

Ageing in place: De rol van sociaal kapitaal en intergenerationeel contact in de levenskwaliteit van ouderen

Ervaringen van bewoners van woon-zorgcentrum Bernlef en de Venusflat

Erik Mey | Bachelorscriptie | Sociale Geografie en Planologie | Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen | Rijksuniversiteit Groningen

SAMENVATTING

Sinds 1 januari 2015 is het beleid omtrent langdurige ouderenzorg in Nederland drastisch veranderd. Ouderen worden gestimuleerd om langer zelfstandig te blijven wonen en actief te blijven in de maatschappij. Deze beleidsrichting wordt gekarakteriseerd als 'ageing in place'. Voor dit type beleid spelen de sociale contacten van ouderen een cruciale rol in het zelfstandig blijven. Belangrijke onderzoekers benadrukken het belang van het zogeheten sociaal kapitaal van ouderen die hen in staat stelt hun sociale relaties aan te spreken ter vervulling van hun eigen behoeften. Dit onderzoek is gebaseerd op 10 semigestructureerde diepte-interviews met bewoners van woonzorginstelling Bernlef en de met aanleunwoningen uitgeruste Venusflat. Het blijkt dat de ruimtelijke context van een woonzorginstelling bepaalde belemmeringen met zich meebrengt voor het ontwikkelen van sociaal kapitaal van de bewoners. Door de leeftijdssegregatie in Bernlef en de Venusflat lijken extrafamiliaire intergenerationele contacten onbereikbaar voor de respondenten. Hierdoor worden interfamiliaire intergenerationele contacten en de relaties met medebewoners extra belangrijk voor de zelfervaren levenskwaliteit van de respondenten. Hierbij lijkt een type gedrag geassocieerd met 'senior coolness' een extra belemmering te vormen op het contact leggen met medebewoners. Tevens is er een verschil tussen hoe bewoners van Bernlef en Venusflat zichzelf en de anderen identificeren, wat zijn uitwerking heeft op de wijze van contact tussen beide groepen bewoners.

Inhoudsopgave

1. Aanleiding	p. 3-6
1.1 <i>Hervorming van het Nederlandse zorgstelsel</i>	<i>p. 3</i>
1.2 <i>Levenskwaliteit en sociaal kapitaal</i>	<i>p. 3-5</i>
1.3 <i>Onderzoeksdoel</i>	<i>p. 5 – 6</i>
1.4 <i>Leeswijzer</i>	<i>p. 6</i>
2. Theoretisch kader	p. 7 – 11
2.1 <i>Levenskwaliteit: Quality of Life</i>	<i>p. 7 – 8</i>
2.2 <i>Sociaal kapitaal</i>	<i>p. 8 – 9</i>
2.3 <i>Intergenerationeel contact</i>	<i>p. 9 – 10</i>
2.4 <i>Contact- en conflict theorie</i>	<i>p. 10 – 11</i>
3. Conceptueel model	p. 12
4. Methodologie	p. 13 – 18
4.1 <i>Methode</i>	<i>p. 13</i>
4.2 <i>Respondent – interviewer verhoudingen</i>	<i>p. 14 – 15</i>
4.3 <i>Respondentenwerving en ethische aspecten</i>	<i>p. 15</i>
4.4 <i>Context: Bernlef en de Venusflat</i>	<i>p. 15 – 16</i>
4.5 <i>Foto impressie Bernlef en Venusflat complex</i>	<i>p. 17</i>
4.6 <i>Geografische ligging onderzoekslocatie</i>	<i>p. 18</i>
5. Discussie	p. 19 – 26
5.1 <i>Krimpemde sociale netwerken</i>	<i>p. 19 – 20</i>
5.2 <i>Intergenerationeel contact: ‘Mijn kinderen. Die zijn van mij’</i>	<i>p. 21 – 22</i>
5.3 <i>Bernlef en de Venusflat: ‘Daar wil ik niet bij horen’</i>	<i>p. 23 – 24</i>
5.4 <i>‘Onder de mensen zijn’</i>	<i>p. 24 – 25</i>
5.5 <i>Een nieuwe partner</i>	<i>p. 25 – 26</i>
5.6 <i>Sociaal Kapitaal: Afnemende functionele competentie</i>	<i>p. 26</i>
6. Conclusies	p. 27 - 28
7. Literatuurlijst	p. 29 – 31
Bijlagen:	
<i>Bijlage 1: Semi-structured interview guide</i>	
<i>Bijlage 2: Interview transcripten</i>	

1. Aanleiding

1.1 Hervorming van het Nederlandse zorgstelsel

De structuur en organisatie van langdurige ouderenzorg is anno 2015 drastisch veranderd. De overheid moedigt ouderen aan om langer thuis te wonen door zorg aan huis aan te stimuleren via legislatieve hervormingen. De Wet Langdurige Zorg (WLZ) vervangt de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) met als belangrijkste verandering dat de WLZ stringenter criteria hanteert voor het recht op intensieve zorg in een zorginstelling. Dit heeft als gevolg dat een deel zorgbehoevende ouderen die voor 2015 in een zorginstelling woonden en recht hadden op dagelijkse zorg dat recht nu verliezen of zien inkrimpen. In zorgtehuizen is dan ook een transitie gaande waarbij bewoners die voorheen als cliënten werden beschouwd – dat wil zeggen: bewoners die dagelijkse zorg ontvingen – nu ‘huurders’ worden. Het verschil is dat deze huurders zich grotendeels zelfstandig moeten redden in hun dagelijks leven. De Zorgverzekeringswet (ZVW) richt zich op het mogelijk maken van ‘wijkverpleging’: verpleging en verzorging aan huis. Ook de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) is vanaf 2015 vernieuwd en biedt zorgbehoevenden ondersteuning in verschillende vormen van zorg zodat zorgbehoevende ouderen zelfstandig blijven wonen en blijven participeren in de maatschappij (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2014). De algemene trend is die van een overheidsgestuurd zorgwezen naar een meer individuele en gemeenschapsgeoriënteerde structuur van ouderenzorg (Lager et al., 2014).

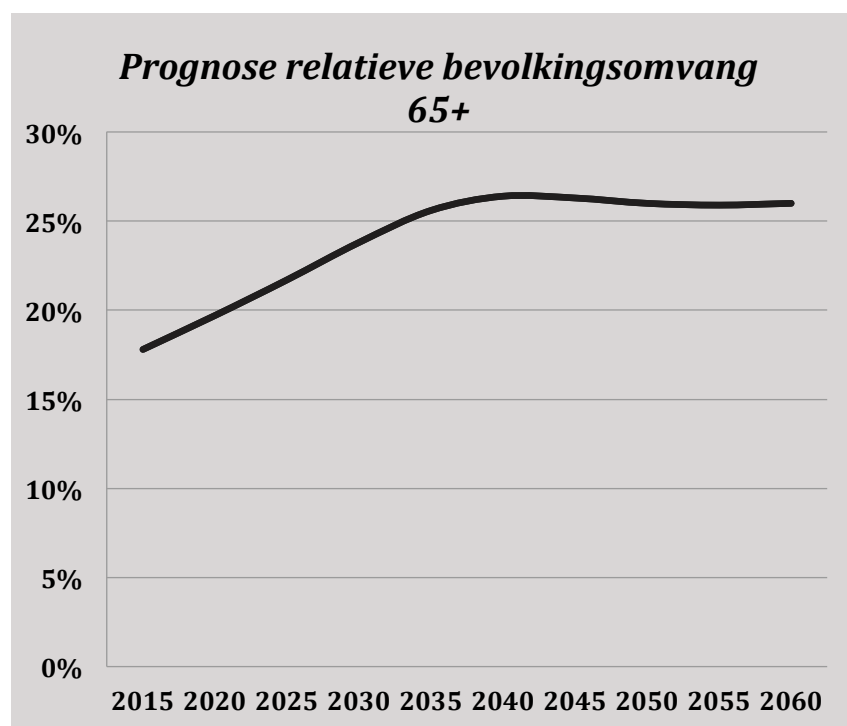
Als gevolg van het hierboven beschreven beleid krijgen familieleden en naasten (vrienden, buurtgenoten) een grotere rol en meer verantwoordelijkheid in de zorg voor zorgbehoevende ouderen, omdat zij degenen zijn die mantelzorg zullen moeten verstrekken. Met andere woorden: het sociale netwerk van ouderen gaat een belangrijke voorwaarde worden voor de zorg en de levenskwaliteit van een individuele oudere. De vraag is of het zogeheten ‘sociaal kapitaal’ van ouderen adequaat kan inspringen op de ontstane of bestaande zorgbehoeften en hoe dit kan bijdragen aan de levenskwaliteit van de individuele oudere.

