

Het belang van sociale cohesie en sociaal kapitaal in de buurt voor het welzijn van ouderen

Auteurs: Jane M. Cramm, Hanna M. van Dijk, Anna P. Nieboer

Samenvatting Doel van de studie

We wilden onderzoeken of sociaal kapitaal (het verkrijgen van ondersteuning via informele relaties, zoals van burens) en sociale cohesie (onderlinge relaties tussen buurtgenoten) een positieve bijdrage leveren aan het welzijn van ouderen.

Onderzoeks-design en methoden

Aan deze cross-sectionele studie namen 945 zelfstandig wonende ouderen (leeftijd: 70 jaar en ouder) deel van de 1.440 (respons 66 %) die in Rotterdam benaderd waren. We gebruikten multilevel analyses om te corrigeren voor de hiërarchische structuur van de onderzoeksopzet: 945 ouderen (niveau 1) binnen 72 buurten (niveau 2).

Resultaten

Univariate analyses lieten zien dat al dan niet in Nederland geboren zijn, een eigen huis, opleiding, inkomen, individueel sociaal kapitaal, veiligheid in de buurt, kwaliteit van de buurt, het sociaal kapitaal van de buurt en de sociale cohesie tussen buurtgenoten van invloed zijn op het welzijn van ouderen. Multilevel analyses lieten zien dat individueel sociaal kapitaal, kwaliteit van de buurt, sociaal kapitaal in de buurt en sociale cohesie tussen buurtgenoten invloed hebben op het welzijn van ouderen. Alleenstaande ouderen en ouderen met een laag inkomen ervaren een lager welzijn dan gehuwde ouderen en ouderen met een hoger inkomen. Dit verschil verdwijnt echter bij een betere kwaliteit van de buurt, meer sociaal kapitaal en betere sociale cohesie in de buurt. De kwaliteit van de buurt, het sociaal kapitaal in de buurt en de sociale cohesie in de buurt beschermen het welzijn van ouderen tegen nadelige gevolgen van alleen staan of een laag inkomen.

Implicaties

De resultaten van dit onderzoek ondersteunen het belang van het sociaal kapitaal van individuen, maar ook van het sociaal kapitaal van de hele buurt en de sociale cohesie tussen buurtgenoten. Het welzijn van ouderen kan ook worden bevorderd door verbetering van de kwaliteit van de buurt.

The importance of neighborhood social cohesion and social capital for the well being of older adults in the community

Abstract Purpose of the study

We aimed to investigate whether social capital (obtaining support through indirect ties such as from neighbors) and social cohesion (interdependencies among neighbors) within neighborhoods positively affect the well-being of older adults.

Design and methods

This cross-sectional study included 945/1440 (66 % response rate) independently living older adults (aged ≥ 70 years) in Rotterdam. We fitted a hierarchical random-effects model to account for the hierarchical structure of the study design: 945 older adults (level 1) nested in 72 neighborhoods (level 2).

Results

Univariate analyses showed that being born in the Netherlands, house ownership, education, income, social capital of

individuals, neighborhood security, neighborhood services, neighborhood social capital, and neighborhood social cohesion were significantly related to the well-being of older adults. Multilevel analyses showed that social capital of individuals, neighborhood services, neighborhood social capital, and neighborhood social cohesion predicted the well-being of older adults. Single and poor older adults reported lower well-being than did better-off and married older adults. However, the effects of marital status and income were mediated by neighborhood services, social capital, and social cohesion. Neighborhood services, social capital and social cohesion may act as buffer against the adverse effects of being single and poor on the well-being of older adults.

Implications

The results of this study support the importance of social capital of individuals, as well as social capital within the neighborhood and social cohesion within the neighborhood for well-being of older adults. The well-being of older adults may also be enhanced through the improvement of quality of neighborhood services. An adapted version of this paper was published in *The Gerontologist*, doi: 10.1093/geront/gns052.

Kernwoorden: buurtonderzoek, ouderen, sociaal kapitaal, sociale cohesie, welzijn

Keywords: Community study, Older people, Social capital, Social cohesion, Well-being

