



Onderzoeksverslag: Sociaal isolement in Beesd



DISABILITY STUDIES

in Nederland

INCLUSIEVE GEMEENTE

GELDERMALSEN

Welke interventies en maatregelen kunnen er worden ingezet, die een sociaal isolement kunnen voorkomen bij de ouderen met een lichamelijke beperking in Geldermalsen.

Gegevens:

Klas: VMR4G

Studentnummer: 0849984

Vak: Afstuderen

Afstudeerbegeleider: Meneer Dienske

Opdrachtgever: Lectoraat Disability Studies

Opleiding: Maatschappelijk werk en

dienstverlening Studielast: 22 ect

Studiejaar: 2014/2015

Voorwoord:

Voor u ligt het onderzoeksverslag van Frank van Eijk, student aan de Hogeschool Rotterdam. Het onderzoek is uitgevoerd voor Disability Studies in Nederland in samenwerking met Project de Inclusieve Stad en het lectoraat Disability Studies aan de Hogeschool Rotterdam. In dit verslag staan een aantal aanbevelingen waardoor de kans op een sociaal isolement bij ouderen in Geldermalsen verkleind kan worden. Ik wil graag de Hogeschool Rotterdam bedanken voor hun begeleiding tijdens het uitvoeren van dit onderzoek. Ik wil Project de Inclusieve Stad en het lectoraat Disability Studies bedanken voor de kans die ze me hebben gegeven om daar te mogen afstuderen, tevens wil ik hun bedanken voor de begeleiding en het vertrouwen. Daarnaast wil ik alle respondenten bedanken voor de tijd die ze hebben vrij gemaakt om het interview te houden.

Samenvatting

Participatie en inclusie zijn belangrijke begrippen voor project de Inclusieve Stad. Met sociale contacten heeft participatie en inclusie bij onder andere de doelgroep ouderen met een lichamelijke beperking een grotere kans van slagen. Als ouderen met een lichamelijke beperking in een sociaal isolement zitten, ervaren zij geen of onvoldoende sociale contacten. Ouderen mensen komen in een sociaal isolement doordat ze te maken krijgen met risicofactoren. Om een helder beeld te krijgen van deze risicofactoren, is een literatuurstudie gedaan om risicofactoren in kaart te brengen.

Nadat de risicofactoren uit de theorie in kaart zijn gebracht, zijn er interviews gehouden. In totaal zijn er 7 respondenten geïnterviewd met betrekking tot de mogelijke risicofactoren. Aan de hand van de risicofactoren, worden er een aantal interventies, aanbevelingen en maatregelen beschreven. Deze interventies, aanbevelingen en maatregelen hebben betrekking tot:

- het mobieler maken en houden van de ouderen met een lichamelijke beperking.
- Het trachten te voorkomen van verdere ontgroening in Beesd en Geldermalsen.
- Een aanbeveling die pleit dat mensen die in Beesd wonen, naar een verzorgingstehuis in Beesd gaan.

Summary

Participation and inclusion are important words for project Inclusive City. With social contacts, participation and inclusion have more chance of success than without social contact. If older people are in social isolation, they have few or no social contacts. Elderly people are socially isolated because they have to deal with risks. To get a clear picture of these risk factors, a literature study was carried out to assess risk factors.

Once the risk factors from the theory have been mapped, there are interviews. In total there are seven respondents were interviewed regarding potential risk factors. On the basis of the risk factors, there are a number of interventions, recommendations and measures described. These interventions, recommendations and actions related to:

- Keep and make elderly with a disability (more) mobile in Beesd.
- The attempt to prevent further 'ontgroening'* in Beesd and Geldermalsen.
- A recommendation which recommends that people who are living in Beesd, go to a nursing home in Beesd.

* Ontgroening: means that there are relative more elderly people, than there are young people in a town.

Inhoudsopgave:

Inhoud

Voorwoord:	2
Samenvatting	3
Summary	4
Inhoudsopgave:	5
1. Inleiding van het onderzoek	8
Inleiding hoofdstuk 1.....	8
1.1 Opdrachtgevers	8
1.1.1. Samenwerkingsorganisaties	8
1.1.2. Kenniscentrum zorginnovatie	8
1.1.3. Disability Studies in Nederland en lectoraat Disability Studies.....	9
1.1.4. Project de inclusieve stad.....	9
1.2 Beschrijving van aanleiding en analyse van het praktijkprobleem	10
1.2.1. Aanleiding.....	10
1.2.2. Probleemanalyse	10
1.3 Relevantie voor het onderzoek	11
1.3.1. Relevantie voor de opdrachtgever	11
1.3.2. Relevantie voor het beroep maatschappelijk werk en dienstverlening.....	11
1.3.3. Relevantie voor de maatschappij.....	12
1.4. Perspectieven	13
1.4.1 Sociologisch perspectief	13
1.4.2. Psychologisch perspectief	13
1.4.3. Economisch Perspectief	14
1.5. Doel van het onderzoek	14
1.6. Onderzoeksvraag (hoofdvraag en deelvragen)	14
1.6.1 Hoofdvraag:.....	14
1.6.2 Deelvragen.....	14
2. Onderzoeksmethode	15
Inleiding hoofdstuk 2:.....	15
2.1. Onderzoekstype	15
2.2. Onderzoeksmethode.....	15

2.2.1. Hoofdvraag:.....	15
2.2.2. Deelvraag 1:.....	16
2.2.3. Deelvraag 2:.....	16
2.2.4. Deelvraag 3:.....	19
2.3. Betrouwbaarheid en validiteit.....	19
2.3.1. Betrouwbaarheid.....	19
2.3.2. Validiteit	20
3. Theoretisch kader	21
Inleiding hoofdstuk 3:.....	21
3.1. definiëring van begrippen	21
3.1.1. Sociaal isolement.....	21
3.1.2. Risicofactor	21
3.1.3. Interventie	22
3.2. risicofactoren sociaal isolement op meso/macro niveau	22
3.2.1. Buurtkenmerken	22
3.2.2 De verlichting.....	23
3.2.3. Individualisering	23
3.2.4 Sociaal kapitaal	24
3.2.5 Afname sociaal kapitaal.....	24
3.3. Risicofactoren sociaal isolement op micro niveau	25
3.3.1. sociale contacten en een partner.....	25
3.3.2. Ingrijpende gebeurtenissen.....	25
4. Resultaten.....	26
Inleiding hoofdstuk 4:.....	26
4.1. Risicofactoren sociaal isolement ouderen vanuit theorie.....	26
Inleiding paragraaf 4.1.....	26
4.1.1. Individualisering	26
4.1.2 Buurtkenmerken	26
4.1.3 sociaal kapitaal	26
4.1.4. Risicofactoren sociaal isolement micro niveau	27
4.2. Risicofactoren sociaal isolement volgens ouderen met lichamelijke beperking in Beesd.....	28
Inleiding	28
4.2.1 Partner.....	28

4.2.2 Lichamelijke beperking en verminderde mobiliteit	28
4.2.3 Verzorgingstehuis in Beesd	28
4.2.4. Activiteiten	29
4.2.5. Dagelijkse activiteiten	29
4.2.6. Voorzieningen binnen het verzorgingstehuis.....	29
4.2.7. Voorzieningen in Beesd en Geldermalsen.....	30
4.2.8. Maatschappelijke participatie	30
4.2.9. Individualiseren	30
4.2.10. Openbaar vervoer	31
4.2.11 Hulpmiddelen	31
4.3. Interventies en maatregelen	32
5. Conclusie en aanbevelingen	34
Inleiding hoofdstuk 5.....	34
5.1. Conclusie	34
5.2. Aanbevelingen.....	35
Aanbeveling 1:.....	35
Aanbeveling 2:.....	35
Aanbeveling 3:.....	35
6. Kritische reflectie.....	36
6.1 Respondenten	36
6.2 Onderzoeker	36
6.3 Risicofactor	36
6.4 Generaliseerbaarheid van dit onderzoek in Beesd	37
Bronnenlijst:	38

1. Inleiding van het onderzoek

Inleiding hoofdstuk 1

Dit hoofdstuk bestaat uit de volgende paragrafen. In paragraaf 1.1 worden de verschillende samenwerkingspartijen van dit onderzoek beschreven. In paragraaf 1.2 staan de aanleiding en probleemanalyse van dit onderzoek beschreven. In paragraaf 1.3 staat de relevantie van dit onderzoek beschreven. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de doelstelling, hoofdvraag en deelvragen die staan beschreven in paragraaf 4 en 5.

1.1 Opdrachtgevers

1.1.1. Samenwerkingsorganisaties

Dit onderzoek is uitgevoerd voor project de Inclusieve Stad. Project de Inclusieve Stad wordt uitgevoerd door Disability Studies in Nederland (DSiN). DSiN werkt nauw samen met het lectoraat Disability Studies. Het lectoraat Disability Studies is onderdeel van onderzoekslijn 1, zelfmanagement en participatie van het Kenniscentrum zorginnovatie van de Hogeschool Rotterdam. DSiN is de opdrachtgever van project de Inclusieve Stad en het lectoraat Disability Studies de opdrachtgever van dit onderzoek. Dit onderzoek is uitgevoerd voor Project de Inclusieve Stad, namens lectoraat Disability Studies en in samenwerking met DSiN.

1.1.2. Kenniscentrum zorginnovatie

Kenniscentrum zorginnovatie doet praktijk onderzoek om de zorgpraktijk te innoveren/vernieuwen. "Kenniscentrum zorginnovatie kiest bij de aanpak van zorgvernieuwing voor vier invalshoeken die in vier onderzoekslijnen zijn ondergebracht, gericht op het ontwikkelen en verspreiden van kennis:

- ✚ Onderzoekslijn één is zelfmanagement en participatie: het cliëntperspectief. Zorgverleners stimuleren en ondersteunen waar nodig de zelfredzaamheid en het zelfmanagement van cliënten. Meedoen in de samenleving is een centraal thema voor mensen met beperkingen en chronisch zieken.
- ✚ Onderzoekslijn 2 is samenhang in zorg: het organisatieperspectief. Betere samenwerking tussen professionals en zorginstellingen onderling en tussen professionals, mantelzorgers en vrijwilligers. Ketensamenwerking tussen organisaties en sectoren en verbetering van logistiek en efficiency.

