....	24
3.3 Het werven van respondenten.....	25
3.4 De onderzoeksmethode en de data-analyse	25
3.5 De operationalisering van de concepten.....	26
3.6 De kwaliteit van het onderzoek.....	27
3.6.1 De rol van de onderzoeker	28
Hoofdstuk 4 – Resultaten.....	29
4.1 Beantwoording deelvraag 1 – De ervaren gezondheid	29
4.1.1 Lichamelijk functioneren	29
4.1.2 Cognitief en psychisch functioneren	29
4.1.3 Gezond voelen ondanks ziekten.....	30
4.1.4 Samenvatting resultaten deelvraag 1	31
4.2 Beantwoording deelvraag 2 – De sociale contacten	32
4.2.1 Partner.....	32
4.2.2 Familie.....	33
4.2.3 Buren, vrienden en kennissen	35
4.2.4 Professionele hulpverleners	36
4.2.5 Sociale steun.....	36
4.2.6 Samenvatting resultaten deelvraag 2.....	37
4.3 Beantwoording deelvraag 3 – Aanpassingsvermogen	37
4.3.1 Aanpassingen met betrekking tot de lichamelijke gezondheid	37
4.3.2 Aanpassingen met betrekking tot het verlies van sociale contacten.....	38
4.3.3 Aanpassingen in de toekomst	39
4.3.4 Samenvatting resultaten deelvraag 3.....	39

4.4 Beantwoording deelvraag 4 & 5 – Gelukkig oud worden	39
4.4.1 Beleving van de ouderdom	39
4.4.2 Gelukkig oud worden, vanuit het perspectief van de ouderen	40
4.4.3 Samenvatting deelvraag 4 & 5	41
4.5 Beantwoording deelvraag 6 – Verschillen tussen mannen en vrouwen	41
4.5.1 Verschillen tussen mannen en vrouwen in gezondheid, sociale contacten en aanpassingsvermogen	42
4.5.2 Verschillen tussen mannen en vrouwen in welke betekenis zij geven aan gelukkig oud worden	43
4.5.3 Samenvatting deelvraag 6	43
Hoofdstuk 5 – Conclusies	44
5.1 Beantwoording van de vraagstelling	44
5.2 Reflectie op onderzoek en mogelijkheden voor vervolgonderzoek	47
5.3 Aanbevelingen	48
Literatuur	49
Bijlage I De topiclijst	53
Bijlage II De codeboom	56

Hoofdstuk 1 – Inleiding

'Ik zie ernaar uit dat we gezamenlijk kunnen bouwen aan gezond oud zijn in Nederland' schreef staatssecretaris Veldhuijzen van Zanten van Volksgezondheid Welzijn en Sport (Ministerie van VWS, 2011). In Nederland zijn politici en beleidsmakers in toenemende mate geïnteresseerd in gelukkige en succesvolle ouderen. Zo ook de gemeente Utrecht, zij wil graag weten hoe gelukkig oud worden bevorderd en ondersteund kan worden. Het huidige hoofdstuk vormt een inleiding op het hier gepresenteerde onderzoek naar gelukkig oud worden. In paragraaf 1.1 staat de aanleiding van dit onderzoek beschreven en deze mondt uit in het onderzoeksdoel, welke wordt weergegeven in paragraaf 1.2. Daarna zullen zowel de maatschappelijke als de wetenschappelijke relevantie worden beschreven in paragraaf 1.3. Ten slotte wordt in paragraaf 1.4 duidelijk dat het hier gaat om een interdisciplinair onderzoek.

1.1 Aanleiding

In 2011 hebben de eersten van de omvangrijke babyboomgeneratie de AOW-leeftijd bereikt. Er wordt verwacht dat het aantal 65-plussers in Nederland zal toenemen naar 4,1 miljoen personen in 2030, dit is een kwart van de bevolking (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS], 2011; Sociaal Cultureel Planbureau [SCP], 2008). Deze ontwikkeling zal grote veranderingen teweeg brengen in de Nederlandse samenleving. Zo zal de verhouding tussen het aantal werkenden ten opzichte van het aantal niet-werkenden sterk afnemen en zullen steeds meer mensen een groter deel van hun leven doorbrengen in een minder goede gezondheid (SCP, 2008; Vughts, 2011). Dit betekent dat meer 65-plussers zorg nodig hebben terwijl zowel de kosten als de arbeid door minder Nederlanders moeten worden opgebracht (Vughts, 2011). Het gevolg van deze ontwikkeling is dat oud worden en oud zijn belangrijke thema's zijn in zowel de politiek als in het publieke debat (Marcoen, Grommen & Van Ranst, 2006; Van Tilburg, 2005). Wanneer er over deze thema's gesproken wordt, ligt de nadruk meestal op de achteruitgang en de afhankelijkheid van ouderen. De oudere levensfase zou gekenmerkt worden door ziekten en beperkingen (Ministerie van VWS, 2011). Echter, is dit negatieve beeld van ouder worden te zwart-wit, want ouder worden leidt niet alleen maar tot problemen. Zo blijkt uit het rapport *Grijswaarden* van het Sociaal Cultureel Planbureau dat de ouderen van nu gezonder en fitter zijn dan ooit (SCP, 2008). Daarnaast stelt De Boer (2006) dat ouderen waardevolle kennis en ervaring bezitten en uit andere onderzoeken blijkt dat ouderen zowel door middel van betaalde als onbetaalde arbeid een belangrijke bijdrage leveren aan de samenleving (Schnabel, 2006; SCP, 2008). De vergrijzing brengt dus naast kosten ook baten met zich mee.

Sinds een aantal jaren wordt dit positieve beeld van ouder worden en oud zijn in toenemende mate belicht en is men vanuit zowel de wetenschap als de politiek geïnteresseerd in 'gelukkig oud worden', soms ook 'succesvol oud worden' genoemd (Ministerie van VWS, 2011; Von Faber, 2002). Zo zijn gerontologen geïntrigeerd door de vraag hoe gelukkige veroudering kan worden gerealiseerd (Baltes & Baltes, 1990; Brandstädter & Rothermund, 2002; Havighurst, 1963; Steverink, 2009; Von Faber, 2002; Williams & Wirth, 1965) en zien we in het huidige Nederlandse ouderenbeleid dat het bevorderen van de zelfredzaamheid en het streven naar een goede kwaliteit van leven voor ouderen actuele onderwerpen zijn (Ministerie van VWS, 2011). De veronderstelling is namelijk dat gelukkige ouderen een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de samenleving (Dijkstra, 2009; SCP, 2008). Daarnaast zullen

gelukkige ouderen minder gebruik maken van gezondheidszorg wat zal leiden tot een daling van de zorgkosten (Dijkstra, 2009; Von Faber, 2002).

Binnen dit onderzoek wordt gekeken naar gelukkig oud worden in de gemeente Utrecht. Nederlandse gemeenten hebben de wettelijke taak om de gezondheid van burgers te bevorderen en hen te beschermen tegen ziekten en calamiteiten (Gemeentelijke Gezondheidsdienst [GGD] Nederland, 2012). Gemeenten hebben deze taak neergelegd bij de GGD. De gemeente Utrecht heeft een eigen GGD, namelijk de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG&GD) Utrecht. De GG&GD Utrecht ontwikkelt het Utrechtse gezondheidsbeleid, waarvoor zij tevens de verantwoordelijkheid draagt dit uit te voeren (Gemeente Utrecht, 2011a).

In Utrecht is de komende jaren minder sprake van vergrijzing dan in de rest van Nederland. Echter wonen er in deze gemeente wel 30.000 65-plussers (Bouwman, Schreurs, Koopman & Vleems, 2010; Kupper, 2008). De GG&GD Utrecht wil ouderen optimale kansen bieden op een goede gezondheid. In het huidige volksgezondheidsbeleid van de gemeente is gekozen voor extra aandacht voor kwetsbare ouderen en voor degenen met gezondheidsachterstanden. Deze achterstanden komen veel voor bij mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) (Gemeente Utrecht, 2011b). Om een goede gezondheid van ouderen met een lage SES te stimuleren is de GG&GD Utrecht in 2009 het programma 'levenslust' gestart. Het programma is gericht op het voorkomen van depressie, eenzaamheid en angst bij mensen van 55 jaar en ouder en het tijdig opsporen en behandelen van depressieve klachten (Oosterman, Ballering & Schreurs, 2012). De insteek van dit programma is om in te spelen op de krachten van de ouderen en niet op de beperkingen die het ouder worden voor hen met zich mee kan brengen. Het programma werd gestart nadat in 2003 de nota *Langer gezond leven* verscheen. In deze nota wordt depressie beschreven als een aandachtsgebied van het nationale gezondheidsbeleid (Bohlmeijer, Smit & Smits, 2005). In het kader van deze nota vroeg het Ministerie van VWS de Gemeentelijke Gezondheidsdienst Nederland en het Trimbos-instituut om een methodiek voor depressiepreventie te ontwikkelen. Er werd een stappenplan opgesteld waarmee gemeenten in een relatief kort tijdsbestek een integrale aanpak depressiepreventie voor ouderen konden ontwikkelen (Bohlmeijer et al., 2005). De methodiek resulteerde in 2007 in een proefimplementatie in vier regio's, waaronder de wijk Noordwest in Utrecht. Er werd voor deze wijk gekozen omdat uit onderzoek was gebleken dat hier veel mensen woonden met een lage SES¹ en de GG&GD Utrecht wilde graag extra aandacht voor deze specifieke groep (Bouwman et al., 2010). In navolging van de proefimplementatie werd in 2009 het programma 'levenslust' gestart. Om het proces van het programma 'levenslust' in kaart te brengen, voerde de GG&GD Utrecht een evaluatieonderzoek uit. In dit evaluatieonderzoek kwam naar voren dat het niet duidelijk is wat de behoeften en de hulpvraag zijn van autochtone ouderen met een lage SES in de Utrechtse wijk Noordwest (Oosterman et al., 2012). De GG&GD Utrecht heeft behoefte aan meer inzicht in de leefwereld van autochtonen met een lage SES, omdat dit in de Utrechtse wijk Noordwest een grote groep is in vergelijking met allochtonen met een lage SES (Gemeente Utrecht, 2010). Daarnaast richt de GG&GD Utrecht zich voornamelijk op jonge ouderen, ofwel mensen in de derde levensfase, de reden hiervoor is dat de aangeboden preventieve interventies voornamelijk gericht zijn op ouderen in deze levensfase. De gemeente Utrecht tracht door middel van verschillende programma's gelukkige veroudering te beïnvloeden maar zij weet niet of deze programma's aan zullen sluiten bij de leefwereld van jonge

¹ Opleiding als sociaaleconomische indicator

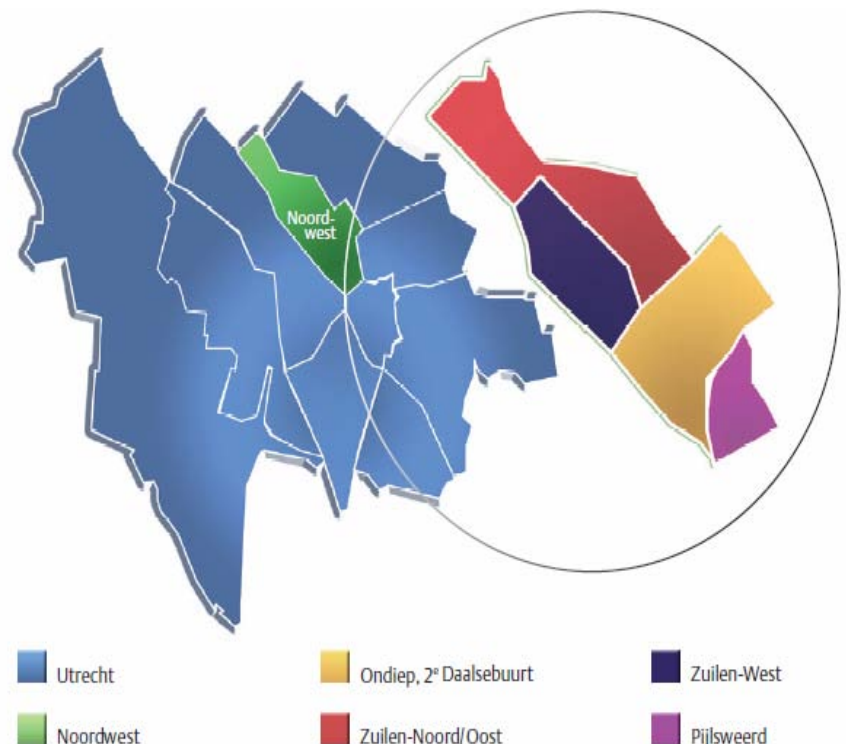
autochtone ouderen met een lage SES uit Noordwest. Aanvullend onderzoek naar de manier waarop deze ouderen zelf aankijken tegen het ouder worden en levenslust, zou meer inzicht kunnen geven over hun leefwereld. Deze inzichten zouden kunnen helpen bij het nog passender maken van (preventieve) activiteiten en hierdoor zullen deze mogelijk effectiever zijn (Oosterman et al., 2012).

1.2 De Utrechtse wijk Noordwest

Noordwest is één van de drie aandachtswijken in Utrecht. Maatschappelijke problemen als veel chronische aandoeningen van ouderen, ontevredenheid over de leefomgeving, eenzaamheid en een matige of slechte gezondheid, komen in deze wijk veel en naast elkaar voor (Gemeente Utrecht, 2010; Hastenberg & Wognum, 2010). Daarnaast wonen er in Noordwest relatief veel mensen met een lage SES. SES kan worden gedefinieerd als de "positie van mensen in de sociale stratificatie met het daaraan verbonden aanzien en prestige" (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2010). Gewoonlijk wordt deze stratificatie van mensen gemeten aan de hand van opleidingsniveau, beroepsklasse en inkomensniveau. Uit het wijkgezondheidsprofiel van Utrecht Noordwest blijkt dat het percentage dat een laag opleidingsniveau hoger is dan gemiddeld. In de wijk heeft 40% van de inwoners een laag opleidingsniveau, ten opzichte van 30% gemiddeld in Utrecht. Daarnaast heeft 11% van de inwoners in Noordwest geen werk, dit gemiddelde is lager in de andere Utrechtse wijken (Gemeente Utrecht, 2010).

Ruim twee derde van de inwoners van Noordwest is van autochtone afkomst. De wijk is met ruim 40.703 bewoners de grootste bevolkingsomvangrijke wijk van Utrecht en van deze bewoners vallen 4000 personen in de leeftijdscategorie van 65 jaar en ouder. De wijk bestaat uit de subwijken Ondiep/2e Daalsebuurt, Zuilen-Noord/Oost, Zuilen-West en Pijlsweerd (Gemeente Utrecht, 2010; Scheelbeek, 2010). Binnen de verschillende subwijken in Noordwest zijn grote verschillen in de bevolkingssamenstelling en de gezondheidssituatie te zien. Inwoners van de subwijken Pijlsweerd en Zuilen Noord/West ervaren over het algemeen minder problemen dan inwoners uit de subwijken Ondiep/2e Daalsebuurt en Zuilen-Noord/Oost. Deze twee laatstgenoemde wijken vallen dan ook onder het krachtwijkenbeleid (Gemeente Utrecht, 2010).

Uit eerder onderzoek is gebleken dat het aantal ouderen in Noordwest met één of meerdere ziekten hoger is dan het gemiddelde percentage (Gemeente Utrecht, 2010). In Noordwest heeft 86% van de ouderen gezondheidsproblemen, ten opzichte van 77% gemiddeld in Utrecht. Veel voorkomende aandoeningen bij ouderen in Noordwest zijn aandoeningen aan het bewegingsapparaat (27%), een hoge bloeddruk (12%) en astma/COPD (10%). Deze percentages zijn in Noordwest hoger dan in de andere wijken van Utrecht.



Daarnaast rapporteren de ouderen in Noordwest meer beperkingen in het gehoor en het gezichtsvermogen, namelijk 26% ten opzichte van het stadsgemiddelde van 14% (Gemeente Utrecht, 2010).

In het huidige volksgezondheidsbeleid van de gemeente Utrecht is gekozen voor extra aandacht voor degenen met een lage SES (Gemeente Utrecht, 2011b). De gemeente Utrecht kiest voor deze groep omdat mensen met een lage SES over het algemeen meer fysieke gezondheidsproblemen ervaren. Voornamelijk in de subwijk Ondiep/2e Daalsebuurt is het aantal mensen met een matige of slechte gezondheid de afgelopen jaren toegenomen (Hastenbergh & Wognum, 2010). De subwijk Ondiep/2e Daalsebuurt is een traditionele volksbuurt met veel geboren en getogen Utrechters. Kenmerkend voor deze subwijk is het dorpse karakter, waarin hechte sociale banden bestaan en de onderlinge behulpzaamheid duidelijk waarneembaar is (Rijksoverheid, 2012). Echter kent de subwijk ook veel problemen, zo is gebleken dat vele inwoners naast het feit dat zij er een ongezonde leefstijl op na houden, ook woonachtig zijn in een onveiligere en minder goede woonomgeving (Gemeente Utrecht, 2010).

1.3 Doelstelling

Het doel van het onderzoek is tweeledig. Enerzijds is het doel meer inzicht krijgen in de verschillende aspecten van het concept 'gelukkig oud' bij jonge autochtone ouderen met een lage SES in de Utrechtse wijk Noordwest. Verschillende onderzoeken laten zien dat er meerdere aspecten van gelukkig oud worden kunnen worden onderscheiden (Baltes & Baltes, 1990; Brandstädter & Rothermund, 2002; Havighurst, 1963; Steverink, 2009; Von Faber, 2002; Williams & Wirth, 1965). In het huidige onderzoek worden drie centrale aspecten in de Utrechtse wijk Noordwest van gelukkig oud worden onderzocht, namelijk: lichamelijk en cognitief functioneren, sociale contacten en aanpassingsvermogen. Anderzijds worden de percepties van ouderen in de onderzochte wijk ten aanzien van gelukkig oud worden onderzocht. Het is namelijk mogelijk dat deze ouderen aspecten van het concept 'gelukkig oud' beschrijven die niet in de wetenschappelijke literatuur worden benoemd, of dat zij een andere betekenis geven aan gelukkig oud worden. Inzicht in de verschillende aspecten van gelukkig oud worden biedt de GG&GD Utrecht aangrijpingspunten op het gebied van gezondheidsbevordering bij ondersteuning van ouderen. Daarnaast ontstaan er door dit onderzoek mogelijkheden voor de GG&GD Utrecht om activiteiten op het gebied van gelukkige veroudering uit te breiden of te ontwikkelen, zodat gelukkige veroudering dichterbij kan worden gebracht.

Wanneer er meer inzicht is verkregen, kunnen de onderzochte mannen en vrouwen met elkaar worden vergeleken. Het is mogelijk dat mannen het ouder worden anders ervaren dan vrouwen. Door het maken van een vergelijking op basis van geslacht is het mogelijk om te kijken of mannen en vrouwen andere behoeften hebben, en of er dus geslachtsspecifieke interventies nodig zijn.

1.4 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie

Dit onderzoek is maatschappelijk relevant omdat er vanuit de politiek en gemeenten steeds meer aandacht is voor gelukkige ouderen (GGD Nederland, 2010; Ministerie van VWS, 2011; SCP, 2008). De komende jaren zal het aantal 65-plussers in Nederland sterk toenemen en daardoor zijn beleidsmakers geïnteresseerd in gelukkige ouderen (Von Faber, 2002). De veronderstelling is dat gelukkige ouderen en vitale ouderen een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de samenleving, in de vorm van vrijwilligerswerk en door informele zorg die zij verlenen aan familie en leeftijdsgenoten (Dijkstra, 2009; SCP, 2008). Daarnaast wordt er verondersteld dat gelukkige ouderen gezonder zijn, waardoor zij minder gebruik zullen maken van gezondheidszorg wat leidt tot mindere zorgkosten (Dijkstra,

2009; Von Faber, 2002). Het is dus van maatschappelijk belang om te weten hoe gelukkig oud worden kan worden gerealiseerd.

Wetenschappelijk kan dit onderzoek een bijdrage leveren aan de theorieën over gelukkig oud worden. Er is al veel onderzoek gedaan naar het concept 'gelukkig oud' (Baltes en Baltes, 1990; Linneman, 2008; Rowe en Kahn, 1987; Van Tilburg, 2005; Von Faber, 2002), echter wordt in de literatuur geen onderscheid gemaakt in de verschillende kenmerken van de doelgroep. Dit onderzoek richt zich op een specifieke groep ouderen, namelijk jonge autochtone ouderen met een lage SES uit de Utrechtse wijk Noordwest. Voor zover bekend is er niet eerder onderzoek gedaan naar gelukkig oud worden bij deze of bij een vergelijkbare groep. Door te onderzoeken welke opvattingen en praktijken er leven onder ouderen ten aanzien van gelukkig oud worden wordt een bijdrage geleverd aan de algemene wetenschappelijke kennis.

1.5 ASW-verantwoording

De opleiding Algemene Sociale Wetenschappen bestudeert gedrags- of maatschappelijke vraagstukken aan de hand van twee doelstellingen: interdisciplinariteit en probleemgerichtheid. Er wordt in dit onderzoek vanuit verschillende disciplines naar ouderdom en naar gelukkig oud worden gekeken. De meeste theorieën over het concept 'gelukkig oud' hebben betrekking op de ontwikkeling van het individu. Een voorbeeld hiervan is het 'selectieve optimalisatie met compensatie [SOC] model' van Baltes & Baltes (1990), dit model sluit aan bij een psychologisch perspectief. Daarnaast wordt er vanuit een sociologisch perspectief gekeken naar de context waarin ouderen leven, hierbij spelen het sociale netwerk van ouderen en de samenleving een grote rol. Ook maatschappelijke thema's zoals vergrijzing sluiten aan bij het sociologische perspectief.

Dit onderzoek richt zich op een probleem van de GG&GD Utrecht, namelijk het ontbreken van kennis over jonge autochtone ouderen met een lage SES uit de Utrechtse wijk Noordwest. Door het ontbreken van deze kennis is het voor de GG&GD Utrecht niet goed mogelijk om gerichte interventies aan deze ouderen te bieden. In dit onderzoek staat dit probleem centraal en wordt getracht inzicht te krijgen in opvattingen en praktijken die leven onder de inwonende ouderen in de Utrechtse wijk Noordwest.

