

University of Groningen

Sociaal isolement en eenzaamheid

Moorer, Pieter; Suurmeijer, Theodorus

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

1992

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Moorer, P., & Suurmeijer, T. (1992). Sociaal isolement en eenzaamheid: een onderzoek onder ouderen in de stad Groningen. Groningen: Styx Publications.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Copyright © 1992 P. Moorer en Th. P. B. M. Suurmeijer
Druk: Van Denderen, Groningen
Omslag: Klaas Meijer

ISBN 90 72371 55 0
CIP

STYX PUBLICATIONS
Postbus 1344
9701 BH GRONINGEN



Correspondentie-adres:

Dr. Th. P. B. M. Suurmeijer
A. Deusinglaan 1
9713 AV Groningen
Tel. 050-636276



0	SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN.	1
1	OPZET VOOR HET ONDERZOEK.	12
1.1	Inleiding.	12
1.2	Kader van het onderzoek.	12
1.3	Doelstelling van het onderzoek.	14
1.4	Uitwerking van de probleemstellingen.	14
1.5	Opbouw van het rapport.	15
2	METHODE.	16
2.1	Steekproeftrekking en werving.	16
2.2	Proefpersonen.	17
2.2.1	Beschrijving van de nonrespons.	17
2.2.2	Algemene gegevens respondenten.	22
2.3.	Methode.	26
3	SOCIAAL ISOLEMENT EN EENZAAMHEID.	28
3.1	Inleiding.	28
3.2	Sociaal isolement.	28
3.2.1	Sociaal isolement: operationalisering.	28
3.2.2	Sociaal isolement: omvang netwerk.	31
3.2.3	Sociaal isolement: opbouw netwerk.	33
3.2.4	Contacten met instellingen en deelname aan activiteiten.	36
3.2.5	Sociaal isolement: contactfrequentie.	40
3.2.6	Conclusies.	43
3.3.	Eenzaamheid.	44
3.4.	Sociaal isolement, eenzaamheid en verdeling per wijken en stadsdelen.	46
3.5.	Samenhang tussen sociaal isolement, omvang sociaal netwerk en eenzaamheid.	48
3.6.	Conclusies.	49
4	GEZONDHEID, ONVEILIGHEID EN BELANG VAN CONTACTEN.	51
4.1	Inleiding.	51
4.2	Gezondheid.	51
4.2.1	Algemene gezondheid.	51
4.2.2	Algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en mentale gezondheid.	53

4.2.3	Gezondheid per stadsdeel.	56
4.3	Social companionship.	56
4.4	Onveiligheid, directe en indirecte ervaringen met beroving en/of inbraak.	59
4.4.1	Veiligheid en criminaliteit.	59
4.4.2	Criminaliteit en onveiligheidsgevoelens per stadsdeel	61
4.5	Conclusies.	62
5	SOCIAAL ISOLEMENT, OMVANG SOCIAAL NETWERK EN EENZAAMHEID: VERBANDEN MET ANDERE FACTOREN.	65
5.1	Inleiding.	65
5.2	Correlaties tussen een aantal factoren, eenzaamheid en omvang van het sociale netwerk.	66
5.3	Verbanden tussen sociaal isolement of omvang sociale netwerk en demografische factoren.	68
5.4	Eenzaamheid, omvang van het sociale netwerk, inkomen, opleiding en gezondheidsaspecten.	72
5.5	Verband eenzaamheid, sociaal isolement en andere factoren.	77
5.6	Omvang sociaal netwerk, eenzaamheid en type relatievormen.	78
5.7	Sociaal isolement, eenzaamheid, onveiligheidsgevoelens en deelname aan activiteiten. Conclusies.	80
5.8	Geraadpleegde literatuur	84
	Introductiebrief ouderen	87
Bijlage 1	Vragenlijst	90
Bijlage 2	Stadsdeelindelingen	91
Bijlage 3	Schaalanalysetechnieken	107
Bijlage 4	Opleiding, inkomen, sociaal isolement en eenzaamheid	109
Bijlage 5	Multivariate covariantieanalyse voor eenzaamheid	110
Bijlage 6	en omvang van het sociale netwerk	112

SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN.

Inleiding.

Op grond van signalen dat ouderen door eenzaamheidsgevoelens en/of sociaal isolement een "achtergestelde" groep zouden kunnen zijn, kondigde wethouder Westerink van de Gemeente Groningen in zijn nieuwjaarstoespraak van 1990 een onderzoek aan naar deze problematiek bij ouderen. Vervolgens werd de GGD gevraagd om zo'n onderzoek door derden uit te laten voeren. De GGD heeft Dr. Th.P.B.M. Suurmeijer van de vakgroep Sociologie uitgenodigd om dit onderzoek te doen.

Voordat het zover was, nodigde de GGD een aantal belanghebbenden, namelijk OCSW, SoZaWe, het SWOG, de politie, RIAGG, het AMWG en het Consultatieburo voor Alcohol en Drugs, uit om over de materie van gedachten te wisselen. Vooral met het doel om de probleemstelling preciezer te formuleren: men vroeg zich af of alleen deze groep moest worden onderzocht en of het duidelijk was waarop men antwoord wilde hebben. Geconcludeerd werd dat het zinvol zou zijn om met een vooronderzoek op die vragen in te gaan.

In augustus 1991 is de rapportage van het vooronderzoek verschenen (Moorer en Suurmeijer, 1991). In de rapportage werd vastgelegd:

- A. dat niet alleen sociaal isolement, maar ook eenzaamheid bij ouderen in de stad Groningen moest worden onderzocht.
- B. dat de volgende probleemstellingen door het onderzoek moesten worden opgehelderd:
 - 1. Hoe groot is het aantal ouderen dat in sociaal isolement leeft?
 - 2. Hoe is de verdeling van het percentage geïsoleerd levende ouderen over de verschillende stadsdelen?
 - 3. Wat betekent "leven in een sociaal isolement" voor ouderen?
 - 4. Welke factoren hebben een sterke relatie met sociaal isolement bij ouderen en in hoeverre kunnen deze factoren worden beïnvloed?

In november 1991 werd begonnen met het onderzoek "Sociaal Isolement bij Ouderen in Groningen (SIOG)". Het onderzoek, dat werd ondergebracht bij het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, werd uitgevoerd door Drs. P. Moorer onder de verantwoordelijkheid van Dr. Th.P.B.M. Suurmeijer.

In de volgende paragraaf wordt een algemene visie op de bevindingen gegeven. In de daarop volgende paragraaf worden de resultaten per probleemstelling gegeven en in de laatste paragraaf worden aanbevelingen gedaan.

Algemene samenvatting

Een belangrijk motief om dit onderzoek uit te voeren waren de verschillende signalen dat er veel sociaal isolement en eenzaamheid¹ onder de ouderen bestaat. Het idee, dat ouderen sociaal geïsoleerd zouden zijn, is niet nieuw, maar werd in het verleden reeds vaker geopperd (Shanas, 1979a, b). In dit verband spreekt Shanas (1979a) van de "Social Myth of Alienation": de opvatting dat ouderen in grote getale in een sociaal isolement zouden verkeren, is een sociale mythe.

Het blijkt echter dat het percentage ouderen dat sociaal geïsoleerd of eenzaam is lager zijn dan 10% (zie 3.2.1). Daarbij moet men zich wel bedenken dat wij een zeer streng criterium hebben gehanteerd om iemand als "sociaal geïsoleerd" te beschouwen.

Bij minder strenge criteria neemt het percentage "sociaal geïsoleerden" aanzienlijk toe, maar ook bij het minst strenge van onze criteria blijft het percentage onder de 20% (zie 3.2.2).

Als gekeken wordt naar absolute aantallen, moet desondanks worden geconstateerd dat het toch om redelijk grote aantallen ouderen gaat die sociaal geïsoleerd of eenzaam zijn. Het welzijnscircuit zou wellicht overbelast raken als een deze hele groep om hulp zou gaan vragen.

Het probleem van sociaal isolement is aanwezig: het gaat toch minimaal om zo'n 1200 ouderen en mogelijk om meer.

Het probleem van eenzaamheid is ook aanwezig en is iets groter dan het probleem van sociaal isolement.

Omdat het probleem in absolute aantallen gezien toch wel redelijk groot is, doet de vraag zich voor: kunnen we er wat aan doen en wat kunnen we doen?

Beantwoording van deze vraag is belangrijk, omdat in de toekomst het aantal ouderen sterk zal toenemen door de zgn. dubbele vergrijzing: als dan de percentages gelijk blijven praten we over meerdere duizenden ouderen in de stad Groningen die sociaal geïsoleerd zijn.

Het is overigens de vraag of dit percentage zo zal blijven: er zijn demografische ontwikkelingen (met name: afname gemiddelde gezinsgrootte en toename geografische mobiliteit) die ervoor kunnen zorgen dat dit percentage sterk zou kunnen stijgen (zie 1.2). Anderzijds bestaat er doordat de gemiddelde levensverwachting stijgt de mogelijkheid dat ouderen meer in leven zijnde vrienden en kennissen overhouden. Het probleem zou dan een rol kunnen spelen

¹ Voor de in dit onderzoek gebruikte definities voor sociaal isolement en eenzaamheid zie 1.4. En voor de gebruikte operationaliseringen zie 3.2.1 en 3.3.

voor ouderen op zeer hoge leeftijd.

In dit onderzoek werd geen factor gevonden die als enige zeer sterk gerelateerd is met sociaal isolement of eenzaamheidsgevoelens.

Wel zijn er een aantal factoren die een belangrijke rol spelen bij sociaal isolement of eenzaamheidsgevoelens. Er is echter géén cluster van factoren te vinden die sterk gerelateerd is aan eenzaamheid of sociaal isolement (zie hoofdstuk 5).

Omdat een dergelijke cluster van factoren niet aanwezig is, is het **onwenselijk om een profielschets van de sociaal geïsoleerde of de eenzame oudere te geven**. Geeft men toch een dergelijke profielschets dan bestaat het gevaar dat ouderen die niet voldoen aan de criteria van de te geven profielschets, maar die wel eenzaam of sociaal geïsoleerd zijn in de kou blijven staan.

Wel zijn er risicofactoren aan te wijzen, maar deze hebben geen al te sterk verband met sociaal isolement of eenzaamheid. Voor sociaal isolement zijn de risicofactoren: opleiding, inkomen en leeftijd. Naarmate men ouder is, een lagere opleiding of lager inkomen heeft is men eerder sociaal geïsoleerd.

In onderzoek wordt gewezen op het grote belang van het (recentelijk) wegvallen van de partner door overlijden of echtscheiding of het (recentelijk) wegvallen van kinderen door overlijden of verhuizing (zie Townsend, 1980). Het belang van deze factoren is niet onderzocht: in dit onderzoek werd niet gevraagd hoe lang geleden men gescheiden of verweduwd is. Ook werd niet gevraagd wanneer kinderen overleden of verhuisd zijn.

Hoewel het dus duidelijk is dat er een niet onaanzienlijk aantal ouderen in sociaal isolement verkeert, is het tevens duidelijk dat er in dit onderzoek geen afdoende verklaringsgrond gevonden kan worden en dat de mogelijkheden die het onderzoek oplevert om gericht iets aan de situatie te doen uiterst beperkt zijn.

Conclusies per probleemstelling

De *conclusie voor probleemstelling 1* is:

1. dat circa 5% van de ouderen sociaal zeer geïsoleerd is. Voor de stad Groningen betekent dit dat circa 1150 ouderen sociaal zeer geïsoleerd zijn. Absoluut gaat het derhalve om een forse groep.

We spreken van "sociaal geïsoleerd" als het netwerk van een oudere uit niet meer dan twee leden bestaat. Als in plaats van ons zeer strenge criterium minder strenge criteria gehanteerd zouden worden dan nemen de percentages aanzienlijk toe tot circa 9% of zelfs circa 16%. In absolute aantal zouden dat circa 2000 respectievelijk circa 3500 ouderen zijn.

De *conclusie voor probleemstelling 2* is (bij hantering van het strenge criterium):

2. dat er tussen de verschillende stadsdelen verschillen bestaan in sociaal isolement (zie tabel 3.13). Met name het stadsdeel "Noorddijk" valt op, omdat daar het hoogste percentage 'sociaal geïsoleerden' (9%) gevonden werd. In het stadsdeel "Centrum" werd het laagste percentage gevonden, namelijk 3% ernstig sociaal geïsoleerden. In "Noorddijk" is het percentage sociaal geïsoleerden driemaal zo groot als in de stadsdelen "Centrum" en "De oude wijken". De verschillen zijn echter niet significant, maar komen wel overeen met verwachtingen die in het vooronderzoek (Moorer en Suurmeijer, 1991) door een aantal instellingen werden geopperd.

Tevens werd gekeken naar de situatie van de subjectieve 'pendant' van sociaal isolement, namelijk eenzaamheid.

Een overgrote meerderheid (72%) van de ouderen voelt zich niet eenzaam (zie tabel 3.12), terwijl 9% van de ouderen zich zeer eenzaam voelt.

Er bestaan tussen de verschillende stadsdelen verschillen in eenzaamheid (zie tabel 3.14). Ook hier valt met name het stadsdeel "Noorddijk" op, omdat daar het hoogste percentage 'zeer eenzamen' (18%) werd gevonden. In het stadsdeel "Centrum" werd wederom het laagste percentage gevonden, namelijk 5% zeer eenzamen. In "Noorddijk" is het percentage 'zeer eenzamen' bijna viermaal zo groot als in de stadsdelen "Centrum", "Hoogkerk" en "Groningen-Zuid". Ook deze verschillen zijn niet significant, maar komen wel overeen met verwachtingen die in het vooronderzoek door een aantal instellingen werden geopperd (Moorer en Suurmeijer, 1991).

In het kader van probleemstelling 3 werd met name gekeken of ouderen in een sociaal isolement zich ook eenzamer voelden dan ouderen die niet in een sociaal isolement leven. Geconcludeerd kan worden dat:

3. ouderen die in een sociaal isolement leven zich inderdaad eenzamer voelen dan ouderen die niet in sociaal isolement leven. Overigens blijkt dat een deel van de ouderen dat sociaal geïsoleerd is geen eenzaamheidsgevoelens kent.

Voor de beantwoording van de vierde probleemstelling werden een aantal relaties tussen eenzaamheidsgevoelens en de omvang van het sociale netwerk (indirect dus sociaal isolement) enerzijds en demografische factoren (geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, opleiding en inkomen), gezondheidsaspecten (algemene gezondheid, geestelijke gezondheid en algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)), sociale omgang (social companionship),

onveiligheidsgevoelens en deelname aan activiteiten nader onderzocht.

Uit de analyses blijkt het volgende:

4. ouderen hebben een groter sociaal netwerk of voelen zich minder eenzaam, naarmate ze een hoger inkomen of een hogere opleiding hebben of als ze jonger zijn.
5. de omvang van het sociale netwerk en social companionship hebben een vrij sterke relatie met eenzaamheidsgevoelens: naarmate ouderen een groter sociaal netwerk of meer social companionship hebben, hebben ze minder eenzaamheidsgevoelens.
6. naarmate de algemene gezondheid of de geestelijke gezondheid van ouderen beter is, hebben de ouderen minder eenzaamheidsgevoelens en hebben ze een groter sociaal netwerk.
7. naarmate ouderen minder ADL-problemen hebben, hebben ouderen ook minder eenzaamheidsgevoelens en hebben ze een groter sociaal netwerk.
8. de burgerlijke staat heeft een grote invloed op zowel de omvang van het sociale netwerk als op de eenzaamheidsgevoelens. Zo hebben gehuwden minder eenzaamheidsgevoelens en zijn minder sociaal geïsoleerd dan ongehuwden, gescheidenen en weduwe/weduwnaren.
De gemiddelde omvang van het sociale netwerk is voor ongehuwden, gescheidenen en weduwe/weduwnaren ongeveer even groot. Het percentage ernstig geïsoleerde ongehuwde ouderen is kleiner dan de percentages voor gescheidenen en weduwe/weduwnaren. Ook hebben de ongehuwden gemiddeld minder eenzaamheidsgevoelens dan gescheidenen en weduwe/weduwnaren. De ongehuwden hebben waarschijnlijk geleerd om hun sociaal netwerk aan te passen aan het feit dat ze geen levenspartner hebben gehad. Daardoor hebben ze wellicht geleerd om op een adequatere manier met hun eenzaamheidsgevoelens om te gaan of zijn ze minder 'gevoelig' voor eenzaamheidsgevoelens.
9. deelname aan activiteiten heeft een positieve invloed op zowel de eenzaamheidsgevoelens als op de omvang van het sociale netwerk. Ouderen die deelnemen aan activiteiten hebben gemiddeld minder eenzaamheidsgevoelens en gemiddeld een groter sociaal netwerk dan ouderen die niet aan activiteiten deelnemen.
10. ervaringen met een (poging tot) inbraak en/of beroving of het horen van verhalen over inbraak en/of beroving zijn niet gerelateerd aan eenzaamheidsgevoelens of aan de omvang van het sociale netwerk.
11. onveiligheidsgevoelens over de buurt waarin men woont zijn wel gerelateerd aan eenzaamheidsgevoelens, maar niet aan de omvang van het sociale netwerk.
12. niet alle onderzochte factoren leveren zelfstandig een belangrijke bijdrage

in de voorspelling van sociaal isolement of eenzaamheidsgevoelens:

- A. Voor de voorspelling van de omvang van het sociale netwerk zijn met name inkomen, eenzaamheidsgevoelens en social companionship belangrijk.
- B. Voor de voorspelling van eenzaamheidsgevoelens zijn social companionship, de omvang van het sociale netwerk en de geestelijke gezondheid belangrijk.

Aanbevelingen

Eerder werd al geschreven dat de mogelijkheden om gericht iets aan sociaal isolement en eenzaamheidsgevoelens te doen beperkt zijn. Het zich richten op een specifieke doelgroep binnen de groep van ouderen is zelfs niet aan te bevelen, omdat daardoor een grote groep ouderen dan niet zou profiteren van maatregelen die eigenlijk voor hen bestemd zijn. Als men maatregelen zou willen treffen, dan zijn dat meer algemene maatregelen.

Deze algemene maatregelen hebben betrekking op de volgende doelen:

- A. het verhogen van de maatschappelijke participatie van ouderen en
- B. het vergroten van kennis. Het vergroten van kennis heeft ook als uiteindelijk doel de maatschappelijke participatie van ouderen te beïnvloeden.
- C. nader onderzoek onder specifieke groepen ouderen en naar effecten van te nemen maatregelen.

- A. Aanbevelingen met als doel de participatie te verhogen.

Uit het onderzoek komen een aantal knelpunten om aan activiteiten deel te nemen, naar voren:

- I. Financiële knelpunten. Een aantal ouderen geeft aan dat ze door hun financiële positie niet kunnen deelnemen aan activiteiten.
- II. Omstandigheid waaronder een activiteit gegeven wordt. Een aantal ouderen heeft aangegeven dat de plaats waar en de wijze waarop activiteiten worden georganiseerd niet voldoen aan hun specifieke situatie (bijvoorbeeld cara-patiënten, ouderen die niet tegen drukte kunnen).

Naast deze twee knelpunten is er mogelijk nog een derde reden waardoor maatschappelijke participatie bemoeilijkt wordt:

- III. Gebrek aan vaardigheid van een oudere om zich adequaat op te stellen in situaties die bepaalde sociale vaardigheden vereisen. Dit kunnen bijvoorbeeld verweduwden zijn, waarbij de sociale relaties via de partner verliepen en voor wie het niet zo noodzakelijk was om sociale relaties te leggen.

Gebaseerd op deze drie aspecten worden de volgende aanbevelingen gedaan.

1. Nagegaan zou moeten worden waarom (bepaalde) ouderen financieel niet in staat zijn om aan activiteiten deel te nemen. Het kan zijn dat ouderen niet op de hoogte zijn van het bestaan van regelingen om hun in staat te stellen om deel te nemen aan het maatschappelijk verkeer (zoals bijvoorbeeld het minima-fonds). Het kan echter ook zo zijn dat ouderen wel op de hoogte zijn van dergelijke maatregelen, maar er geen gebruik van willen of durven maken. Wellicht is het mogelijk om elke oudere in staat te stellen om aan activiteiten deel te nemen zonder dat de oudere de idee heeft dat hij/zij 'zijn hand op moet houden'. Dit zou kunnen door een voucher-systeem in te voeren die elke oudere het recht geeft om aan één of meerdere activiteiten deel te nemen zonder te hoeven betalen.
 2. Wellicht zouden de instanties die activiteiten organiseren ervoor kunnen zorgen dat activiteiten worden georganiseerd op plaatsen waar wel rekening gehouden kan worden met hun specifieke problemen.
Een probleem voor deze instanties is echter dat ze niet goed op de hoogte zijn van de aantallen ouderen die met specifieke problemen te maken hebben. Anders geformuleerd: zij beschikken niet over informatie over de vraag naar activiteiten onder specifieke condities. Het kan zijn dat de vraag zodanig klein is dat zij die met hun beperkte middelen niet kunnen honoreren. Hier zou een taak voor de gemeente zijn weggelegd. De gemeente zou het op zich kunnen nemen om voor bepaalde specifieke groepen zelf activiteiten te organiseren of ze geeft instellingen de middelen om de activiteiten onder die specifieke condities te houden.
 3. Voor de onder C genoemde groep zou het mogelijk zijn om een speciale cursus 'Contact leggen voor Ouderen' te geven. Sommige ouderen weten wellicht niet hoe ze contacten moeten leggen en onderhouden.
- B. Aanbevelingen met als doel om kennis te vergroten:
4. Uit eerder onderzoek (Van Linschoten c.s., 1988: 46-47) is gebleken dat de kennis van de mogelijkheden tot deelname aan activiteiten bij ouderen niet optimaal is. De Stichting Welzijn Ouderen Groningen (SWOG) en Bureau Sociaal Raadsleiden sturen een folder aan iedereen die 65 jaar wordt (65 en dan? Tips voor Ouderen). In deze folder wordt gewezen op wetten, regelingen en voorzieningen, maar ook op activiteiten die voor ouderen interessant

kunnen zijn. Tevens wordt in de media speciale aandacht aan ouderen geschonken.

Het sturen van een dan aangepaste informatiefolder moet herhaald worden bij ouderen die op latere leeftijd alleen komen te staan. Het blijkt namelijk dat een deel van de ouderen alleen samen met hun partner iets ondernemen. Voor deze groep is het verlies van een partner van grote betekenis voor de kwaliteit en kwantiteit van het sociale netwerk. Zo mogelijk dient een dergelijke folder op regelmatige basis verstuurd kunnen worden.

Overigens is het opsturen van een folder vermoedelijk niet de optimale manier om de ouderen te bereiken. Het opsturen van een folder alsmede het verschaffen van informatie via de media is zeer onpersoonlijk en zal een deel van de ouderen er niet toe brengen om zelf initiatief te nemen. Daarom wordt in het rapport 'Ouderen bezocht' (1991) aanbevolen om bij ouderen op bezoek te gaan.

5. Gezien het feit dat het verlies van een partner een zeer belangrijke rol speelt in de kwaliteit en kwantiteit van het sociale netwerk is het aan te raden om ouderen goed voor te lichten over de gevolgen van het verlies van een partner. Thuiszorg-instanties dienen hierbij een signalerende en activerende rol te spelen. Een goed contact tussen (professionele) ouderen instanties en deze Thuiszorg- instanties is daarvoor noodzakelijk.

6. Na bestudering van het Haagse rapport 'Ouderen bezocht' (1991) lijkt het raadzaam om een dergelijk initiatief ook in Groningen op te zetten. Het project in Den Haag heeft twee doelen:

1. Informatie verschaffen. Tijdens een bezoek werd over een groot aantal zaken informatie verschaft.
2. Informatie verkrijgen. Tijdens het bezoek werd informatie vergaard over zaken als gezondheid, problemen met huisvesting en financiën, etc.

Afhankelijk van de manier waarop het is opgezet, verschaft een dergelijk project de gemeente informatie op permanente basis zodat de gemeente haar beleid hierop kan afstemmen. Problemen waarmee ouderen zitten kunnen snel worden gesignaleerd, terwijl tevens veranderingen in de wensen van ouderen op tijd kunnen worden onderkend.

Invoering van activiteiten zoals het bezoeken van ouderen om hen te informeren over activiteiten kost veel geld. In het rapport 'Ouderen bezocht' is een begroting opgenomen van de kosten van een project voor zogenaamde

'welzijnsbezoeken'. Voor dit project was in Den Haag voor één stadsdeel fl. 130.000,- nodig ('Ouderen bezocht', 1991; 41). Voordat een dergelijk project in de gehele stad zal worden ingevoerd is het raadzaam om eerst een aantal projecten in een aantal stadsdelen van Groningen uit te proberen en te evalueren.

Men zou ervoor kunnen kiezen om zich in eerste instantie te richten op stadsdelen waar de algehele situatie het slechtst is. Als uit een evaluatieonderzoek blijkt dat de maatregelen in deze stadsdelen geen of zeer weinig effect hebben, dan is het zinloos om de maatregelen ook voor andere stadsdelen in te voeren (zie hierna C.).

Om een inschatting te kunnen maken op welke stadsdelen men zich het eerst zou kunnen richten, is het raadzaam om naar de algehele situatie van de stadsdelen te kijken. In de tabellen 1a en 1b worden overzichten gegeven van de scores op verschillende aspecten voor de stadsdelen. De gegevens worden in rangcijfers gepresenteerd. Naarmate de score lager is, scoort een stadsdeel "slechter" met betrekking tot dat betreffende aspect. Hiermee krijgt men een indruk hoe de algemene situatie in een stadsdeel is.

Tabel 1a Rangscores op verschillende aspecten per stadsdeel.

stadsdeel	leeftijd	sociaal isolement	eenzaamheid	inbraak/ beroving
Centrum	1	6	5	3
Noorddijk	6	1	1	1
Groningen-Zuid	4	4	4	5
Hoogkerk	5	2	5	6
Noord-West	2	2	2	4
De Oude Wijken	3	6	3	2

Tabel 1b Rangscores op verschillende aspecten per stadsdeel.

stadsdeel	algemene gezondh.	geestelijke gezondheid	ADL	sociale omgang
Centrum	5	6	5	6
Noorddijk	2	2	4	3
Groningen-Zuid	3	5	3	5
Hoogkerk	4	4	6	2
Noord-West	1	1	2	1
De Oude Wijken	6	3	1	4

In tabel 1c wordt de somscore gegeven voor de verschillende aspecten, behoudens leeftijd.

Tabel 1c Somscore over verschillende aspecten per stadsdeel, geordend naar somscore.

stadsdeel	somscore
Noord-West	13
Noorddijk	14
De Oude Wijken	25
Groningen-Zuid	29
Hoogkerk	29
Centrum	36

Uit de tabellen 1a t/m. 1c blijkt dat er sprake is van accumulatie van "problemen" in de stadsdelen "Noorddijk" en "Noord-West". Deze stadsdelen score op de meeste aspecten het laagst. Het stadsdeel "Centrum" is een gunstige uitzondering. Dit stadsdeel scoort op de meeste aspecten het hoogst. De overige stadsdelen nemen een middenpositie in. Opmerkelijk is dat "De Oude Wijken" hoog scoren als het om sociaal isolement gaat, maar een derde positie innemen als het om eenzaamheidsgevoelens gaan.

Geconcludeerd mag worden dat acties in eerste instantie gericht zouden moeten worden op "Noord-West" en "Noorddijk".

C. Aanbevelingen voor nader onderzoek.

1. Het onderzoek levert geen duidelijk profiel van de sociaal geïsoleerde ouderen op. Daarom zou een kwalitatief onderzoek naar deze groep ouderen wenselijk zijn. Uit een kwalitatief onderzoek zou kunnen blijken dat de sociaal geïsoleerde ouderen toch één of meerdere gemeenschappelijke kenmerken bezitten.
2. Uit het onderzoek blijkt dat er voor een aantal ouderen knelpunten bestaan voor het bezoeken van activiteiten. Niet duidelijk wordt om welke aantallen het nu werkelijk gaat. De idee bestaat dat het om een groter aantal moet gaan dan uit het onderzoek blijkt. Het vermoeden bestaat dat ouderen niet durven toegeven dat er sprake is van knelpunten. Daarom zou een onderzoek dat nagaat hoeveel ouderen te maken heeft met problemen om deel te nemen aan activiteiten wenselijk zijn. Op basis van een dergelijk onderzoek zou het aanbod van activiteiten geherstructureerd kunnen worden.
3. Uit dit onderzoek kwamen een aantal stadsdelen als extra "kwetsbaar" naar voren. Nader onderzoek naar de redenen hiervan is daarom zeer relevant.
4. Evaluatie van te nemen/genomen maatregelen. Invoering van nieuwe maatregelen is vaak zeer kostbaar, daarom moet duidelijk worden of men wel "waar voor zijn geld krijgt". Mocht dit niet het geval te zijn, dan dienen maatregelen aangepast of buiten werking gezet worden.