Inleiding

Nederland ziet zich, evenals de rest van de wereld, gesteld voor een aantal demografische uitdagingen die goed moeten worden aangepakt om nadelige gevolgen te voorkomen zoals een negatieve impact op de economische groei en druk op voorzieningen voor ouderen. In de Europese Unie (EU) is het percentage 65-plussers gestegen van 13,7 % in 1990 tot 17,4 % in 2010, en naar verwachting bestaat tegen 2060 ongeveer 30 % van de bevolking in de EU uit 65-plussers.¹ Enerzijds is de stijgende levensverwachting een grote verworvenheid, anderzijds daagt deze ons uit om ouderen actief te laten blijven en hun welzijnsniveau op peil te houden. Ofschoon ouderen vaak chronisch ziek zijn en functionele beperkingen kennen is er bij velen toch sprake van een zekere balans in hun leven; ze mogen dan wel gezondheidszorg nodig hebben, maar het domineert niet hun bestaan. Het proces van het actief ouder worden bestaat uit het optimaliseren van de mogelijkheden tot sociale participatie met als doel het welzijn te vergroten.² 'Actief' verwijst naar de blijvende deelname van ouderen aan de maatschappij, niet per se door het beoefenen van sport of door deel uit te maken van de beroepsbevolking, maar wel zo dat hun welzijnskansen in de loop van hun leven niet afnemen. Een holistische benadering van het welzijn van de oudere bevolking, waarin zowel individuele kenmerken als karakteristieken van de buurt waarin men woont worden bestudeerd, kan ons leren hoe ouderen aan te zetten tot deelname aan activiteiten,³ een gezonde levensstijl, sociale relaties, en beter welzijn.^{4, 5}

Eerdere studies hebben aangetoond dat buurtkenmerken gezondheid beïnvloeden,^{6, 7, 8, 9, 10} maar het effect van deze buurtkenmerken op welzijn is minder goed bekend. Welzijn heeft te maken met hoe iemand zijn of haar algehele levenssituatie ervaart; het geheel van prettige en pijnlijke zaken, ook wel genaamd kwaliteit van leven,^{11, 12} wat meer omvat dan gezondheid. Volgens de Sociale Productie Functie (SPF)-theorie omvat dit afgezien van psychologisch, fysiek, en sociaal welzijn als universele doelen (identiek voor iedereen) ook de volgende instrumentele doelen: stimulatie, comfort, status, gedragsbevestiging, en affectie (individuele voorkeuren voor de middelen die leiden tot universele doelen).¹³ Hiermee kunnen we veel nauwkeuriger vaststellen hoe individuen een bepaald welzijnsniveau bereiken. Naar het effect van bepaalde buurtkenmerken, zoals sociale cohesie en sociaal kapitaal, op het welzijn van bewoners is nog maar betrekkelijk weinig onderzoek gedaan.^{14, 15} Sociaal kapitaal en sociale cohesie van een buurt zijn middelen waar individuen toegang toe kunnen krijgen. Deze middelen bestaan uit normen van wederkerigheid, burgerparticipatie en vertrouwen in anderen.^{10, 16, 17} Ondersteuning krijgen kan moeilijker zijn, vooral voor alleenstaande ouderen, als dergelijke omstandigheden in de buurt slecht zijn.¹⁸ De verwachting is dan ook dat toegang tot sociaal kapitaal of sterkere cohesie in de buurt een positief effect heeft op het welzijn van buurtbewoners. Er zijn tot op heden twee studies gepubliceerd over het effect van buurtkenmerken

op het welzijn van bewoners, in Nederland¹⁹ en Zuid-Afrika.¹⁵ Beiden betreffen echter de leeftijdsgroep van 18–65 jaar; er zijn nog geen gegevens over het effect van het sociaal kapitaal en de sociale cohesie in een buurt op het welzijn van oudere bewoners. In het hier gepresenteerde onderzoek worden associaties onderzocht tussen sociaal kapitaal van een buurt (het verkrijgen van ondersteuning via indirecte relaties), sociale cohesie in de buurt (onderlinge relaties tussen buurtgenoten) en het welzijn van ouderen. Hierbij werd gecorrigeerd voor belangrijke kenmerken op buurtniveau (bijvoorbeeld de veiligheid in de buurt) en individuele kenmerken (bijvoorbeeld opleiding, inkomen, leeftijd, geslacht en het individuele sociaal kapitaal (het verkrijgen van ondersteuning via informele relaties)). We wilden nagaan of het sociaal kapitaal en de sociale cohesie binnen een buurt een positieve bijdrage leveren aan het welzijn van ouderen; en zo ja, of dit effect stabiel zou blijven als we rekening zouden houden met andere relevante sociaal-economische en fysieke kenmerken van zowel de buurt(en) als de ouderen.