1.2 Levenskwaliteit & sociaal kapitaal

Over het algemeen zijn onderzoekers het erover eens dat levenskwaliteit een uiterst subjectief begrip is. Levenskwaliteit moet dus worden gezien als de subjectieve beoordeling van een individu over de algehele kwaliteit van zijn of haar leven (gebaseerd op: Gabriel & Bowling, 2004; Diener, 2000). Gabriel en Bowling (2004) uitten kritiek op eerdere onderzoeken naar levenskwaliteit van ouderen door te stellen dat deze onderzoeken werden beheerst door de premisse dat ouderdom op den duur onvermijdelijk gepaard gaat met afhankelijkheid, behoeftigheid en afnemende psychische en fysieke capaciteiten, met een substantieel verlies aan levenskwaliteit als gevolg. Op basis van een onderzoek onder 999 65-plussers in Groot-Brittannië concluderen zij dat sterke sociale contacten, hulp en steun krijgen in het dagelijks leven en deelnemen aan sociale activiteiten factoren zijn die levenskwaliteit, ondanks ouderdom, hoog houden.

De afgelopen decennia is onderzoek naar het effect van sociaal kapitaal – de omvang, kwaliteit en verbindend vermogen van sociale netwerken- van ouderen op hun levenskwaliteit van toenemend belang geworden (Lager et al., 2014). Invloedrijke onderzoekers als Robert Putnam (2001) en Alejandro Portes (1998) benadrukken het belang van sociaal kapitaal in factoren als sociale controle en steun van familie en vrienden; factoren die een positieve uitwerking hebben op de levenskwaliteit van een persoon. Contacten met jongere generaties – zowel binnen als buiten de familie – lijken dus een belangrijke rol te spelen in het sociaal kapitaal van ouderen. Dit wordt onderschreven door Teerawichichainan et al. (2015) die stellen dat intergenerationele contacten in de vorm van emotionele steun, maar ook ondersteuning in het dagelijks leven, een bevorderlijk effect heeft op de psychische gesteldheid van ouderen. Sociaal kapitaal speelt niet alleen een belangrijke rol in de kwaliteit van leven voor een individu, maar heeft ook een bredere betrekking op gemeenschappen (Portes, 1998). In dit onderzoek wordt de volgende definitie van sociaal kapitaal gehanteerd: *Het beschikken van een individu of groep over sociale relaties en sociale netwerken die het (potentiële) vermogen hebben om een voordelig effect te hebben op een individu en/of groep* (Gregory et al., 2009, p. 689; Lager et al., 2014).

De invloed van onderzoeken naar sociaal kapitaal strekt zich uit naar het beleidsterrein van nationale overheden in die zin dat overheden mensen actief aansporen om hun sociale relaties te gebruiken om in hun levensbehoeften te voorzien en niet langer enkel de geneeskunde zien als een middel om gezondheidsproblemen aan te pakken (Shortt, 2004; Hawe & Shiell, 2000). In veel Westerse samenlevingen heeft de sterke vergrijzing (zie figuur 1 voor vergrijzing in



Figuur 1: Prognose van het aandeel 65-plussers in Nederland t.o.v. de totale bevolking (gebaseerd op: CBS, 2014)

NL) gezorgd voor een enorme kostenstijging in de ouderenzorg, zo ook in Nederland (van der Horst et al., 2010). Het oude beleid van centraal geregelde ouderenzorg past niet meer bij een vergrijzende bevolking waarin sociale relaties in toenemende mate een belangrijke rol innemen in de levenskwaliteit en zorgbehoeften van ouderen (Kane et al., 2003). Deze ontwikkelingen – zorgkostenstijging en de focus op sociale relaties - hebben de Nederlandse overheid gedreven te kiezen voor een gemeenschapsgeoriënteerde aanpak van ouderenzorg, waarbij ouderen hun contacten

in de samenleving aanspreken ter vervulling van hun zorg-, maar ook sociale behoeften (Lager et al., 2014 & Vugts, 2011).

Beleid gericht op actief ouder worden is niet uniek voor Nederland. Ook de World Health Organization (WHO) en de Europese Unie stimuleren 'ageing in place' (Wiles et al., 2011), waarbij ouderen onderdeel blijven van de samenleving en beschikking houden over een zekere mate van autonomie, zelfstandigheid en contact met vrienden en familie (Sanchez & Hatton-Yeo, 2012). Hierbij moet niet alleen worden gelet op zelfstandig levende ouderen buiten een zorginstelling maar mag de groep ouderen die binnen zorginstellingen zelfstandig – al dan niet met ondersteuning – leven niet vergeten worden. De ongemakken die de afname van lichamelijke of geestelijke zelfstandigheid met zich meebrengt hebben een negatief effect op de levenskwaliteit (Hawton et al., 2011), maar kunnen worden verzacht door goede en betekenisvolle sociale contacten (Valentine, 2008; Kane et al., 2003). Voor het tot stand komen van deze contacten zijn ouderen afhankelijk van het opgebouwde sociaal kapitaal en de mate waarin ze dat kapitaal kunnen aanwenden. Dit 'ageing in place' beleid is niet onomstreden. In een artikel van Sanchez & Hatton-Yeo (2012) worden diverse kritieken geuit op het beleid van de WHO en de EU. Een van de voornaamste kritiekpunten is dat het actiever ouder worden te zeer is gefocust op productiviteit en zelfstandigheid van een ouder individu, wat het relationele aspect van intergenerationele contacten ondermijnt. Ouderen wonende in een zorginstelling hebben tevens te maken met wat Yamamura (2010) een 'community mechanism' – ofwel: een groepsmechanisme – noemt. Dit groepsmechanisme wordt gekenmerkt door de opbouw van wederzijds respect en vertrouwen wanneer een bewoner zich houdt aan de normen van een groep, maar ook door vervreemding en buitensluiting wanneer bewoners niet aan de groepsnormen voldoen, wat een negatieve weerslag heeft op de levenskwaliteit (Yamamura, 2010).

1.3 Onderzoeksdoel

Om het doel van dit onderzoek te kunnen plaatsen is een korte beschrijving van de onderzoekslocatie vereist. Het onderzoek vond plaats in woonzorgcentrum Bernlef en aangrenzende ouderenflat de Venusflat. Bernlef en de Venusflat zijn onderdeel van hetzelfde zorgcomplex 'Bernlef', met als verschil dat de Venusflat sinds de bouw is ingericht als 'aanleunflat' en Bernlef tot 2015 een verzorgingstehuis was. Een meer gedetailleerde beschrijving van de context van dit onderzoek is te vinden in hoofdstuk 4. Het doel van dit onderzoek is om een beeld te krijgen van wat het wonen in Bernlef en de Venusflat betekent voor het sociaal kapitaal van ouderen. Vanwege het gemeenschapsgeoriënteerde karakter van de recente zorghervormingen in Nederland, gericht op 'ageing in place' en het daaruit volgende belang van de sociale contacten van ouderen wordt een beeld geschetst van de omvang en kwaliteit van het sociaal netwerk en bijbehorende contacten en sociaal kapitaal. Speciale aandacht wordt besteed aan de rol van intergenerationele contacten in de levenskwaliteit van de bewoners van Bernlef en de Venusflat. Er zal getracht worden een beeld te schetsen van hoe de sociale netwerken van ouderen wonend in Bernlef en de Venusflat van elkaar verschillen. Aan de hand van deze doelen is de hoofdvraag van dit onderzoek opgesteld:

- *Wat betekent het wonen in Bernlef en de Venusflat voor de invloed van sociaal kapitaal op de levenskwaliteit van de bewoners?*

Om deze vraag te beantwoorden zijn de onderstaande 4 subvragen geformuleerd die tezamen de hoofdvraag moeten beantwoorden:

- *Hoe zien de sociale netwerken van bewoners van Bernlef en de Venusflat eruit?*
- *Welke rol spelen intergenerationele contacten in hoe bewoners van Bernlef en de Venusflat hun levenskwaliteit ervaren?*
- *Hoe verschillen de sociale netwerken en de sociale behoeften van zelfstandig wonende mensen in de Venusflat ten opzichte van mensen wonende in de beschutte woonomgeving van Bernlef?*