1.6 Leeswijzer

Hoofdstuk 1 vormde een inleiding op het onderzoek naar gelukkig oud worden in de Utrechtse wijk Noordwest. In dit hoofdstuk werd een beschrijving gegeven van de aanleiding, de doelstelling en de maatschappelijke- en wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek. Het volgende hoofdstuk biedt een theoretische onderbouwing van de probleemstelling. Er zullen meerdere theorieën worden beschreven en aan de hand van deze verschillende theorieën wordt er gekeken naar een model voor gelukkig oud worden. Vervolgens worden de onderzoeksmethoden in hoofdstuk 3 toegelicht. In hoofdstuk 4 staat de beschrijving van de resultaten centraal. Deze resultaten worden beschreven aan de hand van de deelvragen. Afsluitend staan in hoofdstuk 5 de conclusies, de discussie en de aanbevelingen weergegeven.

Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader

De theoretische onderbouwing van dit onderzoek staat in dit hoofdstuk beschreven. Eerst wordt er in paragraaf 2.1 ingegaan op verschillende visies op ouderdom. Vervolgens wordt er in paragraaf 2.2 aandacht besteed aan de definitie van oud en hierin zullen tevens de verschillende fasen in de levensloop aan bod komen. In paragraaf 2.3 staan de verschillende wetenschappelijke theorieën van het concept 'gelukkig oud' beschreven. Verschillende theorieën worden besproken, zo beschouwt de eerste theorie gelukkig oud worden als superieur aan normaal ouder worden en zien de andere theorieën aanpassing als een voorwaarde voor gelukkig oud worden. Aan de hand van deze verschillende theorieën wordt gekeken naar een model voor gelukkig oud worden (Von Faber, 2002). Het model van Von Faber (2002) is een model dat meerdere theorieën combineert. In paragraaf 2.4 wordt in lijn met dit model meer inzicht verkregen in de verschillende aspecten van gelukkig oud worden. Drie aspecten komen aan bod: lichamelijk en cognitief functioneren, sociale contacten en aanpassing. Paragraaf 2.5 beschrijft de verschillen tussen mannen en vrouwen in het gelukkig oud worden. Vervolgens geeft paragraaf 2.6 de relatie tussen sociaaleconomische status en gezondheid bij ouderen weer. Ten slotte worden in paragraaf 2.7 de bestaande bevindingen besproken, welke uitmonden in de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek.

2.1 Een positief beeld op ouderdom

Er zijn verschillende visies op ouderdom. Van oudsher kan er onderscheid worden gemaakt tussen een positief en een negatief beeld (Marcoen et al., 2006). Aristoteles benadrukt de negatieve kanten van het ouder worden in zijn Rhetorica. Hierin beschrijft hij voornamelijk de achteruitgang en de afhankelijkheid die de oudere levensfase met zich mee kan brengen (Von Faber, 2002). De filosoof Cicero kijkt naar de positieve kanten van het ouder worden. Cicero benadrukt ouderdom vol optimisme, echter houdt hij hier wel rekening met de gezondheid van ouderen (Baltes & Baltes, 1990). In lijn met het positieve beeld van de filosoof Cicero richt dit onderzoek zich op gelukkig oud worden, soms ook 'succesvol oud worden' genoemd. Maar wat is goede of gelukkige ouderdom? In de gerontologie wil men aan de hand van het concept 'gelukkig oud' een antwoord vinden op deze vraag (De Lange, 2009). Echter is er veel kritiek op het concept, omdat het woord geluk of succes een complexe en rijke betekenis heeft. Volgens De Lange (2009) is het een cultuurgebonden concept en daarnaast is het onduidelijk welke betekenis er aan het woord oud wordt gegeven. Ondanks deze kritiek wordt gelukkig oud al jaren als richtinggevend concept gebruikt, men tracht hiermee het proces van oud worden en oud zijn te begrijpen en gaat op zoek naar aanknopingspunten zodat gelukkige veroudering dichterbij kan worden gebracht (Von Faber, 2002). Wat is gelukkig oud worden? Voor een volledig antwoord op deze vraag is het een vereiste dat er eerst wordt beschreven wat 'oud' is.

2.2 Wat is 'oud'?

Wanneer er over oud worden of oud zijn wordt gesproken gaat men vaak uit van de chronologische leeftijd van een individu (De Lange, 2009). In de gerontologische literatuur onderscheid men verschillende subgroepen ouderen. Ook in het visiedocument *GGD en gemeente, samen sterk voor ouderen* wordt er een onderscheid gemaakt tussen drie verschillende subgroepen: toekomstige ouderen, jonge ouderen en oude ouderen. De chronologische leeftijd is

een belangrijk instrument in de definiëring van oud (De Lange, 2009; Von Faber, 2002). Echter is de definiëring van oud niet alleen afhankelijk van leeftijd. Zo laat Bijsterveld (1996) in haar boek *Geen kwestie van Leeftijd* zien dat in de afgelopen decennia een verandering heeft plaatsgevonden wanneer het gaat om wie we rekenen tot de groep ouderen. De levensverwachting van mensen is de afgelopen jaren spectaculair gestegen. In 1981 lag de gemiddelde levensverwachting van vrouwen op 79 jaar. Anno 2012 ligt de gemiddelde levensverwachting op bijna 83 jaar. Voor mannen geldt dat zij gemiddeld zes jaar ouder worden dan in 1981. Destijds bedroeg de gemiddelde levensverwachting voor mannen 73 jaar, wat nu dus uitkomt op een gemiddelde van 79 jaar (Vughts, 2011). Verwacht wordt dat de levensverwachting van zowel vrouwen als mannen de komende jaren nog hoger komt te liggen (CBS, 2011; SCP, 2008; Vughts, 2011). Hierdoor zijn de individuele levenslopen veranderd (Van Tilburg, 2005). Daarnaast heeft de toename in levensverwachting ertoe geleid dat we anders tegen bepaalde leeftijden aan zijn gaan kijken. Zo waren mensen in 1950 gelukkig wanneer zij hun pensioen haalden, echter gaan we er tegenwoordig vanuit dat we nog een aantal jaren voor ons hebben. Oud zijn is opgeschoven in leeftijd (Van Tilburg, 2005). Oud worden en oud zijn is daarom niet alleen een kwestie van leeftijd maar het is ook van belang dat er rekening wordt gehouden met het levensloopsperspectief (Van Tilburg, 2005). Volgens dit perspectief moet 'oud' niet worden gezien als een specifieke periode of een aparte levensfase, maar meer als een onderdeel van het gehele leven (Baltes, 1987; Von Faber, 2002). Ouderdom kunnen we dus uitdrukken in getallen, maar de waarde die hieraan wordt toegekend kan verschillende betekenissen hebben (Von Faber, 2002).

2.2.1 De derde en de vierde levensfase

Baltes (1999), Baltes en Smith (2003) en Van Tilburg (2005) gaan uit van levensloopsperspectief. De auteurs beschrijven vier verschillende fases in de levensloop. Naast de eerste levensfase waarin men volwassen wordt, de tweede levensfase waarin men productief is via arbeid, is men in de derde levensfase over het algemeen gezond, maar niet meer productief door middel van arbeid (Van Tilburg, 2005). De derde levensfase wordt ook wel beschreven als de omslag naar ouderdom (Baltes, 1999). Deze omslag komt meestal rond de leeftijd van 60 tot 65 jaar. De vierde levensfase kenmerkt zich door fysieke en mentale achteruitgang. Ouderen rond de 75 tot 80 jaar verkeren vaak in de vierde levensfase (Van Tilburg, 2005). Volgens Baltes en Smith (2005) wordt de vierde levensfase getekend door ongemakken en het verlies van waardigheid. Volgens Van Tilburg (2005) kunnen mensen met minder sociale contacten en een slechte gezondheid eerder terecht komen in de overgangsfase van fase drie naar fase vier.

In 2003 publiceerden Baltes en Smith (2005) een onderzoek naar de verschillen in de derde en de vierde levensfase. Hierin beschrijven zij dat in beide levensfasen verlies centraal komt te staan. Echter zien zij door de toegenomen levensverwachting van mensen meer kansen in de derde levensfase. In deze fase kunnen ouderen doelen verwezenlijken en hebben zij over het algemeen een goede geestelijke gezondheid. Marcoen et al. (2006) sluiten hierbij aan en volgens hen is in de derde levensfase het verlies aanzienlijk kleiner dan in de vierde levensfase. Van Tilburg (2005) is minder positief over de derde levensfase, hij ziet deze levensfase als een fase waarin het verlies van sociale rollen centraal staat. De vierde levensfase wordt door hem gezien als een verlies van het vermogen tot een gezond functioneren (Van Tilburg, 2005).

2.3 Gelukkig oud: de theorieën

Wat is gelukkig oud worden? Gerontologen zijn al decennia lang op zoek naar het antwoord op deze vraag (Baltes & Baltes, 1990; Brandstädter & Rothermund, 2002; Steverink, 2005; Von Faber, 2002) en tot op de dag van vandaag zijn zij het niet eens over een sluitende definitie (Marcoen et al., 2006). Gelukkig oud is een concept dat is ontstaan na de Tweede Wereldoorlog in de Verenigde Staten (Von Faber, 2002). Havighurst (1963) en Williams en Wirth (1965) waren de eerste wetenschappers die het concept introduceerden. Beide studies ontwikkelden een model voor gelukkig oud worden. Havighurst (1963) introduceerde een model waarin hij liet zien dat de tevredenheid van ouderen naar zijn mening bepalend is voor gelukkige veroudering. Williams en Wirth (geciteerd in Von Faber, 2002) presenteerden in hun model verschillende aspecten van gelukkig oud waarbij zij zich richtten op persoonlijke karakteristieken zoals autonomie, doorzettingsvermogen of onzekerheid. Vele onderzoekers hebben verder geborduurd op het werk van Havighurst (1963) en Williams en Wirth (1965). Hierdoor zijn er meerdere visies ontstaan op het concept. Twee belangrijke visies zijn de visie van Rowe en Kahn (1987) en de visie van Baltes en Baltes (1990). Volgens Von Faber (2002) beschouwen Rowe en Kahn (1987) gelukkig ouder worden als een begerenswaardige en na te streven eindfase. Baltes en Baltes (1990) zien gelukkig ouder worden meer als een proces.

2.3.1 Gelukkig ouder worden als superieur aan normaal ouder worden

Rowe en Kahn (1987) beschrijven in het artikel *Human Aging: Usual and Successful* twee verschillende soorten ouderdom, namelijk gewoon ouder worden (usual aging) en gelukkig ouder worden (successful aging). Zij beschrijven gelukkig oud als het positief ervaren van ouder worden. Gelukkig ouder worden wordt gezien als superieur aan normaal ouder worden (Gussekklo, 2006). In 1997 geven Rowe en Kahn een uitgebreide beschrijving van het concept 'gelukkig oud'. Volgens deze beschrijving is er sprake van gelukkig ouder worden als de oudere beschikt over drie factoren: een laag risico op ziekten en handicaps, een hoge fysieke en mentale functie en participatie. Deze drie factoren staan in wisselwerking tot elkaar. Daarnaast is sociale activiteit van de ouderen een vereiste voor gelukkig ouder worden. Het centrale idee in deze benadering is dat bij het gewone ouder worden verlies centraal komt te staan en dat gelukkige veroudering niet wordt gekenmerkt door dit verlies. Rowe en Khan (1997) definiëren het concept 'gelukkig oud' ook wel als goed functioneren. Crowther, Parker, Achenbaum, Larimore en Koenig (2002) leveren kritiek op de visie van Rowe en Kahn (1997). Volgens Crowther et al. (2002) moet er een vierde excentrieke factor worden toegevoegd, namelijk positieve spiritualiteit.

2.3.2 Aanpassing als voorwaarde voor gelukkig oud worden

Een andere visie die zich richt op aanpassing als voorwaarde voor gelukkig oud worden is die van Baltes en Baltes (1990). Zij hebben het Selectieve Optimalisatie met Compensatie (SOC) model ontwikkeld. Dit model heeft als uitgangspunt dat ouderen mogelijkheden kunnen creëren door het nastreven van doelen. Gelukkig ouder worden wordt gezien als een wisselwerking tussen selectie, optimalisatie en compensatie. Het eerste element, selectie, beschrijven Baltes en Baltes (1990) omdat ouderen door verslechtering van hun gezondheid een selectie van doelen moeten maken. Om bepaalde doelen te bereiken is het verrijken en versterken van bepaalde vaardigheden een vereiste, oftewel optimalisatie. Echter, zijn sommige doelen door het verouderingsproces niet altijd mogelijk. Het is belangrijk dat ouderen zich hier bewust van zijn en dat zij beseffen dat de mogelijkheid bestaat dat er doelen

moeten worden aangepast, dit noemen Baltes en Baltes (1990) compensatie. Volgens Baltes en Baltes (1990) is er door de toepassing van het SOC- model geen sprake van achteruitgang en daardoor blijven de levens van de ouderen stabiel.

In Duitsland lanceerden Brandstädter en Rothermund (2002) soortgelijke ideeën. In het Duale Procesmodel stellen zij dat ouderen soms doelen moeten laten vallen. Binnen deze theorie gaan mensen voor zichzelf na of de feitelijke ontwikkeling nog overeenstemt met de gewenste ontwikkeling, er wordt hier ook wel gesproken van doeldiscrepantie (Van Tilburg, 2005). Als er sprake is van doeldiscrepantie, kan men kiezen voor een strategie van assimilatie of voor een strategie van accommodatie. Assimilatie van doelen betekent dat men doelen alsnog probeert te behalen. Accommodatie van doelen betekent dat men zich erbij neerlegt dat doelen niet meer behaald zullen worden. Volgens Brandstädter en Rothermund (2002) wordt accommodatie van doelen niet vaak toegepast. De auteurs wijzen erop dat dit wel zo zou moeten zijn, omdat het volgens hen beter zou zijn als mensen vaker doelen achter zich lieten. Het Duale Procesmodel borduurt voort op het SOC-model van Baltes en Baltes (1990). Echter leggen Brandstädter en Rothermund (2002) niet de nadruk op het behalen van de geselecteerde doelen maar op het aanpassen of het laten vallen van deze doelen. Hierdoor is het Duale Procesmodel anders dan het SOC-model. Baltes en Baltes (1990) gaan ervan uit dat ouderen een actievere rol moeten vervullen om gelukkig oud te worden. Zij beschouwen gelukkig oud worden als het optimaliseren van de gestelde doelen. Brandstädter en Rothermund (2002) benadrukken het loslaten van doelen in gelukkige veroudering.

Ook de Sociale Productiefunctie Theorie (SPF-theorie) neemt de theorie van Baltes en Baltes (1990) als uitgangspunt. Ormel, Lindenberg, Steverink en Verbrugge (1996) en Steverink (1996) beschrijven in de SPF-theorie dat mensen hun eigen welbevinden produceren en dat zij van nature gemotiveerd zijn om hun eigen situatie te verbeteren. Deze theorie legt niet alleen de focus op het ouder worden maar omvat de hele levensloop van een persoon. De auteurs benadrukken dat mensen doelen nastreven en dat zij de hiervoor gewenste hulpbronnen zo efficiënt mogelijk proberen in te zetten, ook al worden zij mogelijk geconfronteerd met beperkingen (Ormel et al., 1996; Steverink, 1996). Ormel et al. (1996) stellen dat mensen twee doelen nastreven: fysiek welbevinden en sociaal welbevinden. Als men deze doelen niet meer na kan streven door het proces van ouder worden dan is de kans op gelukkige veroudering kleiner. Echter is gelukkige veroudering niet onmogelijk. Doordat men op zoek gaat naar hulpbronnen en deze efficiënt inzet kan gelukkig ouder worden alsnog worden bereikt (Ormel et al., 1996). Steverink (2002) geeft hierbij een voorbeeld van stoppen met werken. Wanneer iemand met pensioen gaat, dan is het mogelijk dat de gepensioneerde een doel verliest, namelijk status. Dit verlies kan worden gecompenseerd door een nieuw doel, bijvoorbeeld vrijwilligerswerk. Als het lastig wordt om hulpbronnen te realiseren, dan zullen mensen doelen laten vallen en zich mogelijk richten op een ander doel dat gemakkelijker te realiseren is (Ormel et al., 1996; Steverink, 1996).

2.3.3 Gelukkig oud gemeten via objectieve maten en subjectieve maten

De theorieën van Rowe en Kahn (1987), Baltes en Baltes (1990), Brandstädter en Rothermund (2002), Ormel et al. (1996) en Steverink (1996) zijn binnen het onderzoeksveld dat zich bezighoudt met gelukkige veroudering erg belangrijk. Twee studies die meerdere theorieën combineren zijn de studies van Depp en Jeste (2006) en de studie van Von Faber (2002). In 2006 screenen Depp en Jeste (2006) 28 wetenschappelijke publicaties van gelukkig oud

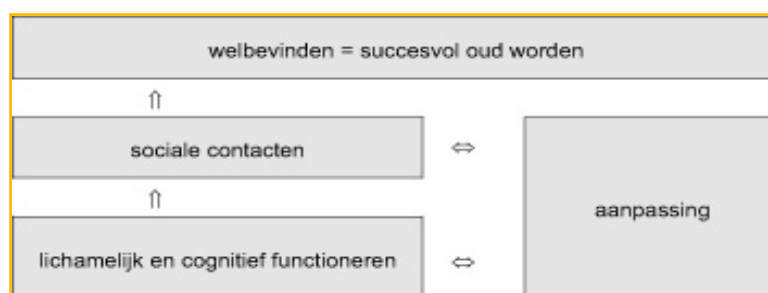
worden en zij concludeerden hieruit dat het even belangrijk is hoe men tegen het ouder worden aankijkt als de manier waarop men hiermee omgaat (Depp & Jeste, geciteerd in Marcoen et al., 2006). Daarnaast beschrijven de auteurs dat een goed lichamelijk functioneren geen vereiste is voor gelukkige veroudering. Uit deze studie blijkt dat ouderen met bepaalde kenmerken een grotere kans hebben op gelukkige veroudering. De kenmerken die de auteurs bedoelen zijn leeftijd (jonge ouderen), niet roken, afwezigheid van diabetes en artrose, sociale contacten, afwezigheid van depressie en een goede conditie (Depp & Jeste, 2006).

In de studie van Depp en Jeste (2006) werden wetenschappelijke publicaties vergeleken waarbij gelukkig oud is gemeten via objectieve maten. Een studie die het concept 'gelukkig oud' meet via zowel objectieve als subjectieve maten is de studie van Von Faber (2002). Vanuit de objectieve benadering werd gelukkig ouder worden gedefinieerd als een toestand van "optimaal functioneren en optimaal welbevinden" (Von Faber, 2002, p.168). Hierbij waren de criteria voor een optimaal welbevinden een goede kwaliteit van leven, tevredenheid over het leven en de afwezigheid van gevoelens van eenzaamheid. Tegenover deze objectieve benadering staat de subjectieve benadering. In deze laatste benadering werd gekeken naar de eigen ervaringen van de ouderen omtrent het ouder worden. De ouderen konden hierbij zelf bepalen wat zij verstonden onder 'gelukkig oud'. Von Faber (2002) laat in deze studie zien dat er grote verschillen ontstaan als gelukkig oud gemeten wordt via objectieve maten of via subjectieve maten. Het percentage ouderen dat zichzelf als gelukkig oud beschouwde was veel hoger via het subjectieve deel van het onderzoek. Volgens de definitie van 'optimaal functioneren' was slechts 10% van de doelgroep gelukkig oud en volgens de subjectieve benadering omschreven 22 van de 27 geïnterviewden zichzelf als gelukkig oud. De conclusie van dit onderzoek was dat "gelukkig oud niet goed te vatten is in alleen objectieve en kwantitatieve maten" (Von Faber, 2002, p.167). Zij geeft hiervoor als verklaring dat ouderen zoeken naar hun mogelijkheden om een goede balans te vinden tussen gezondheid en welbevinden. Deze balans is situatie afhankelijk (Von Faber, 2002).

2.3.4 Subjectief model van gelukkig oud worden

Op grond van de kwalitatieve bevindingen werd een nieuw model ontwikkeld voor gelukkig oud worden (Figuur 1).

Figuur 1: Subjectief model van gelukkig of succesvol oud worden



Bron: Von Faber, 2002, p.35

Volgens dit model is een goed aanpassingsvermogen belangrijk om gelukkig oud te worden. Ouderen verwachten op grond van hun leeftijd zowel lichamelijke als cognitieve achteruitgang en doordat zij hier rekening mee houden wordt gelukkig oud worden een mogelijkheid (Von Faber, 2002). Daarnaast geeft het model weer dat het hebben van sociale contacten een belangrijke voorwaarde is voor gelukkig oud worden. Uit de studie van Von Faber (2002) blijkt dat de sociale dimensie het belangrijkste element is in gelukkig oud worden. Volgens deze studie zien

ouderen eenzaamheid als een teken van ongelukkig zijn. In dit model ligt de aandacht dus meer op het hebben van sociale contacten en aanpassing dan op het optimaal lichamelijk en cognitief functioneren. Volgens Von Faber (2002) is optimaal functioneren belangrijk maar niet zaligmakend voor gelukkig oud. Met deze visie sluit zij aan bij de visie van Baltes en Baltes (1990).

2.4 De aspecten van gelukkige veroudering

In het huidige onderzoek wordt het subjectief model van gelukkig oud worden (Von Faber, 2002) gehanteerd. Verschillende onderzoeken laten zien dat er meerdere aspecten van het gelukkig oud worden kunnen worden onderscheiden (Baltes & Baltes, 1990; Brandstädter & Rothermund, 2002; Havighurst, 1963; Steverink, 2005; Von Faber, 2002; Williams & Wirth, 1965). In het model van Von Faber (2002) komen drie aspecten aan bod: (1) lichamelijk en cognitief functioneren, (2) sociale contacten en (3) aanpassing. In het huidige onderzoek wordt aan de hand van dit model meer inzicht verkregen in de verschillende elementen van gelukkig oud worden bij ouderen in de Utrechtse wijk Noordwest. In de komende paragrafen zal nader worden toegelicht welke betekenissen er worden toegekend aan welbevinden, sociale contacten, lichamelijk en cognitief functioneren en aanpassing.

