Wie bepaalt dan wat ‘goed’ is?

EEN ONDERZOEK OVER AGEISM BINNEN HET DISCOURS VAN ZELFREDZAAMHEID BIJ OUDEREN

Auteur Ivo Guus Adrianus Pauline van Oorsouw
Studentnummer 1000039
Contact ivo.vanoorsouw@student.uvh.nl

Aanduiding Masterthesis Humanistiek UvH
Studiejaar 2018/2019

Begeleider Dr. H. Laceulle
Meelezer Prof. Dr. M. Trappenburg
Examinator Prof. Dr. L. Ten Kate

Instelling en plaats Universiteit voor Humanistiek, Utrecht
2019
Datum 10 juni 2019
Samenvatting .................................................................................................................. 3

Voorwoord ...................................................................................................................... 5

1. Aanwijzingen voor ageism: een probleemstelling .................................................... 6
   1.1. Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie .............................................. 9
   1.2. Doelstelling ........................................................................................................... 9
   1.3. Onderzoeksvragen .............................................................................................. 9
   1.4. Definities ............................................................................................................. 10
   1.5. Leeswijzer .......................................................................................................... 11

2. Een route naar antwoorden: de opzet en methode .................................................. 13
   2.1. Stap één: Ageism zichtbaar maken ..................................................................... 14
   2.2. Stap twee: selectie van het materiaal ................................................................ 14
   2.3. Stap drie: conceptualisatie van zelfredzaamheid bij ouderen ............................ 16
   2.4. Stap vier: analyse van ageism ............................................................................ 19
   2.5. Stap vijf: Een tweede kritische literatuurstudie .................................................. 19
   2.6. Interpretatie en bias ............................................................................................ 20

3. Ageism herkennen: een theoretisch kader ............................................................... 21
   3.1. Wat is ageism? .................................................................................................... 21
   3.2. Hoe kan ageism herkend worden? ..................................................................... 23
   3.3. Hoe zijn vormen van ageism te herkennen? ....................................................... 25
   3.4. Deelconclusie: het Ageism Evaluation Instrument ............................................. 32

4. De toepassing: een onderzoek naar ageism en zelfredzaamheid .............................. 35
   4.1. Movisie ................................................................................................................ 36
   4.2. GGD Amsterdam ............................................................................................... 39
   4.3. Vilans .................................................................................................................. 43
   4.4. ActiZ ................................................................................................................... 48
   4.5. NIVEL ............................................................................................................... 51
4.6. Gezondheidsraad ........................................................................................................2
4.7. Deelconclusie: conceptualisatie en ageism .........................................................53
5. Ageism verminderen: een terugkoppeling naar de theorie ....................................59
  5.1. Benevolent ageism ...............................................................................................59
  5.2. Gevolgen verminderen .......................................................................................63
  5.3. Positieve denkbeelden tegen ageism .................................................................65
  5.4. Voorbij homogeniteit .........................................................................................67
  5.5. Deelconclusie: verminderen van ageism is mogelijk .......................................70
6. Discussie: wie bepaalt dan wat ‘goed’ is? ..............................................................71
  6.1. Toevoeging van dit onderzoek ...........................................................................71
  6.2. Relevantie voor Humanistiek ............................................................................73
  6.3. Kritische reflectie ...............................................................................................75
  6.4. Relevantie en verder onderzoek .......................................................................77
7. Conclusie: ageism en hoe deze te minderen .........................................................79
8. Literatuur ................................................................................................................81
9. Bijlagen ..................................................................................................................90
  9.1. Lijst zoekresultaten Google, Duck Duck Go en Bing .......................................90
  9.2. Korte analyse impact organisatie .....................................................................93
  9.3. Aanvullende operationalisatie en hulpvragen per stap .................................102
Samenvatting

Dit onderzoek richt zich op de vraag of er sprake is van ageism, het systematisch stereotyperen en/of discrimineren van ouderen, in hoe er gepraat en gedacht wordt door zorgprofessionals over zelfredzaamheid bij ouderen. Dit laatste heet ook wel het discours van zelfredzaamheid bij ouderen. Een antwoord is van belang omdat er weinig kennis over dit onderwerp is, omdat ageism tegen de humanistische waarde van menselijke waardigheid ingaat en omdat ageism tot gezondheidsproblemen of een vroegtijdige dood voor ouderen kan leiden.

Dit onderzoek begint met een literatuuronderzoek om ageism te kunnen herkennen, specifiek in het discours van zelfredzaamheid bij ouderen. Hieruit is een eigen meetinstrument ontwikkeld om ageism te herkennen: het Ageism Evaluation Instrument. Vervolgens zijn er vanuit een inhoudsanalyse van zes beleidsdocumenten, zes conceptualisaties van zelfredzaamheid bij ouderen gedestilleerd. Deze conceptualisaties zijn geanalyseerd aan de hand van het eerder ontwikkelde Ageism Evaluation Instrument. Hieruit komt naar voren dat er aanwijzingen zijn dat er in drie van de zes conceptualisaties sprake is van ageism. Hierbij is het opvallend dat er sprake lijkt te zijn van de volgende ageïstische fenomenen:

- Het actief helpen van ouderen (zonder dat hierom gevraagd wordt)
- Ouderen ‘zielig’ vinden, zij hebben geen schuld aan hun eigen negatieve situatie
- Er is sprake van een positieve en ambivalente houding naar ouderen
- Het ageism kan paternalistisch zijn (zonder of tegen instemming van individu hem of haar helpen)

Deze resultaten wijzen erop dat in het discours over zelfredzaamheid bij ouderen er sprake is van benevolent ageism: het hebben van een deels positieve houding naar ouderen in combinatie met beschermend paternalisme.

Naast het ontwikkelen en toepassen van het instrument om ageism te herkennen is er ook door middel van een literatuuronderzoek onderzocht hoe ageism geminimaliseerd kan worden. Hiervoor zijn drie mogelijkheden gevonden:

- Benevolent ageism kan verminderd worden door datgene wat het oudere individu wil en wenst te laten meewegen in het ondersteunen van de zelfredzaamheid. Dit kan door
een expliciet keuzemoment of keuzes maken voor een ouder individu op basis van zijn of haar waarden en voorkeuren, maar niet omdat dit ‘in het belang’ is van de betreffende persoon. Hiermee kan paternalisme worden voorkomen.

- **Bij benevolent ageism** is het beeld over de competenties van ouderen negatief. Juist meer positieve denkbeelden hierover zouden kunnen bijdragen aan een vermindering aan het stereotyperen van ouderen betreffende hun competenties.
- **Erkennen dat ouderen onderling grote verschillen kunnen hebben.** Door te ouderen te zien in hun verschillen wordt voorkomen dat ze gegeneraliseerd worden.

Het geconstateerde *benevolent ageism* lijkt te wijzen op een paradox: zorgprofessionals willen rekening houden met ouderen, maar wat een concreet ouder individu wenst of wil lijkt weinig relevant voor interventies met betrekking tot zelfredzaamheid. Juist de aangereikte mogelijkheden om *ageism* te verminderen richten zich dan ook op het relevant maken van wat een ouder individu wil in interventies en dat zorgprofessionals rekening houden met het concrete individu in plaats van negatieve stereotypes.

Deze bevindingen kunnen een aanzet zijn voor verder empirisch onderzoek. Omdat er verschillende kanttekeningen zijn te plaatsen bij dit onderzoek is verder onderzoek op dit gebied noodzakelijk. In het bijzonder zou de praktijk met betrekking tot zelfredzaamheid verder onderzocht moeten worden.
Voorwoord


Het was een lange, moeizame zoektocht naar antwoorden waarbij ik hulp kreeg van verschillende mensen. Als eerste wil ik mijn begeleider, Hanne Laceulle bedanken voor het geduld, de extra aandacht die ik kreeg en het wijzen op een mogelijke bias. Ook wil ik Gijs bedanken voor zijn zinnige feedback in het bijzonder als ik onnavolgbaar werd. Daarnaast wil ik de mensen bedanken die me steunden door de scriptie eens te lezen en te kijken wat ze er van vonden: Marja, Roel Marloes, Wiebe en Eva. Zonder de steun van deze mensen was ik zeker halverwege blijven steken met mijn scriptie.
1. Aanwijzingen voor ageism: een probleemstelling

Moeten ouderen gestimuleerd worden om zichzelf te kunnen redden? Vanuit mijn stage ervaring als geestelijke verzorger in de langdurige zorg kreeg ik verschillende antwoorden van zorgprofessionals op deze vraag. De twee meest gehoorde antwoorden waren toch wel een simpel: ‘ja’ of ‘nee’. Na een kort onderzoek leken deze antwoorden gebaseerd op een optimistisch en een pessimistisch beeld van ouder worden. Er zijn mensen die op latere leeftijd weinig tot geen functionele beperkingen hebben en zich dan ook vaak prima kunnen redden, er zijn ook mensen die precies het tegenovergestelde hebben. Welk beeld representatief zou zijn voor ouderdom verschilt per zorgprofessional. Dit denken over ouderdom lijkt aan te sluiten bij het dualisme van ‘goed’ en ‘slecht’ ouder worden.


Succesvol ouder worden is het aanpassen aan het proces van ouder worden en methodes om ‘goed’ ouder te worden (Dillaway & Byrnes, 2009, p. 704). De term ‘succesvol ouder worden’ is vooral populair geworden door het werk van Rowe & Kahn. Zij formuleren dit als het op latere leeftijd hebben van een kleine kans op ziekte of beperking, goed werkende cognitieve en lichamelijke functies en actieve maatschappelijke betrokkenheid (Rowe & Kahn, 1997, pp. 433–434).


Zelfredzaamheid in een zorgcontext is een veelbesproken onderwerp bij zorgprofessionals. Alleen al op internet zijn er vele bronnen voor zorgprofessionals te vinden over zelfredzaamheid. Websites, advertenties, workshops en blogs gaan bijvoorbeeld over technologische toepassingen, eigen verantwoordelijkheid bij cliënten en over een ‘ondersteunende’ houding van verplegend personeel. Hier draait het om uitwisseling en produceren van kennis over het concept zelfredzaamheid, bijvoorbeeld over welke toepassingen mogelijk zijn in bepaalde situaties bij cliënten. Juist deze uitwisseling kan worden beschouwd als een discours.


Er lijken binnen de wetenschappelijke literatuur aanwijzingen te zijn voor een verband tussen zelfredzaamheid en ageism. Een voorbeeld van een studie die dit verband bestudeert is het onderzoek van Angus & Reeve (2006). Zij waarschuwen voor generalisatie en het homogeniseren van de oudere populatie. Door het centraal stellen van zelfredzaamheid kan deze groep bestempeld worden als onproductief en afhankelijk. Het probleem is dat ouderen zelfredzaam kunnen zijn, maar anderen die dit niet kunnen of willen, gemarginaliseerd worden. Het dualisme van ‘(on)succesvol’ ouder zijn, zoals beschreven door Cole is dan versterkt of bevestigd: er zijn winners (zelfredzame ouderen) er zijn losers (niet-zelfredzame ouderen). Maar in de wetenschappelijke literatuur lijkt de relatie tussen ageism en zelfredzaamheid verder nauwelijks onderzocht.

Kortom, er zijn aanwijzingen vanuit de wetenschappelijke literatuur dat er sprake kan zijn van ageism in het discours van zelfredzaamheid bij ouderen. Hiermee lijkt het denken in termen van zelfredzaamheid niet ‘waardenvrij’ of ‘objectief’, maar ook ingegeven door maatschappelijke denkbeelden zoals ageism.

Ageism in het discours van zelfredzaamheid bij ouderen hangt samen met drie problemen: een wetenschappelijk probleem, een praktijkprobleem en een, nog niet eerder genoemd, principieel probleem. Het wetenschappelijk probleem valt te karakteriseren als een kennishiaat, een ‘gat’ in de al bestaande kennis over ageism en zelfredzaamheid. Hiervan is sprake omdat de relatie tussen ageism en zelfredzaamheid nauwelijks is onderzocht. Het praktijkprobleem houdt in dat ouderen negatieve gevolgen, zoals vroegtijdige dood en gezondheidsproblemen, kunnen ondervinden door ageism. Een laatste probleem is het

¹ Gezocht op 14 juni 2018
principiële probleem: *ageism* is feitelijk discriminatie en daarmee verwerpelijk vanwege het Humanistische principe van gelijkwaardigheid:

“alle mensen horen elkaar als gelijken te zien en te behandelen, aan alle mensen komt menselijke waardigheid toe”, hiermee is het Humanisme principieel tegen *discriminatie*” (Derkx, 2011, pp. 82–83).

1.1. Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie

Het oplossen van deze problemen is van belang vanuit wetenschappelijk en maatschappelijk opzicht. Dit onderzoek heeft wetenschappelijke relevantie, omdat er, ondanks verschenen wetenschappelijk werk over het herkennen van *ageism*, tot op heden een systematische en grondige doordringing van het verband tussen het discours van zelfredzaamheid bij ouderen en *ageism* in de wetenschappelijke literatuur ontbreekt. Dit onderzoek poogt bij te dragen aan het opvullen van dit kennishiaat.

Maatschappelijk is dit onderzoek relevant, in het bijzonder voor zorgprofessionals, omdat deze kennis zou kunnen leiden tot de vermindering van *ageism* in het dagelijks leven van ouderen. Een vermindering van *ageism* kan helpen in de verdere ontwikkeling van het concept zelfredzaamheid bij ouderen, alsmede de concrete toepassingen ter ondersteuning hiervan. Hiermee kan het dagelijks leven van ouderen die ondersteuning krijgen, op den duur, verbeterd worden. Een verbetering is er dan in zowel praktisch opzicht en vanuit het Humanistische principe van gelijkwaardigheid.

1.2. Doelstelling

Dit onderzoek heeft als doel een bijdrage te leveren aan een oplossing voor de eerder genoemde problemen (kennishiaat, praktijkprobleem en principieel probleem) door *ageism* in het discours van zelfredzaamheid bij ouderen systematisch te beschrijven en mogelijk te verminderen.

1.3. Onderzoeksvragen

Om dit beschrijvende en oplossingsgerichte doel te bereiken is de volgende hoofdvraag geformuleerd:
Is er sprake van *ageism* in het discours van zelfredzaamheid bij ouderen en wat kan er worden gedaan om dit mogelijke *ageism* te verminderen?

Deze hoofdvraag zal worden beantwoord aan de hand van de volgende deelvragen:

- Wat is *ageism* en hoe valt dit te herkennen?
- Hoe is zelfredzaamheid geconceptualiseerd in het discours van zelfredzaamheid bij ouderen?
- Kan *ageism* worden teruggezien in hoe zelfredzaamheid is geconceptualiseerd in het discours van zelfredzaamheid bij ouderen?
- Zijn er manieren om het mogelijke *ageism* in het discours van zelfredzaamheid bij ouderen te minimaliseren?

**1.4. Definities**

Er zijn een aantal begrippen in deze vragen die verheldering behoeven. Ten eerste is er het begrip ‘*ageism*’. Dit is een centraal begrip in de vragen en kan gedefinieerd worden als ‘het systematisch discrimineren of stereotyperen van ouderen vanwege hun ouderdom’ (Butler, 1975, p. 35). Dit begrip krijgt ruime aandacht in hoofdstuk drie, waar de geschiedenis, betekenis en verschijningsvormen van *ageism* worden toegelicht.

Hieraan gelinkt is het begrip ‘ouderen’. De meest eenvoudige uitleg van het woord ‘ouderen’ is ‘mensen die oud zijn’. Maar wat heet oud? Dit onderzoek gaat ervan uit dat niet het individu bepaalt of hij of zij oud is, maar dat dit gebeurt in relatie met de maatschappij. Maatschappelijk gezien is de leeftijd waarop mensen pensioengerechtigd zijn vaak gebruikt om te definiëren wanneer iemand oud is (Covey, 1992, p. 331). In dit onderzoek is deze zienswijze overgenomen omdat volgens Baars (2006) ‘oud zijn’ voornamelijk chronologisch, rationeel en rondom het arbeidsproces is georganiseerd. Concreet betekent dit dat een persoon ‘oud’ is op zijn of haar vijfenzestigste of zevenenzestigste jarige leeftijd, afhankelijk van de pensioengerechtigde leeftijd in Nederland.

Een ander begrip dat uitleg nodig heeft is de term ‘zelfredzaamheid’. Dit begrip is kort te omschrijven als ‘het jezelf redden’, maar is zeer breed te interpreteren. Daarom krijgt dit begrip aandacht in hoofdstuk vier.
In het verlengde van dit begrip spelen de termen ‘discours’ en ‘het discours van zelfredzaamheid bij ouderen’ mee. Het eerder aangehaalde begrip ‘discours’ betekent ‘een bepaald soort vocabulaire, om overtuigingen en ideeën over te brengen in een interactie’ (Dijk, 1997, p. 2). Het discours van zelfredzaamheid bij ouderen sluit hierbij aan met als omschrijving ‘het denken en praten in termen van zelfredzaamheid toegepast op de doelgroep ouderen’. In de context van dit onderzoek is ‘het discours van zelfredzaamheid bij ouderen’ versmald naar het aspect van kennis(re)productie van zelfredzaamheid bij ouderen in de schriftelijke communicatie door zorgprofessionals onderling. Vaak is deze betekenis samengevat met de uitdrukking ‘het discours van zelfredzaamheid’.

Nu duidelijk is wat er onderzocht gaat worden en wat de vragen betekenen kan er worden gekeken naar hoe dit onderzoek is opgebouwd om deze vragen te beantwoorden.

### 1.5. Leeswijzer

Zoals Figuur 1 laat zien is dit onderzoek ingedeeld in verschillende fases.

![Figuur 1: Verschillende fases van dit onderzoek](image)

Dit eerste hoofdstuk geeft de probleemstelling weer en beschrijft de aanwijzingen voor ageism in het discours van zelfredzaamheid bij ouderen. Hoofdstuk twee behandelt de onderzoeksoptzet en de gebruikte wetenschappelijk onderzoeksmethode, oftewel welke route er is genomen om de uiteindelijke hoofdvraag te kunnen beantwoorden. Hoofdstuk drie is het resultaat van het eerste literatuuronderzoek en vormt het theoretisch kader. Dit literatuuronderzoek richt zich op het ontwikkelen van een instrument om ageism te herkennen (Ageism Evaluation Instrument) in de conceptualisaties van zelfredzaamheid bij ouderen. In hoofdstuk vier staat het toepassen van dit instrument centraal. Door een inhoudsanalyse van geselecteerde documenten over zelfredzaamheid bij ouderen, is er een beeld of
conceptualisatie naar voren gekomen over wat zelfredzaamheid zou zijn volgens het betreffende document. Dit hoofdstuk is een rapportage van de conceptualisatie van zelfredzaamheid die is beschreven per document en of er sprake is van ageism en van welke types van ageism er dan sprake is. Hoofdstuk vijf bouwt verder op het vorige hoofdstuk doordat er handreikingen worden gegeven om ageism te verminderen die geconstateerd zijn in hoofdstuk vier. Aan de hand van een literatuurstudie zijn er aanknopingspunten gezocht om het meest voorkomende ageism te verminderen. Waarmee dit hoofdstuk ook een terugkoppeling is naar de wetenschappelijke theorie.

Bij de discussiesectie in hoofdstuk zes is er ruimte voor interpretatie van de resultaten, reflectie op de kwaliteit van dit onderzoek, relevantie voor Humanistiek en mogelijkheden voor verder onderzoek.

Hoofdstuk zeven, de conclusie, zal eerst een korte samenvatting geven van de resultaten om vervolgens te komen tot het antwoord op de hoofdvraag: ‘Is er sprake van ageism in het discours van zelfredzaamheid bij ouderen en wat kan er worden gedaan om dit mogelijke ageism te verminderen?’.

Naast deze hoofdstukken, die zich richten op het inhoudelijke onderzoek, zijn er bijlagen toegevoegd (hoofdstuk negen). De bijlagen vormen een wezenlijk deel van dit onderzoek, omdat ze argumentaties en conclusies in dit onderzoek verder onderbouwen. Door het hele onderzoek heen zijn verwijzingen naar de bijlagen zichtbaar gemaakt door het gebruik van voetnoten. Voetnoten zijn verder gebruikt om verdiepende informatie te geven en voor het verwijzen naar empirische bronnen (zoals datamateriaal en internetbronnen).
2. Een route naar antwoorden: de opzet en methode

Dit tweede hoofdstuk richt zich op de gehanteerde wetenschappelijke methoden om ageism systematisch te beschrijven en zo mogelijk te reduceren. Dit sociaalwetenschappelijk onderzoek baseert de methodes vanuit één bepaalde wetenschappelijke traditie of paradigma, namelijk vanuit de Critical gerontology:

""Critical gerontology" is, in a way, a collection of questions, problems and analyses that have been excluded by the established "mainstream" [-gerontology]. The need for a specific program of "critical" gerontology arises because and as long as certain questions are banned from official discourse. The alternatives are inspired by heterogeneous critical traditions but form a common front against a theoretical self-understanding of gerontology, which is dominated by an idealized concept of natural science as the representative of "objective" knowledge." (Baars, 1991, p. 220)


Critical gerontology hoeft zich niet alleen te beperken tot het beschrijven van een probleem, er is ook ruimte voor mogelijke oplossingen. Dit past bij dit onderzoek omdat dit overeenkomt met de doelstelling om oplossingen aan te dragen om het mogelijke ageism te verminderen. Maar om ageism te minderen, moet er eerst vastgesteld worden of er sprake is van ageism. De eerste stap om dit te doen is om een meetinstrument te ontwikkelen dat
ageism kan vaststellen. Een tweede stap is een selectie maken van datamateriaal (folders, adviesrapporten etc.) afkomstig vanuit het discours van zelfredzaamheid bij ouderen. De derde stap is om dit datamateriaal te lezen en te komen tot een conceptualisatie van zelfredzaamheid bij ouderen. De vierde stap is om de conceptualisaties te analyseren op ageism. De vijfde en laatste stap is om als er sprake is van ageism handvaten te bieden om deze te verminderen.

2.1. Stap één: Ageism zichtbaar maken

De eerste stap is een kritische literatuurstudie om ageism zichtbaar te maken in expressies die gaan over zelfredzaamheid (Grant & Booth, 2009, pp. 93–97). Een kritische literatuurstudie houdt in dat de literatuur wordt verzameld en op een kritische manier wordt samengebracht of gesynthetiseerd. De term ‘kritisch’ betekent in deze context dat de literatuur niet alleen is beschreven, maar dat er ook kennis aan wordt toegevoegd. Dit houdt in dat naast het beschrijven van deze literatuur er ook sprake is van een toevoeging aan de bestaande kennis door middel van een synthese. Deze synthese richt zich op het in verband brengen van bestaande literatuur die dezelfde types of vormen van ageism beschrijven.

Voor het verzamelen van de literatuur is gezocht naar recent (tussen 2007 en 2018) verschenen wetenschappelijke artikelen en boeken. Dit is gebeurd aan de hand van de zoekterm ‘ageism’. Vervolgens zijn de relevante artikelen en boeken gelezen en door middel van de snowball-methode is er verder gezocht naar boeken en artikelen die ook relevant zouden kunnen zijn voor dit onderzoek. Hoofdstuk drie is een rapportage van deze kritische literatuurstudie.

2.2. Stap twee: selectie van het materiaal

Bij de selectie van het materiaal dat geanalyseerd gaat worden is rekening gehouden met vijf criteria: toegankelijkheid, relevantie, format, diversiteit en impact. Criteria zijn nodig want er is veel materiaal over zelfredzaamheid bij ouderen voorhanden, maar niet al het datamateriaal is geschikt voor een analyse.

Het eerste criterium is de toegankelijkheid. Voor dit onderzoek is datamateriaal, zoals folders of adviesrapporten, gebruikt die beschikbaar zijn via internet en daardoor voor een groot deel van de samenleving relatief eenvoudig toegankelijk. Hiervoor is gekozen, omdat dit materiaal voor iedereen toegankelijk en laagdrempelig te lezen is, ook voor zorgprofessionals.
Bovendien is het aannemelijk dat toegankelijke bronnen op het internet het eerste materiaal kan zijn waarmee een persoon in aanraking komt bij een onderzoek naar zelfredzaamheid bij ouderen.


Een ander criterium is het format. Er is in dit onderzoek een voorkeur voor documenten en niet voor informatie op internetpagina’s. Hiervoor is gekozen omdat documenten als een op zichzelf staande bron zijn te gebruiken: ze hebben een duidelijk begin en een duidelijk einde. Doordat het document afgebakend is, is het duidelijk wat wel bij het document hoort en wat niet, waarmee er een duidelijk beeld naar voren kan komen hoe zelfredzaamheid geconceptualiseerd is. Een veelgebruikte documenttype is ‘pdf’, wat dan zal worden gebruikt als trefwoord.

Ook is het belangrijk dat er diversiteit is binnen het datamateriaal. Dit betekent dat de geanalyseerde documenten afkomstig dienen te zijn van verschillende organisaties of auteurs. Een discours van zelfredzaamheid is namelijk een vocabulaire dat groter is dan één uitgevende partij.