Onderzoeks-design en methoden

1440 zelfstandig wonende ouderen (leeftijd: 70+) in vier Rotterdamse wijken (Lage Land/Prinsenland, Lombardijen, Oude Westen en Vreewijk) werden willekeurig gekozen uit het bevolkingsregister. Deze vier wijken omvatten in totaal 72 buurten. De onderzoekspopulatie bestond uit ongeveer 430 ouderen per wijk, evenredig verdeeld over de 72 buurten in deze wijken en over de leeftijdsgroepen (70-74; 75-79; 80-84; 85+). Respondenten werden per post uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen. Degenen die niet reageerden werd eerst een herinnering per post gestuurd; vervolgens werden ze per telefoon uitgenodigd om deel te nemen; en uiteindelijk werden ze thuis bezocht als ze per telefoon niet bereikt konden worden. Met deze strategie werd een respons bereikt van 66 % ($n = 945$). Degenen die reageerden ontvingen een vijfde lot in de Staatsloterij. Het onderzoek werd in juni 2011 goedgekeurd door de medisch-ethische commissie van het Erasmus MC in Rotterdam.

Deze studie maakte deel uit van een grotere evaluatie-studie van een Integrale Wijk Aanpak (IWA). Een IWA beoogt buurtnetwerken te versterken met als uiteindelijke doel om continue, vraggestuurde, gecoördineerde zorg en ondersteuning te bieden aan alle zelfstandig wonende kwetsbare ouderen. In buurtnetwerken is een belangrijke rol weggelegd voor de buurtwerkers; professionals met een achtergrond in de gezondheidszorg of het welzijnswerk die goed vertrouwd zijn met de buurt. Zij bezoeken ouderen thuis en brengen wensen en behoeften in kaart door middel van een gestructureerd interview. In overleg met de betreffende oudere gaat de buurtwerker op zoek naar geschikte mogelijkheden binnen het (bij voorkeur informele) netwerk. Een dergelijk transitie-experiment heeft als doel te bevorderen dat zelfstandig wonende kwetsbare ouderen (70+) kunnen leven zoals ze dat willen, waardoor hun welzijn wordt vergroot. Het project ('Even Buurten') en de betreffende evaluatie-studie maken deel uit van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) dat in 2008 van start ging in Nederland. Een gedetailleerde beschrijving van ons onderzoeks-design is te vinden in het onderzoeksprotocol.²⁰

Meetinstrumenten

De mate van welzijn werd gemeten met de 15-item versie van het 'Social Production Function Instrument for the Level of Well-being' [SPF-IL].²¹ Dit instrument meet de mate van zowel fysiek (comfort, stimulatie) als sociaal welzijn (gedragsbevestiging, affectie, status). Voorbeelden van vragen zijn: 'Hebben mensen aandacht voor u?' (affectie), 'Voelt u zich nuttig voor anderen?' (gedragsbevestiging), 'Staat u bekend om dingen die u heeft gepresteerd?' (status), 'Voelde u zich in de afgelopen maanden lichamelijk prettig?' (comfort), 'Heeft u veel plezier in uw bezigheden?' (stimulatie). Antwoorden werden gegeven op een vierpuntsschaal variërend van nooit (1) tot altijd (4). De totale welzijnsscore is de gemiddelde score op deze 15 items, waarbij een hogere gemiddelde score duidt op meer welzijn. De Cronbachs alfa van de SPF-IL was 0,86, wat wijst op een goede betrouwbaarheid.

Het sociaal kapitaal en de sociale cohesie van de buurt vormden onze belangrijkste verklarende variabelen. Sociaal kapitaal binnen een buurt wordt opgebouwd uit enerzijds ondersteuning via indirecte relaties en ander-zijds het behoren tot een groep van buurtgenoten, terwijl sociale cohesie binnen de buurt verwijst naar relaties tussen buurtgenoten. We gebruikten het uit acht items bestaande instrument van Fone en collega's²² om de sociale cohesie tussen buurtgenoten te onderzoeken. Enige voorbeelden van items zijn: 'Als ik ergens advies over nodig heb, zou ik bij iemand in mijn buurt terecht kunnen', 'Ik leen spullen van mijn burens en we doen dingen voor elkaar', 'Ik zou bereid zijn met anderen samen te werken aan buurtverbetering'. Antwoorden werden gegeven op een vijfpuntsschaal variërend van helemaal mee oneens (1) tot helemaal

mee eens (5). Een sociale cohesie score (range, 8–40) werd berekend als de som van de antwoorden op deze acht items, die alle acht even zwaar meewogen [M , 24,4; SD , 5,4]. De Cronbachs alfa van dit instrument was 0,75.

We gebruikten het uit acht items bestaande instrument van Yang en collega's²³ om het sociaal kapitaal van de buurt te meten. Enige voorbeelden van items: 'De mensen in deze buurt doen graag dingen samen', 'De mensen in deze buurt maken praatjes met elkaar en groeten elkaar', 'De mensen in deze buurt hebben aandacht voor elkaar' en 'Ik voel me gelukkig in deze buurt'. Antwoorden werden gegeven op een vierpunts-Likertschaal variërend van helemaal mee oneens (1) tot helemaal mee eens (4). De som van de scores voor de individuele items vormde de sociaalkapitaalscore, waarbij hogere waarden duiden op sterker sociaal kapitaal. De Cronbachs alfa van deze schaal was 0,87.