HOOFDSTUK 1: OPZET VOOR HET ONDERZOEK

1.1 Inleiding

Op grond van signalen dat ouderen door eenzaamheidsgevoelens en/of sociaal isolement een "achtergestelde" groep zouden kunnen zijn, kondigde wethouder Westerink van de Gemeente Groningen in zijn nieuwjaarstoespraak van 1991 een onderzoek aan naar deze problematiek bij ouderen. Vervolgens werd de GGD gevraagd om zo'n onderzoek door derden uit te laten voeren. De GGD heeft vervolgens Dr. Th. P.B.M. Suurmeijer van de vakgroep Sociologie uitgenodigd om dit onderzoek te doen.

Voordat het zover was, nodigde de GGD een aantal belanghebbenden, namelijk OCSW, SoZaWe, het SWOG, de politie, RIAGG, het AMWG en het Consultatieburo voor Alcohol en Drugs, uit om over de materie van gedachten te wisselen. Vooral met het doel om de probleemstelling preciezer te formuleren: men vroeg zich af of alleen deze groep moest worden onderzocht en of het duidelijk was waarop men antwoord wilde hebben. Geconcludeerd werd dat het zinvol zou zijn om met een vooronderzoek op die vragen in te gaan.

In augustus 1991 is de rapportage van het vooronderzoek verschenen (Moorer en Suurmeijer, 1991). In de rapportage werd vastgelegd:

1. wat er onderzocht zou moeten worden (sociaal isolement, maar ook eenzaamheid),
2. wat de probleemstelling voor het onderzoek zou moeten zijn (zie 1,3),
3. wat de te onderzoeken populatie zou moeten zijn (ouderen in de stad Groningen). In november 1991 werd begonnen met het onderzoek "Sociaal Isolement bij Ouderen in Groningen (SIOG)". Het onderzoek dat werd ondergebracht bij het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken. Het is uitgevoerd door Drs. P. Moorer onder de verantwoordelijkheid van Dr. Th.P.B.M. Suurmeijer.

1.2 Kader van het onderzoek

In haar nota over Sociale Vernieuwing heeft de Gemeente Groningen aangegeven dat er speciale aandacht aan ouderen moest worden gegeven. Ouderen vormen een kwetsbare groep doordat zij kunnen vereenzamen of sociaal geïsoleerd kunnen raken. De gedachte dat ouderen sociaal geïsoleerd zouden zijn is niet nieuw. Zij werd in Amerika reeds in de jaren 60 en 70 veelvuldig geopperd (Shanas, 1979; 505).

De aandacht voor vereenzaming en sociaal isolement is om twee redenen zeer begrijpelijk:

1. humanitaire reden; het lijkt de meeste mensen zeer onplezierig om nauwelijks contact met anderen te hebben.

2. praktische reden; Ouderen die in een sociaal isolement leven kunnen in de problemen raken, omdat ze niemand kunnen vragen iets voor ze te doen. Over dit laatste schrijft Shanas bijvoorbeeld: "Old persons with few or limited family relations are prime candidates for institutionalization when they become sick" (Shanas, 1979; 171). Omdat sommige ouderen dus geen alternatief hebben, moeten ze opgenomen worden. Een ander mogelijk gevolg van sociaal isolement is, zoals bekend uit de met regelmaat terugkerende kranteberichten, een oudere die overlijdt en pas na een aantal dagen of weken, door toeval, wordt ontdekt. Shanas spreekt over een "sociale mythe" als men beweert dat een groot deel van de ouderen sociaal geïsoleerd leeft. Zij heeft gegevens uit verschillende landen, o.a. Amerika, Engeland, Denemarken en Polen, met elkaar vergeleken. Zij vond dat in elk land het percentage ouderen dat ten minste een kind de afgelopen week had gezien tussen 70 en 80% ligt, terwijl tussen 30 en 40% ten minste een broer of een zuster in de afgelopen week had gezien (Shanas, 1973; 509). Dit zijn op zich bemoedigende cijfers. Maar als men dit afzet tegen bevindingen van Schuyt c.s. (1990), wordt het plaatje iets minder rooskleurig. Schuyt c.s. merken op dat "bijna een op de tien ouderen met geen enkel deelnetwerk wekelijkse relaties heeft" (Schuyt c.s., 1990; 124).

Als we dit zouden vertalen voor de stad Groningen met circa 23.000 ouderen, dan betekent de bevinding van Schuyt c.s. dat bijna 2300 ouderen met niemand wekelijks contact zouden hebben!

Hoewel de onderzoeken tot nog toe niet al te negatief zijn over de sociale isolering van ouderen, zijn er toch een aantal demografische ontwikkelingen die sommige onderzoekers (Ward, 1985) ertoe brengt om te schrijven dat de situatie dramatisch kan veranderen. Met name twee sociaal-demografische ontwikkelingen kunnen het relatief positieve beeld dramatisch veranderen:

1. De afname van de gemiddelde gezinsgrootte. Omdat het gemiddeld aantal kinderen in een gezin ten opzicht van zo'n 40 jaar geleden sterk gedaald is, hebben ouderen minder kinderen waarop ze kunnen terugvallen.

2. De toename van de geografische mobiliteit. Het aantal personen dat meer dan circa 15 minuten van hun ouders woont neemt toe. Met de toename van reisafstand neemt de mogelijkheid om op bezoek te kunnen komen en om in bepaalde situaties te helpen af.

Deze twee sociaal-demografische ontwikkelingen werken versterkend op elkaar. Het betekent dat het aantal kinderen dat dicht in de buurt van hun ouders woont daalt.

1.3 Doelstelling van het onderzoek

Het onderzoek richt zich primair op het in kaart brengen van het sociaal isolement van ouderen in de stad Groningen.

Vanuit een aantal hulporganisaties (o.a. Thuiszorg, AMWG) kwamen signalen dat het probleem van sociaal isolement vooral in een aantal wijken groter is dan in andere wijken (Moorer en Suurmeijer, 1991). Zo zou het probleem volgens deze organisaties groter zijn in de wijken Vinkhuizen, Selwerd, Paddepoel en in Groningen-Zuid.

Het doel van het onderzoek is de Gemeente Groningen in staat te stellen om zonodig haar ouderenbeleid aan te passen en/of om in het kader van de Sociale Vernieuwing speciale projecten op te starten om het sociaal isolement van ouderen te voorkomen of te beperken.

1.4 Uitwerking van de probleemstellingen

In het eerdergenoemde vooronderzoek van Moorer en Suurmeijer (1991) werd bepaald welke probleemstelling in dit onderzoek beantwoord moesten worden. Deze probleemstelling luidt:

1. Hoe groot is het aantal ouderen dat in sociaal isolement leeft?
2. Hoe is de verdeling van het percentage geïsoleerd levende ouderen over de verschillende stads-delen?
3. Wat betekent "leven in een sociaal isolement" voor ouderen?
4. Welke factoren hebben een sterke relatie met sociaal isolement bij ouderen en in hoeverre kunnen deze factoren beïnvloed worden?

Voordat de probleemstelling nader toegelicht wordt, zal eerst worden ingegaan op de begrippen "sociaal isolement" en "eenzaamheid". Op het eerste gezicht lijkt duidelijk te zijn wat onder deze begrippen verstaan moet worden, maar al tijdens het vooronderzoek bleek dat de begrippen als synoniem gezien werden. Daarom wordt allereerst een definitie van deze begrippen gegeven. De definities zijn ontleend aan De Jong-Gierveld.

Sociaal isolement: het feitelijk ontbreken of nagenoeg ontbreken van al die relaties tussen mensen, die een zekere mate van duurzaamheid vertonen (Jong-Gierveld J. de., 1984; 33).

Eenzaamheid: het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties (Jong-Gierveld J. de., 1984; 45).

Uit deze definitie blijkt dat het bij "sociaal isolement" om een objectief en bij "eenzaamheid" om een subjectief begrip gaat. Het kan best zijn dat mensen het geen punt vinden om in een "sociaal isolement" te verkeren. Dit zal ondermeer afhangen van de vraag of mensen die in een sociaal isolement verkeren zich ook "eenzaam" voelen. Uit eerder onderzoek is gebleken dat sociaal isolement en eenzaamheid niet volledig samen hoeven te gaan.

De eerste twee probleemstellingen zijn met name relevant om te bepalen in hoeverre sociaal isolement voorkomt en of er bepaalde stadsdelen of wijken meer "at risk" zijn dan anderen.

De derde probleemstelling is belangrijk voor het bepalen in hoeverre er actie plaats moet vinden. Indien ouderen wel in een sociaal isolement leven maar zich bijvoorbeeld niet eenzaam voelen, hoeft men misschien geen actie te ondernemen.

De vierde probleemstelling is het belangrijkste, maar ook het moeilijkste om te onderzoeken.

Het is de vraag welke factoren nader bestudeerd moeten worden. Duidelijk is wel dat het onderzoek vooral beïnvloedbare factoren zou moeten bestuderen (Ellemers, 1976). Aanwijzingen daarvoor zijn wel in de literatuur te vinden. Onderzocht zouden kunnen worden: **bereikbaarheid** van voorzieningen, instellingen en familieleden. De mate van bereikbaarheid is afhankelijk van de **aanwezigheid** van voorzieningen, instellingen en familieleden enerzijds en de **mobilititeit** van de ouderen anderzijds. De mate van mobiliteit van ouderen is afhankelijk van de mate waarin zij **geestelijk en/of fysiek functioneren**. De mate waarin voor-zieningen aanwezig waren in de stad Groningen evenmin als het exacte gebruik dat daarvan door ouderen werd gemaakt werden buiten beschouwing gelaten, omdat dat niet het doel van dit onderzoek was.

1.5 Opbouw van het rapport

In hoofdstuk 2 wordt een algemene indruk van de steekproef gegeven. Daarbij is met name gelet op de adequaatheid van de steekproef. Tevens worden van een aantal demografische gegevens de verdeling gegeven.

✕ In hoofdstuk 3 wordt nader gekeken naar sociaal isolement en eenzaamheid. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de eerste 3 probleemstellingen.

In hoofdstuk 4 worden de factoren waarvan verwacht wordt dat ze een relatie met sociaal isolement en eenzaamheid hebben bekeken.

✕ In hoofdstuk 5 wordt probleemstelling 4 onderzocht. Gekeken wordt welke factoren van invloed zijn op sociaal isolement en eenzaamheid.

HOOFDSTUK 2: METHODE

2.1. Steekproeftrekking en werving

Om de probleemstellingen uit hoofdstuk 1 adequaat te kunnen beantwoorden werd gestreefd naar een onderzoeksgroep van ca. 750 ouderen.

Aan de gemeente Groningen is opdracht gegeven om een aselechte steekproef van ca. 2000 personen ouder dan 65 jaar te trekken. Personen van 65 jaar wilden we niet mee te laten doen, omdat onder deze groep ouderen voorkwamen die net met pensioen gegaan zijn en wellicht bezig waren over te schakelen naar een ander sociaal participatie patroon. Ook niet opgenomen werden ouderen die in een verpleeg- of verzorgingshuis waren opgenomen. Dit leverde een steekproef van 2050 personen op. De gevraagde steekproef was zo groot, omdat het de bedoeling was om ouderen die meededen aan een ander bij het NCG lopend onderzoek onder ouderen, buiten dit onderzoek te laten. Hoewel de kans op overlapping niet groot werd geacht, werd besloten om geen onnodig risico te nemen en werd een grotere steekproef dan noodzakelijk getrokken. De overlap tussen de steekproeven bedroeg 133. Dit aantal is kleiner dan het verwachte aantal van 154.

Voor dit onderzoek bleven 1917 mogelijke respondenten over. Omdat een non-response van ca. 30 a 40% werd verwacht werd uit deze groep een kleinere steekproef van 1291 ouderen getrokken, zodat uiteindelijk toch ca. 750 interviews gehouden zouden worden.

De dataverzameling vond plaats in de periode van 7 november 1991 tot 21 januari 1992. In 3 fasen werden de respondenten aangeschreven en gevraagd om mee te werken aan het onderzoek. Nadat men een inleidende brief had ontvangen werd men door een interview(st)er telefonisch benaderd met de vraag of men bereid was mee te werken aan het onderzoek. Indien iemand weigerde om mee te doen, moesten de interview(st)ers proberen om enkele vragen die op een non-respons formulier stonden, beantwoord te krijgen.

De interview(st)ers (26 vrouwen en 8 mannen) waren via een advertentie in het Nieuwsblad van het Noorden geworven en varieerden in leeftijd van 22 tot 63. Zij hebben een interviewtraining gehad, waarna ze een proefenquête af hebben genomen.

2.2. Proefpersonen

2.2.1 Beschrijving van de non-response

Het aantal van ca. 750 interviews was reeds bereikt voordat alle mogelijke respondenten benaderd waren. Daarom werden 80 personen niet benaderd. De uiteindelijke steekproef omvatte dus 1211 ouderen. Van deze groep werd bij 723 personen een interview afgenomen, een respons van 60%. Dit percentage ligt hoger dan in het onderzoek van Van Linschoten c.s. (1988), waar een respons van 48% werd gehaald.

In tabel 2.1 wordt een overzicht van de redenen voor non-response gegeven.

Tabel 2.1: Overzicht redenen non-response.

	n	%
overleden	7	1.4
verhuisd	12	2.5
ziek, dement, gehandicapt	66	13.5
op afgesproken tijdstip niet thuis	2	.4
niet bereikbaar/geen telefoon	56	11.5
pertinente weigering	332	68.0
redenen onbekend	13	2.7
totaal	488	100.0

In totaal heeft 26% van de steekproef pertinent geweigerd. Dit percentage is lager dan bij het eerder genoemde onderzoek van Van Linschoten c.s. (1988). Hier bedroeg het percentage van de steekproef dat weigerde 31% (van Linschoten c.s.; 1988; 13).

Opvallend was dat een aantal ouderen zeer pertinent was in zijn weigering. Sommigen "goiden" tijdens het telefoongesprek de telefoon op de haak en in een aantal gevallen voelde de interview(st)er zich bedreigd. Daardoor was het niet mogelijk om van 206 personen antwoorden op vragen van het non-response-formulier te krijgen.

De meest genoemde reden om niet mee te doen was dat de betrokkenen geen tijd hadden. Een aantal ouderen gaf familie-omstandigheden (overlijden of ziekte) op als reden om niet mee te doen. Een klein aantal gaf als reden op dat

ze niets van de gemeente verwachtte en daarom maar niet meededen. Waarschijnlijk is het percentage dat om deze reden niet mee wilde doen hoger. In tabel 2.2 staan de verdelingen van de non-response en gegevens van de gemeente naar burgerlijke staat. Zoals uit de tabel blijkt is van de non-response meestal niet bekend wat de burgerlijke staat is. Uit deze tabel zou blijken dat er een verschil bestaat tussen de gegevens van de gemeente en de non-response. Dat hoeft echter niet, omdat de gebruikte definities omtrent "burgerlijke staat" enigszins verschillen. In de gegevens van de gemeente gaat het om mensen die staatsrechtelijk gehuwd zijn, terwijl in de enquête gevraagd werd of men gehuwd was of samenwoonde. Daarnaast kan het grote aantal "onbekenden" hier een rol gespeeld hebben.

Tabel 2.2: Overzicht burgerlijke staat non-response en gemeente.

categorie	non-response		gemeente ²	
	n	%	n	%
gehuwd	167	59	11.411	49
gescheiden	4	1	1.199	5
weduwe of weduwnaar	96	34	8.747	37
nooit gehuwd geweest	15	5	1.759	8
onbekend	206			

Het leek voor de hand te liggen dat ouderen die weigerden om mee te doen minder gezond zouden zijn dan mensen die wel meededen aan het onderzoek. Daarom werd op het non-response-formulier een vraag opgenomen die ook in de vragenlijst zelf is opgenomen en die een indruk geeft van hoe gezond mensen zich zelf voelen. Deze vraag was de eerste vraag uit de algemene gezondheidsschaal van de Medical Outcome Study (MOS) (Stewart c.s., 1988; zie ook 2.3 en bijlage 2).

De verdeling van de antwoorden op deze vraag was als volgt (tabel 2.3):

² De gegevens voor de gemeente zijn ontleend aan: Dienst Informatie en Administratie. Bevolking op 1 januari 1991. Gemeente Groningen, 1991.

Tabel 2.3. Verdeling MOS1 in steekproef en non-response.

categorie MOS1 "hoe gezond"	steekproef (n=723)		non-response (n=282)	
		%		%
uitstekend	12		15	
erg goed	11		3	
goed	41		36	
redelijk	30		31	
slecht	4		15	

Het blijkt dat de categorie "slecht" in de non-responsegroep bijna viermaal zo vaak wordt gekozen als in de responsgroep, terwijl de categorie "erg goed" in de non-responsegroep juist minder vaak gekozen wordt. Geconcludeerd mag worden dat de non-responsegroep zich minder gezond voelt dan de mensen die wel hun medewerking aan het interview hebben gegeven.

Voor het onderzoek is het belangrijk om te weten of de non-respons c.q. respons en de gemiddelde leeftijd van de betreffende mensen voor de verschillende stadsdelen en verschillende wijken in de stad verschillen³.

Allereerst zullen de resultaten voor de stadsdelen worden besproken (tabel 2.4). De indeling die in dit onderzoek gebruikt wordt wijkt iets af van de door de gemeente gehanteerde indeling. Dat is niet erg, omdat de buurten die door de gemeente bij een ander stadsdeel zijn gevoegd meestal industrie-terreinen zijn, waar nauwelijks mensen wonen.

³ Voor een overzicht van de indeling van wijken naar stadsdeel: zie bijlage 2.

Tabel 2.4 Overzicht Stadsdelen.

stadsdeel	respons n	non- respons n	leeftijd nonresp. (gem.)	leeftijd resp. (gem.)	perc. %
Centrum	126	86	75.2	77.2	59
Noorddijk	63	44	72.5	73.9	59
Groningen-Zuid	135	95	73.9	75.8	59
Hoogkerk	125	79	72.6	74.3	61
Noord-West	159	87	74.8	75.7	65
De Oude Wijken	108	97	74.9	75.1	53
onbekend	7	--	72.4	--	--

De eerste 4 stadsdelen ontlopen elkaar in respons-percentages niet zo veel. Het respons-percentage in "Noord-West" ligt hoger dan in de andere stadsdelen, terwijl dit percentage voor "De Oude Wijken" iets lager is.

De gemiddelde leeftijd in de stadsdelen verschilt voor de twee groepen niet zo heel veel. Maximaal is het verschil in gemiddelde leeftijd nog geen 2 jaar; toch kan dit wel een grote invloed hebben, omdat er in twee jaar aanzienlijke verschillen kunnen optreden in de lichamelijke en/of mentale toestand van een oudere. Dit kan leiden tot uitval van de betreffende oudere. Dit sluit aan bij de resultaten uit de vorige tabel, waaruit blijkt dat de non-response zich iets minder gezond voelt dan de ouderen die wel aan het onderzoek hebben meegedaan.

In tabel 2.5 staan de resultaten met betrekking tot de wijken.

Hieruit blijkt dat het lage gemiddelde responspercentage voor het stadsdeel "De oude wijken" zo laag is, omdat met name het aantal weigeringen in "De Indische Buurt" en vooral "De Hoogte" meer dan gemiddeld is. Het slechte responspercentage in "De Hoogte" is zeer uitzonderlijk te noemen. Het is niet gebruikelijk om bij enquêtes zo'n laag responspercentage te halen. Het is onduidelijk wat de reden voor dit lage percentage is. Zoals uit de laatste kolom van tabel 2.5 blijkt is het verschil in gemiddelde leeftijd niet verantwoordelijk, omdat anders een wijk als "coendersborg" slechter zou moeten scoren.

De meeste percentages wijken niet veel van elkaar af.

Wel is te zien dat er een aantal wijken (zoals Beijum, Noorderhogebrug en Dorkwerd) zijn waaruit slechts zeer weinig respondenten komen. Dat heeft vooral te maken met het feit dat er in die wijken maar zeer weinig ouderen en/of mensen wonen.

Tabel 2.5 Overzicht van de wijken.

wijk	aantal respondenten	percentage respons	verschil leeftijd ⁴
centrum	85	62.4	0
oosterpark	91	56.0	1
korreweg	37	67.6	-1
indische buurt	42	45.2	-2
de hoogte	35	37.1	3
oranjebuurt	48	60.4	2
schildersbuurt	59	54.2	1
de weijert	108	57.4	-1
coendersborg	66	62.1	3
euvelgunne	14	64.3	1
oosterpoort	19	78.9	3
hereweg	37	45.9	2
zeeheldenbuurt	20	60.0	6
stadspark	44	56.8	1
corpus den hoorn	102	62.7	5
oosterhoogebrug	25	60.0	3
leeuwenborg	44	61.4	2
noorddijk	1	100.0	--
bovenstreek	--	--	--
beijum	19	47.4	-2
noorderhoogebrug	4	50.0	-2
selwerd	63	66.7	3
paddepoel	120	61.7	0
vinkhuizen	63	68.3	-1
hoogkerk	55	61.8	1
dorkwerd	3	66.7	0
universiteitscomplex	--	--	--
wijk onbekend	8	--	--

⁴ Verschil in leeftijd is tussen gemiddelde leeftijd van de respondenten in een wijk en de gemiddelde leeftijd van de uitvallers in een wijk.

De wijken "Bovenstreek" en "Universiteitscomplex" zijn in de steekproef niet vertegenwoordigd. Dat hoeft geen verbazing te wekken omdat in de "Bovenstreek" maar 4 en op het "Universiteits-complex" maar 12 personen woonachtig zijn.

Hoewel er een aantal wijken zijn waarbij het leeftijdsverschil groter dan 3 jaar is, zijn deze verschillen niet significant.

2.2.2 Algemene gegevens respondenten

In deze paragraaf wordt een nadere beschrijving van de samenstelling van de onderzoeksgroep naar geslacht, burgerlijke staat, samenlevingsvorm en godsdienst gegeven. Voor zover mogelijk zullen de gegevens uit het onderzoek worden vergeleken met gegevens van de gemeente Groningen zelf (Dienst Informatie en Administratie, Gemeente Groningen, 1991).

Als eerste worden de geslachtverdeling van het onderzoek en de gegevens van de gemeente met elkaar vergeleken.

Tabel 2.6 Verdeling naar geslacht.

	n	Onderzoeksgroep		Groningen
		gem. lft.	%	%
mannen	259	75.0	36	37
vrouwen	464	73.9	64	63
totaal	723	74.5	100	100

De verhouding mannen/vrouwen wijkt in de onderzoeksgroep niet af van de verhouding voor de stad als geheel.

In tabel 2.7 worden de gegevens over burgerlijke staat gepresenteerd en vergeleken met de gegevens van de gemeente Groningen.

Tabel 2.7 Verdeling naar burgerlijke staat en geslacht.

Burgerlijke staat	Onderzoeksgroep				Groningen	
	mannen		vrouwen		mannen	vrouwen
	n	%	n	%	%	%
gehuwd	188	72	176	38	74	35
gescheiden	10	4	23	5	5	5
weduwe/weduwnaar	51	20	230	50	17	50
ongetrouwd	10	4	35	8	4	10

Voor de gemeente is iemand "gehuwd" als deze staatsrechtelijk gehuwd is. Terwijl in dit onderzoek geen onderscheid werd gemaakt tussen "gehuwden" en "samenwonenden". De verschillen in percentages zijn niet groot. Dit is enigszins opmerkelijk, omdat naar analogie van tabel 2.2 verwacht werd dat de percentages "gehuwden" in de steekproef iets groter zou zijn dan uit de gegevens van de gemeente af te lezen zou zijn.

Uit tabel 2.8 blijkt dat verreweg de meeste ouderen alleenstaand zijn of alleen met de partner woont. Circa 7 a 8% van de ouderen, zowel van de mannen als van de vrouwen, heeft een andere samenlevingsvorm.

Tabel 2.8 Verdeling naar samenlevingsvorm.

Samenlevingsvorm	man		vrouw	
	n	%	n	%
alleenstaand	60	23	260	56
met partner	180	70	168	36
met kind	1	1	14	3
met partner en kind(eren)	15	6	10	2
niet-gezinshuishouden	2	1	9	2

Tabel 2.9 Verdeling naar godsdienst.

Godsdienst	steekproef		gemeente	
	n	%	n	%
Rooms-katholiek	62	9	62	9
Nederlands-Hervormd	127	18	127	19
Gereformeerd	117	16	117	16
Ander	62	9	62	6
Geen	355	50	355	51

Uit tabel 2.9 blijkt dat het overgrote deel van de ouderen in Groningen geen godsdienst (meer) te hebben. De verdeling in de steekproef komt zeer goed overeen met de verdeling die uit de gegevens van de gemeente afkomstig zijn.

Voor zover gegevens die vergelijkbaar zijn met gegevens van de gemeente. In de volgende 2 tabellen zal gekeken worden naar de inkomens- en opleidingsverdelingen.

Tabel 2.10 Verdeling naar opleiding.

Opleiding	n	%
lager algemeen onderwijs	348	48
lager beroepsonderwijs	124	17
middelbaar algemeen onderwijs	98	14
middelbaar beroepsopleiding	70	10
voortgezet algemeen onderwijs	24	3
hoger beroepsonderwijs	40	6
hoger algemeen onderwijs	7	1
wetenschappelijk onderwijs	13	2
totaal	719	100
missing	4	

Uit tabel 2.10 blijkt duidelijk dat het overgrote deel van de ouder alleen lager

onderwijs hebben gevolgd. Minder dan 10% heeft een hogere opleiding gehad. Als gekeken wordt naar de inkomensverdeling, dan zien we een redelijk gelijkmatige inkomensverdeling. Opvallend is wel dat 12% van de ouderen een inkomen heeft van meer dan Fl. 3100,- per maand.

Tabel 2.11 Inkomensverdeling.

inkomen (per maand)	n	%
1. minder dan f 1.075	35	5
2. f 1.075 tot f 1.250	111	17
3. f 1.250 tot f 1.400	48	7
4. f 1.400 tot f 1.550	62	9
5. f 1.550 tot f 1.750	63	10
6. f 1.750 tot f 1.950	77	12
7. f 1.950 tot f 2.150	62	9
8. f 2.150 tot f 2.325	50	8
9. f 2.325 tot f 2.525	30	5
10. f 2.525 tot f 2.700	20	3
11. f 2.700 tot f 3.100	30	5
12. f 3.100 of meer	77	12
totaal	665	100
missing	58	

Conclusie: De peildatum voor de gegevens van de gemeente was 1 januari 1991. Dit betekent dat alle personen die op 1 januari 1991 65 waren in datzelfde jaar 66 zijn geworden. Daarmee gaan de gegevens van de gemeente over dezelfde groep personen die ook in het onderzoek zitten. Uit deze groep zijn een aantal personen weggevallen, omdat ze zijn overleden of omdat ze zijn opgenomen in een verzorgings- of verpleeg-tehuis. De verschillen tussen die van de gemeente en van het onderzoek zijn dermate klein dat *gesteld mag worden dat het hier om een representatieve steekproef gaat.*

Belangrijke bevindingen zijn:

- De non-response is iets minder gezond dan de respons.
- Er zijn veel meer vrouwen (56%) dan mannen alleenstaand.
- Van de ouderen heeft 12% een inkomen hoger dan Fl. 3100,-.