2.4.1 Welbevinden

Het concept 'gelukkig oud' wordt in het model van Von Faber (2002) omschreven als welbevinden. Ook andere studies hebben een relatie gelegd tussen gelukkig oud worden en welbevinden (Ormel et al., 1996; Rowe & Kahn, 1987; Steverink, 2009). Volgens Ormel et al. (1996) kan welbevinden worden gedefinieerd als: "de waardering van een individu voor zijn of haar leven in het algemeen, het geheel van plezierige en onaangename ervaringen, soms ook wel aangeduid als kwaliteit van leven" (p.117). Ormel et al. (1996) stellen dat mensen twee doelen nastreven: fysiek welbevinden en sociaal welbevinden. Steverink (2009) spreekt hier ook wel over fysieke en sociale basisbehoeften, als deze behoeften niet worden vervuld dan zal dit volgens de auteur tot onwelbevinden leiden. Von Faber (2002) levert kritiek op deze visie van welbevinden, zij maakt geen onderscheid tussen fysiek en sociaal welbevinden. Er wordt van uitgegaan dat mensen ondanks een achteruitgang in fysiek functioneren nog steeds een gevoel van welbevinden hebben. Welbevinden betekent volgens Von Faber (2002) tevreden zijn met het huidige leven en niet zozeer het realiseren van fysiek en sociaal welbevinden.

2.4.2 Lichamelijk functioneren en cognitief functioneren

Er zijn veel verschillende visies op het van belang lichamelijk functioneren en cognitief functioneren in gelukkig oud worden, er wordt ook wel gesproken over gezondheid. Dit is binnen alle visies van gelukkig oud worden erg belangrijk. Rowe en Kahn (1987) stellen dat een goede gezondheid een vereiste is voor gelukkige veroudering en Baltes en Baltes (1990) leggen de nadruk meer op aanpassing wanneer het minder goed gaat met de gezondheid van ouderen. Echter wordt er in iedere definitie rekening gehouden met gezondheid, want wanneer mensen ouder worden neemt de kans op ziekten en beperkingen toe. De aard van deze beperkingen kan zowel lichamelijk als cognitief zijn. Lichamelijke beperkingen hebben betrekking op het horen, het zien, de mobiliteit en de activiteiten in het dagelijks leven. Beperkingen in de waarneming, de taal, het geheugen of het denken worden cognitieve beperkingen genoemd (Ministerie van VWS, 2011). Cognitieve beperkingen die vaak voorkomen bij ouderen zijn dementie en depressie (Ministerie van VWS, 2011; Rijksinstituut voor Gezondheid en Milieu [RIVM], 2004). De

gezondheidstoestand van ouderen wordt vaak gemeten aan de hand van het lichamelijk en cognitief functioneren (Ministerie van VWS, 2011). Echter is gezondheid meer dan de aan- of afwezigheid van ziekten. De World Health Organization hanteert een bredere definitie van gezondheid. Volgens deze definitie is gezondheid een toestand van volledig fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en niet slechts de afwezigheid van ziekten of een ander lichamelijk gebrek (De Jonge, 1997; Kupper, 2008). Het bepalen van de gezondheid aan de hand van deze definitie wordt steeds minder vaak toegepast. Er bestaat namelijk veel kritiek op deze definitie van gezondheid. Zo doet het woord 'volledig' mensen met beperkingen tekort, het is namelijk ook met beperkingen mogelijk om een gezond bestaan op te bouwen (De Jonge, 1997; Von Faber, 2002). Daarnaast laten verschillende auteurs zien dat mensen ondanks een achteruitgang in gezondheid nog steeds een gevoel van welbevinden kunnen hebben (Depp & Jeste, 2006; Von Faber, 2002). Om deze reden wordt de ervaren gezondheid, ook wel subjectieve gezondheid, steeds vaker gebruikt als maatstaf voor gezondheid. De ervaren gezondheid weerspiegelt het oordeel over de eigen gezondheid en bevat alle aspecten die relevant zijn voor de oudere (Hoeymans, Picavet & Tijhuis, 2005; Kupper 2008). Dit kan verschillen per levensfase omdat voornamelijk chronische aandoeningen en lichamelijke beperkingen een rol spelen bij ouderen wanneer zij zelf oordelen over hun eigen gezondheid (Kupper, 2008).

2.4.3 Sociale contacten

Het bezitten van sociale contacten heeft een belangrijke invloed op gelukkige veroudering (Rowe & Kahn, 1987). In een meta-analyse van 28 onderzoeken naar gelukkige veroudering werd vastgesteld dat ouderen met meer sociale relaties een grotere kans zullen hebben op algemeen welbevinden (Depp & Jeste, 2006). Ook Von Faber (2002) concludeert dat de sociale dimensie het belangrijkste element is in gelukkig oud. Ouderen zien eenzaamheid als een teken van ongelukkig zijn (Von Faber, 2002). Echter is het niet zo dat mensen met weinig sociale contacten per se eenzaam zijn (Bohlmeijer et al., 2005; Holmén & Furukawa, 2002; Van Ranst, 2006). De manier waarop de oudere zijn eigen netwerk evalueert, bepaalt of er gevoelens van eenzaamheid ontstaan. Er is geen rechtstreeks verband tussen enerzijds sociale relaties en anderzijds eenzaamheid. Echter zijn beiden toch vaak met dezelfde factoren verbonden (Van Ranst, 2006).

In onderzoek naar de kenmerken van sociale relaties komt naar voren dat de partner van de ouder wordende persoon een grote rol speelt binnen het relatienetwerk (Verstraeten, 2006). De partner komt namelijk als eerste in aanmerking om steun te geven (Van Tilburg, Aartsen & Knipscheer, 2000). Vervolgens komt uit verschillende onderzoeken naar voren dat kinderen en kleinkinderen een belangrijke rol spelen in het netwerk van ouderen (Van Tilburg et al., 2000; Verstraeten, 2006). Kleinkinderen kunnen ervoor zorgen dat ouderen hun leven als meer zinvol ervaren (Verstraeten, 2006). Ook broers en zussen blijken een belangrijke impact te hebben op het algemene welbevinden van ouderen (Steverink, 2002; Verstraeten, 2006). Voornamelijk ouderen die geen kinderen hebben zijn sterk georiënteerd op hun broers en zussen. Over het algemeen neemt dit contact toe naarmate de persoon ouder wordt (Steverink, 2002). Ten slotte spelen vriendschappelijke relaties een belangrijke rol in het netwerk van ouderen (Holmén & Furukawa, 2002; Steverink, 2002; Stevens 2006). Peter en Kaiser (gecteerd in Steverink, 2002) beschrijven dat vrienden vooral belangrijk zijn voor vertrouwelijk contact en een gevoel van sociale integratie in een gemeenschap. Familierelaties zijn voornamelijk van belang wanneer het gaat om zorg en steun (Peter & Kaiser, gecteerd in Steverink, 2002). Volgens sommige studies naar sociale relaties hebben ouderen met een lage SES

minder vrienden en kennissen dan ouderen met een hoge SES. Ouderen met een lage SES richten hun sociale leven meer in rondom familieleden (Stevens, 2006).

Binnen het veld van onderzoek naar sociale relaties van ouderen wordt vaak gesproken over sociale steun. Het potentieel aan steun dat er in een netwerk van de oudere aanwezig is, wordt bepaald door enerzijds de omvang van het netwerk en anderzijds door de samenstelling van het netwerk (Van Tilburg et al., 2000). Steverink (2002) beschrijft twee soorten sociale steun, namelijk instrumentele en emotionele steun. Instrumentele steun is de ondersteuning die verwijst naar de materiële of fysieke hulp. Emotionele steun bestaat vooral uit affectie en waardering. Volgens Van Tilburg et al. (2000) vindt er binnen sociale relaties van ouderen meer emotionele dan instrumentele steun plaats. Daarnaast concluderen de auteurs dat het aantal sociale contacten afneemt naarmate mensen ouder worden. Ook in een andere Nederlandse studie van Van Tilburg (2005) staat beschreven dat in de ouderdomsfase verlies centraal staat. De derde levensfase rond de leeftijd van 60 jaar, wordt vooral gekarakteriseerd door het verlies van sociale rollen. Gegevens van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) laten zien dat het aantal relaties met vrienden en kennissen sterk afneemt naarmate men ouder wordt. Het aantal burenelaties neemt ook af maar het aantal belangrijke familierelaties neemt toe (Van Tilburg, 2005). Desondanks constateert van Tilburg (2005) dat zowel de derde als de vierde levensfase worden gekenmerkt door verlies. Hiermee sluit hij aan bij de disengagement theorie van Cumming en Henry (1961). Volgens deze theorie is er in het proces van ouder worden sprake van terugtrekking. De theorie stelt dat er terugtrekking plaatsvindt van zowel de ouderen zelf als van de maatschappij (Cumming & Henry, 1961). Steverink (2002) levert kritiek op deze theorie. De theorie zou te simpel zijn omdat de terugtrekking niet zozeer een wens van de ouderen is maar een gevolg van de lichamelijke gebreken die het ouder worden met zich mee kunnen brengen.

2.4.4 Aanpassing

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat aanpassingsvermogen een belangrijk aspect is in gelukkig oud worden (Baltes & Baltes, 1990; Brandstädter & Rothermund, 2002; Ormel et al., 1996; Steverink; 1996; Von Faber, 2002). Zoals in paragraaf 2.3.2 staat weergegeven hebben verschillende auteurs processen van aanpassing beschreven. In de verschillende theorieën ligt de nadruk op het aanpassen van doelen. De theorieën richten zich op de vraag welke activiteiten ontwikkeld zouden moeten worden om het verlies dat hoort bij het verouderingsproces te stoppen of te vertragen (Van Tilburg, 2005). De auteurs zijn het er echter niet over eens of het beter is dat ouderen doelen aanpassen of laten vallen (accommodatie) of dat het beter is wanneer er een mogelijkheid wordt gezocht om de doelen alsnog te behalen (assimilatie). Er zijn onderzoeken die concluderen dat de accommoderende strategie betere mogelijkheden biedt dan de assimilerende strategie (Brandstadter & Rothermund, 2002; Van Tilburg, 2005) maar er zijn ook onderzoeken die stellen dat hulpbronnen moeten worden geoptimaliseerd en dat de geselecteerde doelen behaald moeten worden (Baltes & Baltes, 1990; Ormel et al., 1996; Steverink; 1996).

Aanpassing wordt vaak geassocieerd met de term 'coping'. Echter is de term aanpassing breder dan de term coping (Ruth & Coleman, geciteerd in Von Faber, 2002). Volgens Von Faber (2002) gaat aanpassing over een heel scala van gedragingen en is het niet enkel de reactie op bepaalde gebeurtenissen waarbij men wil streven naar welbevinden. Het probleem met de term 'aanpassing' is alleen dat deze vaak wordt geassocieerd met ziekte en problemen en daarom wordt er in de gerontologische literatuur ook wel gesproken over coping (Von Faber, 2002).

Er is onderscheid te maken tussen 'reactieve coping' en 'proactieve coping'. Het concept 'reactieve coping' heeft te maken met de "manier waarop mensen reageren op gebeurtenissen die zich voltrokken hebben en hoe ze zich aanpassen aan de nieuwe situatie" (Bode, Thoolen, De Ridder, 2008, p. 81). Het concept 'proactieve coping' beschrijft "hoe mensen omgaan met gebeurtenissen die nog moeten plaatsvinden en die mogelijk een bedreiging vormen voor hun welzijn of voor hun persoonlijke doelen" (Bode et al., 2008, p. 82). In de meeste onderzoeken naar gelukkige veroudering ligt de nadruk op reactieve coping, zo ook in het veelgebruikte SOC-model van Baltes en Baltes (1990). Ouwehand, De Ridder en Bensing (2006) schrijven in een studie naar proactieve coping en gelukkige veroudering dat het aanleren van proactieve copingvaardigheden vaker zou moeten worden toegepast in de oudere levensfase. Volgens de auteurs vereisen beperkingen die horen bij het ouder worden voorbereiding. Wanneer deze voorbereiding wordt toegepast is de kans op gelukkige veroudering groter (Ouwehand et al., 2006).

2.5 Maakt gender een verschil in gelukkig oud worden?

In verschillende studies naar gelukkige veroudering is gekeken of gender een verschil maakt in gelukkig oud worden. De levensverwachting van vrouwen ligt namelijk hoger dan de levensverwachting van mannen. Zo leven vrouwen gemiddeld 3,2 jaar langer (Ministerie van VWS, 2011). Hierdoor bestaat 60% van de 65-plussers uit vrouwen (Steverink, 2002). Echter is de levensverwachting in goede gezondheid bij mannen en vrouwen nagenoeg gelijk en brengen vrouwen de jaren die zij langer leven vaak door in volledige ongezondheid (RIVM, 2004). Een uitgebreide meta-analyse van Depp en Jeste (2006) waarin gelukkig oud wordt gemeten via objectieve maten laat zien dat vrouwen vaker gelukkig oud worden dan mannen. Bowling en Iliffe (2006) beschrijven dat er geen verschil is in gender wanneer gelukkig oud gemeten wordt via subjectieve maten, via deze methode kunnen ouderen zelf bepalen wat zij verstaan onder gelukkig oud. De auteurs zien echter wel een verschil in gelukkig oud worden wanneer er wordt gekeken vanuit een medische benadering. Zij rapporteren dat mannen hoger scoren dan vrouwen in gelukkig oud worden (Bowling en Iliffe, 2006). De twee onderzoeken laten dus verschillende resultaten zien (Depp & Jeste, 2006; Bowling & Iliffe, 2006). Deze inconsistente resultaten waren voor Pruncho, Wilson-Genderson en Cartwright (2010) de reden voor een onderzoek naar de relatie tussen gender en gelukkige veroudering. De auteurs maken in hun onderzoek een onderscheid tussen objectief gelukkig oud en subjectief gelukkig oud. Objectief gelukkig oud wordt hier omschreven als het ontbreken van beperkingen en een goede conditie. Subjectief oud wordt gemeten aan de hand van de ervaringen van de ouderen zelf met het oud worden en oud zijn. Uit het onderzoek komt naar voren dat vrouwen volgens de objectieve maten minder gelukkig zijn dan mannen. Vrouwen ervaren namelijk meer gezondheidsklachten dan mannen (Pruncho et al., 2010). Volgens Pinquart en Sörensen (2001) en Marcoen et al. (2005) lijden vrouwen op latere leeftijd aan meer psychosociale klachten en de auteurs stellen dat oudere vrouwen veel eenzamer zijn dan oudere mannen. Een belangrijke verklaring hiervoor is dat meer vrouwen zonder partner leven maar ook dat vrouwen meer behoefte hebben aan een groter sociaal netwerk dan mannen (Marcoen et al. 2005). Hierdoor is het mogelijk dat vrouwen een kleinere kans op gelukkige veroudering hebben dan mannen. Echter stellen Pruncho et al. (2010) dat er geen verschil is in gelukkig oud worden wanneer er volgens subjectieve maten gemeten wordt.

2.6 Sociaaleconomische status en verschillende gezondheidsaspecten van ouderen

Zoals beschreven in de inleiding richt dit onderzoek zich op ouderen met een lage SES. In de Utrechtse wijk Noordwest wonen veel mensen met een lage SES, zo heeft 40% van de inwoners een laag opleidingsniveau (Gemeente Utrecht, 2010). Volgens Wingen en Otten (2009) zijn in Nederland vanaf de jaren tachtig de sociaaleconomische gezondheidsverschillen groter geworden. Daarnaast zijn ouderen een steeds groter wordende groep. Desondanks zijn onderzoeken naar sociaaleconomische gezondheidsverschillen bij ouderen relatief beperkt (Wingen & Otten, 2009). Toch blijkt uit verschillende onderzoeken dat ouderen met een lage SES andere gezondheidskenmerken hebben dan ouderen met een hoge SES (Bruggink, 2009; GG&GD Nederland, 2010; Knoops & Van Den Brakel, 2010; Wingen & Otten, 2009). Zo geldt volgens het Ministerie van VWS (2011) voor vrijwel alle fysieke gezondheidsproblemen dat het percentage ouderen met een beperking afneemt naarmate het opleidingsniveau stijgt. Deze ziekten en beperkingen worden mogelijk veroorzaakt door risicofactoren die vaker voorkomen bij ouderen met een lage SES, zoals roken en overgewicht. Mensen met een lage SES roken over het algemeen twee keer zoveel als mensen met een hoge SES. Ook kampt deze groep ouderen vaker met ernstig overgewicht en zijn zij minder lichamelijk actief (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2010). Naast fysieke gezondheidsproblemen ervaren ouderen met een lage SES over het algemeen ook meer psychosociale gezondheidsproblemen. Door deze fysieke en psychosociale gezondheidsproblemen is de levensverwachting van ouderen met een lage SES ook lager. Knoops en Van Den Brakel (2010) laten zien dat er forse verschillen bestaan in de levensverwachting tussen groepen van verschillende SES. In het onderzoek van Knoops en Van Den Brakel (2010) is de SES aan de hand van inkomensklassen gemeten. Het onderzoek heeft aangetoond dat de levensverwachting van mannen in de laagste inkomensklasse bij de geboorte 73,9 jaar bedraagt. Bij mannen in de hoogste inkomensklasse is dit 81,1 jaar. Het verschil in levensverwachting voor vrouwen tussen de laagste en de hoogste inkomensklasse bedraagt 6,7 jaar. Er werd geconcludeerd dat hoe hoger het inkomen van de oudere was, hoe hoger ook de levensverwachting van deze persoon bleek te zijn. Deze conclusie is ook door andere onderzoekers getrokken die SES op basis van het opleidingsniveau hebben gemeten (Bruggink, 2009; GG&GD Nederland, 2010).

Het is gebleken dat gezondheid een belangrijke rol speelt binnen alle definities van gelukkig oud worden. Doordat ouderen met een lage SES een minder goede gezondheid hebben dan ouderen met een hoge SES is het mogelijk dat zij een andere betekenis geven aan gelukkig oud. Echter is onderzoek naar SES en gelukkig oud nog niet eerder uitgevoerd. Het is daarom van belang na te gaan welke betekenis ouderen met een lage SES geven aan gelukkige veroudering. Ook Von Faber (2002) laat in haar studie zien dat het perspectief van de oudere ertoe doet, de visies van ouderen komen namelijk niet altijd overeen met de visies van beleidsmakers of van onderzoekers (Von Faber, 2002).

2.7 Conclusie en de vraagstelling voor dit onderzoek

Uit de literatuur is gebleken dat 'gelukkig oud' een richtinggevend concept is waarmee men tracht het proces van oud worden en oud zijn te begrijpen. Hierbij moet 'oud' worden gezien als een ontwikkeling in de levensloop en niet zozeer als een aparte levensfase. Ouderdom kunnen we namelijk in getallen uitdrukken maar de betekenis die we aan deze getallen toekennen kan per individu verschillend zijn.

Wanneer er over gelukkig oud wordt gesproken kan er onderscheid worden gemaakt tussen twee belangrijke visies. De eerste visie beschouwt gelukkig oud worden als superieur aan normaal ouder worden en de tweede visie ziet aanpassing als een voorwaarde voor gelukkig oud worden. In het huidige onderzoek ligt de nadruk voornamelijk op de laatste visie, in deze visie worden de hulpbronnen geactiveerd en geoptimaliseerd, zodat belangrijke doelen behaald kunnen worden (Van Tilburg, 2005). Samengevat wordt het concept 'gelukkig oud' gedefinieerd als welbevinden. Dit betekent dat de betrokken persoon tevreden is met het huidige leven. De studie van Von Faber (2002) laat zien dat hierin verschillende aspecten een rol spelen, namelijk: gezondheid, sociale contacten en aanpassing. Gezondheid speelt een rol in gelukkig oud maar is niet noodzakelijk. Als ouderen een slechte gezondheid hebben maar daarnaast beschikken over voldoende sociale contacten en aanpassingsvermogen dan is gelukkige veroudering toch mogelijk.

Vervolgens is onderzocht of gender een verschil maakt in gelukkige veroudering. Op basis van de theorieën van Pruncho et al. (2010) kan worden gesteld dat er een verschil zit tussen objectief gelukkig oud en subjectief gelukkig oud. Wanneer gelukkig oud worden wordt gemeten aan de hand van objectieve maten dan zijn vrouwen minder gelukkig dan mannen en wanneer gelukkig oud worden wordt gemeten aan de hand van subjectieve maten dan is er geen verschil tussen mannen en vrouwen. Ook de studie van Von Faber (2002) concludeert dat er een verschil is tussen gelukkig oud gemeten in objectieve en subjectieve maten, volgens deze studie is gelukkig oud niet goed te vatten in objectieve maten. Von Faber (2002) geeft hiervoor als verklaring dat ouderen zoeken naar hun mogelijkheden om zo een balans te vinden tussen gezondheid en welbevinden, deze balans is afhankelijk van de situatie.

Op basis van de literatuur zoals hierboven weergegeven kan worden gesteld dat er door middel van het concept 'gelukkig oud' wordt gezocht naar aanknopingspunten, zodat gelukkige veroudering dichterbij kan worden gebracht. De GG&GD Utrecht wil graag dat ouderen in de Utrechtse wijk Noordwest gelukkig oud worden. Om dit te realiseren wordt er in het huidige onderzoek meer inzicht verkregen in de verschillende aspecten van het concept 'gelukkig oud' bij ouderen in de onderzochte wijk. Echter komen in de wijk veel problemen voor als een matige of slechte gezondheid, ontevredenheid over de leefomgeving en chronische aandoeningen (Gemeente Utrecht, 2010; Hastenberg & Wognum, 2010). Door deze problematiek en door de lage SES van de ouderen is het mogelijk dat ouderen in de wijk een andere visie hebben op gelukkige veroudering. Het is onduidelijk welke ideeën en opvattingen zij zelf hebben over het concept 'gelukkig oud'. De vraagstelling in dit onderzoek is daarom als volgt:

Hoe ervaren jonge autochtone ouderen met een lage sociaaleconomische status in de Utrechtse wijk Noordwest de verschillende aspecten van het concept 'gelukkig oud' en welke betekenis geven deze ouderen zelf aan gelukkig oud worden?

De vraagstelling van dit onderzoek is tweeledig. Het eerste deel van de vraagstelling bestaat uit de volgende deelvragen:

- 1. Hoe ervaren jonge autochtone ouderen met een lage SES in de onderzochte wijk hun lichamelijke, cognitieve en psychische gezondheid?*
- 2. Hoe ervaren jonge autochtone ouderen met een lage SES in de onderzochte wijk hun sociale contacten?*
- 3. Hoe ervaren jonge autochtone ouderen met een lage SES in de onderzochte wijk hun aanpassingsvermogen?*

Het tweede deel van de vraagstelling bestaat uit de deelvragen:

- 4. Welke opvattingen en praktijken leven er onder jonge autochtone ouderen met een lage SES in de onderzochte wijk ten aanzien van gelukkig oud worden?*
- 5. Wat hebben jonge autochtone ouderen met een lage SES in de onderzochte wijk nodig om gelukkig oud te worden, vanuit hun eigen perspectief?*

In het huidige onderzoek worden zowel mannen als vrouwen geïnterviewd, het is mogelijk dat mannen het ouder worden anders ervaren dan vrouwen. De laatste deelvraag luidt:

- 6. In hoeverre zijn er in de onderzochte wijk verschillen tussen mannen en vrouwen in hoe zij de verschillende aspecten van het concept 'gelukkig oud' ervaren en zijn er in de onderzochte wijk verschillen tussen mannen en vrouwen in de betekenis die zij geven aan gelukkig oud worden?*

Hoofdstuk 3 – Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk staat de methodologische verantwoording van dit onderzoek centraal. Allereerst wordt in paragraaf 3.1 het type onderzoek beschreven. Na deze beschrijving wordt in paragraaf 3.2 ingegaan op de onderzoekspopulatie. In paragraaf 3.3 zal de werving van de respondenten worden beschreven en vervolgens worden in paragraaf 3.4 de onderzoeksmethode en de data-analyse uiteengezet. In paragraaf 3.5 worden de concepten geoperationaliseerd en ten slotte wordt in paragraaf 3.6 de kwaliteit van het onderzoek beschreven.