In de analyses werd gecorrigeerd voor negen persoonlijke kenmerken (geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, etnische achtergrond, huisbezit, woonduur, opleiding, inkomen, en persoonlijk sociaal kapitaal) die van invloed kunnen zijn op de perceptie van het sociaal kapitaal, de sociale cohesie en het welzijn in de buurt.

Om te kunnen corrigeren voor de periode waarin men de invloed van de buurt had kunnen ervaren werd, naast huisbezit (eigenaar of huurder) tevens gevraagd naar het aantal jaren dat men op het opgegeven adres woonde. Deze variabele werd gemeten door middel van de vraag 'Hoe lang woont u al op dit adres?'. De antwoorden op deze vraag werden in vijf categorieën geïnclassificeerd: <1 jaar (1); 1–3 jaar (2); 3–7 jaar (3); 7–15 jaar (4); en ≥ 15 jaar (5).

Twee indicatoren van sociale status werden in de analyse meegenomen: opleiding en inkomen. We vroegen de respondenten om aan te geven wat hun hoogste opleiding was, op een zevenpuntsschaal variërend van 1 (basisschool) tot 7 (universitaire graad). Als inkomen gold het netto maandelijkse inkomen van het huishouden, rekening houdend met alle sociale uitkeringen, pensioenen, en salarissen. Dit werd aangegeven op een vijf puntsschaal variërend van 1 (€1000) tot 5 (>€3050). Het totale maandelijkse inkomen van het huishouden werd vervolgens gedeeld door het aantal personen binnen het huishouden.

Omdat we afgezien van het individueel sociaal kapitaal ook geïnteresseerd waren in het sociaal kapitaal binnen de buurt, corrigeerden we voor het individueel sociaal kapitaal. Het individueel sociaal kapitaal werd bepaald aan de hand van vragen over structurele eigenschappen (bijvoorbeeld: deel uitmaken van een groep) en cognitieve eigenschappen (bijvoorbeeld: vertrouwen, sociale harmonie, het gevoel er bij te horen, en gevoel van redelijkheid).^{24, 25} Factoranalyses toonden duidelijk verschil aan tussen de instrumenten waarmee het sociaal kapitaal op individueel niveau respectievelijk op buurtniveau werd gemeten.

Verder corrigeerden we ook voor het oordeel van de ouderen over de kwaliteit van bepaalde buurtvoorzieningen,²³ in kaart gebracht met behulp van drie items: 1. De buurt heeft goede verlichting; 2. De buurt heeft goede wegen en vervoer; en 3. De buurt heeft voldoende openbare gelegenheden. Antwoorden werden gegeven op een vierpunts-Likertschaal variërend van helemaal mee oneens (1) tot helemaal mee eens (4). De som van de scores voor de afzonderlijke items vormde de buurtvoorzieningscore, waarbij hogere waarden duiden op betere voorzieningen. De Cronbachs alfa voor deze schaal was 0,65. Ten slotte werd de veiligheid in de buurt²³ gemeten met behulp van vier items: 1. De buurt is rustig en vredig; 2. De buurt is ruim opgezet; 3. De buurt is veilig; en 4. De buurt is netjes en is veilig voor het publiek. Antwoorden op de vier items werden gegeven op een vierpunts-Likertschaal variërend van helemaal mee oneens (1) tot helemaal mee eens (4). De som van de scores voor de afzonderlijke items vormde de buurtveiligheidscore, waarbij hogere waarden duiden op betere veiligheid. De Cronbachs alfa voor deze schaal was 0,83.

Data-analyse

Relaties tussen het welzijn van de ouderen en persoonlijke kenmerken (geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, etnische achtergrond, huisbezit, woonduur, opleiding, inkomen en het individueel sociaal kapitaal) en buurtkenmerken (veiligheid in de buurt, kwaliteit van buurtvoorzieningen, sociaal kapitaal en sociale cohesie) werden geanalyseerd met beschrijvende statistiek en univariate analysemethoden.

Vanwege de hiërarchische structuur van het onderzoeksdesign werd gebruik gemaakt van multilevel analyses. Deze structuur bestond uit 945 ouderen (niveau 1) binnen 72 buurten (niveau 2). Respondenten voor wie niet alle uitkomstmaten waren

verkregen werden geëxcludeerd, zodat uiteindelijk gegevens van 772 respondenten werden geïncludeerd in de multilevel-regressieanalyses. Om te bepalen in hoeverre de variantie zou moeten worden toegeschreven aan de buurt of aan het individu, werden de buurten als units op het 2^e niveau toegevoegd aan model 1. De individuele kenmerken werden toegevoegd aan model 2; de buurtkenmerken aan model 3. De resultaten werden als statistisch significant beschouwd bij tweezijdige p -waarden van $\leq 0,05$ (SPSS ver. 17, mixed models option; SPSS, Inc., Chicago, IL, USA).