Ter beantwoording van de onderzoeksvragen is een casestudie op basis van diepte interviews gedaan onder 10 bewoners van voormalig zorgtehuis 'Bernlef' (huidig woonzorgcentrum) en aanliggende ouderenflat de 'Venusflat'.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de belangrijkste theorieën omtrent levenskwaliteit, sociaal kapitaal, intergenerationeel contact en contact en conflict theory uiteengezet. Op basis van dit theoretisch kader is in hoofdstuk 3 een conceptueel model opgesteld dat visualiseert hoe de termen uit hoofdstuk 2 met elkaar samenhangen. Paragraaf 4.1 bevat een motivatie van de gekozen onderzoeksmethode en in de daaropvolgende paragraaf is het begrip 'reflexivity' uiteengezet. De volgende paragrafen in hoofdstuk 4 behandelen achtereenvolgens een beschrijving van de onderzoekscontext, een foto impressie van de onderzoekslocatie en een kaart van de directe omgeving van de onderzoekslocatie. In hoofdstuk 5 worden de afgenomen interviews geanalyseerd aan de hand van het theoretisch kader. Het hoofdstuk is aan de hand van de onderzoeksvragen (in hoofdstuk 1 te vinden) ingedeeld; 5.1 beantwoordt de eerste subvraag, 5.2 de tweede, 5.3 de derde en paragrafen 5.4, 5.5 en 5.6 gaan dieper in op de hoofdvraag. In hoofdstuk 7 worden de belangrijkste bevindingen en conclusies van de analyse uiteengezet alsmede een aantal suggesties voor verder onderzoek. Hoofdstuk 7 bevat de geraadpleegde literatuur.

2. Theoretisch Kader

2.1 Levenskwaliteit: *Quality of life*

De definitie van levenskwaliteit die in deze studie wordt gehanteerd is de volgende: *‘Levenskwaliteit is de subjectieve beoordeling van een individu over de algehele kwaliteit van zijn of haar leven.’* Levenskwaliteit zal dus gemeten moeten worden door de subjectieve waardering van een respondent over zijn of haar kwaliteit van leven, in het Engels ‘Quality of Life’ (QOL). De kwaliteit van leven wordt sterk beïnvloed door de mate van tevredenheid over grote domeinen als gezondheid, werk, woonmilieu en sociale relaties (Diener, 2000). Dit onderzoek richt zich, zoals eerder beschreven, op het effect van sociale relaties op QOL. In een poging QOL meetbaar te maken, onderscheiden Kane et al. (2003, p. 241) 11 meetbare domeinen¹ die bijdragen aan de kwaliteit van leven van ouderen in verzorgingstehuizen. Drie van deze domeinen vallen onder de noemer ‘de sociale sfeer’, hieronder uitgewerkt en aangepast in tabel 1.

Meetbaar Domein Quality of Life (QOL)	Indicatoren	Omschrijving
Betekenisvol contact	<ul style="list-style-type: none"> • In staat zijn om vriendschappen op te bouwen. • Vriendschappelijke relaties met een of meerdere personeelsleden van de zorginstelling • Mogelijkheid tot bezoek van vrienden en/of familie. 	Relaties die als waardevol worden beschouwd door een individu. Dit kunnen relaties zijn met medebewoners, werknemers van het verzorgingstehuis, familie, vrienden en alle overige actoren buiten het verzorgingstehuis.
Betekenisvolle activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> • Vermakelijke activiteiten in de leefomgeving (bijv. Spelavonden) • Mate van plezierige beleving van activiteiten in de leefomgeving. • Het in staat zijn andere bewoners of personeel te helpen. Het gevoel onderdeel te zijn van de dagelijkse bezigheden. 	Actief bijdragen aan fysieke of intellectuele activiteiten en contacten buiten de dagelijkse contacten en activiteiten. Betekenisvolle contacten kunnen de opvattingen en attitude van een individu jegens andere groepen positief doen veranderen (Valentine, 2008)
Functionele competentie	<ul style="list-style-type: none"> • Het vrij en zelfstandig kunnen bewegen in eigen woning zonder hulp van anderen. • Het zelfstandig kunnen vervullen van dagelijkse sociale bezigheden (het vermogen om zelfstandig te bepalen wie waar en wanneer te zien) • Het zelf kunnen bepalen van het verloop van de dag (bedtijd, tijd van opstaan, etenstijd, sociaal contact) 	De mate waarin gewenste onafhankelijkheid in sociale relaties wordt gehaald. Hierbij moet in acht worden genomen dat leven in een zorginstelling bepaalde beperkingen aan de onafhankelijkheid van een individu met zich meebrengt.

Tabel 1: *Bewerking van meetbare sociale domeinen van QOL in Kane et al. (2003, p. 241)*

¹ 11 domeinen van QOL volgens Kane et al. (2003, p. 241): Comfort, Veiligheid, Betekenisvolle activiteiten, Betekenisvol contact, Functionele competentie, Genot, Privacy, Individualiteit, Waardigheid, Autonomie, Spiritueel welzijn.

² Ter illustratie: Putnam (2007, p. 138) geeft een markant, maar steekhoudend argument dat Al Quaida een

Deze drie elementen - betekenisvol contact, betekenisvolle activiteiten en functionele competentie - worden in dit onderzoek beschouwd als factoren die bijdragen aan de kwaliteit van leven van ouderen. Met andere woorden: als het sociaal netwerk van een respondent voldoende beschikt over de meetbare domeinen vindt er een verrijking van sociaal kapitaal plaats waardoor de kwaliteit van leven positief wordt beïnvloed. Anderzijds zal sociaal kapitaal geen voordelig effect hebben op de kwaliteit van leven als een sociaal netwerk weinig tot geen van de meetbare domeinen beslaat. De vraag is wanneer een sociaal netwerk *voldoende* beschikt over domeinen, zeker gezien het belemmerende effect dat het wonen in een zorginstelling kan hebben op de factoren die bijdragen aan de QOL. Bijvoorbeeld: voor respondenten die sterker afhankelijk zijn van lichamelijke zorg kan een gelimiteerde beschikking over een van de domeinen al ervaren worden als positief voor de QOL, terwijl een betrekkelijk zelfstandige respondent hogere eisen zal stellen omtrent de beschikking over de domeinen (Kane et al., 2003). Dit illustreert dat de bijdrage van deze factoren aan QOL subjectief is en zal dan ook als zodanig gemeten moeten worden door specifiek te vragen naar het belang van de bovengenoemde factoren voor de respondent.

2.2 Sociaal kapitaal

Sociaal kapitaal verschaft groepen en individuen mogelijkheden om hun eigen behoeften – zowel sociaal als fysiek - te vervullen. Dit kan bijvoorbeeld doormiddel van deelname aan vrijwilligers- of maatschappelijke organisaties en kan leiden tot een gevoel van wederzijds vertrouwen tussen buurtgenoten en familieleden (Lager et al., 2014). De omvang en kwaliteit van het sociale netwerk speelt hierin een cruciale rol, aangezien een omvangrijk en hecht sociaal netwerk een positieve invloed heeft op een zogenoemd ‘wij’-gevoel en een gevoel van geborgenheid met zich meebrengt (Putnam, 2007)². Vertaald naar de context van ouderenzorg zou een groot en hecht sociaal netwerk zorgen voor voldoende sociaal kapitaal om ouderen in staat stellen hun sociale- en zorgbehoeften geheel of gedeeltelijk te bevredigen via sociale relaties om zodoende hun levenskwaliteit te verhogen. Het opbouwen van sociaal kapitaal vergt veel tijd (Bourdieu, 1986). Actoren dienen elkaar te leren kennen door meerdere sociale interacties over langere tijd en bouwen vervolgens een band op die wederzijds wordt erkend. Lager et al. (2014) onderschrijven dat de opbouw van sociaal kapitaal een langdurig proces is en merken daarbij op dat het voor ouderen moeilijker is om betekenisvolle sociale interacties te bewerkstelligen met (voornamelijk) jongere mensen vanwege een andere levensinrichting. Denk hierbij bijvoorbeeld aan dat ouderen vaak gepensioneerd zijn met veel vrije tijd en jongere mensen over het algemeen werken en een gezin hebben. Logischerwijs bemoeilijkt dit het laten plaatsvinden van betekenisvolle sociale interacties tussen ouderen en jongeren. Tevens is het op latere leeftijd moeilijker om in contact te komen met leeftijdsgenoten. Dit is te wijten aan een krimpend sociaal netwerk (door bijvoorbeeld sterfte), een kleiner wordende actieradius en een afnemende functionele competentie (Lager et al., 2014).