Vanuit deze criteria is in de zoekmachines Google, Duck Duck Go en Bing met de zoektermen ‘zelfredzaamheid’, ‘ouderen’ en ‘pdf’ gezocht naar documenten. Voor deze zoekmachines
zijn gekozen, omdat Google en Bing de meest gebruikte zoekmachines zijn van Nederland in 2016. Voor Duck Duck Go is gekozen, omdat deze een algoritme gebruikt dat zich niet aanpast aan het persoonlijke IP-adres: het personaliseert in grote mate niet de zoekresultaten. Het voordeel is dat zoekresultaten in Nederland veelal dezelfde zijn voor verschillende IP-adressen bij dezelfde zoektermen. Deze drie zoekmachines kunnen samen een indicatie geven welke internetbronnen het eerst bekeken worden als er gezocht wordt naar de zoektermen ‘zelfredzaamheid’, ‘ouderen’ en ‘pdf’. Een vergelijking van de eerste tien zoekresultaten is te vinden in de bijlage. Ook is de organisatie geanalyseerd die het document heeft uitgebracht. Hierbij is onderzocht of deze organisatie een aanzienlijke invloed of impact kan hebben op het discours van zelfredzaamheid bij ouderen. Vanuit deze impactsanalyse zijn de documenten gekozen waarvan de waarschijnlijke impact substantieel is. Uit dit proces zijn zes documenten geselecteerd voor de inhoudsanalyse. Deze zijn:

- Movisie - Zelfredzaamheid voor iedereen
- GGD Amsterdam - Handreiking voor de beoordeling van ouderen met de Zelfredzaamheid Matrix
- Vilans - Zo zelfredzaam: Een overzicht van instrumenten voor het meten van zelfredzaamheid
- ActiZ - Zelfredzaamheid hoe pakt u het aan?
- NIVEL - Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg
- Gezondheidsraad - Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid

2.3. Stap drie: conceptualisatie van zelfredzaamheid bij ouderen

Nu duidelijk is welk datamateriaal geselecteerd is kan er worden gekeken naar de wijze waarop zelfredzaamheid in deze documenten is geconceptualiseerd. Dit is gedaan aan de hand van een inhoudsanalyse. Het doel van deze inhoudsanalyse is om terugkerende thema’s te beschrijven binnen de geselecteerde documenten. Deze terugkerende thema’s zijn te beschouwen als de conceptualisatie van zelfredzaamheid. Er is gekozen om deze werkwijze te baseren op de door Fereday & Muir-Cochrane (2006) beschreven ‘thematic analysis’. Dit is een hybride methode met elementen van zowel een deductieve als een inductieve benadering.

---

2 https://ponck.nl/nieuws/top-10-populaire-zoekmachines-wereldwijd/
4 De lijst met de zoekresultaten is te vinden in de bijlage 9.1: zoekresultaten Google, Duckduckgo en Bing
5 Een ingekorte analyse over de impact van de organisaties is opgenomen in de bijlage 9.2: Korte analyse impact organisatie.
Het voordeel van deze methode is dat er met een bepaalde focus gekeken kan worden naar de
documenten, zodat het beantwoorden van de deelvraag doelgericht is. Methodisch zijn er eerst
*apriori* codes ontworpen. Dit zijn brede categorieën afgeleid van de conceptualisatie van
zelfredzaamheid. Hierbij is gelet op de betekenis of definiëring van zelfredzaamheid, waarom
zelfredzaamheid belangrijk is en (deel)aspecten of associaties verbonden aan
zelfredzaamheid.

Het codeerproces begint met het vooraf gericht doorlezen van de documenten. Hierbij is
gezocht naar het doel van het document, of er andere bronnen nodig zijn om dit document te
begrijpen en de context waarin het document is verschenen. De volgende stap is het coderen
zelf per document. Vanuit de geselecteerde documenten is er deductief gecodeerd (vallen
passages in één van de *apriori* categorieën?), maar ook inductief gecodeerd (gebaseerd op de
betekenis in de tekst). Dit proces is gedaan totdat er verzadiging optrad in de codes. Hierna
volgt de stap van hercoderen en codes samenvoegen. Hercoderen houdt in dat de letterlijke
betekenis in een tekst een samenvattend etiket krijgt. De codes zijn de basis voor de
beschreven conceptualisatie van zelfredzaamheid in een document. Bij dit proces van
doorlezen en coderen kunnen verschillende kanttekeningen worden geplaatst.

Een eerste kanttekening is dat in losse passages niet altijd duidelijk is wat de betekenis van
deze passages zijn. Bijvoorbeeld door het gebruik van verwijzwoorden of doordat passages
een andere betekenis krijgen door andere passages. De oplossing voor dit probleem is om
passages waarbij dit van toepassing is, in een bredere context te plaatsen. Er is daarbij dan
niet alleen gebruik gemaakt van wat letterlijk in de tekst staat, er is ook gebruik gemaakt van
hoe deze tekst begrepen wordt (in bredere context). Echter hoe de lezer een tekst leest is een
assumptie die gemaakt wordt. Dit is van toepassing bij het document van Movisie.6

Een tweede kanttekening is dat zelfredzaamheid kan verwijzen naar een bredere doelgroep
dan alleen ouderen. Er is dan niet expliciet verwezen naar zelfredzaamheid bij ouderen. Op
het eerste gezicht lijkt een tekst dan niet te gaan over zelfredzaamheid bij ouderen, maar deze
conceptualisatie van zelfredzaamheid is voor een brede doelgroep gelijk en daarmee dus ook
toepasbaar op ouderen. Als dit het geval is zal de assumptie worden gemaakt dat daar waar

6 Het woord zelfredzaamheid wordt in het document van Movisie zelden gebruikt, terwijl de tekst wel hiernaar
lijkt te verwijzen. Juist de link tussen zelfredzaamheid en bijvoorbeeld het beschreven wetenschappelijk
onderzoek lijkt er te zijn door de kopjes van de betreffende tekst. Bijvoorbeeld het kopje “hoe beïnvloedt
zelfredzaamheid de kwaliteit van leven?” gevolgd door een beschrijving van wetenschappelijk onderzoek
zelfredzaamheid staat, zelfredzaamheid bij ouderen kan worden gelezen. Zo kan bijvoorbeeld zelfredzaamheid beschreven worden in de context van de langdurige zorg, waar er gesproken wordt over ‘cliënten’ en niet over ouderen. Aangezien ongeveer zeventig procent van de cliënten van de langdurige zorg in 2012 vijfenzestig jaar of ouder is, lijkt zelfredzaamheid dan in grote mate betrekking te hebben op ouderen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2014, pp. 67–68). Dit probleem speelt in de documenten van Movisie, GGD Amsterdam, Vilans en ActiZ.

Als aanvulling op deze assumptie lijkt de doelgroep ouderen een doelgroep die vaak op een gegeven moment niet volledig zelfredzaam kan zijn (Cruikshank, 2013, pp. 10–18). Hierom is er de assumptie gemaakt dat er bij ouderen gebreken in de zelfredzaamheid kunnen optreden.

Een derde kanttekening is dat de documenten inconsistent kunnen zijn in hun betekenis van zelfredzaamheid. Een passage kan het ene zeggen en een passage later kan het tegenovergestelde worden beweerd. Deze inconsistenties zijn meegenomen in de conceptualisaties, maar er is altijd op één betekenis een zwaartepunt gelegd. Het is situationeel afhankelijk waar dit zwaartepunt ligt. Dit punt speelt mee in alle documenten, maar in het bijzonder van GGD Amsterdam7, Vilans8, ActiZ9 en NIVEL10.

Een vierde kanttekening is dat passages te weinig informatie kan geven om vast te stellen over er sprake is van ageism in een conceptualisatie van zelfredzaamheid bij ouderen. Er kunnen bepaalde begrippen of kernzinnen, die betrekking hebben op zelfredzaamheid, worden benoemd in de tekst die in het verdere document vaag of nauwelijks uitgelegd zijn. Ook al zijn ze wel belangrijk voor de conceptualisatie van zelfredzaamheid. Deze situatie is aanwezig in het document van Movisie, Vilans en ActiZ.

---

7 Het zwaartepunt van de conceptualisatie bij de GGD Amsterdam ligt in wat de Zelfredzaamheids-Matrix meet, niet in wat het zegt te meten. Hiervoor is gekozen omdat de Zelfredzaamheids-Matrix het eindproduct is wat gebruikt zou worden in de praktijk, de intenties hierachter zijn daarmee ondergeschikt
8 Het zwaartepunt van de conceptualisatie ligt in de beschreven visie van Vilans over zelfredzaamheid, en niet wat er verder over geschreven wordt. Dit komt omdat dit document ook verschillende visies van andere partijen op het meten van zelfredzaamheid vergelijkt. Een focus is dus nodig
9 Het zwaartepunt van de conceptualisatie ligt in de beschreven visie van ActiZ over zelfredzaamheid, en niet wat er verder over geschreven wordt. Dit komt omdat dit document ook verschillende visies van andere partijen over zelfredzaamheid vergelijkt. Een focus is dus nodig
10 Het zwaartepunt van de conceptualisatie ligt in de conclusies die NIVEL trekt uit hun onderzoek, niet in het verloop van hun onderzoek. Dit komt door hun brongebruik: wat de visie is van verschillende bronnen en NIVEL is niet altijd direct duidelijk
Een vijfde kanttekening is dat documenten zijn geschreven vanuit verschillende visies over zelfredzaamheid. Zo kan een document bijvoorbeeld tien verschillende visies op zelfredzaamheid met elkaar vergelijken. In dit onderzoek is alleen gebruik gemaakt van de visie op zelfredzaamheid door de uitgevende partij. Dit geeft een beperking in de passages die geanalyseerd worden. Dit heeft betrekking op de documenten van Vilans\textsuperscript{11}, ActiZ\textsuperscript{12} en NIVEL\textsuperscript{13}.

Ondanks deze kanttekeningen lijkt het mogelijk om tot een conceptualisatie te komen van zelfredzaamheid bij ouderen per document. Het resultaat hiervan is te vinden in hoofdstuk vier.

2.4. **Stap vier: analyse van ageism**

Vanuit een conceptualisatie van zelfredzaamheid per document is het mogelijk om deze te analyseren op ageism. Hierbij is er gelet op of er sprake is van ageism en hoe dit ageism dan voorkomt in het document. Hierbij zal het in hoofdstuk drie ontwikkelde Ageism Evaluation Instrument worden toegepast op de conceptualisatie van zelfredzaamheid bij ouderen.

De analyse van de conceptualisatie van zelfredzaamheid bij ouderen begint met een duidelijke invoer (het onderzoeksobject). Deze invoer zijn expressies over zelfredzaamheid bij ouderen die gedestilleerd zijn uit de conceptualisering van zelfredzaamheid zoals die per document voorkomt. Uit deze invoer komt een uitvoer: is er sprake van ageism, en zo ja in welke vorm dan? Mocht er volgens het Ageism Evaluation Instrument geen sprake zijn van ageism, dan zal er ook niet verder geanalyseerd worden op de vorm waarin het ageism voorkomt.

2.5. **Stap vijf: Een tweede kritische literatuurstudie**

Als er een compleet beeld is van of er sprake is van het mogelijke ageism kan aan de hand van de eerder beschreven kritische literatuurstudie gekeken worden of en hoe deze verminderd kan worden. De resultaten van deze studie komen naar voren in hoofdstuk vijf. In eerste instantie zal er gebruik gemaakt worden van de snowball-methode waarbij de resultaten van de eerste literatuurstudie dienen als basis. Echter kan het zo zijn dat hieruit niet voldoende

\textsuperscript{11} Praktisch betekent dit dat er een beperkt aantal pagina’s van het document van Vilans is geanalyseerd. Namelijk de pagina’s 4-7, 12-14 en 16-17

\textsuperscript{12} Dit betekent dat de pagina’s 6 en 8-11 geanalyseerd zijn van het document van ActiZ

\textsuperscript{13} Het gebruik van bepaalde (overheids)bronnen, betekent niet dat Nivel het eens is met deze bronnen, ze onderzoeken deze bronnen op hun realiteit. Hierom is er bij Nivel een scheiding tussen wat Nivel vindt en wat andere documenten vinden aangebracht
literatuur naar voren komt. Hierom zal de snowball-methode worden aangevuld met het zoeken naar artikelen die relevant zijn om bepaalde ageïstische fenomenen te kunnen verminderen. Hierom is er gezocht naar recent (tussen 2007 en 2018) verschenen artikelen in de zoekmachines Google Scholar en Scopus. Hierbij is gebruik gemaakt van de trefwoorden “homogenization” in combinatie met “stereotype”; en “reducing” in combinatie met “ageism”. Van deze begrippen is gebruik gemaakt, omdat over deze onderwerpen er nog weinig literatuur was verzameld. Van de eerste tien resultaten is de titel en abstract gelezen. Dit heeft bepaald of de artikelen gebruikt zijn in dit onderzoek. Tevens is bij deze literatuur ook weer gebruik gemaakt van de snowball-methode.

2.6. Interpretatie en bias

In dit onderzoek is er op verschillende plekken sprake van interpretatie. Een mogelijke valkuil bij interpretatie is bias. Bias staat voor een bepaalde vooringenomenheid. Bias heeft gevolgen voor de validiteit: het hebben van systematische fouten in een onderzoek. Bias kan (onbedoeld) de interpretaties sturen in een bepaalde richting (Boeije, 2005, p. 145). Het is daarom dat bias vermeden moet worden in wetenschappelijk onderzoek. Bias zou voorkomen worden door bij het beschrijven van het document dicht bij het geanalyseerde document te blijven. Dit is gedaan door middel van citaten en passages te beschrijven die de interpretatie ondersteunen. In de discussiesectie zal dieper worden ingegaan de kwaliteit van dit onderzoek en daarmee ook op de rol van de onderzoeker in dit onderzoek.
3. *Ageism* herkennen: een theoretisch kader

Ouder worden heeft verschillende dimensies. Zo kan biologische veroudering beschouwd worden als een opstapeling van beschadigingen in het lichaam die in bepaalde omstandigheden kunnen leiden tot functionele beperkingen (Phillips, Ajrouch, & Hillcoat-Nallétamby, 2010, pp. 12–13). Dit hoofdstuk richt zich op het sociale aspect van veroudering: de veranderende rollen en relaties in bredere sociale structuren door ouderen (Phillips et al., 2010, p. 13). Oud zijn heeft in deze context een andere status dan jong zijn. Over deze andere status gaat *ageism*. Deze andere status kan namelijk gebaseerd zijn op stereotypes (bijvoorbeeld ‘ouderen zijn trager dan jonge mensen’) en het negatieve oordeel hierover. Deze beeldvorming kan leidend zijn voor discriminatie (bijvoorbeeld niet achter een ouder persoon gaan staan bij de kassa in desupermarkt, want ‘ouderen zijn traag’). Discriminatie is zichtbaar gedrag, maar een oordeel en stereotypes zijn vaak niet direct zichtbaar. Daarom is dit hoofdstuk gericht op het zichtbaar maken van *ageism*. Dit zichtbaar maken is essentieel in dit onderzoek om uiteindelijk te weten of er sprake is van *ageism* in expressies over zelfredzaamheid. In dit hoofdstuk staat dan ook de volgende deelvraag centraal: ‘Wat is *ageism* en hoe valt dit te herkennen?’.

Dit hoofdstuk is zo opgebouwd dat *ageism* eerst in grote lijnen gedefinieerd zal worden zodat duidelijk wordt wat *ageism* is. Daarna is het mogelijk om te kijken hoe *ageism* terug is te zien in de realiteit. Het tweede gedeelte van de tweede vraag (‘hoe valt *ageism* te herkennen?’) zal worden beantwoord door verschillende typen *ageism* te beschrijven en hoe deze typen herkend kunnen worden. Dit hoofdstuk eindigt met een zelf ontwikkeld *Ageism Evaluation Instrument* dat kan dienen als ‘checklist’ om te kijken of er sprake is van *ageism* en in welke vorm deze dan voorkomt.

### 3.1. Wat is *ageism*?

Butler (1969), beschreef *ageism* als eerste als ‘vooroordelens van één leeftijdscohort naar een ander leeftijdscohort’. Hij baseerde zich hierbij op een casus waarin omwonenden protesteerden tegen het vestigen van ouderen in bijgelegen sociale huurwoningen. Enkele jaren later ontwikkelde hij een andere definitie voor *ageism*:


- Affectie omvat een oordeel naar oudere individuen, waar dus sprake is van een negatief of positief oordeel.
- Cognitie verwijst naar overtuigingen over een sociale groep, zoals stereotypes over ouderen.
- Gedrag betekent een voorkeursbehandeling of discriminatie zoals het vermijden van ouderen.


De definitie van ageism die dit onderzoek hanteert is gebaseerd op de definitie van Butler (1975). Hiervoor is gekozen omdat deze gericht is op de groep ouderen. Het discours van
zelfredzaamheid bij ouderen is immers gericht op ouderen en niet op andere leeftijdscohorten. Ook is deze definitie geschikt omdat hierin de attitude benadering (affectie, cognitie en gedrag) terug kan komen en er rekening is gehouden met kritieken zoals beschreven door Bytheway & Johnson (1990). Daarom zal in dit onderzoek de volgende definitie gehanteerd worden: ‘Ageism is het systematisch discrimineren of stereotyperen van ouderen vanwege hun ouderdom’. Hierbij is stereotyperen getypeerd door zowel het hebben van een cognitief en affectief aspect, naast het discriminerende aspect (gedrag). Vanuit de gekozen definitie kan ageism worden vastgesteld aan de hand van de eerder beschreven attitude.

3.2. Hoe kan ageism herkend worden?

In het vervolg van dit onderzoek is ageism verder uitgewerkt als een attitude van cognitie (stereotypes), affectie (gevoel/oordeel), en gedrag (discriminatie). De vraag blijft echter hoe een attitude concreet zichtbaar is in de realiteit. Deze vraag kan beantwoord worden met stereotypes over ouderen, oordelen over ouderen en discriminatie naar ouderen die al bekend zijn in de wetenschappelijke literatuur.


¹⁴ Voor verdere operationalisatie, zie bijlage 9.3.2.: Toelichting en hulpvragen bij vaststellen cognitiecomponent

Affectie richt zich op gevoel en emotie, wat zichtbaar is in een oordeel (denk aan welwillend of afkeurend en alles daartussen) (Eagly & Chaiken, 1998, p. 272). Fraboni et al. (1990) stellen dat ouderen positief worden ervaren wanneer als er sprake is van dat het contact met ouderen wordt opgezocht, dit ervaren wordt als plezierig, ouderen door anderen worden gestimuleerd om zich uit te spreken en wanneer een iemand is geraakt door maatschappelijke problemen rondom ouderdom. Een negatief oordeel zou het tegenovergestelde zijn van de elementen die een positief oordeel weerspiegelen. Volgens Cuddy et al. (2008) kunnen ouderen ook beoordeeld worden als zielig of zelfs worden geminacht. ‘Zielig’, betekent in deze context dat de schuld van een negatieve uitkomst buiten de persoon zelf ligt, wat een relatief positief oordeel is ten opzichte van ‘minachting’ dat verwijst naar dat een negatieve uitkomst door de persoon zelf komt.

In dit onderzoek is de volgende maatstaf voor het aanwezig zijn van ageism gehanteerd: als bij een expressie sprake is van minstens één stereotype, discriminatie/voorkeursbehandeling of oordeel is er sprake van ageism. Hiervoor is gekozen omdat de gebruikte definitie uitgaat van “stereotyperen of discrimineren”. Dit betekent dat niet alle drie de componenten hoeven voor te komen in de conceptualisatie van zelfredzaamheid, één is voldoende.

Nu het duidelijk is wanneer er sprake is van ageism in de conceptualisatie van zelfredzaamheid kan er gefocust worden op het diverse karakter van ageism. Feitelijk is dit diverse karakter te vinden in de verschillende types van ageism.

---

15 Voor verdere operationalisatie, zie bijlage 9.3.3.: Toelichting en hulpvragen bij vaststellen gedragscomponent
16 Voor verdere operationalisatie, zie bijlage 9.3.4.: Toelichting en hulpvragen bij vaststellen affectiecomponent
3.3. Hoe zijn vormen van ageism te herkennen?

Ageism is veelzijdig. Het is dan ook niet verwonderlijk dat in de literatuur onderscheid wordt gemaakt tussen verschillende types van ageism. Zo maken Iversen et al. (2009) onderscheid tussen twintig types van ageism, net als Palmore (2001) dit doet. Deze types zijn gebaseerd op zowel de vorm waarin ageism voorkomt, als op de boodschap of inhoud die ageism met zich draagt. Dit onderzoek onderscheidt vier categorieën van de verschillende types ageism. Deze vier categorieën zijn:

1. Hoe direct ageism uitgedrukt is. Ageism kan direct (expliciet ageism) of indirect (impliciet ageism) aanwezig zijn.
2. Het niveau waarop het ageism plaatsvindt. Ageism kan op context- (regelgeving en cultuur), omgangs- (tussen personen) en microniveau (binnen de persoon zelf) plaatsvinden.
3. Of een attitude negatieve, positieve of ambivalente componenten heeft op het gebied van cognitie, affectie of gedrag.
4. Hybride types van ageism. In deze categorie valt paternalistisch ageism (denkbeelden waar gedrag uit voortvloeit dat zonder instemming of tegen de wil van een ouder individu ingaat), pre-scriptive ageism (stereotypes die bepaald gedrag voorschrijven) en relational ageism (bevordering ageism door de sociale context).

Deze types van ageism sluiten elkaar niet uit. Een expressie kan bijvoorbeeld verschillende types ageism in zich hebben.

3.3.1. Expliciet en impliciet ageism

Als ageism bewust is uitgedrukt is er sprake van expliciet ageism. Een expliciete ageïstische expressie hoeft niet intentioneel ageïstisch te zijn. Het gaat erom dat een expressie een bepaalde boodschap heeft die in zijn directe betekenis ageïstisch kan zijn. Een voorbeeld van een expliciete soort ageism komt voor in het Nederlandse gezegde: “ouderdom komt met gebreken”. Deze uitdrukking betekent dat wanneer men ouder wordt er een universeel lot wacht, namelijk dat van fysiek en mentaal verval. Palmore (1999) beargumenteert dat deze aannname een vorm van ageism is, omdat wetenschappelijk gezien de chronologische leeftijd alleen niet de reden voor fysiek en mentaal verval kan zijn. “Ouderdom komt met gebreken” is hierbij een vorm van “age blaming”, het geeft de chronologische leeftijd de schuld van
ondervonden lichamelijke of psychische problemen (Gendron, Inker, & Welleford, 2017, p. 5). Hierom kan expliciet ageism als volgt worden omschreven:

- Van expliciet ageism is sprake als de directe betekenis van een expressie stereotyperend, discriminerend of een positief of negatief oordeel weergeeft naar ouderen.


“brief and commonplace daily verbal, behavioral, or environmental indignities, whether intentional or unintentional, that communicate hostile, derogatory, or negative racial slights and insults (...) Perpetrators of microaggressions are often unaware that they engage in such communications when they interact”(Sue et al., 2007, p. 271)

Juist door het alledaagse en subtiële karakter is dit type ageism volgen Gendron et al. (2016) moeilijk te herkennen. Echter zou het volgens hun mogelijk zijn om aan de hand van een thematische analyse indirecte ageïstische fenomenen zichtbaar te krijgen. Er zal in dit onderzoek een soortgelijke methode worden gebruikt.\textsuperscript{17} Vanuit deze gedachte is:

- Van impliciet ageism sprake als de indirecte betekenis van een expressie stereotyperend, discriminerend of een positief of negatief oordeel weergeeft naar ouderen.

\textsuperscript{17} Voor verdere toelichting zie bijlage 9.3.1.: Toelichting bij impliciete boodschap
3.3.2. Context-, omgangs- en op microniveau

Een ander onderscheid is het niveau waarop het *ageism* voorkomt. Regelgeving die een ageïstische uitwerking heeft is immers anders dan ageïstisch gedrag van een zorgprofessional naar een ouder individu toe.


- Er sprake is van *ageism* op contextniveau als een expressie stereotyperend, discriminerend is of een positief of negatief oordeel naar ouderen weerspiegelt en de afzender van dit *ageism* instituties of beleid, wet- en regelgeving zijn.

*Ageism* kan ook voorkomen bij direct contact tussen mensen of groepen, dus op omgangsniveau (Gobo & Mauceri, 2014, p. 29). Dit niveau van *ageism* komt terug in de wetenschappelijke literatuur als “*cultural ageism*” (Iversen et al., 2009, p. 16), “*social ageism*” (Biggs & Haapala, 2013, p. 1300), “*personal ageism*” (Palmore, 1999, p. 44), “*inter-generational ageism*” of “*intra-generational ageism*” (Bodner, Cohen-Frivel, & Yaretzky, 2011, p. 1197). Bij dit type van *ageism* is er sprake van *ageism* tussen individuen, bijvoorbeeld binnen leeftijdscohorten (*intra-generational*) of tussen leeftijdscohorten (*inter-generational*). Dit kan zichtbaar worden gemaakt met indicatoren doordat *ageism* op dit niveau betrekking heeft op leeftijdsnormen, taal of segregatie (Bodner, 2009, p. 1004). Hierom kan worden gesteld dat:

- Er sprake is van *ageism* op omgangsniveau als een expressie stereotyperend, discriminerend is of een positief of negatief oordeel naar ouderen weerspiegelt en de afzender dit zegt of doet in de omgang met anderen.
Ageism op microniveau omvat het stereotyperen en/of discrimineren door een ouder individu naar zichzelf, vanwege zijn of haar ouderdom. Een voorbeeld hiervan is volgens Levy (1996) te vinden in het begrip ‘senior moments’. Senior moments betekenen dat ouderen dingen niet meer weten die voor jongeren vanzelfsprekend zijn, dit wordt vaak gekoppeld aan het hebben van een bepaalde leeftijd. Levy deed verschillende geheugentesten met ouderen, waar één groep eerst werd geconfronteerd met negatieve stereotypes over ouderdom. Deze groep presteerde aanzienlijk minder bij de geheugentest. Dit kan verklaard worden door ‘self-stereotyping’. Deze term houdt in dat er een (onbewuste) self-fulfilling prophecy is, waarbij een individu gedurende de levensloop de bestaande (negatieve) denkbeelden over ouderen internaliseert en zich hiernaar gaat gedragen op latere leeftijd (Bennett & Gaines, 2010, p. 441; Levy, 1996, pp. 1092–1093). In de wetenschappelijke literatuur valt ageism op dit niveau terug te vinden in het fenomeen ‘microageism’ (Gendron et al., 2017, p. 5). Ageism op microniveau is vast te stellen doordat een persoon een uitspraak doet over zichzelf, dus:

- Er is sprake van ageism op microniveau als een expressie stereotyperend, discriminerend is of een positief of negatief oordeel naar ouderen weerspiegelt en betrekking heeft op de oude persoon zelf door zichzelf.