Resultaten

Tabel 1 toont de beschrijvende statistiek voor alle onafhankelijke variabelen en het welzijn. Het percentage vrouwen onder de 945 respondenten was 57 %. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 77,5 jaar (spreiding, 70–101; SD, 5,8). Ongeveer een derde (35 %) van de respondenten was getrouwd, en 83 % was geboren in Nederland. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met die van een buurtonderzoek van Metzethin en collega's²⁶ onder 532 zelfstandig wonende ouderen (70+) in andere delen van Nederland. De gemiddelde leeftijd van de respondenten in hun steekproef was 77,2 jaar (spreiding 70-97; SD, 5.5) en het percentage vrouwen bedroeg 59 %.

Tabel 1 Beschrijvende statistiek

Demografische kenmerken	Range	% of gemiddelde (SD)
Sekse (vrouw)		57 %
Leeftijd (jaren)	70–101	77,5 (5,8)
Burgerlijke status (gehuwd)		35 %
Etnische achtergrond (Nederlands)		83 %
Huisbezit (koopwoning)		19 %
Aantal jaren verblijf	1–5	4,34 (0,99)
<1 jaar		2 %
1–3 jaren		6 %
3–7 jaren		9 %
7–15 jaren		22 %
≥15 jaren		61 %
Opleiding	1–7	2,3 (0,50)
Inkomen	1–5	2,18 (1,0)
Individueel sociaal kapitaal	0–19	6,2 (2,7)
Veiligheid in de buurt	4–16	11,4 (2,2)
Voorzieningen in de buurt	3–12	8,9 (1,4)
Sociaal kapitaal in de buurt	8–32	21,8 (4,0)
Sociale cohesie in de buurt	8–39	24,4 (5,4)
Welzijn	1–4	2,6 (0,5)

Correlaties tussen onafhankelijke variabelen en het welzijn van de ouderen zijn weergegeven in Tabel 2. De resultaten van de univariate analyses toonden aan dat etnische achtergrond ($p < 0,01$), huisbezit ($p < 0,01$), opleiding ($p < 0,001$), inkomen ($p < 0,001$), het individuele sociaal kapitaal ($p < 0,001$), de veiligheid in de buurt ($p < 0,001$), kwaliteit van voorzieningen in de buurt ($p < 0,001$), het sociaal kapitaal van de buurt ($p < 0,001$), en de sociale cohesie tussen buurtgenoten ($p < 0,001$) significant gerelateerd zijn aan het welzijn van de ouderen. Geen significante relatie werd gevonden tussen welzijn en geslacht, leeftijd, burgerlijke staat en het aantal jaren dat men woonachtig was in de buurt.

Tabel 2 Associaties tussen individuele kenmerken, buurt kenmerken, en welzijn van ouderen

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Sekse (vrouw)													
2. Leeftijd (jaren)	0,17***												
3. Burgerlijke status (gehuwd)	-0,37***	-0,28***											
4. Etnische achtergrond (Nederlands)	0,13***	0,16***	-.07*										
5. Huisbezit (koopwoning)	-0,04	-0,07*	.12***	.08*									
6. Aantal jaren verblijf	-0,01	0,08**	-.01	.02	.09**								
7. Opleiding (1-7)	-0,07*	-0,06	.06	.19***	.34***	.05							
8. Inkomen (1-5)	-0,08*	0,07	-.20***	.24***	.32***	.01	.43***						
9. Individueel sociaal kapitaal	0,03	0,11***	-0,07*	0,11***	0,12***	-0,02	0,27***	0,23***					
10. Veiligheid in de buurt	-0,04	0,10**	0,02	-0,01	0,13***	-0,06	0,11***	0,14***	0,07*				
11. Voorzieningen in de buurt	-0,05	-0,01	0,01	-0,04	0,11***	-0,04	0,05	0,06	0,03	0,54***			

12. Sociaal kapitaal in de buurt	0,03	0,07*	0,01	0,03	0,03	-0,06	-0,01	0,13***	0,24***	0,48***	0,40***		
13. Sociale cohesie in de buurt	0,03	-0,07*	0,02	0,10**	0,11***	0,05	0,11**	0,15***	0,35***	0,14***	0,14***	0,55***	
14. Welzijn	0,04	-0,04	0,05	0,09**	0,10**	0,01	0,11***	0,13***	0,26***	0,19***	0,18***	0,38***	0,45***