² Ter illustratie: Putnam (2007, p. 138) geeft een markant, maar steekhoudend argument dat Al Quaida een uitstekend voorbeeld is van een netwerk met veel sociaal kapitaal, aangezien zij met gelimiteerde middelen door samenwerking toch hun doelen bereiken.

Ouderen met een breed sociaal netwerk en die actief betrokken zijn in maatschappelijke organisaties in hun buurt zijn in de regel minder eenzaam dan ouderen met een betrekkelijk klein sociaal netwerk (Lager et al., 2015). Lisa Berkman (1995) van het 'Harvard Center for Population and Development Studies' en meer recent Annie Hawton et al. (2011) onderschrijven dat eenzame individuen een hoger sterftecijfer hebben en dat sterke familiale en maatschappelijke relaties een positief effect hebben op de levensverwachting. Hieruit volgt de logische conclusie dat beschikking over een omvangrijk sociaal kapitaal een positieve invloed heeft op de levenskwaliteit van ouderen.

Putnam (2007) maakt een onderscheid tussen twee soorten sociaal kapitaal, namelijk: *bridging* sociaal kapitaal en *bonding* sociaal kapitaal. Onder *bridging* sociaal kapitaal verstaat Putnam het vermogen van mensen om positieve contacten – die invulling zouden kunnen geven aan hun eigen behoeften - te leggen en te onderhouden met groepen of individuen uit een andere groep. *Bonding* sociaal kapitaal wordt uitgelegd als het sociale vermogen van actoren om mensen en/of groepen uit dezelfde groep in contact te brengen met als gevolg een voordelige uitwerking op hun eigen levenskwaliteit. Voor zorgbehoevende ouderen is dit vermogen belangrijk voor betekenisvolle dagelijkse contacten van bewoners (Kane et al., 2003), een vorm van sociale controle en fysieke of sociale ondersteuning, wanneer de gezondheid van een bewoner bijvoorbeeld achteruit gaat. In de context van de huidige hervormingen in de zorg krijgt de beschikking over *bridging* en *bonding* sociaal kapitaal onder ouderen een belangrijke rol. Ouderen zullen namelijk afhankelijker worden van mantelzorg door personen uit hoofdzakelijk jongere generaties in de familiekring – een vorm van *bonding* sociaal kapitaal aangezien de familie kan worden gerekend tot de eigen groep - of van individuen en groepen in de wijk – wat onder *bridging* sociaal kapitaal valt. Het belang van deze sociale verbindingen tussen groepen voor de levenskwaliteit wordt nog eens bevestigd door de conflict- en contact theorieën die in paragraaf 2.4 worden beschreven.

2.3 Intergenerationeel contact

In de sociale geografie is de leeftijdsopbouw van bevolkingen een veel bestudeerd thema. De interacties tussen leeftijdsgroepen krijgen een steeds grotere en belangrijkere rol in Westerse, vergrijzende samenlevingen. Beleidsmakers proberen intergenerationeel contact te stimuleren vanwege het positieve effect op het wegnemen van vooroordelen (Fox & Giles, 1993; Putnam, 2007). Negatieve vooroordelen over andere individuen of groepen kunnen betekenisvolle sociale interacties frustreren doordat de verwachtingen die aan vooroordelen verbonden zijn het contact negatief beïnvloeden op een wijze die de verwachtingen voor verder contact verslechteren (zie '*Intergenerational Contact Model*' in: Fox & Giles, 1993, p. 440).

Het onderzoek naar intergenerationeel contact richt zich van oudsher voornamelijk op ouderen en hun interfamiliaire contacten, terwijl Vanderbeck (2007) aangeeft dat intergenerationele contacten een veel breder scala aan contacten behelzen. Wat hierin niet over het hoofd mag worden gezien zijn extrafamiliaire relaties van ouderen, zoals bijvoorbeeld deelname aan een maatschappelijke organisatie of een vriendschappelijke relatie met een jongere in de buurt. Het doel van onderzoek naar intergenerationeel contact is vaak het begrijpen van vooroordelen en stereotypen van verschillende

leeftijdsgroepen jegens elkaar (Fox & Giles, 1993; Williams & Nussbaum, 2012). Dit is van belang aangezien een negatieve stereotypes of vooroordelen contact tussen verschillende leeftijdsgroepen aanzienlijk kan belemmeren. In het licht van de eerder beschreven positieve invloed van sociale relaties tussen leeftijdsgroepen is *'re-engagement'* (Vanderbeck, 2007) - met andere woorden: het herstellen van contact tussen ouderen en jongeren of in ieder geval het slechten van wederzijdse vooroordelen wenselijk te noemen. Dit laatste is extra relevant in de context van een woon-zorginstelling als Bernlef aangezien hier sprake is van een vorm van institutionele leeftijdssegregatie (Vanderbeck, 2007). Volgens Vanderbeck (2007) hebben ouderen het moeilijker dan andere groepen om intergenerationele contacten te bewerkstelligen door het stigma 'oud' dat aan hen kleeft. Deze kwestie wordt verder bemoeilijkt wanneer ouderen niet alleen op basis van leeftijd (met de uiterlijke kenmerken van dien) worden onderscheiden van jongere generaties, maar tevens ruimtelijk, doormiddel van institutionalisering in een woonvorm waar voornamelijk leeftijdsgenoten verblijven: een woon-zorginstelling als Bernlef bijvoorbeeld. Een bijkomend obstakel is dat het huidige zorgbeleid uitsluitend is gericht op het stimuleren van ouderen om hun sociale - vaak intergenerationele - contacten aan te spreken ter invulling van hun zorgbehoeften. Intergenerationeel contact werkt echter twee kanten op; van oud naar jong, maar ook van jong naar oud (Vanderbeck, 2007; Sanchez & Hatton-Yeo, 2012). Een holistische benadering van 'ageing in place' geniet daarom de voorkeur waarin niet enkel de oudere wordt aangespoord intergenerationeel contact te leggen, maar de gehele samenleving (Sanchez & Hatton-Yeo, 2012). Teruggrijpend naar de vorige paragraaf kunnen intergenerationele contacten, ondanks de beschreven moeilijkheden, een belangrijke vorm van sociaal kapitaal voor ouderen vormen aangezien mantelzorg zoals bijvoorbeeld hulp in de huishouding normaliter door jongere generaties wordt verleend (Timmermans, 2003).