- ✚ Onderzoekslijn 3 is evidence-Based care: het professionele perspectief. Gericht op professioneel handelen en het bieden van kwalitatief hoogwaardige evidence-based zorg volgens de nieuwste wetenschappelijke inzichten.
- ✚ Onderzoekslijn 4 is Zorginnovatie met Technologie: het innovatieperspectief. De inzet van techniek, ICT of media om de zorginnovatie optimaal te ondersteunen'' (Kenniscentrum Zorginnovatie, 2015).

1.1.3. Disability Studies in Nederland en lectoraat Disability Studies

DSiN heeft als vakgebied Disability Studies, dat met het delen, ontwikkelen en toepassen van kennis, een bijdrage wil leveren aan de participatie en inclusie van mensen met en zonder beperking in de samenleving. Om deze bijdrage te kunnen realiseren werkt DSiN samen met de praktijk, scholen en professionele organisaties. DSiN werkt aan een aantal doelen, waaronder aan een inclusieve stad of gemeente, doormiddel van project de Inclusieve Stad (Disability Studies, 2014A).

Het lectoraat Disability Studies is onderdeel van onderzoekslijn 1, zelfmanagement en participatie van het kenniscentrum zorginnovatie aan de Hogeschool Rotterdam. Lectoraat Disability Studies, werkt nauw samen met DSiN. Het lectoraat Disability Studies heeft als leeropdracht, 'om de maatschappelijke participatie te bevorderen van mensen met een chronische ziekte of handicap. Centraal staat de vraag: hoe kan de positie van mensen met een beperking worden versterkt, zodat zij op hun eigen manier in de samenleving kunnen participeren' (Disability, 2014C)?

1.1.4. Project de inclusieve stad

Het project de Inclusieve Stad heeft een inclusieve gemeente als doel. "Een inclusieve stad of gemeente, is een stad of gemeente die inclusie en maatschappelijke participatie van mensen met een beperking in de praktijk waarmaakt en onderzoeksmatig volgt. Hierbij worden praktijk en onderwijs aan elkaar verbonden. In een inclusieve gemeente/stad maken mensen met een beperking (fysiek, verstandelijk, zintuiglijk en psychisch), net als mensen zonder beperking, vanzelfsprekend deel uit van het leven in de samenleving'' (Disability Studies, 2014B).

Binnen het project de inclusieve Stad wordt in Geldermalsen en Almere gewerkt aan een samenleving waarin iedereen kan meedoen. Om te kunnen zorgen voor een stad en samenleving waarin iedereen kan meedoen, wordt de stad, buurt en wijk structureel aangepast zodat mensen

met en zonder beperking daar deel van kunnen uitmaken. Het structureel aanpassen van de stad, buurt en wijk gebeurt onder andere door interventies en maatregelen. DSiN adviseert aan verschillende partijen zoals, belanghebbende organisaties, de gemeente en instellingen, die actief zijn in Geldermalsen en Almere.

1.2 Beschrijving van aanleiding en analyse van het praktijkprobleem

1.2.1. Aanleiding

Eén van de doelgroepen waar project de Inclusieve Stad zich op richt zijn ouderen met een lichamelijke beperking in Geldermalsen. Project de Inclusieve Stad wil weten, of en zo ja welke interventies er nodig zijn om een sociaal isolement bij ouderen met een lichamelijke beperking te voorkomen. Ouderen hebben namelijk volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (2012) en Penninx (2005) een groot risico om door eenzaamheid in een sociaal isolement te komen.

1.2.2. Probleemanalyse

Volgens Hortulanus (2003, 2006) kunnen ouderen die in een sociaal isolement zitten, niet participeren in de samenleving. Als ouderen met een lichamelijke beperking in Geldermalsen niet kunnen participeren in de samenleving dan is dat een probleem voor project de Inclusieve stad, dat wil dat alle mensen kunnen participeren in de samenleving. Daarom wil project de Inclusieve Stad weten hoe een sociaal isolement eventueel voorkomen kan worden, door de risicofactoren aan te pakken die ervoor kunnen zorgen dat ouderen met een lichamelijke beperking in eens sociaal isolement komen.

Om de risicofactoren aan te pakken die kunnen zorgen voor een sociaal isolement bij ouderen, moet het duidelijk zijn of er risicofactoren zijn en wat de risicofactoren zijn voor ouderen met een lichamelijke beperking in Geldermalsen. Project de Inclusieve Stad wil weten wat volgens de ouderen met een lichamelijke beperking de risicofactoren zijn, die ervoor kunnen zorgen dat ze in een sociaal isolement komen. Als het helder is wat de risicofactoren zijn volgens de ouderen met een lichamelijke beperking in Geldermalsen, kan er gezocht worden naar interventies die zorgen dat de risicofactoren worden verminderd of worden weggenomen. Dit met als doel dat ouderen niet in een sociaal isolement komen. Uit de literatuur is bekend dat interventies en maatregelen, die een sociaal isolement moeten voorkomen of verminderen, een gering effect hebben als deze niet voldoende aansluiten bij de specifieke omstandigheden en behoeften van de doelgroep (Findlay, 2003; Cattani, 2005; Fokkema, 2006).

Het uitgangspunt van het vakgebied Disability Studies is: 'Niets over ons zonder ons'. Daarom wordt binnen project de Inclusieve Stad nagegaan wat volgens de ouderen met een lichamelijke beperking de risicofactoren zijn om in een sociaal isolement te komen en zijn de ouderen direct betrokken in het onderzoek. Door de ouderen met een lichamelijke beperking bij dit onderzoek te betrekken, kunnen de interventies aansluiten op de ouderen, waar door ze een grotere kans van slagen hebben en er wordt het vanuit het uitgangspunt gewerkt van DSiN.

DSiN krijgt voor het project de Inclusieve Stad in Geldermalsen subsidie van de provincie Gelderland. Ook voor de provincie Gelderland is het van belang dat ouderen met een lichamelijke beperking voldoende sociale contacten hebben, waardoor ze kunnen participeren in de samenleving. DSiN heeft projecten in Almere en Geldermalsen. Dit onderzoek wordt uitgevoerd in Geldermalsen. Geldermalsen is een gemeente dat bestaat uit de volgende elf kernen: Acquoy, Beesd, Buurmalsen, Deil, Enspijk, Geldermalsen, Gellicum, Meteren, Rhenoy, Rumpt en Tricht.

1.3 Relevantie voor het onderzoek

1.3.1. Relevantie voor de opdrachtgever

Het doel van DSiN, lectoraat Disability Studies en project de inclusieve stad is dat mensen kunnen participeren in de samenleving op een manier die bij hen past. Dit onderzoek levert daar een bijdrage aan doordat er interventies in kaart zijn gebracht, die gericht zijn op het verminderen of voorkomen van sociaal isolement van oudere bewoners met een lichamelijke beperking. Door het voorkomen van een sociaal isolement, blijft de mogelijkheid bestaan dat de ouderen met een lichamelijke beperking kunnen participeren in de samenleving.

1.3.2. Relevantie voor het beroep maatschappelijk werk en dienstverlening

Het signaleren van mogelijke tekortkomingen in de leefomgeving van de cliënt, hoort bij de taken van een maatschappelijk werker (Jagt, 2006). Dit onderzoek heeft de risicofactoren in kaart gebracht die kunnen zorgen dat ouderen met een lichamelijke beperking in een sociaal isolement komen. Deze risicofactoren kunnen tekortkomingen zijn in de leefomgeving. Aan de hand wat volgens de ouderen met een lichamelijke beperking in Geldermalsen de risicofactoren zijn, zijn er aanbevelingen gedaan over welke interventies de risicofactoren verminderen of voorkomen. Daarbij worden de tekortkomingen gesignaleerd en mogelijk aangepakt.

Nederland is aangesloten bij de internationale federatie van sociaal werkers, hierna genoemd als IFSW (IFSW, 2015). De IFSW heeft op haar website een artikel staan dat pleit voor betrokkenheid van maatschappelijk werkers bij de problemen die kunnen ontstaan bij het ouder worden van cliënten (IFSW, 2012). Vlak na de 2^e wereldoorlog werd er door het MIPAA (Madrid International Plan of Action on Ageing), een aantal richtlijnen opgesteld ten aanzien van de ouder wordende mens en vergrijzing. Deze richtlijnen zijn door het IFWS in 2002 bij een bijeenkomst aangehaald om aandacht ervoor te vragen. De richtlijnen die MIPAA had opgesteld worden erkend door de IFSW en zijn:

- ontwikkeling van kennis omtrent ouderdom
- het bevorderen van gezondheid en welzijn tot op hoge leeftijd
- het waarborgen van mogelijke ondersteuning in de omgeving (Verenigde Naties, 2002).

De Wereldgezondheidsorganisatie wil dat een sociaal isolement voorkomen wordt aangezien mensen die in een sociaal isolement zitten vaker last hebben van (ouderen)mishandeling (WHO, 2002). Het is de maatschappelijk werker die ondersteuning biedt in de verschillende levensgebieden van de cliënt (Niessen, 2007). De maatschappelijk werker kan onder andere de omgevingsfactoren samen met de cliënt verbeteren. Om omgevingsfactoren te verbeteren, moet het wel duidelijk zijn welke omgevingsfactoren verbeterd kunnen worden. Dit onderzoek heeft de risicofactoren in kaart gebracht, die ervoor kunnen zorgen dat ouderen met een lichamelijke beperking in een sociaal isolement kunnen komen in Beesd. In dit onderzoek staan verschillende interventies die deze risicofactoren moeten wegnemen. Met deze interventies wordt de gezondheid en welzijn bij de ouderen getracht te bevorderen.