### 3.3.3. Negatieve, positieve, ambivalente attitude

Zoals naar voren komt in op welke wijze ageism herkend kan worden is bij ageism sprake van een attitude. Een attitude is zoals gezegd een houding of evaluatie van ouderen. Een attitude (cognitie, affectie en gedrag) kan drie types aannemen namelijk negatief, positief en ambivalent. Kortom er is dan sprake van een negatieve, positieve of ambivalente type van ageism.

Een attitude is negatief wanneer binnen een expressie ouderen onaangenaam zijn gestereotypeerd, er sprake is van discriminatie en ouderen ongunstig zijn geëvalueerd.


Een minder onderzocht fenomeen is het welwillend, of positief staan tegenover ouderen. Deze positieve types van ageism zijn expressies waarbij ouderen gestereotypeerd zijn als aangenaam, gunstig zijn geëvalueerd of een voorkeursbehandeling krijgen. Volgens Palmore (1999) zijn de belangrijkste positieve denkbeelden over ouderen te karakteriseren als bijvoorbeeld aardig of wijs. Een voorkeursbehandeling is bijvoorbeeld het gratis mogen reizen met het openbaar vervoer, juist omdat deze gekoppeld is aan het hebben van een bepaalde leeftijd.

Een attitude is positief wanneer binnen een expressie ouderen aangenaam zijn gestereotypeerd, er sprake is van een voorkeursbehandeling en ouderen gunstig zijn geëvalueerd.

Ageism hoeft niet consistent negatief of positief te zijn, een ouder individu kan bijvoorbeeld gunstig worden geëvalueerd (bijvoorbeeld door een compliment), maar aan de hand van een onaangename stereotype (bijvoorbeeld dat ouderen langzaam zouden zijn). Dit kan zich dit uiten in een retoriek als “U bent nog snel, zeker voor uw leeftijd” (Eagly & Chaiken, 1998, p. 279). In dat geval wordt ageism ambivalent genoemd, omdat sprake is van een negatief stereotype en positieve evaluatie.

Om het type attitude (negatief, positief en ambivalent) zichtbaar te krijgen moet er uit worden uitgegaan van twee soorten bouwstenen, namelijk negatieve componenten of positieve componenten. Dit betekent dat binnen een ageïstische expressie mogelijk onderscheid is te maken tussen verschillende componenten die los van elkaar worden geanalyseerd op hun positieve of negatieve aard. Er is een negatieve aard als er sprake is van een onaangenaam
stereotype, ongunstige evaluatie of discriminatie. Er kan ook sprake zijn van een positieve aard als er sprake is van een aangenaam stereotype, gunstige evaluatie of voorkeurshandeling. De attitude is te bepalen doordat cognitie, gedrag en evaluatie zijn getypeerd als positief of negatief. Als alle drie negatief zijn dan is er sprake van negatieve type van ageism. Als alle drie positief zijn bevonden dan zijn ze positief type van ageism. Als ze niet alle drie positief of negatief, maar gemixt zijn dan is er sprake van ambivalentie.

Kortom:

- Een attitude is ambivalent als een expressie zowel negatieve als positieve elementen heeft in het stereotyperen van, voorkeursbehandeling/discriminatie naar en/of evaluatie van ouderen.

3.3.4. Hybride types van ageism: paternalistisch, pre-scriptive en relational ageism

Hybride types van ageism zijn veel voorkomende vormen van ageism die niet direct te categoriseren zijn in een attitude en niveau.

Zo is specifieke vorm van een ambivalente attitude de paternalistische type van ageism. In deze context is paternalisme te begrijpen als het gedrag naar een ouder individu, die expliciet in het belang zou zijn van dit oudere individu. Dit gedrag gaat tegen de wens in of is zonder instemming van het oudere individu (Cody, 2003, p. 288).

Een paternalistisch type van ageism kan verklaart worden vanuit een attitude. Dit kan aan de hand van de term “benevolent ageism” (Glick & Fiske, 1996, p. 491). Volgens Cuddy et al. (2008) kan deze vorm van ageism verklaart worden aan de hand van negatieve stereotypes van ouderen waaruit blijkt dat deze groep ‘zwak’ zouden zijn, maar ook op positieve stereotypes dat ouderen sympathiek zijn. Tevens is volgens Cuddy et al. (2008) op deze ambivalentie in stereotypes sprake van een affectief component dat beschreven kan worden als ‘zielig’ (negatieve uitkomst ligt buiten de schuld van het betreffende individu). Ook zou er gedrag voortvloeien uit deze stereotypes en bijbehorende affectie: namelijk ‘actief helpend gedrag’ (helpen zonder te vragen) of passief schadelijk gedrag (zoals verwaarlozen).

---

18 Voor verdere operationalisatie, zie bijlage 9.3.5.: Toelichting bij vaststellen van negatieve componenten
19 Voor verdere operationalisatie, zie bijlage 9.3.6.: Toelichting bij vaststellen van positieve componenten

- Er is sprake van paternalistische types van *ageism* als:
  - Bepaalde gedrag plaatsvindt tegen of zonder instemming van het oudere individu
  - Er sprake is van zowel positieve als negatieve stereotypes over ouderen
  - Er sprake is van de affectie ‘zielig’ en/of actief helpen of passief schaden.

Ook zouden ambivalente attitudes en negatieve attitudes niet los van elkaar staan. De link ertussen kan worden beschreven met *pre-scriptive ageism*, een hybride type van *ageism* want er is een interactie tussen de componenten van een attitude (cognitie, gedrag en affectie). Als ouderen zich houden aan bepaalde ‘regels’ dan kunnen ouderen eerder te maken krijgen met ambivalente types van *ageism*. Denk hierbij aan bijvoorbeeld een negatief stereotype met positief helpend gedrag. Als ouderen zich hier niet aan houden dan kunnen zij te maken krijgen met een consistent negatieve attitude (North & Fiske, 2012, p. 987). Zoals een negatief stereotype met negatief gedrag. Dit komt naar voren in de door North & Fiske (2013b) beschreven *pre-scriptive stereotypes* (in dit onderzoek *pre-scriptive ageism* genoemd). Er is sprake van *ageism* omdat stereotypes leidend zijn voor specifiek gedrag voor ouderen, dus hoe zij zich zouden moeten gedragen. Kortweg gezegd: North & Fiske (2013b) stellen dat ouderen hierbij dienen te voldoen aan een bepaald verwachtingspatroon op het gebied van opvolging (plaats maken voor jongere generaties), consumptie (proportioneel collectieve middelen gebruiken) en identiteit (niet jong zijn/doen).

---

20 Voor verdere operationalisatie, zie bijlage 9.3.8.: Toelichting en hulpvragen bij vaststellen *pre-scriptive ageism*
Er is sprake van *pre-scriptive ageism* als een expressie weerspiegelt dat op basis van een stereotype bepaald gedrag verwacht wordt van ouderen in de domeinen opvolging, consumptie en identiteit.

Een ander, laatste type van *ageism* is hoe *ageism* wordt ontvangen of gestimuleerd in de context waarin het zich voordoet. Mensen kunnen bijvoorbeeld een ageïstische boodschap communiceren, waarop een positieve reactie komt, waardoor dit *ageism* wordt bevestigd of gestimuleerd, hierbij kan worden gedacht aan lachen, klappen en complimenteren. Dit heet ‘*relational ageism*’ en is feitelijk het stimuleren van *ageism* door de sociale context (Gendron et al., 2017, p. 6).

3.4. **Deelconclusie: het *Ageism Evaluation Instrument***

Aan het begin van dit hoofdstuk werd de vraag gesteld wat *ageism* is en hoe dit valt te herkennen. Deze vraag is beantwoord door *ageism* te definiëren en te beschrijven hoe *ageism* zichtbaar gemaakt kan worden bij analyse van de conceptualisatie van zelfredzaamheid. Daarnaast is de vraag beantwoord door de veelzijdigheid van *ageism* te beschrijven in verschillende types en deze ook weer zichtbaar te krijgen. Het herkennen van *ageism* en haar verschillende types worden geïntegreerd in het *Ageism Evaluation Instrument* dat dient als referentie om te onderzoeken of er sprake is van *ageism*. Dit voor dit onderzoek ontwikkelde instrument zal in het volgende hoofdstuk worden gebruikt om de conceptualisatie van zelfredzaamheid bij ouderen te analyseren op *ageism*. Deze conceptualisatie bestaat uit expressies over zelfredzaamheid. Deze expressies die betrekking hebben op zelfredzaamheid kunnen ook wel de ‘invoer’ worden genoemd. Vanuit deze invoer is er een ‘checklist’ gericht op het evalueren in termen van twee criteria:

1. Er is sprake van *ageism* of niet
2. Als *ageism* is vastgesteld, is het duidelijk van welk soorten *ageism* er sprake zijn (kunnen er meerdere zijn)

Hierom is het *Ageism Evaluation Instrument* ontwikkeld:
<table>
<thead>
<tr>
<th>Stap</th>
<th>(Invoer X: expressies over de conceptualisatie van zelfredzaamheid bij ouderen)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Impliciete boodschap?</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1.</td>
<td>Weerspiegelen woorden/zinsdelen van Invoer X een bepaalde impliciete overtuiging?</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ageism?</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td>Is er bij (Invoer X of Y) sprake van overtuigingen of aannames over ouderen?</td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td>Is er bij (Invoer X of Y) sprake van bepaald gedrag naar ouderen toe?</td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>Is er bij (Invoer X of Y) sprake van een bepaalde evaluatie van ouderen?</td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td>Is stap 2, 3 of 4 de ten minste één keer beantwoord met een ja?</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Attitude? (mits er sprake is van ageism bij stap 5)</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td>Gaat de (invoer cognitie/ invoer affectie/ invoer gedrag) uit van een negatief stereotype/ ongunstige evaluatie/discriminatie van ouderen?</td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td>Gaat de (invoer cognitie/ invoer affectie/ invoer gedrag) uit van een positief stereotype/ gunstige evaluatie/voorkeursbehandeling van ouderen?</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Niveau? (mits er sprake is van ageism bij stap 5)</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8.</td>
<td>Is ageism in de (invoer cognitie/ invoer affectie/ invoer gedrag) een resultaat van een institutie of beleid- en regelgeving?</td>
</tr>
<tr>
<td>9.</td>
<td>Is ageism in de (invoer cognitie/ invoer affectie/ invoer gedrag) een resultaat van een interactie tussen één ouder individu/ouderen en één andere persoon of groep?</td>
</tr>
<tr>
<td>10.</td>
<td>Is ageism in de (invoer cognitie/ invoer affectie/ invoer gedrag) een resultaat van de persoon zelf?</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Het bepalen van hybride types van ageism (mits er sprake is van ageism bij stap 5)</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11.</td>
<td>Is in de (invoer cognitie) sprake van een positief en negatief stereotype, of is er in de (invoer gedrag) sprake van gedrag zonder instemming van het oudere individu, of is bij de (invoer affectie) sprake van de affectie ‘zielig’?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

21 Zie bijlage 9.3.1.; Toelichting bij impliciete boodschap
22 Zie bijlage 9.3.2.; Toelichting en hulpvragen bij vaststellen cognitiecomponent
23 Zie bijlage 9.3.3.; Toelichting en hulpvragen bij vaststellen gedragscomponent
24 Zie bijlage 9.3.4.; Toelichting en hulpvragen bij vaststellen affectiecomponent
25 Zie bijlage 9.3.5.; Toelichting bij vaststellen van negatieve componenten
26 Zie bijlage 9.3.6.; Toelichting bij vaststellen van positieve componenten
27 Zie bijlage 9.3.7.; Toelichting en hulpvragen bij vaststellen paternalistische types van ageism
12. Is *(Invoer X of Y)* voorschrijvend in hoe een ouder zich zou moeten gedragen op gebied van consumptie, opvolging en identiteit? Ja/nee

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>13.</td>
<td>Is <em>(Invoer X of Y)</em>, als er eerder in deze lijst ‘ja’ is ingevuld, beantwoord, aangemoedigd/onderschreven door de sociale context?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Soort ageism (mits er sprake is van ageism bij stap 5)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>14. Is bij stap 2, 3 of 4 beantwoord met ja op basis van invoer X?</td>
</tr>
<tr>
<td>15. Is bij stap 2, 3 of 4 beantwoord met ja op basis van invoer Y?</td>
</tr>
<tr>
<td>16. Is stap 6 één of meerdere componenten beantwoord met ja?</td>
</tr>
<tr>
<td>17. Is stap 7, één of meerdere componenten beantwoord met ja?</td>
</tr>
<tr>
<td>18. Zijn stap 6 en 7 één of meerdere keren beantwoord met nee en één of meerdere keren beantwoord met ja?</td>
</tr>
<tr>
<td>19. Is bij stap 8 beantwoord met ja?</td>
</tr>
<tr>
<td>20. Is bij stap 9 beantwoord met ja?</td>
</tr>
<tr>
<td>21. Is bij stap 10 beantwoord met ja?</td>
</tr>
<tr>
<td>22. Is bij stap 11 beantwoord met ja?</td>
</tr>
<tr>
<td>23. Is bij stap 12 beantwoord met ja?</td>
</tr>
<tr>
<td>24. Is bij stap 13 beantwoord met ja?</td>
</tr>
</tbody>
</table>


---

28 Zie bijlage 9.3.8.: Toelichting en hulpvragen bij vaststellen pre-scriptive ageism
4. De toepassing: een onderzoek naar *ageism* en zelfredzaamheid

Tot nu toe is de focus gelegd op het zichtbaar krijgen van *ageism*. De vervolgstap is onderzoeken of er sprake is van *ageism* in de conceptualisatie van zelfredzaamheid binnen het discours van zelfredzaamheid bij ouderen. Dit hoofdstuk is daarom gericht op het toepassen van het ontwikkelde *Ageism Evaluation Instrument* op het discours van zelfredzaamheid bij ouderen. Aan het einde van dit hoofdstuk is zichtbaar hoe zelfredzaamheid geconceptualiseerd is in het discours en of in deze conceptualisatie sprake is van *ageism*. Kortom dit hoofdstuk beantwoordt de vragen: ‘hoe is zelfredzaamheid geconceptualiseerd in het discours van zelfredzaamheid bij ouderen tussen zorgprofessionals?’ en ‘kan *ageism* worden teruggezien in hoe zelfredzaamheid is geconceptualiseerd in het discours van zelfredzaamheid bij ouderen tussen zorgprofessionals?’

Om deze vragen te beantwoorden is er gebruik gemaakt van een inhoudsanalyse bij een beperkt aantal documenten. Zoals beschreven in hoofdstuk twee wordt er in dit hoofdstuk gebruik gemaakt van een selectie aan documenten die representatief zouden zijn voor het discours van zelfredzaamheid bij ouderen. Deze documenten zijn:

- Movisie - Zelfredzaamheid voor iedereen
- GGD Amsterdam - Handreiking voor de beoordeling van ouderen met de Zelfredzaamheid Matrix
- Vilans - Zo zelfredzaam: Een overzicht van instrumenten voor het meten van zelfredzaamheid
- ActiZ - Zelfredzaamheid hoe pakt u het aan?
- NIVEL - Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg
- Gezondheidsraad - Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid

Deze documenten zullen los van elkaar worden geanalyseerd.

Zoals figuur 2 laat zien is de eerste stap binnen elke analyse een contextuele beschrijving. Hierin is aandacht voor de organisatie achter de bovengenoemde documenten en voor het karakter van het document. De tweede stap is uit het document een conceptualisatie van zelfredzaamheid bij ouderen te destilleren, wat gebeurt aan de hand van beschrijvingen van
het document en citaten over zelfredzaamheid. De derde stap is om deze conceptualisatie te gebruiken als invoer voor het *Ageism Evaluation Instrument*. De uitkomsten hiervan zijn verdeeld over drie paragrafen. De eerste paragraaf onderzoekt of er sprake is van een impliciete boodschap (stap één van het *Ageism Evaluation Instrument*). De tweede paragraaf onderzoekt of in de expliciete of impliciete betekenis van de conceptualisatie er sprake is van ageism (stap twee tot en met vijf van het *Ageism Evaluation Instrument*). De laatste paragraaf focust zich op welke soorten ageism er te onderscheiden zijn, als er sprake is van ageism (stap zes tot en met tweeëntwintig van het *Ageism Evaluation Instrument*).

Deze stappen worden per document doorlopen en geven als resultaat dus zes analyses. Aan de hand van deze zes analyses wordt de vraag beantwoord of er sprake is van ageism in het discours van zelfredzaamheid bij ouderen. Mocht er sprake van zijn ageism dan kan in het volgende hoofdstuk worden onderzocht of het mogelijke ageism ook te verminderen is.

### 4.1. Movisie

Het eerste document is uitgebracht door Movisie: een landelijk kennisinstituut en adviesbureau. Volgens hun eigen website is het doel van Movisie is om alle burgers zo veel mogelijk zelfredzaam te laten zijn. In lijn met deze doelstelling heeft Movisie het driepagina’s tellend document *Zelfredzaamheid voor Iedereen* uitgebracht. In dit document wordt kort verteld wat zelfredzaamheid is, hoe het vergroot kan worden en wat zelfredzaamheid betekent voor de kwaliteit van leven. Hierbij zijn veel verwijzingen naar andere publicaties te vinden.

#### 4.1.1. Een conceptualisatie

Movisie lijkt niet één definitie te kiezen voor zelfredzaamheid, maar noemt er verschillende. Verschillende definities zijn er, omdat de verschillende referentiekaders of vertrekpunten van belang zouden zijn bij de interpretatie van zelfredzaamheid. Er is dan ook geen eenduidige

---

29 www.movisie.nl/over-movisie
30 Movisie, Zelfredzaamheid voor Iedereen, p. 1
31 Movisie, Zelfredzaamheid voor Iedereen, p. 1
omschrijving van wat zelfredzaamheid precies is in dit document. Echter lijkt er impliciet wel degelijk een betekenis te zijn van zelfredzaamheid. Deze betekenis kan het best worden omschreven als zelfbepaling.\textsuperscript{32} \textsuperscript{33} Deze betekenis is logisch, omdat in de loop van de tekst zelfbepaling gelijk wordt gesteld aan zelfredzaamheid.

Het belang van zelfredzaamheid lijkt vooral gevonden te kunnen worden in een bevordering van de kwaliteit van leven.\textsuperscript{34} Vanuit verschillende wetenschappelijke onderzoeken wordt de conclusie getrokken dat zelfredzaamheid de kwaliteit van leven bevordert. Inhoudelijk zijn er twee conclusies uit de wetenschappelijke onderzoeken. De eerste is dat het welbevinden toeneemt naarmate men het gevoel heeft het leven meer in eigen hand te hebben. De tweede conclusie is dat tevredenheid samenhangt met de mate waarin mensen zelf op zoek gaan naar zorg en zelf keuzes hierin maken.\textsuperscript{35}

Een ander belangrijk element in dit document is de focus op het ondersteunen van zelfredzaamheid.\textsuperscript{36} Het vergroten van zelfredzaamheid lijkt geassocieerd met empowerment van “maatschappelijk kwetsbare groepen”:

“een proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving en dit via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie”.\textsuperscript{37}

Empowerment is in dit document verder geassocieerd met sociale inclusie, actief burgerschap, vermaatschappelijking, kwartier maken, eigen kracht en gedeelde verantwoordelijkheid.\textsuperscript{38} Deze elementen die zelfredzaamheid zouden vergroten zijn in het document kort aangestipt.

Zelfredzaamheid zou in ieder geval niet vergroot kunnen worden door een terugtrekkende overheid.\textsuperscript{39} Juist bezuinigingen geven beperkingen tot de toegang voor ondersteuning en leiden dan tot minder eigen regievoering. Ook zou deels stopzetting van professionele

\textsuperscript{32} Movisie, Zelfredzaamheid voor iedereen, p. 2, waar staat dat het belangrijk is om zelf belangrijke keuzes te maken.
\textsuperscript{33} Movisie, Zelfredzaamheid voor iedereen, p. 3, er staat dat bezuinigingen en meer zelfbepaling niet samengaan
\textsuperscript{34} Movisie, Zelfredzaamheid voor iedereen, p. 2
\textsuperscript{35} Movisie, Zelfredzaamheid voor iedereen, p. 2
\textsuperscript{36} Movisie, Zelfredzaamheid voor iedereen, p. 2
\textsuperscript{37} Movisie, Zelfredzaamheid voor iedereen, p. 2
\textsuperscript{38} Movisie, Zelfredzaamheid voor iedereen, p. 2
\textsuperscript{39} Movisie, Zelfredzaamheid voor iedereen, p. 3
ondersteuning niet leiden tot geslaagde alternatieven. Er wordt dan ook geconcludeerd dat bezuinigingen en meer zelfbepaling niet samengaan.\textsuperscript{40}

Concluderend lijkt zelfredzaamheid bij ouderen dan ook als volgt te kunnen worden geformuleerd:

- Definiëring zelfredzaamheid: Zelfredzaamheid bij ouderen is niet expliciet gedefinieerd, maar impliciet verwijst het naar zelfbepaling
- Belang zelfredzaamheid: Meer zelfredzaamheid bij ouderen geeft een hogere kwaliteit van leven
- Ondersteuning van zelfredzaamheid: Zelfredzaamheid bij ouderen kan worden versterkt door empowerment, sociale inclusie, actief burgerschap, vermaatschappelijking, kwartier maken, eigen kracht en gedeelde verantwoordelijkheid, maar niet met bezuinigingen.

Deze drie aspecten van de conceptualisatie van zelfredzaamheid zullen als invoer dienen voor het \textit{Ageism Evaluation Instrument}.

\textbf{4.1.2. Impliciete boodschap}

Als deze drie aspecten simultaan geanalyseerd worden op impliciete boodschappen (stap één van het \textit{Ageism Evaluation Instrument}) dan kan er worden beargumenteerd dat meer zelfredzaamheid beter is voor ouderen als groep. Dit betekent meer zelfbepaling: zelf keuzes maken en het gevoel dat je je leven in de hand hebt. Juist zelfredzaamheid heeft hierbij een maatschappelijke instag: zelfredzaamheid is vergroot door te investeren in veranderingen in de sociale verhouding (denk aan empowerment).

\textbf{4.1.3. Ageism?}

In deze impliciete boodschap en de expliciete conceptualisatie lijkt er geen sprake te zijn van ageism. De stappen twee tot en met stap vijf van het \textit{Ageism Evaluation Instrument} zijn niet te beantwoorden met ‘ja’.\textsuperscript{41}

\textsuperscript{40} Movisie, Zelfredzaamheid voor iedereen, p. 3
\textsuperscript{41} Dit blijkt omdat de hulvragen in bijlage 9.3.2., 9.3.3 en 9.3.4 niet te beantwoorden zijn met ‘ja’
4.1.4. Soort ageism

Omdat er geen sprake lijkt van ageism, is het niet mogelijk om bij de overige stappen van het Ageism Evaluation Instrument soorten ageism te onderscheiden.

4.2. GGD Amsterdam

Het tweede document is van de Geneeskundige en Gezondheidsdienst Amsterdam (in vervolg: ‘GGD’). De GGD heeft als doelstelling: het beschermen en bevorderen van de gezondheid bij de inwoners van Amsterdam.42 Vanuit de veranderingen in de zorg, zoals de introductie van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, is er grote nadruk gelegd op zelfredzaamheid. Dit is door de GGD opgevat als het minder denken in aandoeningen en meer in wat iemand kan.43 Hierom heeft deze organisatie in samenwerking met de Gemeente Rotterdam de Zelfredzaamheids-Matrix (in vervolg: ZRM) ontwikkeld.44 De ZRM is bedoeld om het functioneren te meten van een brede doelgroep.45 46 Zo doet de ZRM 2017 dit aan de hand van dertien kerndomeinen (zoals het domein financiën of activiteiten in het dagelijks leven).47 Om dit instrument relevanter te maken voor de doelgroep ouderen is er een extra handreiking ontwikkeld om de ZRM te gebruiken bij deze groep.48 Deze Handreiking voor de beoordeling van ouderen met de Zelfredzaamheid Matrix behandelt specifieke problemen die de zelfredzaamheid bij ouderen kunnen ondermijnen. Het zestienpagina’s tellend document, uit 2014, geeft praktische richtlijnen waarmee de ZRM beter zou aansluiten bij de realiteit van de doelgroep ouderen. Deze handreiking is hiermee een aanvulling op de handleiding van de ZRM. Gezien deze context is er dan ook voor gekozen om naast de Handreiking voor de beoordeling van ouderen met de Zelfredzaamheid Matrix ook de handleiding van de ZRM 2017 mee te nemen in deze analyse.