2.3 Methode

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van een vragenlijst (zie bijlage 2). Deze vragenlijst bestond uit de volgende onderdelen:

1. Algemene demografische vragen (naar geslacht, geboortedatum, burgerlijke staat, woonomstandigheden, opleiding en inkomen).
2. Vragen ter bepaling van het potentiële netwerk.
3. Vragen ter bepaling van het belang van sociale contacten (subschaal "social companionship" uit de SSQT-vragenlijst; Van Sonderen, 1990; Briancon, Guillemin, Krol, Sanderman, Suurmeijer en Van den Heuvel, 1990).
4. Een vraag ter bepaling van het sociale netwerk (aangepaste versie van de Social Network Delineation Questionnaire; Van Sonderen, 1990; Briancon, Guillemin, Krol, Sanderman, Suurmeijer en Van den Heuvel, 1990).
5. Vragen ter bepaling van de eenzaamheidsgevoelens (Eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld; De Jong-Gierveld en Kamphuis, 1985).
6. Vragen over Ouderdomsbeleving (Ouderdomsbelevingsschaal).
7. Vragen ter bepaling van de gezondheid:
 - een aantal subschalen van de MOS-gezondheidsschaal, namelijk de algemene gezondheidssubschaal (MOS1, MOS9 t/m MOS12), de geestelijke gezondheidssubschaal (MOS4 t/m MOS8) en een vraag over pijnbeleving (MOS2),
 - Het ADL-deel uit de Groninger Activity Restriction Scale (GARS).Zie voor de MOS-vragenlijst Stewart c.s. (1988) en voor de GARS-vragenlijst Suurmeijer en Kempen (1990)
8. Vragen over ervaringen met criminaliteit en over de veiligheid van de buurt waarin men woont (Alteren, Jetten, Kuiters c.s., 1989).
9. Vragen of men in staat is om een aantal faciliteiten te bereiken
10. Vragen over contacten met instellingen, organisaties etc.
11. vragen over deelname aan activiteiten en lidmaatschap van verenigingen.

In dit rapport zullen van een aantal verschillende analysetechnieken gebruik gemaakt worden, namelijk Chi²-toetsen, univariate en multivariate (co)variantieanalyse en regressieanalyse.

Met Chi²-toetsen kan bepaald worden of een of meer factoren onafhankelijk van elkaar zijn. Uit de bijbehorende tabel kan men als de factoren niet onafhankelijk zijn meestal aflezen waaruit de afhankelijkheid bestaat.

Alle variantie-analyses hebben tot doel om te bepalen of er voor bepaalde groepen significante verschillen in gemiddelde scores op een (univariaat) of meerdere (multivariaat) factoren bestaan. Afhankelijk van het soort factoren dat men opneemt spreekt men van een gewone variantieanalyse of van een covariantieanalyse. Het resultaat van een variantieanalyse wordt weergegeven

met een F-toets.

Bij regressieanalyse probeert men aan te geven welke samenhang er bestaat tussen een zgn. afhankelijke (of te verklaren) factor en een of meerdere factoren die de afhankelijke factor zouden kunnen verklaren. Bij een regressieanalyse wordt meestal een R^2 (kwadraat van de multiple correlatie) gegeven om aan te geven in hoeverre de afhankelijke factor verklaard wordt door een of meerdere andere variabelen. De factor is totaal verklaard als R^2 1.00 of 100% is. Als $R^2=0.00$, dan kunnen de zgn. onafhankelijke factoren niets in de afhankelijke factor verklaren.

HOOFDSTUK 3: SOCIAAL ISOLEMENT EN EENZAAMHEID

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden algemene aspecten van sociaal isolement en eenzaamheid besproken.

In de volgende paragraaf wordt ingegaan op verschillende uitwerkingen van het begrip "sociaal isolement". De definitie zoals die in hoofdstuk 1 gegeven is kan op een groot aantal manieren nader worden gespecificeerd. In de inleiding werd al vermeld dat sociaal isolement geen probleem hoeft te zijn. Iemand die sociaal geïsoleerd is hoeft zich, gezien vanuit het standpunt van het individu, niet eenzaam te voelen. Daarom zullen naast sociaal isolement ook gegevens over eenzaamheid gegeven worden. Sociaal isolement in combinatie met eenzaamheid duidt op een problematische situatie.

Voor het meten van "eenzaamheid" wordt gebruikt gemaakt van de eenzaamheidsschaal die door De Jong-Gierveld (De Jong-Gierveld 1986; De Jong-Gierveld en van Tilburg, 1991) ontwikkeld is.

Voor zover mogelijk zullen de resultaten van dit onderzoek vergeleken worden met ander onderzoek. Voor sociaal isolement is dit iets minder makkelijk dan voor eenzaamheid. De eenzaamheids-schaal is al veelvuldig in Nederlands onderzoek, waaronder ook ouderonderzoek, toegepast. Uitwerkingen van het begrip sociaal isolement, in termen van (omvang van) sociaal netwerk (het aantal personen waarmee men omgaat), werden door ons niet in de literatuur gevonden.

3.2 Sociaal isolement

3.2.1 Sociaal isolement: operationaliseringen

De definitie van het begrip "sociaal isolement" levert een probleem op. Verkeerd bijvoorbeeld iemand die "maar" met 3 andere personen omgaat in een "sociaal isolement"? Of verkeerd iemand die minder dan een gemiddeld aantal contacten heeft in een "sociaal isolement"? De vraag is of gekozen moet worden voor een normatieve of empirische grens voor de bepaling of iemand in een "sociaal isolement" verkeerd. In dit onderzoek wordt gekozen voor een normatieve grens, omdat een empirische grens (gebaseerd op de gemiddelde omvang van netwerken) de vergelijkbaarheid met ander onderzoek bemoeilijkt. Gekozen werd om mensen die met twee personen of minder contact hadden als "sociaal geïsoleerd" te beschouwen. Hoewel men het oneens kan zijn met de grens die in dit onderzoek gekozen is leek het het beste om dit toch te doen. Bovenstaande operationalisering geeft echter slechts kijk op een deel van de

situatie. Want hoewel het belangrijk is om te weten met hoeveel personen iemand contact heeft, is het ook belangrijk om te kijken naar de samenstelling van het netwerk, naar hoe intensief het contact met de personen uit het sociale netwerk is en naar de inhoud van de relaties van de personen uit de verschillende deelnetwerken.

Hiermee wordt aangegeven dat men op verschillende manieren naar sociaal isolement kan kijken. De volgende vier manieren zijn te onderscheiden:

1. **omvang** van het sociale netwerk. Sociaal isolement duidt op een ontbreken van een sociaal netwerk of op een zeer klein netwerk (contact met twee personen of minder). In dit onderzoek zal niet alleen een onderscheid gemaakt worden naar 2 of minder en 3 of meer netwerkleden, maar om een iets beter inzicht te krijgen zal een drie deling gehanteerd worden:

- 2 of minder netwerkleden ("ernstig" sociaal geïsoleerd).

- 3 tot 9 netwerkleden ("licht" sociaal geïsoleerd) en

- 10 of meer netwerkleden ("niet" sociaal geïsoleerd).

Om een indruk te geven van wat er gebeurt als de grens niet bij 2 of minder, maar bij 3 of minder of 4 of minder gebeurt zal voor de stad als geheel ook de resultaten voor 3 of minder en 4 of minder gegeven worden.

2. **opbouw en samenstelling (homogeniteit)** van het sociale netwerk. Welke relaties vormen het sociale netwerk en hoe is hun onderlinge verhouding. Er zijn een groot aantal typen relaties te onderscheiden, zoals kind-ouder-relaties, andere familie-relaties, vrienden/kennissen-relaties en buur-relaties. Elk van deze zgn. deelnetwerken heeft zijn eigen verwachtings-patronen (Shanas, 1974, 1979; Ward, 1985 en Schuyt c.s., 1990). Knipscheer (1980) onderscheidt 8 typen relaties. Zijn onderscheiding is gebaseerd op de aanwezigheid van drie relatievormen, namelijk ouder-kind-relaties, familie-relaties⁵ en niet-familie-relaties en combinaties hiervan. Met name eenzijdige netwerken (bestaande uit één type relatievorm) kunnen personen "kwetsbaar" maken. Granovetter (1973) geeft aan dat omgang met steeds dezelfde soort personen ertoe kan leiden dat nieuwe informatie/kennis minder snel verkregen kan worden. Als het netwerk bijvoorbeeld alleen uit ouder-kind-relaties bestaat is de kans kleiner dat men informatie over speciaal voor ouderen georganiseerde activiteiten verkrijgt, omdat vooral andere ouderen over deze informatie beschikken.

3. **contactfrequentie met netwerkleden** van het sociale netwerk. Dat wil zeggen, dat gekeken wordt naar hoe vaak heeft men contact met netwerkleden. Daarnaast kan gekeken worden of men meer contact heeft met familie dan met niet-familie en of men meer contact heeft met mensen die dicht bijwonen dan

⁵ Onder familie-relaties worden alle relaties met andere familieleden verstaan die geen kind zijn. Dat wil zeggen relaties met o.a. broers, neven, schoonouders.

met mensen die veraf wonen.

Bij deze benadering doet zich voor de operationalisering eenzelfde probleem voor als bij de operationalisering van sociaal isolement: bij welke contactfrequentie praten we over "sociaal isolement". Moet er ten minste een wekelijks contact zijn om mensen niet als "sociaal geïsoleerd" te beschouwen, of is ten minste een maandelijks contact voldoende om niet als "sociaal geïsoleerd" beschouwd te worden. De resultaten kunnen voor de twee mogelijke operationaliseringën aanzienlijk verschillen, daarom zal zoveel mogelijk de resultaten voor beide operationaliseringën gegeven worden.

4. functionaliteit van de (verschillende) relaties binnen het sociale netwerk. Schuyt c.s. (1990) onderscheiden relaties waarbij interrelationele functionaliteit⁶ het belangrijkste element is en relaties waarbij de nadruk ligt op instrumentele functionaliteit⁷. Hoewel de twee functionaliteiten theoretisch goed te onderscheiden zijn, zijn ze dat in de praktijk niet altijd. Een familielid kan bijvoorbeeld op bezoek komen, maar tegelijk ook wat boodschappen meenemen of helpen in de huishouding (Gorter, 1988).

Dit aspect zal overigens in dit onderzoek niet bestudeerd worden.

In dit onderzoek zullen de volgende aspecten worden onderzocht:

1. omvang sociale netwerk/deelnetwerken.
2. opbouw sociale netwerk/deelnetwerken.
3. contactfrequentie met verschillende netwerkgroepen.

Uitgangspunt voor dit onderzoek is de bestudering van sociaal isolement. Sociaal isolement wordt echter bepaald op basis van kenmerken van het sociale netwerk, zoals in termen van de omvang van het sociale netwerk. In de vragenlijst wordt ook niet rechtstreeks gevraagd naar sociaal isolement, maar wordt gevraagd om personen te noemen waarmee men omgaat of die erg belangrijk zijn voor de respondent.

⁶ interrelationele functionaliteit: "die vormen van omgang met elkaar, en die gezamenlijke activiteiten die niet instrumenteel zijn, maar de betreffende mensen wel een gevoel van integratie, van betrokkenheid en acceptatie kunnen geven. Te denken valt hierbij aan het samen ondernemen van vrijetijds-activiteiten" (Arts C.H. c.s., 1989; 51).

⁷ instrumentele functionaliteit: "activiteiten die praktisch resultaat opleveren, zoals het helpen in de huishouding of boodschappen doen" (Arts C.H. c.s., 1989; 51).

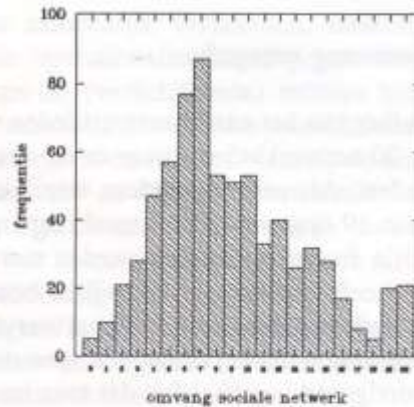
In de meeste onderzoeken wordt de partner als onderdeel van het sociaal netwerk beschouwd (o.a. Knipscheer en Antonucci, 1990, Van Sonderen, Ormel, Brilman en Van Linden Van Den Heuvel, 1990). Deze handelwijze zal ook in dit onderzoek gehanteerd worden. Sommige onderzoekers rekenen de partner niet tot het sociale netwerk (Knipscheer, 1980). In de tekst zal duidelijk worden aangegeven of de partner al dan niet tot het sociale netwerk wordt gerekend.

3.2.2 Sociaal isolement: omvang netwerk

In figuur 3.1 staat de verdeling van het aantal netwerkleden vermeld. Opvallend lijken de toppen bij 19 en 20 netwerkleden, maar in de vragenlijst was ruimte gelaten voor 19 netwerkleden. Als een respondent meer dan 19 netwerkleden had, kon hij/zij er toch maar 19 opgeven. Een aantal respondenten heeft er wel meer vermeld, maar die zijn in het onderzoek verder niet meegenomen. Een aantal respondenten ($n=4$) heeft deze vraag niet willen beantwoorden.

Daarnaast werd als de respondent gehuwd was, de partner nog aan het netwerk toegevoegd. Het gemiddelde aantal netwerkleden dat men noemde bedroeg 9,0. Dit gemiddelde is niet gecorrigeerd voor het feit dat men maar 19 netwerkleden kon noemen. Beter is het om te kijken naar de mediaan. Deze bedraagt 8.0 en wijkt niet veel af van het gemiddelde.

Figuur 3.1 Frequentieverdeling omvang sociaal netwerk



Vergelijking met ander onderzoek is niet goed mogelijk. De operationalisering in ons onderzoek wijkt namelijk af van die van ander onderzoek. Hoewel de operationalisering ontleend werd aan andere onderzoeken die bij het NCG lopen, o.a. onderzoek onder ouderen, onder mensen met reumatoïde artritis, onder mensen met multiple sclerose (MS) en mensen met kanker, werd het in ons onderzoek minder uitgebreid gevraagd. In ander onderzoek wordt per relatie-categorie (ouders, kinderen, kennissen etc.) nagegaan welke personen in deze categorie horen. In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van een algemene vraag (zie bijlage 2), zonder van te voren onderscheid naar relatie-categorie te maken.

In een latere paragraaf wordt per stadsdeel de verdeling voor sociaal isolement gegeven. In de navolgende tabel worden deze resultaten voor de zowel de verdeling naar burgerlijke staat als voor de stad als geheel gegeven. Uit de analyses blijkt 5% van de ouderen in de stad Groningen sociaal geïsoleerd te zijn. In een latere paragraaf zal bekeken worden of dit aan bepaalde wijken of

stadsdelen is toe te schrijven. Verder blijkt dat het percentage ernstig sociaal geïsoleerden onder gescheidenen en weduwen ongeveer tweemaal zo hoog is als onder gehuwden en ongehuwden.

Tabel 3.1 Verdeling sociaal isolement naar burgerlijke staat.

ernst sociaal isolement	burgerlijke staat				totaal %
	gehuwd %	gescheiden %	weduwe %	ongehuwd %	
ernstig	3	9	7	4	5
licht	48	64	62	71	56
niet	49	27	31	24	39
n=	361	33	279	45	718
missing					4

In de voorafgaande tabel werd het zeer streng criterium voor sociaal isolement gehanteerd. Als de grens bij 3 of minder gelegd zou worden, dan is 9% van de ouderen ernstig sociaal geïsoleerd. Als de grens bij 4 of minder gelegd zou worden, dan is 16% van de ouderen ernstig sociaal geïsoleerd.

3.2.3 Sociaal isolement: Opbouw sociaal netwerk

De opbouw van het sociale netwerk kan men op verschillende manieren bekijken. Men kan kijken of verschillende relatie vormen aanwezig zijn (Knipscheer, 1980) of naar het aantal mensen dat van een verschillende relatie-type aanwezig is of naar de percentages van de verschillende relatie-types. In dit onderzoek is gekeken naar alle drie de mogelijkheden. Knipscheer onderscheidt 8 verschillende typen relatievormen. Knipscheer heeft de relatie met de partner niet opgenomen in zijn bepaling van sociaal netwerk⁸. In de onderstaande tabel worden de resultaten van het onderzoek samen met de resultaten van het onderzoek van Knipscheer gegeven. Zoals uit de tabel blijkt heeft meer dan 50% van de ouderen contacten met alle andere relatievormen.

⁸ In de rest van deze paragraaf zal de operationalisering van het sociale netwerk van Knipscheer (1980) gehanteerd worden.

Van de ouderen heeft 11% alleen contacten met een relatievorm. Hun netwerk bestaat uitsluitend uit relaties met of kinderen (3%) of andere familieleden (3%) of met niet-familieleden (5%). Dit percentage is ongeveer twee maal zo groot als in het onderzoek van Knipscheer. Dat zou kunnen wijzen op een trend, maar het kan ook een gevolg zijn van verschillen in operationalisering. In dit onderzoek heeft 1% van de ouderen (n=9) helemaal geen contacten.

Tabel 3.2 Typen sociale netwerken in procenten.

	Knipscheer %	SIOG-onderzoek. %
Type I (alle relatie- vormen aanwezig)	57	53
Type II (kind- en familie- relaties)	14	10
Type III (kind en niet-familie- relaties)	4	10
Type IV (familie- en niet- familie-relaties)	20	14
Type V (kind-ouder relaties)	1	3
Type VI (familie-relaties)	3	3
Type VII (niet-familie- relaties)	1	5
Type VIII (geen relaties)	-	1

Er bestaat geen verschil in de verdeling van relatietypen tussen gehuwden, gescheidenen en weduwen/weduwaren ($\text{Chi}^2 = 12.8$, $\text{df} = 14$, $P = .548$). Indien nooit gehuwden betrokken worden in de analyse bestaat er wel verschil ($\text{Chi}^2 = 220.3$, $\text{df} = 21$, $P = .000$). Dit is te verwachten, omdat nooit gehuwden geen

kinderen hebben. Daardoor komen zij in type I, V en VI niet voor en zijn zij mogelijk een specifieke groep "at risk".

In de vorige tabel kan men alleen aflezen hoe vaak bepaalde combinaties van relatie-vormen aanwezig zijn. Hieruit kan men niet aflezen of een combinatie bestaat uit 3 kinderen, 4 familieleden en 1 niet-familieled of dat de combinatie bestaat uit 1 kind, 1 familieled en 1 niet-familieled.

Hierna zal gekeken worden naar het aantal personen van de verschillende relaties dat men in zijn netwerk heeft. In tabel 3.3 wordt van elke relatie het aantal personen van dat relatie-type (in percentages) aangegeven. Zo blijkt dat 23% van de ouderen geen kinderen in hun sociale netwerk heeft, maar dat 7% 5 of meer kinderen in hun sociale netwerk heeft.

Het valt op dat bijna 60% van de ouderen opgeeft geen contact met een buurman of buurvrouw te hebben. Deze bevinding is conform de bevindingen van Knipscheer (1980). Ook hij vindt dat veel ouderen geen burenen noemen. Dit komt mogelijk doordat veel ouderen burenen niet als burenen noemen, maar als kennissen of vrienden. Verder valt op dat circa 20% meer dan 4 familieleden of kennissen in hun sociale netwerk heeft.

Tabel 3.3 Percentages van de aantallen van de diverse relaties.

aantal	kinderen %	familie %	kennissen ⁹ %	burenen %
geen	23	18	28	59
1	20	15	15	16
2	25	17	18	14
3	17	15	11	5
4	8	9	8	5
5 of meer	7	25	20	1

⁹ Men zou zich kunnen afvragen of het onderscheid tussen burenen en kennissen wel gemaakt moet worden. Ook Knipscheer (1980; 65) stelt zich deze vraag. Hij concludeert dat dit onderscheid wel degelijk belangrijk is. De inhoud van de contacten met burenen en met kennissen verschilt nogal. Zo heeft men een grotere intimiteit met kennissen dan met burenen, maar vraagt men de burenen makkelijker om hulp. McCallister en Fischer (1978) hebben echter ernstige twijfels over de betrouwbaarheid van dat onderscheid.

In tabel 3.4 wordt nagegaan hoeveel procent een bepaalde relatievorm uitmaakt van het totale sociale netwerk. De percentages zijn uitsluitend, dat wil zeggen dat als iemand opgeeft dat 50% van zijn netwerk uit kinderen bestaat dat dan maximaal 50% overblijft voor de overige relaties.

Tabel 3.4 Aandeel relatie van netwerk.

percentage	kinderen %	familie %	kennissen %	buren %
0%	23	18	28	59
1 tot 25	37	22	25	27
26 tot 50	30	37	29	13
51 tot 99	8	20	15	1
100%	3	3	3	1

Ook uit tabel 3.4 blijkt dat een eenzijdig sociaal samengesteld netwerk niet zo veel voorkomt. Daartegenover staat dat in veel netwerken een van de categorieën niet aanwezig is.

Het percentage dat geen kinderen in het netwerk heeft, is zo groot, omdat een aanzienlijk deel van de ouderen (n=100) geen (in leven zijnde) kinderen (meer) heeft. Van de 613 ouderen die opgaven dat ze wel kinderen hadden, gaven 70 (11,4%) hun kind niet op als deel uitmakend van hun sociale netwerk.

3.2.4. Contacten met instellingen en deelname aan activiteiten

Tot nog toe werd alleen ingegaan op de relatie met familie, kennissen en burenen; daarnaast kan men ook contacten hebben met instellingen, organisaties etc. en deelnemen aan activiteiten zoals die georganiseerd worden door het SWOG. Deze contacten kunnen een bijdrage leveren aan het voorkomen en/of signaleren van sociaal isolement en eenzaamheid. Huisartsen en personen uit de instellingen kunnen signaleren of een oudere zeer eenzaam of sociaal geïsoleerd is en kunnen eventueel actie ondernemen.

Deelname aan activiteiten heeft tot gevolg hebben dat:

1. het sociaal isolement vermindert. Deelname aan activiteiten geeft de mogelijkheid om sociale relaties aan te knopen en
2. door de aanwezigheid van anderen (o.a. vrijwilligers van het SWOG) gesignaleerd kan worden of iemand eenzaam of sociaal geïsoleerd is. Ook deze personen hebben de mogelijkheid om maatregelen te zoeken waardoor

eenzaamheid en sociaal isolement kunnen worden verminderd. In ieder geval zal de kans, dat ouderen ongemerkt in de problemen komen of overlijden, afnemen.

In sommige gevallen kunnen buitenstaanders zoals huisartsen, vrijwilligers interviewers e.d. een objectiever beeld krijgen van eenzaamheid of sociaal isolement dan bijvoorbeeld familie. Een voorbeeld ontleend aan Townsend mag dit illustreren: "A widow, who was alone when interviewed, said she never was lonely. In fascinating contrast to this was a statement of one of her married daughters, who was interviewed independently. 'She's not too badly off. The most she complains of is loneliness'" (Townsend, 1980;182). Oftewel ouderen zullen tegen hun familie en kinderen eerder klagen over hun sociaal isolement en eenzaamheid dan tegenover buitenstaanders. De ouderen hebben er belang bij om aan de familie of kinderen duidelijk te maken dat ze vooral toch (vaak) langs moeten komen.

Het blijkt dat een groot aantal ouderen contacten heeft met instellingen of deelneemt aan activiteiten (zie tabel 3.5).

Tabel 3.5 Contact met instellingen en deelname aan activiteiten.

contact	instellingen		activiteiten	
	n	%	n	%
geen	50	9	243	34
wel	670	93	479	66
totaal	720	100	722	100
missing	3		1	

Allereerst zal nader gekeken worden naar de contacten van de respondenten met instellingen en organisaties.

Gevraagd werd hoe vaak respondenten met een aantal organisaties het afgelopen jaar contacten heeft gehad met o.a. huisarts, medisch specialist, SWOG, CAD, thuiszorg. Het afgelopen jaar heeft 93% (n=670) van de respondenten contacten gehad met een van bovengenoemde instellingen. In tabel 3.6 wordt een overzicht gegeven van de meest frequent bezocht organisaties, instellingen of personen.

Tabel 3.6 Contactfrequentie huisarts, overige medici en thuiszorg.

contact- frequentie	Huisarts		overige medici		thuiszorg	
	n	%	n	%	n	%
geen	87	12	331	46	603	84
1 a 2 per jaar	190	26	208	30	10	1
3 a 11 per jaar	316	44	151	21	12	1
1 a 3 per maand	120	17	24	3	16	2
1 a 6 per week dagelijks	8	1	7	1	62	9
	-	-	-	-	16	2
totaal	721	100	721	100	719	100
missing	2		2		4	

Uit tabel 3.6 blijkt dat de meeste contacten bestaan met de huisarts, gevolgd door contacten met overige specialisten. Hoewel er regelmatig contact is met overige specialisten, moet opgemerkt worden dat dit een verzameling van overige specialisten is variërend van tandarts, specialist in een ziekenhuis, zoals oogarts etc. en alternatieve geneeskundigen. Voor de thuiszorg geldt dat 84% daarmee geen contact heeft, maar van de ouderen die contact met de thuiszorg hebben, heeft 11% meer dan 1 maal per week contact.

Met de overige instellingen, organisaties hebben de respondenten minder contact dan met de thuiszorg. Dat wil zeggen dat minder dan 100 respondenten (maximaal 14%) contacten heeft met andere organisaties en instellingen.

Uit tabel 3.5 blijkt dat 34% van de ouderen aan geen enkele activiteit deelneemt, terwijl 66% wel aan een of meerdere activiteiten deelneemt. In tabel 3.7 zijn de activiteiten waaraan het meest deelgenomen wordt opgenomen.

Uit de tabellen 3.5 en 3.7 blijkt dat de voorkeuren van de ouderen voor de verschillende activiteiten sterk uiteen lopen. Per activiteit neemt maximaal 37% van de ouderen deel.

Tabel 3.7 Deelname meestbezochte activiteiten.

deelname- frequentie	sport		ontmoetings- groep		recreatieve activiteiten	
	n	%	n	%	n	%
geen	510	71	513	71	457	63
1 a 2 per jaar	12	2	11	2	10	1
2 a 11 per jaar	35	5	20	3	20	3
1 a 3 per maand	32	4	70	10	51	7
1 a 6 per week	117	16	99	14	180	25
dagelijks	16	2	9	1	4	1
totaal	722	100	722	100	722	100
missing	1		1		1	

Opvallend blijft dat een groot aantal ouderen (34%) niet deelneemt aan activiteiten die juist voor hen worden georganiseerd. Hierop wordt later nog teruggekomen.

Van de 706 ouderen die wel contacten met verschillende sociale deelnetwerken hebben, heeft 3% geen contacten met instellingen en neemt niet deel aan activiteiten. Voor de overige aantallen en percentages zie tabel 3.8.

Tabel 3.8 Kruistabel deelname activiteiten, contacten met instellingen, als er contact is met verschillende sociale deelnetwerken¹⁰.

		contacten instellingen, organisaties		n	%
		geen contact	wel contact		
deelname activiteiten	geen deelname	20	218	238	
		3%	31%		34%
	wel deelname	29	439	468	
		4%	62%		66%

Uit deze paragraaf zou men de **conclusie** kunnen trekken dat door contacten met instellingen en deelname aan activiteiten kan worden gesignaleerd of ouderen sociaal geïsoleerd of eenzaam zijn. "Slechts" een klein percentage heeft namelijk met geen van beide contact. Toch zou deze conclusie onjuist zijn: de contacten met instellingen en de deelname aan activiteiten zijn immers lang niet altijd frequent. Eén contact of deelname stelt bijvoorbeeld een huisarts of vrijwilligster van het SWOG niet in staat om te beoordelen of er sprake is van eenzaamheid of sociaal isolement. In de volgende paragraaf wordt hierop teruggekomen.

3.2.5 Sociaal isolement: Contactfrequentie

In de voorafgaande paragraaf is alleen gekeken of er contact was tussen de respondenten en hun sociale netwerk¹¹, instellingen of dat respondenten meededen aan activiteiten. Tot nog toe is niet gekeken naar de intensiteit van de contacten. In deze paragraaf wordt met name gekeken of respondenten maandelijks of wekelijks contact hebben met "iemand" of deelnemen aan activiteiten.

¹⁰ Sociaal (deel)netwerk is in deze tabel geoperationaliseerd zoals in het onderzoek van Knipscheer (1980), dat wil zeggen zonder partner.

¹¹ In deze en volgende paragrafen wordt de operationalisering van sociaal netwerk inclusief de partner gebruikt.

In tabel 3.9 wordt een overzicht gegeven van ten minste een wekelijks contact of deelname aan een activiteit. Opvallend is dat slechts een kleine groep ouderen (3%) geen wekelijks contact met het sociale netwerk heeft. Verder is opvallend dat een vrij groot aantal ouderen (47%) wel wekelijks deelneemt aan activiteiten.