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$ (tweezijdig)

Tabel 3 toont de resultaten van de multilevel-regressieanalyse. Het eerste (lege) model waarin alleen het intercept is geschat, vormde het uitgangspunt. Model 2 liet zien dat burgerlijke staat, inkomen, en het individuele sociaal kapitaal een positief effect hadden op het welzijn. Na toevoeging van de buurtkenmerken aan de vergelijking in model 3 bleek dat naast het individuele sociaal kapitaal ook de buurtvoorzieningen, het sociaal kapitaal van de buurt, en de sociale cohesie tussen buurtgenoten het welzijn van de ouderen voorspelden. Burgerlijke staat en inkomen waren niet significant geassocieerd met het welzijn nadat buurtvoorzieningen, veiligheid in de buurt, het sociaal kapitaal van de buurt, en de sociale cohesie tussen buurtgenoten werden opgenomen in de vergelijking. Daarom fungeerden veiligheid in de buurt, het sociaal kapitaal van de buurt, en de sociale cohesie tussen buurtgenoten als mediators tussen burgerlijke staat, inkomen, en het welzijn van de ouderen. In totaal kon 27.4 % van de variantie op individueel niveau en 19.7 % van de variantie op buurtniveau worden verklaard.

Tabel 3 Multilevel analyses naar welzijn van ouderen (n = 772)

Model	1		2		3	
	B	SE	B	SE	B	SE
Constant	2,56	0,02	2,56	0,02	2,57	0,02
Sekse (vrouw)			0,03	0,02	0,03	0,02
Leeftijd			-0,03	0,02	-0,01	0,02
Burgerlijke status (gehuwd)			0,05*	0,02	0,04	0,02
Etnische achtergrond (Nederlands)			0,02	0,02	0,01	0,02
Huisbezit (koopwoning)			0,02	0,02	0,01	0,02
Aantal jaren verblijf			0,00	0,02	0,00	0,02
Opleiding (1-7)			-0,01	0,02	0,00	0,02
Inkomen (1-5)			0,05*	0,02	0,02	0,02
Individueel sociaal kapitaal			0,13***	0,02	0,07***	0,02
Veiligheid in de buurt					0,03	0,02

Voorzieningen in de buurt					0,04*	0,02
Sociaal kapitaal in de buurt					0,08***	0,02
Sociale cohesie in de buurt					0,16***	0,02
-2 log likelihood	1455,001		1169,602		961,165	
Verklaarde variantie (individueel niveau)			18,3 %		27,4 %	
Verklaarde variantie (buurniveau)			10,7 %		19,7 %	

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$ (tweezijdig). B regressiecoëfficiënt, SE standaardfout

Discussie

Om actief ouder worden in de gemeenschap goed te kunnen bevorderen is het belangrijk dat we inzicht hebben in het effect van de sociale omgeving op het welzijn van ouderen. Voor zover ons bekend, zijn wij de eersten die aantonen dat afgezien van het individueel sociaal kapitaal en de kwaliteit van buurtvoorzieningen, ook het sociaal kapitaal van de buurt en de sociale cohesie tussen buurtgenoten significant en onafhankelijk geassocieerd zijn met het welzijn van de ouderen in de buurt. Dat het sociaal kapitaal van de buurt en de sociale cohesie tussen buurtgenoten een positieve bijdrage leveren aan het welzijn van ouderen komt mogelijk doordat sterkere buurtcohesie resulteert in een grotere mate van sociale organisatie, met inbegrip van instrumentele ondersteuning van buurtgenoten (zoals ondersteuning bij ziekte en hulp, bij het vervoeren van spullen, boodschappen doen, de post ophalen, en vuilnis weggooien). Deze ogenschijnlijk kleine wederdiensten kunnen van groot belang zijn voor de toekomst. Buren die voor elkaar zorgen en op elkaar letten, kan zich vertalen in betere welzijnsuitkomsten. Het is goed mogelijk dat het sociaal kapitaal van de buurt en de sociale cohesie tussen buurtgenoten het welzijn beïnvloeden door het optreden van psychosociale processen, zoals het verlenen van affectieve ondersteuning en het bevorderen van eigenwaarde en wederzijds respect. Kunnen rekenen op hulp van buurtgenoten kan compenserend werken op de nadelige effecten op het welzijn die veroorzaakt worden door de mogelijk negatieve balans van het ouder worden.²⁷