4.2.1. Een conceptualisatie

Zelfredzaamheid lijkt in de het document (en het ondersteunende document) geconceptualiseerd als het individueel functioneren naar maatschappelijke normen die aan de

42 www.ggd.amsterdam.nl
43 GGD Amsterdam, Handleiding Zelfredzaamheid-Matrix 2017, p. 5
44 GGD Amsterdam, Handleiding Zelfredzaamheid-Matrix 2017, p. 5
45 GGD Amsterdam, Handleiding Zelfredzaamheid-Matrix 2017, p. 5, letterlijk met de ZRM de zelfredzaamheid van ‘burgers’
46 GGD Amsterdam, Handreiking voor de beoordeling van ouderen met de Zelfredzaamheid-Matrix, p.4, de ZRM is toepasbaar bij alle volwassenen die gebruik maken van de (O)GGZ
47 GGD Amsterdam, Handleiding Zelfredzaamheid-Matrix 2017, p. 11
48 GGD Amsterdam, Handreiking voor de beoordeling van ouderen met de Zelfredzaamheid-Matrix, p.4
hand van indicatoren kwantitatief te scoren is. Zo kan bijvoorbeeld iemand die alleen een AOW ontvangt de score drie (beperkt zelfredzaam) krijgen op het gebied van financieel functioneren en diegene die hierbij een aanvullend pensioen krijgt de score vijf (volledig zelfredzaam). Zo kan bijvoorbeeld iemand die alleen een AOW ontvangt de score drie (beperkt zelfredzaam) krijgen op het gebied van financieel functioneren en diegene die hierbij een aanvullend pensioen krijgt de score vijf (volledig zelfredzaam).\footnote{GGD Amsterdam, Handleiding Zelfredzaamheid-Matrix 2017, p. 7, er staat dat zelfredzaamheid een acceptabel niveau van functioneren is, waar iedereen in de Nederlandse maatschappij mee te maken krijgt.} \footnote{GGD Amsterdam, Handleiding Zelfredzaamheid-Matrix 2017, p. 16, verwijst naar indicatoren}\footnote{GGD Amsterdam, Handleiding Zelfredzaamheid-Matrix 2017, p. 14-15, zelfredzaamheid is in ordinale categorieën ingedeeld} Niet alleen kan een persoon geschaald worden in termen van zelfredzaamheid, deze uitkomst is direct gekoppeld aan de mate van zorgbehoeftte en de mate van begeleiding. Er is sprake van een index: bij een score één, betreffende zelfredzaamheid (de situatie is onhoudbaar) heeft een persoon ‘direct zorg nodig’ en is ‘extra intensieve begeleiding acuut noodzakelijk’. Bij een score vijf (volledige zelfredzaamheid), heeft een persoon geen zorgbehoeftte en is begeleiding niet nodig. Als een persoon dan alleen een AOW krijgt, betekent dit volgens de ZRM dat de persoon deels in begeleiding is voorzien, maar dat dit ook verbeterd kan worden.\footnote{GGD Amsterdam, Handleiding Zelfredzaamheid-Matrix 2017, p. 14-15, zelfredzaamheid is in ordinale categorieën ingedeeld}

Het belang van zelfredzaamheid is in de documenten niet duidelijk te vinden. Dit komt, omdat de documenten zich uitsluitend richten op de relevantie en belang van de ZRM, maar niet zelfredzaamheid zelf.

Kortom, de invoer voor het \textit{Ageism Evaluation Instrument} is als volgt:

- Definiëring zelfredzaamheid: zelfredzaamheid bij ouderen is het individueel functioneren naar maatschappelijke normen
- Definiëring zelfredzaamheid: zelfredzaamheid bij ouderen is kwantitatief uit te drukken aan de hand van indicatoren
- Ondersteuning van zelfredzaamheid: de mate van zelfredzaamheid bij ouderen is direct gekoppeld aan de zorgbehoeftte en de mate van begeleiding

4.2.2. \textbf{Impliciete Boodschap}

Als de conceptualisatie bij stap één van het \textit{Ageism Evaluation Instrument} simultaan geanalyseerd wordt op impliciete boodschappen kan er worden gesteld dat volgens de ZRM de zelfredzaamheid niet bepaald wordt door het betreffende individu zelf, maar door criteria.
Deze criteria zijn bepaald door maatschappelijke normen betreffende het functioneren. Hiermee ligt de maat van zelfredzaamheid buiten de persoon zelf en de persoon kan deze maatstaf ook niet veranderen. Juist het gebruik van indicatoren wijst erop dat niet een ouder individu zijn of haar eigen zelfredzaamheid vaststelt, dit wordt gedaan door iemand anders (bijvoorbeeld door een maatschappelijk werker). Een ouder individu heeft daarom weinig invloed op zijn of haar vastgestelde mate van zelfredzaamheid. Het wordt immers bepaald door anderen en vanuit een maatstaf die buiten de persoon zelf ligt. Juist de ZRM koppelt de mate van zelfredzaamheid direct aan een zorgbehoeftte en een mate van begeleiding. Dit resulteert in dat een persoon zelf nauwelijks invloed heeft in zijn of haar mate van begeleiding.

### 4.2.3. Ageism?

Er lijkt sprake van *ageism* in deze impliciete betekenis van de conceptualisatie, als er van uitgegaan wordt dat ouderen op een gegeven moment te maken krijgen met een vermindering van de zelfredzaamheid.\(^5^4\)

Er lijkt een overtuigingscomponent mee te spelen in de impliciete betekenis (stap twee van het *Ageism Evaluation Instrument*). Ouderen zijn namelijk bestempeld als relatief hulpeloos en afhankelijk: ze hebben ondersteuning van organisaties nodig. Dit heeft te maken met dat als een ouder individu op een gegeven moment gebreken heeft in de zelfredzaamheid hij of zij automatisch hulp nodig zou hebben. Juist in de definitie van zelfredzaamheid die gebruikt wordt in de ZRM is dit wanneer iemand niet optimaal functioneert naar de maatschappelijke norm, oftewel volledige zelfredzaamheid. In deze conceptualisatie is het dan vanzelfsprekend dat gebreken in de zelfredzaamheid automatisch zouden moeten leiden tot ondersteuning één of meerdere organisaties.\(^5^5\)

Er lijkt ook een tweede component van *ageism* aanwezig. Doordat het oudere individu zelf geen invloed heeft op de mate van begeleiding kan er beargumenteerd worden dat er sprake is van het gedragscomponent ‘actief helpen’ (stap drie van het *Ageism Evaluation Instrument*). In elke situatie die de ZRM schetst zullen gebreken in de zelfredzaamheid leiden tot

\(^{54}\) Zie p. 17-19 over de verschillende assumpties die gemaakt worden in de analyse op *ageism*

\(^{55}\) Zie ook 9.3.2.: “Gaat een expressie ervan uit dat ouderen de steun van overheid- en zorgorganisaties nodig hebben?”
begeleiding, zonder mogelijke instemming van het oudere individu. Kortom, ouderen zouden dan moeten worden geholpen ook al willen ze dit misschien in eerste instantie niet.\(^{56}\)

Er zijn geen aanwijzingen te vinden dat er sprake is van een affectiecomponent, stap vier van het *Ageism Evaluation Instrument*.\(^{57}\)

### 4.2.4. Soorten ageism

Bij stap zes van het *Ageism Evaluation Instrument* lijkt het stereotype van hulpeloos en afhankelijk een negatief component.\(^{58}\) Omdat er sprake is van zowel een positief als negatief component bij de attitude is er sprake van een ambivalente attitude (stap achttien van het *Ageism Evaluation Instrument*). ‘Actief helpen’ kan bij stap zeven van het *Ageism Evaluation Instrument* worden gezien als positief gedrag (tegenover bijvoorbeeld gedrag dat wijst op vermijden). Hiermee is het gedragscomponent van de attitude positief.\(^{59}\)

Het vastgestelde *ageism*, lijkt zich af te spelen op contextniveau, stap acht en negentien van het *Ageism Evaluation Instrument*. Dit komt omdat diegene die het *ageism* initieert een instelling is. Het *ageism* is dan ook het resultaat van het handelen van een instelling.\(^{60}\)

Er lijkt ook sprake van een paternalistische type van *ageism*, stap elf en tweeëntwintig van het *Ageism Evaluation Instrument*. Ouderen kunnen namelijk ondersteuning krijgen zonder hun eigen instemming.\(^{61}\)

Als laatste is het opvallend dat *ageism* is vastgesteld aan de hand van de impliciete boodschap die de conceptualisatie van zelfredzaamheid bij ouderen heeft. Het ageism is daarmee niet direct zichtbaar in het document zelf, maar indirect we. Er is dan volgens stap vijftien van het *Ageism Evaluation Instrument* sprake van een impliciete type van *ageism*.

Concluderend kan er worden beargumenteerd dat er in de conceptualisatie van zelfredzaamheid bij ouderen door de GGD Amsterdam sprake is van:

---

\(^{56}\) Zie ook bijlage 9.3.3.: “Gaat een expressie ervan uit dat ouderen geholpen moeten worden ook al willen ze dit soms in eerste instantie niet?”

\(^{57}\) De vragen in de bijlage 9.3.4. zijn niet te beantwoorden met ‘ja’

\(^{58}\) Zie bijlage 9.3.5.

\(^{59}\) Zie bijlage 9.3.6.: Zie ook p. 27 waarin *ageism* op contextniveau is uitgelegd.

\(^{60}\) Zie bijlage 9.3.7.: “Gaat een expressie ervan uit dat de wensen en behoeftes van ouderen niet leidend zijn voor een specifieke actie”
• De cognitiecomponent hulpeloos en afhankelijk
• De gedragscomponent Actief helpen
• Een impliciete type van *ageism*
• Een ambivalente attitude
• *Ageism* op contextniveau
• Een paternalistische type van *ageism*

4.3. **Vilans**

Het derde document is van Vilans: een kenniscentrum voor langdurige zorg. Deze heeft als doelstelling om (vaak in partnerschap) zorgvernieuwingen te ondersteunen in de langdurige zorg.\(^{62}\) Volgens het jaarverslag uit 2016 zouden deze zorgvernieuwingen vooral bijdragen aan betaalbare zorg van goede kwaliteit.\(^{63}\) Een belangrijke werkwijze van Vilans is kennisdeling.\(^{64}\) Ze beheren verschillende websites met thema’s die relevant zijn in de langdurige zorg. Zelfredzaamheid is hierbij één thema.\(^{65}\) Deze informatie is voor iedereen beschikbaar, maar is in het bijzonder relevant voor zorgprofessionals die werken in deze sector. Ook brengt Vilans regelmatig publicaties uit. Zo ook de publicatie *Zo zelfredzaam: Een overzicht van instrumenten voor het meten van zelfredzaamheid*. Dit zevenendertigpagina’s tellend document uit 2014 is een overzichtsstudie waarbij is uitgelegd wat zelfredzaamheid is, waarom het belangrijk is en is verder gericht op het vergelijken van verschillende meetinstrumenten van zelfredzaamheid.

4.3.1. **Een conceptualisatie**

Voor Vilans is zelfredzaamheid verbonden aan ondersteuning of zorg. Zelfredzaamheid zou namelijk voor veel mensen vanzelfsprekend zijn, terwijl voor mensen waar dit “vermogen” niet vanzelfsprekend is zorg en ondersteuning relevant zou zijn.\(^{66}\) Voor deze mensen zou zorg op maat nodig zijn.\(^{67}\)

Over wat zelfredzaamheid precies betekent is in dit document een veelzijdig verhaal gegeven. Aan de ene kant wordt er gesteld dat deze betekenis vooral is te vinden in egodocumenten van

\(^{62}\) [www.vilans.nl/over-ons](http://www.vilans.nl/over-ons)
\(^{63}\) [www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/jaarverslag-2016.pdf](http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/jaarverslag-2016.pdf)
\(^{64}\) [https://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/jaarverslag-2016.pdf](https://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/jaarverslag-2016.pdf)
\(^{65}\) Een voorbeeld hiervan is [www.zorgvoorbetere.nl/zelfredzaamheid](http://www.zorgvoorbetere.nl/zelfredzaamheid)
\(^{66}\) Vilans, *Zo zelfredzaam: Een overzicht van instrumenten voor het meten van zelfredzaamheid*, p. 16
\(^{67}\) Vilans, *Zo zelfredzaam: Een overzicht van instrumenten voor het meten van zelfredzaamheid*, p. 16
mensen met chronische aandoeningen, aan de andere kant zijn er ook definities gegeven. De definitie van Vilans zelf is:

“Zelfredzaamheid is het vermogen van mensen om zichzelf te redden met de voortdurende veranderingen en gevolgen van een (chronische) ziekte of een beperking, op alle levensterreinen.”

Deze definitie, maar ook de bredere context waarin het woord zelfredzaamheid is gebruikt, lijkt te verwijzen naar een mate van zelfstandigheid in het doen en laten van mensen die te maken krijgen met ziekte of beperkingen. In deze definitie is de zelfstandigheid in brede zin toepasbaar en niet zozeer op een beperkt aantal domeinen zoals bij de ZRM van de GGD.

Maar wat zelfredzaamheid zou zijn is niet alleen bepaald door de definitie. Vilans vindt ook dat bij zelfredzaamheid de cliënt centraal staat, sociale steun geïncludeerd is, het geen statisch begrip is, er voor iedereen anders uitziet, uitgaat van een totaal perspectief en in te delen is in gradaties. Echter zijn deze punten kort benoemd en bieden weinig context voor verdere analyse.

Het meest belangrijke uitgangspunt lijkt te zijn dat de cliënt centraal staat: wensen en behoeften van de cliënt zijn leidend in het denken in termen van zelfredzaamheid bij Vilans:

“Zelfredzaamheid draait om de individuele cliënt, diens vragen, problemen en de mogelijke oplossingen daarbij, zodat de cliënt zo zelfstandig mogelijk kan leven.”

Juist dit idee van de cliënt centraal heeft een sterk verband met de aanname van Vilans dat zelfredzaamheid is wat cliënten willen: een cliënt wil zelfredzaam zijn. Dit is niet uit de lucht gegrepen, maar mede gebaseerd op eigen onderzoek in samenwerking met ActiZ:

“Dat ook zorgorganisaties en professionals inmiddels het begrip zelfredzaamheid hebben (her)ontdekt, blijkt uit de inventarisatie onder acht

---

68 Vilans, Zo zelfredzaam: Een overzicht van instrumenten voor het meten van zelfredzaamheid, p. 14
69 Zelfstandigheid zoals bijvoorbeeld duidelijk wordt in de zin: “Zelfredzaamheid draait om de individuele cliënt, diens vragen, problemen en de mogelijke oplossingen daarbij, zodat de cliënt zo zelfstandig mogelijk kan leven. Wat kan iemand zelf regelen, waar heeft hij of zij hulp bij nodig en hoe lang is dat nodig?” in Vilans, Zo zelfredzaam: Een overzicht van instrumenten voor het meten van zelfredzaamheid, p. 16
70 Vilans, Zo zelfredzaam: Een overzicht van instrumenten voor het meten van zelfredzaamheid, p. 12-13
71 Vilans, Zo zelfredzaam: Een overzicht van instrumenten voor het meten van zelfredzaamheid, p. 16
Zelfredzaam zijn lijkt hierbij niet het einddoel voor cliënten.

“Zelfredzaamheid is daarbij geen doel op zich. Cliënten willen zo veel mogelijk kwaliteit van leven handhaven en hun eigen regiehouden over de keuzes daarbij.”

Kortom zelfredzaamheid dient de cliënt, die onafhankelijk wil zijn, zelfstandig, kwaliteit van leven wil hebben en eigen regie kan houden.

De conceptualisatie van zelfredzaamheid bij ouderen, en dus de invoer voor het Ageism Evaluation Instrument, is dan ook:

- Definiëring zelfredzaamheid: Zelfredzaamheid bij ouderen is zelfstandigheid in brede zin ondanks ziekte en beperkingen
- Definiëring zelfredzaamheid: Bij zelfredzaamheid bij ouderen staat de cliënt centraal, is sociale steun geïncludeerd, is geen statisch begrip, ziet er voor iedereen anders uit, gaat uit van een totaal perspectief en is in te delen in gradaties
- Belang zelfredzaamheid: Ouderen willen zelfredzaam zijn: onafhankelijk en zelfstandig zijn, kwaliteit van leven hebben en eigen regie behouden
- Ondersteuning bij zelfredzaamheid: Zelfredzaamheid is bij ouderen vaak vanzelfsprekend, anders is zorg op maat nodig

4.3.2. Impliciete boodschap

Bij stap één van het Ageism Evaluation Instrument lijkt er sprake van een impliciete boodschap als deze expressies simultaan geanalyseerd worden. Net zoals bij de GGD Amsterdam lijkt bij Vilans gebrekken in de zelfredzaamheid automatisch een behoefte aan zorg te betekenen, namelijk zorg op maat. Vanuit Vilans is dit ook begrijpelijk: ouderen willen volgens hen per definitie zelfredzaam zijn. Zorg gericht op zelfredzaamheid is dan ook nodig om de doelen van een ouder individu te bewerkstelligen. Wat dat betreft staat de cliënt ook centraal bij zelfredzaamheid: zelfredzaamheid is wat ouderen willen.

---

72 Vilans, Zo zelfredzaam: Een overzicht van instrumenten voor het meten van zelfredzaamheid, p. 5
73 Vilans, Zo zelfredzaam: Een overzicht van instrumenten voor het meten van zelfredzaamheid, p. 16
4.3.3. Ageism?

Er lijkt sprake te zijn van ageism in de impliciete betekenis van deze conceptualisatie, ervan uitgaande dat ouderen op een gegeven moment met een vermindering in de zelfredzaamheid te maken krijgen. 74

Bij stap twee van het Ageism Evaluation Instrument, lijkt er een cognitief component aanwezig te zijn in de conceptualisering. Er lijkt sprake van een stereotype van hulpeloosheid en afhankelijkheid. Dit komt omdat er voor ouderen opgekomen zou moeten worden, door anderen. Ondanks dat er in het document wordt gezegd dat eigen regie van belang is, lijkt de keuze voor meer zelfredzaamheid geen keuze. Hierbij is er vanuit gegaan wat ouderen ‘echt’ zouden willen: namelijk zoveel mogelijk zelfredzaam zijn. Dit wordt echter niet verteld door ouderen zelf, maar door anderen. 75 Kortom, anderen komen op voor de ‘echte’ belangen van de groep ouderen.76


Er zijn geen aanwijzingen te vinden voor ageism in de affectiecomponent van de attitude bij stap vier van het Ageism Evaluation Instrument.78

74 Zie p. 17-19 over de verschillende assumpties die gemaakt worden in de analyse op ageism
75 Deze uitspraak is gebaseerd op een onderzoek. Dit onderzoek is het volgende document dat geanalyseerd wordt en feitelijk worden hier zorgprofessionals geïnterviewd, en niet ouderen zelf
76 Zie ook bijlage 9.3.2.: “Gaat een expressie ervan uit dat er door anderen voor ouderen opgekomen moet worden?”
77 Zie ook bijlage 9.3.3. : “Gaat een expressie ervan uit dat voor ouderen keuzes zouden moeten worden gemaakt die goed voor hen zijn?”
78 De vragen in de bijlage 9.3.4. zijn niet te beantwoorden met ‘ja’
4.3.4. Soorten ageism

Bij stap zes van het Ageism Evaluation Instrument lijkt hulpeloosheid en afhankelijk een negatief component van de attitude.\(^{79}\) Bij stap zeven van het Ageism Evaluation Instrument is ‘Actief helpen’ beschouwd als een positieve component binnen een attitude.\(^{80}\) Hiermee is er sprake van een ambivalente attitude in stap achttien van het Ageism Evaluation Instrument.

Ook lijkt er sprake van ageism op contextniveau bij stap acht en stap twintig van het Ageism Evaluation Instrument. Diegene die het ageism initieert is namelijk een organisatie (in dit geval een kenniscentrum voor langdurige zorg).\(^ {81}\)

Mogelijk speelt er in de conceptualisatie ook een paternalistische type van ageism mee. Dit lijkt het geval omdat in het ‘actief helpen’ component ouderen worden geholpen, maar deze hulp niet gebaseerd lijkt te zijn op wat het individu wil. Het lijkt eerder op een veralgemineerd idee te berusten dat alle ouderen zelfredzaam willen zijn. Dit kan samenvallen, echter is dit niet per definitie zo. Waar dit laatste het geval is, kan er sprake zijn van een paternalistische type van ageism en dus zijn stappen elf en tweeëntwintig van het Ageism Evaluation Instrument positief te beantwoorden.\(^ {82}\)

Als laatste lijkt er sprake te zijn van een impliciete vorm van ageism. In stap vijftien van het Ageism Evaluation Instrument wordt namelijk duidelijk dat het vastgestelde ageism volledig is gebaseerd op de impliciete boodschap die de conceptualisatie draagt.

Er kan dan ook geconcludeerd worden dat bij de conceptualisatie van zelfredzaamheid bij ouderen door Vilans sprake is van:

- De cognitiecomponent hulpeloos en afhankelijk
- De gedragscomponent Actief helpen
- Een impliciete vorm van ageism
- Een ambivalente attitude
- Ageism op contextniveau

\(^ {79}\) Zie ook bijlage 9.3.5.
\(^ {80}\) Zie ook bijlage 9.3.6.
\(^ {81}\) Zie ook p. 27 waarin ageism op contextniveau is uitgelegd.
\(^ {82}\) Zie ook bijlage 9.3.7.: “Gaat een expressie ervan uit dat de wensen en behoeftes van ouderen niet leidend zijn voor een specifieke actie”
4.4. ActiZ


4.4.1. Een conceptualisatie

Een aspect van de conceptualisatie van zelfredzaamheid bij ActiZ is dat het een tegenhanger van zorgafhankelijkheid is:

“Voor ActiZ gaat zelfredzaamheid om kwaliteit van leven en eigen regie. Zelfredzaamheid staat tegenover zorgafhankelijkheid”

Wat zorgafhankelijkheid is, is niet direct duidelijk, het lijkt te verwijzen naar dat cliënten zorg nodig hebben om dingen zelf te doen, wat onwenselijk is volgens ActiZ:

“We vinden dat we de afgelopen jaren te veel hebben gezorgd voor cliënten en dat we ze zorgafhankelijk hebben gemaakt. De komende tijd moeten we cliënten juist weer onafhankelijk maken van zorg en moeten we hen stimuleren om weer zoveel mogelijk zelf te doen.”

---

83 www.actiz.nl/over-actiz
84 www.actiz.nl/over-actiz/visie-en-missie
85 www.actiz.nl/over-actiz/visie-en-missie
86 ActiZ, Zelfredzaamheid hoe pakt u het aan?, p. 6
87 ActiZ, Zelfredzaamheid hoe pakt u het aan?, p. 8
Andere conceptualisaties van zelfredzaamheid zijn dat zelfredzaamheid een toegevoegde waarde heeft voor de persoon en de sociale omgeving; dat het gaat over kwaliteit van leven en eigen regie, of dat het past bij een visie op verantwoorde zorg. Deze aspecten zijn echter kort benoemd.

Een tweede overtuiging over zelfredzaamheid is dat ActiZ ervanuit gaat dat ieder mens zelfsturing wil, het gaat er tevens vanuit dat dit er bij ieder persoon anders uitziet. ActiZ concludeert uit deze overtuiging het volgende:

“Wij [ActiZ] zeggen dus eigenlijk: mensen willen graag zelfredzaam zijn/ zelf de regie hebben omdat hen dat eigenwaarde geeft; de zorg moet hen om die reden ondersteunen in hun zelfredzaamheid.”

Een derde aspect van zelfredzaamheid is, dat het individueel onmogelijk is te bereiken voor cliënten in de langdurige zorg. Hierom is dit zelfredzaamheid verbonden met ‘samenredzaamheid’: het sociale netwerk is betrokken om de persoon zo zelfredzaam mogelijk te laten zijn.

De conceptualisatie van zelfredzaamheid bij ouderen en dus de invoer voor het Ageism Evaluation Instrument is als volgt:

- De definiering van zelfredzaamheid: Zelfredzaamheid bij ouderen staat tegenover de uitgangssituatie waar ouderen te zorgafhankelijk zijn
- Definiering van zelfredzaamheid: Zelfredzaamheid bij ouderen heeft een toevoegende waarde, gaat over kwaliteit van leven en eigen regie en het past bij een visie op verantwoorde zorg
- Het belang van zelfredzaamheid: Zelfredzaamheid bij ouderen is nodig want ouderen willen dit, dit geeft namelijk eigenwaarde
- Ondersteunen van zelfredzaamheid: Zelfredzaamheid is voor ouderen die cliënt zijn in de langdurige zorg vaak onhaalbaar, voor deze groep is de term ‘samenredzaamheid’ relevant.

---

88 ActiZ, Zelfredzaamheid hoe pakt u het aan?, p. 6, door dit weinig concreet taalgebruik is het onduidelijk wat precies de betekenis is van deze woorden. Hierom zijn deze elementen verder niet gebruikt in de analyse
89 ActiZ, Zelfredzaamheid hoe pakt u het aan?, p. 6
4.4.2. Impliciete boodschap

Bij stap één van het *Ageism Evaluation Instrument* lijkt de impliciete boodschap van de totale conceptualisatie te zijn dat ouderen zelfredzaam willen zijn, maar dat dit in de uitgangssituatie te wensen overlaat door te veel zorgafhankelijkheid door een bepaald zorgbeleid. Zelfredzaamheid is daarmee ronduit positief tegenover zorgafhankelijkheid wat zeer negatief is voor ouderen.

4.4.3. Ageism?

Er lijkt sprake van *ageism* in de impliciete boodschap van de conceptualisatie. Een eerste aanwijzing voor *ageism* is te vinden bij stap drie van het *Ageism Evaluation Instrument* waar in de impliciete boodschap sprake lijkt van het gedragscomponent ‘actief helpen’. Ouderen moeten volgens dit document hoe dan ook geholpen worden om weer eigenwaarde te krijgen door meer zelfredzaamheid te ondersteunen. Het is niet de vraag of een individu dat wil, dit is bij voorbaat duidelijk. Kortom, zelfredzaamheid ondersteunen is per definitie een keuze die ‘goed’ is voor ouderen.90

Een tweede aanwijzing is dat ouderen in de uitgangssituatie bestempeld zijn als zorgafhankelijk. Dit komt omdat er ‘te goede zorg’ is geleverd. Stap vier van het *Ageism Evaluation Instrument* wijst erop dat ouderen te maken krijgen met de affectie ‘zielig’: er is een negatieve uitkomst waar ze zelf niets aan kunnen doen. Er is namelijk duidelijk gemaakt dat ouderen geen actief aandeel hadden in het creëren van hun eigen zorgafhankelijkheid.91

4.4.4. Soorten ageism

Over stap zes van het *Ageism Evaluation Instrument* kan het volgende worden opgemerkt. Actief helpen kan worden gezien als positief gedrag.92 ‘Zielig’ is tevens een positieve affectie vanwege de sympathie ondanks de onderdanige inslag.93 Doordat er sprake is van twee positieve componenten lijkt er sprake van een positieve attitude bij stap zeventien van het *Ageism Evaluation Instrument*.