2.4 Contact en conflict theory

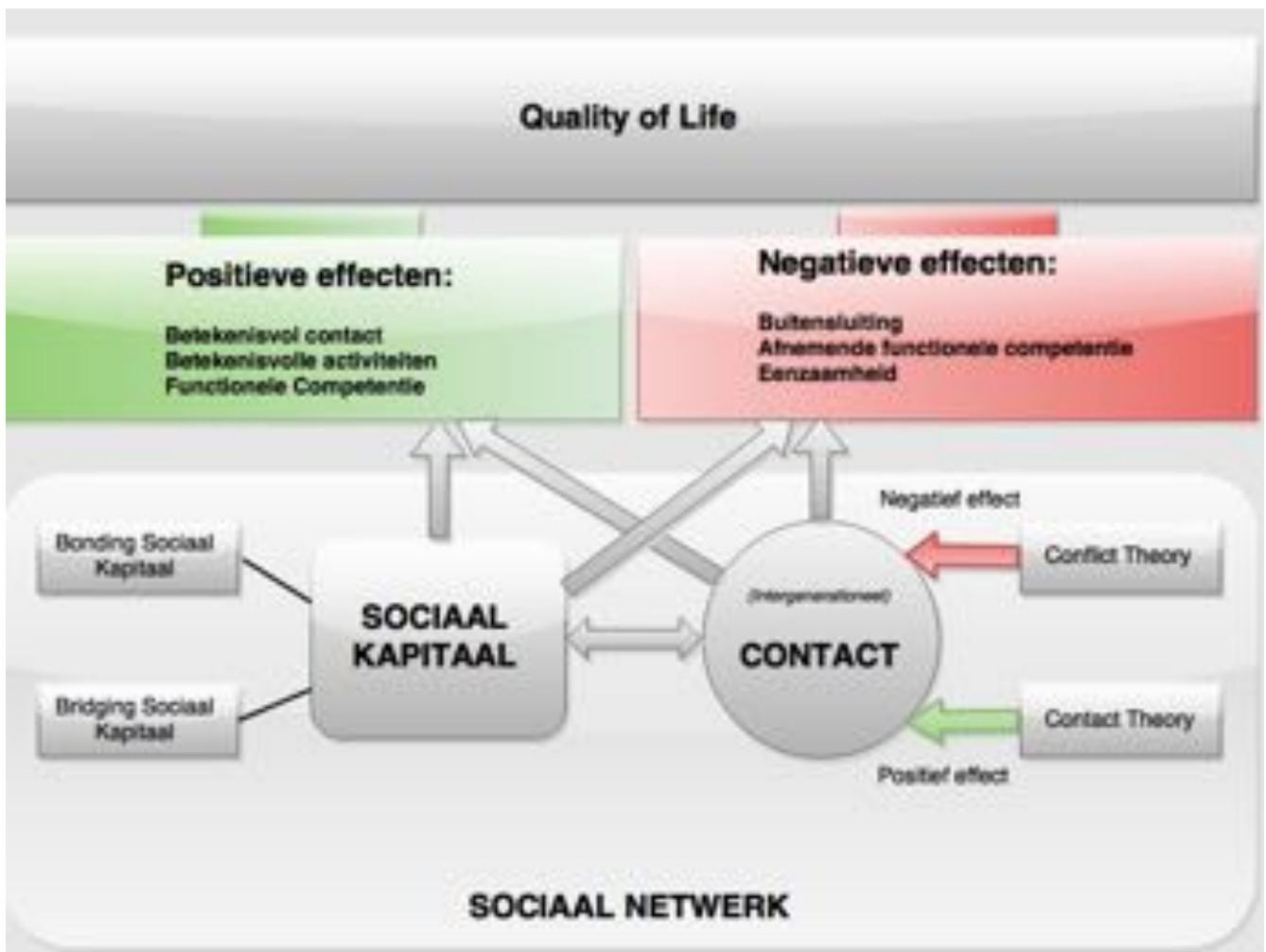
De effecten van sociaal contact worden bestudeerd in twee dominante theorieën: Contact Theory en Conflict Theory. Contact Theory - meer specifiek 'Intergroup Contact Theory' - veronderstelt dat contact tussen verschillende groepen vooroordelen vermindert of zelfs wegneemt (Pettigrew et al., 2011). Aan de andere kant wordt gesteld dat weinig contact tussen groepen - veel voorkomend in sterk gesegregeerde samenlevingen - leidt tot conflict. Voor beleidsinstanties is het dus van belang om contact tussen groepen te stimuleren. De eerder uiteengezette negatieve effecten op de levenskwaliteit van ouderen door sociale en ruimtelijke isolatie en de hogere leeftijdsverwachting van sociaal actieve ouderen, liggen in de lijn van deze theorie. In etnisch diverse buurten zijn bewoners geneigd ingekeerd te leven en voornamelijk contact zoeken met leden binnen hun eigen groep. Het gebrek aan sociaal contact binnen een wijk heeft als gevolg dat vertrouwen - in sommige gevallen zelfs binnen de eigen groep - minder is en ook altruïsme en maatschappelijke samenwerking blijven achter (Putnam, 2007). Daartegenover staat dat op lange termijn bij toenemend contact het vertrouwen uiteindelijk toeneemt. Putnam (2007) stelt dat sterke sociale netwerken in de buurt zorgen voor meer sociale controle op het gebied van bijvoorbeeld criminaliteit maar ook, relevanter voor dit onderzoek, op het gebied van zorg en welzijn van buurtbewoners. Concluderend heeft contact theorie als uitkomst dat contact binnen

en tussen groepen op lange termijn zal leiden tot meer sociale cohesie, sociale controle en een algeheel positief effect op de levenskwaliteit.

Tegenover contact theorie staat conflict theorie. Conflict theorie suggereert dat hoofdzakelijk vanwege een strijd om gelimiteerde beschikbare factoren die het welzijn bevorderen (denk bijvoorbeeld aan inkomen of een plek in een verzorgingstehuis) groepen de gelederen sluiten en de solidariteit naar en contact met andere groepen afneemt (Putnam, 2007). Volgens diverse onderzoeken wordt een grote heterogeniteit – bijvoorbeeld in leeftijdsopbouw – in de bevolking van wijken geassocieerd met een toenemend wantrouwen en minder sociale cohesie (Newton & Delhey, 2005; Anderson & Paskeviciute, 2006). Dit heeft een negatief effect op het sociaal kapitaal en het vermogen van groepen hun sociale contacten aan te wenden ter bevordering van hun persoonlijke levenskwaliteit. Een fenomeen dat kan worden gezien als een element in conflict theorie is ‘senior coolness’ (Zimmermann & Grebe, 2014). Senior coolness is een gedragsuiting van ouderen die zich niet identificeren met sommige leeftijdsgenoten, omdat ze die zien als ‘oud’ en ‘behoefstig’ wat volgens conflict theorie leidt tot een verminderde solidariteit jegens de eigen leeftijdsgroep. Zimmermann en Grebe (2014) koppelen senior coolness aan ‘ageing in place’ in de zin dat actief ouder worden door ouderen zelf wordt gezien als ‘niet ouder worden’ of ‘anti ageing’, wat betekenisvol contact met leeftijdsgenoten kan belemmeren, doordat ouderen zich al dan niet bewust distantiëren van hun leeftijdsgroep.

3. Conceptueel model

In het conceptueel model (Figuur 2) wordt weergegeven hoe het sociale netwerk invloed heeft op de levenskwaliteit (QOL) van ouderen. De theorie is dat sociaal kapitaal ontstaat in een omvangrijk en betekenisvol sociaal netwerk (Valentine, 2008; Putnam, 2007). Dit sociaal kapitaal beschikt in meer of mindere mate over 'bonding' of 'bridging' vermogen, dat invloed heeft op het vermogen van ouderen om sociale relaties op te bouwen, zowel binnen als buiten de eigen groep van ouderen, die vervolgens effect hebben op de levenskwaliteit. Contact staat in verbinding met sociaal kapitaal aangezien contact kan leiden tot het ontwikkelen van sociaal kapitaal, maar omgekeerd kan sociaal kapitaal ook leiden tot nieuwe contacten. Deze contacten hebben – zoals te lezen is in hoofdstuk 5 – 'an sich' al invloed op de levenskwaliteit van ouderen in Bernlef en de Venusflat. Gekoppeld aan contact zijn de conflict theorie en contact theorie in de veronderstelling dat conflict theorie leidt tot minder goed of geen sociaal contact en contact theorie zorgt voor meer en beter sociaal contact.



Figuur 2: Conceptueel Model. De effecten van het sociaal netwerk, sociaal kapitaal en contact op de levenskwaliteit van bewoners van Bernlef en de Venusflat. (Eigen ontwerp)

4. Methodologie

4.1 Methode

De hoofdvraag van dit onderzoek richt zich op het verkennen van de effecten van sociale contacten op de levenskwaliteit van ouderen in de omgeving van een zorginstelling. Om deze vraag te beantwoorden worden hoofdzakelijk primaire data verzameld in de vorm van semigestructureerde diepte interviews. Diepte interviews

zijn uitermate geschikt om informatie over ervaringen van respondenten te verkrijgen (Dunn, 2010; Wengraf, 2001).



Figuur 2: Gecodeerd stuk transcript



Figuur 3: Codetree zoals gebruikt in MAXQDA11

Gelet op het subjectieve karakter van het begrip levenskwaliteit staan de ervaringen van de respondenten centraal. Zodoende is gekozen voor diepte interviews als methode van dataverzameling. Vooraf aan het afnemen van de interviews is een zogeheten 'semi-structured interview guide' met mogelijke vragen en 'follow-up' vragen opgesteld. Er is in dit onderzoek gekozen voor een semigestructureerde interview guide zodat er in het gesprek ruimte is voor spontane toevoegingen die het natuurlijk verloop van het gesprek bevorderen (Weiss, 1995). De diepte-interviews zijn vervolgens getranscribeerd en gecodeerd in het programma MAXQDA11 aan de hand van opgestelde interview codes (zie figuur 3 voor de opgestelde 'codetree'; zie figuur 2 voor een voorbeeld van stuk gecodeerd transcript).