Tabel 3.9 Overzicht ten minste wekelijks contact met sociaal netwerk, organisaties en instellingen en deelname aan activiteiten.

	wekelijks contact met of deelname aan:					
	sociaal netwerk		organisaties		activiteiten	
	n	%	n	%	n	%
geen contact	20	3	555	82	383	53
wel contact	696	97	166	23	339	47
totaal	716	100	721	100	721	100
missing	7		2		2	

In tabel 3.10 wordt een overzicht gegeven van tenminste eenmaal een maandelijks contact met het sociale netwerk en organisaties of instellingen en deelname aan activiteiten. Hier valt bijna een verdubbeling te zien van het aantal mensen dat contacten heeft met organisaties en instellingen. Er is nauwelijks sprake van een toename in het percentage ouderen dat ten minste een maal per maand aan een activiteit meedoet ten opzichte van het percentage ouderen dat ten minste wekelijks meedoet. Als men al meedoet, doet men dat toch vrij intensief.

Uit gegevens (niet getoond) blijkt dat 2 ouderen geen wekelijks contact heeft met sociale deelnetwerken, instellingen of organisaties en niet wekelijks deelneemt aan activiteiten. Terwijl 12 ouderen (2%) geen enkel maandelijks contact heeft.

Tabel 3.10 Overzicht ten minste maandelijks contact met sociaal netwerk, organisaties en instellingen en deelname aan activiteiten.

	maandelijks contact met of deelname aan:					
	sociaal netwerk		organisaties		activiteiten	
	n	%	n	%	n	%
geen contact	4	1	428	59	301	42
wel contact	712	99	293	41	421	58
totaal	716	100	721	100	721	100
missing	7		2		2	

In het voorafgaande is alleen gekeken in hoeverre er met tenminste 1 lid van het sociale netwerk contact bestond. In tabel 3.11 wordt gekeken in hoeverre sociaal isolement samenhangt met de intensiteit van de contacten. Met name belangrijk is om te weten welk percentage ernstig geïsoleerden ten minste wekelijks contact heeft met een netwerk lid.

Het blijkt dat 23% van de ernstig sociaal geïsoleerden (n=7) geen wekelijks contact hebben. Het percentage ouderen dat geen wekelijks bezoek krijgt neemt sterk af naarmate men minder geïsoleerd is. Opvallend is de ene persoon die niet sociaal geïsoleerd is, maar geen wekelijks contact heeft. Dit is waarschijnlijk zeer uitzonderlijk.

Tabel 3.11 Sociaal isolement en wekelijks contact.

sociaal isolement	Ten minste wekelijks contact.				totaal n
	nee		ja		
	n	%	n	%	
ernstig	7	23	24	77	31
licht	12	3	387	97	399
niet	1	1	282	99	283
totaal	20		693		713

Omdat slechts 4 ouderen (1%) ook geen maandelijks contact hebben is het niet zinvol, om de resultaten van de bovenstaande analyse voor sociaal isolement en maandelijks contact te geven (zie overigens 3.2.6).

3.2.6 Conclusies

Uit de analyses blijkt circa 5% van de ouderen sociaal zeer geïsoleerd te zijn. Voor de stad Groningen betekent dit dat circa 1150 ouderen sociaal zeer geïsoleerd zijn.

Van de sociaal zeer geïsoleerde ouderen heeft 23% geen wekelijks contact met een lid uit het sociale netwerk (zie tabel 3.11). Slechts één zeer geïsoleerde oudere heeft ook geen maandelijks contact met iemand uit zijn sociale netwerk. Van de nauwelijks geïsoleerde ouderen heeft circa 3% geen wekelijks contact met het sociale netwerk. Van zowel de licht geïsoleerden als de niet geïsoleerden heeft meer dan 95% ten minste eenmaal per week met een netwerklid contact.

Als ouderen contacten met organisaties en instellingen (professionals zoals huisarts, wijkverpleegkundigen etc.) hebben, dan kan eventueel gesignaleerd worden of ouderen sociaal geïsoleerd of eenzaam zijn. Het blijkt dat bijna 92% van de ouderen eens per jaar contact heeft met instellingen en organisaties. Eens per jaar zal echter niet voldoende zijn om een oordeel over de sociale geïsoleerdheid of eenzaamheid van een oudere te kunnen geven. Om een oordeel te kunnen geven zal een regelmatig, bijvoorbeeld ten minste eens per maand, contact nodig zijn. Uit de gegevens blijkt dat 41% van de ouderen ten minste eenmaal per maand contact heeft met instellingen. Echter men kan met verschillende organisaties contact hebben gehad. Uit tabel 3.5 blijkt dat 18% ten minste eenmaal per maand contact heeft met de huisarts en dat 13% ten minste eenmaal per maand contact heeft met de thuiszorg. Van de ouderen die zowel maandelijks contact met de huisarts als maandelijks contact met de thuiszorg heeft, heeft 16% met allebei maandelijks contact. Oftewel 26% van de ouderen heeft maandelijks contact met een of beide instellingen.

Deelname aan activiteiten kan twee verschillende consequenties hebben: enerzijds bestaat de mogelijkheid voor vrijwilligers om sociaal isolement of eenzaamheid te signaleren anderzijds bestaat de mogelijkheid voor de ouderen om contacten te leggen (en dus het sociale netwerk uit te breiden). Het blijkt dat bijna 50% van de ouderen (zie tabel 3.8) wekelijks deelnemen aan activiteiten, terwijl dit percentage zelfs oploopt naar bijna 60% als we kijken naar maandelijks deelname (zie tabel 3.9).

De meeste ouderen (53%) hebben contact met alle verschillende deelnetwerken

(zie tabel 3.2). Elf procent van de ouderen heeft contact met een enkel deelnetwerk, terwijl 1% van de ouderen (n=9) met geen enkel deelnetwerk contact heeft. Vijf van de ouderen die geen contact heeft met een deelnetwerk heeft echter een partner.

3.3 Eenzaamheid

In Nederland (De Jong-Gierveld en Van Tilburg, 1991), maar ook daarbuiten is veel onderzoek gedaan naar eenzaamheid. In Nederland gebruikt men voor de bepaling van eenzaamheid veelal de Eenzaamheidsschaal zoals die ontwikkeld is door De Jong-Gierveld (De Jong-Gierveld en Kamphuis, 1985 en De Jong-Gierveld, 1984). Deze schaal voldoet namelijk aan de strenge eisen die het dichotome Rasch-model aan items stelt. Ook in dit onderzoek werd van deze schaal gebruik gemaakt.

In figuur 3.2 is de verdeling weergegeven van de eenzaamheids-scores volgens de categorisering van De Jong-Gierveld. De gemiddelde score is 2.6. Dat wil zeggen dat er voor de stad als geheel nauwelijks sprake is van eenzaamheid.

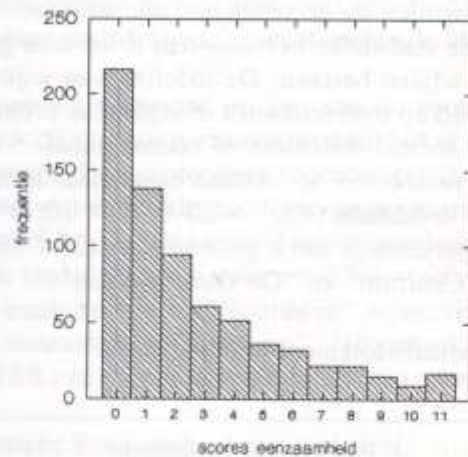
Uit figuur 3.2 blijkt verder zeer duidelijk dat de eenzaamheids-scores zeer scheef verdeeld zijn.

De gemiddelde score die in dit onderzoek gevonden is wijkt nauwelijks af van de resultaten van ander onderzoek bij ouderen. Bosma (1988) vond in een onderzoek bij 517 ouderen tussen 65 en 75 jaar in Eindhoven een gemiddelde score van 2.6 en Aben c.s (1989) vonden een gemiddelde van 2.7 bij 449 ouderen tussen 65 en 80 in de regio rond Geldrop en Valkenswaard. De standaard deviaties waren 2.9 respectievelijk 3.1.

Het lijkt erop dat minder ouderen zich eenzaam voelen dan menigeen denkt. Een reden zou kunnen zijn dat ouderen zich mentaal voorbereiden op bepaalde situaties die eenzaamheid zouden kunnen veroorzaken, zoals het overlijden van vrienden en kennissen.

In de volgende paragraaf wordt een overzicht gegeven van eenzaamheid per stadsdeel. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de indeling die door Bosma (1988) is gebruikt. In tabel 3.12 staat deze verdeling voor de stad als geheel.

Figuur 3.2 Verdeling eenzaamheidsschaal De Jong-Gierveld



Uit tabel 3.12 blijkt dat 9% zeer eenzaam en 19% matig eenzaam is. Geëxtrapoleerd voor de stad betekent dit dat ca. 2000 ouderen zich zeer eenzaam en dat ca. 4500 ouderen zich matig eenzaam voelen. In totaal ca. 6500 ouderen in de stad die eenzaamheidsgevoelens kennen.

Tabel 3.12 Overzicht eenzaamheidsscores in categorieën.

categorie:	n	%
niet eenzaam (score 0-3)	518	72
matig eenzaam (score 4-7)	141	19
zeer eenzaam (score 8-11)	63	9
totaal	722	100
missing	1	

3.4 Sociaal isolement, eenzaamheid en verdeling per wijken en stadsdelen

In deze paragraaf wordt ingegaan op de tweede probleemstelling van het onderzoek: verschillen de stadsdelen en/of de wijken in mate van sociaal isolement.

Allereerst zal ingegaan worden op de resultaten per stadsdeel. Als blijkt dat er geen verschillen tussen de stadsdelen bestaan, dan is het toch goed mogelijk dat er verschillen tussen de wijken bestaan. De indeling van wijken en/of buurten naar stadsdeel is gebaseerd op overeenkomst in algemene problematiek en heeft dus niets te maken met sociaal isolement of eenzaamheid.

Er blijken significante verschillen te bestaan in sociaal isolement tussen de verschillende stadsdelen te bestaan ($\text{Chi}^2 = 23.0$, $\text{df} = 10$, $p = .01$). Het blijkt dat in "Noorddijk" het percentage sterk geïsoleerden (2 of minder leden) drie maal zo hoog is als in "Centrum" en "De Oude Wijken".

Tabel 3.13 Overzicht sociaal isolement per stadsdeel.

stadsdeel	sociaal isolement			n
	ernstig %	licht %	niet %	
Centrum	3	56	41	126
Noorddijk	9	57	33	63
Groningen-Zuid	5	42	52	133
Hoogkerk	6	54	40	125
Noord-West	6	65	30	156
De oude wijken	3	58	39	108

Ook blijken er significante verschillen te bestaan in gemiddelde omvang van het netwerk tussen de stadsdelen ($F\text{-ratio} = 5.4$, $\text{df} = 5$ en 700 , $P = .0001$)¹². De stadsdelen die qua gemiddelde omvang het meest van elkaar verschillen zijn het

¹² Dit laatste resultaat moet met enig voorbehoud bekeken worden, omdat aan de assumptie van gelijke varianties binnen de groepen niet wordt voldaan. Dit blijkt uit de resultaten van de Barlett-toets (Barlett-Box $F = 3.44$, $P = .004$). Tot op heden werd in de standaard statistische programmatuur niet opgenomen de James-test, waarbij het toegestaan is om ongelijke varianties te hebben (Dijkstra, 1988).

stadsdeel "Groningen-Zuid" enerzijds en de stadsdelen "Noord-West" en "Noorddijk" anderzijds. Een reden voor dit verschil zou kunnen zijn dat de ouderen in "Noord-West" en "Noorddijk" minder lang in hun stadsdeel wonen dan mensen in "Groningen-Zuid", zodat zij minder lang in staat zijn geweest om een sociaal netwerk in hun buurt op te bouwen. Deze verklaring moet zeker niet uitgesloten worden, omdat mensen in de stadsdelen "Centrum" en "De oude Wijken" gemiddeld langer in hun stadsdeel wonen dan ouderen in de andere stadsdelen en in deze stadsdelen de percentages in de laagste categorie het laagst zijn.

Hoewel niet direct een antwoord op een van de probleemstellingen wordt in deze paragraaf ook de verdeling van eenzaamheid over de stadsdelen besproken. Dit omdat eenzaamheid de subjectieve tegenhanger is van sociaal isolement. In tabel 3.14 wordt een overzicht gegeven van eenzaamheid volgens de indeling van Bosma (zie tabel 3.13). Het verschil in eenzaamheid (categorisering volgens Bosma) tussen de stadsdelen is significant ($\chi^2 = 20.6$, $df = 10$, $p = .02$). Het percentage zeer eenzamen is in "Noorddijk" bijna vier maal zo hoog als het percentage zeer eenzamen in "Centrum", "Hoogkerk" en "Groningen-Zuid". "Noord-West" (13%) en "De oude wijken" (10%) nemen een middenpositie in.

Tabel 3.14 Overzicht Eenzaamheid per stadsdeel.

stadsdeel	Eenzaamheidsschaal De Jong-Gierveld			n
	niet eenzaam %	matig eenzaam %	zeer eenzaam %	
Centrum	77	18	5	126
Noorddijk	63	19	18	63
Groningen-Zuid	77	17	6	133
Hoogkerk	77	18	5	125
Noord-West	63	24	13	156
De oude wijken	69	21	10	108

De verschillen in gemiddelde eenzaamheid tussen stadsdelen zijn ook significant ($F = 3.5$, $df = 5$ en 700 , $P = .004$)¹³.

¹³ Ook hier geldt dat dit laatste resultaat met enig voorbehoud geïnterpreteerd moet worden, omdat ook hier de assumptie van

Echter was het met sociaal isolement en gemiddelde omvang sociaal netwerk redelijk duidelijk welke stadsdelen statistisch van elkaar te onderscheiden waren bij gemiddelde eenzaamheid is, waarschijnlijk ten gevolge van het niet-normaal verdeeld zijn van de scores op de Eenzaamheidsschaal, dat niet zo duidelijk¹⁴. De resultaten van de variantie-analyse wijzen overigens in dezelfde richting als de uitkomsten van de Chi²-toets.

3.5 Samenhang tussen sociaal isolement, omvang sociaal netwerk en eenzaamheid

Uit tabel 3.15 blijkt dat er samenhang bestaat tussen eenzaamheid en sociaal isolement. Dit is ondermeer duidelijk te zien aan de oplopende percentages per categorie eenzaamheid voor een sociaal netwerk met minder dan 3 netwerkleden en de aflopende percentages per categorie eenzaamheid voor een sociaal netwerk groter dan 9 netwerkleden.

De correlatie tussen eenzaamheidsgevoelens en omvang van het sociaal netwerk is $-.35$. Oftewel ongeveer 10% van eenzaamheidsgevoelens wordt verklaard door de omvang van het sociale netwerk.

Deze bevinding is in overeenstemming met ander onderzoek. Zo schrijft Townsend: "Despite their being a significant association (tussen sociaal isolement en eenzaamheid), about a half of the isolated an rather isolated said they were not lonely; over a fifth of the first group said they were" (Townsend, 1980; 182).

gelijke varianties geschonden wordt.

¹⁴ De Sheffe-methode geeft aan dat er niet twee stadsdelen te onderscheiden zijn. Uit de andere methoden voor multiple comparisons methoden (o.a. HSD- en Student-Neuman-Keuls methode) blijkt dat er verschil bestaat tussen het stadsdeel "Noorddijk" en de stadsdelen "Binnenstad", "Hoogkerk" en in een aantal methodes ook "Groningen-Zuid".

Tabel 3.15 Kruistabel eenzaamheid en sociaal netwerk.

sociaal isolement	Categorie eenzaamheid (volgens Bosma)		
	niet eenzaam %	min of meer eenzaam %	zeer eenzaam %
ernstig	2	8	19
nauwelijks	50	70	68
niet	48	21	13
totaal	100 (n=505)	100 (n=141)	100 (n=63)

($\chi^2=77.54$, $df=4$, $P=000$).

Volgens dezelfde auteur is één type "life event" fundamenteel voor eenzaamheidsgevoelens, namelijk het recente verlies van een "close relative", meestal de echtgeno(o)t(e) of een kind, door overlijden of verhuizing (Townsend, 1980; 183). In 5.3 wordt hierop teruggekomen.

3.6 Conclusies

In dit hoofdstuk werden algemene aspecten van sociaal isolement en eenzaamheid, de verdeling van sociaal isolement en van eenzaamheid per stadsdeel en de samenhang tussen sociaal isolement en eenzaamheid bestudeerd.

Uit de analyses blijkt dat circa 5% van de ouderen sociaal zeer geïsoleerd zijn. Voor de stad Groningen betekent dit dat circa 1150 ouderen sociaal zeer geïsoleerd zijn (voor de overige conclusies met betrekking tot sociaal isolement en enige nuances hierop zie 3.2.6).

Een overgrote meerderheid (72%) van de ouderen voelt zich niet eenzaam (zie tabel 3.12). Van de ouderen voelt 9% zich zeer eenzaam. Dit laatste betekent dat in de stad Groningen circa 2000 ouderen zich zeer eenzaam voelen.

Er bestaat een duidelijk verband tussen sociaal isolement en eenzaamheidsgevoelens (zie tabel 3.15). Naarmate men meer sociaal geïsoleerd is, heeft men een grotere kans om zich eenzaam te voelen. Op basis van onze gegevens zijn er in de stad Groningen circa 400 ouderen die zowel ernstig sociaal geïsoleerd zijn als zich zeer eenzaam voelen.

De correlatie tussen eenzaamheidsgevoelens en omvang van het sociale netwerk is $-.35$. Naarmate het sociale netwerk groter is, zijn de eenzaamheidsgevoelens

minder.

Tussen de verschillende stadsdelen bestaan verschillen in zowel sociaal isolement (zie tabel 3.13) als eenzaamheid (zie tabel 3.14). Met name het stadsdeel "Noorddijk" valt op, omdat daar zowel het hoogste percentage 'sociaal geïsoleerden' (9%) als het hoogste percentage 'zeer eenzamen' (18%) gevonden werd. In het stadsdeel "Centrum" werd de laagste percentages gevonden, namelijk 3% sociaal geïsoleerden en 5% zeer eenzamen. In "Noorddijk" is het percentage sociaal geïsoleerden driemaal zo groot als in de stadsdelen "Centrum" en "De oude wijken" en het percentage 'zeer eenzamen' is bijna viermaal zo groot als in de stadsdelen "Centrum", "Hoogkerk" en "Groningen-Zuid".

HOOFDSTUK 4: GEZONDHEID, ONVEILIGHEID EN BELANG VAN CONTACTEN

4.1 Inleiding.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op een aantal aspecten die een belangrijke rol kunnen spelen bij sociaal isolement en/of eenzaamheid. De aspecten die in dit hoofdstuk besproken worden zijn:

1. Lichamelijke en geestelijke gezondheid,
2. Onveiligheidsgevoelens, directe en indirecte ervaringen met beroving en/of inbraak.
3. Het belang dat gehecht wordt aan het hebben van contacten.

In 4.2.1 wordt ingegaan op de algemene gezondheid van de ouderen, in 4.2.2 wordt ingegaan op de gezondheid van ouderen als het gaat om het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en op de mentale gezondheid van ouderen. In 4.3 wordt ingegaan op de sociale omgang (als onderdeel van "sociale steun") van ouderen en op het belang dat ze daaraan hechten. In 4.4.1 worden de directe en indirecte ervaringen van ouderen met beroving en/of inbraak besproken. Tevens wordt gekeken hoe veilig ouderen hun eigen buurt vinden. In 4.4.2 wordt gekeken of hierin belangrijke verschillen tussen de wijken bestaan.

In dit hoofdstuk wordt alleen gekeken naar de frequentie-verdelingen van deze aspecten en of er verschillen in deze aspecten bestaan tussen stadsdelen en/of wijken. In dit hoofdstuk zal alleen aangegeven worden of er ook verschillen per wijk bestaan.

De beschrijving van de vragen en/of schalen en de verwijzingen naar de literatuur staan in paragraaf 2.3.

4.2 Gezondheid

4.2.2 Algemene gezondheid

Het was de bedoeling om de algemene gezondheid te meten met de gezondheidsperceptie-schaal¹⁵ (een subschaal van de MOS-algemene gezondheidsschaal) (zie 2.3 en bijlage 4). Volgens Stewart c.s. (1988) behoren

¹⁵ Het gebruik van een set items die een schaal vormen is te verkiezen boven één item, omdat, zoals Stewart c.s. schrijven: 'In general, single-item measures are less satisfactory than multi-item scales because single items are generally less precise, less reliable, and less valid (Stewart c.s., 1988; 724).

deze vragen over algemene gezondheid tot een en dezelfde schaal. In een door ons uitgevoerde Mokken-schaalanalyse¹⁶ bleek dat niet zo te zijn. De eerste vraag (zie bijlage 2: MOS1) werd niet in de schaal opgenomen. Hoewel het stellen van slechts een vraag niet voldoende is (zie voetnoot 15), zullen wij in Tabel 4.1 de resultaten van dit gezondheidsitem geven. Met behulp van dit item werden de respondenten gevraagd om hun eigen gezondheid te beoordelen, variërend van slecht tot uitstekend. Het blijkt dat meer dan de helft (65%) van de ouderen hun gezondheid als goed tot uitstekend beoordeeldt. Bijna éénderde beoordeelt de eigen gezondheid als redelijk en 5% als slecht. Er blijken geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen te bestaan ($\text{Chi}^2 = 3.20$, $\text{df}=5$, $P = .67$).

Tabel 4.1 Beoordeling eigen gezondheid.

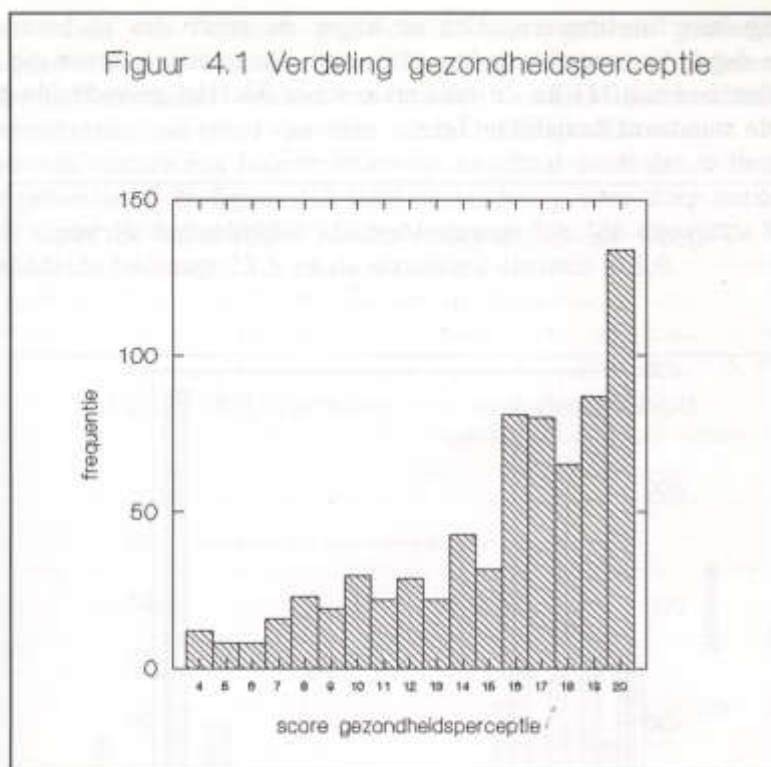
	n	%
uitstekend	87	12
erg goed	81	11
goed	300	42
redelijk	218	30
slecht	33	5
totaal	719	100
missing	4	

De overige 4 vragen van de gezondheidsperceptiesubscala uit de MOS-schaal vormen een "sterke schaal" ($H = .55$). Deze schaal heeft een goede betrouwbaarheid ($\rho = .86$).

De verdeling voor de algemene gezondheidsscores (4 items uit de Mokken-schaalanalyse) staat in figuur 4.1.

¹⁶ zie bijlage 4.

Figuur 4.1 Verdeling gezondheidsperceptie



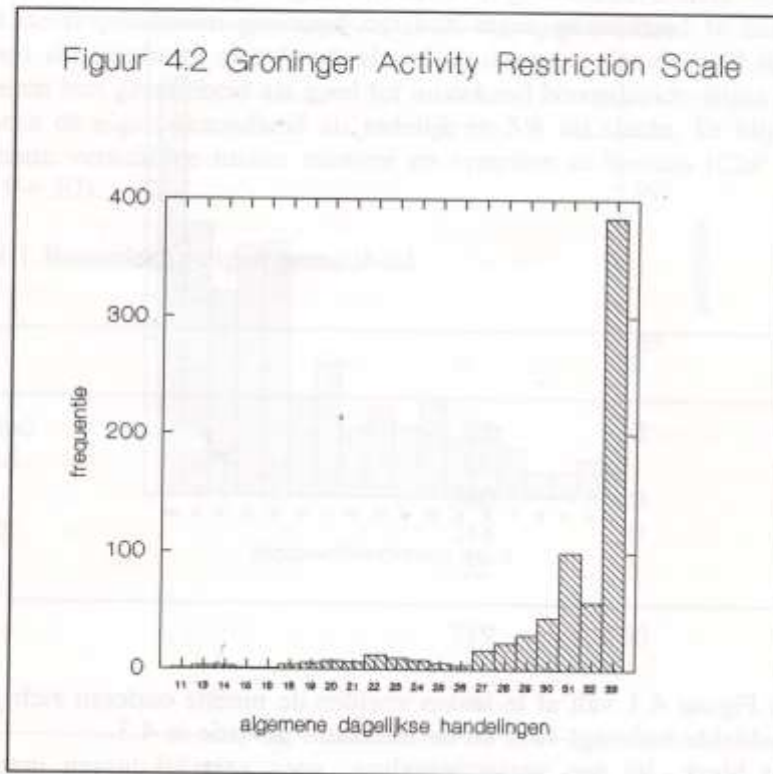
Zoals uit Figuur 4.1 valt af te leiden voelden de meeste ouderen zich gezond. Het gemiddelde bedraagt 15.5 en de standaard deviatie is 4.3. Ook hier bleek, bij een variantieanalyse, geen verschil tussen mannen en vrouwen te bestaan. ($F=2.12$, $df=1$ en 709 , $P=.1449$). De correlatie tussen de gezondheids-perceptieschaal en het gezondheidsitem is .65.

4.2.3 Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) en mentale gezondheid

Het begrip "algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)" werd gemeten met vragen uit de Groningen Activity Restriction Scale (zie 2.3 en bijlage 2). Volgens eerder onderzoek vormen deze items een sterke Mokken-schaal (zie bijlage 3). Ook in dit onderzoek bleken de items een sterke Mokken-schaal te vormen ($H=.66$ en betrouwbaarheid, $\rho=.92$).

De somscore voor de vragen uit de schaal geeft aan in welke mate iemand

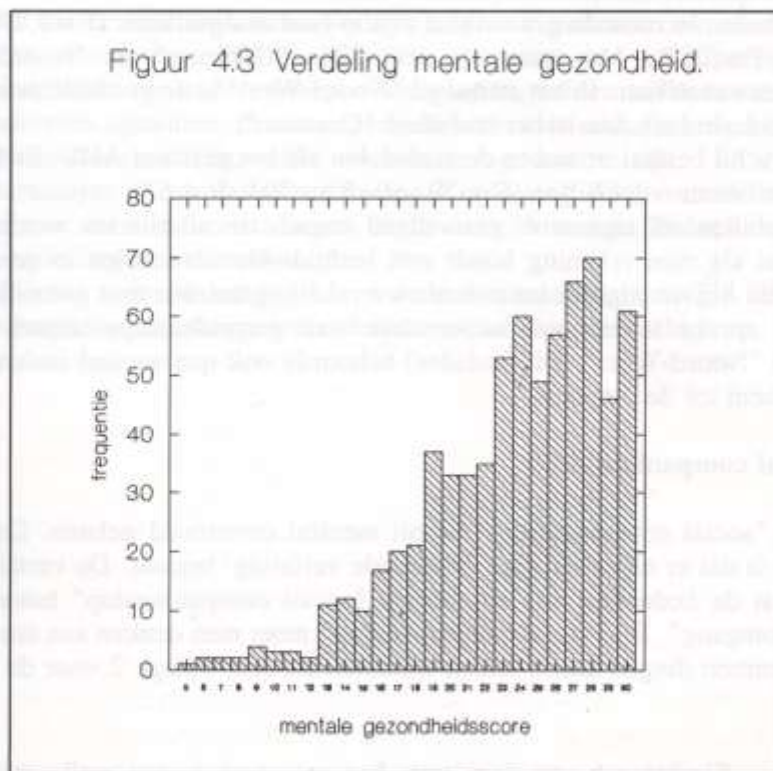
zelfstandig kan functioneren. Des te hoger de score des te beter iemand algemene dagelijks handelingen kan uitvoeren. De minimale score die behaald kan worden bedraagt 11 en de maximale score 33. Het gemiddelde bedraagt 30.9 en de standaard deviatie is 3.6.