---

90 Zie bijlage 9.3.3.: “Gaat een expressie ervan uit dat voor ouderen keuzes zouden moeten worden gemaakt die goed voor hen zijn?”
91 Zie bijlage 9.3.4: “Gaat een expressie ervan uit dat ouderen te maken hebben met negatieve uitkomsten dat komt door het gedrag van anderen?”
92 Zie bijlage 9.3.6.
93 Zie bijlage 9.3.6.
Ook lijkt er sprake van *ageism* op contextniveau bij stap acht en negentien van het *Ageism Evaluation Instrument*. ActiZ is namelijk een brancheorganisatie en heeft een visie geformuleerd die ageïstisch lijkt.\textsuperscript{94}

Paternalistische types van *ageism* lijken tevens mee te spelen in de conceptualisatie, zoals beschreven bij stap elf en tweeëntwintig van het *Ageism Evaluation Instrument*. Hiervoor zijn twee aanwijzingen. Ten eerste is er sprake van de affectie ‘zielig’, een indicator voor paternalistisch *ageism*. Ten tweede lijken ouderen in het gedragscomponent niet te worden geholpen op basis van wat ze zelf wensen, maar eerder van een veralgemeniseerd idee wat ouderen zouden willen. Ouderen kunnen dus te maken krijgen met ondersteuning van zelfredzaamheid zonder hun instemming.\textsuperscript{95}

Als laatste lijkt er sprake van een impliciete vorm van *ageism*, bij stap vijftien van het *Ageism Evaluation Instrument*. Er is namelijk *ageism* vastgesteld aan de hand van de impliciete boodschap van de conceptualisatie.

Kortom is er in de conceptualisatie van zelfredzaamheid bij ouderen door ActiZ sprake van:

- De affectiecomponent ‘zielig’
- De gedragscomponent Actief helpen
- Een impliciete vorm van *ageism*
- Een positieve attitude
- *Ageism* op contextniveau
- Een paternalistische type van *ageism*

### 4.5. NIVEL

Het vijfde document is van het NIVEL: het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Zij zien dat er een groot aantal informatiebronnen aanwezig is over de gezondheidszorg en probeert deze te synthetiseren.\textsuperscript{96} In 2014 publiceerde het NIVEL een overzichtsstudie van vijfentachtig pagina’s genaamd: *Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg*. In deze studie heeft (het belang van)

\textsuperscript{94} Zie ook p. 27 waarin *ageism* op contextniveau is uitgelegd.

\textsuperscript{95} Zie ook bijlage 9.3.7.: “Gaat een expressie ervan uit dat de wensen en behoeftes van ouderen niet leidend zijn voor een specifieke actie”

\textsuperscript{96} www.nivel.nl/nl/contact/het-nivel-als-onderzoeksinstituut
zelfredzaamheid, maar ook eigen regie een belangrijke rol. Ook zijn er verschillende adviezen over dit thema. Deze studie is opgezet vanuit beleidstukken, waar beleidsaannames zijn onderzocht op realisme en realiseerbaarheid.

4.5.1. Een conceptualisatie

Het NIVEL gebruikt niet direct een definitie voor zelfredzaamheid. Dit komt omdat het NIVEL onderzoek doet naar het persoonlijk belang dat ouderen hechten aan zelfredzaamheid. De definitie hiervan is een houding ten aanzien van de mate waarin een persoon greep wenst te houden over zijn of haar leven. Feitelijk is deze definitie geoperationaliseerd als in hoeverre ouderen belang hechten aan dingen zelf doen, bijvoorbeeld boodschappen en zelfzorg:

“Het belang van zelfredzaamheid gaat over hoe belangrijk ouderen het vinden om greep te hebben om het eigen leven: hechten ouderen veel waarde aan dingen zelf doen, of vinden zij het juist prettig om deze uit handen te geven?”

Uit het onderzoek, waar het NIVEL kijkt in hoeverre ouderen belang hechten aan zelfredzaamheid, komt naar voren dat ouderen zijn in te delen in vier profielen. De profielen worden gekenmerkt doordat er verschillende wensen zijn betreffende zorg en ook zelfredzaamheid. Uit deze profielen is geconcludeerd dat er een spanning is tussen beleidsaannames en de realiteit: de groep ouderen is meer divers dan wordt aangenomen. Er zou ook meer rekening moeten worden gehouden met de diversiteit binnen de groep en er zou passende ondersteuning per ouderenprofiel moeten worden gegeven. Ook zou er meer aandacht moeten gaan naar mantelzorgers, vrijwilligers en gebruiksvriendelijke technologie.

De conceptualisatie van zelfredzaamheid bij ouderen en dus de invoer voor het Ageism Evaluation Instrument is als volgt:

- Definiëring van zelfredzaamheid: Zelfredzaamheid bij ouderen is dingen zelf doen

97 Nivel, Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg, p. 19
98 Nivel, Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg, p. 19
99 Nivel, Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg, p. 20-22
100 Nivel, Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg, p. 55-56
101 Nivel, Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg, p. 57-58
• Belang van zelfredzaamheid: Zelfredzaamheid is bij ouderen niet vanzelfsprekend even belangrijk voor alle ouderen, er is sprake van diversiteit binnen de groep ouderen.

4.5.2. Impliciete boodschap

Als de invoer simultaan geanalyseerd wordt bij stap één van het Ageism Evaluation Instrument lijken er geen aanwijzingen te zijn voor een impliciete boodschap in de conceptualisatie. Dit heeft in het bijzonder te maken dat er weinig informatie beschikbaar is voor een uitgebreide analyse.

4.5.3. Ageism?

Vanuit het Ageism Evaluation Instrument lijkt er bij stappen twee, drie, vier en vijf geen sprake te zijn van een cognitief-gedrag- of affectiecomponent die wijzen op agiesm.\textsuperscript{102}

4.5.4. Soorten ageism

Omdat er geen ageism is vastgesteld, kan er ook geen onderscheid worden gemaakt tussen de soorten ageism.

4.6. Gezondheidsraad

Het zesde document is van de Gezondheidsraad. De Gezondheidsraad is een adviesorgaan dat de overheid voorlicht over volksgezondheid en onderzoek.\textsuperscript{103} In 2009 verscheen het honderdtien pagina’s tellende adviesrapport Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid, naar aanleiding van de vraag van het Ministerie voor Volksgezondheid Wetenschap en Sport naar de preventiemogelijkheden bij ouderen. In dit advies staat het behoud van functioneren op latere leeftijd centraal, oftewel functionele preventie.

4.6.1. Een conceptualisatie

In dit rapport is een grote rol voor zelfredzaamheid weggelegd. Als de zorg een omslag maakt naar functionele preventie, zouden ouderen langer zelfredzaam kunnen zijn. De gezondheidszorg is namelijk in eerste instantie gericht op het bestrijden van ziektes en oorzaken van beperkingen maar niet op de functionele gevolgen van deze ziektes en

\textsuperscript{102} De vragen bij bijlage 9.3.2.; 9.3.3. en 9.3.4. kunnen niet beantwoordt worden met ‘ja’

\textsuperscript{103} www.gezondheidsraad.nl/over-ons

Functionele preventie en het behoud van zelfredzaamheid op latere leeftijd is volgens dit document van belang omdat dit een cascade van achteruitgang kan uitstellen of vermijden. Door het biologische proces van veroudering kunnen ouderen gevoelig worden voor (lichamelijke, psychische en sociale) omstandigheden die leiden tot functionele achteruitgang. Deze staat zou volgens dit document ook wel ‘kwetsbaarheid’ of ‘frailty’ kunnen worden genoemd. Onder ongunstige omstandigheden kan deze staat leiden tot een negatieve spiraal van afnemende zelfredzaamheid en welbevinden. Dit proces is zelf versnellend, waarmee in korte tijd grote functionele achteruitgang kan plaatsvinden. Alhoewel veroudering niet te voorkomen is, zijn er wel factoren waardoor deze staat uitgesteld of vermeden kan worden. Hier richt een focus op zelfredzaamheid zich op. Het grote voordeel van een uitstel of het zelfs vermijden van deze cascade is een verwezenlijking van immateriële waarden. Hierbij kan worden gedacht aan het behoud van autonomie, welbevinden, participatie en daarmee samenhangend de maatschappelijke positie.

In dit rapport is aandacht voor factoren die invloed hebben op het behoud van functioneren op latere leeftijd. Voorbeelden hiervan zijn sekse, sociaaleconomische positie, ziekte en psychische gezondheid. Er zijn factoren die te beïnvloeden zijn en er zijn factoren die dit niet zijn. Hierbij wegen de factoren niet even zwaar, maar zijn ze per persoon anders. De situatie van een ouder individu is altijd uniek waarbij de weging van de factoren die invloed kunnen hebben op een verlies van zelfredzaamheid verschillend zijn. Hierom is een focus op zelfredzaamheid altijd maatwerk. Dit vereist ook een andere rol van een zorgprofessional.

104 Gezondheidsraad, Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid, p. 12
105 Gezondheidsraad, Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid, p. 85-86
106 Gezondheidsraad, Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid, p. 40
107 Gezondheidsraad, Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid, p. 40
108 Gezondheidsraad, Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid, p. 49-52
109 Gezondheidsraad, Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid, p. 31
110 Gezondheidsraad, Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid, p. 48
111 Gezondheidsraad, Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid, p. 48
112 Gezondheidsraad, Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid, p. 90-91
113 Gezondheidsraad, Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid, p. 73
114 Gezondheidsraad, Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid, p. 48-53
115 Gezondheidsraad, Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid, p. 48
116 Gezondheidsraad, Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid, p. 53
117 Gezondheidsraad, Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid, p. 89
De zorgprofessional is een expert op het gebied van zorg, maar een ouder individu is de expert over zijn of haar leven.\textsuperscript{118} Hiermee is een samenwerking vereist: de zorg zou onderling tot stand moeten komen. Dit kan ook omschreven worden als patient-centered care.\textsuperscript{119}

Een belangrijke voorwaarde voor deze samenwerking is dat het oudere individu een actieve rol heeft in het zorgproces.\textsuperscript{120} Dit betekent een besef dat ouderen zelf invloed hebben op hun zelfredzaamheid en daarnaar handelen. Dit is concreet te maken met een gezonde leefstijl, een bepaalde omgang met gezondheidsproblemen en gebruik maken van de mogelijkheden die er nog zijn.\textsuperscript{121} Hierbij zijn zelfmanagement en empowerment van groot belang. Zelfmanagement betekent omgaan met een ziekte of beperking waarmee actief wordt bijgedragen aan een goede gezondheid.\textsuperscript{122} Empowerment staat voor competenties om de eigen autonomie te versterken.\textsuperscript{123}

Vanuit deze analyse is de conceptualisatie van zelfredzaamheid bij ouderen dan als volgt:

- Definiëring van zelfredzaamheid: Zelfredzaamheid bij ouderen is een functionele benadering tegenover een ziektegerichte benadering
- Definiëring van zelfredzaamheid: Zelfredzaamheid bij ouderen is zelfstandig blijven en naar eigen wens je leven inrichten
- Het belang van zelfredzaamheid: Zelfredzaamheid is belangrijk omdat dit een verwezenlijking is van waarden, zoals autonomie
- Ondersteunen van zelfredzaamheid: zelfredzaamheid bij ouderen is maatwerk, elke situatie is uniek en moet zo ook behandeld worden
- Ondersteunen van zelfredzaamheid: Ouderen hebben een actieve rol in hun ondersteuning van zelfredzaamheid, zowel op individueel als maatschappelijk niveau zou er inspraak en bewustwording nodig zijn.
- Ondersteunen van zelfredzaamheid: Factoren die de zelfredzaamheid bij ouderen bepalen zijn deels beïnvloedbaar (zoals leefstijl) en deels niet beïnvloedbaar (zoals sekse en leeftijd).

\textsuperscript{118} Gezondheidsraad, Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid, p. 82
\textsuperscript{119} Gezondheidsraad, Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid, p. 78-79
\textsuperscript{120} Gezondheidsraad, Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid, p. 86
\textsuperscript{121} Gezondheidsraad, Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid, p. 86
\textsuperscript{122} Gezondheidsraad, Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid, p. 80
\textsuperscript{123} Gezondheidsraad, Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid, p. 83-84
4.6.2. Impliciete boodschap

Bij stap één van het Ageism Evaluation Instrument lijkt er een impliciete boodschap te zitten in de conceptualisatie. De Gezondheidsraad maakt namelijk impliciet onderscheid tussen zelfredzaamheid als een functionele benadering en zelfredzaamheid (niet ziektegericht, maatwerk) als een bepaalde functionele uitkomst. De benadering is vooral relevant voor zorgprofessionals (hoe kijken we naar ouderen?) en de functionele uitkomst is vooral relevant voor oudere individuen (kan ik nog doen wat ik wil?). Het is niet zo dat zelfredzaamheid volledig ‘maakbaar’ is, maar wel voor ouderen en zorgprofessionals deels beïnvloedbaar. Dit kan op verschillende niveaus, waarbij het uitgangspunt geldt dat ouderen vooral zelf inspraak moeten hebben. Willen ouderen ‘actief’ werken aan hun zelfredzaamheid, dan zal er een samenwerking tot stand moeten komen tussen hen en zorgprofessionals. Kortom, meer zelfredzaamheid is geschikt voor ouderen als dit in lijn is met wat ze willen, bijvoorbeeld behoud van autonomie. Kortom, zelfredzaamheid vraagt om aanpassing in gedrag van twee kanten (voor zorgprofessionals en ouderen).

4.6.3. Ageism?

Betreffende ageism lijkt er geen sprake te zijn van een overtuigings-, gedrags- of affectiecomponent.124

4.6.4. Soorten ageism

Doordat er geen ageism is vastgesteld, is het niet mogelijk om de conceptualisatie te onderzoeken op het soort ageism.

4.7. Deelconclusie: conceptualisatie en ageism

De conceptualisatie van zelfredzaamheid bij ouderen per document is als volgt:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Document</th>
<th>Conceptualisatie zelfredzaamheid bij ouderen</th>
</tr>
</thead>
</table>
| Movisie         | • Verwijst naar zelfbepaling  
                      • Geeft een hoger kwaliteit van leven  
                      • Wordt versterkt met empowerment e.a., maar niet met bezuinigingen |
| GGD Amsterdam   | • Is individueel functioneren naar maatschappelijke normen  
                      • Is kwantitatief uit te drukken aan de hand van indicatoren. |

124 De vragen bij bijlage 9.3.2.; 9.3.3. en 9.3.4. kunnen niet beantwoordt worden met ‘ja’
De mate van zelfredzaamheid is gekoppeld aan de mate van begeleiding.

**Vilans**
- Is zelfstandigheid ondanks ziekte en beperkingen
- Is vaak vanzelfsprekend, anders is zorg op maat relevant.
- Bij zelfredzaamheid staat de cliënt centraal, is sociale steun geïncludeerd, het is geen statisch begrip, ziet er voor iedereen anders uit, gaat uit van een totaal perspectief en is in te delen in gradaties.
- Men wil zelfredzaam zijn

**ActiZ**
- Is nodig want men is in de uitgangssituatie te zorgafhankelijk
- Heeft een toevoegende waarde, gaat over kwaliteit van leven en eigen regie en het past bij een visie op verantwoorde zorg
- Is nodig want ouderen willen dit, dit geeft namelijk eigenwaarde
- Is voor ouderen die cliënt zijn in de langdurige zorg vaak onhaalbaar, voor deze groep is de term ‘samenzelfredzaamheid’ relevant

**NIVEL**
- Is dingen zelf doen
- Is niet vanzelfsprekend even belangrijk voor ouderen zelf, er is sprake van diversiteit binnen de groep ouderen.

**Gezondheidsraad**
- Is een functionele benadering tegenover een ziektegerichte benadering
- Is zelfstandig blijven en naar eigen wens leven inrichten
- De mate van zelfredzaamheid is deels beïnvloedbaar en deels niet beïnvloedbaar
- Is belangrijk, het is in een verwezenlijking van immateriële waarden
- Ondersteunen van zelfredzaamheid is maatwerk
- Ouderen hebben een actieve rol in hun ondersteuning van zelfredzaamheid

De hoofdlijnen van de conceptualisatie van zelfredzaamheid kunnen gekarakteriseerd worden in drie hoofdcomponenten: de betekenis van zelfredzaamheid, het belang van zelfredzaamheid en de ondersteuning van zelfredzaamheid.

De betekenis van zelfredzaamheid is zelfbepaling, individueel functioneren naar maatschappelijke normen, zelfstandigheid ondanks ziekte en beperkingen, dingen zelf doen, zelfstandig blijven en leven naar eigen wens invullen.

Het belang van zelfredzaamheid is dat het ouderen een hogere kwaliteit van leven geeft, ouderen onafhankelijk en zelfstandig willen zijn, ouderen de eigen regie willen behouden, het eigenwaarde geeft en het een verwezenlijking geeft van immateriële waarden zoals autonomie.
Het ondersteunen van zelfredzaamheid zou volgens de documenten kunnen door *empowerment*, zorg op maat en beïnvloedbare factoren zoals leefstijl te sturen.

Er zijn in drie van de zes conceptualisaties *ageism* geconstateerd. De uitkomsten van het *Ageism Evaluation Instrument* zijn als volgt:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Document</th>
<th>Uitkomsten <em>Ageism Evaluation Instrument</em></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Movisie</td>
<td>• Geen <em>ageism</em> geconstateerd</td>
</tr>
<tr>
<td>GGD Amsterdam</td>
<td>• Gedrag: Actief helpen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Stereotype: hulpeloos en afhankelijk</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Impliciete vorm van <em>ageism</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Ambivalente attitude</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Contextniveau</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Paternalistische type van <em>ageism</em></td>
</tr>
<tr>
<td>Vilans</td>
<td>• Gedrag: Actief helpen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Stereotype: hulpeloos en afhankelijk</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Impliciete vorm van <em>ageism</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Ambivalente attitude</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Contextniveau</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Paternalistische type van <em>ageism</em></td>
</tr>
<tr>
<td>ActiZ</td>
<td>• Affectie: ‘zielig’</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Gedrag: Actief helpen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Impliciete vorm van <em>ageism</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Positieve attitude</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Contextniveau</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Paternalistische type van <em>ageism</em></td>
</tr>
<tr>
<td>NIVEL</td>
<td>• Geen <em>ageism</em> geconstateerd</td>
</tr>
<tr>
<td>Gezondheidsraad</td>
<td>• Geen <em>ageism</em> geconstateerd</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Opvallend aan deze resultaten is:

- Dat in de helft van de conceptualisaties sprake is van *ageism*
- Daarnaast is er alleen maar sprake van *ageism* in de impliciete betekenis van de conceptualisaties niet in de expliciete betekenis
- Als er sprake is van *ageism* is dit op contextniveau
- Als er sprake is van *ageism* is er een ambivalente attitude of een positieve attitude
- Als er sprake is van *ageism* is er sprake van het gedrag ‘actief helpen’ in combinatie met het stereotype hulpeloos en afhankelijk of de affectie ‘zielig’
- Als er sprake is van *ageism*, speelt er een paternalistische type van *ageism* mee
5. *Ageism* verminderen: een terugkoppeling naar de theorie

In het derde hoofdstuk is het *Ageism Evaluation Instrument* ontwikkeld. Dit is in het vorige hoofdstuk gebruikt om de conceptualisaties van zelfredzaamheid bij ouderen te onderzoeken op *ageism*. Dit hoofdstuk werkt verder met deze conclusies en heeft als doel om ageïstische elementen in zelfredzaamheid bij ouderen te verminderen.

Terugkijkend op de resultaten van het vorige hoofdstuk, lijkt er een patroon te zijn in de verschillende soorten geconstateerde vormen van *ageism*. Dit patroon komt overeen met een vorm van *ageism* die veel beschreven is in de literatuur: *benevolent ageism*. Dit concept is eerder genoemd in hoofdstuk drie onder de categorie ‘paternalistische types van *ageism*’. Echter is het in hoofdstuk drie gebruikt samen met andere beschreven vormen van *ageism* in de literatuur om zo te komen tot een generalistischere categorie van *ageism*. Dit hoofdstuk is te verdelen in twee delen. Het eerste gedeelte richt zich op het verder uitdiepen van het begrip *benevolent ageism* en het verbinden van het patroon in de resultaten van het vorige hoofdstuk met de term *benevolent ageism*. Hiermee worden de resultaten teruggekoppeld naar eerder gevonden theorie. Vervolgens is er het tweede gedeelte van dit hoofdstuk gekeken hoe *benevolent ageism*, het opvallendste patroon in de resultaten, verminderd kan worden in het discours van zelfredzaamheid bij ouderen.

5.1. **Benevolent ageism**

*Benevolent ageism* (ook wel te vertalen als ‘liefdadig *ageism*’) is het hebben van een (deels) positieve attitude met beschermend paternalisme naar ouderen in een afhankelijke rol (Bugental & Hehman, 2007, p. 174). Deze vorm van *ageism* wordt ook wel geassocieerd met het over-helpen van ouderen (Bugental & Hehman, 2007, p. 183). *Benevolent ageism* is in de literatuur veelal uitgelegd vanuit het *Stereotype Content model*.

is verbonden met competentie, omdat dit element vertelt hoe goed een groep is in deze ‘competitie’. Warmte staat voor in hoeverre een groep mogelijk geen ‘gevaar’ is voor jouw groep, met het oog op competitie. Een groep die gezien wordt als warm zou ‘goede’ intenties hebben en dus geen gevaar voor de eigen groep zijn.

Ouderen zijn in deze tweedeling relatief vaak gezien als incompetent en warm, dus zowel negatief als positief gestereotypeerd. Dit betekent dat de groep ouderen als vriendelijk en aardig (positief) wordt ervaren, en tegelijkertijd weinig competitief zou zijn (negatief).

Kortom, ouderen zijn geen gevaar voor anderen, ze zijn weinig competitief, en hebben daardoor een lage status.

Cuddy et al. (2008) beschrijven dat bij deze ambivalente stereotyperingen van incompetentie en warmte er verder sprake is van een bijbehorend affectie- en gedragscomponent, waarmee er dus een complete attitude is. De bijbehorende affectiecomponent is omschreven als ‘zielig’. Dit betekent dat ouderen benaderd worden vanuit compassie, maar ook met impliciet aanwezige superioriteit. Ouderen zijn wat dat betreft gezien als ‘ondergeschikt’, wat kan leiden tot paternalistisch of disrespectvol gedrag. Juist dit gedrag zou twee kanten kunnen opgaan, namelijk ‘passief beschadigen’ of ‘actief faciliteren’. Passief beschadigen kan worden opgevat als het negeren, verwaarlozen of sociaal excluderen van ouderen. Actief faciliteren is een helpende actie naar ouderen toe, waarbij het oudere individu een voordeel uit dit gedrag haalt. Cary et al. (2016) beargumenteren dat actief faciliteren kan leiden tot benevolent ageism (overigens is dit niet van toepassing op passief beschadigen). Zij geven als voorbeeld dat opstaan voor ouderen in het openbaar vervoer een vorm kan zijn van benevolent ageism. Opstaan is niet per definitie ageism, echter als dit gebeurt vanuit de impliciete veronderstelling dat de oudere zwak en hulpbehoevend is en dit tegen of zonder instemming van het betreffende oudere individu gebeurt, is er sprake van benevolent ageism.

Kortom kent benevolent ageism dus verschillende elementen: een ambivalente stereotypering, de affectie ‘zielig’, het gedrag actief faciliteren. Ook is dit faciliteren tegen of zonder instemming van het individu (het over-helpen). In de resultaten van het vorige hoofdstuk zijn er verschillende aanwijzingen te vinden dat er sprake is van benevolent ageism. Ten eerste omdat er bij drie conceptualisaties sprake is van ‘actief helpen’ en paternalistische types van ageism. Ten tweede omdat er als er sprake is van ageism er een ambivalente attitude of
positieve attitude is. Ten derde omdat bij één conceptualisatie sprake is van de affectie ‘zielig’.

5.1.1. Actief helpen en paternalistische types van ageism

Actief faciliteren krijgt in dit onderzoek vorm als ‘actief helpen’. Actief helpen is hierbij een categorie die ontwikkeld is uit de vragen van de ambivalent ageism scale. Dit door Cary et al. (2016) ontwikkelde meetinstrument meet de mate van ageism rekening houdend met de SCM. Het meet zowel vijandige vormen van ageism als benevolent ageism. Vijandige vormen van ageism zijn hierbij een consistente negatieve attitude (negatieve stereotypes, affectie en gedrag). Dit instrument heeft eenentwintig stellingen waarbij een participant het sterk mee oneens tot sterk mee eens kan zijn in de vorm van zeven antwoordcategorieën. Dit zijn stellingen, zoals ‘ook al vragen ouderen niet om hulp, ze zouden toch geholpen moeten worden bij het oversteken van een straat’. Juist Cary et al. (2016) stellen dat benevolent ageism zich kenmerkt door positief helpend maar ook beschermend en paternalistisch gedrag. Hierbij is dit helpend gedrag ‘actief’: het is niet dat een ouder individu om hulp vraagt.

Actief helpen kan worden teruggezien in de conceptualisaties van de GGD, Vilans en ActiZ. Gebreken in de zelfredzaamheid leiden namelijk automatisch tot hulp. Er wordt daarmee actief hulp geboden aan ouderen zonder dat ouderen dit vragen. Hiermee is er dan ook sprake van actief faciliteren.

Ouderen worden echter niet alleen geholpen zonder dit te vragen, ze worden mogelijk ook geholpen tegen hun zin. Als een hulpactie tegen of zonder de instemming van een ouder individu in gaat kan er sprake zijn van een paternalistische type van ageism. Dit type ageism is tevens teruggezien in de conceptualisaties van de GGD, Vilans en ActiZ. Hiermee is dit element van benevolent ageism teruggezien in de analyse.