3.1 Type onderzoek

Er is in dit onderzoek een kwalitatief onderzoeksontwerp gehanteerd. De reden dat hiervoor is gekozen, is omdat het doel van het onderzoek is inzicht te krijgen in de leefwereld van ouderen in de Utrechtse wijk Noordwest. Volgens 't Hart, Boeije en Hox (2009) is "kwalitatief onderzoek een aangewezen methode als een veld van onderzoek dient te worden verkend ofwel geëxploreerd" (p. 254). Daarnaast waren kwalitatieve methoden geschikt, omdat er in dit onderzoek op zoek wordt gegaan naar gedragingen, opvattingen, houdingen en ervaringen ten aanzien van het oud worden en oud zijn. Er is in dit onderzoek geen gebruik gemaakt van kwantitatieve methoden, omdat het concept 'gelukkig oud' niet goed te vatten is in objectieve maten (Von Faber, 2002). Verschillende onderzoeken naar gelukkig oud worden laten zien dat wanneer er primair naar lichamelijke aspecten gekeken wordt de resultaten niet overeenkomen met de ervaringen van ouderen (Gussekklo et al., 2006; Pruchno et al., 2010; Von Faber, 2002).

3.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit jonge autochtone ouderen met een lage SES uit de Utrechtse wijk Noordwest. De keuze om ouderen met een lage SES te selecteren komt voort uit het huidige volksgezondheidsbeleid van de gemeente Utrecht. Het volksgezondheidsbeleid is namelijk gericht op degenen met gezondheidsachterstanden en deze komen veel voor bij mensen met een lage SES (Gemeente Utrecht, 2011b). In het huidige onderzoek is de SES van de oudere bepaald aan de hand van het beroep dat hij of zij vroeger deed. Als een respondent vroeger niet heeft gewerkt, werd de SES afgeleid van het beroep van zijn of haar partner. Tijdens het eerste contactmoment met een respondent is gevraagd wat voor beroep hij of zij vroeger deed en aan de hand van de beroepenlijst van het CBS is vastgesteld of het beroep in de categorie lage beroepen valt (CBS, 2012).

Daarnaast zijn alleen jonge ouderen, ofwel mensen in de derde levensfase geselecteerd. Hier is voor gekozen omdat de GG&GD Utrecht zich voornamelijk richt op gezondheidsbevordering bij ouderen in deze levensfase. De derde levensfase begint vaak rond de leeftijd van 60 tot 65 jaar en wordt gekenmerkt doordat men niet meer productief is via arbeid. De overgang van de derde naar de vierde levensfase is rond de leeftijd van 75 tot 80 jaar. De derde levensfase eindigt als men niet meer actief is en deze fase wordt gekenmerkt door het verlies aan het vermogen tot gezond functioneren (Van Tilburg, 2005). Uit onderzoek blijkt dat mensen in de vierde levensfase andere kenmerken hebben dan mensen in derde levensfase (Van Tilburg, 2005). Aangezien er in dit onderzoek wordt gestreefd naar een redelijk homogene onderzoeksgroep, werden mensen in de vierde levensfase uitgesloten. Om iemand zijn levensfase te kunnen bepalen werd aan de ouderen gevraagd of zij in de leeftijd van 60 tot 80 jaar

vielen. Doordat de ouderen zijn geworven in activiteitencentra, kan worden gesteld dat zij geen geheel teruggetrokken leven leiden. Daarnaast werd aan de ouderen gevraagd of zij gepensioneerd waren, dit was namelijk een vereiste om mee te doen aan het onderzoek.

Verdere criteria waren dat de ouderen die meewerkten aan het onderzoek op dat moment zelfstandig woonden, al dan niet met ondersteuning. De ouderen in een verzorgings- of verpleegtehuis zijn buiten dit onderzoek gehouden, de reden hiervoor is dat de aangeboden preventieve interventies van de GG&GD Utrecht voornamelijk gericht zijn op ouderen die zelfstandig wonen.

Daarnaast zijn alleen ouderen van autochtone afkomst geselecteerd. Zij zijn geselecteerd, omdat ruim twee derde van de inwoners van Noordwest van autochtone afkomst is (Gemeente Utrecht, 2010). Uit onderzoek (Bode, Drossaert en Dijkstra, 2007) blijkt dat de beleving van het ouder worden anders is bij allochtone en autochtone ouderen. Zo ervaren ouderen met een migratieachtergrond het ouder worden minder positief. Aangezien er in dit onderzoek wordt gestreefd naar een afgebakende groep, werden allochtone ouderen uitgesloten.

Er hebben in totaal zestien ouderen meegewerkt aan het onderzoek, er waren negen vrouwelijke respondenten en zeven mannelijke respondenten. De geselecteerde respondenten vielen in de leeftijd van 63 tot 80 jaar en zijn afkomstig uit de subwijken Ondiep/2e Daalsebuurt (9), Zuilen-West (3) en uit Zuilen-Noord/Oost (4). Er zijn in verhouding meer ouderen gesproken die afkomstig zijn uit de subwijk Ondiep/2e Daalsebuurt. Hier is voor gekozen omdat in deze traditionele volksbuurt veel mensen wonen met een lage SES (Hastenbergh & Wognum, 2010). De criteria dat de respondenten in derde levensfase zaten, dat zij autochtoon waren en dat zij een lage SES hadden waren belangrijker dan dat zij uit een bepaalde subwijk kwamen. De geïnterviewde ouderen uit de verschillende subwijken waren voldoende vergelijkbaar.

3.3 Het werven van respondenten

Het werven van ouderen is door de onderzoeker zelf gedaan en hierbij is gebruik gemaakt van het netwerk van de GG&GD Utrecht. De GG&GD Utrecht werkt nauw samen met welzijnsorganisatie Portes. Deze welzijnsorganisatie beschikt over meerdere activiteitencentra in Utrecht Noordwest. Welzijnsorganisatie Portes biedt hier activiteiten en hulpverlening aan ouderen. Om in contact te komen met de ouderen kreeg de onderzoeker de gelegenheid om zich aan te sluiten bij deze georganiseerde activiteiten. Daarnaast was de onderzoeker wekelijks aanwezig in de algemene ontmoetingsruimten van de activiteitencentra. In activiteitencentrum de Speler, activiteitencentrum Vorstelijk Complex en buurthuis Zuilen is de onderzoeker in contact gekomen met ouderen. Hier werd het eerste contact gelegd tussen de onderzoeker en de respondent. Bij een aantal ouderen hebben er meerdere contactmomenten plaatsgevonden voordat zij daadwerkelijk bereid waren om mee te werken aan het onderzoek. Hierdoor kon de onderzoeker een inschatting maken of de oudere daadwerkelijk geschikt was om te interviewen. Er kon bijvoorbeeld worden achterhaald wat de SES van een oudere was en of deze voldeed aan de kenmerken van ouderen in de derde levensfase. Uiteindelijk heeft de onderzoeker de ouderen gevraagd om deel te nemen aan een diepte-interview.

3.4 De onderzoeksmethode en de data-analyse

Om antwoorden te krijgen op de onderzoeksvragen zijn semi-gestructureerde diepte-interviews gehouden. Er is voor diepte-interviews gekozen om een zo gedetailleerd mogelijk beeld te krijgen van ouderen in de Utrechtse wijk

Noordwest, hun leefwereld, gevoelens en gedachten omtrent het oud worden en oud zijn. Er is tijdens het interview gebruik gemaakt van een topiclijst. Deze topiclijst is samengesteld op basis van de onderzoeksvragen en aan de hand van de drie elementen die een rol spelen in gelukkige veroudering. Deze drie elementen zijn: (1) lichamelijk en cognitief functioneren, (2) sociale contacten en (3) aanpassing (Von Faber, 2002). Om een definitieve topiclijst te kunnen maken zijn er twee proefinterviews afgenomen. Aan de hand van de definitieve topiclijst zijn uiteindelijk zestien ouderen geïnterviewd. Deze topiclijst is terug te vinden in bijlage 1.

De interviews zijn afgenomen tussen 10 april en 21 mei 2012. De meeste respondenten (13) zijn in hun eigen woning geïnterviewd, om een zo veilig mogelijke omgeving voor de respondent te creëren. Er zijn drie respondenten in een activiteitscentrum geïnterviewd omdat zij aangaven dit prettiger te vinden. De duur van een interview was ongeveer een uur, echter was de onderzoeker vaak langer bij de respondent aanwezig. Alle interviews zijn vastgelegd op audioapparatuur en getranscribeerd. Daarna zijn de gegevens geanalyseerd met het kwalitatieve onderzoeksprogramma MAXQDA2. Bij het analyseren is gestart met het open coderen. Hierbij is gebruik gemaakt van in-vivo codes, dit wil zeggen dat de codes ontwikkeld zijn vanuit de concepten die de respondenten zelf gebruikten tijdens de interviews (Boeije, 2005). Een tweede bron voor het ontwikkelen van de codes zijn de theoretische concepten die terug komen in de topiclijst. Na deze eerste fase van coderen is in de tweede fase gestart met het maken van clusters van de codes. De hoofdcodes zijn van de subcodes onderscheiden en codes zijn samengevoegd. Deze tweede fase wordt ook wel axiaal coderen genoemd. Ten slotte zijn tijdens het selectieve coderen verbanden gelegd tussen de codes. Aan de hand van deze verbanden is uiteindelijk een codeboom gevormd, welke is terug te vinden in bijlage 2.

3.5 De operationalisering van de concepten

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een aantal concepten. Hieronder staat een overzicht van deze geoperationaliseerde concepten:

Gezondheid: Gezondheid kan worden geoperationaliseerd als een toestand van fysiek, mentaal en sociaal welbevinden. Er kan onderscheid worden gemaakt tussen de objectieve gezondheid en de subjectieve gezondheid. Omdat er in het huidige onderzoek geen kwantitatieve meetinstrumenten worden gebruikt is het lastig uitspraken te doen over de objectieve gezondheid. Daarnaast zijn de cijfers over de gezondheid van de ouderen in Noordwest al bekend door de gemeentelijke gezondheidspeiling en is de GG&GD Utrecht juist geïnteresseerd naar de verhalen achter deze cijfers. Om deze reden wordt er in het huidige onderzoek alleen gekeken naar de subjectieve, ofwel de ervaren gezondheid. De ervaren gezondheid wordt gedefinieerd als het oordeel over de eigen gezondheid en alle aspecten die relevant zijn voor diegene (Hoeymans, Picavet & Tijhuis, 2005; Kupper, 2008). Om het fysiek welbevinden te operationaliseren kregen respondenten een vraag voorgelegd als "Hoe ervaart u over het algemeen uw lichamelijke gezondheid?". Met een vraag als "Heeft u een periode meegemaakt dat u zichzelf somber voelde?" werd gevraagd naar het mentaal welbevinden. Meer van deze vragen staan beschreven onder de subtopic 'lichamelijk functioneren' en 'cognitief en psychisch functioneren' zoals weergegeven in bijlage 1. Het sociaal welbevinden van ouderen is in dit onderzoek apart onderzocht en dit staat beschreven bij 'sociale contacten'.

Sociale contacten: de definitie van sociale contacten kan worden geoperationaliseerd als de relaties en interacties met individuele personen, groepen, organisaties, instellingen en instituten (Marcoen et al., 2005). Het relatienetwerk van een oudere kan uit verschillende personen bestaan. Om deze reden zijn er vragen gesteld als "Met wie heeft u in het dagelijks leven zoal contact?" Daarnaast blijkt uit de literatuur dat de partner een belangrijk persoon is in het relatienetwerk van de oudere (Verstraeten, 2006). Vandaar dat er is gekozen om vragen over de partner te stellen, welke terug te vinden zijn onder de subtopic 'partner' in bijlage 1. Naast de partner kan het relatienetwerk van ouderen ook uit andere personen bestaan. Het hebben van socialen contacten is verder onderzocht door de vragen die staan beschreven onder de subtopic 'sociale steun', hier is voor gekozen omdat binnen het veld van onderzoek naar sociale relaties van ouderen vaak wordt gesproken over sociale steun. Ten slotte is aan respondenten gevraagd hoe zij tegen het hebben van sociale contacten en het ouder worden aankijken. Dit omdat in een Nederlandse studie van Van Tilburg (2005) staat beschreven dat verlieservaringen een belangrijke plaats innemen binnen ouderdom.

Aanpassing: dit is "de directe reactie op stressfactoren, waarbij men streeft naar gevoelens van welbevinden, met een heel scala van gedragingen, van het aanleren van gedrag om behoefte te vervullen tot het leren omgaan met problemen" (Von Faber, 2002, p. 80). Aanpassing is onderzocht door de vragen die staan beschreven onder de subtopic 'doelen aanpassen' en de subtopic 'toekomst' zoals weergegeven in bijlage 1. Respondenten kregen vragen voorgelegd als "Heeft u bepaalde activiteiten moeten laten vallen?" en "Hoe bent u hiermee omgegaan?".

Gelukkig oud worden / Succesvol oud worden: dit kan worden gedefinieerd als tevreden zijn met het huidige leven (Gussekloo et al., 2006). Het concept 'gelukkig oud' en het concept 'succesvol oud' betekenen in de wetenschappelijke literatuur hetzelfde. In de Engelstalige wetenschappelijke literatuur wordt er gesproken over 'successful aging'. Het vertalen van dit concept naar het Nederlands is lastig. De letterlijke vertaling is namelijk succesvol oud worden, maar in het Nederlands wordt het ook wel vertaald als gelukkig oud worden. Volgens Schnabel (2002) is goed oud worden of gelukkig oud worden een betere omschrijving dan succesvol oud worden. In dit huidige onderzoek wordt daarom gesproken over gelukkig oud worden. Er zijn vragen gesteld als "Wat betekent gelukkig oud worden voor u?" Gelukkig oud worden is onderzocht door de vragen die staan beschreven onder de subtopics 'zelfbeeld', 'gelukkig oud worden', 'positieven kanten en belemmeringen' en 'welbevinden'.

3.6 De kwaliteit van het onderzoek

Om de betrouwbaarheid van de gegevens te bevorderen is in het huidige onderzoek gewerkt in een team van onderzoekers. Samen met onderzoekers van de GG&GD Utrecht en de wijkgezondheidswerker van de Utrechtse wijk Noordwest heeft er een overleg plaatsgevonden over de topiclijst. Verder heeft een onderzoeker van de GG&GD Utrecht een interview gecodeerd, waardoor een deel van de gegevens vergeleken konden worden. Daarnaast is er, om de procedures van de betrouwbaarheid te bewaken, gebruik gemaakt van geluidsopnames tijdens de interviews. Volgens Boeije (2005) komen geluidsopnames de kwaliteit van de gegevens ten goede, omdat de onderzoeker de interviews kan terug luisteren en zich niet hoeft te richten op het maken van aantekeningen. Verder is in het huidige onderzoek gebruik gemaakt van een semi- gestructureerde topiclijst. Doordat deze niet volledig is gestandaardiseerd, komt de betrouwbaarheid in het geding. Echter heeft deze flexibele vorm van dataverzameling

als voordeel dat de onderzoeker kan vragen wat op dat moment relevant lijkt (Boeije, 2005). Om de betrouwbaarheid van de analyse te vergroten is er bij de analyse gebruik gemaakt van bestaande analysewerkwijzen en procedures zoals beschreven in paragraaf 3.4. Ook is er gebruik gemaakt van het programma MAXQDA2. Door het gebruik van dit programma zit er meer systematiek in de analyse wat de betrouwbaarheid vergroot (Boeije, 2005).

Het huidige onderzoek is gericht op een specifieke groep en een specifieke locatie, namelijk ouderen met een lage SES in de Utrechtse wijk Noordwest. Kennis over deze specifieke groep is de belangrijkste opbrengst van dit onderzoek. De wijk en de respondenten in het onderzoek zijn niet op statistische maar op veldinhoudelijke redenen gekozen, hierdoor is statistische generalisatie niet mogelijk ('t Hart, Boeije & Hox, 2009). Toch kunnen de uitkomsten van dit onderzoek mogelijk belangrijke inzichten opleveren voor vergelijkbare wijken in Nederland. Hierbij is het van belang dat er rekening moet worden gehouden met de manier waarop de respondenten geselecteerd zijn. De onderzoeker is met het merendeel van de respondenten in contact gekomen in activiteitscentra. Hierdoor zijn de resultaten enkel van toepassing op een subgroep binnen de doelgroep jonge autochtone ouderen met een lage SES.

3.6.1 De rol van de onderzoeker

Boeije (2005) stelt dat in kwalitatief onderzoek reflectie op de persoon van de onderzoeker belangrijk is, omdat deze door persoonlijke eigenschappen of opvattingen het onderzoek kan beïnvloeden. Zoals beschreven staat in paragraaf 3.3 heeft de onderzoeker zelf het contact gelegd met de respondenten van het huidige onderzoek. Het kostte de onderzoeker veel tijd om ouderen te vinden welke bereid waren om mee te werken aan het onderzoek. Zo gaven een aantal ouderen pas na een paar ontmoetingen akkoord om mee te willen werken aan het onderzoek. Doordat de onderzoeker vaak aanwezig was in de verschillende activiteitscentra kon er een vertrouwensband ontstaan tussen de onderzoeker en de respondenten. Het is mogelijk dat deze vertrouwensband invloed heeft gehad op de interpretaties van dit onderzoek, maar het is moeilijk om uit de resultaten op te maken wat deze invloed daadwerkelijk betekent (Boeije, 2005).

Drie respondenten hadden het idee dat de onderzoeker hen misschien verder zou helpen met het oplossen van problemen. Zij zagen de onderzoeker ook als hulpverlener. Zo vroegen ze of de onderzoeker "kon helpen bij de administratie" of "nog een keer langs kon komen". De onderzoeker heeft deze respondenten het nummer van de ouderenadviseur gegeven en uitgelegd dat haar rol was om onderzoek te verrichten en niet om hulpverlening te bieden.

De onderzoeker is ervan bewust dat zij een andere achtergrond heeft dan de respondenten. Tijdens de interviews werd de onderzoeker erop gewezen dat zij een andere leeftijd heeft dan de respondenten. De onderzoeker kreeg bijvoorbeeld meerder malen dingen te horen als "Misschien herken je dit wel van je opa en oma" of "Dat zal je ook wel merken als je zelf ouder wordt". Het is lastig om te zeggen welke van de persoonlijke eigenschappen van de onderzoeker het onderzoek daadwerkelijk hebben beïnvloedt, maar de onderzoeker heeft geprobeerd geen waardeoordeel te geven en haar eigen achtergrond zo min mogelijk kenbaar te maken (Boeije, 2005).

Hoofdstuk 4 – Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek weergegeven, welke worden beschreven aan de hand van de deelvragen. Allereerst volgt er een bespreking van deelvraag 1, die betrekking heeft op de ervaren gezondheid van de ouderen. Bij de beantwoording van deelvraag 2 wordt weergegeven hoe de ouderen hun sociale contacten ervaren. Daarna zullen de resultaten van deelvraag 3 weergegeven wat de ervaringen van de ouderen met betrekking tot aanpassingen zijn. Omdat de antwoorden op deelvraag 4 en deelvraag 5 in elkaars verlengde liggen is ervoor gekozen om deze resultaten samen te beschrijven. In deze samengevoegde beschrijving worden perspectieven op zowel oud worden als op gelukkig oud worden besproken. Ten slotte wordt er in deelvraag 6 ingegaan op de verschillen tussen mannen en vrouwen in welke betekenis zij geven aan gelukkig oud worden. Deze resultaten vormen de basis voor de conclusie zoals weergegeven in hoofdstuk 5.

4.1 Beantwoording deelvraag 1 – De ervaren gezondheid

Uit de diepte-interviews komt naar voren dat respondenten verschillende gezondheidsproblemen ervaren. Deze gezondheidsproblemen zijn te verdelen in lichamelijke gezondheidsproblemen en cognitieve- en psychische gezondheidsproblemen.

4.1.1 Lichamelijk functioneren

In de diepte-interviews met de ouderen kwam sterk naar voren dat zij lichamelijke gezondheidsproblemen ervaren. Zo werden problemen als hartklachten, artrose en aandoeningen aan het bewegingsapparaat veelvuldig genoemd. De meeste ouderen blijken vaak niet één, maar meerdere ziekten of beperkingen te hebben. Ondanks deze beperkingen beschouwden het merendeel van hen hun lichamelijke gezondheid als goed. Zij gaven hiervoor als reden dat de genoemde gezondheidsproblemen horen bij het ouder worden. Ouderen lijken hun lichamelijke gezondheidsproblemen te accepteren zolang zij zich niet afhankelijk voelen bij het uitvoeren van hun dagelijkse activiteiten, zoals douchen en aankleden. Verschillende ouderen benadrukten dan ook het belang van mobiliteit. Volgens hen zorgt een verminderde mobiliteit ervoor dat zij afhankelijk worden van anderen. Problemen rondom mobiliteit werden gezien als een mogelijk verlies van zelfstandigheid. Wanneer ouderen toch werden beperkt in hun dagelijkse activiteiten werd er gezocht naar alternatieven, zoals thuiszorg of een scootmobiel. Het lijkt of ouderen door toepassing van deze alternatieven de genoemde lichamelijke gezondheidsproblemen hebben geaccepteerd.

"Want ik heb het aan mijn longen, mijn maag, suiker, euh nog een paar dingen. Ik weet nog geeneens allemaal. En ik hoef ook niet alles te weten ook. Want ik krijg dan een hele vracht met pillen nou die vreet ik op."