Zoals uit figuur 4.2 duidelijk blijkt heeft de overgrote meerderheid van de ouderen in de steekproef geen ADL-problemen, zoals gezicht en handen wassen, in en uit bed komen etc. Sommige ouderen hadden wel moeilijkheden om trap te lopen, buitenshuis te lopen of om hun voeten en teennagels te verzorgen. Uit nadere analyse bleek dat er een significant verschil bestond tussen mannen en vrouwen ($F=5.46$, $df=1$ en 715 , $P=.01$). Mannen (gem. = 31.4) hebben iets minder ADL-problemen dan vrouwen (gem.=30.7). Dit verschil verdwijnt echter als rekening wordt gehouden met leeftijd. Het blijkt dat als men ouder wordt men meer ADL-problemen heeft en dat er geen verschil in ADL tussen mannen en vrouwen van gelijke leeftijd bestaat.

Voor het meten van "mentale gezondheid" werd gebruik gemaakt van de mentale gezondheidssubschaal uit de MOS-schaal bestaande uit 5 items (zie 2.3 en bijlage 3). Deze schaal voldoet aan de eisen van de Mokken-schaal ($H = .38$ en de betrouwbaarheid (ρ) van deze schaal bedraagt $.85$).

Naarmate een oudere een hogere score op de schaal heeft des te beter is zijn mentale gezondheid. In figuur 4.3 staat de verdeling voor deze variabele. De minimale score die behaald kon worden bedraagt 5 en de maximale score 30. Het gemiddelde bedraagt 23.5 en de standaard deviatie is 5.0.



Een klein percentage (3%) van de ouderen heeft ernstige mentale gezondheidsproblemen (scores 5 t/m 12) en een deel van de ouderen (27%) heeft enige mentale gezondheidsproblemen (score 13 t/m 21). 70% van de ouderen heeft geen mentale gezondheidsproblemen (score 22 t/m 30).

Evenals voor ADL geldt dat er met betrekking tot mentale gezondheid, verschillen bestaan tussen mannen en vrouwen. Ook als rekening wordt

gehouden met leeftijd blijven er significante verschillen tussen mannen en vrouwen bestaan. Toch moet dit verschil niet overtrokken worden, want het gemiddelde voor mannen is 24.6 en voor vrouwen 22.9.

4.2.4 Gezondheid per stadsdeel

Er bestaan zowel voor algemene gezondheid als voor mentale gezondheid verschillen tussen de stadsdelen. De verschillen in algemene gezondheid zijn echter niet groot ($F=2.27$, $df=5$ en 698 , $P=.045$). Dit blijkt ook uit de resultaten van de multiple comparisons tests¹⁷.

De verschillen in mentale gezondheid zijn eveneens significant ($F=2.89$, $df=5$ en 697 , $P=.013$). Met name de stadsdelen "Centrum" en "Noord-West" verschillen van elkaar. In het stadsdeel "Noord-West" is de gemiddelde mentale gezondheid slechter dan in het stadsdeel "Centrum".

Geen verschil bestaat er tussen de stadsdelen als het gaat om ADL. Er bestaan geen significante verschillen ($F=.70$, $df=5$ en 704 , $P=.63$).

De verschillen in algemene gezondheid tussen de stadsdelen worden niet significant als men rekening houdt met leeftijd. De verschillen in geestelijke gezondheid blijven significant ook als we rekening houden met gezondheid.

Er blijkt sprake te zijn van accumulatie van gezondheidsproblemen in het stadsdeel "Noord-West". Dit stadsdeel behoorde ook qua sociaal isolement en eenzaamheid tot de "toppers".

4.3 Social companionship

De term "social companionship" wordt meestal onvertaald gelaten. De reden daarvoor is dat er eigenlijk geen 'dekkende vertaling' bestaat. De vertaling die het dichtst de bedoeling van het begrip "social companionship" benadert is "sociale omgang". Bij "social companionship" moet men denken aan termen als gezellig samen dingen doen, samen winkelen etc (zie bijlage 2 voor de vragen

¹⁷ Slechts een van deze tests kan aangeven tussen welke wijken er significante verschillen bestaan. Het betreft hier de Least Significant Difference-test. Deze test houdt er geen rekening mee dat er tegelijk meerdere vergelijkingen worden gemaakt. Dat wil zeggen deze test geeft verschillen aan die er in werkelijk niet hoeven te zijn. Deze test wijst significante verschillen aan tussen enerzijds het stadsdeel "Noord-West" en anderzijds de stadsdelen "Hoogkerk", "Centrum" en "De Oude Wijken". De overige tests kunnen niet aangeven welke wijken significant van elkaar verschillen.

die aan de ouderen gesteld zijn om dit aspect te meten. Dit geeft een indruk van wat onder het begrip "social companionship" verstaan moet worden). Social companionship wordt verondersteld deel uit te maken van het algemene begrip "sociale steun".

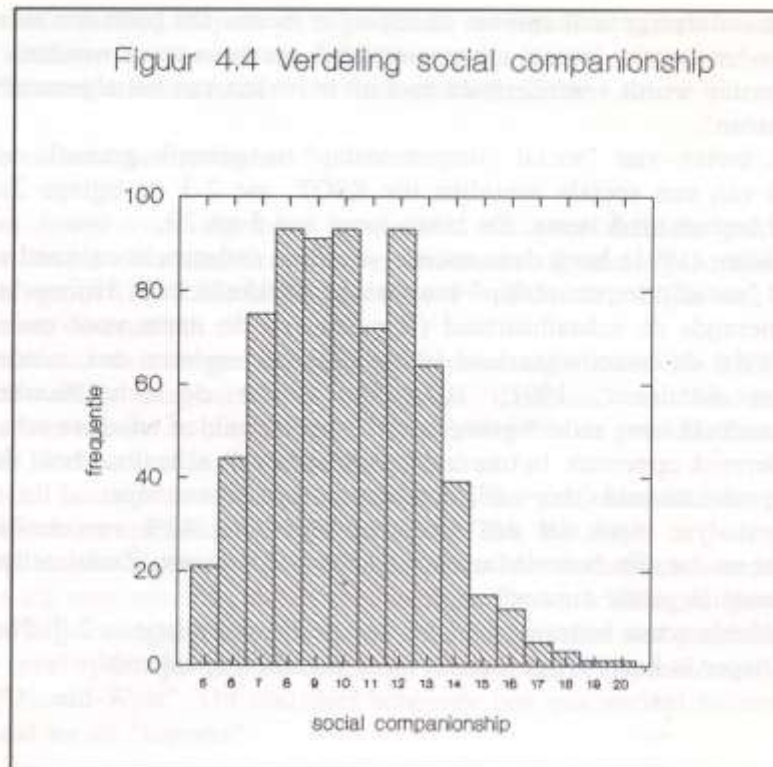
Voor het meten van "social companionship" is gebruik gemaakt van een subschaal van een sociale steunlijst (de SSQT, zie 2.3 en bijlage 2). Deze subschaal bestaat uit 5 items. De range loopt van 5 tot 20.

Van Sonderen (1991) heeft deze sociale steunlijst onderzocht en vond voor de subschaal "social companionship" een zwakke Mokkenschaal. Hij merkt echter op dat enerzijds de schaalbaarheid ($H=.25$) van de items voor ouderen en anderzijds dat de betrouwbaarheid ($\rho=.62$) voor ouderen ook minder goed zijn (Van Sonderen, 1991; 107-108). Omdat de schaalbaarheid en betrouwbaarheid voor andere groepen wel goed is, wilden wij deze schaal toch in dit onderzoek opnemen. In ons onderzoek bleken de schaalbaarheid ($H=.28$) en de betrouwbaarheid ($\rho=.68$) ook aan de lage kant te zijn.

Uit factoranalyse bleek dat een één-factor oplossing 43% van de variantie verklaarde en dat alle factorladingen hoger dan .35 waren. Zodat er sprake is van een onderliggende dimensie.

De gemiddelde score bedraagt 10.1 en de standaard deviatie is 2.7. Naarmate de score hoger is heeft/krijgt iemand meer social companionship.

Figuur 4.4 Verdeling social companionship



Het blijkt dat vrouwen (gem. 10.3) meer "social companionship" hebben dan mannen (gem. 9.7) ($F=6.40$, $df=1$ en 720). Dit verschil verdwijnt niet als voor leeftijd wordt gecorrigeerd. Integendeel dan wordt het effect van geslacht juist signifikanter.

In de vragenlijst werd niet alleen gevraagd naar hoeveel "social companionship" men heeft/krijgt, maar ook werd gevraagd hoe belangrijk men "social companionship" vindt. Van de ouderen vindt 77% het belangrijk dat men "social companionship" heeft/krijgt (zie tabel 4.2).

Nadere analyse leert dat vrouwen het hebben van "social companionship" belangrijker vinden dan mannen ($\text{Chi}^2=20.9$, $df=3$, $P=.0001$). Het kan zijn dat mannen gemiddeld minder "social companionship" krijgen en dat ze dit daarom minder belangrijk gaan vinden. Het kan ook zo zijn dat mannen hun hele leven al gewend zijn om op informele wijze minder met anderen samen te doen en dat ze er daarom minder om geven.

Tabel 4.2 belang social companionship.

belang social companionship	n	%
erg belangrijk	287	40
redelijk belangrijk	267	37
een klein beetje belangrijk	100	14
onbelangrijk	67	9
totaal	721	100

missing (n=2)

4.4 Onveiligheid, directe en indirecte ervaringen met beroving en/of inbraak

4.4.1 Veiligheid en criminaliteit

Aan ouderen werd gevraagd of ze de laatste 12 maanden wel eens (bijna) te maken hadden met een inbraak of beroving. In tabel 4.3 zijn de resultaten weergegeven.

Tabel 4.3 Slachtoffer inbraak en/of beroving geweest.

	n	%
ja	72	10
nee	650	90
totaal	722	100
missing	1	

Opvallend is toch het hoge percentage ouderen (10%) dat aangeeft in de afgelopen 12 maanden (bijna) het slachtoffer te zijn geweest van een inbraak of beroving. Dit resultaat betekent dat circa 2300 ouderen in de stad Groningen de afgelopen 12 maanden zelf een (poging tot) beroving of inbraak heeft meegemaakt.

Gevraagd is naar beroving of inbraak in de afgelopen 12 maanden, over een langere periode gemeten zal dit percentage ongetwijfeld hoger zijn. Tijdens de interviews werd een aantal malen aangegeven dat men wel beroofd was, maar dat dit meer dan 12 maanden geleden was gebeurd.

Een belangrijke invloed op gevoelens van onveiligheid zullen de verhalen van anderen over hun ervaringen met criminaliteit hebben. Daarom werd in het onderzoek gevraagd of men van andere personen gehoord had, dat zij in de afgelopen 12 maanden een (poging) tot inbraak of beroving hadden meegemaakt. De resultaten staan in tabel 4.4.

Het blijkt dat ongeveer eenderde van de ouderen van anderen gehoord heeft dat zij een (poging) tot inbraak of beroving hebben meegemaakt.

Tabel 4.4 Gehoord beroving en/of inbraak

	n	%
ja	223	31
nee	498	69
totaal	721	100
missing	2	

In tabel 4.5 wordt de verdeling voor de verschillende categorieën van veiligheidsgevoel over de buurt gegeven.

Tabel 4.5 Veiligheidsgevoel in de buurt.

	n	%
zeer veilig	258	36
redelijk veilig	389	54
niet zo veilig	56	8
zeer onveilig	16	2
totaal	719	100
missing	4	

Het blijkt dat het merendeel van de mensen (90%) zich (redelijk) veilig in de eigen buurt voelt. Er bestaat echter wel een significant verschil tussen mensen die zelf een (poging tot) inbraak of beroving hebben meegemaakt en zij die dat niet hebben. Ouderen die een (poging tot) beroving hebben mee gemaakt zeggen minder vaak dat ze zich "zeer veilig" voelen en vaker dat ze zich "zeer onveilig" voelen. Ook ouderen die dit van anderen gehoord hebben voelen zich minder veilig in hun eigen buurt, dan zij die niet zulke verhalen gehoord hebben.

Uit nadere analyses bleek dat er in de onveiligheidsgevoelens en de directe en indirecte ervaringen geen verschil tussen mannen en vrouwen bestonden (alle $\text{Chi}^2 < 2.5$ en alle $P > .30$). Dit is voor de veiligheidsgevoelens wellicht enigszins opmerkelijk, omdat men zou kunnen verwachten dat vrouwen zich minder veilig zouden voelen dan mannen; dat blijkt dus niet zo te zijn.

4.4.2 Criminaliteits- en onveiligheidsgevoelens per stadsdeel

De meesten van ons zijn wel op de hoogte met de geruchten dat in bepaalde wijken c.q. stadsdelen bijvoorbeeld Beijum veel criminaliteit heerst.

Opvallend mag dan de bevinding uit dit onderzoek zijn dat er als het om (pogingen tot) inbraak en beroving gaat er geen verschillen tussen de afzonderlijke stadsdelen bestaan. Wel bestaan er verschillen in de indirecte kennis over (pogingen tot) inbraak en beroving (zie tabel 4.6). Het blijkt dat met name in het Stadsdeel "Noorddijk" meer ouderen gehoord hebben dat anderen een (poging tot) inbraak of beroving hebben meegemaakt.

In het algemeen heeft in een wijk een kwart tot een derde van anderen gehoord dat die te maken hebben gehad met een (poging tot) inbraak of beroving.

Tabel 4.6 Indirecte kennis beroving en/of inbraak per stadsdeel.

Stadsdeel	percentage		n
	ja	nee	
Centrum	33	87	126
Noorddijk	43	57	63
Groningen-Zuid	27	73	135
Hoogkerk	22	78	125
Noord-West	32	68	158
De Oude Wijken	36	64	107
			(n=714)

($\chi^2 = 11.3$, $df=5$, $P=.04$).

Waarschijnlijk spelen demografische factoren hierin een grote rol. In het stadsdeel "Noorddijk" wonen de ouderen geconcentreerd in een aantal bejaardenflats, terwijl in het stadsdeel "De Oude Wijken" de ouderen een hoger dan gemiddeld percentage van de bevolking uitmaken en redelijk geconcentreerd wonen. In de stadsdelen "Hoogkerk" en "Groningen-Zuid" wonen de ouderen juist meer verspreid over de wijk. In "Noorddijk" en "De Oude Wijken" hebben de ouderen door het feit dat ze dichter bij elkaar wonen een grotere kans om met een andere oudere te praten en is de kans dat men dus van anderen iets over berovingen of inbraken hoort groter.

Ook verwacht zou mogen worden dat er verschillen tussen de stadsdelen te vinden zouden zijn als het gaat over de veiligheidsgevoelens met betrekking tot de buurt. Dit verschil werd in dit onderzoek niet geconstateerd.

De resultaten voor de wijken waren conform de resultaten van de analyses op stadsdeelnivo: geen verschillen voor de ervaringen met (pogingen tot) inbraak en/of beroving en geen verschillen in de mate waarin men zich veilig vond in de buurt, maar wel verschillen in de mate waarin men van anderen gehoord had dat ze een (poging tot) inbraak en/of beroving hadden meegemaakt.

4.5 Conclusies

In dit hoofdstuk werd gekeken naar de verdeling van een aantal factoren die mogelijk van invloed zijn op eenzaamheid en sociaal isolement c.q. omvang van het sociale netwerk. Tevens werd gekeken of er voor deze factoren verschillen

bestonden tussen verschillende stadsdelen en wijken. Voor de gezondheidsaspecten werd ook gekeken of er verschillen bestonden tussen mannen en vrouwen.

De meeste ouderen (65%) in het onderzoek voelden zich goed gezond (zie Figuur 4.1). Er blijkt geen verschil in algemene gezondheid tussen mannen en vrouwen te bestaan.

De mentale gezondheid van de meeste ouderen (70%) is goed, een klein percentage van de ouderen (3%) heeft echter ernstige problemen met de mentale gezondheid. Mannen hebben gemiddeld minder mentale problemen dan vrouwen. Maar hoewel het verschil statistisch significant is, is dit verschil niet echt groot te noemen (zie 4.2.3) en verdwijnt ze niet als er gecorrigeerd wordt voor leeftijd.

De overgrote meerderheid van de ouderen heeft geen ADL-problemen (zie Figuur 4.2). Dit blijkt ook uit de hoge gemiddelde score van 30.9 (maximum=33). Er bestaan verschillen tussen mannen en vrouwen in ADL-problematiek, maar dit verschil verdwijnt als gecorrigeerd wordt voor leeftijd. Dat wil zeggen dat naar mate men ouder wordt men meer ADL-problemen heeft, omdat vrouwen echter gemiddeld ouder zijn dan mannen, zal in de groep met ADL-problematiek vrouwen meer vertegenwoordigd zijn dan mannen.

Tussen de afzonderlijke stadsdelen bestaan er verschillen in algemene gezondheid en mentale gezondheid, maar niet in ADL-problematiek. De verschillen in zowel mentale als algemene gezondheid zijn vooral te danken aan de verschillen in algemene gezondheid en geestelijke gezondheid tussen de stadsdelen "Centrum" en "Noord-West". Ouderen in het stadsdeel "Centrum" hebben een betere algemene gezondheid en een betere geestelijke gezondheid dan ouderen in het stadsdeel "Noord-West". De verschillen in algemene gezondheid worden niet significant als rekening wordt gehouden met leeftijd. Ze blijven voor geestelijke gezondheid wel significant als we rekening houden met leeftijd.

De ouderen hebben een gemiddelde score van 10.1 op "social companionship", terwijl de maximale score 20 bedraagt. Er zijn maar heel weinig ouderen die veel "social companionship" hebben of krijgen (zie Figuur 4.4). Vrouwen (gemiddelde 10.3) krijgen significant meer "social companionship" dan mannen (gemiddelde 9.7), maar hoewel het verschil statistisch significant is, is het verschil in absolute score toch niet erg groot.

Van de ouderen heeft 10% in de afgelopen 12 maanden een (poging tot) inbraak of beroving meegemaakt en heeft eenderde van de ouderen van anderen gehoord dat die een (poging tot) inbraak of beroving hebben meegemaakt. Het aantal van 10% was voor ons een (onaangename) verrassing. Het maakte overigens geen verschil of men man of vrouw was.

De overgrote meerderheid van de ouderen (90%) voelt zich (redelijk) veilig in

de buurt waar ze wonen. Terwijl 2% zich niet veilig voelt in de buurt waar ze wonen. Ook hier was er geen verschil te constateren tussen vrouwen en mannen.

Een opmerkelijk resultaat uit het onderzoek was dat er geen verschil bestond in de (pogingen tot) inbraak of beroving voor de verschillende stadsdelen. Men zou hebben kunnen verwachten dat in een stadsdeel als "Noorddijk", waarvan gezegd wordt dat het daar zo onveilig is, aanmerkelijk meer (pogingen tot) inbraak of beroving zou(den) zijn dan in andere stadsdelen. Dit blijkt dus niet het geval te zijn. Overigens kan deze conclusie wel beïnvloed zijn door de non-response. Het kan zijn dat ouderen in bepaalde wijken geweigerd hebben om mee te doen, omdat ze het slachtoffer zijn geweest van een beroving of inbraak. Een tweede opmerkelijke bevinding is dat er geen verschillen bestaan in de veiligheidsgevoelens met betrekking tot de buurt waar men woont tussen de verschillende stadsdelen.

Het enige verschil in de criminaliteitsvragen tussen de stadsdelen was in hoeverre men van anderen gehoord had over (pogingen tot) inbraak of beroving. Vooral het percentage in "Noorddijk" was hoger (zie tabel 4.6). Dit zal te maken hebben met hoe verspreid over de wijk de ouderen wonen. Dit heeft namelijk tot gevolg dat er meer communicatie c.q. "praatjes" in zo'n wijk/stadsdeel zijn dan in andere wijken/stadsdelen.

HOOFDSTUK 5: SOCIAAL ISOLEMENT, OMVANG SOCIALE NETWERK EN EENZAAMHEID: VERBANDEN MET ANDERE FACTOREN

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt onderzocht welke verbanden er bestaan tussen sociaal isolement, omvang sociale netwerk, of eenzaamheid en een aantal andere factoren. Een aantal analyses zal worden uitgevoerd met omvang van het sociale netwerk in plaats van met sociaal isolement. Hiervoor zijn een tweetal statistische redenen¹⁸. De eerste reden staat vermeld in voetnoot 18. De tweede reden is dat als we in plaats van de trichotome sociaal isolementsvariabele de analyses uitvoeren voor de omvang van het sociale netwerk dan krijgen we een correcter beeld.

In 5.2 wordt een correlatiematrix van omvang van het sociale netwerk, eenzaamheid, gezondheidsaspecten en geslacht gegeven.

In 5.3 wordt onderzocht of er verbanden bestaan tussen een aantal demografische factoren (geslacht, burgerlijke staat en leeftijd) en sociaal isolement of omvang van het sociale netwerk en eenzaamheid. In deze paragraaf worden net als in hoofdstuk 3 de resultaten gegeven van twee verschillende analyse-methoden (zie hoofdstuk 3 en 2.3).

In 5.4 wordt gekeken of er verbanden bestaan tussen de verschillende gezondheidsaspecten, die in hoofdstuk 4 behandeld werden, en sociaal isolement en eenzaamheid. In deze paragraaf wordt gebruik gemaakt van regressieanalyse.

In 5.5 zullen de uitkomsten van analyses, waarbij alle factoren, die afzonderlijk in de 2 daaraan voorafgaande paragrafen zijn geanalyseerd, besproken worden. In deze paragraaf worden de conclusies naar aanleiding van de analyse gegeven. De resultaten staan in bijlage 6 en zijn bestemd voor diegenen die vertrouwd zijn met statistische analyses (covariantie-analyses).

In 5.6 wordt gekeken naar de verbanden tussen onveiligheidsgevoelens en eenzaamheid en sociaal isolement en of er verband bestaat tussen het deelnemen aan activiteiten, de wens om aan (meer) activiteiten deel te nemen, eenzaamheid en omvang van het sociale netwerk.

¹⁸ De statistische reden heeft te maken met het meetnivo dat de variabele sociaal isolement en omvang van het sociale netwerk hebben. Sociaal isolement heeft een ordinaal nivo en omvang van het sociale netwerk een ratio nivo. Voor een variabele op ordinaal nivo zijn slechts een beperkt aantal analyse technieken beschikbaar, waarbij het niet mogelijk is om analyses uit te voeren met o.a. de gezondheidsaspecten en leeftijd (Zie Dobson, 1986; 3).

De conclusies van dit hoofdstuk staan in 5.7.

5.2 Correlaties tussen een aantal factoren, eenzaamheid en omvang van het sociale netwerk

In tabel 5.1 worden de correlaties tussen leeftijd, geslacht, inkomen, opleiding, eenzaamheid, omvang van het sociale netwerk en de verschillende gezondheidsaspecten gegeven.

Uit tabel 5.1 blijkt dat geslacht significante correlaties heeft met eenzaamheid, geestelijke gezondheid, opleiding en inkomen. Zoals eerder al bleek zijn mannen eenzamer dan vrouwen en zijn vrouwen geestelijk minder gezond dan mannen. Vrouwen hebben minder opleiding en minder inkomen dan mannen.

De correlaties tussen de gezondheidsaspecten enerzijds en eenzaamheid en omvang van het sociale netwerk anderzijds zijn allen significant, waarbij de correlaties tussen eenzaamheid en de gezondheidsaspecten hoger zijn dan die tussen de omvang van het sociale netwerk en de gezondheidsaspecten. Naarmate ouderen ouder zijn, hebben ze meer eenzaamheidsgevoelens en een kleiner sociaal netwerk. Ouderen met een kleiner sociaal netwerk hebben meer eenzaamheidsgevoelens. Als ouderen meer eenzaamheidsgevoelens hebben, voelen ze zich eveneens minder gezond, zijn ze geestelijk minder sterk/stabiel en hebben meer ADL-problemen. Ook hebben ouderen met meer eenzaamheidsgevoelens minder "social companionship". Als ouderen een kleiner sociaal netwerk hebben, voelen ze zich minder gezond, zijn ze geestelijk minder sterk/stabiel en hebben ze meer ADL-problemen.

De correlaties zoals die in dit onderzoek gevonden zijn wijken soms af van een onderzoek dat eerder bij niet-geïnstitutionaliseerde ouderen in de provincie Drenthe zijn gevonden (Zie Kempen en Suurmeijer, 1991; 1085). Zo werd in dit onderzoek een correlatie gevonden tussen leeftijd en eenzaamheidsgevoelens (.17), terwijl de correlatie in het onderzoek van Kempen en Suurmeijer -0.02 bedroeg. De correlatie daarentegen tussen depressie¹⁹ en eenzaamheid bedroeg in hun onderzoek .48, bijna gelijk aan de correlatie tussen geestelijke gezondheid (waarvan depressie een onderdeel is) en eenzaamheidsgevoelens $-.46$ bedraagt. De sterkte van de correlaties in het onderzoek van Kempen en Suurmeijer zijn vergelijkbaar met die van dit onderzoek.

¹⁹ Depressie was in het onderzoek van Kempen en Suurmeijer andersom gecodeerd ten opzichte van dit onderzoek, vandaar de positieve correlatie.

Tabel 5.1 Correlaties tussen eenzaamheid, omvang sociale netwerk, gezondheidsaspecten, social companionship, inkomen, opleiding, leeftijd en geslacht.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
geslacht									
leeftijd	.068								
eenzaamheid	.100*	.169**							
soc. netwerk	-.045	-.182**	-.345**						
alg. gezondh.	-.058	-.073	-.273**	.139**					
gsl. gezondh.	-.161**	-.105*	-.464**	.189**	.430**				
ADL	-.087	-.302**	-.237**	.193**	.464**	.248**			
soc. comp.	.094	-.281**	-.457**	.293**	.227**	.227**	.265**		
opleiding	-.244**	-.125*	-.232**	.158**	.035	.184**	.068	.251**	
inkomen	-.217**	-.230**	-.265**	.273**	.088	.246**	.194**	.170**	.483**

(N=686 (listwise deletion), * P < .01, ** P < .001)
 (voor inkomen N=631 (listwise deletion)).

1. geslacht (man=1, vrouw=2); 2. leeftijd; 3. eenzaamheid; 4. omvang van het sociale netwerk 5. algemene gezondheid 6. geestelijke gezondheid 7. ADL 8. Social companionship; 9. Opleiding; 10. Inkomen.

5.3 Verbanden tussen sociaal isolement of omvang sociale netwerk, eenzaamheid en demografische factoren

In deze paragraaf worden eerst de resultaten voor eenzaamheid en de demografische factoren en vervolgens de resultaten voor sociaal isolement en de demografische factoren besproken. De resultaten voor inkomen en opleiding worden aan het eind van deze paragraaf besproken.

In tabel 5.2 wordt een overzicht gegeven van de verdeling van eenzaamheidscategorie naar geslacht. Hierin blijkt geen verschil te zijn tussen mannen en vrouwen.

Dit is in overeenstemming met de resultaten van De Jong-Gierveld (1984; 143). Zij vond ook geen verschil in eenzaamheid tussen mannen en vrouwen. In haar onderzoek werden de proefpersonen echter in twee (zeer eenzaam + min of meer eenzaam versus niet eenzaam) en niet in drie groepen, zoals in dit onderzoek, ingedeeld.

Tabel 5.2 Eenzaamheid en geslacht.

categorie eenzaamheid	geslacht	
	man %	vrouw %
niet eenzaam	74	70
min of meer eenzaam	20	20
zeer eenzaam	6	10
totaal	100 (n=257)	100 (n=456)
gemiddelde aantal missing	2.1 10	2.8

($\text{Chi}^2=4.58$, $\text{df}=2$, n.s.).