5.1.2. Positieve attitude

Een andere aanwijzing voor benevolent ageism is dat er sprake is van een ambivalente of positieve attitude. In de drie documenten waarin ageism is geconstateerd is er sprake van:

- Een negatieve stereotypering in het cognitiecomponent met een positief affectief- of gedragscomponent. Dit is het geval bij de GGD en Vilans.
- Een positief affectie- en gedragscomponent. Dit is aan de hand bij ActiZ.
Juist deze attitudes zijn kenmerkend voor *benevolent ageism*, omdat ze niet consistent negatief zijn maar (deels) positief. Schroyen et al. (2016) noemen *benevolent ageism* ook wel het hebben van een pseudo positieve attitude. Als er sprake is van stereotypes hoeft dit namelijk niet automatisch te betekenen dat er negatief tegenover ouderen wordt gestaan. In het geval van bijvoorbeeld overaccommodatie kan vanuit het stereotype dat ouderen gehoorproblemen hebben, juist extra luid gepraat worden. Ouderen worden dan extra geholpen (over-helpen). Ondanks negatieve stereotype is de houding naar ouderen (pseudo-) positief tegenover een consistente negatieve houding naar ouderen.

### 5.1.3. Zielig

Een laatste aanwijzing voor *benevolent ageism* is de aanwezigheid van het affectiecomponent zielig in de analyse. Volgens Cuddy et al. (2008) is de affectie zielig een ambivalente emotie van zowel compassie, verdriet en superioriteit. Juist deze affectie is typisch naar mensen die onderschikt zouden zijn, maar deze ondergeschikte zou goede intenties hebben (anders gezegd: het stereotype warm). Juist ‘zielig’ betekent dat ouderen een negatieve uitkomst hebben die niet hun eigen schuld zou zijn. Deze komt één keer voor in de analyse, namelijk bij de conceptualisatie van ActiZ. Hier worden ouderen gezien als zorgafhankelijk door ‘te goede zorg’. Ouderen gedragen zich dan op een onwenselijk manier, maar dit komt door anderen, niet door henzelf. Er is duidelijk zichtbaar dat ouderen zelf niets konden doen aan dat ze zorgafhankelijk zijn, wat gezien de context als negatief wordt beschouwd. Kortom, ook de affectie zielig heeft een plaats in de analyse.

### 5.1.4. Herkennen en bestrijden

Vanuit de literatuur lijken er verschillende mogelijkheden om *benevolent ageism* te verminderen. Hiervan lijken er drie van toepassing op het discours van zelfredzaamheid bij ouderen. De eerste mogelijkheid gaat over het verminderen van de gevolgen van het *benevolent ageism*. *Ageism*, dus denkbeelden en stereotypen over ouderen en ouderdom blijft bestaan, maar lijken minder gevolgen te hebben voor de realiteit en gedrag. Dit kan door het beschermende paternalistische gedrag te bestrijden. Een tweede mogelijkheid lijkt te zijn dat de inhoud van stereotypen en denkbeelden over ouderen en ouderdom worden veranderd. Tegenover negatieve denkbeelden kunnen bijvoorbeeld positieve denkbeelden worden gezet. Een derde manier om *ageism* te verminderen zou zijn dat ouderen minder worden gezien als een homogene groep. Stereotypes over ouderen zouden verminderd worden als het beeld van de groep ouderen meer genuanceerd is.

### 5.2. Gevolgen verminderen

Een manier om *benevolent ageism* te verminderen in het discours van zelfredzaamheid bij ouderen die het meest voor de hand ligt is, is door ouderen wel een beslismogelijkheid te geven over hun ondersteuning die betrekking heeft op hun zelfredzaamheid. Ouderen krijgen te maken met actief helpend en paternalistisch gedrag, echter dit zal alleen voortgezet worden als een ouder individu dit wil. Een manier om een ouder individu meer ruimte te geven om te kunnen beslissen over zijn of haar leven met betrekking tot zorg is doormiddel van *Shared-decision making* (Elwyn, 2003, p. 93)

*Shared-decision making* houdt in dat bij beslissingen een ouder individu betrokken is in samenwerking met een zorgprofessional. Dit betekent, betreffende zelfredzaamheid, dat een ouder individu beslist in samenspraak met een zorgprofessional of er een behoefte is aan ondersteuning bij zelfredzaamheid? Een hulpmiddel vanuit het medisch paradigma om deze manier van beslissen praktisch te realiseren is de *OPTION-scale*. Dit meetinstrument is ontwikkeld door Elwyn et al. (2003) om te meten in hoeverre een individu betrokken is in het maken van beslissingen met zorgprofessionals. Ook al is dit instrument in eerste instantie ontwikkeld voor communicatie tussen een patiënt en arts, het kan een startpunt zijn om de zorgbehoeftes (van een ouder individu) en zorgantwoorden (door zorgprofessionals) systematisch op elkaar af te stemmen. De *OPTION-scale* gaat uit van twaalf stappen, om uiteindelijk tot een gezamenlijke beslissing te komen. Een voorbeeld van een stap is dat de zorgprofessional een probleem identificeert en verschillende opties geeft hoe de zorgprofessional hierop kan reageren. Ook geeft de zorgprofessional de optie om geen actie te
ondernemen. Het voordeel van deze manier van communiceren is dat een ouder individu samen met een zorgprofessional bespreekt waar behoefte aan is en hoe zorg hierop kan inspelen. Maar er is ook een nadeel: niet alle ouderen willen of kunnen op deze manier een zorgantwoord afstemmen op de hulpbehoeften. Om toch een zorgantwoord af te stemmen op wat een ouder individu wil kan *parentalism* relevant zijn.

*Parentalism*, zoals geformuleerd door Agich (2003), richt zich op interventies die de autonomie van een persoon vergroot. Het concept stamt af van het idee van ouderschap. Waar de vaderfiguur, autoriteit zou uitstralen door kinderen te beschermen is de moederfiguur er een van affectie door zorg. Beiden zijn uiteindelijk nodig om een kind, in een staat van afhankelijkheid, op te voeden naar onafhankelijkheid en verantwoordelijkheid. Juist Agich (1990) pleit voor een reële interpretatie van autonomie voor de langdurige zorg. Autonomie betekent dan dat een persoon zich kan identificeren met een keuze, welke afhankelijk is van de persoon (of haar levensgeschiedenis), context (zoals tijd, plaats en uitgangsituatie) en of de keuze betekenisvol is voor de persoon. Bij *parentalism* kunnen er beslissingen worden gemaakt namens een ouder individu net zoals bij paternalisme. Alleen is *parentalism* niet gericht op wat ‘goed’ zou zijn voor het individu, het is erop gericht of het oudere individu zich kan identificeren met de gemaakte keuze.

Door *shared-decision-making* of *parentalism* kan dus meer rekening worden gehouden met de wensen, behoeften en context van het betreffende oudere individu. Juist deze opties zouden eenvoudig geïmplementeerd kunnen worden tussen het constateren van eventuele gebreken in de zelfredzaamheid en eventuele ondersteuning. Ouderen hebben dan nog steeds te maken met helpend gedrag, maar dit zal dan geen *benevolent ageism* meer zijn, omdat een helpende actie dan in lijn ligt met wat een ouder individu wil of belangrijk vindt. Er is dan geen sprake van een ‘paternalistische vorm van *ageism*’.

Maar *ageism* is een combinatie van zowel gedrag, affectie en stereotypes. Juist deze manier van *ageism* reduceren focust zich uitsluitend op gedrag naar ouderen toe. Affectie en stereotypes worden niet veranderd. Hiermee kunnen negatieve denkbeelden over ouderen nog steeds in omloop zijn in de samenleving, alleen hebben ouderen er dan minder last van. Kortweg, het zichtbare aspect van *ageism* wordt verminderd, maar de onderliggende denkbeelden niet. Hierom is bovengenoemde manier van *ageism* verminderen niet voldoende.
Om ageism te verminderen zou er ook gekeken kunnen worden naar de denkbeelden over ouderen.

5.3. Positieve denkbeelden tegen ageism

Veruit de meest benoemde manier om ageism te verminderen is om positieve denkbeelden over ouderen tegenover de heersende negatieve denkbeelden te zetten (Bennett & Gaines, 2010, p. 445; Levy, 1996, p. 1092). Bij benevolent ageism is er een ambivalent stereotype betreffende de competentie en warmte van ouderen. Juist dit ambivalente beeld kan leiden tot een affectie van ‘zieligheid’ naar ouderen toe, wat gevolgd kan worden door ‘actief helpend gedrag’ en kan leiden tot benevolent ageism. Hierom zou er dan een transformatie moeten zijn van het negatieve beeld over de competenties van ouderen naar meer positieve denkbeelden.

North & Fiske (2012) beargumenteren aan de hand van verschillende onderzoeken dat de cognitieve vermogens van ouderen verbeteren als ze (onbewust) in aanraking komen met positieve stereotypes over ouderdom. Dit zou namelijk leiden tot een positieve zelfperceptie van de eigen ouderdom wat kan dienen als bescherming tegen negatieve stereotype.

Nelson (2016) zegt dat positieve stereotypes over ouderdom een bescherming kunnen bieden tegen de negatieve stereotypes over ouderdom die in omloop zijn bij ouderen zelf. Hij pleit dan ook voor meer educatie over ouderdom en ontkrachting van mythes hierover, maar ook om ouder worden op een positieve manier te bekijken:

“We need to reframe aging as a time of continued activity, growth and enjoyment. For example, older people should be encouraged to adopt healthier and more positive views of retirement and aging in general.” (Nelson, 2016, p. 279)

Kortom, het effect van ageism op ouderen zelf zou verminderd kunnen worden door een meer positieve eigen perceptie van ouderdom.

Braithwaite (2002) komt echter tot de conclusie dat positieve denkbeelden die als tegenwicht dienen voor negatieve denkbeelden, maar een gedeeltelijke oplossing zijn. Juist de eigen perceptie van ouderdom is er ook van afhankelijk dat sommige vermogens door veroudering kunnen verminderen. Hierom sluiten negatieve stereotypes beter aan op de vaak al bestaande denkbeelden van de persoon, waar positieve stereotypes dit niet doen. Daarnaast is de eigen
perceptie van ouderdom ook bepaald door de context, deze context is niet altijd te sturen, zeker niet wanneer een confrontatie met stereotypen onbewust gebeurt.

Een beeld over ouderdom veranderen is niet alleen een persoonlijk individueel proces. De gehele samenleving zou dit moeten ondersteunen en mee betrokken worden, bijvoorbeeld door educatie over ouderdom en positief intergenerationeel contact (Nelson, 2016, p. 279). Contact en communicatie tussen verschillende leeftijdsgroepen kan ageism verminderen, maar dit is niet genoeg. Er moet ook ruimte zijn voor positieve relaties, maar ook dat er een wederzijds perspectief kan worden aangenomen: hoe voelen we en wat is ons gedrag als wij ons verplaatsen in de ander zijn of haar situatie (Braithwaite, 2002, p. 136). Alleen dan worden stereotypen en vooroordelen verminderd.

Voorbeelden van programma’s die dit claimen te doen zijn het PEACE-model of het PALETTE-program. Het PEACE–model (Positive Education about Aging and Contact Experiences) richt zich op het voorlichten over feiten over ouderdom met positieve rolmodellen en op positieve ervaringen met ouderen (Levy, 2016, p. 1). PALETTE (Promoting Art for Life Enrichment Through Transgenerational Engagement) is feitelijk een kunstprogramma voor verschillende generaties. Hierbij gaat het om samenwerken op een betekenisvolle manier, met als doel de eigen vooroordelen kritisch te onderzoeken (Rubin et al., 2015, pp. 543–544).

Maar deze programma’s zijn echter niet zonder controverse. De effectiviteit van dit soort programma’s is bepaald door specifieke omstandigheden en deze optimale omstandigheden worden niet altijd gehaald. Deze omstandigheden zijn bijvoorbeeld dat deelnemers gelijke status hebben en er sprake is van samenwerking tussen leden van verschillende generaties (Christian et al., 2014, p. 2).

Calasanti (2016) merkt verder op dat deze programma’s erg individu gericht zijn, en het systematische aspect van ageism vergeten wordt. Ook is opmerkelijk dat deze programma’s bedoeld zijn om vooroordelen te corrigeren met feiten over ouderdom. Maar dit zou niet het probleem zijn, juist concreet gedrag is het probleem. Concreet gedrag hoeft niet intentioneel of bewust te gebeuren, het kan ook gebeuren omdat het bijvoorbeeld gewoonte is. In aanvulling hierop stellen Angus & Reeve (2006) dat dit soort programma’s gericht zijn op het bestrijden van ageism door voorlichting. Maar deze voorlichting richt zich op de aanname dat mensen onwetend zijn van de ‘feiten’ over ouderdom. Hiermee mikken deze programma’s op
de denkbeelden van individuen maar niet op de structurele ageïstische elementen in ons alledaagse leven.


Kortom, positieve denkbeelden over ouderen kunnen helpen om de effecten van negatieve denkbeelden rondom ageism te verminderen. Alleen is er ook kritiek op of dit werkt en hoe dit in de praktijk vorm krijgt: programma’s zijn niet altijd effectief, het is individu gericht en de uitkomst kan leiden tot meer vijandige vormen van ageism in plaats van benevolent ageism. Echter het voordeel is dat stereotypen over ouderdom en bijbehorende vooroordelen worden veranderd en niet alleen het bijbehorend gedrag.

5.4. Voorbij homogeniteit

Naast de gevolgen van benevolent ageism bestrijden en het aanbieden van positieve denkbeelden over ouderdom als tegenwicht voor negatieve denkbeelden is er ook een andere mogelijkheid om benevolent ageism te bestrijden. Braithwaite (2002) beargumenteert dat stereotypen en vooroordelen over ouderen uitgaan van een zelfde mechanisme, namelijk homogeniseren. Dit speelt ook mee in het vorige hoofdstuk.

Uit de documentanalyse kwam naar voren dat het meenemen van de instemming van ouderen niet vanzelfsprekend is in het ondersteunen van zelfredzaamheid. Hoe de groep ouderen is, wordt namelijk als vaststaand aangenomen: ouderen willen en wensen hetzelfde.125 Echter de groep ouderen hoeft niet het zelfde te willen en wensen, en dus niet homogeen te zijn. Er kan dan ook naar manieren worden gezocht om ouderen meer te zien en te behandelen vanuit hun eigen opvattingen van zelfredzaamheid bij de doelgroep ouderen. Zij komen dan ook tot de conclusie dat ouderen betreffende zelfredzaamheid in verschillende clusters zijn op te delen.

125 Het document van Nivel, besteed ruim aandacht aan de verschillende eigen opvattingen van zelfredzaamheid bij de doelgroep ouderen. Zij komen dan ook tot de conclusie dat ouderen betreffende zelfredzaamheid in verschillende clusters zijn op te delen.
onderlinge diversiteit. Als ouderen worden gezien in hun onderlinge verschillen in plaats van overeenkomsten dan kan er meer ruimte zijn voor de individuele instemming van een ouder individu. Wat ouderen individueel wensen is dan namelijk niet vanzelfsprekend. Los van de inhoud van stereotypes, oordelen en gedrag lijkt homogeniseren een voorwaarde voor deze drie elementen van een attitude. Echter kunnen mensen het proces van homogeniseren niet helemaal voorkomen. Vanuit de sociale psychologie is er namelijk beredeneerd dat homogeniseren van mensen voortkomt uit de menselijke natuur om objecten en gebeurtenissen te categoriseren. De mens construeert deze categorieën omdat anders het cognitieve vermogen van de mens overbelast wordt doordat complexe objecten en gebeurtenissen in hun uniciteit worden begrepen (Cuddy & Fiske, 2002, p. 4). Abrams et al. (2011) benoemen dat leeftijd belangrijke scheidslijnen geeft om personen in te categoriseren. Deze leeftijdscategorieën zijn niet neutraal. Ten eerste worden overeenkomsten tussen groepsleden overdreven, en verschillen met andere groepen ook. Ten tweede zijn leeftijdscategorieën meer dan alleen labels, ze weerspiegelen ook status- en machtsrelaties. Een voorbeeld is het vooroordeel dat oudere werknemers minder productief zouden zijn ten opzichte van jonge werknemers. Opvallend aan dit soort redenaties zijn dat ze uitgaan van dat mensen van een bepaald leeftijdscategorieën min of meer hetzelfde zijn (homogeen label), en dat bepaalde leeftijdscategorieën meer geschikt of belangrijker zijn in de context van werk dan anderen (een statusverschil). Verschillende leeftijdscategorieën zijn vanuit dit vooroordeel ook erg verschillend van elkaar, maar de leden van de beide leeftijdscategorieën zijn min of meer hetzelfde. Dit fenomeen komt direct uit de neiging van mensen om te categoriseren: onderlinge verschillen tussen leden van één leeftijdscategorieën worden in de perceptie geminimaliseerd, verschillen tussen verschillende leeftijdscategorieën worden vergroot. Dit maakt namelijk dat er duidelijk onderscheidbare categorieën zijn in iemands hoofd. Dit leidt echter ook tot ageism: het vooroordeel over productiviteit kan leiden tot leeftijdsdiscriminatie bij bijvoorbeeld een promotie of sollicitatie. Ondanks dat er een menselijke neiging is tot categoriseren en daarmee homogeniseren van leeftijdscategorieën, is dit proces te beïnvloeden.

Volgens Hugenberg & Sacco (2008) is homogeniseren te voorkomen door het proces van individualisatie. Dit betekent dat als een persoon bewust is van zijn homogeniseren, waar een ander wordt categoriseerd, de persoon eerder is geneigd om het unieke karakter van die ander te erkennen. De ander, is dan niet gezien als een lid van een andere sociale categorie, maar als uniek wezen. Er is dan sprake van bewustwording van het proces van homogeniseren.

Kortom, het zien van meer onderlinge verschillen binnen de groep ouderen is mogelijk. Ouderen hoeven bijvoorbeeld niet dezelfde wensen te hebben, ze kunnen onderling verschillen. Voor benevolent ageism betekent dit dat ouderen dus niet per definitie ‘actief geholpen’ willen of wensen te worden, wat deze groep wil kan namelijk onderling verschillen. Openstaan voor deze verschillen kan middels individualisatie, maar dit is gebonden aan de eerder genoemde voorwaarden.
5.5. **Deelconclusie: verminderen van *ageism* is mogelijk**

In dit hoofdstuk is naar voren gekomen dat, in het vorige hoofdstuk geconstateerde, ageïstische fenomenen ‘actief helpen’ en ‘paternalistische vormen van *ageism*’ lijken te wijzen op het bestaan van *benevolent ageism* in het discours van zelfredzaamheid bij ouderen. Dit speelt zich af in de ruimte tussen (gebreken in de) zelfredzaamheid vaststellen en hier gehoor aan te geven in een helpende actie. *Benevolent ageism* in het discours van zelfredzaamheid bij ouderen kan verminderd worden door:

- Ouderen een beslismoment te geven in of ze en hoe ze ondersteund willen worden in hun zelfredzaamheid. Dit kan worden gepraktiseerd aan de hand van de *OPTION-scale*. Een andere mogelijkheid is om een beslissing te maken die overeenkomt met de waarden van de betreffende persoon en persoonlijke situatie, zoals bij *parentalism*. Maar dit vermindert slechts de gevolgen van *benevolent ageism*, niet de onderliggende denkbeelden.

- Negatieve denkbeelden over de competenties van ouderen om te buigen naar meer positieve denkbeelden. Bij ouderen zelf zou dit kunnen leiden tot minder *ageism*. Maar een negatief denkbeeld over ouderdom kan realistisch zijn in verband met afnemende vermogens en bovendien is het denken in negatieve stereotypes contextafhankelijk, wat niet altijd te sturen is. Bij andere groepen zou een meer positief denkbeeld ook kunnen leiden tot minder *ageism*. Er bestaan hiervoer al trajecten zoals het *Palette-program* of het *PEACE-model*. Echter is resultaat afhankelijk van voorwaarden, die niet altijd optimaal zijn. Ook kan dit leiden tot meer vijandige vormen van *ageism*, omdat ambivalentie in denkbeelden blijft bestaan. Een laatste kritiek is dat deze manier zich richt op individuele ageïstische denkbeelden en niet structurele vormen van *ageism*.

- Het proces van individualisatie. Dit betekent dat er meer bewustzijn is van de onderlinge verschillen tussen ouderen, doordat ouderen meer in hun uniciteit begrepen worden. Maar deze manier om *ageism* te verminderen heeft ook nadelen. Er moet genoeg cognitief vermogen beschikbaar zijn voor dit bewuste proces, Ook kan een meer gedifferentieerd beeld van ouderen niet automatisch leiden tot minder *ageism*. Een ouder individu kan als uitzonderlijk worden gezien voor de categorie ouderen: het beeld van de categorie ouderen verandert dan niet.
6. Discussie: wie bepaalt dan wat ‘goed’ is?

Dit onderzoek bouwt voort op de kennis over het historisch dualisme over ‘goed’ en ‘slecht’ ouder worden. Cole (1993) stelt dat ‘goed’ ouder worden geassocieerd is met zelfredzaamheid en ‘slecht’ ouder worden met ziekte en afhankelijkheid. Zelfredzaamheid komt in dit onderzoek het dichtst in de buurt van zelfstandigheid, zelfbepaling, onafhankelijkheid en op eigen kracht maatschappelijk ‘meedoen’, oftewel het ‘goede ouder worden’. Daarentegen is de uitgangssituatie van ouderen vooral omschreven in negatieve termen: zorgafhankelijk, niet maatschappelijk kunnen functioneren, geen zelfbepaling hebben, kortweg het ‘slechte ouder worden’. Kortom de conceptualisatie van zelfredzaamheid (‘wat is zelfredzaamheid?’) lijkt aan te sluiten bij het dualistisch denken. Deze conceptualisatie (‘wat is het belang van zelfredzaamheid?’) laat ook zien dat beide perspectieven nodig zijn in het discours van zelfredzaamheid bij ouderen: de uitgangssituatie is onwenselijk, het ideale nastrevenswaardig. Het een kan niet zonder het ander, anders is zelfredzaamheid ondersteunen overbodig. Hiermee lijkt het discours van zelfredzaamheid bij ouderen een voortzetting van het historisch dualisme.

6.1. Toevoeging van dit onderzoek

Dit onderzoek laat zien dat het niet blijft bij een onwenselijke situatie en een ideale situatie: ouderen ‘moeten’ geholpen worden zoveel mogelijk het ideaal te bereiken. Er is sprake van benevolent ageism in de conceptualisering van zelfredzaamheid bij ouderen. Dit houdt in dat er een (pseudo-)positieve houding naar ouderen is, waarbij ouderen proactief geholpen worden tot beschermend paternalisme aan toe. Ondersteuning van zelfredzaamheid is bij ouderen gezien als iets dat de persoon bij voorbaat wenst (zoals bij de conceptualisering van Vilans en ActiZ) of als maatschappelijk noodzakelijk (zoals bij de GGD). Maar dit gaat voorbij aan de vraag of een ouder individu wel ondersteuning wil bij zijn of haar zelfredzaamheid en gaat daarmee van de onderliggende veronderstelling uit dat zelfredzaamheid automatisch een nastrevenswaardig ideaal zou zijn. Dit wijst dus op een paradox:

- Aan de ene kant wordt geclaimd door zorgprofessionals dat zelfredzaam ouder worden is wat ouderen willen, wensen of nodig hebben
- Aan de andere kant worden ouderen niet gehoord bij de vraag of ze ondersteund worden in hun zelfredzaamheid
Dit kan geïnterpreteerd worden als een probleem waarbij zorgprofessionals en beleidsmakers rekening houden met wat ouderen wensen, maar dit niet gebaseerd is op de persoonlijke situatie en voorkeur van een betreffende oudere individu (die overigens per individu kunnen verschillen). Er lijkt dan ook sprake van benevolent ageism. Ouderen worden geholpen zonder dat ze hierom vragen, ouderen kunnen hulp krijgen zonder hun instemming en ouderen worden benaderd vanuit een positieve attitude (het oudere individu heeft er baat bij). In dit onderzoek zijn er aanwijzingen gevonden dat ouderen hierbij worden gezien als relatief hulpeloos en afhankelijk. Als ouderen een bepaalde mate van zelfredzaamheid missen worden ze gezien en ‘geholpen’ als niet in staat om zichzelf te helpen, hebben steun van organisaties nodig en moet er voor hen worden opgekomen. Ook al kan er niet ontkend worden dat gebreken in de zelfredzaamheid kunnen leiden tot tekortkomingen in zelfzorg en aanverwante concepten. Het lijkt wat te ver gaan om te zeggen dat gebreken in de zelfredzaamheid leiden tot hulpeloosheid en afhankelijkheid. Bijvoorbeeld als een ouder individu moeite heeft met traplopen, en daarom nog maar op de begane grond leeft in een huis met twee verdiepingen. Dan kan er beargumenteerd worden dat de dagelijkse routine niet ‘goed’ kan worden uitgevoerd. Er zijn dan gebreken in de zelfredzaamheid en vanuit het discours kan dan worden beargumenteerd dat ondersteuning noodzakelijk is. Dit kan bijvoorbeeld met fysiotherapie of een traplift, zodat het individu zichzelf beter kan redden. Vanuit deze redenatie is een ouder individu niet instaat zichzelf te helpen en heeft steun nodig van een organisatie. Er kan zelfs worden beargumenteerd dat om een hulpinterventie te regelen er namens het ouder individu moet worden opgetreden naar verschillende instanties, kortom er moet worden opgekomen voor het individu. Gebreken in de zelfredzaamheid leiden volgens deze redenering tot relatieve hulpeloosheid en afhankelijkheid. Echter kan er ook worden beargumenteerd dat het individu zich succesvol heeft aangepast aan zijn of haar fysieke omstandigheden met een nieuwe routine. Vanuit deze visie kan de persoon prima zichzelf redden en wordt de dagelijkse routine ‘goed’ uitgevoerd. Echter wie bepaalt dan wat ‘goed’ is?