Deze studie laat zien dat alleenstaande, minder goed bedeelde ouderen een lager niveau van welzijn rapporteerden dan gehuwde, beter bedeelde ouderen. Deze bevinding komt overeen met eerdere studies waarin werd aangetoond dat het risico op laag welzijn hoger is voor armere alleenstaande mensen.^{14, 28} Echter, de effecten van burgerlijke staat en inkomen werden gemedieerd door buurtvoorzieningen, het sociaal kapitaal van de buurt, en de sociale cohesie tussen buurtgenoten. Deze drie factoren kunnen een buffer vormen tegen de nadelige effecten van alleen staan en minder bedeelde zijn op het welzijn van ouderen. Deze bevinding is vooral belangrijk voor beleidsmakers; dit wetende kunnen zij gerichte interventies toepassen in de betreffende buurten. We benadrukken dat in beleid gericht op het bevorderen van gezondheid en welzijn niet alleen rekening moet worden gehouden met de sociaaleconomische kenmerken van de betrokkenen, maar ook met de context van hun dagelijks leven. Dit artikel draagt bij aan het debat over hoe we het beste bepaalde elementen van het dagelijks leven, te weten, buurtvoorzieningen, de sociale cohesie en het sociaal kapitaal binnen een buurt kunnen meten – met de mogelijkheid er interventies op toe te passen.

Beperkingen

Onze studie heeft enige beperkingen. De belangrijkste is te wijten aan de cross-sectionele opzet: hierdoor waren we minder goed in staat rekening te houden met de dynamiek van de buurt en causale verbanden te leggen. De associaties in onze onderzoeksbevindingen laten geen conclusies toe over causale relaties. Wel bleken er significante associaties te bestaan, wat reden genoeg is om verder onderzoek te doen naar causale verbanden.

Wat is nieuw in dit onderzoek?

Op advies van Mohnen en collega's⁸ stelden we het sociaal kapitaal en de cohesie van de buurt vast met behulp van items die zich specifiek richten op toegankelijkheid tot buurtgenoten en algemene lokale contacten in de buurt, wat een meerwaarde is van onze studie. Gewoonlijk worden meer algemene instrumenten gebruikt om de sociale cohesie en het sociaal kapitaal te meten. Conform de theorie over het sociaal kapitaal, hebben we deze variabele gemeten met behulp van vragen over actuele interacties tussen buurtgenoten. Dit is het eerste onderzoek waarin het sociaal kapitaal en de sociale cohesie van de buurt apart werden onderzocht in een grote steekproef van ouderen. Bovendien hebben we ook systematisch rekening gehouden met persoonlijke kenmerken – het individueel sociaal kapitaal in het bijzonder – en buurtkenmerken in onze analyse van de effecten van het sociaal kapitaal en de sociale cohesie van de buurt op het welzijn van ouderen.

We mogen concluderen dat naast het individueel sociaal kapitaal, de voorzieningen, het sociaal kapitaal, en de sociale cohesie van de buurt een positieve bijdrage leveren aan het welzijn van ouderen. Deze conclusie is vooral van belang omdat wereldwijd de populaties vergrijzen. De resultaten tonen naast het belang van individueel sociaal kapitaal (ondersteuning krijgen via persoonlijke directe relaties), ook het belang aan van sociaal kapitaal van de buurt (ondersteuning krijgen via indirecte relaties, zoals van buurtgenoten) en van de sociale cohesie tussen buurtgenoten (relaties tussen buurtgenoten). Bovendien suggereren de resultaten dat het welzijn van ouderen kan worden bevorderd door de buurtvoorzieningen te verbeteren.

Auteurs

Jane M. Cramm

Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus University, Rotterdam, The Netherlands

Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus University, Rotterdam, The Netherlands

Hanna M. van Dijk

Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM), Erasmus Universiteit Rotterdam

Erasmus School of Health Policy & Management

(ESHPM), Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam

Anna P. Nieboer

Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM), Erasmus Universiteit Rotterdam

Erasmus School of Health Policy & Management

(ESHPM), Erasmus Universiteit Rotterdam

Literatuurlijst

1. The European Commission. Third demography report, 2011.
2. World Health Organization. Active ageing: A policy framework. Geneva, 2002.
3. Hildebrand M, Neufeld P. Recruiting older adults into a physical activity promotion program: active living every day offered in a naturally occurring retirement community. *Gerontologist*. 2009;49(5):702-710. 10.1093/geront/gnp072
4. Oswald F, Jopp D, Rott C, Wahl H-W. Is aging in place a resource for or risk to life satisfaction?. *Gerontologist*. 2011;51(2):238-250. 10.1093/geront/gnq096
5. Wiles JL, Leibing A, Guberman N, Reeve J, Allen RES. The meaning of 'ageing in place' to older people. *Gerontologist* 2011; doi:10.1093/geront/gnr098
6. Cramm JM, Nieboer AP. Socioeconomic health indicators among residents of an economically and health-deprived South African township. *Int J Equity Health*. 2011;1051-10.1186/1475-9276-10-51
7. Marmot M. Improvement of social environment to improve health. *Lancet*. 1998;351(9095):57-60. 10.1016/S0140-6736(97)08084-7