1.3.3. Relevantie voor de maatschappij

Relevantie voor dit onderzoek voor de maatschappij, wordt gelinkt aan de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Met de invoering van de WMO is de verantwoordelijkheid van de overheid op het gebied van zorg naar de gemeente gegaan. De zogenoemde decentralisatie betekent dat de gemeente Geldermalsen de verantwoordelijkheid heeft gekregen op het gebied van de zorg. In de WMO staat beschreven dat voordat een burger professionele hulp ontvangt er gekeken dient te worden naar de volgende aspecten.

- Eigen kracht en netwerk
- Beschikbare algemene voorzieningen
- Met dienstondersteuner en/of mantelzorger

- Alle leefgebieden, wonen, werk/inkomen en jeugdzorg (Rijksoverheid, 2014)

Met dit onderzoek wordt getracht ouderen uit een sociaal isolement te houden. Ouderen kunnen in een sociaal isolement komen als ze sociale contacten verliezen (Machielsen, 2003). De overheid wil dat de burgers en daarmee de ouderen met een lichamelijke beperking eerst een beroep doen op onder andere hun sociaal netwerk, voor dat ze bij professionele hulp aan kloppen. Als ouderen met een lichamelijke beperking in een sociaal isolement zitten kunnen ze geen beroep doen op een sociaal netwerk, omdat ze die niet hebben. Als er voorkomen kan worden dat ouderen in een sociaal isolement komen, dat bestaat de kans dat de ouderen met een lichamelijke beperking hulp kunnen vragen aan hun sociaal netwerk.

1.4. Perspectieven

1.4.1 Sociologisch perspectief

De veranderingen in de maatschappij behoren tot het sociologisch perspectief. Vanaf de 2^e wereldoorlog tot nu is er sprake van individualisering en ontkerkelijking. Mensen leven minder in groepen en hechten minder waarde aan gemeenschapszin. Vanuit de sociologie komt het begrip sociaal kapitaal. Sociaal kapitaal gaat om de steun die mensen kunnen halen van hun sociaal netwerk. Met de vermindering van het sociaal kapitaal, kunnen mensen in mindere maten terugvallen op vanzelfsprekende verbanden, zoals burens, kerk, en familie. Deze veranderingen kunnen een rol spelen waardoor mensen in een sociaal isolement komen (Felling, 2004).

1.4.2. Psychologisch perspectief

Volgens het psychologisch perspectief maakt een mens keuzes waarmee hij situaties kan veranderen. Als mensen in een sociaal isolement dreigen te komen, is het afhankelijk van de keuzes die mensen op dat moment maken of ze wel of niet in een sociaal isolement terecht komen. Helaas is voor dit proces geen handleiding en is dit proces persoonsafhankelijk. Maatschappelijk werkers en andere professionals kunnen tools geven om uit een sociaal isolement te komen, echter is het aan de persoon zelf of en hoe hij hiermee om gaat. Mensen kunnen hulp ontvangen vanuit hun omgeving maar zullen zelf moeten beslissingen maken om uit een sociaal isolement te komen (psychologische-manipulatie, 2015).

1.4.3. Economisch Perspectief

Sociaal geïsoleerde mensen komen vaker in de hulpverlening dan mensen die niet sociaal zijn geïsoleerd. De zorg die mensen ontvangt wordt betaald door de (centrale) overheid. Vanuit het economisch perspectief is het daarom van belang dat mensen niet in een sociaal isolement komen, zodat zij niet vanwege een sociaal isolement professionele zorg nodig hebben (Bogaart, 2011).

1.5. Doel van het onderzoek

De doelstelling van dit onderzoek is om aanbevelingen te doen aan project de Inclusieve stad, welke interventies er voor kunnen zorgen dat ouderen in Geldermalsen met een lichamelijke beperking, mogelijk niet in een sociaal isolement komen.

1.6. Onderzoeksvraag (hoofdvraag en deelvragen)

1.6.1 Hoofdvraag:

Welke interventies en maatregelen kunnen er worden ingezet, die een sociaal isolement kunnen voorkomen bij de ouderen met een lichamelijke beperking in Geldermalsen?

1.6.2 Deelvragen

Deelvraag 1: Waardoor kunnen ouderen volgens onderzoeksliteratuur in een sociaal isolement komen?

Deelvraag 2: Wat zijn volgens de ouderen met een lichamelijke beperking in Geldermalsen de risicofactoren die zorgen dat ze in een sociaal isolement kunnen komen of zitten?

Deelvraag 3: Welke interventies en maatregelen zijn er beschreven in de onderzoeksliteratuur die de risicofactoren aanpakken die volgens ouderen in Geldermalsen met een lichamelijke beperking zorgen voor een sociaal isolement?

2. Onderzoeksmethode

Inleiding hoofdstuk 2:

Dit hoofdstuk bestaat uit twee paragrafen. In paragraaf 2.1 staat beschreven hoe en met welke onderzoeksmethode de deelvragen beantwoordt zijn. In paragraaf 2.2 staat het type onderzoek beschreven. In paragraaf 2.3 staan de onderzoeksmethodes beschreven van het onderzoek. In paragraaf 2.4 staat op welke manier er rekening gehouden is met de betrouwbaarheid en de validiteit van dit onderzoek.

2.1. Onderzoekstype

Dit onderzoek is een combinatie van een beschrijvend en een ontwerp-/ ontwikkelingsonderzoek. Volgens van der Donk en Lanen (2014) is het doel bij een beschrijvend onderzoek, dat een bepaald thema of praktijksituatie in kaart wordt gebracht. In dit onderzoek zijn de verschillende risicofactoren in kaart gebracht. Doordat ouderen met een lichamelijke beperking geïnterviewd zijn worden op deze manier de risicofactoren in kaart gebracht. Nadat de praktijksituatie in kaart is gebracht, zijn er onder andere interventies beschreven vanuit de literatuur. Volgens van der Donk en Lanen (2014) gaat het bij ontwerponderzoek of ontwikkelingsonderzoek om een kwalitatieve verbetering van de praktijksituatie. Om tot een verbetering te komen van een praktijksituatie moet deze eerst worden beschreven, daarom het beschrijvende onderzoek als begin. Met de aangedragen interventies kan de praktijksituatie door project de Inclusieve Stad verbeterd worden. De verschillende interventies die in dit verslag beschreven staan kunnen de kans op een sociaal isolement bij ouderen laten afnemen.

Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek vanwege de interviews die zijn gehouden. Uit de verschillende interviews zijn gegevens verkregen die geen cijfers maar woorden bevatten. Dit onderzoek is dus geen kwantitatief onderzoek, omdat bij een kwantitatief onderzoek gaat het om cijfers (Heerink, 2009).

2.2. Onderzoeksmethode

2.2.1. Hoofdvraag:

Welke interventies, aanbevelingen en maatregelen kunnen er worden ingezet, die een sociaal isolement kunnen voorkomen bij de ouderen met een lichamelijke beperking in Geldermalsen?

De hoofdvraag is beantwoord doordat de deelvragen in de volgende volgorde beantwoord zijn. Deelvraag 1 is al eerst beantwoord. Deelvraag 2 is beantwoord met behulp van deelvraag 1. Deelvraag 3 is beantwoord aan de hand van deelvraag 1 en 2. Nadat de deelvragen zijn beantwoord is er antwoord gegeven op de hoofdvraag en is daarmee doelstelling van dit onderzoek behaald.

2.2.2. Deelvraag 1:

Wat zijn volgens de onderzoeksliteratuur risicofactoren die zorgen dat ouderen in een sociaal isolement komen?

Deelvraag 1 is beantwoord met een literatuurstudie. De onderzoeksliteratuur waarnaar gezocht is, zijn de risicofactoren die zorgen dat ouderen in een sociaal isolement kunnen komen. Deze deelvraag is een ondersteunende deelvraag. Aan de hand van de resultaten van deze deelvraag zijn er topics gemaakt. De topics zijn gebruikt om de interviewvragen te maken. De onderzoeksliteratuur waarnaar gezocht is komt uit het jaar 2000 of is recenter geschreven. De onderzoeksliteratuur is minimaal geschreven vanuit een Hbo waardige instelling/school of hoger.

2.2.3. Deelvraag 2:

Wat zijn volgens de ouderen met een lichamelijke beperking in Geldermalsen de risicofactoren die zorgen dat ze in een sociaal isolement kunnen komen of zitten?

Deelvraag 2 is beantwoord na deelvraag 1. De onderzoeksmethode die is ingezet om deelvraag 2 te beantwoorden is een diepte interview. In dit onderzoek is het diepte interview individueel of samen met de partner afgenomen. "In een kwalitatief interview zoekt de onderzoeker, binnen het kader van het onderzoeksdoel, aansluiting bij de eigen beleving van de respondent" (Plochg, 2007). Het interview had als uitgangspunt, dat de respondent de ruimte kreeg om zijn of haar verhaal te kunnen vertellen. Om deze deelvraag te kunnen beantwoorden, is de mening van de respondenten gevraagd. Met een diepte interview hebben ze hun verhaal verteld uit hun eigen, kennis, ervaring en perspectief.

Om deelvraag 2 te beantwoorden is er gekozen voor een semigestructureerd interview. Hoewel er zorgvuldig nagedacht is over de topics, bestond de kans dat de topics en de vragen niet aansloten bij de respondent die is geïnterviewd. Door een semigestructureerd interview te gebruiken, kon er worden doorgevraagd op specifieke onderwerpen die de respondent bespreekbaar wou maken. Het interview zelf is gemaakt in samenspraak met de opdrachtgever. De opdrachtgever heeft feedback

gegevens over de vragen die zijn opgesteld. Deze feedback is verwerkt in de uiteindelijke vragenlijst. De vragen die het interview bevatten zijn onder andere terug te leiden naar de topics die mede door de literatuur zijn opgesteld (deelvraag 1). Er is een proefinterview afgenomen met een bewoner uit Beesd die 60 jaar was.