4.1.2 Cognitief en psychisch functioneren

In de diepte-interviews is gevraagd naar het cognitief en psychisch functioneren van ouderen. Hieruit is naar voren gekomen dat alle ouderen hun cognitief functioneren als goed ervaren. Klachten met betrekking tot somberheid en spanningen werden door verschillende respondenten ervaren. Omdat het moeilijk kan zijn om hierover te praten werd er eerst besproken wat zij anderen zouden aanraden die zich wel eens somber of gespannen voelen. Men gaf

aan dat het dan belangrijk is dat deze ouderen sociale activiteiten gaan ondernemen, zoals een hobby. Daarnaast werd het inschakelen van professionele hulp door meerdere ouderen genoemd.

Vijf van de zestien ouderen gaven aan zich somber te voelen of soms somber te zijn. Het verlies van hun partner was de meest voorkomende reden hiervoor. Andere redenen die genoemd werden waren het verlies van het lichamelijk functioneren en het ontbreken van een doel in het leven. Een aantal ouderen die aangaven psychische gezondheidsproblemen te ervaren kregen hiervoor professionele hulp. Zij vertelden met hun gezondheidsproblemen naar de huisarts te zijn gegaan welke hen vervolgens had doorverwezen naar een psycholoog of psychiater. Om ervoor te zorgen dat de gevoelens van somberheid en eenzaamheid af zouden nemen kregen drie van de zestien ouderen medicijnen, namelijk antidepressiva. De ouderen gaven aan dat zij door het gebruik van deze medicijnen minder somber waren, maar dat zij zich nog wel eenzaam voelden.

"Ja, ik kan ook niet zeggen sjonge ik heb het zo geweldig en ik geniet zo nee, ja dat moet ik nog verder leren denk ik. (...) Ik zit maar in een stoel en ik zit te wachten, de klok slaat en is het weer een uur verder. Je zit maar in een wachtkamer. (...) Ach, ik doe mijn best. Als ik met mensen ben dan ben ik soms ook nog wel vrolijk enzo."

Het kwam sterk naar voren dat alle ouderen die aangaven psychische gezondheidsproblemen te ervaren denken en hopen dat hun psychische gezondheid zal verbeteren. Uit de diepte-interviews is gebleken dat zij dit graag zouden willen zien veranderen in de toekomst en daarbij gaven zij aan gemotiveerd te zijn om hun psychische gezondheid te verbeteren. Echter komen er in de interviews tegenstrijdige reacties naar voren van de respondenten over hoe om te gaan met psychische problemen. Volgens sommige van hen zou professionele hulpverlening hierbij kunnen helpen. Echter beschouwden zij eenzaamheid door het gemis van een partner als iets wat zij zelf zouden moeten verwerken, ondanks dat hun kinderen of hulpverleners hen hierbij zouden kunnen helpen. Over hoe om te gaan met het verlies van een partner wordt in paragraaf 4.2.1. meer beschreven.

4.1.3 Gezond voelen ondanks ziekten

Tijdens de diepte-interviews werd aan ouderen de vraag gesteld hoe zij hun eigen gezondheid ervaren en welk cijfer zij op dat moment aan hun gezondheid zouden geven. Het merendeel van de ouderen beschreef alleen hun lichamelijke gezondheid wanneer de vraag werd gesteld 'Hoe zou u uw eigen gezondheid omschrijven?'. Zij namen het cognitief en psychisch functioneren niet mee in het cijfer dat zij gaven aan hun gezondheid. Dit was echter niet zo bij alle ouderen. De ouderen die hun gezondheid een onvoldoende gaven namen in deze beoordeling zowel hun cognitief als psychisch functioneren mee.

De meeste ouderen gaven hun gezondheid een voldoende, variërend van het cijfer 6 tot het cijfer 10. Het meest voorkomende cijfer was een 8. Het feit dat het merendeel van de ouderen een ruimvoldoende voor hun gezondheid heeft gegeven, betekent niet dat zij geen gezondheidsproblemen hadden. In de onderstaande casus staat hiervan een voorbeeld.

De respondent is een alleenstaande man die gescheiden is en zelfstandig woont. Hij heeft veel lichamelijke klachten. Hij heeft twee dochters met wie hij regelmatig contact heeft. Op de vraag 'Hoe ervaart u over het algemeen uw gezondheid?' antwoordde hij het volgende:

Respondent: "Ik heb suiker ik heb trombose in mijn ogen, ik heb een pacemaker. Moet je nog meer. (...) Ik vreet 12 of 13 pillen op een dag. Nou ja, ik ken er niet mee zitten. Het is nou eenmaal zo en heb ik gezegd pas je eigen maar aan."

Ondanks deze gezondheidsproblemen antwoordde hij op de volgende vraag 'Wat voor een cijfer zou u uw gezondheid op dit moment geven?' het volgende:

Respondent: "Misschien door mijn instelling, maar toch minimaal een 7. (...) Ja, dat is toch ook een kwestie wat maak je er zelf van."

Ouderen beoordeelden hun gezondheid ondanks hun gezondheidsproblemen toch met een hoog cijfer omdat deze problemen volgens hen bij de oudere levensfase horen. Daarnaast vergeleken zij zichzelf ook met hun leeftijdsgenoten wanneer hen werd gevraagd hun gezondheid te beschrijven. In antwoord hierop verwezen zij naar familieleden en vrienden welke op jonge leeftijd waren overleden of welke meer gezondheidsproblemen hadden dan zij op dat moment. Door het maken van deze vergelijking kwam bij een aantal ouderen het cijfer tot stand. Ook werd er uitgebreid gesproken over hun ziekten en aandoeningen in het verleden, waardoor het erop lijkt dat de ouderen het verloop van hun gezondheid in het verleden ook hebben meegenomen in hun beoordeling. Er waren verschillende ouderen hersteld van een levensbedreigende ziekte. Deze ouderen hebben laten weten dat voor hen de 'kleinere kwaaltjes' niet meer van belang zijn, omdat zij genoemde ernstige ziektes hebben overwonnen. Ten slotte gaven ouderen hun gezondheid, ondanks eventuele aanwezigheid van gezondheidsproblemen, een hoog cijfer omdat dit volgens hen te maken heeft met hun positieve instelling en hun karakter. Zij gaven aan zelf initiatief te tonen in het vinden van nieuwe activiteiten wanneer andere activiteiten door gezondheidsproblemen niet meer mogelijk zullen zijn.

Een paar ouderen gaven hun gezondheid een onvoldoende, namelijk het cijfer 5. Deze ouderen hadden last van zowel lichamelijke als psychische gezondheidsproblemen. Zij gaven aan ontevreden te zijn met hun gezondheid en met hun huidige leven. Eén respondent gaf aan dat dit te maken had met het overlijden van haar partner. Naar haar mening waren haar gezondheidsproblemen een gevolg van gepieker en verdriet.

4.1.4 Samenvatting resultaten deelvraag 1

Kort samengevat kan worden gesteld dat de meeste ouderen in het huidige onderzoek aangaven lichamelijke gezondheidsproblemen te ervaren. Daarnaast waren er een aantal ouderen die vertelden psychische gezondheidsproblemen te ervaren. Ondanks deze beperkingen beoordeelden de meeste ouderen hun algemene gezondheid als positief. Ouderen dachten anders over achteruitgang in het psychisch functioneren dan over achteruitgang in het lichamelijk functioneren. Zij leken lichamelijke gezondheidsproblemen te accepteren maar benadrukten zich niet neer te leggen bij psychische gezondheidsproblemen.

4.2 Beantwoording deelvraag 2 – De sociale contacten

Tijdens het afnemen van de diepte-interviews zijn een aantal vragen gesteld over de sociale contacten van de ouderen. De sociale contacten die een rol spelen in het leven van de ouderen zijn te verdelen in: partners, kinderen, kleinkinderen, ouders, broers en zussen, buurtgenoten, vrienden, kennissen en professionele hulpverleners.

4.2.1 Partner

Uit de diepte-interviews is naar voren gekomen dat tien van de zestien ouderen alleenstaand zijn. Zes ouderen bleken getrouwd te zijn en zij gaven aan hun partner als zeer belangrijk te zien, omdat deze een grote steun voor hen was. Ook leken verschillende ouderen afhankelijk te zijn van hun partner. Zo kwam naar voren dat zij elkaar hielpen in het huishouden en in hun persoonlijke verzorging. Wanneer er tijdens de diepte-interviews over de partners werd gesproken kwam het meerdere malen naar voren dat het moeilijk voor de ouderen zou zijn wanneer deze zou komen te overlijden. Daarnaast vertelden ze hier niet teveel over na te denken, omdat je er volgens hen uiteindelijk toch niets aan kunt veranderen. Ook gaven een aantal ouderen aan dat het hebben van een partner bepalend is voor de manier waarop je oud wordt. Zij noemden hiervoor als reden dat de partner ondersteuning kan bieden wanneer een van beide problemen ervaart in het functioneren. Zo was er een man die vertelde verantwoordelijk te zijn voor de verzorging van zijn vrouw. Hierdoor kon zijn vrouw zelfstandig blijven wonen, wat niet mogelijk was geweest als hij er niet voor haar was geweest om haar te ondersteunen.

Van de ouderen die geen partner hadden waren de meeste ouderen weduwe of weduwnaar en een paar respondenten waren gescheiden. Er was één oudere die nooit een partner heeft gehad of getrouwd is geweest. Het overlijden van een partner was een onderwerp dat tijdens de diepte-interviews vaak aan bod kwam. Er waren meerdere ouderen die hun partner recent hadden verloren en een paar van hen zijn hierdoor een tijd depressief geweest. In de interviews vertelden de ouderen dan ook dat het verlies van een partner erg zwaar kan zijn

"Maar het alleen zijn is helemaal niet leuk. Je hebt je leven lang met andere mensen samengewoond zeg maar, als gezin en zelf een gezin gesticht. Je doet alles voor elkaar. En nou zit je maar alleen. Ik heb wel lieve kinderen, maar ja je zit toch alleen."

"Toen twee jaar geleden mijn man overleden was, toen kwam ik in een dip te zitten, oh jee. En ik kwam er niet meer uit. (...) Nee ik kwam er niet meer uit."

In de diepte-interviews kwamen de gevolgen van het overlijden van de partner sterk naar voren. Enkele ouderen vertelden dat door het verlies van hun partner hun gezondheid achteruit was gegaan. Ook waren er ouderen die hun leefpatroon hadden aangepast na het overlijden van hun partner. Het overlijden werd aangegeven als een belangrijk moment om nieuwe sociale contacten of activiteiten te zoeken. Zo beschreven zij op zoek te zijn gegaan naar een nieuwe weekindeling door bijvoorbeeld vaker deel te nemen aan activiteiten welke georganiseerd worden in de activiteitencentra in Noordwest.

Ouderen gaven aan dat het accepteren van de situatie de enige manier is om over het verlies van je partner heen te komen. Ook relativeerden ouderen hun eigen situatie in de diepte-interviews, zoals in onderstaand citaat:

"Ik zeg wel eens, ik kijk de kunst maar een beetje af, want hier in het gebouw zitten heel veel mensen, de een zegt: 'Ik ben al 30 jaar alleen'. De andere zegt: 'Ik was 37 met 3 kinderen en mijn man was overleden'. Ik denk wat zit ik dan te zeuren. 54 jaar getrouwd, ik kan niet zeggen dat ik zomaar in de steek ben gelaten."

Een paar ouderen bleken alleenstaand te zijn doordat zij waren gescheiden van hun partner. Omdat deze situatie voor hen al een hele tijd zo was, gaven zij aan gewend te zijn aan de afwezigheid van een partner. Er was echter één respondent die aangaf dat hij behoefte had aan een vriendin. Hij vertelde voldoende sociale relaties te hebben met wie hij oppervlakkig contact heeft, maar hij gaf aan wel een relatie met affectie te missen.

4.2.2 Familie

Tijdens de diepte-interviews noemden de respondenten verschillende familierelaties namelijk ouders, kinderen, klein- en achterkleinkinderen en broers en zussen. Één van de zestien ouderen had een nog in leven zijnde moeder, van wie zij tevens mantelzorg was. Deze respondent gaf aan bang te zijn voor het moment waarop haar moeder weg zal vallen, omdat zij geen contact meer had met haar eigen kinderen.

Met betrekking tot kinderen en kleinkinderen kwam in de diepte-interviews naar voren dat het merendeel van de ouderen regelmatig contact heeft met hun kinderen en kleinkinderen. De frequentie hierin verschilt van een paar keer per week tot één keer in de twee weken. Sommige ouderen gaven aan hun kinderen niet vaak te zien omdat zij ver weg woonden. Desondanks zien zij de relatie met hun kinderen als goed. Bijna alle ouderen die regelmatig contact hebben met hun kinderen, gaven aan hulp te krijgen van hen wanneer dit nodig is.

"Mijn dochter komt eens in de maand werken, ze brengt zoveel mogelijk boodschappen mee, dat goed bewaard ken blijven. Zelf doe ik een keer zuigen en wat sop afnemen. Dat gaat me goed af, dus verdere hulp heb ik eigenlijk niet nodig."

"Als ik ze nodig heb komen ze, want nu met de verbouwing ook zei ze: 'Ma we helpen wel hoor.'"

Ook waren er ouderen die vertelden dagelijks contact te hebben met zowel hun kinderen als hun kleinkinderen en zij gaven aan deze band als hecht te ervaren. Het welzijn van de kinderen staat voor deze ouderen voorop. Dit is te merken aan de hulp die zij aan hun kinderen bieden, zoals het zorgen voor de kleinkinderen, zodat hun kinderen kunnen werken of andere activiteiten kunnen doen. Er waren een paar ouderen die aangaven het contact met hun kinderen te hebben verbroken vanwege familieruzies.

Ondanks dat de meeste ouderen spraken over wekelijks tot dagelijks contact waren er verschillen in de manier waarop de ouderen de relatie met hun kinderen ervaren. Een aantal ouderen gaven aan veel steun te krijgen van hun kinderen en beschreven het contact met hen als prettig. Dit was echter niet zo bij alle ouderen. Tijdens de diepte-interviews kwam sterk naar voren dat verschillende ouderen zich zorgen maken om hun kinderen. Zo vertelden zij over de echtscheiding van hun kinderen en gaven zij aan dit als een moeilijke periode te hebben ervaren. Andere ouderen spraken over de lichamelijke problemen van hun kinderen, door deze problemen hebben de ouderen een deel van de zorg voor hun kleinkinderen op zich genomen. Daarnaast werd criminaliteit en drankgebruik van kinderen door drie van de zestien ouderen genoemd tijdens de diepte-interviews. Een paar van hen gaven aan het contact met hun kinderen als lastig te ervaren. Dit, omdat hun kinderen last hadden van deze problemen, maar ook doordat de ouderen zich zelf steeds meer zorgen maakten om hun kinderen. Herhaaldelijk kwam naar voren dat

ouderen niet weten hoe zij om moeten gaan met de vaak complexe problematiek. Zij willen zich niet altijd met de problemen van hun kinderen bemoeien maar maken zich wel zorgen, zoals wordt beschreven in de volgende casus.

De respondent is weduwe. Ze woont in een huurwoning samen met haar schoondochter. Haar zoon zit sinds een aantal maanden in de gevangenis. Hierover zegt zij het volgende:

Respondent: "Ik ben gelukkig en aan de andere kant verdrietig. Want ik mis de jongen erg. (...) Want als die jongen thuis zit, zit ik met zorgen. Ik denk wat zal die nou uitvreten. Nu zit hij daar veilig opgeborgen, maar ik mis hem wel."

Tijdens het interview vertelt zij dat de zorg voor haar kinderen het belangrijkste is in haar leven. Daarnaast vertelt ze over de worsteling met haar zoon die haar veel stress oplevert.

Respondent: "Dat is het je raakt het vertrouwen kwijt en zegt hij: 'Ma het komt nou allemaal goed.' Dus je hebt weer vertrouwen en dan pats gaat het weer mis, dan denk ik verdomme. Dus, hij heeft me nou al een paar keer in de zeik genomen dus (...) denk ik als hij het nou maar niet weer doet. Dan ben ik 80 jaar, dan heb ik er geen zin meer in. Nee, daar heb ik echt geen zin meer in."

Een aantal ouderen gaven aan dat hun eigen welbevinden afhankelijk is van hoe het gaat met het welzijn van hun kinderen. Zij lijken sterk betrokken te zijn bij het leven van hun kinderen en kleinkinderen. Dit komt ook naar voren in het volgende citaat:

"Zo gauw het lekker met mijn kinderen gaat voel ik mezelf ook goed. Als er wat is ofzo, laatst had mijn oudste zoon ontslag gekregen en daar zit ik dan ook mee. Gelukkig heeft hij werk gekregen, maar net zoals dat daar zit ik dan wel echt mee. (...) Als er iets met de kinderen of kleinkinderen is dat doet me veel."

De meeste ouderen hadden kleinkinderen. Zij spraken positief over het contact met hun kleinkinderen maar het was verschillend hoe vaak zij elkaar zagen. Vijf van de zestien ouderen gaven aan de zorg van de kleinkinderen voor een deel op zich te nemen. Deze ouderen zagen hun kleinkinderen een aantal keren per week. Ouderen gaven aan dat het contact met kleinkinderen minder wordt naarmate deze ouder worden. De leeftijd van de kleinkinderen varieerde van 3 jaar tot 29 jaar.

De relaties die de ouderen met hun broers en hun zussen hadden waren verschillend. In de interviews kwam geen eenduidig beeld naar voren over hoe zij deze relaties ervaren. Zo blijkt de frequentie van contact wisselend te zijn en is het wisselend hoe zij dit contact ervaren. Een aantal ouderen gaven aan regelmatig contact te hebben met hun broers of zussen, zij spraken over wekelijks contact. Andere ouderen hadden voornamelijk contact op verjaardagen, feesten en begrafenissen. Een paar ouderen vertelden hun broers en zussen weinig te zien en er was één respondent die aangaf het contact met haar enige broer te hebben verbroken.

Uit de analyse komt naar voren dat de frequentie van contact met broers of zussen niet altijd zegt hoe de daadwerkelijke relatie wordt ervaren. Zo vertelde één respondent dat ze haar zus niet vaak ziet maar dat ze met al haar problemen bij haar zus terecht kan, zij beschouwde de band met haar zus als een hechte band. Anderen gaven aan hun broers of zussen regelmatig te zien maar geen problemen met hen te bespreken, zij vertelden dit liever te delen met hun kinderen of hun partner. Er was één respondent die vertelde dat haar band met haar broer hechter was geworden nadat haar man was overleden. Sinds het overlijden van haar man gaat ze iedere zaterdag met haar broer naar de stad, wat zij als prettig ervaart.

4.2.3 Buren, vrienden en kennissen

Naast familierelaties benoemden meerdere ouderen buurtgenoten en vrienden als belangrijke contacten. Zoals beschreven staat in hoofdstuk 3 wonen de meeste ouderen in de subwijk Ondiep/2e Daalsebuurt. Deze wijk staat bekend als een traditionele volksbuurt met hechte sociale banden en onderlinge behulpzaamheid (Rijksoverheid, 2012). Wat sterk naar voren kwam is dat bijna alle ouderen aangaven veel contacten te hebben in de buurt. Er was maar één respondent die zei dat hij geen contact had met buurtgenoten. Ouderen beschreven buurtgenoten als mensen tegen wie je gedag zegt of mensen met wie je een gezellig praatje maakt. Anderen gaven aan wel eens op bezoek te gaan bij de buren om een kop koffie te drinken. Vier van de zestien ouderen vertelden samen met de buren hun huissleutels te hebben uitgewisseld. Op deze manier lijken zij een belangrijke steun voor elkaar te vormen. Ondanks dat bijna alle ouderen vertelden contact te hebben met buurtgenoten gaven de meesten van hen aan geen emotionele problemen met elkaar te bespreken. Wel bespraken zij praktische problemen met elkaar.

"Ja, de buurman heeft ook een sleutel en hij heb dan ook de telefoons van mijn dochter dus ik heb gezegd als er wat is, dat hij zou bellen of als hij mij niet ziet. (...) Dus het is niet zo, dat je wel eens leest dat je een week of veertien dagen dood in je bed ligt."

Tien van de zestien ouderen vertelden een hechte band te hebben met vrienden en vriendinnen. Voornamelijk de vrouwelijke ouderen gaven aan vriendschapsrelaties te hebben. Hoe deze relaties er precies uit zagen was verschillend maar er waren meerdere ouderen die aangaven steun te krijgen van vrienden. Ouderen vertelden dat zij voornamelijk vrienden hadden van dezelfde leeftijd. Zij lieten weten door deze gelijke leeftijd vaak dezelfde problemen te kunnen delen, zoals lichamelijke beperkingen. Verder is uit de diepte-interviews naar voren gekomen dat de ouderen vaak ook gelijke interesses delen met hun vrienden. Zo gaan zij samen fietsen of naar de sauna. Door deze redenen lijken vriendschapsrelaties een belangrijke bron van steun voor veel ouderen te zijn.

Uit de diepte-interviews kwam sterk naar voren dat het activiteitencentrum voor veel ouderen een belangrijke ontmoetingsplaats is voor het opdoen van nieuwe sociale contacten en nieuwe vrienden. Het merendeel van de respondenten gaf tijdens de diepte-interviews aan dat zij wekelijks in een activiteitencentrum komen en zij zien de sociale contacten met wie zij hun hobby uitoefenen als hun vrienden en kennissen. Een aantal respondenten gaven aan de sociale contacten die zij hadden leren kennen in een van de activiteitencentra ook buiten deze georganiseerde setting om te zien, bijvoorbeeld door bij elkaar thuis koffie te gaan drinken. Enkele ouderen vertelden hun leven als druk te ervaren, doordat zij dagelijks naar een activiteit gaan. Sommige van hen zitten bij een club, voorbeelden van deze clubs zijn de kaartclub, de biljartclub, de breiclub of de koersbalclub. Daarnaast zijn er ook ouderen die als hobby aan linedancen en volksdansen doen. Weer andere respondenten komen regelmatig naar de activiteitencentra om even een gezellig praatje te maken of om te lunchen met andere ouderen. Doordat ouderen vaak een vaste dag of een aantal vaste dagen in de week in een van de activiteitencentra komen lijkt dit voor hen te zorgen voor regelmaat in de weekindeling. Onderstaande geciteerde uitspraken zijn van twee ouderen die beide aangaven dat het activiteitencentrum belangrijk voor hen is.

Onderzoeker: "Want hoe bent u erbij gekomen bij die clubjes?"

Respondent: "Nou, ja toen mijn man overleden was na een half jaar toen zei een vriendin van me: 'Ga mee joh naar linedancen.' Ik zeg: 'Nee, joh ik vind daar helemaal niks aan linedancen.' En toch meegegaan en zo gebleven. En dan van het ene clubje ga je naar het ander. Dan leer je weer anderen kennen en dat is wel leuk."