8. Mohnen SM, Groenewegen PP, Völker B, Flap H. Neighborhood social capital and individual health. *Soc Sci Med.* 2011;72:660-667. 10.1016/j.socscimed.2010.12.004
9. Subramanian SV, Kubzansky I, Berkman L, Fay M, Kawachi I. Neighborhood effects on the self-rated health of elders: uncovering the relative importance of structural and service-related neighborhood environments. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2006;61(3):153-160. 10.1093/geronb/61.3.S153
10. Wen M, Cagney KA, Christakis NA. Effect of specific aspects of community social environment on the mortality of individuals diagnosed with serious illness. *Soc Sci Med.* 2005;61(6):1119-1134. 10.1016/j.socscimed.2005.01.026
11. Diener E. Subjective well-being. *Psychol Bull.* 1984;95:542-575. 10.1037/0033-2909.95.3.542
12. Omodei MM, Wearing AJ. Need satisfaction and involvement in personal projects: toward an integrative model of subjective well-being. *J Pers Soc Psychol.* 1990;59:762-769. 10.1037/0022-3514.59.4.762
13. Ormel J, Lindenberg S, Steverink N, Verbrugge LM. Subjective well-being and social production functions. *Soc Ind Res.* 1999;46:61-90. 10.1023/A:1006907811502
14. Cramm JM, Møller V, Nieboer AP. Improving subjective well-being of the poor in the Eastern Cape. *J Health Psychol.* 2010;15(7):1012-1019. 10.1177/1359105310367833
15. Cramm JM, Møller V, Nieboer AP. Individual- and neighbourhood-level indicators of subjective well-being in a small and poor Eastern Cape township: the effect of health, social capital, marital status, and income. *Soc Ind Res.* 2012;105(3):581-593. 10.1007/s11205-011-9790-0
16. Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *Am J Public Health.* 1999;89(8):1187-1193. 10.2105/AJPH.89.8.1187
17. Putnam RD. *Bowling alone, the collapse and revival of civic America.* New York: Simon & Schuster; 2000.
18. Thompson EE, Krause N. Living alone and neighborhood characteristics as predictors of social support in late life. *J Gerontol B Soc Sci.* 1998;53:354-364. 10.1093/geronb/53B.6.S354
19. Völker B, Flap H, Lindenberg S. When are neighbourhoods communities? Community in Dutch neighbourhoods. *Eur Sociol Rev.* 2007;23(1):99-114. 10.1093/esr/jcl022
20. Cramm JM, van Dijk H, Lötters F, van Exel F, Nieboer AP. Evaluating an integrated neighbourhood approach to improve well-being of frail elderly in a Dutch community: a study protocol. *BMC Res Notes.* 2011;4:532-10.1186/1756-0500-4-532
21. Nieboer A, Lindenberg S, Boomsma A, van Bruggen AC. Dimensions of well-being and their measurement: the SPF-IL scale. *Soc Ind Res.* 2005;73:313-353. 10.1007/s11205-004-0988-2
22. Fone D, Dunstan F, Lloyd K, Williams G, Watkins J, Palmer S. Does social cohesion modify the association between area income deprivation and mental health? A multilevel analysis. *Int J Epidemiol.* 2007;36:338-345. 10.1093/ije/dym004
23. Yang M-J, Yang M-S, Shih C-H, Kawachi I. Development and validation of an instrument to measure perceived neighbourhood quality in Taiwan. *J Epidemiol Community Health.* 2002;56:492-496. 10.1136/jech.56.7.492
24. De Silva MJ, Harpham T, Tuan T, Bartolini R, Penny ME, Huttly SR. Psychometric and cognitive validation of a social capital measurement tool in Peru and Vietnam. *Soc Sci Med.* 2006;62:941-953. 10.1016/j.socscimed.2005.06.050
25. De Silva MJ, Huttly SR, Harpham T, Kenward MG. Social capital and mental health: a comparative analysis of four low income countries. *Soc Sci Med.* 2007;64:5-20. 10.1016/j.socscimed.2006.08.044
26. Metzger SF, Daniëls R, van Rossum E, de Witte L, van den Heuvel WJ, Kempen GI. The psychometric properties of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community. *BMC Public Health.* 2012;10:176-10.1186/1471-2458-10-176
27. Baltes PB, Baltes MM. Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In: *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences.* Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
28. Diener E, Biswas-Diener R. Will money increase subjective well-being?. *Soc Ind Res.* 2002;57(2):119-169. 10.1023/A:1014411319119