4.2 Respondent – interviewer verhoudingen

Wanneer de interviewer een andere sociale achtergrond heeft dan de respondent is 'reflexivity' (Phillips & Johns, 2012, p. 154) een term die aandachtig dient te worden bestudeerd. Reflexivity draait om het interpreteren van de onderzoekers eigen kijk – of 'discourse' – op het onderwerp in kwestie. De interviewer zal onvermijdelijk zijn of haar eigen verwachtingen hebben van de resultaten uit de interviews. Een geïnterviewde respondent kan in de war, of zelfs beledigd raken als hij of zij merkt dat de onderzoeker een bepaalde vooringenomenheid uitdraagt. Meriel Norris (2014) onderschrijft het belang van het bewust zijn van de invloed van respondent-onderzoeker verhoudingen op het onderzoeksproces. Zij brengt de volgende drie aspecten naar voren hoe deze verhoudingen vorm kunnen nemen: *Embodied roles, embodying emotion en embodiment*.

Embodied roles: Zowel onderzoeker als respondent heeft meerdere 'rollen' in het leven. Zoals ik mijn doelgroep heb omschreven (bijv. zorgbehoevende ouderen wonend in Bernlef) is praktisch voor de afbakening van het onderwerp, maar is in de praktijk, op een levend individu slecht toepasbaar. Een respondent die in mijn onderzoek tot de groep zorgbehoevende ouderen in Bernlef behoort is in 'real life' niet te reduceren tot enkel 'zorgbehoevende' of 'oudere', laat staan 'zorgbehoevende oudere'. Mensen kennen namelijk veel meer 'rollen' die niet afzonderlijk van elkaar tot uiting komen. Een respondent kan bijvoorbeeld; zorgbehoevend, oudere, moeder, wees, oma, balletliefhebber en nog veel meer zijn. Elk van die rollen zijn verweven in de manier waarop zij in het leven staat en vormen zodoende haar 'sociale identiteit' (Norris, 2014). Die sociale identiteit wordt gedurende de levensduur voortdurend gevormd en hervormd en het is daarom niet wenselijk om iemand in een hokje als 'zorgbehoevende oudere' te plaatsen. Daarom heeft bij de meeste respondenten een kennismakend gesprek plaatsgevonden om een sfeer te creëren waarin vrijelijk over de te behandelen onderwerpen kon worden gesproken.

Embodying emotion: Bepaalde kenmerken van mij als onderzoeker kunnen bij verschillende respondenten een ander gevoel opwekken of een andere houding creëren. Een mannelijke respondent zou bijvoorbeeld eerder geneigd kunnen zijn uit te wijden over typische 'mannendingen' (wat die dingen zijn is voor iedere man weer verschillend). Een vrouwelijke respondent met traditionele opvattingen over bijvoorbeeld de man-vrouw rolverdeling reageert in eerste instantie wellicht terughoudender dan een man, maar naarmate er een vertrouwd gevoel ontstaat kan toch een openhartig gesprek ontstaan. Zo zijn er veel kenmerken van respondenten en interviewers die niet per se in een hokje te plaatsen zijn, maar weldegelijk invloed hebben op het verloop van het gesprek.

Embodiment: Het uiterlijk voorkomen van een interviewer of respondent wekt reacties op. Al dan niet bewust wordt op eerste aanblik (uiterlijk) al een mening gevormd over iemand (Norris, 2014). Ook houding en lichaamstaal spelen hierbij een belangrijke rol. Zo is het niet ongebruikelijk dat oudere mensen wat krommer lopen dan toen ze nog jong waren. Dit kan een vooroordeel opwekken dat zo iemand minder mobiel is en waarschijnlijk afhankelijk is van dagelijkse zorg. Beïnvloed door dergelijke vooroordelen, kan een interviewer bepaalde eigenschappen toedichten aan een respondent terwijl die in de praktijk onwaar kunnen zijn. Als onderzoeker is het daarom

belangrijk vroegtijdige oordelen te vermijden, zodat het interview niet door bepaalde vooroordelen wordt gestuurd, maar eenzelfde verloop kent als bij ieder andere respondent.

4.3 Respondentenwerving & ethische aspecten

Voor het werven van respondenten is in eerste instantie contact gelegd met teamleider Renske van Domburg en directieadviseur Clary Bezemer van Bernlef. Na een tweetal ontmoetingen waarin de doelen van het onderzoek zijn besproken is er begonnen met het op de hoogte stellen van potentiële respondenten van het onderzoek doormiddel van de verspreiding van informatiebrieven over het onderzoek. Om een blijk van oprechte interesse te geven is een bijeenkomst, georganiseerd door Bernlef, 'Samen Thuis' bijgewoond waarin buurtgenoten, familieleden, personeel en cliënten samen kwamen om nieuwe ideeën te verkennen om het leven in en rond Bernlef aangenamer te maken. De ideeën die ter tafel kwamen gaven een aardig beeld van welke zaken de gemoederen bezig houden bij bewoners van Bernlef, zoals bijvoorbeeld het organiseren van een dagelijks koffie uurtje.

Behalve de in de vorige paragraaf besproken respondent-interviewer verhoudingen zijn nog enkele ethische aspecten in overweging genomen. Alvorens het afnemen van de interviews is in het kader van privacy overeengekomen met de respondenten om hun namen niet te gebruiken in de uiteindelijke these. Om die reden is gekozen om de respondenten van aliassen te voorzien. In het kader van vertrouwelijkheid (Wengraf, 2001, p. 187) is afgesproken dat indien de respondent zich ongemakkelijk voelen bij het gebruiken van enkele besproken onderwerpen dat achteraf altijd contact op kon worden genomen met de onderzoeker en dat de besproken onderwerpen dan uit het stuk zullen worden gehaald.

In tabel 2 kan een overzicht gevonden worden van de aliassen van de respondenten en hun geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, woonomgeving en de tijdsduur sinds toetreding tot hun huidige woning. Voorafgaand aan elk interview toestemming gevraagd of het interview mocht worden opgenomen om de analyse te vergemakkelijken. Om de vertrouwensband met de respondent verder te verstevigen heeft voor elk daadwerkelijke interview een kennismakende ontmoeting plaatsgevonden waarbij de potentiële respondenten persoonlijke uitleg kregen over het onderzoek van de onderzoeker alsmede een informatiebrief over het onderzoek kregen om thuis rustig na te lezen.

4.4 Context: Bernlef en de Venusflat

Woonzorgcentrum Bernlef is gesitueerd aan de Antaresstraat 45 in de Groningse wijk Paddepoel. Het Bernlef complex bestaat uit een woontoren van 10 verdiepingen met de aanpandige Venusflat van 5 verdiepingen. Bernlef was voor de zorghervormingen van 2015 een verzorgingstehuis waar veelal zorgbehoevende ouderen woonden die dagelijks zorg kregen van het personeel. De Venusflat is later aangebouwd en bestaat uit aanleunwoningen waarvan de bewoners geen dagelijkse zorg kregen, maar waar nodig wel gebruik konden maken van de zorgdiensten in Bernlef. Zoals zo veel verzorgingstehuizen ondergaat ook Bernlef sinds 2015 een transitie van verzorgingstehuis naar 'woonzorgcentrum'. Het voornaamste verschil is dat bewoners

niet langer automatisch recht hebben op dagelijkse zorg, omdat de eisen voor een 'zorgindicatie' strikter zijn geworden. Concreet betekent het dat sommige voormalig 'cliënten' tegenwoordig als 'huurders' worden bestempeld. De Venusflat en Bernlef hebben elk een afzonderlijke ingang, maar zijn wel met elkaar verbonden door interne gangen zodat bewoners van de Venusflat gemakkelijk bij het winkeltje (Spar supermarkt) in Bernlef kunnen komen en Bernlef bewoners naar het buurtrestaurant in de Venusflat (het restaurant draagt wel de naam Bernlef). In de volgende paragraaf kan een foto impressie met beschrijvingen van het Bernlef en Venusflat complex worden gevonden.