Onderzoeker: "Want u hebt veel vriendinnen?"

Respondent: "Nou ja, wat noem je vriendinnen, één echte vriendin, en de andere zijn dan nou ja, ik heb dan een saunavriendin, zo noemt zij dat dan. Die is mijn saunavriend, zegt ze altijd, die zit ook bij mij op zwemmen. En door het zwemmen en koersbal ga je andere mensen leren kennen, toch. En eentje zit ook op koersbal en ook bij mij op kaartclub."

Naast de activiteitencentra was de camping voor vier van de zestien ouderen een belangrijke ontmoetingsplaats voor het opdoen van sociale contacten en nieuwe vrienden. Deze ouderen gaven aan een vaste staanplaats op de camping te hebben en hier een aantal weken of maanden per jaar heen te gaan.

4.2.4 Professionele hulpverleners

Ongeveer de helft van de ouderen gaf aan professionele hulp te krijgen. Deze hulp bestond uit hulp in de huishouding, hulp bij verzorging, hulp bij financiën en psychosociale hulp. Uit de diepte-interviews met de ouderen blijkt dat de professionele hulpverlener voor het merendeel van deze ouderen een belangrijk sociaal contact is. Zo gaf een respondent aan erg blij te zijn met de thuiszorg die hij sinds kort dagelijks krijgt. Hij vertelde dat dit hem goed deed omdat hij hierdoor tenminste dagelijks één iemand te zien krijgt met wie hij een gesprekje kan voeren. Een andere respondent vertelde een maatschappelijk werker te hebben met wie hij alles kan bespreken.

4.2.5 Sociale steun

Tijdens de diepte-interviews werd aan de ouderen gevraagd of zij behoefte hadden aan nieuwe sociale contacten of aan meer sociale contacten. Bijna alle ouderen gaven aan voldoende sociale contacten te hebben. Er was één respondent die vertelde behoefte te hebben aan nieuwe sociale contacten en aan steun. De afwezigheid van steun werd door de andere ouderen niet genoemd. Zoals staat beschreven in het theoretisch kader zijn er twee vormen van sociale steun, instrumentele en emotionele steun (Steverink, 2002). Het merendeel van de ouderen gaf aan geen behoefte te hebben aan meer steun, waarmee zij zowel de instrumentele als de emotionele steun bedoelden. Dit betekent echter niet dat alle ouderen bij iemand terecht kunnen als zij worden geconfronteerd met een probleem. Vier van de zestien ouderen gaven aan niet bij iemand terecht te kunnen wanneer zij een probleem hebben. Drie van hen vertelden geen behoefte te hebben aan ondersteuning, omdat zij naar eigen zeggen gewend zijn om hun problemen zelf op te lossen. Verschillende ouderen benadrukten tijdens het interview niet afhankelijk te willen zijn van anderen.

"Ieder mens zal wel eens wat mankeren, maar dat je toch een beetje zelf kan en dat je toch niet van iedereen afhankelijk hoeft te wezen. Dat lijkt me verschrikkelijk. Nou ga ik zelf naar het ziekenhuis met de brommer ik ga overal zelf heen. (...) Omdat de kinderen ook hun eigen leven hebben, ze werken ook allemaal, ze hebben allemaal hun eigen leven. Weet je wat ik bedoel, dan zou een kind vrij moeten nemen om met moeder mee te rijden om ergens heen te gaan, dat zou ik ook erg vinden."

Een paar ouderen gaven aan liever niet met leeftijdsgenoten of met hun kinderen over hun problemen te praten. Dit, omdat zij hen niet willen belasten met hun problemen. Zij gaven hiervoor als reden dat gezondheidsproblemen door klagen niet overgaan. Daarnaast blijkt uit de diepte-interviews dat sommige ouderen niet over hun gezondheidsproblemen praten omdat zij niet zielig gevonden willen worden.

4.2.6 Samenvatting resultaten deelvraag 2

Kort samengevat kan worden gesteld dat de meeste ouderen in het huidige onderzoek hun sociale contacten positief ervaren. Als meest belangrijkste sociaal contact noemden de ouderen hun partner. Daarnaast blijken de kinderen een belangrijk sociaal contact te zijn. Echter hebben een aantal ouderen een complexe relatie met hun kinderen, die wordt bepaald door enerzijds steun en afhankelijkheid en anderzijds door een opeenstapeling van problemen. Vrienden en vriendinnen vormen volgens de ouderen een belangrijk sociaal contact omdat deze in dezelfde levensfase zitten. De meeste ouderen gaven aan tevreden te zijn over hun sociale relaties en daarnaast ook voldoende sociale steun te ervaren.

4.3 Beantwoording deelvraag 3 – Aanpassingsvermogen

In de diepte-interviews werden de ervaringen van de ouderen met betrekking tot aanpassen besproken. Ouderen beschreven verschillende vormen van aanpassing, namelijk: aanpassingen met betrekking tot de gezondheid en aanpassingen met betrekking tot het verlies van sociale contacten.

4.3.1 Aanpassingen met betrekking tot de lichamelijke gezondheid

Zoals staat beschreven bij de beantwoording van deelvraag 1 lijden de meeste ouderen aan meerdere gezondheidsproblemen. Zij gaven aan geen cognitieve achteruitgang te ervaren, dus wanneer er in het huidige onderzoek over aanpassingen met betrekking tot de gezondheid gesproken wordt gaat het over de aanpassingen met betrekking tot lichamelijke gezondheidsproblemen.

Tijdens de diepte-interviews kwam meerdere malen naar voren dat de ouderen zich aanpassen aan hun gezondheidsproblemen. Als ouderen spraken over de aanpassing aan gezondheidsproblemen vertelden het merendeel van hen hobby's of activiteiten te hebben laten vallen. Zo gaven verschillende ouderen aan met bepaalde hobby's te zijn gestopt doordat zij last hadden van gezondheidsklachten. Dit bleken voornamelijk activiteiten waarbij lichamelijke inspanning een vereiste was, zoals gymnastiek. Ouderen lijken te anticiperen op deze gezondheidsklachten door op zoek te gaan naar andere hobby's of activiteiten. Het zoeken naar deze alternatieven is een manier van aanpassing. Naast het laten vallen van hobby's gaven een aantal ouderen aan moeite te hebben met het uitvoeren van huishoudelijke taken. Ouderen gingen hier verschillend mee om. Zo gaven een aantal van hen aan thuiszorg te krijgen en dit prettig te vinden. Andere ouderen vertelden dat zij het krijgen van thuiszorg zo lang mogelijk uit willen stellen. Zij gaven hiervoor als reden dat beweging je fit houdt. Daarnaast lijkt het niet afhankelijk willen zijn ook bij deze kwestie een rol te spelen.

De meeste ouderen lijken de lichamelijke gezondheidsproblemen die zij hebben te accepteren. Zij zien de achteruitgang van de gezondheid als inherent aan het ouderen worden. Ook spraken zij over een geleidelijke aanpassing aan gezondheidsproblemen en hierdoor werd het verlies aan lichamelijk functioneren als minder problematisch ervaren.

"Jij kan dit niet meer en ik kan dat niet meer. Je gaat er naar leven he. Je gaat er gewoon naar leven."

"Iedereen die ouder wordt kan minder. (...) Ik heb nog nooit iemand gehoord die ouder wordt die zegt: 'Ik word er steeds fitter op steeds meer energie.' Ja het wordt allemaal minder, is toch logisch toch?"

Wanneer ouderen spraken over aanpassingen aan het lichamelijk functioneren benadrukten zij dat het verliezen van sociale activiteiten en sociale contacten als gevolg van deze gezondheidsproblemen voornamelijk lastig is. Daarnaast lijken de ouderen hun gezondheidsproblemen te accepteren maar gaven zij aan dat wanneer de beperkingen zo erg worden dat dit hen belemmert in het uitvoeren van sociale activiteiten, zij meer ontevreden zullen zijn over het leven. Ook dementie wordt door de ouderen gezien als onwenselijke cognitieve achteruitgang.

4.3.2 Aanpassingen met betrekking tot het verlies van sociale contacten

De meeste ouderen gaven aan dat er de afgelopen jaren sociale contacten in hun leven zijn weggevallen. Vaak was het overlijden van een sociaal contact hiervan de reden en één respondent gaf aan dat dit kwam door pensionering. Zoals staat beschreven bij de beantwoording van deelvraag 2 gaf een aantal ouderen aan somber te zijn door het verlies van een partner. Onderstaande casus is van een respondent, die moeite heeft het verlies van haar man te verwerken.

De respondent is sinds vier jaar weduwe. Ze woont in een huurwoning in de subwijk Ondiep. Zij heeft vijf kinderen waar ze veel contact mee heeft. Sinds de dood van haar man is ze angstig en slijkt ze antidepressiva. Samen met haar kinderen zoekt ze naar oplossingen om zich toch wat beter te voelen. Over de dood van haar man zegt ze het volgende:

"En ook altijd alles samen gedaan en dan sta je ineens overal alleen voor. En dan is de weg akelig. (..) Ja, bij alles eten koken, samen boodschappen, samen kaarten, gezellig. En dan in een keer op een of andere dag ben je alleen."

Tijdens het interview vertelt ze dat ze het moeilijk vindt om te accepteren dat haar man overleden is. Het gemis valt haar zwaar. Als gevraagd wordt waarom het aanpassen zo moeilijk is vertelt zij:

"Omdat ik altijd afhankelijk was 47 jaar getrouwd en altijd afhankelijk van hem geweest, altijd. Weet je daar is het door gekomen, had het misschien niet gebeurd, afhankelijk, dan had ik misschien wel dat ik erdoorheen gekomen was. Maar ik leunde teveel op hem."

Ouderen vertelden dat de dood van hun partner niet alleen zorgde voor gemis, maar dat dit ook zorgde voor een ander leefpatroon. Zij deden eerst alles samen met hun partner en nu staan zij er alleen voor. Door het overlijden van hun echtgenoot werd het vertrouwde leven verstoord en moesten zij op zoek naar nieuwe activiteiten. Voor veel van hen betekende dit op zoek gaan naar een nieuwe hobby of dagbesteding. Een aantal ouderen vertelden dat het vinden van een nieuwe hobby hen heeft geholpen bij het verwerken van emoties. Daarnaast zorgden hobby's er ook voor dat de ouderen nieuwe sociale contacten vonden, die hen vervolgens konden steunen en helpen met het verwerken van hun verlies. Twee ouderen gaven aan dat het verlies van hun partner nog altijd maakt dat zij een gevoel van eenzaamheid met zich meedragen.

Naast het aanpassen aan het verlies van een partner blijkt uit de diepte-interviews dat ook aanpassen aan het verlies van leeftijdsgenoten lastig kan zijn. Verschillende ouderen vertelden dat zij het verlies van dierbaren moeilijk kunnen accepteren. Daarnaast gaf één respondent aan dat hij veel sociale contacten had verloren toen hij met pensioen ging. Hij vertelde tijdens het diepte-interview zijn werk te missen en door zijn pensionering minder mensen te zien. Meer contact met zijn kleinkinderen is voor hem een manier om met het verlies van deze sociale contacten om te gaan.

4.3.3 Aanpassingen in de toekomst

In de diepte-interviews werden ook de eigen verwachtingen van de ouderen met betrekking tot aanpassingen in de toekomst besproken. Het merendeel van hen gaf aan niet over de toekomst na te denken. Zij hadden hier geen verwachtingen of ideeën over, omdat je toch niet weet hoe de toekomst er uit zal zien en omdat je niet kunt voorspellen wat er zal gaan gebeuren.

"Over een paar jaar heb ik een plank op mn neus. Haha, ik bedoel dat is mijn toekomst. Nou dat heb iedereen, of je nou 10 ben of je ben 80."

Een paar ouderen gaf aan wel na te denken over de toekomst, zo denken zij bijvoorbeeld na over een mogelijke verhuizing naar een ouderenwoning of een verzorgingstehuis. Daarnaast vertelden verschillende ouderen niet goed over de toekomst na te durven denken omdat deze onzeker is. Zij gaven aan bang te zijn voor een toekomst met afhankelijkheid en eenzaamheid. Voor de getrouwde ouderen speelt de partner ook een rol in het toekomstbeeld, zij hebben angst voor een toekomst zonder hun partner. Deze angst lijkt voort te komen uit de wederzijdse afhankelijkheid die ouderen hebben ten opzichte van hun partner. Het is echter niet zo dat deze ouderen op een mogelijk toekomstbeeld anticiperen, zij geven aan hier toch geen invloed op uit te kunnen oefenen.

Wanneer ouderen tijdens de diepte-interviews over de toekomst spraken kwam meerdere malen naar voren dat zij vertrouwen hebben in de hulpverlening. Zij verwachtten te kunnen rekenen op professionele hulpverlening wanneer hun gezondheid minder wordt. Ondanks dit vertrouwen komen er in de diepte-interviews tegenstrijdigheden over zorggebruik naar voren. Ouderen willen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen leven en onafhankelijk zijn van anderen. Daarom gaven zij aan geen te behoefte hebben aan hulpverlening en hier ook niet over na te denken. Anderzijds biedt deze hulpverlening hen juist steun bij het onafhankelijk zijn en blijven. Kortom, de meningen over zorggebruik en afhankelijkheid zijn verschillend.

4.3.4 Samenvatting resultaten deelvraag 3

Kort samengevat kan worden gesteld dat de ouderen in het huidige onderzoek hun aanpassingsvermogen aan lichamelijke gezondheidsproblemen als positief ervaren. Aanpassingen rondom het verlies van een sociaal contact blijkt lastig te zijn. Daarnaast gaven ouderen aan niet na te denken over mogelijke aanpassingen in de toekomst.

4.4 Beantwoording deelvraag 4 & 5 – Gelukkig oud worden

Tijdens de diepte-interviews is getracht een onderscheid te maken tussen opvattingen over gelukkig oud worden en wat mensen nodig hebben om gelukkig oud te worden. Echter liggen de antwoorden op deze vragen in elkaars verlengde en om deze reden zullen deelvraag 4 en deelvraag 5 samen worden beantwoord. Aan de ouderen is gevraagd wat zij verstaan onder gelukkig oud worden. Eerst wordt beschreven hoe ouderen hun ouderdom ervaren.

4.4.1 Beleving van de ouderdom

Op het moment dat de ouderen vragen werden gesteld over gelukkig oud worden, benadrukten een aantal van hen dat zij oud zijn maar dat zij zich nog niet oud voelen. Ze vertelden zichzelf nog te vitaal te voelen om bij de categorie ouderen te horen en ze beschreven deze fase als een levensfase die nog moet volgen. Eén respondent beschreef zichzelf als een toekomstige oudere. Er waren ook een aantal ouderen die aangaven zichzelf wel oud te

voelen. De reden dat deze ouderen zich wel oud voelden had voornamelijk te maken met de achteruitgang van hun gezondheid. Daarnaast vertelden een aantal ouderen zich niet bewust te zijn van het verouderingsproces. Volgens hen verloopt dit proces geleidelijk en dit maakt dat zij ouderdom niet als aparte levensfase zien. Zo was er een respondent die aan gaf dat gelukkig oud worden voor hem hetzelfde is als gelukkig zijn. Hij zei zich bewust te zijn van het feit dat hij 65 plus is maar dat dit vanzelf gaat. Een andere respondent vertelde het volgende:

"Ik word niet oud joh. (...) Ja ik word nu 73 maar ik voel me eigen niet zo. Ik ga met die kleine jongens voetballen, in de duinen, de Soesterduinen. Maarja, vroeger was je op deze leeftijd een oude man. Toen mijn vader of haar vader in de 70 was, toen zei hij: 'Ik spring over een muurtje.' Ik zeg: 'Doe dat maar niet.' Je bent wel oud, maar je voelt het niet."

Hoewel sommige ouderen aangaven zich niet oud te voelen, hadden zij wel allemaal een idee wat gelukkig oud worden voor hen betekent en wat zij er voor nodig hebben om gelukkig oud te worden. De belangrijkste bevindingen staan hieronder beschreven.

4.4.2 Gelukkig oud worden, vanuit het perspectief van de ouderen

Een aantal van de ouderen sprak over gelukkig oud worden als 'dat het blijft gaan zoals het nu gaat'. Als door de onderzoeker werd gevraagd wat zij hiermee bedoelden, gaven zij aan dat zij tevreden zijn met hun leven. Men vertelde zich te richten op de positieve dingen in het leven, zoals het uitoefenen van een hobby met vrienden en vriendinnen of het hebben van een goede relatie met hun kinderen en kleinkinderen.

"Zoals het nu gaat. Ik bedoel ik heb geen eisen, ik ga elk jaar nog lekker 2 x 3 weken naar de camping en ik heb het financieel goed, ik drink elke dag mijn biertje en ik zit elke dag hier te biljarten, wat moet je nog meer dan uiteindelijk, ik zou het niet weten. "

"Zoals het nu gaat is goed. (...) Dat linedancen vind ik leuk, ik wil wel iedere dag iets doen. Ook als ik alleen thuis ben ik verveel me eigen nooit. Want ook als er iets op televisie komt actualiteiten, journaal een leuke film of kleine huis op de prairie. (...) Maar ook koken want dat doe ik iedere dag."

Bovenstaande citaten laten zien hoe het merendeel van de ouderen in het huidige onderzoek over gelukkig oud worden denken. Een aantal ouderen gaf aan dat het blijven uitoefenen van activiteiten en hobby's noodzakelijk is om gelukkig oud te kunnen worden. Zij spraken ook wel over in beweging zijn en actief blijven.

Om actief te kunnen blijven is het belangrijk dat je niet teveel beperkingen hebt in het lichamelijke functioneren. Acht van de zestien ouderen noemden gezond zijn en gezond blijven als voorwaarde om gelukkig oud te worden. Dit antwoord is opvallend want zoals eerder aangegeven ervaren bijna alle ouderen achteruitgang van het lichamelijke functioneren. Met gezond zijn en gezond blijven bedoelen zij voornamelijk de afwezigheid van ernstige ziekten. Zij gaven aan dat je ondanks het lijden aan gezondheidsproblemen, je toch tevreden kunt zijn zo lang het mogelijk is om sociaal gezien goed te kunnen blijven functioneren.

Naast het behouden van een goede gezondheid noemden verschillende ouderen ook onafhankelijk zijn als voorwaarde voor gelukkig oud worden. Zij gaven aan zo lang mogelijk onafhankelijk te willen blijven van hulp. Deze onafhankelijkheid is van belang om de activiteiten te kunnen blijven doen die ze graag willen doen. Voorbeelden hiervan zijn boodschappen doen en winkelen, deze activiteiten worden door meerdere ouderen gezien als een

belangrijke dagbesteding. Zij gaven aan bang te zijn om te vereenzamen, wanneer het voor hen onmogelijk zal worden om deze activiteiten nog langer uit te kunnen oefenen. Daarnaast vertelden een paar ouderen dat gelukkig oud worden voor hen betekent dat je 'tevreden bent met minder' en 'dat je kan genieten van de kleine dingen in het leven'.

"Ik denk dat je de dingen moet gaan waarderen die je nog ken en de dingen die je kan zien. Ik kan heel gelukkig worden dat ik weer een blaadje aan de boom ziet. En dat is mijn ouder worden. (...) Alleen al om er naar te kijken, ach man daar kan ik zo verschrikkelijk van genieten."

"Ja wat is gelukkig hè? Je denkt er niet overal elke dag bij na. Als het dan mooi weer is dan denk ik en dan pak ik de fiets en dan fiets ik zo naar Oud-Zuilen. (...) Dan denk ik oh dat is leuk."

Op de vraag 'Wat heeft u nodig om gelukkig oud te worden?' gaven drie van de zestien ouderen aan sociale contacten nodig te hebben. Echter lijkt het hebben van sociale contacten niet alleen voor deze drie ouderen maar ook voor de andere ouderen een belangrijke voorwaarde om gelukkig oud te worden. Tijdens de diepte-interviews benadrukten zij meerdere malen dat het contact met familie en vrienden zorgt voor een invulling van het leven. Het merendeel van de ouderen heeft wekelijks tot dagelijks contact met kinderen en kleinkinderen en lijkt het onderhouden van deze sociale contacten belangrijk te vinden. Zoals blijkt uit onderstaand citaat:

"Een van de positiefste dingen vind ik van als ik dan bij die meid aan kom en die twee staan daar allebei zo van: OPA. Dat is grandioos. En ik doe zoveel mogelijk met ze mee (...). Ik ga gewoon lekker door zolang ik ken en natuurlijk heb je je beperkingen."

Dat het goed gaat met hun kinderen en kleinkinderen lijkt voor verschillende ouderen ook een voorwaarde te zijn voor gelukkig oud worden. Zoals eerder is beschreven gaven verschillende ouderen aan zich zorgen te maken om hun kinderen en kleinkinderen. Een aantal ouderen hebben te maken met de problemen van kinderen. Voorbeelden hiervan zijn scheidingen, verslavingen, criminaliteit en vermissing. Herhaaldelijk kwam naar voren dat zij zich zorgen maken om deze problemen. Zij proberen samen met hun kinderen op zoek te gaan naar oplossingen voor de problemen, maar wanneer deze er niet zijn of komen leidt dit tot gepieker bij de ouderen. Deze opeenstapeling van problemen lijkt hierdoor voor een paar ouderen een barrière te vormen voor gelukkig oud worden.

4.4.3 Samenvatting deelvraag 4 & 5

Kort samengevat kan worden gesteld dat actief blijven en het sociale aspect belangrijk zijn om gelukkig oud te worden. Volgens de ouderen zijn belangrijke voorwaarden voor gelukkig veroudering: het kunnen uitoefenen van hobby's, de afwezigheid van ernstige ziekten, het in staat zijn en blijven om ondanks je gezondheidsproblemen toch goed sociaal te kunnen blijven functioneren, het hebben van voldoende sociale contacten en een goed en gelukkig leven voor hun kinderen en kleinkinderen.

4.5 Beantwoording deelvraag 6 – Verschillen tussen mannen en vrouwen

In het huidige onderzoek zijn 9 vrouwelijke respondenten en 7 mannelijke respondenten geïnterviewd. Om deelvraag 6 te kunnen beantwoorden zullen de verschillende aspecten van het concept 'gelukkig oud' worden

vergeleken tussen mannen en vrouwen. Daarnaast staat in paragraaf 4.5.2 beschreven of er verschillen zijn tussen mannen en vrouwen wanneer het gaat over de betekenis die zij aan gelukkig oud worden geven.