Er blijken verschillen in eenzaamheid te bestaan als het om burgerlijke staat gaat (zie Tabel 5.3). Vooral duidelijk is dat gescheidenen en weduwen/weduwnaren in de categorie "zeer eenzaam" meer vertegenwoordigd zijn dan gehuwden en ongehuwden. Dit is in overeenstemming met hetgeen Townsend stelde (zie 3.6), namelijk dat het verlies van een "close relative" van grote invloed is op het voorkomen van eenzaamheidsgevoelens.

Tabel 5.3 Eenzaamheid en burgerlijke staat.

categorie eenzaamheid	burgerlijke staat			
	gehuwd %	gescheiden %	ongehuwd %	weduwe %
niet eenzaam	80	56	70	62
min of meer eenzaam	16	28	23	23
zeer eenzaam	4	16	7	14
totaal	100 (n=361)	100 (n=32)	100 (n=44)	100 (n=276)
gemiddelde aantal missing	1.9 10	3.3	2.3	3.4

($\chi^2=31.30$, $df=6$, $P<.0001$)

Zoals verwacht werd, bestaan er geen verschillen in sociaal isolement tussen mannen en vrouwen (zie Tabel 5.4).

Tabel 5.4 Sociaal isolement en geslacht.

sociaal isolement	geslacht	
	man %	vrouw %
ernstig	5	5
nauwelijks	54	56
niet	41	39
totaal	100 (n=257)	100 (n=462)
gemiddelde netwerkomvang aantal missing	9.2 5	8.8

($\chi^2=.46$, $df=2$, n.s.)

Uit tabel 5.5 valt af te lezen dat meer dan 60% van zowel gescheidenen, ongehuwden en weduwen/weduwenaars nauwelijks geïsoleerd zijn, terwijl bijna de helft van de gehuwden niet geïsoleerd zijn. Bijna 2 à 3 maal zoveel gescheidenen en verweduwden als gehuwden en ongehuwden zijn ernstig sociaal geïsoleerd. Het is opmerkelijk dat ongehuwden qua sociaal isolement vergelijkbaarder zijn met gehuwden, dan met ouderen die hun partner verloren hebben.

Tabel 5.5 Sociaal isolement en burgerlijke staat.

sociaal isolement	burgerlijke staat			
	gehuwd %	gescheiden %	ongehuwd %	weduwe %
ernstig	3	9	4	7
licht	48	64	71	62
niet	49	27	24	31
totaal	100 (n=361)	100 (n=33)	100 (n=45)	100 (n=279)
gemid. omvang	10.1	7.4	7.5	7.9
aantal missing	10			

($\chi^2=32.20$, $df=6$, $P<.0001$)

In de volgende paragrafen wordt niet gekeken naar eenzaamheid (in categorieën) en sociaal isolement, maar naar de eenzaamheidsscores en de omvang van het sociale netwerk (de verklaring hiervoor staat in voetnoot 18). Daarom worden in het navolgende de analyses naar (gemiddelde) eenzaamheid en de (gemiddelde) omvang van het sociale netwerk gegeven. De uitkomsten van deze analyses mogen in tegenspraak lijken te zijn met resultaten uit de voorgaande analyses. Er zijn echter statisch-theoretische redenen waarom dat niet zo is. Het heeft te maken met de manier waarop men naar de gegevens kijkt en op de vragen waarop men antwoord krijgt. Op deze plaats kunnen wij hier helaas niet verder op ingaan.

Als we kijken naar gemiddelde eenzaamheid, dan bestaat er verschil tussen mannen en vrouwen te bestaan ($F=6.95$, $df=1$ en 706 , $P=.009$; zie tabel 5.2). Mannen hebben een lager gemiddelde qua eenzaamheidsgevoelens dan vrouwen. Er bestaat geen verschil in de gemiddelde omvang van het netwerk tussen mannen en vrouwen ($F=1.80$, $df=1$ en 716 , n.s.).

De resultaten van een variantieanalyse, waarbij gekeken wordt naar verschillen in de gemiddelde eenzaamheidsscores tussen de burgerlijke staten, wijzen daarop ($F=15.13$, $df=3$ en 709 , $P<.0001$)²⁰. Volgens deze analyse is het verschil met name aanwezig tussen gehuwden en weduwen/weduwnaren. Deze resultaten zijn in overeenstemming met de resultaten van De Jong-Gierveld en Townsend. Zij schrijft: "gehuwden zijn minder vaak eenzaam dan gemiddeld in onze onderzoeksgroep; gescheidenen en verweduwde mensen maken meer kans dan gemiddeld op eenzaamheidservaringen" (De Jong-Gierveld, 1984; 143). Door verlies (van de partner) neemt het sociale netwerk niet alleen in kwantitatieve zin af (verlies van partner en diegenen met wie het contact (vooral) met de partner verliepen), maar ook in kwalitatieve zin: verlies van een dikwijls zeer significante andere zowel in emotionele zin, als ook in de zin van "companionship" en "instrumentele functionaliteit" (verwachting van specifieke taken; verzorging e.d.). Als rekening wordt gehouden met leeftijd, dan blijft er ook een significant verschil in de gemiddelde eenzaamheidsscores tussen mannen en vrouwen. Bij gelijke leeftijd voelen mannen zich gemiddeld minder eenzaam dan vrouwen. De conclusie dat gehuwden en ongehuwden minder eenzaamheidsgevoelens hebben dan gescheidenen en weduwen/weduwnaren blijft ook overeind.

Uit de variantieanalyse voor de omvang van het sociale netwerk naar burgerlijke staat blijkt er een significant verschil te bestaan in de gemiddelde omvang van het sociale netwerk: gehuwden hebben gemiddeld een groter netwerk hebben dan ongehuwden, gescheidenen en weduwen/weduwnaren (zie tabel 5.5). Dit werd overigens verwacht, omdat gehuwden zowiezo over een partner beschikken. Als we echter één van het gemiddelde van de gehuwden aftrekken dan zien we dat het gemiddelde nog altijd aanzienlijk hoger blijft.

Uit niet getoonde analyses blijkt dat de gemiddelde omvang van het sociale netwerk niet verandert als leeftijd constant gehouden wordt.

Leeftijd zelf heeft een significante invloed op de omvang van het sociale netwerk. Naarmate men ouder wordt, wordt het sociale netwerk kleiner. Mogelijkerwijs ten gevolge van het overlijden van personen uit het sociale netwerk als door verminderde mobiliteit (zie 5.4).

Uit tabel 5.1 blijkt dat zowel opleiding als inkomen een significante relatie hebben met eenzaamheid en omvang van het sociale netwerk. Naarmate de opleiding of het inkomen hoger is, heeft men een groter sociaal netwerk en

²⁰ Evenals bij analyses tussen stadsdelen en eenzaamheid is hier sprake van schending van de assumptie van gelijke varianties. De resultaten moeten met enig voorbehoud geïnterpreteerd worden. De richting van de uitkomsten komen echter sterk overeen met die van de Jong-Gierveld (1984).

minder eenzaamheidsgevoelens. Er valt echter meer te zeggen over dit verband (zie bijlage 5). Het blijkt dat naarmate ouderen een hoger opleidingsnivo of een hoger inkomensnivo hebben, dat ze dan een lager gemiddeld eenzaamheidsgevoel en een hoger gemiddelde omvang van het sociale netwerk hebben. Echter het blijkt ook enigszins dat de spreiding om het gemiddelde de tendens heeft om kleiner te worden naarmate men een hoger opleidingsnivo en/of een hoger inkomensnivo heeft. Dit betekent dat ouderen die een hoger opleidingsnivo en/of een hoger inkomensnivo hebben qua eenzaamheidsgevoelens en qua omvang van het sociale netwerk meer op elkaar lijken qua eenzaamheidsgevoelens en qua omvang van het sociale netwerk dan ouderen met een lager inkomensnivo en/of een lager opleidingsnivo. Anders geformuleerd: bij hoger inkomens- en opleidingsnivo's geeft opleiding en inkomen een betere mogelijkheid om de eenzaamheidsgevoelens en/of de omvang van het sociale netwerk te voorspellen dan bij lagere inkomens- en opleidingsnivo's.

5.4 Eenzaamheid, omvang van het sociale netwerk, inkomen, opleiding en gezondheidsaspecten

In deze paragraaf worden de verbanden tussen de verschillende gezondheidsaspecten (zie hoofdstuk 4), geslacht, leeftijd, inkomen en opleiding enerzijds en omvang van het sociale netwerk en eenzaamheid anderzijds nader bestudeerd.

In 5.2 werd gekeken of er verbanden zijn tussen sociaal netwerk en/of eenzaamheid enerzijds en de verschillende gezondheidsaspecten anderzijds.

De meeste correlaties tussen eenzaamheidsgevoelens, omvang van het sociale netwerk en de gezondheidsaspecten bleken significant te zijn.

In deze paragraaf wordt gekeken in hoeverre de gezondheidsaspecten, social companionship, geslacht, leeftijd, opleiding en inkomen de omvang van het sociale netwerk en eenzaamheid "verklaren".

Zoals in hoofdstuk 1 al werd vermeld kunnen geen uitspraken gedaan worden over eventuele causale verbanden. "Verklaren" wordt hier gebruikt in de betekenis van "voorspellen". Als bekend is wat de score is op een bepaalde variabele in hoeverre kan eenzaamheid of de omvang van het sociale netwerk voorspeld worden. In de rest van dit hoofdstuk zal echter zoveel mogelijk worden aangegeven hoe eventuele causale verbanden zouden kunnen lopen.

Daartoe zijn regressieanalyses uitgevoerd in drie stappen uitgevoerd. In de eerste stap wordt gekeken in hoeverre de achtergrondgegevens, zoals geslacht, leeftijd, opleiding en inkomen, een verklaring kunnen geven voor eenzaamheid of de omvang van het sociale netwerk. In de tweede stap wordt nagegaan in hoeverre de verklaring verbetert door de gezondheidsaspecten op te nemen in de regressieanalyse. In de derde stap wordt voor analyse van eenzaamheid social companionship en de omvang van het sociale netwerk opgenomen, terwijl voor

de verklaring van de omvang van het sociale netwerk social companionship en eenzaamheid opgenomen werden.

In Tabel 5.8 staan de resultaten voor de analyses voor eenzaamheid. De verklaarde variantie voor de achtergrondgegevens bedraagt 10%. Deze neemt met 16% toe en wordt 26% als de gezondheidsaspecten in de regressievergelijking worden opgenomen. Van de gezondheidsaspecten is met name de geestelijke gezondheid van belang. Als ook omvang van het sociale netwerk en social companionship opgenomen, dan zien we dat deze twee factoren een significante bijdrage in de verklaring voor eenzaamheidsgevoelens leveren. Een groter netwerk en meer social companionship gaat gepaard met minder eenzaamheid. De totale hoeveelheid verklaarde variantie bedraagt dan 38%.

Hoewel zoals eerder vermeld geen uitspraken gedaan mogen worden over eventuele causale verbanden, zal het toch instructief zijn om de uitkomsten iets nader te bestuderen en aan te geven hoe de verbanden mogelijk liggen. Allereerst valt op dat de achtergrondgegevens per stap minder significant worden en in de derde stap zijn opleiding, inkomen en leeftijd helemaal niet meer significant. In de tweede stap is geestelijke gezondheid de factor met de hoogste β -coëfficiënt.

Dit kan te maken hebben met de causale verbanden die kunnen bestaan. Geestelijke gezondheid kan een interveniërende factor zijn. Zijn relatie met eenzaamheid dan de relatie van de achtergrondgegevens. Een β -coëfficiënt kan ook kleiner worden doordat een nieuw geïntroduceerde factor de oorzaak is van de afhankelijke en de factor waarvoor de β -coëfficiënt kleiner wordt.

Tabel 5.8 Resultaten regressieanalyse op eenzaamheid.

	stap 1		stap 2		stap 3	
	B	β^{21}	B	β	B	β
demografisch:						
1 geslacht	.24	.04	-.06	-.01	.40	.06*
2 leeftijd	.05	.11*	.03	.07	-.01	-.01
3 opleiding	-.22	-.13*	-.18	-.11*	-.06	-.04
4 inkomen	-.14	-.16*	-.07	-.09*	-.04	-.05
gezondheid:						
5 algemene gezondheid			-.04	-.05	-.01	-.02
6 geestelijke gezondheid			-.22	-.38*	-.18	-.32*
7 ADL			-.06	-.07	-.02	-.02
overige:						
8 omvang sociaal netwerk					-.10	-.17*
9 social companionship					-.34	-.32*
R ²	10%		26%		39%	
R ² -change	---		16%		13%	
F	44.5		32.2		16.8	
F-change	---		-12.3		-15.4	
n=	630		630		630	

(* P < .05).

1. geslacht; 2. leeftijd; 3. opleiding; 4. inkomen; 5. algemene gezondheid; 6. geestelijke gezondheid; 7. ADL; 8. omvang van het sociale netwerk; 9. social companionship.

In tabel 5.9 staan de resultaten voor de regressieanalyse van omvang van het sociale netwerk. Allereerst valt in deze tabel op dat de hoeveelheid verklaarde

²¹ De β -coefficient is de gestandariseerde B-coefficient. Dat wil zeggen de B-coefficient gedeeld door de standaard deviatie van de B-coefficient.

variantie nogal laag is (maximaal 18%). Dit betekent dat als verondersteld zou mogen worden dat er een causaal verband zou bestaan tussen de verschillende factoren en de omvang van het sociale netwerk, dat deze factoren slechts een geringe invloed uitoefenen op de omvang van het sociale netwerk.

De demografische factoren (stap 1) verklaren op zich slechts 8% van de variantie. De verklaarde variantie neemt 2% toe als ook de gezondheidsaspecten in de regressievergelijking worden opgenomen.

Eenzaamheidsgevoelens en social companionship hebben een belangrijke bijdrage in de verklaring van de omvang van het sociale netwerk. Door deze factoren in de regressievergelijking op te nemen stijgt de hoeveelheid verklaarde variantie met 8%.

Reeds eerder werd aangegeven dat het aangeven van mogelijke causale verbanden een hachelijke zaak is, maar dat het wellicht beter inzicht in de materie kan geven. Daarom zal een mogelijk verklaringsmodel voor de omvang van het sociale netwerk gegeven worden. Net als bij eenzaamheid worden de effecten van de demografische factoren, behalve inkomen, per stap minder significant. Inkomen blijkt in alle stappen significant te zijn.

Van de gezondheidsaspecten, die in de tweede stap aan de regressie-analyse worden toegevoegd, levert alleen geestelijke gezondheid een significante bijdrage in de verklaring van de omvang van het sociale netwerk. In de derde stap, na de introductie van eenzaamheidsgevoelens en social companionship, levert geestelijke gezondheid geen significant bijdrage meer. De causale relaties zoals die voor eenzaamheid beschreven zijn voor de eerste twee stappen komen overeen met de mogelijke causale relaties voor de omvang van het sociale netwerk.

Tabel 5.9 Resultaten regressieanalyse op omvang sociaal netwerk.

	stap 1		stap 2		stap 3	
	B	β	B	β	B	β
demografisch:						
1 geslacht	.10	.01	.26	.03	-.08	-.01
2 leeftijd	-.07	-.10*	-.05	-.07	-.02	-.03
3 inkomen	.31	.23*	.28	.20*	.24	.18*
4 opleiding	.09	.03	.09	.03	-.05	-.02
gezondheid:						
5 algemene gezondheid			.04	.03	.01	.01
6 geestelijke gezondheid			.08	.09*	-.01	-.01
7 ADL			.11	.09	.07	.05
overige:						
8 eenzaamheid					-.36	-.23*
9 social companionship					.25	.14*
R ²	8%		10%		18%	
R ² -change	--		2%		8%	
F	14.5		10.8		15.4	
F-change	---		-3.7		4.6	
n=	630		630		630	

(* P < .05).

1. geslacht; 2. leeftijd; 3. inkomen; 4. opleiding; 5. algemene gezondheid; 6. geestelijke gezondheid; 7. ADL; 8. eenzaamheid; 9. social companionship.

Het is moeilijker om een mogelijk causaal model voor de derde stap van de regressie-analyse voor de omvang van het sociale netwerk te geven. Het is namelijk onduidelijk hoe het verband tussen eenzaamheid, social companionship, ADL, geestelijke gezondheid en de omvang van het sociale netwerk precies is. Men zou zich kunnen voorstellen dat een kleiner sociaal netwerk meer eenzaamheid veroorzaakt, wat op haar beurt weer een slechtere geestelijke gezondheid kan veroorzaken. Daarnaast kunnen andere zogenaamde persoonlijkheidskenmerken in het geding zijn.

variantie nogal laag is (maximaal 18%). Dit betekent dat als verondersteld zou mogen worden dat er een causaal verband zou bestaan tussen de verschillende factoren en de omvang van het sociale netwerk, dat deze factoren slechts een geringe invloed uitoefenen op de omvang van het sociale netwerk.

De demografische factoren (stap 1) verklaren op zich slechts 8% van de variantie. De verklaarde variantie neemt 2% toe als ook de gezondheidsaspecten in de regressievergelijking worden opgenomen.

Eenzaamheidsgevoelens en social companionship hebben een belangrijke bijdrage in de verklaring van de omvang van het sociale netwerk. Door deze factoren in de regressievergelijking op te nemen stijgt de hoeveelheid verklaarde variantie met 8%.

Reeds eerder werd aangegeven dat het aangeven van mogelijke causale verbanden een hachelijke zaak is, maar dat het wellicht beter inzicht in de materie kan geven. Daarom zal een mogelijk verklaringsmodel voor de omvang van het sociale netwerk gegeven worden. Net als bij eenzaamheid worden de effecten van de demografische factoren, behalve inkomen, per stap minder significant. Inkomen blijkt in alle stappen significant te zijn.

Van de gezondheidsaspecten, die in de tweede stap aan de regressie-analyse worden toegevoegd, levert alleen geestelijke gezondheid een significante bijdrage in de verklaring van de omvang van het sociale netwerk. In de derde stap, na de introductie van eenzaamheidsgevoelens en social companionship, levert geestelijke gezondheid geen significant bijdrage meer. De causale relaties zoals die voor eenzaamheid beschreven zijn voor de eerste twee stappen komen overeen met de mogelijke causale relaties voor de omvang van het sociale netwerk.

Tabel 5.9 Resultaten regressieanalyse op omvang sociaal netwerk.

	stap 1		stap 2		stap 3	
	B	β	B	β	B	β
demografisch:						
1 geslacht	.10	.01	.26	.03	-.08	-.01
2 leeftijd	-.07	-.10*	-.05	-.07	-.02	-.03
3 inkomen	.31	.23*	.28	.20*	.24	.18*
4 opleiding	.09	.03	.09	.03	-.05	-.02
gezondheid:						
5 algemene gezondheid			.04	.03	.01	.01
6 geestelijke gezondheid			.08	.09*	-.01	-.01
7 ADL			.11	.09	.07	.05
overige:						
8 eenzaamheid					-.36	-.23*
9 social companionship					.25	.14*
R ²	8%		10%		18%	
R ² -change	--		2%		8%	
F	14.5		10.8		15.4	
F-change	---		-3.7		4.6	
n=	630		630		630	

(* P < .05).

1. geslacht; 2. leeftijd; 3. inkomen; 4. opleiding; 5. algemene gezondheid; 6. geestelijke gezondheid; 7. ADL; 8. eenzaamheid; 9. social companionship.

Het is moeilijker om een mogelijk causaal model voor de derde stap van de regressie-analyse voor de omvang van het sociale netwerk te geven. Het is namelijk onduidelijk hoe het verband tussen eenzaamheid, social companionship, ADL, geestelijke gezondheid en de omvang van het sociale netwerk precies is. Men zou zich kunnen voorstellen dat een kleiner sociaal netwerk meer eenzaamheid veroorzaakt, wat op haar beurt weer een slechtere geestelijke gezondheid kan veroorzaken. Daarnaast kunnen andere zogenaamde persoonlijkheidskenmerken in het geding zijn.

Geconcludeerd mag worden dat de gezondheidsaspecten nauwelijks van invloed zijn op de omvang van het sociale netwerk. Alleen "geestelijke gezondheid" heeft invloed, en zelfs een redelijk sterke invloed, op de eenzaamheidsgevoelens.

Inkomen, social companionship en eenzaamheid zijn belangrijke voorspelers van de omvang van het sociale netwerk.

Social companionship, de omvang van het sociale netwerk en geestelijke gezondheid zijn belangrijke voorspelers voor eenzaamheid. Social companionship ("sociale omgang") speelt bij beide een rol van betekenis.

5.5 Verband eenzaamheid, sociaal isolement en andere factoren

In deze paragraaf worden de resultaten weergegeven van een multivariate covariantieanalyse. De reden voor deze ingewikkelde analysetechniek is dat het moeilijk is om aan te geven hoe het causale verband tussen eenzaamheidsgevoelens en de omvang van het sociale netwerk ligt, terwijl er toch een significante correlatie (-.35) tussen eenzaamheidsgevoelens en de omvang van het sociale netwerk is (zie 3.6 en 5.2)

Met multivariate covariantieanalyse wordt gekeken of er verschil bestaat in de combinatie van gemiddelden van eenzaamheidsgevoelens en de omvang van het sociale netwerk voor verschillende subgroepen als rekening wordt gehouden met andere variabelen i.c. leeftijd, algemene gezondheid, geestelijke gezondheid en ADL (zgn. covariaten). Dat wil zeggen: er wordt gekeken of voor subgroepen de combinatie van gemiddelde eenzaamheid en gemiddelde omvang netwerk gelijk zijn.

In bijlage 6 staan de uitkomsten van de analyses. Deze bijlage is bestemd voor mensen die de resultaten van een multivariate covariantieanalyse²² kunnen interpreteren. In deze paragraaf worden de resultaten kort samengevat.

De resultaten worden hier alleen als illustratie gegeven, omdat zoals in bijlage 6 duidelijk zal worden gemaakt een van de assumpties van multivariate covariantieanalyse wordt geschonden. De resultaten stellen ons echter in staat om de resultaten in eerdere paragrafen beter te kunnen interpreteren.

De uitkomsten van de multivariate covariantieanalyse geven geen aanleiding om de bevindingen uit eerder paragrafen aan te passen.

²² Voor diegenen die geen kennis hebben van multivariate (co)variantieanalyse geven Bray en Maxwell (1985) een goede inleiding. Voor diegenen die matrixalgebra beheersen geeft Tatsuoka (1971) een goede inleiding. Voor uitleg over de Barlett-Box-toets is Marascuilo (1971) een goed en leesbaar boek.

Uit deze analyses blijkt:

1. dat er geen verschil bestaat tussen mannen en vrouwen in gemiddelde eenzaamheid en gemiddelde omvang van het sociaal netwerk.
2. dat er zowel voor gemiddelde eenzaamheid als gemiddelde omvang van het sociale netwerk verschillen bestaan naar burgerlijke staat: ongehuwden en gehuwden zijn minder eenzaam dan gemiddeld en dat weduwen/weduwnares en gescheidenen eenzaamder dan gemiddeld zijn (zie bijlage 6, tabel B6.5). Verder blijkt dat gehuwden een groter netwerk dan gemiddeld, gescheidenen en ongehuwden een kleiner netwerk dan gemiddeld en weduwen/weduwnares een netwerk van gemiddelde omvang hebben (zie bijlage 6, tabel B6.8).
3. dat de gezondheidsaspecten geen al te sterke samenhang met eenzaamheid en omvang van het sociale netwerk hebben, behalve geestelijke gezondheid met eenzaamheidsgevoelens (zie tabel 5.8 en tabel B6.6).
Algemene gezondheid en ADL zijn zowel voor eenzaamheid als voor omvang van het sociale netwerk niet significant (zie tabellen 5.8, 5.9, B6.6 en B6.9).
4. dat inkomen een belangrijke factor is in de verklaring van de omvang van het sociale netwerk (zie tabellen 5.9 en B6.9).
5. dat social companionship zowel voor eenzaamheid als voor de omvang van het sociale netwerk een belangrijke factor is (zie tabellen 5.8, 5.9, B6.6 en B6.9).

5.6 Omvang sociaal netwerk, eenzaamheid en type relatievormen

In hoofdstuk 3 zijn we kort ingegaan op andere visies op de operationalisering van sociaal isolement. In 3.2.3 werd de typologie van Knipscheer (1980) behandeld. In deze paragraaf wordt gekeken hoe de samenhang is tussen eenzaamheid, omvang van het sociale netwerk en type relatievorm.

Het is de vraag of men naarmate men met meer verschillende relatievormen contact heeft of men dan minder eenzaam en een groter sociaal netwerk heeft.

In tabel 5.10 wordt een overzicht gegeven van de resultaten van eenzaamheid naar type relatievorm. Duidelijk is te zien dat naarmate men met meer relatievormen contact heeft, de gemiddelde eenzaamheidsgevoelens minder worden.

Uit analyses blijkt verder dat er binnen de groepen die met twee relatietypen en met één relatietype contact hebben geen significante verschillen bestaan. Dat wil zeggen dat als men alleen met kinderen of alleen met familie of alleen met niet-familie contact heeft, dan heeft men ongeveer dezelfde mate van eenzaamheidsgevoelens.

Tabel 5.10 Eenzaamheidsgevoelens naar type relatievorm.

aanwezige relatietypen	eenzaamheidsgevoelens		
	gem.	std.dev.	n
alle typen (I)	2.1	2.5	378
twee typen (II/IV)	2.8	2.9	247
een type (V/VII)	3.8	3.6	75
geen (VIII)	4.6	4.4	9
totaal	2.6	2.8	709
missing			14

($F=10.1$, $df=3$ en 705 , $P<.0001$, Bartlett-Box= 6.8 , $P<.0001$).

In Tabel 5.11 staan de resultaten voor de analyse van de omvang van het sociale netwerk naar relatietypen. Ook hier valt op dat naarmate men met minder verschillende relatietypen omgaat, dat dan ook de omvang van het sociale netwerk gemiddeld kleiner is. Uit deze tabel is onmiddellijk duidelijk dat de varianties heel erg van elkaar verschillen²³.

Tabel 5.11 Omvang sociale netwerk naar type relatievorm.

aanwezige relatietypen	omvang sociale netwerk		
	gem.	std.dev.	n
alle typen (I)	10.8	4.3	380
twee typen (II/IV)	7.6	3.9	253
een type (V/VII)	4.9	3.1	77
geen (VIII)	.4	.5	9
totaal	8.9	4.6	719
missing			4

($F=76.1$, $df=3$ en 715 , $P<.0001$, Bartlett-Box= 11.9 , $P<.0001$).

²³ Aan deze grote verschillen in variantie is niet zo veel te doen, omdat ouderen die met geen andere relatietypen contacten hebben per definitie een netwerk omvang van 0 of 1 hebben. De omvang is 0 als ze alleenstaand zijn en 1 als ze een partner hebben.

Uit nadere analyses is gebleken dat er binnen de groep van eenzijdige relatievormen geen significante verschillen in gemiddelde omvang van het sociale netwerk bestaan, maar dat er tussen de verschillende groepen met contacten met twee relatietypen wel verschillen bestaan. Ouderen met contacten met familie en niet-familie hebben een iets groter netwerk dan ouderen die contacten hebben met kinderen en familie of met kinderen en niet-familie.

Dat er binnen de groep van eenzijdige contacten geen significante verschillen zijn te vinden heeft waarschijnlijk ook te maken met het geringe aantal respondenten waarvan het sociale netwerk uit een type relatie bestaat. Ouderen met alleen kinderen in het netwerk hebben een gemiddelde netwerk omvang van 3.7, met alleen niet-familie van 4.9 en met alleen familie van 5.8.

5.7 Sociaal isolement, eenzaamheid, onveiligheidsgevoelens en deelname aan activiteiten

Er bestaat geen verband tussen de omvang van het sociale netwerk en/of sociaal isolement en het al dan niet slachtoffer zijn geweest van een (poging tot) inbraak en/of beroving, het al dan niet van anderen gehoord hebben dat zij het slachtoffer zijn geweest van een (poging tot) inbraak en/of beroving of de mate waarin men zich veilig voelt in de buurt.