Na elk interview is er een analyseblad ingevuld. Het invullen van een analyseblad is gedaan om van elk interview te leren. Het analyseblad is niet besproken met de opdrachtgever. De interviews verliepen redelijk goed. Punten die in het analyseblad stonden waren de volgende:

- ✚ Wat draagt dit interview bij aan de vraagstelling?
- ✚ Zijn er nieuwe ideeën?
- ✚ Methodologische opmerkingen?
- ✚ Gevolgen voor selectie respondenten?
- ✚ Hoe heb ik het zelf gedaan?
- ✚ Tips voor de volgende keer

In het hoofdstuk conclusie en discussie is een kritische reflectie te lezen waar deze punten uitgebreid terug komen. Het puntje gevolgen voor selectie en respondenten wordt hier beschreven. Het onderzoek zou zich richten op de gemeente Geldermalsen. Echter na twee interviews te hebben gehouden is er gekozen om de criteria daar in aan te passen. De verschillende kernen binnen Geldermalsen kunnen verschillen van elkaar. Om de resultaten met elkaar te kunnen vergelijken is er gekozen om alleen respondenten te nemen die wonen in Beesd. De interviews zijn bij de ouderen thuis afgenomen. De ouderen die zijn geïnterviewd waren tussen de 75 en 90 jaar oud en hadden een lichamelijke beperking. Deze ouderen woonden in een verzorgingstehuis in Beesd. Door respondenten te nemen met zelfde kenmerken, kunnen de resultaten met elkaar worden vergeleken.

De interviews zijn opgenomen met opname apparatuur. De opgenomen interviews zijn gebruikt om een codeboom te maken. Er zijn uiteindelijk vijf interviews afgenomen (zeven respondenten). Samen met de opdrachtgever is dit besloten. Bij de zeven interviews heeft de opdrachtgever de mogelijkheid de transcripties met behulp van de geluidsbestanden te controleren.

Er is gekozen voor zes respondenten met een lichamelijke beperking aangezien dit zeker zes % van de onderzoekspopulatie binnen Beesd die een lichamelijke beperking heeft en in een verzorgingstehuis woont. Er wonen ongeveer 100 mensen in het verzorgingstehuis die een lichamelijke beperking

hebben. Het aantal mensen dat in Beesd woont met een lichamelijke beperking is 255. Het aantal responsen daarvan bedraagt dan 2,4 procent.

Na het analyseren van de interviews is gebleken dat er sprake was van onderzoek verzadiging. Hiermee wordt bedoeld dat de respondenten in grote lijnen dezelfde of vergelijkbare informatie hadden gegeven. Het is daarom dat na deze zes respondenten gekozen is om geen verdere respondenten te interviewen aangezien er geen nieuwe inzichten of informatie van de respondenten verwacht werd.

‘Na het invullen van het analyseblad zijn de interviews getranscribeerd. Na het transcriberen wordt er gecodeerd. Boeije (2014) beschrijft het coderen als volgt: Om vergelijkingen te kunnen maken tussen de interviews, is het handig deze vergelijkingen systematisch uit te voeren. In de verschillende interviews staan fragmenten die overeenkomen met elkaar. Deze overeenkomsten hebben een code gekregen, zodat er achteraf een vergelijking is gemaakt tussen de fragmenten.

Tijdens het coderen zijn de codes gemaakt. Aan de hand van de volgende criteria aangehouden

- ✚ Code is betekenisvol
- ✚ Code is duidelijk en precies
- ✚ Code is dichtbij de data en taal van de respondent
- ✚ Code is niet te lange titel
- ✚ Code is gerelateerd aan de vraagstelling

Als eerste is er open gecodeerd. Aangezien de mening van de respondent wordt gevraagd wat de risicofactoren zijn van het kunnen komen in een sociaal isolement, bestaat de kans dat de respondenten verschillende antwoorden geven. Er kunnen per interview andere codes worden gebruikt, aangezien de respondenten verschillende risicofactoren aanhalen. Bij open coderen behoud je de mogelijkheid om nieuwe codes toe te voegen, per interview (Boeije, 2014).

Nadat er open is gecodeerd zijn er verschillende codes gebundeld tot een nieuwe code. Dit aangezien codes teveel op elkaar leken en een overkoepelende code de lading dekt. Aan de hand van de gecodeerde interviews zijn de resultaten beschreven voor het eindverslag. De resultaten hebben uiteindelijk antwoordt gegeven op deelvraag 2. Na het beantwoorden van deelvraag 2 is deelvraag drie beantwoordt.

2.2.4. Deelvraag 3:

Welke interventies en maatregelen zijn er beschreven in de onderzoeksliteratuur die de risicofactoren aanpakken die volgens ouderen in Geldermalsen met een lichamelijke beperking zorgen voor een sociaal isolement?

Deelvraag 3 is beantwoord met een literatuurstudie. Met de resultaten die komen uit de interviews wordt er gezocht naar interventies die deze risicofactoren kan verminderen of wegnemen die kunnen zorgen dat ouderen in een sociaal isolement kunnen komen. Machielse (2011) is een van de auteurs die verschillende interventies heeft omschreven in haar onderzoeksplan. Er zullen uit verschillende onderzoeksverslagen interventies worden gehaald die aansluiten bij de resultaten uit deelvraag 2. Als deze deelvraag is beantwoord kan de hoofdvraag beantwoordt worden. De onderzoeksliteratuur waarnaar gezocht wordt komt uit het jaar 2000 of is recenter geschreven. De onderzoeksliteratuur is minimaal een geschreven vanuit een Hbo waardige instelling/school of hoger.

2.3. Betrouwbaarheid en validiteit

2.3.1. Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van een onderzoek kan verhoogd worden met een goed meet instrument. In dit onderzoek is er gekozen voor een semigestructureerd interview. Door een semigestructureerd interview te gebruiken kon er worden doorgevraagd om bepaalde vragen in het interview. Vragen die voor de respondent niet duidelijk waren konden worden verhelderd, waarna de respondent antwoord kon geven op de vraag. Door een semigestructureerd interview te gebruiken kon daarnaast worden doorgevraagd op topics en vragen die niet van te voren zijn opgesteld. Door een semigestructureerd interview te gebruiken is de kans op systematisch fouten verkleind. Systematische fouten treden op als de respondenten de vragen verkeerd interpreteren en daardoor geen antwoord geven op vraag.

Een aantal interviews zijn opgenomen. Eén interview is niet opgenomen. Door de interviews op te nemen, te transcriberen en te coderen wordt de kans vergroot dat de gegevens juist worden interpreteert. Aan de hand van de codes is een tabel gemaakt die fragmenten uit verschillende interviews weergeven en vergelijken. Aan de hand van deze vergelijking zijn de resultaten geschreven.

2.3.2. Validiteit

In dit onderzoek zijn er 8 mensen geïnterviewd. De validiteit van dit onderzoek is vergroot mede doordat alle negen mensen vrijwillig hebben mee gedaan aan dit onderzoek. De respondenten hebben te allen tijde de mogelijkheid gehad om het interview te beëindigen, vragen niet te beantwoorden of achter af te zeggen dat het interview geen deel mag uitmaken van het onderzoek. In het onderzoek zijn geen namen en andere persoonlijke gegevens te vinden van de respondenten, waardoor de kans verkleind wordt, dat mensen die het onderzoek lezen weten wie de respondenten zijn. De gegevens zijn dus anoniem verwerkt in dit onderzoek. Door bovenstaande criteria te hanteren is de kans op sociaal wenselijke antwoorden getracht te verkleinen. Sociaal wenselijke antwoorden zijn schadelijk voor het onderzoek omdat deze de werkelijkheid niet weergeven. De kans op sociaal wenselijke antwoorden is daarnaast getracht te verkleinen door de interviews bij de mensen in huis af te nemen. Mensen zouden in hun eigen omgeving meer op hun gemak kunnen zijn geweest, waardoor ze eerder geneigd waren om geen sociaal wenselijke antwoorden te geven. Buiten een partner was er niemand die mee kon luisteren tijdens het interview. Doordat naast hun partner er niemand anders aanwezig was bij het interview is er een grotere kans dat ze eerlijke antwoorden geven.

Tijdens dit onderzoek zijn er 7 mensen geïnterviewd. zes van de zeven respondenten waren ouder dan 75 jaar. De leeftijd van de respondenten lag tussen de 75 en 90 jaar. Deze zes mensen hadden een lichamelijke beperking. Zonder hulpmiddelen konden deze zes mensen zich niet of slechts enkele meters zelf voortbewegen. Eén van de zeven respondenten zat in een rolstoel. In tegenstelling tot de andere zeven respondenten was ze geheel afhankelijk van hulp om zich te kunnen verplaatsen. De zeven respondenten woonden allen in een verzorgingstehuis in Beesd. Beesd is een van de elf kernen die samen de gemeente Geldermalsen maakt. Door respondenten te nemen met een bepaalde leeftijd, beperking en andere omstandigheden die het zelfde zijn, kunnen de uitkomsten van het onderzoek op een bredere populatie van toepassing zijn binnen Beesd.

3. Theoretisch kader

Inleiding hoofdstuk 3:

Dit hoofdstuk bestaat uit drie paragrafen. In paragraaf 3.1 staan de verschillende begrippen gedefinieerd van uit de literatuur. In paragraaf 3.2 worden de risicofactoren van een sociaal isolement beschreven op meso/macro niveau. In paragraaf 3.3 worden de risicofactoren beschreven op micro niveau.

3.1. definiëring van begrippen

3.1.1. Sociaal isolement

Voor dit onderzoek is een definitie gekozen die door een aantal auteurs gebruikt wordt in hun theoretisch kader. De definitie die gebruikt zal worden voor dit onderzoek zal komen van Machielse (2003). Machielse (2003) beschrijft een "sociaal isolement als het ontbreken van ondersteunende relaties in het persoonlijke leven. Het gaat dan om persoonlijke relaties met familie, vrienden en bekenden waar mensen in geval van nood op terug kunnen vallen". Deze definitie wordt tevens gebruikt in onderzoeken van Rijnenberg (2013), Machielse (2011), Jong-Gierveld (2007) en Hortulanus (2003).