Met de beste intenties kan er voor een ouder individu worden bepaald dat deze geschetste situatie niet volgens algemene normen aanvaardbaar is, of dat het in het belang van het individu is dat er geïnterveneerd wordt. Echter als dit niet wordt gesteund door het concrete oudere individu zelf, dan lijkt er sprake van benevolent ageism. Een persoon wordt dan uit de beweging van anderen geholpen, zonder of tegen zijn of haar instemming, de achterliggende gedachte is dan dat de persoon zichzelf niet helpen en afhankelijk is van anderen om weer
aanvaardbaar te functioneren. Het stereotype hulpeloos en afhankelijk is dan aanwezig en er is sprake van actief helpen met beschermend paternalisme, kortom *benevolent ageism*.

Overigens is het maar de vraag of twee visies op wat ‘goed’ is uit elkaar hoeven te liggen of strijdig zijn. Zelfredzaamheid ligt diep verankerd in onze cultuur (Agich, 2003, p. 7). Dit resulteert in een koppeling tussen zelfredzaamheid en eigenwaarde: zelfredzaamheid bepaalt de mate van eigenwaarde (Agich, 2003, p. 7). Vanuit deze redenatie is het niet vreemd dat een grote groep ouderen in de praktijk dezelfde visie op zelfredzaamheid nastreft als zorgprofessionals en beleidsmakers. Wat een ouder individu wil en wat volgens een zorgprofessional dan in het belang is van het individu vallen dan samen. In dat geval is er geen sprake van *benevolent ageism*, omdat er geen sprake lijkt te zijn van beschermend paternalisme. Interventies zijn dan ondernomen met instemming van het oudere individu. Al zegt dit weinig over de onderliggende denkbeelden over ouderen die nog steeds gestereotypeerd kunnen zijn als relatief hulpeloos en afhankelijk waarmee er feitelijk nog steeds sprake kan zijn van *ageism*.


### 6.2. Relevantie voor Humanistiek

Derkx (2011) beschrijft vier grondbeginselen van het Humanisme:

1. Iedere levensbeschouwelijke positie, ook een godsdienstige, is en blijft context gebonden mensenwerk
2. Alle mensen horen elkaar als gelijken te zien en te behandelen, aan alle mensen komt menselijke waardigheid toe
3. Mensen horen ieder afzonderlijk en niet als abstracte categorie te worden gezien, liefde voor specifieke, unieke kwetsbare en onvervangbare persoon is voor mensen van het grootste belang
4. Je moet je vrijheid benutten om jezelf te vormen, je leven bewust vorm en inhoud te geven

Het probleem van de combinatie *benevolent ageism* in het discours van zelfredzaamheid bij ouderen raakt de laatste drie grondbeginselen.

Ten eerste is menselijke waardigheid in het geding, doordat ouderen niet gelijkwaardig worden behandeld: er is een gebrek aan waardering voor diversiteit (Derkx, 2011, pp. 82–83). Ouderen worden namelijk als min of meer hetzelfde gezien, ze worden gehomogeniseerd. Ouderen zouden namelijk allemaal hetzelfde moeten worden of nastreven.


Als laatste krijgen ouderen te maken met een paternalisme, hun stem is niet meegenomen in ondersteuning van hun eigen zelfredzaamheid. Hiermee kunnen ouderen te maken krijgen met een situatie dat ze niet de vrijheid krijgen om hun eigen leven vorm te geven. Hoe ouder te worden is dan min of meer bepaald door anderen (Derkx, 2011, pp. 87–90).

Humanistiek beantwoordt deze problemen met een normatieve opdracht: humanisering. Humanisering betekent dat de natuurlijke en sociale omgeving wordt aangepast aan verwachtingen, behoeften, wensen en idealen van mensen (Derkx, 2011, p. 76). Hierbij kunnen de Humanistische grondbeginselen als uitgangspunt worden genomen, die strijdig zijn met *benevolent ageism*. Dit betekent concreet dat naast het constateren van *ageism* er in dit onderzoek ook is gekeken hoe de omgeving aangepast kan worden waarin Humanistische grondbeginselen gerealiseerd worden met betrekking op *ageism*.

Vanuit de opdracht tot humanisering is er gekeken naar mogelijke oplossingen voor het probleem van *benevolent ageism* in het discours van zelfredzaamheid bij ouderen. Er zijn er verschillende genoemd, maar geen enkele oplossing is perfect, ze hebben allemaal hun voor- en nadelen. De rode lijn in de manieren om *benevolent ageism* te verminderen is: de
paternalistische gevolgen verminderen, onderliggende negatieve stereotype denkbeelden verminderen en het achterliggende mechanisme van homogeniseren elimineren.

Als deze resultaten geïnterpreteerd worden kan er worden gesteld dat dit onderzoek zich twee doelen stelt:

- Ouderen moeten (mede-
  -) bepalen wat ‘goed’ voor hen is met betrekking tot hun zelfredzaamheid. Dit kan door zorginterventies af te stemmen op wat ouderen expliciet of impliciet wensen en willen, zoals naar voren komt in *shared-decision making* en *parentalism*.
- Zorgprofessionals moeten wat zij ‘goed’ vinden voor ouderen hun zelfredzaamheid minder laten bepalen door stereotypes over ouderen en het homogeniseren van ouderen. Dit kan door een meer positieve benadering van ouderdom en het proces van individualiseren

### 6.3. Kritische reflectie

Er dient echter ook kritisch gereflecteerd worden op de validiteit van de resultaten: het constateren van *ageism*, *benevolent ageism* en mogelijkheden om deze te verminderen.

Het grootste mogelijk gevaar van dit onderzoek is het gevaar voor bias: een mate van vooringenomenheid. Dit was zeker een continue zorg in het onderzoek. Dit begon al in de opzet van het onderzoek: eerst is er een meetinstrument geïnterpreteerd uit bestaande literatuur, er is een interpretatie van het concept zelfredzaamheid in de documenten en als laatste komen deze twee bij elkaar in een interpretatie of er sprake is van *ageism*. Interpretatie is in dit onderzoek niet te vermijden geweest, de bias is echter wel geprobeerd te vermijden. Gepoogd is deze bias te vermijden of zichtbaar te maken door elke stap zo gedetailleerd mogelijk te beschrijven.

In het bijzonder het interpreteren van de conceptualisatie van zelfredzaamheid per document is mogelijk problematisch met betrekking tot de bias. De meeste bronnen zijn namelijk niet expliciet geschreven over de doelgroep ouderen. Dit onderzoek interpreteert echter de informatie wel zo. Hiermee ontstaat het gevaar dat er een betekenis van een tekst op ouderen wordt geprojecteerd, terwijl dit helemaal niet van toepassing is. Dit kan betekenen dat er sprake is van bias: de tekst is zo gelezen in wat de onderzoeker erin wilt lezen. Echter, alle gelezen documenten lijken ervanuit te gaan dat hun concept van zelfredzaamheid hetzelfde is
voor alle leeftijden, seksen en rassen. Hiermee zijn ouderen blootgesteld aan een norm die voor iedereen geldt, en niet exclusief voor ouderen. Kortom, zelfredzaamheid is ook voor ouderen relevant ook al worden ze niet direct genoemd. En in dit concept kan dan ook wel degelijk sprake zijn van (onbedoeld) ageism. Hiernaast zijn de beleidsdocumenten grotendeels geschreven door organisaties die zich richten op de langdurige zorg. In de langdurige zorg zijn nou eenmaal veel oudere cliënten te vinden. Hiermee kunnen organisaties impliciet wel degelijk over ouderen hebben geschreven zonder dit expliciet te noemen.

Een soortgelijk kanttekening is dat er in de conceptualisaties ageism kan worden gezien die niet aanwezig is. Een aanwijzing hiervoor is dat alleen ageism voorkomt in de impliciete betekenis van de conceptualisatie. De impliciete betekenis is een interpretatie van de conceptualisatie en deze interpretatie kan vooringenomen (met dat ageism aanwezig moet zijn) geschreven zijn. Er is geprobeerd vooringenomenheid hierin te voorkomen door de impliciete betekenis continu te checken met de geschreven documenten.

Er is ook een kanttekening te maken over de onderzoeksoptzet. Er is namelijk aan de hand van beleidsstukken geprobeerd te onderzoeken hoe zorgprofessionals doen en denken over zelfredzaamheid bij ouderen. Het is echter de vraag in hoeverre dit daadwerkelijk de praktijk van zorgprofessionals weerspiegelt. Het is ten slotte niet de praktijk die onderzocht wordt, maar een beschreven werkelijkheid, die ook rooskleurig of irreëel voorgesteld kan worden. Deze documenten kunnen echter wel inzicht geven in hoe er gedacht wordt over zelfredzaamheid bij ouderen als er van wordt uitgegaan dat dit zowel de praktijk als hoe deze beschreven is onderdeel zijn van hetzelfde discours.

Een tweede methodologische kanttekening in de vertaling van het concept van ageism naar het Ageism Evaluation Instrument zat in de toepassing hiervan. Er moet met soms zeer weinig informatie een beslissing worden gemaakt tussen ‘ja, er is sprake van ageism’ of ‘nee, dit is er niet’. Ondanks de houding om met weinig informatie te neigen naar ‘nee’, kan het zijn dat er de verkeerde conclusie is getrokken. Dit is mogelijk ook de oorzaak voor het feit dat er geen volledige attitude is gevonden in de documenten, er was kortweg te weinig informatie beschikbaar. Dit speelde in alle conceptualisaties mee, echter in de conceptualisatie van NIVEL bleek de visie op zelfredzaamheid bij ouderen wel erg summier te zijn. Er is hierom voor gekozen om te stellen dat er geen sprake is van ageism in dit document.

Betreffende de resultaten zijn er ook kanttekeningen te plaatsen. Naast dat het geconstateerde ageism zich baseert op impliciete betekenissen kan er ook worden beargumenteerd dat het bij voorbaat duidelijk was dat als het Ageism Evaluation Instrument toegepast zou worden op beleidsdocumenten van instellingen en ageism op contextniveau uit zou komen als ageism geconstateerd was. Omdat de analyse plaats heeft gevonden op het niveau van beleidsdocumenten van organisatie is het niet verwonderlijk dat er voornamelijk ageism op contextniveau is geconstateerd. De afzender van het ageism zijn dan per definitie instellingen. Hiermee stond een uitkomst van dit instrument al vast.

Een andere kanttekening bij de resultaten is dat de ideeën om ageism te verminderen erg individueel gericht zijn en niet gericht zijn op maatschappelijke veranderingen. Ageism is systematisch en geïnstitutionaliseerd, niet alleen een individuele attitude (Calasanti, 2016, p. 1094). Echter lijkt deze kanttekening niet uniek voor dit onderzoek, de literatuur over benevolent ageism lijkt dezelfde bias te hebben: er is vooral gericht op het individu en niet op het systematische aspect. Dit kan verklaard worden doordat de literatuur over benevolent ageism zich baseert op de SCM. De SCM gaat uit van een individuele attitude zoals gebruikelijk in de sociale psychologie, en niet van een meer feministische, maatschappelijke opvatting over ageism die meer de samenleving wil veranderen.

6.4. Relevantie en verder onderzoek

Ondanks deze kanttekeningen is de kracht van dit onderzoek is dat het aantoont dat er aanwijzingen zijn voor ageism in het discours van zelfredzaamheid bij ouderen en dat er mogelijke manieren zijn om deze verminderen. Dit onderzoek heeft hiermee haar relevantie bewezen, zoals beschreven in hoofdstuk één. Ten eerste biedt dit onderzoek een grondige
doordenking over het verband tussen ageism en het discours van zelfredzaamheid bij ouderen, waarmee het inspeelt op een bestaande kennishiaat. Daarnaast is dit onderzoek maatschappelijk relevant omdat het mogelijkheden beschrijft om het ageism te verminderen.

Dit onderzoek kan dan ook als opstap dienen voor vervolgonderzoek die ideaaliter rekening houdt met de eerder benoemde kanttekeningen. Een logisch vervolg naar aanleiding van dit onderzoek zou kunnen zijn dat de praktijk van de langdurige zorg wordt onderzocht. Dit zou gedaan kunnen worden doormiddel van kwalitatieve methoden, zoals interviews of participerende observaties gericht op praktijksituaties. Dit onderzoek focust zich namelijk op beleidsdocumenten maar mist een praktijkvisie: het discours van zelfredzaamheid bij ouderen kan wel verkondigen hoe zelfredzaamheid in de praktijk zou moeten. Echter het zijn de zorgprofessionals die werken in de praktijk die aan dit concept een eigen invulling kunnen geven. Door deze eigen invulling zou juist meer sprake kunnen zijn van benevolent ageism of juist minder, doordat instemming van een ouder individu mee kan wegen.
7. Conclusie: *ageism* en hoe deze te minderen

In dit onderzoek is gekeken of er sprake is van *ageism* in het discours van zelfredzaamheid bij ouderen en als deze aanwezig is, hoe dit *ageism* verminderd kan worden. De centrale vraag in dit onderzoek was dan ook:

- Is er sprake van *ageism* in het discours van zelfredzaamheid bij ouderen en wat kan er worden gedaan om dit mogelijke *ageism* te verminderen?

Er lijkt sprake te zijn van *ageism* in het discours van zelfredzaamheid bij ouderen. De opvallendste geconstateerde ageïstische fenomenen zijn:

- Het actief helpen van ouderen: ouderen worden geholpen zonder dat hiernaar gevraagd wordt
- Ouderen stereotyperen als relatief hulpeloos en afhankelijk: ouderen zouden zichzelf niet kunnen helpen, hebben ondersteuning nodig en voor hen moet worden opgekomen
- Ouderen ‘zielig’ vinden: zij hebben geen schuld aan hun eigen negatieve situatie
- Er is sprake van een positieve en ambivalente houding naar ouderen: stereotypes, affectie en gedrag zijn allen ten gunste van het oudere individu (positief) of gemixt gunstig en ongunstig (ambivalent)
- Het *ageism* kan paternalistisch zijn (zonder of tegen instemming van individu hem of haar helpen)

Deze resultaten wijzen erop dat er sprake is van *benevolent ageism* in het discours van zelfredzaamheid: het geconstateerde *ageism*, heeft een liefdadig karakter wat kan leiden tot beschermend paternalistisch gedrag.

Manieren om het beschermend paternalisme dat hoort bij *benevolent ageism* te verminderen zijn *Shared-decision making* (ouderen expliciet vragen naar hun instemming) of *parentalism* (beslissingen maken die overeenkomen met de waarden en wensen van een ouder individu). Echter zijn hier alleen de gevolgen van *ageism* verminderd en niet de onderliggende denkbeelden zelf.
Manieren om de bijbehorende onderliggende denkbeelden die ten grondslag liggen voor benevolent ageism zijn werken vanuit het PEACE-model of Palette Programm. Deze methodes kunnen als doel hebben om de negatief ingeschatte competenties bij ouderen meer in een positief perspectief te plaatsen. Echter kan dit alleen onder strikte voorwaarden en is efficiëntie niet gegarandeerd.

Een laatste manier om een mogelijkheidsvoorwaarde voor benevolent ageism te verminderen is het bestrijden van homogeniseren door het proces van individualisatie: ouderen zien in hun onderling verschil. Ook dit proces kan alleen onder strikte voorwaarden.

Terugkijkend op de resultaten zijn er kanttekeningen te plaatsen bij het mogelijk hebben van een bias, onderzoeksdesign, methode en concrete resultaten. Hierom is verder onderzoek van belang, zeker omdat dit onderzoek wel degelijk ziet dat er aanwijzingen zijn voor een verband tussen het gebruik van zelfredzaamheid bij ouderen en ageism.
8. Literatuur


9. Bijlagen

9.1. Lijst zoekresultaten Google, Duck Duck Go en Bing

De dataverzamelingsmethode leunt sterk op de zoekresultaten uit verscheidene zoekmachines. Eerst zijn de zoektermen ‘ouderen’, ‘zelfredzaamheid’ (en visa versa) en ‘pdf’\textsuperscript{126} ingevoerd bij verschillende populaire zoekmachines (Google, Bing en Duck Duck Go). Vanuit de overweging om de data die geanalyseerd wordt beperkt te houden wordt er alleen gekeken naar de tien hoogste gerelateerde zoekresultaten. Hieruit ontstonden zes lijsten met tien zoekresultaten. De zes lijsten met zoekresultaten zijn gegarandeerd vrij toegankelijk. Ook leveren de termen ‘ouderen’ en ‘zelfredzaamheid’ resultaten die voldoen aan het relevantiecriterium: de documenten gaan over zelfredzaamheid bij ouderen. De zoekterm ‘pdf’ is toegevoegd, omdat er hiermee een grote kans bestaat dat de zoekresultaten zullen voldoen aan het format criteria: er wordt immers gezocht naar documenten. Hieruit volgde de volgende lijst met documenten, die vervolgens, kort geanalyseerd worden op het relevantie, format criterium en op dubbele resultaten:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Titel</th>
<th>Auteur/organisatie</th>
<th>Urls</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Advies preventie bij ouderen.fm</td>
<td>Gezondheidsraad (gehost door In voor zorg!)</td>
<td><a href="http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/ketenzorg/samenvatting_Preventie_%20bij%20ouderen.pdf">http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/ketenzorg/samenvatting_Preventie_%20bij%20ouderen.pdf</a></td>
</tr>
<tr>
<td>Ouderen van de toekomst</td>
<td>NIVEL/Vilans</td>
<td><a href="https://www.NIVEL.nl/sites/default/files/bestanden/Overzichtstudie-ouderen-van-de-toekomst.pdf">https://www.NIVEL.nl/sites/default/files/bestanden/Overzichtstudie-ouderen-van-de-toekomst.pdf</a></td>
</tr>
</tbody>
</table>

\textsuperscript{126} Gezocht op 15-03-2018
<p>| Kwetsbare ouderen | Vilans (gehost door Kennisplein chronische zorg) | <a href="http://www.kennispleinchronischezorg.nl/eerstelijn/kwetsbare-ouderen-preventie-ouderen-focus-op-zelfredzaamheid-gezondheidsraad.html">http://www.kennispleinchronischezorg.nl/eerstelijn/kwetsbare-ouderen-preventie-ouderen-focus-op-zelfredzaamheid-gezondheidsraad.html</a> |
| Handreiking zelfredzaamheid | Vilans | <a href="https://www.vilans.nl/docs/producten/handreiking_zelfredzaamheid.pdf">https://www.vilans.nl/docs/producten/handreiking_zelfredzaamheid.pdf</a> |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Zo zelfredzaam</th>
<th>Vilans</th>
<th><a href="https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/Zelfredzaamheid/Zo_zelfredzaam.pdf">https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/Zelfredzaamheid/Zo_zelfredzaam.pdf</a></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>(gehost door zorgvoorbe...</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Handreiking-voor-de-beoordeling</td>
<td>GGD Amsterdam</td>
<td><a href="http://docplayer.nl/8770157-Handreiking-voor-de-beoordeling-van-ouderen-met-de-zelfredzaamheid-matrix.html">http://docplayer.nl/8770157-Handreiking-voor-de-beoordeling-van-ouderen-met-de-zelfredzaamheid-matrix.html</a></td>
</tr>
<tr>
<td>Vijf tips voor het werken aan zelfredzaamheid</td>
<td>Vilans</td>
<td><a href="http://www.kennispleinchronischezorg.nl/docs/KCZ/5%20tips%20zelfredzaamheid%20ZR.pdf">http://www.kennispleinchronischezorg.nl/docs/KCZ/5%20tips%20zelfredzaamheid%20ZR.pdf</a></td>
</tr>
</tbody>
</table>
9.2. Korte analyse impact organisatie

Om te voldoen aan het impactcriterium worden de auteurs/uitgevende organisatie en host (wie het document op internet heeft gezet) geanalyseerd. Dit wordt gedaan aan de hand van welke rol zelfredzaamheid speelt in de organisatie (heeft het bijvoorbeeld een hoge prioriteit), de (financiële) middelen om zelfredzaamheid uit te dragen, samenwerkingsverbanden met andere organisaties en de ingeschatte bezoekersaantallen van hun site. Hieruit volgt een inschatting van de mogelijke impact variërend van (zeer) beperkt, noch groot noch beperkt en (zeer) groot. Deze lijst van impact op het discours van zelfredzaamheid bij ouderen, is niet waterdicht. Zo beheert Vilans bijvoorbeeld een scala aan websites, maar wordt via deze methode alleen de bezoeker aantallen van hun eigen site gemeten. Wel kan deze impact richting geven welke documenten de meeste invloed kunnen hebben op het discours van zelfredzaamheid bij ouderen. Vanuit deze overwegingen en criteria is er voor gekozen om de volgende organisaties te analyseren:

<table>
<thead>
<tr>
<th>ActiZ (<a href="http://www.ActiZ.nl">www.ActiZ.nl</a>)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Prioriteit aan Zelfredzaamheid</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>(Financiële) middelen</td>
</tr>
<tr>
<td>Bezoekersaantal Siteprice.org</td>
</tr>
<tr>
<td>Bezoekersaantal Visitorsdetective.com</td>
</tr>
<tr>
<td>Overige factoren die impact kunnen weergeven</td>
</tr>
<tr>
<td>Waarschijnlijke impact</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------------</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Zorgvoorbeter.nl**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Prioriteit aan Zelfredzaamheid</th>
<th>Site behandeld verschillende thema’s een van deze thema’s is zelfredzaamheid</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>(Financiële) middelen</td>
<td>25 experts op verschillende gebieden, Geldstroom onbekend</td>
</tr>
<tr>
<td>Bezoekersaantal</td>
<td>Siteprice.org</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>350</td>
</tr>
<tr>
<td>Bezoekersaantal</td>
<td>Visitorsdetective.com</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1,051</td>
</tr>
<tr>
<td>Overige factoren die impact kunnen weergeven</td>
<td>ActiZ, BTN, Vilans, V&amp;VN en ZonMw, Site zou gemiddeld 150.000 bezoekers per maand hebben waarvan een groot gedeelte verzorgenden zijn (26%) en verpleegkundigen zijn (23%).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Waarschijnlijke impact</th>
<th>Zeer groot</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Movisie (movisie.nl)**
<table>
<thead>
<tr>
<th>Prioriteit aan Zelfredzaamheid</th>
<th>Zelfredzaamheid verweven in missie/visie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>(Financiële) middelen</td>
<td>150 experts (ongeveer 130 fte) op verschillende gebieden, ‘organisatiekosten’ zijn ongeveer 1 miljoen in 2016</td>
</tr>
<tr>
<td>Bezoekersaantal Siteprice.org</td>
<td>350</td>
</tr>
<tr>
<td>Bezoekersaantal Visitorsdetective.com</td>
<td>723</td>
</tr>
<tr>
<td>Overige factoren die impact kunnen weergeven</td>
<td>Niet specifiek gericht op ouderen(zorg)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Waarschijnlijke impact</strong></td>
<td><strong>Zeer groot</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Vilans (Vilans.nl)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Prioriteit aan Zelfredzaamheid</th>
<th>Belangrijk thema in de organisatie maar niet verweven in missie/visie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>(Financiële) middelen</td>
<td>150 fte. Organisatie heeft een vermogen van ongeveer 4 miljoen in 2016</td>
</tr>
<tr>
<td>Bezoekersaantal</td>
<td>170</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------</td>
<td>-----</td>
</tr>
<tr>
<td>Siteprice.org</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bezoekersaantal</th>
<th>320</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Visitorsdetective.com</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Overige factoren die impact kunnen weergeven | Werkt vaak in samenwerkingsverbanden, en is niet altijd direct zichtbaar als partner |

| Waarschijnlijke impact | Zeer groot |

<table>
<thead>
<tr>
<th>Gezondheidsraad (gezondheidsraad.nl)</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Prioriteit aan Zelfredzaamheid</th>
<th>Eén thema (van de vele) waar advies over is uitgebracht, en er is een actueel onderzoek naar</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>(Financiële) middelen</th>
<th>130 leden in vormen van commissies. Geldstromen onbekend</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bezoekersaantal</th>
<th>170</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Siteprice.org</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bezoekersaantal</th>
<th>350</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Visitorsdetective.com</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Overige factoren die impact kunnen weergeven</td>
<td>Er wordt veel op internet gelinkt en naar het adviesrapport uit 2009 over zelfredzaamheid</td>
</tr>
<tr>
<td>--------------------------------------------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Waarschijnlijke impact</strong></td>
<td><strong>Noch groot, noch klein</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| **In voor zorg! (invoorzorg.nl)**          |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Prioriteit aan Zelfredzaamheid             | Belangrijk theme op de site, niet verweven in missie en visie                         |
| (Financiële) middelen                     | Enkele tientallen medewerkers. Geldstromen onbekend                                    |
| Bezoekersaantal Siteprice.org              | 70                                                                                     |
| Bezoekersaantal Visitorsdetective.com      | 82                                                                                     |
| Overige factoren die impact kunnen weergeven | initiatief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (in vervolg: VWS) en Vilans |
| **Waarschijnlijke impact**                 | **Beperkt**                                                                           |
### Stichting Transmurale Zorg (transmuralezorg.nl)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Prioriteit aan Zelfredzaamheid</th>
<th>Minimale aandacht, samenwerken staat centraal</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>(Financiële) middelen</td>
<td>Aantal medewerkers onbekend. Ongeveer 800.000 euro aan organisatielasten</td>
</tr>
<tr>
<td>Bezoekersaantal</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Siteprice.org</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Bezoekersaantal</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Visitorsdetective.com</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Overige factoren die impact kunnen weergeven</td>
<td>Samenwerkingsverband van zorgaanbieders in en rondom Den Haag</td>
</tr>
<tr>
<td>Waarschijnlijke impact</td>
<td>Zeer beperkt</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### NIVEL (NIVEL.nl)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Prioriteit aan Zelfredzaamheid</th>
<th>Beperkte aandacht, het is een sub thema waar onderzoek naar wordt gedaan, maar geen aparte onderzoekslijn</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>(Financiële) middelen</td>
<td>170 medewerkers. Ongeveer 12,2 miljoen aan ‘budget’</td>
</tr>
<tr>
<td>Bezoekersaantal</td>
<td>285</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------</td>
<td>-----</td>
</tr>
<tr>
<td>Bezoekersaantal</td>
<td>837</td>
</tr>
<tr>
<td>Overige factoren die impact kunnen weergeven</td>
<td>Op de site komt onderzoek naar zelfredzaamheid nauwelijks voor</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Waarschijnlijke impact</strong></td>
<td><strong>Noch groot nog klein</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>GGD Amsterdam (ggd.amsterdam.nl)</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Prioriteit aan Zelfredzaamheid</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>(Financiële) middelen</td>
</tr>
<tr>
<td>Bezoekersaantal Siteprice.org</td>
</tr>
<tr>
<td>Bezoekersaantal Visitorsdetective.com</td>
</tr>
<tr>
<td>Overige factoren die impact kunnen weergeven</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Waarschijnlijke impact</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving  
(raadrvs.nl) | |
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Prioriteit aan Zelfredzaamheid</td>
<td>Beperkte aandacht, het is een subthema waar onderzoek naar gedaan wordt en enkele publicaties over verschenen zijn</td>
</tr>
<tr>
<td>(Financiële) middelen</td>
<td>Enkele tientallen medewerkers. Geldstromen onbekend</td>
</tr>
<tr>
<td>Bezoekersaantal Siteprice.org</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>Bezoekersaantal Visitorsdetective.com</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>Overige factoren die impact kunnen weergeven</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Waarschijnlijke impact</strong></td>
<td><strong>Beperkt</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Kennisplein Chronische zorg  
| (kennispleinchronischezorg.nl) |
| Prioriteit aan Zelfredzaamheid | Zeer beperkte aandacht, |
| (Financiële) middelen | Onbekend aantal medewerkers, onbekende geldstroom |
| Bezoekersaantal Siteprice.org | 10 |
| Bezoekersaantal Visitorsdetective.com | 4 |
| Overige factoren die impact kunnen weergeven | Een initiatief van Vilans |
| Waarschijnlijke impact | Zeer beperkt |
9.3. Aanvullende operationalisatie en hulpvragen per stap

Deze bijlage is bedoeld als extra toelichting en mogelijke hulpvragen in hoofdstuk drie en vier. De toelichting en hulpvragen kunnen helpen om *ageism* beter zichtbaar te krijgen.