4.5.1 Verschillen tussen mannen en vrouwen in gezondheid, sociale contacten en aanpassingsvermogen

Uit de diepte-interviews komen weinig verschillen naar voren tussen mannelijke respondenten en vrouwelijke respondenten in hoe zij hun lichamelijke gezondheid ervaren. Zij noemden dezelfde lichamelijke gezondheidsklachten, bijvoorbeeld artrose en hart- en vaatziekten. Ondanks dat hun lichamelijke gezondheid vergelijkbaar is gaven mannelijke respondenten hun gezondheid een hoger cijfer dan vrouwelijke respondenten. Zo gaven mannelijke respondenten hun gezondheid een 7 of hoger en gaven meerdere vrouwelijke respondenten hun gezondheid een onvoldoende. Dat vrouwelijke respondenten hun gezondheid een lager cijfer gaven, is te verklaren doordat zij meer psychische gezondheidsproblemen ervaren dan mannelijke respondenten. Vrouwelijke respondenten gaven aan vaker somber te zijn, waarvoor het merendeel van hen het verlies van hun partner als reden gaf.

In het huidige onderzoek zijn in verhouding meer alleenstaande vrouwelijke respondenten dan alleenstaande mannelijke respondenten geïnterviewd. Desondanks lijken er weinig verschillen te zijn wanneer het erom gaat hoe vrouwelijke en mannelijke respondenten hun sociale contacten ervaren. Zowel mannelijke als vrouwelijke getrouwde respondenten gaven aan dat hun partner belangrijk is hun leven en zij spraken over een wederzijdse afhankelijkheid ten opzichte van hun partner. Ook het hebben van contact met familieleden is vergelijkbaar bij mannelijke en vrouwelijke respondenten. Beiden hebben regelmatig contact met hun kinderen en deze relatie wordt door zowel mannelijke als vrouwelijke respondenten als belangrijk ervaren. Buurtgenoten vervullen voor zowel mannelijke als vrouwelijke respondenten een rol in hun sociale netwerk, zo bespreken zij beiden voornamelijk praktische problemen met hun buurtgenoten. Daarnaast werden vriendschaprelaties door zowel mannelijke als vrouwelijke respondenten genoemd. Echter spraken vrouwelijke respondenten vaker over het hebben van een vriendin als een belangrijk contact. Zij gaven aan vriendinnen te hebben met wie zij koffie drinken of met wie zij naar hobby's gaan. Mannen spraken minder vaak over vrienden, zij vertelden eerder over kennissen die zij bijvoorbeeld zien bij de kaartclub of in een van de activiteitencentra. Ten slotte werd aan de respondenten gevraagd of zij behoefte hadden aan nieuwe sociale contacten. Zowel het merendeel van de vrouwelijke als het merendeel van de mannelijke respondenten gaf aan voldoende sociale contacten te hebben.

In de diepte-interviews werden de ervaringen van de respondenten met betrekking tot aanpassingen besproken. Respondenten beschreven verschillende vormen van aanpassing, namelijk: aanpassingen met betrekking tot de gezondheid en aanpassingen met betrekking tot het verlies van sociale contacten. Er komen geen eenduidige verschillen naar voren tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten in hoe zij aanpassingen rondom hun gezondheid ervaren. Beiden beschreven aanpassingen aan gezondheidsklachten, vormgegeven door het laten vallen van activiteiten of hobby's. Daarnaast lijken mannelijke en vrouwelijke respondenten de gezondheidsproblemen die zij hebben te accepteren. Er zijn wel verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten aangetroffen in hoe zij aanpassingen met betrekking tot het verlies van sociale contacten ervaren. Vrouwelijke respondenten hebben meer moeite met aanpassing, wanneer zij een partner hebben verloren. Dit hangt samen met het feit dat in het huidige onderzoek in verhouding meer vrouwelijke respondenten een partner hebben verloren dan dat mannelijke

respondenten hun echtgenotes zijn kwijtgeraakt. Hoewel de respondenten op zoek gaan naar andere activiteiten gaven voornamelijk vrouwelijke respondenten aan moeite te hebben met de aanpassing van hun leven en de acceptatie van het feit dat zij geen partner meer hebben. Een ander verschil tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten is het verlies van sociale contacten na de pensionering. Mannelijke respondenten in dit onderzoek werkten over het algemeen fulltime en vrouwelijke respondenten werkten parttime of waren werkloos. Een aantal mannelijke respondenten vertelden nadat zij met pensioen waren gegaan, zij minder mensen zijn gaan zien. Één man gaf tijdens het diepte-interview aan moeite te hebben met deze verandering. Dit werd bij de vrouwelijke respondenten niet genoemd.

4.5.2 Verschillen tussen mannen en vrouwen in welke betekenis zij geven aan gelukkig oud worden

Er komen geen eenduidige verschillen naar voren tussen mannelijke respondenten en vrouwelijke respondenten in welke betekenis zij geven aan gelukkig oud worden. Voor de meeste respondenten geldt dat het blijven uitoefenen van activiteiten en hobby's noodzakelijk is voor gelukkig oud worden. Daarnaast noemden zowel mannelijke als vrouwelijke respondenten de afwezigheid van ernstige ziekten en onafhankelijkheid als belangrijke voorwaarden voor gelukkig oud worden.

4.5.3 Samenvatting deelvraag 6

Kort samengevat kan worden gesteld dat er kleine verschillen zijn in hoe mannen en vrouwen in de Utrechtse wijk Noordwest de aspecten van het concept 'gelukkig oud' ervaren. Vrouwen ervaren meer psychische gezondheidsproblemen dan mannen. Daarnaast hebben vrouwen meer moeite met de aanpassing van hun leven en het acceptatieproces rondom het verlies van een sociaal contact. Er komen echter geen eenduidige verschillen naar voren tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten in welke betekenis zij geven aan gelukkig oud worden.

Hoofdstuk 5 – Conclusies

In dit laatste hoofdstuk worden de conclusies, de discussie en de aanbevelingen van het onderzoek beschreven. In paragraaf 5.1 staan de conclusies van dit onderzoek. Vervolgens wordt in paragraaf 5.2 gereflecteerd op het onderzoek. Tot slot volgen de aanbevelingen die uit de conclusie voortvloeien in paragraaf 5.3.

5.1 Beantwoording van de vraagstelling

In het huidige onderzoek stond de volgende vraagstelling centraal: Hoe ervaren jonge autochtone ouderen met een lage sociaaleconomische status in de Utrechtse wijk Noordwest de verschillende aspecten van het concept 'gelukkig oud' en welke betekenis geven deze ouderen zelf aan gelukkig oud worden?

In het onderzoek bij jonge autochtone ouderen met een lage SES in de Utrechtse wijk Noordwest zijn de drie centrale aspecten van gelukkige veroudering onderzocht, namelijk: het lichamelijk, cognitief en psychisch functioneren (1), de sociale contacten (2) en het aanpassingsvermogen (3).

De resultaten laten zien dat de ouderen in het huidige onderzoek verschillende gezondheidsproblemen ervaren. Het hebben van beperkingen in het lichamelijk functioneren werd door bijna alle ouderen genoemd. Ondanks het feit dat zij aangaven meerdere beperkingen te hebben waren de meesten van hen tevreden over hun lichamelijke gezondheid. Dit verschijnsel, dat betekent dat ouderen zich gezond voelen ondanks ziekten, is ook beschreven door Hoeymans et al. (2005). Uit het huidige onderzoek lijkt het feit dat ouderen hun gezondheid als positief ervaren te komen doordat zij vinden dat lichamelijke gezondheidsproblemen inherent zijn aan ouderdom. Zij gaan op zoek naar alternatieven wanneer gezondheidsproblemen toenemen. Zo laten ouderen in het huidige onderzoek oude dagelijkse bezigheden vallen en richten zij zich op nieuwe tijdsbestedingen. Dit ondersteunt de Sociale Productie Functie Theorie die stelt dat mensen hun eigen welbevinden produceren en dat zij van nature gemotiveerd zijn om hun eigen situatie te verbeteren (Ormel et al., 1996; Steverink, 1996). Het uitgangspunt in deze theorie is dat ouderen door hun leeftijd lichamelijke achteruitgang verwachten en dat zij wanneer zij worden geconfronteerd met beperkingen, op zoek zullen gaan naar hulpbronnen (Gusseklou et al., 2006; Steverink, 1996). In het huidige onderzoek ervaren een aantal ouderen naast lichamelijke problemen ook psychische problemen. Er was een verschil hoe ouderen dachten over achteruitgang in psychisch functioneren en in lichamelijk functioneren. Zij benadrukten dat zij zich niet neerleggen bij psychische gezondheidsproblemen en dat zij gemotiveerd zijn om hun psychische gezondheid te verbeteren. De ouderen gaven aan lichamelijke gezondheidsproblemen wel te accepteren.

De meeste ouderen in het huidige onderzoek lijken hun sociale contacten als positief te ervaren. Zij gaven aan voldoende sociale relaties te hebben en spraken over een actief sociaal leven. De ouderen die samenwoonden met hun partner, gaven aan hun partner als meest belangrijke sociale contact te zien. De meeste onderzochte ouderen vertelden gevoelens van afhankelijkheid te hebben ten opzichte van hun partner. Deze afhankelijkheid wordt ook zichtbaar wanneer de partner komt te overlijden. Het overlijden van een partner wordt door de ouderen als heftig ervaren en daarbij betekent dit een verandering van het leefpatroon en de dagbesteding. Verschillende ouderen zijn

na het overlijden van een partner op zoek gegaan naar nieuwe sociale contacten en activiteiten. Kinderen blijken belangrijk te zijn. Het feit dat kinderen een belangrijke rol hebben in het leven van ouderen is ook terug te zien in onderzoek van Stevens (2006) die stelt dat familieleden belangrijk zijn in het relatienetwerk van ouderen met een lage SES. Kinderen leveren ouderen in het huidige onderzoek zowel instrumentele als emotionele steun. Soms leveren zij ouderen zorgen, door de problemen die kinderen in hun eigen leven hebben. Het gaat hier om problemen op het gebied van relaties, werk, verslavingen en criminaliteit. De relatie tussen ouderen en kinderen lijkt hierdoor complex. Ook het contact met burens en buurtgenoten wordt door de meeste ouderen in het huidige onderzoek als belangrijk ervaren en bestaat uit het ontvangen en geven van instrumentele steun. Daarnaast richten ouderen in het huidige onderzoek hun sociale leven in rondom vrienden en kennissen uit de verschillende activiteitencentra. Het uitoefenen van hobby's en activiteiten in het activiteitencentrum lijkt voor de ouderen erg belangrijk om hun sociale contacten te onderhouden. Dit blijkt uit de schets die zij gaven van een reguliere week in hun leven, waarin het bezoeken van een van de activiteitencentra vaak belicht werd. De ouderen gaven aan voldoende sociale contacten te hebben en een actief en drukbezet leven te leiden. Van Tilburg (2005) betoogt in onderzoek naar de derde levensfase het tegenovergestelde, volgens de auteur wordt de derde levensfase gekenmerkt door terugtrekking uit het sociale leven. Het huidige onderzoek laat echter zien dat ouderen in de derde levensfase op zoek gaan naar nieuwe sociale contacten en nieuwe activiteiten.

De resultaten laten zien dat de ouderen in het huidige onderzoek beperkingen ervaren in het lichamenlijk functioneren. Ondanks deze beperkingen is het merendeel van hen niet afhankelijk van hulp bij het uitvoeren van de dagelijkse activiteiten. Aanpassingen met betrekking tot lichamenlijke gezondheid worden door de ouderen geaccepteerd. Zo laten ouderen doelen vallen, zoals bepaalde hobby's. Echter zijn er ook ouderen die er naar streven om bepaalde doelen te behalen, zoals mobiel blijven. Er is dus zowel sprake van assimilatie als accommodatie van doelen. Deze bevindingen sluiten aan bij het Selectieve Optimalisatie met Compensatie model, dat stelt dat ouderen zich bewust zijn van het verouderingsproces. Volgens dit model maken ouderen een selectie van doelen en proberen zij nieuwe doelen te behalen (Baltes & Baltes, 1990). Aanpassen blijkt voor ouderen in het huidige onderzoek moeilijk te zijn wanneer zij zich moeten aanpassen aan het verlies van een partner. Ouderen waarvan de partner overleden is ervaren gevoelens van eenzaamheid. In het huidige onderzoek vertelden voornamelijk vrouwen deze psychosociale klachten te hebben. Marcoen et al. (2005) geven hiervoor als verklaring dat meer vrouwen zonder partner leven en dat vrouwen meer behoefte hebben aan een groter sociaal netwerk dan mannen.

Veel ouderen gaan op zoek naar een nieuwe hobby of dagbesteding vanwege het wegvallen van sociale contacten. Zij anticiperen op de nieuwe situatie en zoeken naar nieuwe doelen. Ouderen in het huidige onderzoek reageren pas op een gebeurtenis als deze heeft plaatsgevonden. Zij denken niet na over problemen die zich mogelijk kunnen voordoen in de toekomst. Dit blijkt uit antwoorden op de vragen die aan de ouderen gesteld zijn met betrekking tot aanpassingen in de toekomst. De meeste ouderen in dit onderzoek hanteren een reactieve copingstijl (Bode et al., 2008). Ouweland et al. (2006) beschrijven dat wanneer ouderen zich beter voorbereiden op gebeurtenissen die nog moeten plaatsvinden, zoals het overlijden van een partner, de kans groter is dat zij zich beter kunnen aanpassen aan de situatie.

Het tweede deel van de hoofdvraag had als doel om meer inzicht te geven in de percepties van jonge autochtone ouderen met een lage SES in de Utrechtse wijk Noordwest ten aanzien van gelukkig oud worden. De meeste ouderen in het huidige onderzoek gaven aan zich niet oud te voelen. Dit heeft mogelijk invloed op de betekenis die zij geven aan gelukkig oud worden. Ouderen gaven verschillende betekenissen aan gelukkig oud worden. De meeste ouderen omschreven voorwaarden voor gelukkig oud worden, in plaats van dat zij een definitie voor het concept gaven. Gelukkig oud worden was volgens meerdere ouderen in de wijk Noordwest 'dat het blijft gaan zoals het nu gaat'. Als door de onderzoeker werd gevraagd wat zij hiermee bedoelden, gaven zij aan dat zij tevreden zijn met hun leven. Dit resultaat is in lijn met het onderzoek van Von Faber (2002), waarin gelukkig oud worden beschreven wordt als 'tevreden zijn met het huidige leven'. Voor de ouderen in het huidige onderzoek is het hebben van sociale contacten een belangrijke voorwaarde om gelukkig oud te worden. Ouderen hechten belang aan een goed contact met hun kinderen en kleinkinderen. Zij zullen elkaar helpen wanneer zij problemen ervaren. Een ander aspect van gelukkig oud worden dat de ouderen noemden was het kunnen uitvoeren van sociale activiteiten, zoals naar het activiteitscentrum gaan. Volgens ouderen kunnen beperkingen in het lichamelijk functioneren gevolgen hebben voor het uitvoeren van deze sociale activiteiten. Zij beschouwden het uitblijven van ernstige ziekten als voorwaarde voor gelukkige veroudering. Ouderen in het huidige onderzoek accepteren lichamelijke gezondheidsproblemen maar wanneer deze beperkingen dusdanig erg worden dat zij geen sociale activiteiten meer kunnen uitvoeren zouden zij ontevreden zijn met hun leven. Ouderen leggen dus niet enkel de nadruk op het onderhouden van sociale contacten maar ook op het kunnen blijven uitoefenen van activiteiten en hobby's. Zij zien het kunnen uitoefenen van activiteiten als een belangrijke voorwaarde om gelukkig oud te worden. Dit aspect wordt niet benoemd in de studie van Von Faber (2002). Een mogelijke verklaring voor dit verschil kan zijn dat de geïnterviewde ouderen allen in de derde levensfase zitten. In het onderzoek van Von Faber (2002) wordt gelukkig oud worden ook gemeten bij ouderen in de vierde levensfase. Volgens verschillende auteurs hebben ouderen in de derde levensfase andere kenmerken dan ouderen in de vierde levensfase (Baltes, 1999; Baltes & Smith, 2003; Van Tilburg, 2005). Een laatste voorwaarde voor gelukkig oud worden die de respondenten noemden was onafhankelijkheid. Zij gaan op zoek naar voorzieningen om deze zelfstandigheid zo lang mogelijk te kunnen behouden, zoals thuiszorg of huishoudelijke hulp. Dit ondersteunt de SPF theorie van Ormel et al. (1996), die stelt dat gelukkige veroudering mogelijk wordt als men op zoek gaat naar hulpbronnen om een gevoel van welbevinden te bereiken. Er komen in het huidige onderzoek geen eenduidige verschillen naar voren tussen mannen en vrouwen in welke betekenis zij geven aan gelukkig oud worden.

Wanneer de resultaten van dit onderzoek vergeleken worden met andere onderzoeken naar gelukkig oud worden zijn er geen grote verschillen in de betekenis die ouderen met een lage SES geven aan het concept 'gelukkig oud' en de betekenis die ouderen uit andere onderzoeken geven aan dit concept. Net zoals in andere onderzoeken naar gelukkige veroudering (Depp & Jeste, 2006; Rowe & Kahn, 1987; Von Faber, 2002) blijkt dat het sociale aspect ook voor ouderen met een lage SES belangrijk is om gelukkig oud te worden. Voldoende sociale contacten hebben, het in staat zijn om ondanks gezondheidsproblemen toch goed te kunnen blijven functioneren en het kunnen uitoefenen van activiteiten waren dan ook belangrijke voorwaarden voor de onderzochte ouderen om gelukkig oud te worden.

5.2 Reflectie op onderzoek en mogelijkheden voor vervolgonderzoek

Bij de interpretatie van dit onderzoek dient rekening gehouden te worden met de volgende punten. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de geïnterviewde ouderen voldoende sociale contacten hebben en dat zij hun sociale leven onder andere inrichten rondom vrienden en kennissen die zij mogelijk kennen uit de verschillende activiteitencentra. Dat vrienden en kennissen een grote rol spelen in het sociale netwerk van de ouderen kan deels worden verklaard doordat de geïnterviewden zijn geworven in de verschillende activiteitencentra in Noordwest. Hierdoor zijn de resultaten, conclusies en aanbevelingen uit dit onderzoek van toepassing op een selectieve groep ouderen in de wijk. Het is lastig na te gaan of deze ouderen andere kenmerken hebben dan ouderen die niet in de activiteitencentra komen. Echter ontbreekt deze kennis en daarom kunnen er enkel uitspraken worden gedaan over jonge autochtone ouderen met een lage SES in de Utrechtse wijk Noordwest, die naar een activiteitscentrum gaan.

Daarnaast is tijdens het afnemen van de interviews gebleken dat een paar ouderen een lager denkniveau hadden dan aanvankelijk werd ingeschat. Hierdoor was het voor sommige ouderen moeilijk om alle vragen te beantwoorden. Zo werd tijdens het interviewen duidelijk dat een aantal van hen het lastig vond om antwoord te geven op vragen. Zij gaven geen eenduidige antwoorden en dit kwam mogelijk doordat zij bepaalde vragen niet goed begrepen. Daarbij was het ook nog zo dat de concentratie van de ouderen vaak afnam na een langere tijd (60 minuten). Doordat het concentratieniveau op het einde van het interview vaak minder goed was en doordat de ouderen bepaalde vragen niet goed begrepen kan worden gesteld dat er een kans is dat de ouderen gedurende het interview meer onvolledige antwoorden hebben gegeven. Het interviewen van ouderen met een lage SES is een van de grootste uitdagingen geweest voor de onderzoeker.

Verder is er in het huidige onderzoek een algemeen beeld verkregen van meerdere aspecten van succesvolle veroudering bij jonge autochtone ouderen met een lage SES in de Utrechtse wijk Noordwest. Doordat er meerdere aspecten van gelukkig oud worden zijn belicht blijven een aantal specifieke vragen onbeantwoord. Zo komt uit de resultaten naar voren dat de relatie tussen ouderen met een lage SES en hun kinderen vaak complex is. Enerzijds bieden zij elkaar hulp en affectie en anderzijds kan de relatie tot zorgen leiden. Er is een algemeen beeld maar er blijven nog vragen. Zo is het onduidelijk in hoeverre deze complexe relatie stress oplevert en wat de ouderen doen om de relatie met hun kinderen toch goed te houden. Onderzoek naar de precieze relaties tussen autochtone ouderen met een lage SES en hun kinderen kan interessant zijn.

Ten slotte is er in de resultaten een verschil te zien tussen het ervaren van het aanpassingsvermogen wanneer dit een gevolg is van lichamelijke gezondheidsproblemen en wanneer dit het gevolg is door het verlies van sociale contacten. Aanpassen aan het verlies van sociale contacten blijkt lastig te zijn doordat ouderen gevoelens van eenzaamheid ervaren. Voor zover bekend richt de literatuur naar gelukkige veroudering zich voornamelijk op aanpassing aan de gezondheidsproblemen en niet zozeer op aanpassing aan verlies van sociale contacten. Verder onderzoek naar het aanpassingsvermogen van ouderen bij het verlies van hun sociale contacten kan waardevol zijn wanneer men wil weten hoe gelukkige veroudering dichterbij kan worden gebracht.

5.3 Aanbevelingen

De resultaten van dit onderzoek zijn van belang voor beleidsmakers en gezondheidbevorderaars. Om de kans op gelukkig oud worden in de Utrechtse wijk Noordwest te vergroten kunnen vier aanbevelingen gedaan worden.

Ten eerste laten de resultaten zien dat de ouderen in dit huidige onderzoek een reactieve copingstijl hanteren. Zij reageren op gebeurtenissen die zich voltrokken hebben, in plaats van dat zij zich richten op mogelijke bedreigingen voor hun welzijn in de toekomst. Met andere woorden: ouderen kijken niet vooruit. Hierdoor is het mogelijk dat geboden preventieve interventies, die zich richten op gebeurtenissen die nog moeten plaatsvinden, niet aansluiten. Interventies gericht op het hier en nu bereiken mogelijk eerder het gewenste effect. Een andere mogelijkheid is de ouderen bewust maken van de copingstijl die zij hanteren. Wanneer ouderen zich bewust worden van het gegeven dat zij zich in de toekomst mogelijk moeten aanpassen aan beperkingen, zullen zij hier wellicht van tevoren over nadenken. Dit kan ervoor zorgen dat zij hun doelen aanpassen. Het is dus belangrijk dat zowel beleidsmakers als gezondheidsbevorderaars zich bewust zijn van het feit dat ouderen vaak niet nadenken over gebeurtenissen die nog moeten plaatsvinden, maar dat zij veel meer leven in het hier en nu.