Naam Respondent	Geslacht	Leeftijd Respondent	Burgerlijke staat	Bernlef/ Venusflat	Tijd sinds inwoning
Bep	V	94	Weduwe	Bernlef	Een half jaar
Tiny	V	Onbekend/ 75+	Weduwe	Bernlef	5 jaar
Mien	V	52	Gescheiden	Bernlef	1 maand
Henk	M	87	Weduwnaar	Bernlef	3 jaar
Claes	V	85	Weduwe/ in een nieuwe relatie	Venusflat	18 jaar
Piet	M	82	Weduwnaar/ in een nieuwe relatie	Venusflat	8 jaar
Truus	V	82	Weduwe/ in een nieuwe relatie	Venusflat	18 jaar
Cor	M	93	Weduwnaar	Bernlef	8 jaar
Krijna	V	78	Weduwe	Bernlef	2 weken
Ina	V	Onbekend/75+	Weduwe	Bernlef	1,5 jaar

Tabel 2: Karakteristieken van de respondenten. (Aliassen zijn gebruik)

4.5 Foto impressie Bernlef en Venusflat complex



Exterieur van de Bernlef flat (links) met aangrenzend de Venusflat (rechts).
Foto: Erik Mey.



Slaapgedeelte in een modelwoning in Bernlef.
Foto: Erik Mey.



Woongedeelte van een modelwoning in Bernlef (genomen vanuit de keuken)
Foto: Erik Mey



Raam in buurtrestaurant Bernlef. Zoals te zien aan de groene muur is het buurtrestaurant gesitueerd op de begane grond van de Venusflat.
Foto: Erik Mey



Lobby bij de ingang van Bernlef.
Foto: Erik Mey

4.6 Geografische context onderzoekslocatie

Op de kaart van de onderzoekslocatie (figuur 4) zijn de locaties van de aparte ingangen van Bernlef en de Venusflat te zien. Aan de overkant van de Zonnelaan is winkelcentrum Paddepoel en schuin tegenover Bernlef is een basisschool gesitueerd.



Figuur 3: Kaart van omgeving Bernlef (Ontwerp: Erik Mey in Qgis 2.8)

5. Discussie

5.1 Krimpemde sociale netwerken

De respondenten geven zonder uitzondering aan te kampen met het wegvallen van oude vriendschappen en vaak ook echtgenoten door overlijden of ernstige ziekten. Dit fenomeen wat vrijwel identiek wordt beschreven door respondenten Claes en Bep.

“(...) er komen mensen te overlijden of er gaat wat weg en daar komen weer nieuwe voor terug (...) en dan valt dat [opgebouwde vriendschappen] allemaal weg.”

(Claes, Venusflat, 85 jaar)

“(...) ze zijn eigenlijk allemaal overleden. Je kunt maar nagaan, met leeftijd en zo, dan valt alles weg... Ja... Het valt heel erg weg.”

(Bep, Bernlef, 94 jaar)

Het sociale netwerk dat is opgebouwd in de levensloop is bij de respondenten vaak sterk verweven met het sociale netwerk van de echtgeno(o)t(e) en vormt haast een gedeeld sociaal netwerk van man en vrouw. Na het overlijden van een echtgeno(o)t(e) valt naast de hechte relatie met een levenspartner ook een deel van het sociale netwerk weg. Respondenten waren vaak gewend om samen met hun weggevallen echtgeno(o)t(e) activiteiten te ondernemen. Bij activiteiten die na het overlijden van een partner wegvallen kan men denken aan reizen - door het niet meer beschikken over een auto of rijbewijs - of het samen kaarten bij kennissen. Dit geeft aan de actieradius en de functionele competentie van de respondenten in zekere mate afneemt (Lager et al., 2015; Kane et al., 2003). Het opbouwen van nieuwe relaties die deze weggevallen activiteiten kunnen opvullen is lastig om te bewerkstelligen. Respondenten dragen hun hoge leeftijd en bijkomende fysieke ongemakken aan als oorzaak voor het niet meer opbouwen van nieuwe contacten: *“Het hoeft allemaal niet meer zo...”* (Bep, 94 jaar, Bernlef) *“(...) Die tijd heb ik gehad.”* (Henk, 87 jaar, Bernlef). Dit ondersteunt de notie van Kane et al. (2003) dat ouderen die meer fysieke beperkingen hebben lagere eisen stellen aan hun sociale contacten. Desalniettemin vertonen respondenten in sommige gevallen een veerkrachtigheid die ze in staat stelt om toch nieuwe betekenisvolle contacten te leggen. Zoals in het geval van Piet en Claes, een 82-jarige man en 85-jarige vrouw, die na het overlijden van hun respectievelijke echtgenoten, kort na de verhuizing naar de Venusflat, elkaars steun hebben gevonden. Hieruit is vervolgens een langdurige en hechte relatie uit ontstaan.

“Ik kwam hem [Piet] tegen en toen vertelde ik hem dat mijn man overleden was en een paar dagen later overleed zijn vrouw (...) dus in een week, we hadden heel veel te praten.”

(Claes, Venusflat, 85 jaar)

Sinds Claes en Piet een relatie hebben, gaan ze veelvuldig samen op vakantie, nemen ze samen deel aan sociale activiteiten in en rond Bernlef en ondersteunen ze elkaar in tijden van ziekte. Piet zit bovendien sinds 8 jaar in de cliëntenraad van Bernlef waarin hij samen met andere geëngageerde bewoners opkomt voor de belangen van de

bewoners.

In lijn met de bewering dat sterke interfamiliaire en maatschappelijke relaties negatieve effecten van het ouder worden kunnen verzachten (Hawton et al., 2011; zie paragraaf 1.2), geven vrijwel alle respondenten aan dat sociale interacties – met familie, medebewoners of andere contacten – belangrijk zijn voor hun gevoel van prettig leven. De sociale contacten met familieleden zijn veelal intergenerationeel van aard in de zin dat deze relaties vaak met kinderen, kleinkinderen en/of achterkleinkinderen zijn. Uit de ervaringen van respondenten blijkt dat mantelzorg – in de vorm van helpen bij het boodschappen doen of bijspringen het huishouden - een rol speelt in deze relaties. Bezoeken van familieleden vinden nog regelmatig plaats en dat is voor respondenten zeer belangrijk, omdat de familie een essentieel onderdeel is van hun sociale identiteit (Norris, 2014).

Het in contact treden met medebewoners levert soms moeilijkheden op, vooral voor nieuwe bewoners. Na het toetreden tot de zorginstelling wordt de kans op sociale ontmoetingen buiten de muren van het gebouw drastisch beperkt, wat overeenkomt met de institutionele segregatie waar Vanderbeck (2007) op doelt. Mien woont sinds kort in Bernlef en illustreert dit fenomeen als volgt:

“Je zit hier toch wel vrij geïsoleerd, omdat het toch een gebouw is. Ja kijk, als je in een gewoon huis woont dan heb je toch eerder dat je er uit gaat. Dat is hier wel minder.”

(Mien, Bernlef, 52 jaar)

Tiny geeft aan dat de sociale activiteiten georganiseerd in Bernlef een essentiële rol spelen in het contact leggen met medebewoners en het verbreden van het sociale netwerk (Hawton et al., 2011).

“Want daar [bij activiteiten] krijg je contact met mensen. Als je nergens heen gaat dan krijg je geen contact. (...) dat moet je zelf doen. Een ander haalt je niet op hoor.”

(Tiny, Bernlef, leeftijd onbekend)

Tiny woont sinds 5 jaar in Bernlef en omschrijft hier indirect een vorm van buitensluiting geassocieerd met het groepsmechanisme in Bernlef (Yamamura, 2010). Van nieuwe bewoners wordt verwacht dat ze zelf contact te leggen met de groep bestaande bewoners door te conformeren aan hun gebruiken en normen, in dit voorbeeld de sociale activiteiten, want – zoals Tiny schetst - een bewoner die reeds onderdeel uitmaakt van de sociale groep in Bernlef zoekt niet zelf contact met een ‘nieuwkomer’ buiten de groep.

5.2 Intergenerationeel contact: 'Mijn kinderen.. Die zijn van mij'

Intergenerationeel contact - in de vorm van mantelzorg alsook emotionele steun - is voor elk van de respondenten van belang voor hun zelfervaren levenskwaliteit maar is voornamelijk interfamiliair van aard (Teerawichichainan et al., 2015). De onderliggende redenen zijn de afnemende actieradius en het, in paragraaf 5.1 beschreven, slinkende sociale netwerk van de respondenten (Lager et al., 2015).