9.3.1. Toelichting bij impliciete boodschap

Bij de vraag “Weerspiegelen woorden/zinsdelen van *Invoer X* een bepaalde impliciete overtuiging?” is er gebruik gemaakt van het zoeken naar bepaalde patronen of thema’s die terugkomen of opvallend zijn in een conceptualisatie. De uitkomsten (dus bepaalde patronen of thema’s), zijn vervolgens getoetst aan het daadwerkelijk document waar de conceptualisatie op gebaseerd is. In deze toetsing is gelet of de mogelijke impliciete boodschap niet weerlegd wordt door de inhoud van het daadwerkelijke document. Ook is er rekening gehouden met of de impliciete boodschap een boodschap is die gelezen kan worden in het betreffende document.

9.3.2. Toelichting en hulpvragen bij vaststellen cognitiecomponent

De volgende hulpvragen gaan over stereotyperingen (het cognitiecomponent van een attitude). Er zijn vanuit de literatuur enkele stereotypes die veel voorkomend zijn. Deze zijn hieronder benoemd.

Hulpvragen betreffende dat ouderen emotioneler (‘vatbaar voor gevoel’) zouden zijn, zijn:

- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen beschermd moeten worden tegen slecht nieuws? (Cary et al., 2016, p. 6)
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen niet gewezen moeten worden op dat ze bepaalde handelingen niet kunnen omdat ze oud zijn? (Cary et al., 2016, p. 6)

Hulpvragen over kwetsbaarheid (‘zwak of fragiel’) zijn:

- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen bepaalde handelingen niet meer mogen uitvoeren omdat ze oud zijn.? (Cary et al., 2016, p. 6)
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen snel ziek zijn, door hun ouderdom? (Cary et al., 2016, p. 6)

Betreffende hulpbehoevendheid (‘hulp nodig hebben’) kunnen de volgende vragen worden gesteld:
• Gaat een expressie ervan uit dat er altijd hulp aangeboden moet worden aan ouderen? (Cary et al., 2016, p. 6)

Hulpvragen over incompetentie (‘eigenbelang kunnen nastreven en vervullen’) zijn:

• Gaat een expressie ervan uit dat ouderen complexe zaken niet kunnen begrijpen? (Cary et al., 2016, p. 6)
• Gaat een expressie ervan uit dat een boodschap vaak herhaald moet worden, of juist dat tegen ouderen langzaam gepraat moet worden omdat ze de boodschap anders niet begrijpen? (Cary et al., 2016, p. 6)

Hulpvragen over het stereotype dat ouderen een ‘last’ zijn, zijn:

• Gaat een expressie ervan uit dat ouderen de schuld krijgen van persoonlijke of maatschappelijke problemen? (Cary et al., 2016, p. 6)
• Gaat een expressie ervan uit dat ouderen worden ervaren als een persoonlijke of maatschappelijke last? (Cary et al., 2016, p. 6)

Hulpvragen over hulpeloosheid en afhankelijk (‘jezelf niet kunnen helpen en anderen dit moeten doen’) zijn:

• Gaat een expressie ervan uit dat ouderen de steun van overheid- en zorgorganisaties nodig hebben? (Kalish, 1979, p. 398)
• Gaat een expressie ervan uit dat er door anderen voor ouderen opgekomen moet worden? (Kalish, 1979, p. 398)

Een hulpvraag bij dat ouderen gierig (‘geen geld of ander bezit willen geven’) zouden is:

• Gaat een expressie ervan uit dat ouderen bezittingen verzamelen en hun geld opsparen? (Fraboni et al., 1990, p. 62)

Een hulpvraag waarbij ouderen als nostalgisch (‘verlangen naar een geromantiseerd vroeger’) getypeerd worden is:

• Gaat een expressie ervan uit dat ouderen veel over het verleden praten? (Fraboni et al., 1990, p. 62)

Onbetrouwbaar (‘niet te vertrouwen’) is zichtbaar te maken in de volgende vraag:
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen niet op jonge kinderen kunnen passen? (Fraboni et al., 1990, p. 62)

Als ouderen worden gestereotypeerd als klagerig (‘vaak ongenoegen uiten’) dan kan de vraag worden gesteld:

- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen veel klagen? (Fraboni et al., 1990, p. 62)

Hulpvragen bij het stereotype van seksueel inactiviteit (‘impotent’) zijn:

- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen niet tot nauwelijks seksuele verlangens of activiteiten hebben? (Palmore, 1999, pp. 21–22)
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen seks onbelangrijk vinden? (Palmore, 1999, pp. 21–22)

Een hulpvraag bij het stereotype lelijk (‘afstotelijk’) is:

- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen lelijk zijn omdat ze oud zijn? (Palmore, 1999, p. 22)

Vragen om geestelijk verval (‘verslechterde toestand door ouderdom’) zichtbaar te krijgen zijn:

- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen gebreken tonen in vaardigheden zoals leren en zaken onthouden? (Palmore, 1999, pp. 22–23)
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen minder goed in staat zijn om nieuwe dingen aan te leren? (Palmore, 1999, pp. 22–23)
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen complexe zaken niet kunnen begrijpen? (Cary et al., 2016, p. 6)
- Gaat een expressie ervan uit dat een boodschap vaak herhaald moet worden, of juist dat tegen ouderen langzaam gepraat moet worden omdat ze de boodschap anders niet begrijpen? (Cary et al., 2016, p. 6)

Een ander stereotype is dat ouderen last hebben van mentale ziektes wat zichtbaar kan worden in vragen als:

- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen seniel gedrag vertonen? (Palmore, 1999, pp. 23–24)
Gaat een expressie ervan uit dat door het verouderingsproces ouderen onvermijdelijk ziek worden en daarom beschermd moeten worden tegen zichzelf? (Palmore, 1999, pp. 23–24)

Het stereotype nutteloos (‘zonder doel of ondienstbaar’) is zichtbaar te krijgen in vragen als:


Ook wordt ouderdom geassocieerd met een geïsoleerd leven (‘gebrek aan gezelschap’), wat zichtbaar te maken is in vragen als:

- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen eenzaam zijn? (Palmore, 1999, pp. 25–26)
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen weinig sociale contacten hebben bijvoorbeeld met familie of vrienden? (Palmore, 1999, pp. 25–26)

Ouderen zijn ook vaker ingeschat als heel rijk of heel arm wat zichtbaar is in de volgende vraag:

- Gaat een expressie ervan uit dat veel ouderen onder de armoedegrens leven? (Palmore, 1999, p. 26)
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen te veel AOW krijgen, of juist te weinig? (Palmore, 1999, p. 26)

Ook worden ouderen vaker ingeschat als depressief (‘neerslachtig’), juist om de stereotypes waarmee ouderdom geassocieerd word. Dit is zichtbaar in de vraag:

- Gaat een expressie ervan uit dat door de ouderdom ouderen depressief zouden zijn? (Palmore, 1999, pp. 27–28)

Een stereotype over ouderen is ook dat ze aardig (‘aangenaam persoon’) zouden zijn, wat zichtbaar is in vragen als

- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen vrijgevig of behulpzaam zijn? (Palmore, 1999, pp. 34–40)
Gaat een expressie ervan uit dat ouderen liberaler (minder militaire uitgaven, minder gericht op volgzaamheid en autoriteit) zijn? (Palmore, 1999, pp. 34–40)

Gaat een expressie ervan uit dat ouderen veel tijd besteden aan hun sociale omgeving? (Palmore, 1999, pp. 34–40)

Een veelgehoord stereotype is dat ouderen wijs (‘veel inzicht hebben’) zouden zijn

Gaat een expressie ervan uit dat ouderen wijs zijn doordat ze veel levenservaring hebben? (Palmore, 1999, pp. 34–40)

Een ander stereotype is dat ouderen betrouwbaar (‘deugdelijk persoon’) zouden zijn, wat zichtbaar is in een vraag als:

Gaat een expressie ervan uit dat ouderen loyaal zijn of een groot verantwoordelijkheidsgevoel hebben? (Palmore, 1999, pp. 34–40)

Ook kunnen ouderen op een positieve manier getypeerd worden als rijk, wat bijvoorbeeld zichtbaar is in de vraag:

Gaat een expressie ervan uit dat ouderen genoeg geld te besteden hebben om rond te komen? (Palmore, 1999, pp. 34–40)

Ouderen worden ook vaker getypeerd als politiek invloedrijk, wat zichtbaar is in vragen als

Gaat een expressie ervan uit dat ouderen hun politieke belangen succesvol kunnen verdedigen bijvoorbeeld door te stemmen als één blok? (Palmore, 1999, pp. 34–40)

Gaat een expressie ervan uit dat de groep ouderen een hoge graad van politieke participatie hebben, bijvoorbeeld met lidmaatschap bij een politieke partij? (Palmore, 1999, pp. 34–40)

Ook worden ouderen vaker getypeerd als vrij,

Gaat een expressie ervan uit dat ouderen kunnen doen wat ze willen omdat ze tijd en geld hebben? (Palmore, 1999, pp. 34–40)

Gaat een expressie ervan uit dat ouderen kunnen doen wat ze willen omdat ze geen verdere maatschappelijke verplichtingen hebben? (Palmore, 1999, pp. 34–40)

Er zijn ook ouderen die getypeerd worden als eeuwig jeugdig.
• Gaat een expressie ervan uit dat bij een groep ouderen het verouderingsproces niet of nauwelijks van toepassing is? (Palmore, 1999, pp. 34–40)
• Gaat een expressie ervan uit dat ouderen ‘jeugdig’ eruitzien of gedragen? (Palmore, 1999, pp. 34–40)

Ook wordt ouderdom geassocieerd met geluk wat zichtbaar is in vragen als:

• Gaat een expressie ervan uit dat ouderen rust en innerlijke vrede hebben? (Palmore, 1999, pp. 34–40)
• Gaat een expressie ervan uit dat ouderen ‘de vruchten plukken’ van waar ze hun leven lang aan hebben gewerkt? (Palmore, 1999, pp. 34–40)

Rowe & Kahn (1998) beschrijven dat ouderen afgeschreven zijn betreffende het kunnen hebben van een goede gezondheid is zichtbaar in de vraag:

• Gaat een expressie ervan uit dat het bij ouderen te laat is om de gezondheid te bevorderen?

Rowe & Kahn (1998) beschrijven dat veroudering vaak geassocieerd is met het idee dat deze niet te beïnvloeden is, wat zichtbaar is in de vraag:

• Gaat een expressie ervan uit dat veroudering niet is te beïnvloeden met een bepaalde levensstijl?
• Gaat een expressie ervan uit dat ouderen te maken krijgen met fysieke of geestelijke beperkingen, en deze onomkeerbaar zijn?

9.3.3. Toelichting en hulpvragen bij gedragscomponent

De volgende hulpvragen zijn een aanvulling op het gedragscomponent van een attitude. Hierbij staat centraal of een expresse uitgaat van bepaald gedrag naar ouderen toe. Deze hulpvragen zijn enkele veel voorkomende gedragingen.

Segregatie (‘scheiden van groepen’) is zichtbaar in vragen zoals:

• Gaat een expressie ervan uit dat ouderen bij voorkeur gebruik zouden moeten maken van aparte faciliteiten? (Fraboni et al., 1990, p. 62)
• Gaat een expressie ervan uit dat ouderen gescheiden zouden moeten leven van andere leeftijdscohorten? (Fraboni et al., 1990, p. 62)
Ontmanteling van politieke invloed is zichtbaar met vragen als:

- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen minder rechten en vrijheden zouden moeten krijgen, omdat ze oud zijn? (Fraboni et al., 1990, p. 62)
- Gaat een expressie ervan uit dat de maatschappelijke problemen waar ouderen mee te maken kunnen krijgen, minder aandacht zouden moeten hebben? (Fraboni et al., 1990, p. 62)
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen zich niet politiek zouden mogen uitspreken? (Fraboni et al., 1990, p. 62)

Het vermijden van ouderen is zichtbaar in vragen als:

- Gaat een expressie ervan uit dat (oog)contact met ouderen vermeden moet worden? (Fraboni et al., 1990, p. 62)
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen vooral met elkaar zouden moeten omgaan? (Fraboni et al., 1990, p. 62)

Actief helpend gedrag (‘direct, expliciet iemand van dienst zijn’) is zichtbaar te maken met vragen als:

- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen geholpen moeten worden ook al willen ze dit soms in eerste instantie niet? (Cary et al., 2016, p. 6)
- Gaat een expressie ervan uit dat voor ouderen keuzes zouden moeten worden gemaakt die goed voor hen zijn? (Cary et al., 2016, p. 6)

Passief schaden (‘afstand nemen en eigenwaarde aantasten) kan zichtbaar worden gemaakt met vragen zoals:

- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen minder aandacht nodig hebben? (Cary et al., 2016, p. 6)
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen minder service of diensten zouden moeten ontvangen omdat ze oud zijn? (Cary et al., 2016, p. 6)
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen verwaarloost, aan hun lot overgelaten mogen worden? (Cary et al., 2016, p. 6)

In overheidsbeleid komt discriminatie voor, dit is zichtbaar met de vraag:


- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen niet in aanmerking komen voor bepaalde regelingen, omdat ze te oud zijn? (Palmore, 1999, pp. 31–34)

Op het gebied van familie, kan ook sprake zijn van discriminatie, wat zichtbaar kan worden met de vraag

- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen te maken hebben met mishandeling of verwaarlozing? (Palmore, 1999, pp. 31–34)

Ook in de gezondheidszorg is discriminatie te zien

- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen te maken krijgen met paternalisme zoals het gebruik van simpele woorden, ongevraagde uitleg, over emotionele toon etc.? (Palmore, 1999, pp. 31–34)

Een voorkeursbehandeling op het gebied van economie is zichtbaar met de volgende vragen:

- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen recht hebben op belastingvoordelen of kortingsacties? (Palmore, 1999, pp. 41–44)

- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen voorgetrokken zouden moeten worden in een werknemerspositie (bijvoorbeeld extra toeslag, of eerder een baan bij sollicitatie)? (Palmore, 1999, pp. 41–44)

Ook kan er een voorkeursbehandeling zijn op het gebied van beleid en overheid, waarop de volgende vragen betrekking hebben

- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen recht hebben op bepaald beleid omdat ze oud zijn, zoals de AOW? (Palmore, 1999, pp. 41–44)

- Gaat een expressie ervan uit dat er een voorkeur is voor ouderen in overheidsfuncties? (Palmore, 1999, pp. 41–44)

Ook kan er sprake zijn van een voorkeursbehandeling in het domein van familie, zoals

- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen zorg moeten ontvangen ten koste van het welzijn van de kinderen of kleinkinderen? (Palmore, 1999, pp. 41–44)

Bij huisvesting kan er ook sprake zijn van een voorkeursbeleid wat de volgende vragen weerspiegelen

109
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen speciale huizen nodig hebben met lage rentes? (Palmore, 1999, pp. 41–44)
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen subsidies moeten krijgen voor aangepaste woningen? (Palmore, 1999, pp. 41–44)
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen in huizen mogen wonen waar alleen zij recht op hebben? (Palmore, 1999, pp. 41–44)

In de gezondheidszorg is er ook een voorkeursbehandeling voor ouderen. Dit is zichtbaar met vragen als:

- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen evenveel moeten betalen voor zorg in vergelijking met jonge mensen, ook al gebruiken sommige ouderen meer van deze zorg? (Palmore, 1999, pp. 41–44)

9.3.4. Toelichting en hulpvragen bij vaststellen affectiecomponent

De volgende hulpvragen gaan over het affectiecomponent van een attitude (hoe worden ouderen geëvalueerd?). Deze hulpvragen zijn enkele veel voorkomende affecties:

Vragen die volgens Fraboni et al. (1990) stellen dat ouderen positieve geëvalueerd worden zijn:

- Gaat een expressie ervan uit dat contact met ouderen als plezierig of interessant wordt ervaren? (Fraboni et al., 1990, p. 62)
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen graag opgezocht worden? (Fraboni et al., 1990, p. 62)
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen gestimuleerd worden om uit te spreken wat ze denken en vinden? (Fraboni et al., 1990, p. 62)
- Gaat een expressie ervan uit dat men geraakt is door maatschappelijke problemen rondom ouderdom? (Fraboni et al., 1990, p. 62)

Opmerkelijk is dat deze expressies ook zijn om te draaien in hun betekenis. In dat geval is er sprake van een negatieve evaluatie.

Zielig (‘een negatieve uitkomst buiten de schuld van de persoon’) is te operationaliseren als
• Gaat een expressie ervan uit dat ouderen te maken hebben met negatieve uitkomsten dat komt door het gedrag van anderen? (Cuddy et al., 2008, p. 102)

• Gaat een expressie ervan uit dat ouderen te maken krijgen met verplicht pensioen, kwetsbaarheden door ouderdom of vooroordelen door een jeugd georiënteerde maatschappij? (Binstock, 1983, p. 136)?

• Gaat een expressie ervan uit dat ouderen het zwaar hebben en al helemaal doordat ze, maatschappelijk gezien, niet goed behandeld worden (Kalish, 1979, p. 398)?

Minachting (‘negatieve uitkomst door eigen toedoen’) is te operationaliseren als

• Gaat een expressie ervan uit dat ouderen zelf schuld hebben aan negatieve uitkomsten? (Cuddy et al., 2008, pp. 104–105)

• Gaat een expressie ervan uit dat ouderen worden ervaren als mensen die parasiteren van maatschappelijke ondersteuningsystemen? (Cuddy et al., 2008, pp. 104–105)

• Gaat een expressie ervan uit dat ouderen worden ervaren als ‘vies’? (Cuddy et al., 2008, pp. 104–105)

• Gaat een expressie ervan uit dat ouderen immoreel gedrag vertonen, of anderen onrecht aandoen? (Cuddy et al., 2008, pp. 104–105)

9.3.5. Toelichting bij vaststellen van negatieve componenten

De vraag “Gaat de (invoer cognitie/ invoer affectie/ invoer gedrag) uit van een onaangename stereotype/ ongunstige evaluatie/discriminatie van ouderen?” beantwoort of er sprake is van negatieve elementen van een attitude met betrekking tot ageism. Ageism dat uitgaat van onaangename stereotypes zijn: ouderen typeren als emotioneler, kwetsbaar, ongezond, hulpbehoevend, hulpeloos en afhankelijk, gierig, nostalgisch, onbetrouwbaar en klagerig, seksueel niet actief, lelijk, in geestelijk verval, mentaal ziek, nutteloos, leven in isolatie, of heel arm of heel rijk, depressief, afgeschreven voor gezondheidsbevordering en dat veroudering niet te beïnvloeden is.

Discriminatie van ouderen is zichtbaar doordat gedrag wijst op segregatie, ontmanteling politieke invloed en het vermijden van ouderen, passief schaden of discriminatie op het gebied van economie, politiek, familie, huisvesting en gezondheidszorg.

Een ongunstige evaluatie is zichtbaar doordat contact met ouderen als onprettig wordt ervaren, ouderen niet worden opgezocht, ouderen zich niet politiek mogen uitspreken,
problemen van ouderen worden genegeerd of dat ouderen worden geminacht of ‘zielig’ worden gevonden.

9.3.6. **Toelichting bij vaststellen van positieve componenten**

Gaat de *(invoer cognitie/ invoer affectie/ invoer gedrag)* uit van een aangename stereotype/gunstige evaluatie/voorkeursbehandeling van ouderen? Gaat ervan uit dat er ook positieve vormen van *ageism* kunnen zijn.

Ouderen kunnen te maken krijgen met stereotypes als aardig, wijs, betrouwbaar, rijk, politieke invloed, vrij, eeuwig jeugdig en gelukkig.

Op het gebied van voorkeursbehandelingen kan er sprake zijn economie, politiek, familie, huisvesting en gezondheidszorg. Ook is actief helpen een voorbeeld van een positieve component van de gedragscomponent.

Fraboni et al. (1990) stellen dat ouderen bijvoorbeeld een positieve evaluatie krijgen als contact met hen als plezierig of interessant wordt ervaren. Ook kunnen mensen contact met ouderen graag opzoeken, waarmee contact als positief wordt gekenmerkt. Ook kunnen mensen ouderen proberen te stimuleren om uit te spreken wat ze denken en vinden, wat erop wijst dat wat ouderen denken en vinden belangrijk wordt geacht. Als laatste kunnen mensen geraakt zijn door de maatschappelijke problemen rondom ouderdom, tevens een positieve evaluatie van ouderen.

9.3.7. **Toelichting en hulpvragen bij vaststellen paternalistische types van ageism**

Hulpvragen bij paternalistisch types van *ageism* zijn:

- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen services nodig hebben die tegen hun persoonlijke vrijheden in kunnen gaan (Kalish, 1979, p. 398)?
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen door anderen verdedigd moeten worden, bijvoorbeeld omdat ze zelf geen politieke stem hebben (Binstock, 1983, p. 136)?
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen geen keuze hebben, of niet geïnformeerd hierover zijn, voor een specifieke actie die hen aangaat (Elwyn, 2003, p. 93)?
- Gaat een expressie ervan uit dat de wensen en behoeften van ouderen niet leidend zijn voor een specifieke actie (Elwyn, 2003, p. 93)?
9.3.8. Toelichting en hulpvragen bij vaststellen *pre-scriptive ageism*

Deze vragen zijn gebaseerd op een meetinstrument ontwikkeld door North & Fiske (2013a) om *pre-scriptive* stereotypes te meten.

Op het gebied van consumptie kunnen de volgende vragen helpen om *pre-scriptive* stereotypes zichtbaar te krijgen:

- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen hulpverleners te veel tijd spenderen aan het beter maken van ouderen? (North & Fiske, 2013a, p. 4)
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen een grote last zijn voor de gezondheidszorg? (North & Fiske, 2013a, p. 4)
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen vaak een grote last zijn binnen de familie? (North & Fiske, 2013a, p. 4)
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen op een gegeven moment weinig meer toevoegen aan een samenleving? (North & Fiske, 2013a, p. 4)
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen niet gierig moeten zijn met hun geld, zeker omdat jongere mensen dit nodig hebben? (North & Fiske, 2013a, p. 4)
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen niet de beste zitplaatsen hoeven te hebben in het openbaar vervoer? (North & Fiske, 2013a, p. 4)
- Gaat een expressie ervan uit dat subsidies naar ouderenorganisaties geldverspilling is? (North & Fiske, 2013a, p. 4)

Het element opvolging is zichtbaar te krijgen met de volgende vragen:

- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen tegen verandering zijn waarom de maatschappij niet vooruit gaat? (North & Fiske, 2013a, p. 4)
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen oneerlijk veel politieke macht hebben? (North & Fiske, 2013a, p. 4)
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen niet weten wanneer ze opzij moeten stappen voor jongere generaties? (North & Fiske, 2013a, p. 4)
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen te koppig zijn om te realiseren wanneer ze niet meer optimaal functioneren? (North & Fiske, 2013a, p. 4)
- Gaat een expressie ervan uit dat ouderen minder productief zijn dan jongere generaties? (North & Fiske, 2013a, p. 4)
• Gaat een expressie ervan uit dat ouderen te veel politieke macht hebben op onderwerpen die vooral jongere mensen aangaan? (North & Fiske, 2013a, p. 4)

Het element identiteit kan zichtbaar worden gemaakt met vragen als:

• Gaat een expressie ervan uit dat ouderen niet naar plaatsen zouden moeten gaan waar jongere mensen samenkomen? (North & Fiske, 2013a, p. 4)
• Gaat een expressie ervan uit dat ouderen zich niet moeten samenscholen? (North & Fiske, 2013a, p. 4)
• Gaat een expressie ervan uit dat ouderen niet cool zouden moeten proberen te doen? (North & Fiske, 2013a, p. 4)