3.1.2. Risicofactor

Hortulanus (2003) en Machielse (2003, 2006) beschrijven verschillende risicofactoren die er voor kunnen zorgen, dat ouderen in een sociaal isolement komen. De definitie die dit onderzoek aanhoudt voor risicofactor zal terug te leiden zijn naar bovengenoemde auteurs; een risicofactor kan er voor zorgen, dat ouderen mogelijk in een sociaal isolement kunnen komen. In de definiëring staat uitdrukkelijk dat een risicofactor er voor **kan** zorgen dat ouderen in een sociaal isolement kunnen komen. Een risicofactor kan aanwezig zijn bij ouderen maar hoeven er niet voor te zorgen dat ouderen in een sociaal isolement belanden. Wel is er met een risicofactor een verhoogde kans dat ouderen in een sociaal isolement komen.

3.1.3. Interventie

Definities van interventies zijn algemeen beschreven. Interventies zijn methoden en technieken die gebruikt worden om het gedrag van de cliënt te veranderen en hun omstandigheden te beïnvloeden/veranderen. Dit heeft als doel om de kwaliteit van het leven van de cliënt /samenleving te veranderen (Annie, 2015).

3.1.4. Koppeling sociaal isolement, risicofactor en interventie

Nadat de begrippen sociaal isolement, risicofactor en interventie zijn gedefinieerd, wordt er hier een koppeling gemaakt tussen deze begrippen. De begrippen die hierboven zijn gedefinieerd zijn nog redelijk abstract. Door deze begrippen te combineren wordt er getracht duidelijkheid te scheppen wat deze begrippen in de context van dit verslag inhouden. De combinatie tussen deze begrippen levert de volgende definitie; Een interventie heeft als doel de risicofactor te veranderen of te beïnvloeden, zodat ouderen in Geldermalsen ondersteunende relaties in het persoonlijk leven, zoals familie, vrienden en bekenden kunnen hebben, met doel dat de ouderen niet in een sociaal isolement hoeven komen.

3.1.5. Ouderen met een lichamelijke beperking

Dit onderzoek zal zich richten op ouderen met een lichamelijke beperking die 75 jaar of ouder zijn. Een lichamelijke beperking valt onder te verdelen in vier categorieën: motorisch, visueel, auditief en meervoudig beperkt. Motorisch beperkt is dat de spieren en het bewegingsapparaat van iemand problemen heeft met functioneren, visuele beperking heeft te maken met het feit dat iemand niet of minder kan zien. Een auditieve beperking heeft te maken hoe goed iemand kan horen. Een meervoudige beperking houdt een combinatie van de drie eerder genoemde lichamelijke beperkingen in (Klerk, 2007). Gennep (2003) voegt naast motorische, visuele en cognitieve problemen nog vier problemen toe. Deze zijn het hebben van epilepsie, eetproblemen, doorliggen en communicatie. Dit onderzoek heeft zich gericht op respondenten die een motorische, visuele en auditieve beperking hebben of een combinatie van deze drie.

3.2. risicofactoren sociaal isolement op meso/macro niveau

3.2.1. Buurtkenmerken

Volgens het CBS (2015) zijn er allerlei risicofactoren die meespelen bij het hebben van sociale contacten. Zo hebben mensen die wonen in een gemeenschap met specifieke negatieve buurtkenmerken, meer kans op minder sociale contacten. Deze negatieve kenmerken zijn mensen

die laag opgeleid zijn en mensen die percentueel een laag inkomen hebben of een uitkering. Over het algemeen hebben mensen in de stad minder sociale contacten dan plattelandsbewoners.

De omgevingsfactoren worden door onderzoek van Cattel (2001) uitgebreid met culturele aspecten van een buurt. Deze culturele aspecten kunnen als bevorderende en als risicofactor worden aangeduid. Daarnaast geven ze de verslechterende gezondheid als risicofactor van het aangaan van sociale contacten aan en dat door verminderde participatie de kans bestaat dat men minder gebruik kan maken van sociaal kapitaal. Met participatie bestaat de kans dat er sociale contacten op gedaan kunnen worden. Volgens Deth (2011) bevordert maatschappelijke participatie het hebben van sociale contacten. De insteek van mensen die maatschappelijke participatie is grotendeels terug te leiden naar het opdoen van sociale contacten.

3.2.2 De verlichting

Tijdens de verlichting in de 18^e eeuw hebben mensen meer drang gekregen naar individuele vrijheid. Naast de individuele vrijheid, hebben mensen tijdens de verlichting meer drang gekregen naar zelfontplooiing, zijn traditionele verbanden minder vanzelfsprekend. Onder deze verbanden zijn geloof, familie, en buurt waar iemand leeft (Felling, 2004).

In de theorie staan er een aantal aspecten beschreven die verband hebben met individualisering. De-institutionalisering is dat er minder interesse is in traditionele voorzieningen, zoals geloofshuizen. De-traditionalisering is een begrip dat betekent dat mensen eigen waarde opvattingen over dingen ontwikkelen. Men denkt anders dan ouders of andere familie leden over bepaalde opvattingen. Heterogenisering heeft daar betrekking op. Mensen hebben steeds meer verschillende opvattingen over verschillende zaken. Fragmentering verwijst naar de af van verminderde samenhang sociaal cultureel opvattingen en de het verminderde collectieve belang dat een groep kan hebben (Felling, 2004).

3.2.3. Individualisering

De individualisering heeft gevolgen voor de samenleving. Vergeleken met vroeger hebben mensen meer kans om uit gemeenschappen te gaan om zich elders te ontplooien. Mensen gaan zich elders ontplooien door naar school of werk te gaan in een andere stad. Mensen hechten minder waarde aan vaste tradities. Er is een afname te zien in gemeenschapszin. Het afbrokkelen van gemeenschapszin heeft tot gevolg dat mensen individuelere worden (Hortulanus, 2003).

Machielse (2006) vraagt zich af hoe de binding in de samenleving hersteld of vernieuwd kan worden. De individualisering zorgt dat er minder binding in de samenleving is. Bij binding in de samenleving zijn er een aantal sociologen die schrijven over sociaal kapitaal. Kan het sociaal kapitaal zorgen voor nieuwe binding in de samenleving, of brokkelt het sociaal kapitaal af?

3.2.4 Sociaal kapitaal

Een Amerikaanse socioloog Putnam, ziet afname van sociaal kapitaal in Amerika. Putnam schreef *bowling alone*, waarin hij het fenomeen bowlen gebruikte om aan te tonen dat het sociaal kapitaal aan het afbrokkelen is in Amerika. Waar vroeger mensen gezamenlijk gingen bowlen, zag hij de trend dat steeds meer mensen alleen gingen bowlen en minder met elkaar in groepen.

Putnam (2000) heeft een aantal oorzaken die te maken hebben met het verval van sociaal kapitaal. Mensen hebben het in de moderne samenleving steeds drukker met werk, familie en gezin. De druk met het verdienen van geld is de laatste decennia toegenomen. Jonge mensen trekken naar de stad en mensen die klaar zijn met hun studie en een baan hebben, verlaten de stad weer op in omringende dorpjes te gaan wonen. Het reizen naar ander plekken op aarde en daarbij in Nederland is sterk veranderd. Door verbeterd openbaar vervoer en wegen kunnen mensen gemakkelijker reizen en zichzelf verspreiden door het land. Met de komst van onder andere de smartphones hebben mensen ander elektronisch vermaak en ontstaat er eventueel generatieveranderingen. Mensen stoppen meer tijd in elektronisch vermaak dan in sociale contacten. Putnam denkt dat de afname van sociaal kapitaal de volgende gevolgen kunnen hebben. Hij denkt dat wederkerigheid, vertrouwen en solidariteit minder wordt naarmate het sociaal kapitaal afneemt.

3.2.5 Afname sociaal kapitaal

De afname van sociaal kapitaal gaat gepaard met afbrokkeling van sociale contacten. Mensen lever steeds individueler en dat heeft gevolgen voor het aantal sociale contacten dat iemand heeft. Naast de afbrokkeling van sociale contacten dat gelinkt kan worden aan sociaal kapitaal, zijn er risicofactoren op micro niveau. Deze worden beschreven in 3.3 risicofactoren sociaal isolement op micro niveau

3.3. Risicofactoren sociaal isolement op micro niveau

3.3.1. sociale contacten en een partner

Volgens Jong-Gierveld (2007) komen mensen in een sociaal isolement door het missen van sociale relaties en contacten. Het komen missen van sociale contacten kent een aantal risicofactoren. Uit onderzoek van Fokkema (2006) blijken risicofactoren voor het komen in een sociaal isolement, het ontbreken van een partner en of overlijden van een partner te zijn. Want, samen met je partner heb je meer sociale contacten dan alleen.

3.3.2. Ingrijpende gebeurtenissen

Volgens de Jong-Gierveld (2007) en Fokkema (2006) is het niet het ouder worden dat zorgt voor verminderde contacten maar de ingrijpende levensgebeurtenissen, zoals het verliezen van een partner. Volgens van Hintum (2011) heeft men zonder partner een kleiner netwerk en minder sociale contacten. Het hebben van een partner en daarmee sociale contacten, kan als bevorderend worden omschreven. Het niet hebben van een partner en het daarbij missen van sociale contacten kan als risicofactor worden omschreven. Ook zijn levensgebeurtenissen van belang, zoals het hebben van een verminderde mobiliteit, die ervoor zorgt dat mensen minder sociale contacten hebben.

Volgens van der Veen (1995) wordt bij ouderen, door het verlies van een partner, vrienden en kennissen, het sociale netwerk kleiner. Volgens Fokkema (2006) wordt het aantal sociale contacten kleiner door verminderde vitaliteit, waardoor de mobiliteit afneemt. Het gebrek en zelfvertrouwen, sociale vaardigheden en probleemoplossend vermogen, lijken oorzaken voor het niet kunnen oplossen van de problemen, die het kleiner worden van het sociaal netwerk voorkomen.