Men zou verwachten dat er wel eens verband zou kunnen bestaan tussen het al dan niet slachtoffer zijn geweest van een (poging tot) inbraak en/of beroving of de mate waarin men zich veilig voelt in de buurt en eenzaamheidsgevoelens. Slachtoffer geweest zijn van een (poging tot) beroving en/of inbraak kan ouderen het gevoel geven er alleen voor te staan of dat niemand er wat aan doet. In dit onderzoek werd echter geen verband gevonden tussen het al dan niet slachtoffer geweest zijn en eenzaamheidsgevoelens. Helaas werd niet gevraagd hoelang geleden men slachtoffer was geworden, want dat had ons in staat gesteld na te gaan of de eenzaamheidsgevoelens die te maken hebben met ervaringen met inbraak of beroving slijten.

Uit Tabel 5.12 blijkt dat er wel verschil in eenzaamheid is als het gaat om de veiligheidsgevoelens. Naarmate men zich minder veilig in de buurt voelt heeft men ook vaker eenzaamheidsgevoelens.

Tabel 5.12 Eenzaamheid en veiligheidsgevoel.

categorie eenzaamheid	Mate van veiligheidsgevoel in de buurt			
	zeer veilig %	redelijk veilig %	niet zo veilig %	zeer onveilig %
niet eenzaam	79	68	62	63
min of meer eenzaam	16	22	22	6
zeer eenzaam	4	10	16	31
totaal	99 (n=256)	100 (n=383)	100 (n=55)	100 (n=16)

($\text{Chi}^2 = 26.99$, $\text{df}=6$, $P < .0001$).

In hoofdstuk 3 werd gekeken of mensen deelnamen aan activiteiten, maar niet of er relaties bestaan tussen het deelnemen aan activiteiten, eenzaamheidsgevoelens en sociaal isolement of omvang van het sociale netwerk.

Men zou verwachten dat mensen die aan activiteiten meedoen minder eenzaamheidsgevoelens en een groter sociaal netwerk hebben. Er blijken inderdaad significante verschillen in eenzaamheidsgevoelens en omvang van het sociale netwerk te bestaan voor ouderen die wel en ouderen die niet aan activiteiten deelnemen (zie tabel 5.13).

Er blijft een significant verschil in mate van omvang van het sociale netwerk en eenzaamheid bestaan als rekening wordt gehouden met het geslacht, de leeftijd en de gezondheidsaspecten (zie hoofdstuk 4).

Het deelnemen aan activiteiten heeft slechts een beperkte bijdrage aan de verklaring van eenzaamheid en de omvang van het sociale netwerk.

Tabel 5.13 Deelname aan activiteiten, eenzaamheidsgevoelens en omvang sociale netwerk.

deelname activiteiten	eenzaamheids- gevoelens		gemiddelde score omvang sociaal netwerk	
	gem.	n	gem.	n
geen	3.3	232	7.9	235
wel	2.2	461	9.5	461
totaal	2.6	693	9.0	696
missing		30		27

Verder werd nog onderzocht of mensen die (niet) aan activiteiten meededen aan andere of meer activiteiten wilden meedoen. Het zou kunnen dat ouderen die aan meer activiteiten wensen mee te doen zich sociaal geïsoleerder en/of eenzamer voelen.

Uit tabel 5.14 blijkt dat als men te kennen geeft om aan (meer) activiteiten deel te nemen, dat men dan meer eenzaamheidsgevoelens heeft dan als men dit niet doet. En dit ongeacht of men aan activiteiten mee doet of niet. Tevens blijkt dat als men wel aan activiteiten deelneemt, maar niet aan meer activiteiten wil deelnemen, dan heeft men gemiddeld de minste eenzaamheidsgevoelens.

Tabel 5.14 Gemiddelde eenzaamheidsgevoelens, deelname aan activiteiten en de wens om deel te nemen aan activiteiten.

		wens om deel te nemen	
		nee	ja
deelname activiteiten	nee	3.0 (n=162)	3.9 (n=70)
	ja	2.0 (n=347)	3.0 (n=114)

Uit tabel 5.15 blijkt dat ouderen die niet deelnemen aan activiteiten ongeveer dezelfde netwerk omvang hebben, ongeacht of ze aan (meer) activiteiten mee

zouden willen doen. Dit geldt niet als men wel deelneemt. Opmerkelijk is dat ouderen die wel aan activiteiten meedoen, maar opgeven aan nog meer activiteiten mee te willen doen, een gemiddeld groter netwerk hebben dan mensen die zeggen niet aan meer activiteiten mee te willen doen.

Wellicht zijn deze ouderen niet tevreden met het netwerk dat ze hebben. Dit mag ook blijken uit tabel 5.14: de ouderen die wel meedoen aan activiteiten en te kennen geven aan meer activiteiten mee te willen doen, hebben meer eenzaamheidsgevoelens en een groter sociaal netwerk dan de ouderen die ook aan activiteiten meedoen, maar die niet aan meer activiteiten deel willen nemen. Wellicht dat deelname aan activiteiten kan leiden tot het verkrijgen van een groter sociaal netwerk, maar niet tot vermindering van eenzaamheidsgevoelens. Het kan ook zijn dat het hier gaat om ouderen die een zeer actief zijn en een grote behoefte aan een groot netwerk hebben.

Tabel 5.15 Gemiddelde omvang van het sociale netwerk, deelname aan activiteiten en de wens om deel te nemen aan activiteiten.

		wens om deel te nemen	
		nee	ja
deelname activiteiten	nee	8.0 (n=163)	8.0 (n=72)
	ja	9.3 (n=347)	10.4 (n=114)

Aan de ouderen die aan (meer) activiteiten wensten deel te nemen werd gevraagd waarom ze aan bepaalde activiteiten niet deelnamen. Van de ouderen antwoorden er 95 dat ze niet deelnamen, omdat hun lichamelijke gesteldheid dat niet toestaat. Een aantal ouderen (n=16) namen niet deel omdat ze of niet alleen wilden of omdat hun partner niet mee wilde gaan. Volgens 11 ouderen konden ze niet mee doen, omdat hun financiële positie dat niet toestond en 12 ouderen deden niet mee omdat de activiteiten op verkeerde plaatsen (tocht, rokerig, kou) werden georganiseerd. Zo vertelde een vrouw dat zij en haar man niet mee konden doen, omdat de activiteiten werden gehouden op plaatsen waar gerookt mocht worden; haar man was echter astmatisch, zodat ze niet konden. Er werd een groot aantal andere redenen genoemd, maar de bovenstaande vier redenen werden het meest genoemd. Het is zeer goed mogelijk dat deze aantallen in werkelijkheid hoger liggen, omdat volgens de interview(st)ers de ouderen niet zo goed durfden klagen.

5.7 Conclusies

In dit hoofdstuk werd onderzocht welke relaties er bestaan tussen eenzaamheidsgevoelens, sociaal isolement, omvang van het sociale netwerk, demografische gegevens (geslacht, burgerlijke staat en leeftijd), gezondheidsaspecten (algemene gezondheid, geestelijke gezondheid en ADL), social companionship, (kennis van) beroving of inbraak, onveiligheidsgevoelens en deelname aan activiteiten.

- X Er bestaat verschil in eenzaamheid tussen mannen en vrouwen, ook als rekening wordt gehouden met leeftijd: mannen zijn eenzamer dan vrouwen. Noch in sociaal isolement noch in omvang van het sociale netwerk bestaat er verschil tussen mannen en vrouwen. Ook als rekening wordt gehouden met leeftijd is er geen verschil.
 - X De burgerlijke staat heeft wel degelijk invloed, zowel op sociaal isolement en op de omvang van het sociale netwerk als op eenzaamheidsgevoelens. Gehuwden hebben minder eenzaamheidsgevoelens, zijn minder sociaal geïsoleerd en hebben een groter sociaal netwerk dan ongehuwden, gescheidenen en weduwe/weduwnaren. De gemiddelde omvang van de sociale netwerken van gehuwden, gescheidenen en weduwe/weduwnaren zijn ongeveer even groot. Toch is het percentage geïsoleerde ongehuwde ouderen kleiner dan de percentages voor gescheidenen en weduwe/weduwnaren. Ook is de gemiddelde eenzaamheids-gevoelens van ongehuwden kleiner dan die van de gescheidenen en de weduwe/weduwnaren. De ongehuwden zijn er aan gewend om zonder partner te leven, zij hebben zich hier aan aangepast o.a. door een ander soort sociaal netwerk.
 - X Leeftijd heeft zowel invloed op de omvang van het sociale netwerk als op eenzaamheidsgevoelens. Naarmate men ouder wordt, wordt het sociale netwerk kleiner en heeft men meer eenzaamheidsgevoelens. Hoewel de invloed van leeftijd significant is, is ze niet zo heel groot (zie 5.3, 5.4 en bijlage 5).
 - X Algemene gezondheid geeft geen enkele bijdrage in de verklaring van eenzaamheidsgevoelens of omvang van het sociale netwerk (zie 5.3, 5.4 en bijlage 5). In geen enkele analyse bleek algemene gezondheid significant te zijn (zie tabel 5.8 en 5.9).
 - X In analyses waarin alleen gezondheidsaspecten zijn opgenomen is ADL wel significant, maar als ook demografische en andere factoren opgenomen worden, dan is ADL niet langer significant (zie 5.3, 5.4 en bijlage 6). Als demografische en andere factoren opgenomen zijn, dan geeft ADL geen verklaring voor eenzaamheidsgevoelens of de omvang van het sociale netwerk.
 - X Geestelijke gezondheid heeft een redelijke bijdrage in de verklaring van eenzaamheidsgevoelens ($\beta = -.33$), maar niet in de verklaring van de omvang van het sociale netwerk.
- Een van de belangrijkste aspecten in verband met zowel eenzaamheidsgevoelens

als omvang van het sociale netwerk is social companionship (zie tabellen 5.8 en 5.9). In de verklaring van eenzaamheidsgevoelens is social companionship iets minder sterk dan geestelijke gezondheid. Terwijl social companionship na eenzaamheidsgevoelens de beste voorspeler van de omvang van het sociale netwerk is ($\beta = .15$).

Hoewel er voor zowel eenzaamheidsgevoelens als voor de omvang van het sociale netwerk significante aspecten bestaan, zijn de effecten van deze aspecten op eenzaamheidsgevoelens en de omvang van het sociale netwerk niet echt groot. De maximale verklaarde variantie voor eenzaamheidsgevoelens bedraagt 38% (zie tabel 5.8), terwijl de maximale verklaarde variantie voor de omvang van het sociale netwerk slechts 16% (zie tabel 5.9) bedraagt. Als men al in staat zou zijn om bepaalde aspecten te beïnvloeden, dan zou men toch geen al te grote wijzigingen in de eenzaamheidsgevoelens of de omvang van het sociale netwerk mogen verwachten. Immers, de aspecten die de grootste bijdrage in de verklaring van eenzaamheidsgevoelens en de omvang van het sociale netwerk hebben, namelijk social companionship en geestelijke gezondheid, zijn moeilijk te beïnvloeden.

Noch ervaringen hebben met (pogingen tot) inbraak en/of beroving, noch verhalen hierover horen van anderen heeft invloed op eenzaamheidsgevoelens of de omvang van het sociale netwerk (zie 5.6). Voor de omvang van het sociale netwerk mag dit ook verwacht worden, maar het is opmerkelijk dat er geen invloed op eenzaamheidsgevoelens is. Men zou kunnen verwachten dat het meemaken van (een poging tot) inbraak en/of beroving ouderen het idee zou kunnen geven er alleen voor te staan. Wellicht treed dit gevoel alleen op als men meerdere keren een beroving of inbraak heeft meegemaakt. In dit onderzoek werd echter niet gevraagd hoe vaak men een beroving of inbraak heeft meegemaakt.

Onveiligheidsgevoelens met betrekking tot de omgeving waar men woont is significant gerelateerd aan eenzaamheidsgevoelens (zie tabellen 5.10 en 5.11). De relatie is overigens niet zo sterk: onveiligheidsgevoelens verklaren slechts 3% van de variantie in de eenzaamheidsgevoelens. Dit blijkt ook als naast onveiligheidsgevoelens ook andere aspecten in de analyse betrokken worden, dan heeft onveiligheidsgevoelens geen significante bijdrage meer aan eenzaamheidsgevoelens.

Deelname aan activiteiten heeft een relatie met zowel eenzaamheidsgevoelens als met de omvang van het sociale netwerk. Als men deelneemt aan activiteiten heeft men gemiddeld minder eenzaamheidsgevoelens en is de omvang van het netwerk groter. Als rekening gehouden wordt met andere aspecten, zoals leeftijd en gezondheidsaspecten, dan blijft er een significant verschil in eenzaamheidsgevoelens en de omvang van het sociale netwerk bestaan tussen ouderen die deelnemen aan activiteiten en ouderen die niet deelnemen. Toch kan deelname aan activiteiten maar een beperkte hoeveelheid variantie verklaren.

Zowel voor de eenzaamheidsgevoelens als voor de omvang van het sociale netwerk wordt door deelname aan activiteiten 5% variantie verklaard (zie 5.6). Naast deelname aan activiteiten werd ook gekeken naar de wens om aan activiteiten deel te nemen. De wens om aan activiteiten deel te nemen kan opgevat worden als uitdrukking van eenzaamheidsgevoelens of als uitdrukking dat men het eigen netwerk te klein vindt. Het blijkt dat ouderen die te kennen geven aan activiteiten mee te willen doen, meer eenzaamheidsgevoelens hebben dan mensen die dat niet doen en dat geldt voor zowel de ouderen die aan activiteiten meedoen als voor de ouderen die niet aan activiteiten deelnemen (zie tabel 5.13). Deze ouderen verwachten wellicht dat deelname aan (meer) activiteiten hun eenzaamheid kan verminderen.

Verder blijkt dat ouderen die deelnemen aan activiteiten gemiddeld een groter sociaal netwerk hebben dan ouderen die niet deelnemen. Van de ouderen die wel deelnemen hebben de ouderen die zeggen aan meer activiteiten mee te willen doen overigens gemiddeld een groter netwerk dan ouderen die aan activiteiten deelnemen en niet aan meer activiteiten willen deelnemen.

Een deel van de ouderen ($n=95$) dat wel aan activiteiten meedoet, doet niet mee omdat hun lichamelijke gesteldheid dat niet toestaat. Daarnaast werden als reden nog gegeven: had niemand om naar een activiteit te gaan (wilden niet alleen gaan), financiële positie stond dat niet toe en de activiteiten werden op verkeerde plaatsen georganiseerd. Volgens ons zijn dit onderschattingen: ouderen durven niet op te geven dat ze niet kunnen gaan (zie 5.6).

Geraadpleegde literatuur.

Aben D.J.M., Laperre-Rengelink M., Hoppener R.J.E.A., Tabak C., Theunissen M. en Lako C.J. *De leefsituatie van zelfstandig wonende 65 tot 80 jarigen in de regio Geldrop-Valkenswaard (deel 1)*. Gezondheidsdienst Regio Geldrop-Valkenswaard/Landbouw-universiteit Wageningen, 1989.

Alteren G. van, Jetten J., Kuiters R. c.s. *Geweld, onveiligheids-gevoelens en stedelijke planning: een studie in de binnenstad van Groningen*. Verslag leeronderzoek, vakgroep Sociale Geografie, Rijksuniversiteit Groningen, 1989.

✓ Bosma A. *De gezondheid van mensen in de derde levensfase: een onderzoek naar lichamelijke en psychische aspecten*. Gemeentelijke Gezondheidsdienst, Eindhoven, 1988.

Bray J.H. en Maxwell S.E. *Multivariate analysis of variance*. Sage Publications, Beverly Hills, London, New Delhi, 1985.

Briançon S., Guillemin F., Krol B., Sanderman R., Suurmeijer Th. en Heuvel W. van den. *European research on incapacitating diseases and social support (Euridess)*. International Journal of Health Sciences, Vol 1, 1990; 217-228.

Dobson A.J. *An introduction to statistical modelling*. Chapman and Hall, London, New York, 1986.

Dijkstra J.B. *Analysis of means in some non-standard situations*. Stichting Mathematisch Centrum, 1988.

Gorter G. *Zorgen voor gehandicapte gezinsleden. Een landelijk onderzoek naar problemen en hulpverlening binnen huishoudens met lichamelijk gehandicapten*. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen. Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek, 's Gravenhage, 1988.

Granovetter M.S. *The strenght of weak ties*. The American Journal of Sociology, Vol 78, 1973; 1360-1380.

Jong-Gierveld J. de en Kamphuis F. *The development of a Rasch-type loneliness scale*. Applied Psychological Measurement, Vol 9, 1985; 289-299.

Jong-Gierveld J de. *Eenzaamheid; een meersporig onderzoek*. Van Loghum Slaterus, 1984.

- Jong-Gierveld J. de en Tilburg T. van. *Manual of the loneliness scale*. Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, 1991.

Kempen G.I.J.M en Suurmeijer Th.B.P.M. *Professional home care for the elderly: an application of the Andersen-Newman model in the Netherlands*. Soc. Sci. Med., Vol 33, 1991; 1081-1089.

Kersten C. en Nolden H.E.M. *Op bezoek bij hoogbejaarden; een actieonderzoek in stadsdeel Escamp*. Epidemiologisch Bulletin, jrg 26, 1991; 9-12.

- Knipscheer C.P.M. *Oude mensen en hun sociale omgeving*. VUGA, 's-Gravenhage, 1980.

Knipscheer C.P.M. en Antonucci T.C. (eds.). *Social network research: substantive and methodological questions* Swets & Zeitlinger B.v., Amsterdam, Lisse, 1990.

Linschoten C.P. van, Leemeijer M. en Heuvel W.J.A. van den. *Ouderen geholpen?; deelrapport in het kader van het onderzoek 'Samenwerking in de zorg voor ouderen'*.

Marascuilo L.A. *Statistical methods for behavioral science research*. McGraw-Hill Book Company, New York, 1971.

McCallister L. en Fischer C.S. *A procedure for surveying personal networks*. Sociological Methods and Research, Vol. 7, 1978; 131-148.

Moorer P. en Suurmeijer T.B.P.M. *Eenzaamheid en sociaal isolement; Een inventariserend onderzoek naar de wenselijkheid en mogelijkheid van een onderzoek naar eenzaamheid en sociaal isolement in de Stad Groningen*. Gemeente Groningen, 1991.

Niemöller K. en Schuur W. van. *Stochastic models for unidimensional scaling: Mokken en Rasch*. in: D. McKay, N. Schofield en P. Whiteley. *Data analysis and the social sciences*. Frances Pinter (Publishers), London, 1983: 120-170.

Ouderen bezocht; onderzoeksrapportage van de experimenten welzijnsbezoek en verjaardagsbezoek. Samenwerkingsverband Ouderenzorg Escamp, Den Haag, 1991.

Schuyt T.N.M., Schuijt-Lucassen N.Y. en Knipscheer C.P.M., *Sociale participatie van ouderen*. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Rijswijk, 1990.

Shanas E. *Family-kin networks and aging in cross-cultural perspective*. Journal of marriage and the family, 1973; 505-511.

Shanas E. *Social Myth as hypothesis: The case of the family relations of old people*. The gerontologist, Vol 19, 1979; 3-9.

Shanas E. *The family as a social support system in old age*. The gerontologist, Vol 19, 1979; 169-174.

Sonderen E. van. *Measurement of social network and social support. Empirical results in relation to the EURIDESS instruments*. International Journal of Health Sciences, Vol 1, 1990; 203-216.

Sonderen E. van. *Het meten van sociale steun*. Proefschrift Groningen, 1991.

Stewart A.L., Hays R.D. en Ware J.E. *The MOS short-form general health survey: reliability and validity in a patient population*. Medical Care, Vol 26, 1988; 724-735.

Suurmeijer Th.P.B.M. en Kempen G.I.J.M. *Behavioral changes as an outcome of disease: the development of an instrument*. International Journal of Health Sciences, Vol 1, 1990; 189-194.

Swanborn P.G. *Schaaltechnieken: theorie en praktijk van acht eenvoudige procedures*. Boom, Meppel/Amsterdam, 1982.

Tatsuoka M.M. *Multivariate analysis; techniques for educational and psychological research*. John Wiley and Sons, New York-London, 1971.

Townsend P. *Isolation and loneliness in the aged*. in: Weiss R.S. *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*. The MIT Press, 1980; 175-188.

Ward R.A. *Informal networks and well-being in later life: a research agenda*. The gerontologist, Vol 25, 1985; 55-61.

BIJLAGE 1: INTRODUCTIEBRIEF OUDEREN

Groningen, 25 november 1991.

Betreft: onderzoek naar sociale contacten bij ouderen.

Geachte mevrouw/meneer,

De Gemeente Groningen wil graag meer weten over ouderen en hun leefwereld, omdat het aantal ouderen in onze samenleving steeds groter wordt.

Daarom heeft zij opdracht gegeven tot een onderzoek naar sociale contacten bij ouderen vanaf 65 jaar in de stad Groningen.

De Gemeente Groningen wil graag meer te weten komen, zodat zij, in het kader van het ouderenbeleid, meer inzicht kan krijgen in uw wensen en belangen.

De vakgroep Gezondheidswetenschappen aan de Rijksuniversiteit te Groningen is gevraagd het onderzoek uit te voeren.

Er is een vragenlijst opgesteld die in de vorm van een mondeling vraaggesprek zal worden afgenomen.

Onderwerpen die aan de orde komen zijn onder andere contacten met familie, vrienden, hulpverleners en hulporganisaties, deelname aan verschillende activiteiten, uw dagelijks functioneren wat betreft uw huishouden en onveiligheidsgevoelens.

Wij richten ons tot u met het vriendelijke verzoek om mee te werken aan het onderzoek.

In de periode vanaf 15 november tot en met half december zal het vraaggesprek plaatsvinden. Voordat het vraaggesprek plaats zal vinden, zal eerst telefonisch contact met u worden opgenomen door onze interview(st)er of u zou willen meewerken aan het onderzoek en om een afspraak te maken.

Tot slot: Alle gegevens die u ons verstrekt worden volstrekt vertrouwelijk behandeld en anoniem verwerkt.

Als u vragen heeft dan kunt u bellen met drs. P. Moorer, telefoonnummer 636276 (Wilt u a.u.b. alleen bellen naar dit telefoonnummer).

Wij zouden het zeer op prijs stellen als u mee wilt werken aan het onderzoek.

Met vriendelijke groet

Drs. P. Moorer
Vakgroep Gezondheidswetenschappen.

BIJLAGE 2: VRAGENLIJST

(INTRODUCTIE DOOR DE INTERVIEWER. LEER DIT STUKJE. NIET VOORLEZEN DUS, MAAR DE INHOUD VAN HET STUKJE IN DE AANGEGEVEN VOLGORDE VERTELLEN.)

Om te beginnen wil ik u bedanken dat u mee wil doen aan dit onderzoek. Ik ben als interview(st)er bij dit onderzoek werkzaam.

Dit onderzoek wordt in opdracht van de Gemeente Groningen uitgevoerd. De Gemeente wil in het kader van het ouderenbeleid meer inzicht krijgen in de positie van ouderen in de stad Groningen.

In dit onderzoek gaat het erom, om na te gaan welke contacten met andere mensen, instellingen en organisaties u zoal heeft.

Onderwerpen die aan de orde komen zijn o.a. contacten met gezinsleden of familie, hulpverleners; deelname aan verschillende activiteiten; uw dagelijks functioneren wat betreft de huishouding; onveiligheidsgevoelens.

Vaak zal ik u de vragen voorlezen waarna u de vraag kunt beantwoorden. Af en toe zal ik u echter een vragenlijst geven waarbij uzelf moet aangeven welk antwoord voor u van toepassing is.

Het hele gesprek duurt ongeveer 1 uur.

Tot slot wil ik nog zeggen dat alles wat u verteld tijdens ons gesprek aan niemand wordt doorgespeeld.

Alles wat u zegt wordt volstrekt vertrouwelijk behandeld en anoniem verwerkt.

Heeft u nog vragen?

Dan zou ik nu graag met de vragen willen beginnen.

Voordat ik het met u ga hebben over de onderwerpen die ik zonet noemde, wil ik eerst nog een paar algemene vragen over u zelf stellen.

{informatie met betrekking tot huiselijke situatie}

IN TE VULLEN DOOR DE INTERVIEWER:

RESPONDENTNUMMER:

1. In wat voor soort woning woont de respondent?

1. flat
2. bovenwoning
3. benedenwoning
4. eengezinswoning
5. bejaardentehuis
6. wooneenheid met gemeenschappelijke voorzieningen
7. anders, namelijk

Op welke verdieping bevindt zich de voordeur?

1. begane grond (door naar volgende pagina)
2. eerste verdieping
3. tweede verdieping
4. derde of vierde verdieping
5. vijfde verdieping of hoger

Is de woning bereikbaar met een personenlift?

1. ja
2. nee

{algemene demografische vragen}

1. Int.: geslacht respondent:
 1. man
 2. vrouw

2. Wat is uw geboortedatum?
.....

3. Wat is uw burgerlijke staat?
 1. gehuwd
 2. gescheiden
 3. weduwe/weduwenaar
 4. nooit gehuwd geweest

4. Wie maken deel uit van uw huishouden?
 1. niemand (alleenstaand)
 2. partner
 3. kinderen, zo ja, hoeveel
 4. anderen, zo ja, hoeveel

5. Rekent u zichzelf tot een kerkgenootschap, een godsdienstige gemeenschap of een andere levensbeschouwelijke groepering?
 1. Nederlands Hervormd
 2. Gereformeerd
 3. Rooms-Katholiek
 4. Humanistisch
 5. ander kerkgenootschap of groepering, namelijk
 9. nee (door naar vraag 7)

6. Hoe vaak gaat u in het algemeen naar de kerk/bezoekt u bijeenkomsten?
 1. 1 maal per week of vaker
 2. 2 tot 3 maal per maand
 3. 1 maal per maand
 4. een paar maal per jaar
 5. zeer zelden/nooit

7. Ik heb hier een kaart met verschillende opleidingen.
[INT: BLAD 1 OVERHANDIGEN]

Kunt u me zeggen wat uw laatst afgemaakte opleiding is?
.....

8. Ik heb hier een lijst met verschillende inkomenscategoríeen.
[INT: BLAD 2 OVERHANDIGEN]

Kunt u me zeggen welke categorie het beste bij uw huidige situatie past? Het gaat hier om uw netto inkomen.
categorie:

{vragen met betrekking potentieel netwerk}

Ik wil nu een aantal vragen stellen over uw familie en vrienden.

1. Heeft u kinderen?
 1. ja, hoeveel
 2. nee
2. Heeft u kleinkinderen?
 1. ja, hoeveel
 2. nee
3. Heeft u broers en/of zusters?
 1. ja, hoeveel
 2. nee
4. Heeft u zwagers en/of schoonzusters?
 1. ja, hoeveel
 2. nee
5. Heeft u goede vrienden en/of vriendinnen?
 1. ja, hoeveel
 2. nee

{vragen voor de subschaal "social companionship" uit de SSQT (social support questionnaire-transactions)}

De volgende vragen gaan over de manier waarop mensen met u omgaan.

1. Gebeurt het wel eens dat men gezellig bij u op bezoek komt?
2. Komt dit overeen met dat wat u prettig vindt?
3. Gebeurt het wel eens dat men u zomaar opbelt of dat men zomaar even een praatje met u maakt?
4. Komt dit overeen met dat wat u prettig vindt?
5. Gebeurt het wel eens dat u samen met anderen iets doet, bijvoorbeeld winkelen of wandelen, naar de film of naar een sportwedstrijd gaan?
6. Komt dit overeen met dat wat u prettig vindt?
7. Gebeurt het wel eens dat men u vraagt ergens aan mee te doen?
8. Komt dit overeen met dat wat u prettig vindt?
9. Gebeurt het wel eens dat u samen met anderen zomaar gezellig een dagje uitgaat?
10. Komt dit overeen met dat wat u prettig vindt?

Antwoordcategorieën bij de oneven vragen:

1. zelden of nooit
2. nu en dan
3. regelmatig
4. vaak

Antwoordcategorieën bij de even vragen:

1. veel minder dan u prettig vindt
2. minder dan u prettig vindt
3. precies dat wat u prettig vindt
4. meer dan u prettig vindt

11. De vragen die u zonet heeft beantwoord gingen erover of men wel eens gezellig bij u op bezoek komt, of dat men u weleens zomaar opbelt voor een praatje of dat er aan u gevraagd wordt om ergens aan mee te doen samen met anderen.

Vindt u het over het algemeen belangrijk dat er mensen zijn die dit soort dingen met u doen?