Ten tweede wordt door meerdere ouderen aangegeven dat zij moeite hebben met het leren omgaan met het verlies van een partner. Belangrijk hierbij is dat zij dit verlies zelf niet kunnen verwerken. Ouderen die een partner hebben verloren en zich hierdoor somber zijn gaan voelen staan open voor verandering en zij zijn gemotiveerd om hun psychische gezondheidstoestand te verbeteren. Daarnaast staan zij open voor het aangaan van nieuwe sociale contacten. Inspelen op deze motivatie is belangrijk om psychosociale gezondheidsproblemen bij ouderen te voorkomen of te verminderen. Het beter leren omgaan met het verlies van een partner door ouderen zou het gelukkig oud worden in de Utrechtse wijk Noordwest ten goede kunnen komen.

Ten derde laten de resultaten zien dat de sociale contacten het belangrijkste aspect zijn in gelukkig oud worden. De activiteitencentra zijn belangrijke ontmoetingsplaatsen voor het leggen van deze sociale contacten. Verder zorgt het uitoefenen van een hobby of een activiteit in de activiteitencentra voor een structuur in de weekindeling. Gezien de belangrijke plaats die de activiteitencentra binnen het leven van de ouderen innemen is het van belang dat de activiteitencentra optimaal benut worden. Ouderen zijn vertrouwd met de activiteitencentra en zij hebben hier prettige ervaringen bij. De activiteitencentra zouden daarom een belangrijke rol kunnen spelen in het aanbieden van interventies gericht op de gezondheidsproblematiek. Belangrijk hierin is dat de nadruk komt te liggen op interventies gericht op de psychosociale gezondheidsproblematiek en niet zozeer op interventies welke gericht zijn op de lichamelijke gezondheidsproblematiek. Ouderen in het huidige onderzoek accepteren namelijk de beperkingen die zij ondervinden in hun lichamelijke functioneren en het aanpassen hieraan lijkt hen te lukken.

Ten vierde laat dit onderzoek zien dat de relatie tussen ouderen en kinderen complex kan zijn. Kinderen van de ouderen ondervinden problemen op het gebied van relaties, werk, verslavingen en criminaliteit. In het onderzoek kwam herhaaldelijk naar voren dat de ouderen niet weten hoe zij om moeten gaan met deze problematiek. Beleidsmakers en gezondheidsbevorderaars zouden meer rekening moeten houden met het feit dat ouderen zich in deze complexe relaties kunnen bevinden. Wanneer ouderen beter leren omgaan met de zorgen rondom hun kinderen zou dat kunnen leiden tot vermindering van stress wat vervolgens het welbevinden kan verbeteren.

Literatuur

- Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful ageing: The model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes, M.M. Baltes & (Ed.), *Successful ageing: Perspectives from the behavioural sciences* (pp. 1–34). Cambridge (UK): Cambridge University Press.
- Baltes, P.B. (1999). Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32, 433–448.
- Baltes, P.B. & Smith, J. (2003). New Frontiers in the Future of Aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the Fourth Age. *Gerontology*, 49, 123–135.
- Bijsterveld, K. (1996). *Geen kwestie van leeftijd: Verzorgingsstaat, wetenschap en discussies rond ouderen in Nederland, 1945–1982*. Amsterdam: Van Gennep.
- Bode, C., Drossaert, C.H.C. & Dijkstra, E. (2007). Een verkennende studie naar de eigen beleving van het ouder worden onder Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen in Den Haag. *Epidemiologisch bulletin*, 42 (2), 26–32.
- Bode, C., Thoolen, B. & Ridder, D de. (2008). Het meten van proactieve copingvaardigheden, Psychometrische eigenschappen van de Utrechtse Proactieve Coping Competentie lijst (UPCC). *Psychologie & Gezondheid*, 36, 2, 81–90.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Boer, A. de (red.). (2006). *Rapportage ouderen 2006. Veranderingen in de leefsituatie en levensloop*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (scp-publicatie 2006/12).
- Bohlmeijer, E., Smit, F. & Smits, C. (2005). *Preventie van depressie bij ouderen. Introductie en onderbouwing*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bouwman, J., Schreurs, H., Koopman, B. & Vleems, R. (2010). *Volksgesondheidsmonitor Utrecht 2010*. Utrecht: Gemeente Utrecht – Geneeskundige en Gezondheidsdienst, 2010.
- Bowling, A. & Iliffe, S. (2006). Which model of successful ageing should be used? Baseline findings from a British longitudinal survey of ageing. *Age and Ageing*, 35, 607–614.
- Brandtstädter, J. & Rothermund, K. (2002). The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review*, 22, 117–150.
- Bruggink, J.W. (2009). Ontwikkelingen in (gezonde) levensverwachting naar opleidingsniveau. *Bevolkingstrends: Statistisch kwartaalblad over de demografie van Nederland, 4e kwartaal*.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2011). *Demografie van de vergrijzing*. Opgehaald op 29 februari 2012 van <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/D7D8F678-F22B-445F-8A6FA635D376A344/0/2011demografievandevergrijzingart.pdf>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2012). *Standaard beroepenclassificatie 2010*. Opgehaald op 1 juni 2012 van <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/6221F84D-BEDD-4B0C-B9ED-ADF076E4D769/0/2010sbcclassificatieschema.pdf>

- Crowther, M.R., Parker, M.W., Achenbaum, W.A., Larimore, W.L., & Koenig, H.G. (2002). Rowe and Kahn's Model of Successful Aging Revisited: Positive Spirituality – The Forgotten Factor. *The Gerontologist*, 42 (5), 613–620.
- Cumming, E. & Henry, W.E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books.
- Depp, C.A. & Jeste, D.V. (2006). Definitions and Predictors of Successful Aging: A Comprehensive Review of Larger Quantitative Studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (1), 6–20.
- Dijkstra, M. (2009). *Mentaal vermogen: ouderen*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Faber, M. von. (2002). *Maten van succes bij ouderen*. Rotterdam: Optima Grafische Communicatie.
- Gemeente Utrecht. (2010). *Utrecht Noordwest Wijkgezondheidsprofiel 2010*. Utrecht: Gemeente Utrecht en Agis Zorgverzekeringen.
- Gemeente Utrecht. (2011 a). *Gezond voelen, gezond zijn en gezond blijven*. Utrecht: Gemeente Utrecht Geneeskundige en Gezondheidsdienst, 2011.
- Gemeente Utrecht. (2011 b). *Nota Volksgezondheid 2011–2014*. Opgehaald op 4 mei 2012 van <http://tekstversie.utrecht.nl/CoRa/BGS/Bijlagen/2011/April%2011/Nota%20VC%202011%2003%2031%20Duurzaam%20Gezond%20CORA%20HL.doc>
- Gemeentelijke Gezondheidsdienst Nederland. (2010). Samen sterk voor ouderen. *Visiedocument ouderenzorg*. Opgehaald op 22 februari 2012 van <http://www.ggd.nl/>
- Gemeentelijke Gezondheidsdienst Nederland. (2012). *Organisatie*. Opgehaald op 4 mei 2012 van <http://www.ggd.nl/over-ggd-nederland/organisatie/>
- Gussekklo, J., Bootsma Wiel, A., Faber, M. von, Exel, E. van, Lagaay, A.M., Dongen, E., Knook, D.L., Geest, S. Van Der. & Westendorp, R.G.J. (2006). Succesvol oud in maat en getal en volgens ouderen zelf. *Bijblijven* 22, 384–389.
- Hart, H. 't, Boeije, H., en Hox, J. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam: BoomOnderwijs.
- Hastenberg, H. & Wognum, I. (2010). *Monitor Krachtwijken*. Utrecht: Gemeente Utrecht 2010.
- Havighurst, R.J. (1963). Successful aging. In Williams, R.H., Tibbits, C. & Donahue, W. (eds), *Processes of aging: Social and psychological perspectives*. Vol.1. New York: Atherton Press, pp. 299–320.
- Hoeymans, N., Picavet, H.S.J. & Tjihuis, M.A.R. (2005). *Ervaren gezondheid samengevat*. In Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Holmén, K. & Furukawa, H. (2002). Loneliness, health and social network among elderly people – a follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35, 261–274.
- Jonge, J. de. (1997). *Gezondheidskunde*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Knoops, K. & Brakel, M. van den. (2010). Rijke mensen leven lang en gezond. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 88 (1), 17–24.
- Kupper, N. (2008). Informatiebehoefte: Spiegel van gezondheid en leefstijl. Utrecht: Gemeente Utrecht Geneeskundige en Gezondheidsdienst, 2008.
- Lange, F. de. (2009). *Goed oud worden*. Opgehaald op 20 juni 2012 van <http://home.kpn.nl/delangef/pubgoedoudworden.pdf>
- Linneman, M. (1999). Eenzaamheid. In Buijssen, H.(Red.). *Psychologische hulpverlening aan ouderen, deel 1* (pp.156– 199). Baarn: Uitgeverij Intro.
- Marcoen, A. Grommen, R. & Ranst, N. van. (2006). *Als de schaduwen langer worden*. Leuven, België: Lannoo.

- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. (2011). *Gezond ouder worden in Nederland*. Den Haag: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2010). *Sociaal economische gezondheidsverschillen*. Opgehaald op 22 februari 2012 van <http://www.nationaalkompas.nl/>
- Oosterman, J., Ballering, C. & Scheurs, H. (2012). *Procesevaluatie Levenslust*. Utrecht: Gemeente Utrecht – Geneeskundige en Gezondheidsdienst, 2012.
- Ormel, J., Lindenberg, S.M., Steverink, B.J.M. & Verbrugge, L.M. (1996). Welbevinden en de theorie van de sociale productiefuncties. In G.I.J.M. Kempen & J. Ormel (eds.), *Dagelijks functioneren van ouderen* (pp. 117–135). Assen: Van Gorcum.
- Ouwehand, C., De Ridder, D.T.D. & Bensing, J. (2006). Situational aspects are more important in shaping proactive coping behaviour than individual characteristics: A vignette study among adults preparing for ageing. *Psychology & Health, 21*(6), 809–825.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2001). Gender Differences in Self-Concept and Psychological Well-Being in Old Age: A Meta-Analysis. *Journal of Gerontology, 56b*(4), 195–213.
- Pruncho, R.A., Wilson- Genderson. M. & Cartwright F. (2010). A Two-Factor Model of Successful Aging. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 65B*(6), 671–696.
- Ranst, N. (2006). Eenzaamheid. In A. Marcoen, R. Grommen & N. van Ranst, *Als de schaduwen langer worden* (pp. 281–294). Leuven, België: Lannoo.
- Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science, 237*(4811), 143–149.
- Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist, 37*(4), 433–440.
- Rijksinstituut voor Gezondheid en Milieu. (2004). *Ouderen nu en in de toekomst*. (Rapport no. RIVM-270502001). Opgehaald op 9 maart 2012 van <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270502001.pdf>
- Scheelbeek, L. (2010). *Wijkwijzer 2010*. De tien Utrechtse wijken in cijfers. Utrecht: Gemeente Utrecht 2010.
- Schnabel, P. (2002). *Oneerlijk verdeeld*. Opgehaald op 1 juli 2012 van <http://home.zonnet.nl/h.warren/HWSchnabel.htm>
- Schnabel, P. (2006). *Een prettig gevuld bestaan, hoe ouderen hun tijd besteden*. Opgehaald 2 maart 2012 van http://igitur-archive.library.uu.nl/USBO/2007-0927-200453/schnabel_06_prettiggevuldbestaan.pdf
- Stevens, N. (2006). Vriendschap op latere leeftijd. In A. Marcoen, R. Grommen & N. van Ranst, *Als de schaduwen langer worden* (pp. 281–294). Leuven, België: Lannoo.
- Steverink, N. (1996). Succesvol ouder worden, een productiefunctie benadering. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 2*, 29–34.
- Steverink, N. (2002). Sociale relaties van ouderen. In J.J.F Schroots, J.J.F., *Handboek psychologie van de volwassen ontwikkeling en veroudering* (pp. 413–432). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Steverink, N. (2009). Gelukkig en gezond ouder worden: welbevinden hulpbronnen en zelfmanagementvaardigheden. *Tijdschrift voor Gerontologische Geriatrie, 40*, 244–252.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. (2008). *Grijswaarden*. (Rapport no. 978-90-377-0376-4). Opgehaald op 1 maart 2012 van www.scp.nl/dsresource?objectid=19784&type=org
- Tilburg, T. van, Aartsen, M.J. & Knipscheer, K. (2000). Gevolgen van veranderingen in fysiek functioneren voor het

- persoonlijk relatiernetwerk bij het ouder worden. *Tijdschrift voor Gerontologische Geriatrie*, 31, 190–197.
- Tilburg, T.G. van. (2005). *Gesloten uitbreiding. Sociaal kapitaal in de derde en de vierde levensfase*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Verstraeten, D. (2006). Partnerrelatie, intimiteit en seksualiteit. In A. Marcoen, R. Grommen & N. van Ranst, *Als de schaduwen langer worden* (pp. 281–294). Leuven, België: Lannoo.
- Vughts, J. (2011). *Healthy Ageing*. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen.
- Williams, R.H. & Wirths, C.G. (1965). *Lives through the years: Styles of life and successful aging*. New York: Atherton Press.
- Wingen, M. & Otten, F. (2009). Sociaal- economische status en verschillende gezondheidsaspecten van ouderen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (87)3*, 109–117.

Bijlage I De topiclijst

I Introductie (3 min.)

1. Doel
2. Anonimiteit
3. Toestemming opname interview

II Demografische kenmerken (12 min.)

1. Opening
 - Kunt u mij wat meer over uzelf vertellen?
 - Wat is uw leeftijd?
2. Woonsituatie
 - Woont u hier alleen of met meer mensen?
3. Huwelijkse staat
 - Heeft u een partner?
4. Familie
 - Heeft u kinderen?
 - Heeft u kleinkinderen?
 - Heeft u broers en/of zussen?
5. Opleiding/werk
 - Heeft u vroeger gewerkt?
 - Zo ja: wat voor werk heeft u gedaan?
 - Zo nee: wat voor werk deed uw partner?
 - Heeft u een opleiding?
6. Zuilen/Ondiep
 - Hoe lang woont u al in Zuilen/Ondiep?
 - Hoe zijn uw contacten met mensen uit de buurt?
 - Heeft u een huur of een koop huis?
7. Religie
 - Bent u gelovig?

III Ervaren Gezondheid (10 min.)

1. Algemene gezondheid
 - Hoe zou u uw eigen gezondheid omschrijven?
 - Kunt u vertellen hoe u uw gezondheid ervaart?
 - Welk cijfer geeft u uw eigen gezondheid? (1 = laag, 10 = hoog)
 - Vindt u dat dit beter kan?
 - Zo ja: wat heeft u daar voor nodig?
 - Wat doet u om gezond te blijven?
2. Lichamelijk functioneren
 - Hoe ervaart u over het algemeen uw lichamelijke gezondheid?
 - Heeft u het gevoel dat u wordt belemmerd bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten?
3. Cognitief & psychisch functioneren
 - Wat doet u om lekker in uw vel te zitten?
 - Wat is een moment in de week waar u naar uit kijkt?
 - Kent u mensen van uw leeftijd die zich wel eens somber voelen?
 - Wat zou u anderen aanraden als zij zich somber of gespannen voelen?
 - Heeft u wel eens een periode meegemaakt dat u zich langere tijd somber voelde?
 - Zo ja: Wat heeft u toen gedaan?
 - Aan wie heeft u toen veel gehad en waarom?
 - Heeft u hulp gezocht?
 - Werd u gestimuleerd door uw omgeving om hulp te zoeken?
 - Vindt u zichzelf vergeetachtig?
 - Zo ja: Maakt u zich hier zorgen om?

IV Sociale contacten (10 min.)

1. Familie, vrienden, buren
 - Met wie heeft u in het dagelijks leven zoal contact?
 - Komen er wel eens mensen bij u op bezoek? En gaat u wel eens bij mensen op bezoek?
2. Partner
 - Zo ja: hoe zou u de relatie met uw partner omschrijven? Is deze belangrijk voor u?
Hoe ziet u de toekomst samen met uw partner?
 - Zo nee: Hoe voelt u zich erbij dat u op dit moment geen partner heeft?
3. Sociale steun
 - Heeft u het gevoel dat u bij iemand terecht kan als u een probleem heeft?
 - Heeft u behoefte aan meer steun?
Zo ja: Welke vorm en van wie?
4. Sociale contacten en ouder worden
 - Bent u naarmate u ouder bent geworden minder mensen gaan zien?
 - Zou u graag meer contact hebben met andere mensen?
Zo ja: wat heeft u daar voor nodig?
 - Vindt u het belangrijk dat u nog veel mensen blijft zien naarmate u ouder wordt?
 - Waarom vindt u dat wel/niet belangrijk?

V Aanpassing (10 min.)

1. Doelen aanpassen
 - Wat deed u tien jaar geleden voor activiteiten?
 - Doet u deze activiteiten nu nog steeds?
 - Heeft u bepaalde activiteiten moeten laten vallen?
Zo ja: Hoe bent u hiermee om gegaan?
Zo nee: Denkt u dat dit nog gaat gebeuren?
 - Zijn er dingen die u door uw leeftijd of gezondheid niet meer kunt doen, terwijl u dat wel zou willen?
 - Zijn er dingen die u door uw leeftijd/gezondheid anders moet doen?
 - Heeft u moeite gehad met die aanpassing of niet?
 - Vindt u dat u te oud bent voor bepaalde dingen?
 - Vindt u dat u zichzelf goed kan aanpassen aan veranderingen (die horen bij het ouder worden)?
2. Toekomst
 - Denkt u wel eens na over de toekomst?
 - Hoe kijkt u aan tegen de toekomst?
 - Wat zou voor u de ideale manier zijn om oud te worden?
 - Zijn er dingen die u in de toekomst graag zou willen veranderen?

VI Gelukkig oud (15 min.)

1. Zelfbeeld
 - Hoe ziet u oudere mensen?
 - Vindt u dat u tot de categorie 'ouderen' hoort?
2. Gelukkig oud worden
 - Wat betekent gelukkig oud worden voor u?
 - Wat heeft u nodig om gelukkig oud te worden?
 - Wat vindt u belangrijk bij het ouder worden?
 - Welke rol speelt gezondheid voor u in het ouder worden?
 - Waar wordt u gelukkig van?
3. Positieve kanten en belemmeringen
 - Wat zijn voor u de positieve kanten van ouder worden?
 - Wat ervaart u op dit moment als een probleem in uw leven?
 - Heeft u het gevoel dat het oud worden u belemmert? Waarom?
Zo ja: Zou dit voorkomen kunnen worden?
4. Welbevinden
 - Bent u op dit moment tevreden met uw leven?
 - Vindt u dat dit beter kan?
Zo ja: Wat heeft u daarvoor nodig?

VII Behoeft (5 min.)

- Waar zou u behoefte aan hebben?
- Heeft u behoefte aan meer activiteiten in de buurt?
 Zo ja: Wat voor activiteiten? Zou u hier zelf heen gaan?
- Waar gaat u heen als u behoefte heeft aan hulp?

Achtergrondvragen voor interviewer:

- Belangrijke vraag: Heeft u het gevoel dat u invloed heeft op gezondheid/ sociale contacten?
- Belangrijke vraag: Wat heeft u gedaan op een moment in uw leven dat u behoefte had aan hulp?
- Belangrijke vraag: Hoe heeft u zich aangepast aan de nieuwe situatie?
- Belangrijke vraag: Hoe heeft u gereageerd op een bepaalde gebeurtenis?
- Belangrijke vraag: Wat is uw motivatie om in actie te komen?
- Belangrijke vraag: Zou u nog willen leren?

Code System (1386)

- Demografische kenmerken (0)
 - Familie samenstelling (9)
 - Ouders (3)
 - Broers en zussen (18)
 - Kinderen (20)
 - Kleinkinderen (14)
 - Gemengd gezin (1)
 - Geloofsovertuiging (13)
 - Leeftijd (4)
 - Huisdieren (4)
- Werk/Opleiding (38)
 - Werk partner (5)
- Woonsituatie (26)
 - Zuilen/Ondiep (26)
 - Houding ten opzichte van ouderenwoning (12)
- Ervaren Gezondheid (20)
 - Omschrijving eigen gezondheid (15)
 - Cijfer gezondheid (15)
 - Gezond blijven (20)
 - Lichamelijke gezondheid (30)
 - Belemmering uitvoeren dagelijkse activiteiten (3)
 - Vervoer (20)
 - Geestelijke gezondheid (13)
 - Houding (76)
 - Vergelijking met anderen (10)
 - Nodig om goed te voelen (10)
 - Somber zijn (15)
 - Andere die zich somber voelen (13)
 - Advies (17)
 - Leefstijlgevoontes (21)
- Sociale contacten (29)
 - Familie (2)
 - Broers en zussen (22)
 - Ouders (14)
 - Ouders overleden (4)
 - Kinderen (45)
 - Zorgen maken over kinderen (14)
 - Kleinkinderen (11)
 - Zorg voor kleinkinderen (11)
 - Problemen familie (14)
 - Partner (31)
 - Partner zorgen (3)
 - Partner overleden (29)
 - Partner toekomst (6)
 - Partner problemen (5)
 - Vrienden/kennissen (23)
 - Buurt (27)
 - Bezoek (6)
 - Behoeftte aan nieuwe contacten (10)
 - Contact persoon problemen (21)
 - Sociale contacten en oud worden (0)

- Mensen blijven zien (13)
- Verandering netwerk grootte (12)
- Aanpassing (4)
 - aanpassing in het verleden (30)
 - aanpassing op dit moment (37)
 - aanpassing in de toekomst (16)
 - Verlies (11)
- Ouder worden (17)
 - Zelfbeeld (30)
 - Nodig om gelukkig oud te worden (21)
 - Opvattingen gelukkig oud worden (22)
 - Positieve kanten (16)
 - Negatieve kanten (3)
 - Gezondheid en ouder worden (18)
 - Afhankelijk zijn (12)
- Behoeften (3)
 - Steun (9)
- Toekomst (22)
 - Verandering in de toekomst (7)
- Zorggebruik (26)
 - Behoeftes aan zorg (9)
 - Ervaringen hulpverlening (15)
 - Hulp vinden (19)
- Activiteiten/Uitjes (64)
 - Activiteiten in centra/clubjes (31)
 - Vrijwilligerswerk (5)
 - Camping/vakantie (18)
 - Winkelen (11)
 - Computer (12)
 - Actief zijn (7)
 - Nieuwe ideeën (18)
 - Diverse interesses (5)
- Barrière (9)
 - Geld (16)