Volgens van Hintum (2011) gaat ouder worden gepaard met verlies van lichamelijke gezondheid, een kleiner netwerk en het verliezen van een partner. Deze risicofactoren zorgen voor minder sociale contacten. Als ouderen hiermee goed kunnen omgaan en dit kunnen opvangen is dit geen risicofactor, kunnen ze dit niet dan kan dit er voor zorgen dat ouderen een kleiner netwerk krijgen. Als ouderen zich eenzaam voelen of het gevoel hebben weinig sociale contacten te hebben, dan kan dit het best worden verholpen door vroege signalering en interventies. Het teruglopen van sociale contacten kan dan verholpen worden.

4. Resultaten

Inleiding hoofdstuk 4:

In dit hoofdstuk zullen de resultaten beschreven worden van het onderzoek. Per deelvraag zullen de resultaten beschreven worden. Per deelvraag zal een korte samenvatting worden gegeven hoe aan de informatie is gekomen en waar deze volledig in het verslag te lezen is.

4.1. Risicofactoren sociaal isolement ouderen vanuit theorie

Inleiding paragraaf 4.1

In dit paragraaf worden de resultaten beschreven van deelvraag 1: Waardoor kunnen ouderen volgens onderzoeksliteratuur in een sociaal isolement komen? In hoofdstuk 3 staat de gehele tekst uitgeschreven. In de resultaten zullen paragraaf 3.2 en 3.3 kort worden samengevat om herhaling te voorkomen.

4.1.1. Individualisering

Vanaf de verlichting in de 18^e eeuw zijn mensen individueler gaan leven. Mensen hechten meer waarde aan zelfontplooiing en minder waarde aan gemeenschapszin. Mensen gaan zich onder andere elders anders ontplooiën dan in de buurt waar ze zijn opgegroeid. Begrippen die met de individualisering te maken hebben zijn, de-institutionalisering, de-traditionalisering, heterogenisering en fragmentering (Felling, 2004).

4.1.2 Buurtkenmerken

Buurtkenmerken kunnen een negatieve of positieve bijdrage hebben bij het hebben van sociale contacten. Mensen op het platteland hebben over het algemeen meer sociale contacten dan in de stad. Verder kan de sociaal-culturele verhouding gevolgen hebben op het aantal sociale contacten dat mensen hebben. In een omgeving waar mensen kunnen participeren in een samenleving, kan dit positieve gevolgen hebben op het aantal sociale contacten dat mensen hebben (CBS, 2011).

4.1.3 sociaal kapitaal

Er is sprake van een afname van sociaal kapitaal. Volgens Putnam zijn gevolgen van de afname van sociaal kapitaal, dat reizen gemakkelijker geworden is. Mensen kunnen gemakkelijker ergens anders gaan wonen aangezien reizen gemakkelijker is geworden in de loop der jaren. Mensen hebben het

daarnaast drukker met werk, familie en gezin. Jongen mensen verhuizen naar de stad om te studeren en werken. Hebben ze een diploma en baan dan vertrekken deze mensen weer in de omliggende dorpen buiten de stad. Met de komst van onder andere de smartphone hebben mensen tegenwoordig meer elektronisch plezier wat ten koste gaat van de tijd dat mensen stoppen in sociale contacten (Putnam, 2000).

4.1.4. Risicofactoren sociaal isolement micro niveau

In paragraaf 3.3. worden verschillende risicofactoren genoemd waardoor ouderen in een sociaal isolement kunnen komen. Hieronder volgt een korte opsomming van de risicofactoren.

- Verlies partner
- Missen van partner
- Verminderde gezondheid
- Verminderde mobiliteit
- Gebrek aan vaardigheden, zelfvertrouwen en probleemoplossend vermogen

4.2. Risicofactoren sociaal isolement volgens ouderen met lichamelijke beperking in Beesd.

Inleiding

In deze paragraaf worden de resultaten beschreven van deelvraag 2: Wat zijn volgens de ouderen met een lichamelijke beperking in Geldermalsen de risicofactoren die zorgen dat ze in een sociaal isolement kunnen komen of zitten? De resultaten worden beschreven aan de hand van de interviews die zijn gehouden. De resultaten zijn geschreven aan de hand van de codeboom. In deze paragraaf wordt tevens de vergelijking gemaakt tussen de gevonden theorie en uitkomsten van de interviews.

4.2.1 Partner

Vijf van de zeven respondenten hebben een partner. Bij twee respondenten is hun man overleden. In de literatuur staat beschreven dat de kans op een sociaal isolement wordt verkleind als ouderen een partner hebben en de kans op sociaal isolement wordt vergroot als iemand zijn partner verliest Fokkema (2006). De respondenten die een partner hebben gaven aan dat ze activiteiten binnen het verzorgingstehuis samen deden en dat ze het fijn vonden elkaar te hebben als ze geen zin hadden om mee te doen aan de activiteiten. Mensen die hun partner waren verloren konden niet benoemen welke gevolgen het verlies van partner had op het aantal sociale contacten dat ze hadden. Daarbij was het niet duidelijk of het hebben van een partner zorgt voor meer sociale contacten.

4.2.2 Lichamelijke beperking en verminderde mobiliteit

Zes van de zeven respondenten hadden last van een lichamelijke beperking. Ze zijn afhankelijk van een hulpmiddel of zich voort te bewegen. Zelfs met hulpmiddel is het lastig om ver te lopen of reizen. Mensen zijn in het verzorgingstehuis gekomen doordat ze lichamelijke of psychisch beperkt zijn. Volgens de theorie hebben mensen met een verminderde mobiliteit en gezondheid een verhoogde kans om in een sociaal isolement te komen (Veen, 1995; Hintum, 2011). De respondenten gaven aan dat ze in het verzorgingstehuis voldoende sociale contacten hebben.

“Ja, ik heb sociale contacten, meer dan bij mijn eigen thuis en hier hebben we allemaal mensen die we kennen uit Beesd” (R2, 78 jaar)

4.2.3 Verzorgingstehuis in Beesd

Een aantal respondenten gaf aan dat het fijn was om in het verzorgingstehuis in Beesd te wonen aangezien de mensen die in het verzorgingstehuis wonen voornamelijk ook uit Beesd of in de

omgeving van Beesd gewoond hebben. Ze kennen de mensen daarbij van vroeger. Echter is er een respondent bij die komt uit de buurt van Schiedam. Ze vindt het soms moeilijk dat ze niet uit Beesd komt.

“ ik heb persoonlijk het idee, ik ben een buitenstaander ik kom hier niet uit de buurt, dat ik soms wordt buitengesloten. Dat idee heb ik hoor” (R3, 80 jaar)

4.2.4. Activiteiten

Als mensen in een verzorgingstehuis komen kunnen ze met allerlei activiteiten mee doen. De activiteiten hebben een aantal functies. Mensen hoeven zich volgens de respondenten niet te vervelen. Er zijn verschillende activiteiten waaraan mensen kunnen meedoen. Naast dat mensen zich niet hoeven vervelen, hebben mensen sociale contacten tijdens de activiteiten. De activiteiten worden bij de mensen bekend gemaakt aan de hand van een boekje. Het boekje bevat de activiteiten die in die maand worden gehouden. Voorbeelden van activiteiten die in het boekje staan, zijn de bingo, muziek avond en andere activiteiten die maandelijks kunnen verschillen.

“als je zou willen, dan hoef je je hier niet te vervelen hoor, er wordt genoeg georganiseerd” (R4, 78 jaar)

4.2.5. Dagelijkse activiteiten

Naast de activiteiten die in het verzorgingshuis te doen zijn, kan er elke ochtend, middag en avond kan er gezamenlijk koffie gedronken worden. In de middag wordt er een warme maaltijd genuttigd, deze kunnen mensen om hun kamer laten bezorgen of ze kunnen deze gezamenlijk met elkaar op eten. Mensen niet zelfstandig naar de deze dagelijkse activiteiten kunnen gaan door hun lichamelijke beperking of verminderde gezondheid, worden geholpen door het verzorgingstehuis, op deze manier kunnen mensen toch bij de dagelijkse activiteiten zijn.

4.2.6. Voorzieningen binnen het verzorgingstehuis

In het verzorgingstehuis zijn er een aantal voorzieningen. Voorzieningen waarvan de respondenten gebruik maken zijn de volgende. Elke woensdag en zondag is er een mogelijkheid om binnen het verzorgingstehuis naar de kerk te gaan. De katholieken kerk en de protestantste kerk geven elk op een van de dagen een dienst. Mensen zouden op zondag eventueel ook naar de kerkdienst kunnen gaan in het dorp. Voorzieningen die in het verzorgingstehuis aanwezig zijn voor ouderen zijn onder andere een winkel waar onder andere eten en drinken gekocht kan worden en een bibliotheek. Hier

kunnen mensen op woensdag avond heen. Als dit niet mogelijk is dan kunnen komt er een vrijwilliger bij de mensen langs om boeken te brengen.

4.2.7. Voorzieningen in Beesd en Geldermalsen

Een van de voorzieningen die actief is in de gemeente Beesd is het Rode Kruis. In de zomer en met mooi weer gaan vrijwilligers wandelen met bewoners die onder andere in een rolstoel zitten. Ze maken een wandeling door Beesd. Een andere organisatie die in Beesd actief is, is vrienden van Linge Hof die de activiteiten organiseert binnen het verzorgingstehuis. Hiernaast zijn er geen voorzieningen bekend bij de respondenten die zorgen voor sociale contacten. De reden hiervoor zou kunnen dat ouderen voldoende activiteiten en sociale contacten ervaren binnen het verzorgingstehuis. Daarnaast geven de ouderen aan dat ze moeilijk het verzorgingstehuis kunnen verlaten vanwege hun lichamelijke beperking of verminderde gezondheid.