1. erg belangrijk
2. redelijk belangrijk
3. een klein beetje belangrijk
4. onbelangrijk

{Aangepaste versie Social Netwerk Deliniation Questionnaire (SNDQ)}

De volgende vraag gaat over wie er bij u op bezoek komen en bij wie u zelf op bezoek gaat. Ik wil de voor u belangrijkste personen weten. Enerzijds gaat het om de mensen die regelmatig bij u over de vloer komen en anderzijds om de mensen die niet zo regelmatig komen, maar die toch heel belangrijk voor u zijn.

Van elk van deze personen wil ik een aantal dingen weten, zoals hun leeftijd, hoe vaak u ze ziet of van ze hoort en hoe veel tijd het hen kost om u te bezoeken.

[GEEF BLAD 4]

[REISTIJD: DE TIJD IN UREN+MINUTEN DIE HET NETWERKLIID NODIG HEEFT OM DE RESPONDENT TE BEZOEKEN OP DE VOOR HEM/HAAR GEBRUIKELIJKE MANIER.

HUISGENOOT = 0 UUR, 0 MINUTEN = 00-00;

BUREN = MINIMAAL 1 MINUUT = 00-01.

BIJVOORBEELD 1 UUR EN 30 MINUTEN = 01-30]

[CONTACTFREQUENTIE: (PERSOONLIJK, TELEFONISCH OF PER BRIEF):

CODE:

1 = 1 KEER PER JAAR OF MINDER

2 = 2-11 KEER PER JAAR

3 = 1-3 KEER PER MAAND

4 = 1-6 KEER PER WEEK

5 = DAGELIJKS]

1. Ik van graag van u weten mee wie u regelmatig contact heeft, zoals familie, vrienden, buren, kennissen, collega's etc.

	rol relatie	leef- tijd	reis tijd	hoe vaak gezien tel./brief (u+m)	hoe vaak contact (code) (code)
1.1jr
1.19jr

{vragen uit de Eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld}

Er volgen nu enkele uitspraken. Deze uitspraken zijn opgetekend uit de mond van een groot aantal mensen met wie eerder uitgebreid over hun situatie is gesproken. Wilt u van elk van de volgende uitspraken aangeven in hoeverre die op u, zoals u de laatste tijd bent, van toepassing is?

1. Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan.
2. Ik mis een goede vriend(in).
3. Ik ervaar een leegte om mij heen.
4. Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen.
5. Ik mis gezelligheid om me heen.
6. Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt.
7. Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen.
8. Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel.
9. Ik mis mensen om me heen.
10. Vaak voel ik me in de steek gelaten.
11. Wanneer ik daar behoefte aan heb kan ik altijd bij mijn vrienden terecht.

Antwoordcategorieën bij al deze vragen:

1. zeer mee eens
2. mee eens
3. noch mee eens noch mee oneens
4. niet mee eens
5. helemaal niet mee eens

{Ouderdomsbelevingsvragen}

Hieronder vindt u een aantal uitspraken die over het ouder worden gaan. Het is de bedoeling dat u steeds dat antwoord geeft dat naar uw mening het best bij u past. Er zijn geen 'goede' of 'foute' antwoorden.

1. Als je oud bent lijken alle dagen op elkaar.
2. Ik pieker bijna nooit over mijn gezondheid.
3. Omdat je als bejaarde zwak wordt verliest het leven zijn zin.
4. Ik voel mij nog heel goed gezond.
5. Ik zie erg op tegen de gebreken van de ouderdom.
6. Je kunt weinig doen aan je eigen gezondheidstoestand.
7. Ik vind het moeilijk steeds rekening te moeten houden met mijn gezondheid.
8. Ik mankeer altijd wel wat.
9. Ouderdom is voor mij een gelukkige tijd.
10. Ik vind het prettig om oud te worden.

{MOS-gezondheidsvragenlijst

Algemene gezondheid: vragen 1, 9 tot en met 12;

Geestelijke Gezondheid: vragen 4 tot en met 8}

Ik wil u een aantal vragen stellen die gaan over uw **GEZONDHEID**.

1. Hoe is in het algemeen uw gezondheid?

1. uitstekend
2. erg goed
3. goed
4. redelijk
5. slecht

2. Heeft u de afgelopen 4 weken lichamelijke pijn gehad?

1. geen pijn
2. zeer lichte pijn
3. lichte pijn
4. matige pijn
5. hevige pijn

Ik stel u nu een paar vragen over hoe u zich de afgelopen 4 weken heeft gevoeld.

3. Hoe vaak heeft uw gezondheid u de afgelopen maand beperkt in uw sociale activiteiten (zoals op bezoek gaan bij vrienden of naaste familie)?
4. Hoe vaak bent u de afgelopen maand erg nerveus geweest?
5. Hoe vaak heeft u zich de afgelopen maand kalm en rustig gevoeld?
6. Hoe vaak heeft u zich de afgelopen maand neerslachtig en somber gevoeld?
7. Hoe vaak heeft u zich de afgelopen maand gelukkig gevoeld?
8. Hoe vaak heeft u zich de afgelopen maand zo somber gevoeld dat niets u op kon vrolijken?

Antwoordcategorieën bij de vragen 3 tot en met 8.

1. altijd
2. heel vaak
3. redelijk vaak
4. soms
5. bijna nooit
6. nooit

Nu wil ik u nog een paar andere vragen over uw gezondheid stellen.

9. Ik ben een beetje ziek.
10. Ik ben zo gezond als ieder ander die ik ken.
11. Mijn gezondheid is uitstekend.
12. Ik voel me de laatste tijd slecht.

Antwoordcategorieën bij de vragen 9 tot en met 12:

1. absoluut waar
2. grotendeels waar
3. ben er niet zeker van
4. grotendeels niet waar
5. beslist niet waar

{vragen uit de Groninger Activity Restriction Scale (GARS)}

In de nu volgende vragenlijst komen een aantal dagelijkse activiteiten aan de orde. Hierbij wordt de vraag gesteld of u deze activiteiten wel of niet zelfstandig kan uitvoeren.

1. Kunt u zich, geheel zelfstandig, aankleden?
2. Kunt u, geheel zelfstandig, in en uit bed komen?
3. Kunt u, geheel zelfstandig, vanuit een stoel overeind komen?
4. Kunt u, geheel zelfstandig, uw gezicht en handen wassen?
5. Kunt u, geheel zelfstandig, uw hele lichaam wassen en afdrogen?
6. Kunt u, geheel zelfstandig, van en naar het toilet gaan?
7. Kunt u, geheel zelfstandig, eten en drinken?
8. Kunt u, geheel zelfstandig, rond lopen in huis (eventueel met stok)?
9. Kunt u, geheel zelfstandig, de trap op en aflopen?
10. Kunt u, geheel zelfstandig, buitenshuis rondlopen (eventueel met stok)?
11. Kunt u, geheel zelfstandig, uw voeten en teennagels verzorgen?

Antwoordcategorieën bij vragen 1 tot en met 11:

1. Ja, dat kan ik zelfstandig, zonder enige moeite
2. Ja, dat kan ik zelfstandig, met moeite
3. Nee, dat kan ik niet zelfstandig, daarbij heb ik hulp nodig

{Vragen met betrekking tot criminaliteit: ontleend aan criminaliteitsonderzoek Criminologisch Instituut + eigen vragen}

Ik wil u nu een aantal vragen stellen over hoe veilig u zich in uw woonomgeving en de stad Groningen in het algemeen voelt.

1. Bent u de laatste 12 maanden wel eens (bijna) het slachtoffer geweest van een inbraak of beroving?
 1. ja
 2. nee

2. Is iemand uit uw omgeving de laatste 12 maanden wel eens (bijna) het slachtoffer geweest van een inbraak of beroving?
 1. ja
 2. nee

3. Voelt u zich over het algemeen veilig in de buurt of wijk waar u woont?
 1. zeer veilig
 2. redelijk veilig
 3. niet zo veilig
 4. zeer onveilig

4. Zijn er in de buurt of wijk waar u woont of in de rest van Groningen plekken of straten waar u liever niet komt?
 1. ja, in de buurt
 2. ja, in de rest van Groningen
 3. nee, in de buurt
 4. nee, in de rest van Groningen

5. Waarom komt u daar liever niet?
 1. stil, afgelegen
 2. donker
 3. onzure types
 4. angst voor beroving/geweld
 5. anders, namelijk

{bereikbaarheidsvragen: zelf ontwikkeld}

1. Heeft u er moeite mee om de volgende plaatsen, zelfstandig, te bereiken?
[GEEF BLAD 6]

1. Kan ik niet komen.
2. Kan ik alleen met hulp van anderen komen.
3. Kan ik met moeite komen.
4. Kan ik zelfstandig zonder moeite komen.
5. Ga ik zelf nooit naar toe.

1. winkel	1	2	3	4	5
2. postkantoor	1	2	3	4	5
3. kerk	1	2	3	4	5
4. buurtcafé	1	2	3	4	5
5. bushalte	1	2	3	4	5
6. bibliotheek	1	2	3	4	5
8. andere,	1	2	3	4	5

De nu volgende vragen hebben betrekking op de contacten die u heeft met instellingen, organisaties of medische personen.

[GEEF BLAD 7]

1. Ik wil graag van u weten met welke van de onderstaande instellingen, of personen u de afgelopen 12 maanden contact heeft gehad en hoe vaak u daarmee contact heeft gehad.

(MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

	geen	1-2 keer per jaar	3-11 keer per jaar	1-3 keer per maand	1-6 keer per week	dage- lijks
1. huisarts	0	1	2	3	4	5
2. medisch specialist	0	1	2	3	4	5
3. psychiater, psycholoog/riagg	0	1	2	3	4	5
4. wijkverpleeg- kundige, gezinszorg	0	1	2	3	4	5
5. maatschap-pelijk werker	0	1	2	3	4	5
6. tafeltje-dekje	0	1	2	3	4	5
7. patientenver, zelf- hulp-groepen	0	1	2	3	4	5
8. ouderenbond	0	1	2	3	4	5
9. Gezondheids-dienst (GGD of GG & GD)	0	1	2	3	4	5
10. Consultatie-bureau voor alcohol en drugs	0	1	2	3	4	5
11. SOS telefonische hulpdienst	0	1	2	3	4	5
12. Stichting Welzijn Ouderen Groningen (SWOG)	0	1	2	3	4	5
13. andere, namelijk	0	1	2	3	4	5

2. Ik wil graag van u weten aan welke van de onderstaande activiteiten u, samen met anderen, de afgelopen 12 maanden heeft deelgenomen en hoe vaak u daaraan heeft deelgenomen.

(MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

[GEEF BLAD 8]

	geen	1-2 keer per jaar	3-11 keer per jaar	1-3 keer per maand	1-6 keer per week	dage- lijks
1. handarbeiden (naaien, breien)	0	1	2	3	4	5
2. dansen (volksdansen)	0	1	2	3	4	5
3. sport (fietsen, zwemmen, t' ai chi)	0	1	2	3	4	5
4. ontmoetings-groep (soos, koffie- bijeenkomst)	0	1	2	3	4	5
5. recreatieve activiteiten (kaarten, sjoelen, biljarten)	0	1	2	3	4	5
6. culturele activiteiten (theater-, bioscoop- of museum-bezoek)	0	1	2	3	4	5
7. (taal-) cursussen	0	1	2	3	4	5
8. andere, namelijk	0	1	2	3	4	5

3. Zijn er activiteiten die op de lijst staan, waaraan u niet meedoet maar waaraan u eigenlijk wel mee zou willen doen?

1. nee (door naar vraag 5)

2. ja, welke nummers

BIJLAGE 3: STADSDEELINDELINGEN

In deze bijlage wordt weergegeven hoe de stadsdelen zijn opgebouwd. Een stadsdeel is een samenvoeging van buurten of buurtcombinaties. Buurtcombinaties zijn vrij eenvoudig te herkennen: de laatste twee cijfers van een postcode geven in Groningen de buurtcombinatie aan.

Groningen kent zes stadsdelen en dat zijn de volgende:

1. Binnenstad/Eerste Ring (in het Rapport aangeduid met alleen "Centrum"),
2. Noorddijk,
3. Groningen-Zuid,
4. Hoogkerk/Groningen Zuid-West (aangeduid met "Hoogkerk"),
5. De Oude Wijken,
6. Vinkhuizen, Paddepoel, Selwerd (aangeduid met "Noord-West").

De opbouw van de stadsdelen die in dit rapport gebruikt werd, is als volgt:

Centrum:

Buurtcombinatie	laatste cijfers postcode
Stadskern-Zuid	11
Stadskern-Noord	12
Schildersbuurt	18
Oranjebuurt	17
Zeeheldenbuurt	26

Noorddijk:

Buurtcombinatie:	laatste cijfers postcode
Euvelgunne	23
Oosterhoogebrug	31
Lewenborg-Zuid	32
Lewenborg-Noord	33
Noorddijk	34
Bovenstreek	35
Beijum-Oost	36
Beijum-West	37
Noorderhoogebrug	38

Groningen-Zuid:

Buurtcombinatie: laatste cijfers postcode

De Weijert	21
Coendersborg	22
Oosterpoort	24
Hereweg	25

Hoogkerk/Groningen-Zuid:

Buurtcombinatie: laatste cijfers postcode

Stadspark	27
Corpus den Hoorn	28
Hoogkerk-Zuid	44
Hoogkerk-Noord	45
Dorkwerd	46

De Oude Wijken:

Buurtcombinatie: laatste cijfers postcode

Indische Buurt	15
De Hoogte	16
Korreweg	14
Oosterpark	13

Noord-West:

Buurtcombinatie: laatste cijfers postcode

Selwerd	41
Paddepoel	42
Vinkhuizen	43

Voor de analyses voor de wijken werden een aantal buurt-combinaties samengevoegd. Het betrof hier zeer voor de hand-liggende samenvoegingen.

Samengevoegd werden:

1. Stads kern-Zuid en Stads kern-Noord tot Centrum,
2. Beijum-West en Beijum-Oost tot Beijum,
3. Lewenborg-Zuid en Lewenborg-Noord tot Lewenborg en
4. Hoogkerk-Zuid en Hoogkerk-Noord tot Hoogkerk.

BIJLAGE 4: SCHAALANALYSETECHNIEKEN

In deze bijlage kan slechts zeer kort op de materie met betrekking tot de schaalanalyse ingegaan worden. Voor meer informatie kan de geïnteresseerde lezer terecht bij o.a. Swamborn (1982) en Niemöller en van Schuur (1983).

In deze bijlage zal een korte uiteenzetting worden gegeven van 3 veel gebruikte schaalanalysemethoden, namelijk factoranalyse, Mokkenanalyse en Raschanalyse.

Factoranalyse is een methode waarbij getracht wordt om een groot aantal variabelen met behulp van een kleiner aantal zgn. factoren te "verklaren". Verklaren in mathematisch theoretische zin. Het is de bedoeling dat de factoren zoveel mogelijk van de variantie in de variabelen kunnen reproduceren. Binnen de factoranalyse is het streven om een factor te krijgen die zoveel mogelijk van de variantie verklaard of om een structuur van de factoren te krijgen die eenvoudig te interpreteren is.

Variabelen hebben een zgn. factorlading op elk van de benodigde factoren. Indien nu de factorlading op een factor hoog genoeg is dan wordt deze variabele opgenomen in de schaal die bij die factor hoort. Gewoonlijk sommeert men de scores van de variabelen die hoog op een factor laden, zgn. somscore.

Een assumptie waaraan voldaan moet zijn om een factoranalyse uit te mogen voeren is dat alle variabelen tenminste intervalnivo hebben. Aan deze eis wordt in de praktijk meestal niet voldaan.

In zowel de Mokken als de Rasch-analyse wordt verondersteld dat er een onderliggende factor/variabele is die de antwoorden van personen op vragen (variabelen) bepaalt. Verder wordt verondersteld dat mensen met meer van een bepaalde eigenschap een grotere kans hebben om moeilijker items "positief" te beantwoorden dan mensen die minder van die eigenschap hebben. Verder wordt verondersteld dat zowel de mensen zijn te ordenen naar de mate waarin ze over een eigenschap beschikken en items zijn te ordenen naar moeilijkheid. Beide analysetechnieken zijn probalistische modellen. Dat wil zeggen dat personen met meer van een eigenschap een grotere kans hebben om een "positief" antwoord te geven, maar het kan best zijn dat ze een bepaald item toch niet positief beantwoorden, terwijl dat op grond van de mate waarin ze over een eigenschap beschikken wel verwacht werd.

Het Rasch-model is strenger dan het Mokken-model. Indien aangetoond wordt dat items een Rasch-schaal vormen, dan kan aan zowel de items als de respondenten een score op intervalnivo worden toegekend. Dat kan niet bij het Mokken-model. Er zijn echter veel minder vragensets die aan de eisen van het Rasch-model voldoen dan vragensets die aan de eisen van het Mokken-model voldoen.

Omdat het Raschmodel meer eisen stelt aan de data kunnen ook de assumpties die bij het Rasch-model horen getoetst worden. Binnen de Mokkenanalyse is dit niet mogelijk en heeft men maar een beperkt aantal werkelijke toetsten ter beschikking.

BIJLAGE 5: OPLEIDING, INKOMEN, SOCIAAL ISOLEMENT EN EENZAAMHEID.

In deze bijlagen staan de gegevens voor eenzaamheid en omvang van het sociale netwerk naar opleiding en inkomen.

In de tabellen B5.1 en B5.2 staan de resultaten voor opleiding, in de tabellen B5.3 en B5.4 de resultaten voor inkomen.

Tabel B5.1. Opleiding en eenzaamheid.

Opleiding	Eenzaamheid		n
	gemiddelde	st. dev.	
1. geen of LAO	3.2	3.2	341
2. LBO	2.4	2.7	124
3. MAO	2.0	2.3	97
4. MBO	1.4	2.0	69
5. VAO	1.9	2.1	23
6. HBO	1.5	2.3	40
7. HAO	1.0	0.0	2
8. WO	1.3	2.0	13
totaal	2.5	2.9	709

($F=6.4$, $df=7$ en 701 , $P<.0001$, Bartlett-Box= 6.4 , $P<.0001$).

Tabel B5.2. Opleiding en omvang van het sociale netwerk.

Opleiding	Omvang van sociale netwerk		n
	gemiddelde	st. dev.	
1. geen of LAO	8.2	4.3	345
2. LBO	9.1	4.2	122
3. MAO	9.7	4.8	98
4. MBO	10.2	4.8	70
5. VAO	9.9	5.4	24
6. HBO	10.1	5.7	40
7. HAO	9.0	1.4	2
8. WO	10.0	6.0	13
totaal	9.0	4.6	714

($F=3.2$, $df=7$ en 706 , $P=.004$, Bartlett-Box= 1.9 , n.s.).

In de tabellen B5.1 en B5.2 is duidelijk te zien dat slechts 2 ouderen een hogere algemene opleiding hebben gehad, daarom zijn de standaard deviaties zo klein. Opmerkelijk is het daarom dat de Bartlett-Box voor de omvang van het sociale netwerk niet significant is.

Tabel B5.3. Inkomen en eenzaamheid.

Inkomen (per maand)	gemiddelde	Eenzaamheid st. dev.	n
1. minder dan f 1.075	4.1	3.5	35
2. f 1.075 tot f 1.250	3.7	3.2	108
3. f 1.250 tot f 1.400	3.3	3.7	47
4. f 1.400 tot f 1.550	2.7	2.8	62
5. f 1.550 tot f 1.750	2.8	2.6	62
6. f 1.750 tot f 1.950	2.2	2.9	77
7. f 1.950 tot f 2.150	2.4	2.7	62
8. f 2.150 tot f 2.325	2.3	2.8	48
9. f 2.325 tot f 2.525	1.7	2.1	30
10. f 2.525 tot f 2.700	1.6	2.4	20
11. f 2.700 tot f 3.100	1.6	2.1	29
12. f 3.100 of meer	1.4	1.9	76
totaal	2.6	2.9	656

($F=4.9$, $df=11$ en 644 , $P < .0000$, Bartlett-Box= 3.8 , $P < .0000$).

Tabel B5.4. Inkomen en omvang van het sociale netwerk.

Inkomen (per maand)	Omvang van sociale netwerk		n
	gemiddelde	st. dev.	
1. minder dan f 1.075	6.3	4.1	35
2. f 1.075 tot f 1.250	7.3	4.1	110
3. f 1.250 tot f 1.400	7.8	3.5	48
4. f 1.400 tot f 1.550	9.0	4.0	60
5. f 1.550 tot f 1.750	8.9	4.2	63
6. f 1.750 tot f 1.950	9.3	4.9	77
7. f 1.950 tot f 2.150	10.3	4.4	61
8. f 2.150 tot f 2.325	9.2	4.8	50
9. f 2.325 tot f 2.525	9.4	4.6	30
10. f 2.525 tot f 2.700	10.1	4.1	20
11. f 2.700 tot f 3.100	10.6	4.8	30
12. f 3.100 of meer	11.5	5.1	77
totaal	9.0	4.6	660

($F=6.2$, $df=11$ en 649 , $P < .0000$, Bartlett-Box= 1.2 , $P = .268$).

BIJLAGE 6: MULTIVARIATE COVARIANTIEANALYSE VOOR EENZAAMHEID EN OMVANG VAN HET SOCIALE NETWERK

In de multivariate covariantieanalyse²⁴ zijn de volgende variabelen opgenomen:

1. als afhankelijke: eenzaamheid en omvang van het sociale netwerk,
2. als factoren: geslacht en burgerlijke staat en
3. als covariaten: leeftijd, algemene gezondheid, geestelijke gezondheid, ADL, opleiding, inkomen en social companionship.

Allereerst worden de uitkomsten voor de Barlett-Box-toets (zie Tabel B6.1) gegeven. Deze uitkomsten geven aan of voor de interval variabelen binnen de groepen²⁵ gelijke varianties bestaan. Gelijke varianties is een assumptie voor alle soorten variantieanalyse.

Tabel B6.1 Uitkomsten Barlett-Box-toets.

variabele	Barlett-Box-toets	
	F-waarde	P-waarde
eenzaamheid	3.29	.002*
omvang sociaal netwerk	.44	.875
leeftijd	1.15	.327
opleiding	8.90	.000*
inkomen	.62	.741
algemene gezondheid	.06	1.000
geestelijke gezondheid	1.03	.402
ADL	6.94	.000*
social companionship	1.88	.068

²⁴ In deze bijlage wordt de terminologie gebruikt, die men normaal bij multivariate covariantieanalyse wordt gebruikt. In deze bijlage zal daarom gesproken worden van afhankelijken, factoren en covariaten.

²⁵ Een groep wordt in dit geval gevormd door de combinatie van geslacht en burgerlijke staat. Zo wordt een groep gevormd door gehuwde mannen en een andere door ongehuwde vrouwen. In totaal worden acht groepen oftewel acht combinaties van geslacht en burgerlijke staat gevormd.

Zoals bij alle variantieanalyses met als afhankelijke variabele eenzaamheid geldt ook hier dat niet voldaan wordt aan de assumptie van gelijke varianties. Dat betekent dat de generaliseerbaarheid van de resultaten niet volledig gegarandeerd kunnen worden. Dit is ook de reden dat werd gezegd dat deze analyse een illustratief karakter heeft.

Naast de Barlett-Box-toetsen voor de gelijkheid van varianties is het gebruikelijk om te kijken naar de gelijkheid van de multivariate verdeling van de interval variabelen. Daartoe wordt gebruik gemaakt van verschillende toetsen (zie Tabel B6.2).

De resultaten voor de tests zijn in overeenstemming met elkaar. Volgens zowel de F-toets als de Chi²-toets is er sprake van ongelijke multivariaatheid van de interval variabelen binnen de groepen.

Tabel B6.2 Tests voor multivariate normaalverdeeldheid binnen de verschillende groepen.

F met 225 en 35839 df=	1.40,	P < .0001
Chi-Square met 225 df=	317.95,	P < .0001

Uit tabel B6.3 blijkt dat burgerlijke staat met betrekking tot beide afhankelijken significant is. Dat kan niet gezegd worden van geslacht.

Tabel B6.3 multivariate significantie toets (Pillais).

	waarde	Pillais-toets	
		F-approx:	significantie
effect			
burgerlijke staat	.0468	4.92	.000
geslacht	.0018	.55	.576

Tot dusver hebben we gekeken naar de gegevens voor de multivariate toetsen. In de rest van deze paragraaf kijken we naar de univariate toetsen en de verschillende parameterschattingen.

Tabel B6.4 Univariate significantietoetsen voor eenzaamheid.

effect	F-waarde	vrijheidsgraden	significantie
burgerlijke staat	6.63	3 en 616	.000
geslacht	.84	1 en 616	.358

Net als bij de multivariate toetsen blijkt geslacht niet significant te zijn bij de verklaring voor eenzaamheid (zie tabel B6.4). Burgerlijke staat en de constante zijn wel significant. In tabel

B6.5 staan de parameter-schattingen voor de verschillende effecten (factoren) voor de afhankelijke eenzaamheid. De parameterschattingen zijn gecorrigeerd voor de effecten van de covariaten, die in de volgende tabel staan.

Ook uit tabel B6.5 blijkt het niet-significant zijn van geslacht.

Tabel B6.5 parameterschattingen voor factoren; afhankelijke eenzaamheid.

parameter	coëfficiënt	T-waarde	significantie
geslacht			
man	-.0982	- .91	.358
vrouw	.0982	----	----
burgerlijke staat			
gehuwd	-.671	-3.34	.001
gescheiden	.609	1.79	.073
weduwe	.325	1.71	.088
ongehuwd	-.263	----	----

In tabel B6.6 staan de regressiecoëfficiënten voor de verschillende covariaten. Duidelijk is dat in deze analyse algemene gezondheid en ADL niet significant zijn. Dit komt overeen met de resultaten uit 5.3. Opvallend is dat er slechts geringe verschillen zijn voor de β -coëfficiënten uit 5.4 en de β -coëfficiënten die in de multivariate covariantie analyse gevonden werden.

Tabel B6.6 Regressiecoëfficiënten en significantienivo's voor covariaten met als afhankelijke eenzaamheid.

covariaat	B	Beta	t-waarde
leeftijd	-.013	-.028	- .42
opleiding	-.118	-.068	-1.76
inkomen	-.003	-.003	- .08
algemene gezondheid	-.016	-.024	- .61
geestelijke gezondheid	-.181	-.313	- 8.47**
ADL	-.018	-.023	- .59
social companionship	-.395	-.381	-10.39**

(* $P < .01$)

Tot zover de bespreking van de resultaten van de multivariate covariantieanalyse met

betrekking tot de afhankelijke eenzaamheid. In de rest van deze paragraaf worden de uitkomsten voor de afhankelijke omvang van het sociale netwerk behandeld. Net als bij eenzaamheid heeft geslacht ook geen significante bijdrage bij de verklaring van omvang sociaal netwerk (zie tabel B6.7).

Tabel B6.7 Univariate significantietoetsen voor omvang sociaal netwerk.

effect	F-waarde	vrijheidsgraden	significantie
burgerlijke staat	4.69	3 en 616	.003
geslacht	.11	1 en 616	.739

Ook uit tabel B6.8 blijkt dat geslacht geen significante bijdrage in de verklaring voor omvang van het sociale netwerk geeft.

Tabel B6.8 parameterschattingen voor factoren; afhankelijke omvang sociale netwerk.

parameter	coëfficiënt	T-waarde	significantie
geslacht			
man	-.066	-.33	.739
vrouw	.066	-----	-----
burgerlijke staat			
gehuwd	1.381	3.71	.000
gescheiden	-.900	-1.43	.152
weduwe	.136	.39	.699
ongetrouwd	-.616	-----	-----

Tabel B6.9 Regressiecoëfficiënten en significantienivo's voor covariaten met als afhankelijke omvang sociaal netwerk.

covariaat	B	Beta	t-Value
leeftijd	-.006	-.007	-.184
opleiding	.065	.023	.523
inkomen	.171	.113	2.576**
algemene gezondheid	.016	.015	.332
geestelijke gezondheid	.044	-.047	1.104
ADL	.065	.051	1.135
social companionship	.406	.244	5.762**

Uit tabel B6.9 blijkt dat de regressiecoëfficiënten met betrekking tot omvang van het sociale netwerk iets veranderen ten opzichte van de tabel 5.9, maar niet erg veel.

Net als reeds in 5.4 werd geconstateerd levert algemene gezondheid geen bijdrage tot de verklaring van de omvang van het sociale netwerk. Hier gaat de meeste invloed uit van sociale omgang.