4.2.8. Maatschappelijke participatie

In de theorie staat dat maatschappelijke participatie kan zorgen voor sociale contacten. De respondenten zijn in zoverre lichamelijk beperkt dat ze niet zelfstandig of zonder hulpmiddel het verzorgingstehuis kunnen verlaten. Een van respondenten geeft aan dat er in Beesd voldoende mogelijkheden zijn om vrijwilligerswerk te doen om zo te kunnen participeren in de samenleving. Zo kan je vrijwilligers werk doen bij het rode kruis, de kerk, de brandweer en de buurt bus. De respondent gaf aan dat er heel veel voorzieningen, organisaties en andere bedrijven vrijwilligers zoeken. Echter geeft deze respondent aan, dat als mensen wat mankeren dit niet meer gaat. De respondenten die zijn geïnterviewd, kunnen daar geen gebruik van maken aangezien ze lichamelijk beperkt en een verminderde gezondheid hebben.

4.2.9. Individualiseren

In de theorie wordt geschreven over de individualisering van de samenleving (Felling, 2004; Putnam, 2000). Van de zeven respondenten woonden geen een kind meer in de gemeente Beesd of Geldermalsen. De meeste respondenten zijn geboren in Geldermalsen of in Beesd. Hun kinderen zijn verhuisd om elders in dit land te gaan studeren of werken. Hoewel de redenen niet benoemd zijn door de respondenten, geeft een respondent aan dat de huizenmarkt in Geldermalsen en Beesd erg hoog is. Voor jonge mensen zijn deze huizen onbetaalbaar. Zijn eigen kinderen zijn het huis uit gegaan om te studeren in Rotterdam en Den-Bosch. Het is makkelijker om een kamer te huren dan elke dag heen en weer rijden.

4.2.10. Openbaar vervoer

In Beesd rijdt de buurtbus. Deze rijdt een keer in het uur onder andere richting het station van Geldermalsen en Beesd. Van deze stations kunnen mensen hun richting vervolgen naar Dordrecht, Breda en Utrecht. De buurtbus is ongeschikt voor mensen met een rolstoel. De trein is geschikt voor een rolstoel, echter zijn mensen afhankelijk van een taxi om ze naar het station te brengen. De respondenten kiezen er dan voor om de gehele reis af te leggen met de taxi.

4.2.11 Hulpmiddelen

De respondenten maken gebruik van hulpmiddelen zoals scootmobiel, rollator of wandelstok. De hulpmiddelen vergroten de mobiliteit van de respondenten. Zonder hulpmiddelen kunnen ze niet of moeilijk buiten het verzorgingshuis naar verschillende locaties gaan.

4.3. Interventies en maatregelen

Deelvraag 3: Welke interventies, aanbevelingen en maatregelen zijn er beschreven in de onderzoeksliteratuur die de risicofactoren aanpakken die volgens ouderen in Geldermalsen met een lichamelijke beperking zorgen voor een sociaal isolement? Aan de hand van de uitkomsten van de interviews worden er in deze deelvraag interventies beschreven.

Uit de uitkomsten van de interviews komt naar voren dat ouderen binnen de verzorgingstehuis genoeg activiteiten en sociale contacten kunnen hebben. De interventies die in deze deelvraag beschreven worden, zullen betrekking hebben tot inclusie en participatie in Beesd en Geldermalsen.

Voor project de inclusieve stad is het belangrijk dat mensen mee kunnen doen in de Geldermalsen. In de probleemanalyse staat beschreven dat sociale contacten de participatie kan bevorderen van onder andere ouderen mensen. Met participatie en inclusie verstaat project de Inclusieve Stad dat een ieder die in Beesd woont mee kan doen met alle activiteiten en voorzieningen waar aan mensen zonder beperking ook aan kunnen deelnemen.

Bij de interventies die hieronder beschreven zijn, moet rekening worden gehouden met de lichamelijke beperkingen en die iemand ervaart. Uit onderzoek van Machielse (2011) Blijkt dat interventies een gering effect hebben als ze niet aansluiten bij de behoefte van de doelgroep. Een behoefte van de doelgroep is dat ze doormiddel van een hulpmiddel, binnen en buiten het verzorgingstehuis naar verschillende locaties kunnen gaan.

Een van de interventies die Machielse (2011) in haar onderzoek beschrijft, is maatwerk. Met maatwerk wordt bedoeld dat er gekeken wordt per individu wat hij of zij nodig acht te hebben. In het geval van de respondenten zou maatwerk betekenen dat per individu gekeken wordt welk hulpmiddel het best zou passen bij de lichamelijke beperking die iemand heeft. Met de hulpmiddelen zou het gemakkelijker kunnen worden, voor de respondenten om binnen en buiten het verzorgingstehuis naar verschillende locaties te verplaatsen.

Uit de resultaten van de interviews is naar voren gekomen dat kinderen en kleinkinderen van de respondenten niet (meer) in Geldermalsen wonen. Welzijn Geldermalsen (2012) spreekt in hun beleidsvisie 2012-2016 van ontgroening. Voor ontgroening zijn een aantal factoren. Een van de respondenten geeft daarvoor aan dat de huizen prijzen in Beesd erg hoog zijn. Hierdoor zijn starters

en jonge mensen geneigd om elders in het land te gaan wonen. In het beleidsvisie van Welzijn Geldermalsen (2012) wordt er gesproken van een laag opleidingsgemiddelde binnen de gemeente Geldermalsen. Met de goede scholing en betaalbare huizenprijzen zou dit probleem mogelijk verminderd kunnen worden.

In de interviews kwam naar voren dat mensen het fijn vonden om in een verzorgingstehuis te wonen in Beesd. Een groot aantal mensen die in het verzorgingstehuis woont komt ook uit Beesd en of Geldermalsen waardoor mensen elkaar al kennen vanuit het dorp. De stap om naar iemand toe te stappen die ze kennen lijkt daarbij kleiner, dan dat ze naar mensen toe stappen die ze niet kennen. Als mensen niet meer zelfstandig kunnen wonen en in het verzorgingstehuis terecht komen, zouden in een verzorgingstehuis terecht moeten in hun eigen wijk, dorp of stad. Het past bij de visie dat de zorg van mensen dichterbij de mensen moet komen.

De overheid heeft de visie dat mensen zolang mogelijk zelfstandig kunnen wonen dit ook zou moeten gebeuren. Echter zou dit meer kans van slagen kunnen hebben als er minder sprake is van ontgroening. De overheid wil dat mensen gebruik maken van hun sociaal netwerk waar de familie een grote rol zou moeten krijgen. Als kinderen door te hoge huizenprijzen vertrekken uit de dorpen van Geldermalsen zou dit nadelige gevolgen kunnen hebben voor de steun die ouders van hun kinderen kunnen ontvangen.

5. Conclusie en aanbevelingen

Inleiding hoofdstuk 5

In dit hoofdstuk staat de conclusie van het onderzoek beschreven. De conclusie van dit onderzoek wordt beschreven door onder andere antwoord te geven op de hoofdvraag. Naast de conclusie staan de aanbevelingen beschreven aan Project de Inclusieve Stad.

5.1. Conclusie

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden dient deelvraag 2 en 3 te zijn beantwoord. Deelvraag 2 is: Wat zijn volgens de ouderen met een lichamelijke beperking in Geldermalsen de risicofactoren die zorgen dat ze in een sociaal isolement kunnen komen of zitten?

In het verzorgingstehuis in Beesd zijn er weinig risicofactoren aanwezig waardoor mensen mogelijk in een sociaal isolement kunnen komen. Ouderen ervaren voldoende mogelijkheden tot het zien van sociale contacten. De ouderen hebben last van een lichamelijke beperking waardoor ze minder mobiel zijn. Een risicofactor die verholpen zou kunnen worden met hulpmiddelen waardoor ouderen mensen mobieler kunnen worden. Daarnaast is er in Beesd en Geldermalsen sprake van ontgroening. De jeugd verlaat het dorp om elders te gaan wonen, werken en of naar school te gaan.

Nu het duidelijk is wat de risicofactoren zijn, kan er antwoord gegeven worden op de hoofdvraag. Welke interventies en maatregelen kunnen er worden ingezet, die een sociaal isolement kunnen voorkomen bij de ouderen met een lichamelijke beperking in Geldermalsen?

De interventies die kunnen worden ingezet zijn interventies die participatie en inclusie binnen de gemeente Geldermalsen (Beesd) bij mensen met een lichamelijke beperking vergroten. Zo hebben mensen met een lichamelijke beperking hulpmiddelen nodig om binnen en buiten het verzorgingstehuis naar locaties te gaan. Maatwerk lijkt daarbij een geschikt interventieprogramma. Maatwerk kijkt naar de individuele behoefte en past daar de hulpmiddel op aan.

De tweede interventie die zou kunnen worden ingezet is het proberen tegen te gaan van ontgroening. Met de ontgroening vertrekken jeugdigen en volwassenen uit Beesd. Dit zou een risicofactor kunnen zijn aangezien de kinderen niet in het dorp wonen en moeilijker de ouderen kunnen helpen.

De derde interventie is om ouderen uit Beesd die niet meer zelfstandig kunnen wonen in het verzorgingstehuis te laten wonen in Beesd. Doordat ouderen in hun eigen dorp naar een verzorgingshuis gaan bestaat de kans dat ze daar al mensen kennen vanuit het dorp. De kans dat mensen daardoor in een sociaal isolement raken wordt daarmee kleiner.

5.2. Aanbevelingen

De aanbevelingen die hier onder beschreven staan, zijn interventies die kunnen worden ingezet om de kans te verkleinen dat ouderen in een sociaal isolement komen.

Aanbeveling 1:

De eerste aanbeveling project de Inclusieve Stad is om ervoor te zorgen dat ouderen voldoende hulpmiddelen verkrijgen. De hulpmiddelen moeten zorgen dat ouderen mobieler worden en zich naar verschillende locaties binnen en buiten het verzorgingstehuis moeten kunnen bewegen/verplaatsen. Project de Inclusieve Stad zou net als in Geldermalsen (dorp) een simulatie wandeling moeten houden. Een simulatie wandeling is een programma dat bij project de Inclusieve Stad bekend is. Aanbeveling één is uitgewerkt in het beroepsproduct.

Aanbeveling 2:

De tweede aanbeveling aan project de Inclusieve Stad is om aanbevelingen te doen bij de gemeente voor betaalbare huizen. Betaalbare huizen kunnen de ontgroening van Beesd mogelijk voorkomen. Daarnaast is een aanbeveling aan project de Inclusieve Stad om verder onderzoek te doen naar ontgroening van Beesd, zodat specifieke interventies mogelijk gemaakt kunnen worden.

Aanbeveling 3:

Tot slot de laatste aanbeveling aan project de Inclusieve Stad dat als mensen naar een verzorgingstehuis moeten, dit binnen de gemeente Geldermalsen is en het liefst in het dorp waar ze wonen. In een verzorgingstehuis waar ze wonen bestaat de kans dat ze mensen kennen vanuit het dorp. De kans dat ze in een sociaal isolement komen wordt daar mee verkleind.

6. Kritische reflectie

6.1 Respondenten

Tijdens dit onderzoek zijn er respondenten geïnterviewd die ouder zijn dan 75 jaar en ouder. Er is niet gekeken of ouderen wel of niet in een sociaal isolement zitten. De uitkomst van dit onderzoek zou mogelijk af kunnen wijken als er alleen mensen werden geïnterviewd die in een sociaal isolement zitten of mensen die niet in een sociaal isolement zitten. Het was niet duidelijk of de respondenten wel of niet in een sociaal isolement zaten.

Bij de respondenten was het duidelijk te zien dat ze lichamelijke beperkt waren. Echter is er geen onderscheid gemaakt binnen de soorten lichamelijke beperkingen die er zijn. Er is geen onderscheid in de ernst van de lichamelijke beperkingen en de gevolgen die een lichamelijke beperking met zich mee brengen. Door random de respondenten uitgekozen te hebben kan hier afwijking in zitten in de uitkomst van dit onderzoek.

6.2 Onderzoeker

Tijdens het interviewen van de respondenten zijn er subjectieve vragen gesteld. Dit zou de uitkomst van dit onderzoek hebben kunnen beïnvloeden. Echter is het stellen van subjectieve vragen getracht te beperken, dit is helaas niet altijd gelukt. Daarbij is het de vraag of antwoorden zouden afwijken, als de vragen allemaal objectief waren geweest. Echter zijn de uitkomsten betrouwbaarder als alle vragen geheel objectief waren geweest.

6.3 Risicofactor

Tijdens het onderzoek is er gebruik gemaakt van het begrip risicofactoren. Naast risicofactoren zijn er ook beschermende factoren waardoor mensen uit een sociaal isolement blijven. Achteraf kan er worden geconcludeerd dat voor een volledig beeld deze factoren mede onderzocht hadden moeten worden. Nu lag er teveel de nadruk op het negatieve in dit onderzoek en is het positieve uit het onderzoek gehouden.

6.4 Generaliseerbaarheid van dit onderzoek in Beesd

De respondenten die in dit onderzoek zijn geïnterviewd, zijn ouderen dan 65 jaar en hebben een lichamelijke beperking. Een groot deel (7/8) van de respondenten woont in het verzorgingshuis in Beesd. Door dezelfde criteria te hanteren bij het onderzoek is het onderzoek generaliseerbaarheid voor ouderen die 75 jaar en ouder zijn en in Beesd wonen, met name de ouderen die daarbij ook in het verzorgingstehuis wonen.

Bronnenlijst:

Annie. (2015). *Wat zijn interventies?*. Geraadpleegd op 23 februari 2015, van <http://mensensamenleving.infonu.nl/pedagogiek/11708-wat-zijn-interventies.html>.

Boeijs, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Bogaart, A., & Broenink, A. (2011). *Samen sterk: Eenzaamheid en sociaal isolement en de rol van gemeenten*. Amsterdam: DSP-groep.

Cattan, M., White, M., Bond, J. & Learmouth, A. (2005). *Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions*. *Ageing & Society*. Cambridge: Cambridge University Press.

Cattell, V. (2001). *Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital*. *Social science & medicine*, London: Elsevier.

CBS. (2001) *Ouderen worden steeds ouder Lang leven de ouderen*. Geraadpleegd 22 mei 2015, van <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/A1B4D85F-8C92-4199-88F6-4D3DCDFE72B9/0/index1165.pdf>.

CBS. (2015). *Oudere beginnen pas op latere leeftijd te vereenzamen*. Den-Haag: CBS.

Deth, J., & Leijenaar, M. (2011). *Maatschappelijke participatie in een middelgrote stad*. Sociaal en Cultureel Planbureau: Den Haag.

Disability Studies. (2014A). *Disability Studies Nederland*. Geraadpleegd op 27 december 2014, van <http://disabilitystudies.nl/over-de-stichting-dsin>.

Disability Studies. (2014B). *Project de Inclusieve Stad*. Geraadpleegd op 27 december 2014, van disabilitystudies.nl: <http://disabilitystudies.nl/projecten>.

Disability Studies. (2014C). *Lectoraat Disability Studies*. Geraadpleegd op 20 februari 2015, van <http://disabilitystudies.nl/lectoraat-disability-studies-diversiteit-parcipatie>.

Donk, C. van der & Lanen, B. van (2014). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.

Felling, A.J.A. (2004). *Het proces van individualisering in Nederland: een kwarteeuw sociaalculturele ontwikkeling*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.

Findlay, R. A. (2003). *Interventions to reduce social isolation amongst older people. Where is the evidence? Ageing & Society*. Cambridge: Cambridge University Press.

Fokkema, T., & Tilburg, T. van (2006). *Aanpak van eenzaamheid. Helpt het? [Tackling loneliness. Does it work?]*. Den Haag: NIDI.

Gennep, A., & Rita, H. (2003). *Verskil moet er zijn*. Utrecht: NIZW.

Heerink, M., Pinkster, S., & Bratti-van der Werf, M. (2009). *Onderzoek in zorg en welzijn: een praktische inleiding*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Hintum, M. et al. (2011). *Het rapport Kwetsbare oudere in de praktijk*. Den Haag: SCP.

Hortulanus, R., Machielse, A., & Meeuwesen, L. (2003). *Sociaal isolement. Een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland [Social isolation. A study on social contacts and social isolation in the Netherlands]*. Den Haag: Elsevier Overheid.

Hortulanus, R., Machielse, A., & Meeuwesen, L. (2006). *Social isolation in modern society*. London: Routledge.

International Federation of Social Workers. (2012). *Ageing and older adults*. Geraadpleegd 15 juni 2015, van <http://ifsw.org/policies/ageing-and-older-adults/>.

Jagt, N., & Dijkman, K. (2006). *Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker*. Utrecht Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers.

Jong-Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (2007) *Zicht op eenzaamheid*. Amsterdam: universiteit van Amsterdam.

Kenniscentrum Zorginnovatie. (2015). *Onderzoekslijnen*. Geraadpleegd op 20 februari 2015, van <http://zorginnovatie.hr.nl/nl/Onderzoek/Onderzoekslijnen/>.

Klerk, M.-D. (2007). *MEEDOEN met beperkingen*. Den Haag: SCP.

Machielse, A. (2003). *Niets doen, niemand kennen. De leefwereld van sociaal geïsoleerde mensen* Den Haag: Elsevier Overheid.

Machielse, A. (2006). *Onkundig en onaangepast. Een theoretisch perspectief op sociaal isolement* Utrecht: Jan van Arkel.

Machielse, A. (2011) *Sociaal isolement bij ouderen: een typologie als richtlijn voor effectieve interventies*. Utrecht: Publisher: Igitur publishing, in cooperation with Utrecht University of Applied Sciences, Faculty of Society and Law.

Niessen, J., & Schibel, Y. (2007). *Handbook on integration for policy-makers and practitioners*. Geraadpleegd 15 juni 2015, van ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/immigration/integration/doc/2007/handbook_2007_en.pdf.

Ouderenfonds. (2015). *Feiten en cijfers*. Geraadpleegd op 22 mei 2015, van <https://www.ouderenfonds.nl/onze-organisatie/feiten-en-cijfers/>.

Penninx, K. (2005) *Kwetsbare ouderen in beeld*. Utrecht: NIZW Zorg.

Plochg, T., Juttman, R. E., Klazinga, N. S., & Mackenback, J. P. (2007). *Handboek Gezondheidszorgonderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Psychologische-manipulatie. (2015). *Sociaal isolement*. Geraadpleegd op 15 juni 2015, van <http://www.psychologische-manipulatie.nl/Sociaal-isolement.html>.

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

Rijksoverheid (2014). *Hervorming langdurige zorg*. Geraadpleegd op 27 december 2014, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/hervorming-langdurige-zorg/wet-maatschappelijke-ondersteuning-wmo-2015>.

Rijnenberg, M. (2013). *Eenzaamheid en bewegingsarmoede onder de 65-plusser Goor*. Groningen: Hanzehogeschool Groningen.

Verenigde Naties. (2002). Report of the Second World Assembly on Ageing: Madrid, Geraadpleegd 15 juni 2015, van www.un-ngls.org/pdf/MIPAA.pdf.

Veen, A. van der. (1995). *Gewoon is niet vanzelfsprekend: een studie naar sociale netwerken, maatschappelijke participatie en buurtfactoren bij sociaal geïsoleerden*. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Welzijn Geldermalsen. (2012) *Beleidsvisie 2012-2016*. Geraadpleegd op 25 mei 2015, van http://www.welzijngeldermalsen.nl/attachments/Beleidsvisie_WG.pdf.

World Health Organization. (2002). *Abuse of the elderly*. Geraadpleegd 15 juni 2015, van who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/en/elderabusefacts.pdf.