"Nou, dat was gewoon een feestje hadden ze ervan gemaakt (...) Die meisjes en die jongens die waren aan het pannenkoeken bakken (...) maar omdat ik slecht lopen kan en dan zijn er weer allemaal van die lage stoeltjes en dan kan ik er niet weer af komen (...) Ik zeg nee, ik kan dat niet langer doen. "

(Tiny, Bernlef, leeftijd onbekend)

Binnen de muren van het complex wonen - met uitzondering van een enkeling - uitsluitend oudere mensen. Het lijkt of deze ruimtelijke leeftijdssegregatie (Vanderbeck, 2007) extrafamiliaal intergenerationeel contact en zodoende ook de re-engagement waar Vanderbeck (2007) op doelt, bemoeilijkt.

"Interviewer: Heeft u ook weleens contact met jongere mensen?"

Henk: Buiten de deur niet. Hier zijn het allemaal oude mensen.

Interviewer: Maar in de wijk..

Henk: Nee, want ik ken de mensen hier niet. "

(Henk, Bernlef, 87 jaar)

De schaarse momenten dat de respondenten wel in contact komen met jongere generaties buiten de familie zijn tijdens de activiteiten georganiseerd door Bernlef in samenwerking met de nabijgelegen basisschool.

*"Respondent:
Die kinderen hebben dan contact met de ouwe mensen. Dat is heel belangrijk.*

*Interviewer:
Voor wie?*

*Respondent:
Voor de kinderen en voor mij. Weet je wel?*

*Interviewer:
Ja. En waarom is dat voor u zo belangrijk?*

*Respondent:
Omdat je niks meer hebt.. Dan komt zoiets en dan leef je helemaal op. Heerlijk dat die kindertjes daar bij de tafel staan te zingen voor de oude mensen. Fantastisch."*

(Cor, Bernlef, 93 jaar)

Cor geeft aan dat ‘omdat hij niks meer heeft’, waarmee hij lijkt te refereren aan een gekrompen sociaal netwerk, hij de contacten met de kinderen als zeer betekenisvol en waardevol ziet en zodoende bijdragen aan zijn levenskwaliteit (Valentine, 2008; Kane et al., 2003).

Interfamiliaire intergenerationele contacten, die in termen van actief ouder worden van groot belang zijn (Teerawichichainan et al., 2015; Sanchez & Hatton-Yeo, 2012) zijn sterk vertegenwoordigd bij de respondenten. Dat deze relaties in de familiesfeer gesitueerd zijn, wil niet zeggen dat ze probleemloos zijn. Zoals meerdere respondenten aangeven hebben (schoon-)zonen en (schoon-)dochters en kleinkinderen zelf vaak een druk sociaal en professioneel leven. Dit bewustzijn legt de respondenten een belemmering op bij het vrijelijk aanspreken van deze interfamiliaire, intergenerationele relaties voor eigen zorgbehoeften.

“Ja, daar [meer mantelzorg] moet het naartoe. Dan moeten de kinderen dat allemaal doen, dat kan toch niet! Dat is toch veel... Mijn dochter gaat 's ochtends om kwart over vijf naar Utrecht. Komt 's avonds zeven uur, half acht soms weer thuis.”

(Truus, Venusflat, 82 jaar)

Dit lijkt in overeenstemming met wat Sanchez en Hatton –Yeo (2012) bedoelen met dat het ouderenbeleid niet enkel moet worden gericht op de verantwoordelijkheid van de oudere zelf, maar ook op de samenleving als geheel. Een aantal van de respondenten voelen zich bezwaard om hun druk bezette kinderen aan te spreken om een handje te helpen. Dat ligt volgens de respondenten niet aan schaamte, maar aan het feit dat de kinderen weldegelijk heel druk zijn, soms niet in de buurt wonen en ook hun eigen behoeften hebben. Dit neemt echter niet weg dat er geen mantelzorg wordt geboden door jongere familieleden.

“Mijn dochter komt hier twee keer in de week om mijn bed te verschonen of om boodschappen te doen.”

(Henk, Bernlef, 87 jaar)

“Nou, ze [de kinderen] komen hier op bezoek en ze hebben het helemaal ingericht. Nu ontmantelen ze mijn oude huis.”

(Krijna, Bernlef, 78 jaar)

Voor de respondenten is het contact met kinderen, kleinkinderen en achterkleinkinderen van groot sociaal belang. Deze contacten vinden vaak plaats in de woonomgeving van de ouderen, maar ook via telefoongesprekken. Krijna (78 jaar, Bernlef) verwoordt het sociale belang van interfamiliaal intergenerationeel contact als volgt: *“Ja mijn kinderen.. Die zijn van mij. En mijn zussen.. Die zijn ook van mij.”* Hiermee aangevend dat ze haar familieleden als onderdeel van haar eigen sociale identiteit ziet (Norris, 2014).

5.3 Venusflat en Bernlef: “Daar wil ik niet bij horen”

Zoals beschreven in hoofdstuk 4 is er in Bernlef een transitie gaande waarin Bernlef van een verzorgingstehuis wordt getransformeerd tot woonzorginstelling. Dit lijkt voor een leek misschien een kwestie van woordkeuze, maar betekent – zeker voor de bewoners – veel meer. De Venusflat bestaat altijd al uit zogeheten aanleunwoningen waar bewoners zelfstandig wonen en waar nodig beroep kunnen doen op de zorgdiensten aangeboden in de aanpandige Bernlef flat. De bewoners van deze Venusflat hebben daardoor een ander beeld van bewoners van de Bernlef flat dan van hun eigen burens. Ze identificeren zich niet met het stereotypebeeld dat aan ouderen kleeft van ‘behoefte en zielige mensen’ en dat uit zich in het soms fel afzetten tegen die beeldvorming (Zimmermann & Grebe, 2014). Zo droeg de Venusflat in eerste instantie dezelfde naam als Bernlef, maar dat is op aandringen van de Venusflat bewoners veranderd.

“Ja, dat is Venusflat geworden toen. In het begin was het helemaal niks, dan was het Bernlef. Hallo! Ik zeg, wij wonen niet in Bernlef, wij wonen apart. (...) Ze zeggen, ja jij bent ook al 82, maar ik zeg ja, dat heeft er niks mee te maken. Ik zeg, ik voel mij nog lang geen 82. Ik voel me nog jong.”

(Truus, Venusflat, 82 jaar)

Dit type gedrag correspondeert met ‘senior coolness’ en ‘anti-ageing’ (Zimmermann & Grebe, 2014) uiteengezet in paragraaf 2.4, aangezien Truus hier omschrijft zich niet te identificeren met bewoners van Bernlef en aangeeft dat ze zich jong(er) voelt. Deze uitspraak is niet generaliseerbaar voor alle respondenten en biedt dus ruimte voor wat nuance die uit de ervaringen van andere respondenten naar voren komt:

“Ik was hier weleens geweest om te kijken en dan zie je een hele hoop mensen met een rollator lopen en dan denk ik van ja moet ik daar al tussen? Maar ja achteraf valt dat dus heel erg mee. Het is even een kwestie van gewennen.”

(Piet, Venusflat, 82 jaar)

Zoals Piet beschrijft ervoer hij zelf ook een zekere weerzin tegen het stereotype beeld van ouder worden. Piet is echter zeer actief betrokken bij het dagelijks leven in en rond Bernlef (o.a. in de cliëntenraad) waardoor hij veelvuldig in contact treedt met andere actoren. Geheel in lijn met de contact theorie (Pettigrew et al., 2003) nemen de vooraf ontstane vooroordelen af naarmate het contact toeneemt: *“Achteraf valt dat dus heel erg mee.”*

Aan de andere kant is het zo dat gebrek aan contact leidt tot het voortbestaan van vooroordelen (Pettigrew et al., 2003; Putnam, 2007). In het onderstaande voorbeeld van Bep wordt duidelijk dat het stereotype niet elke vorm van contact belemmert, maar wel het sluiten van vriendschappen in de weg staat.

“Als ik die mensen dan zo zie aan een tafel en dan zitten ze maar te kijken dan denk ik: Och... Nee, dan voel ik mij niet thuis. Maar soms heb je wel behoefte om eventjes een klein beetje een gesprek... Niet voor mezelf, maar voor die mensen.”

(Bep, Bernlef, 94 jaar)

Bep heeft op zijn tijd wel behoefte aan een gesprek met medebewoners, maar associeert dat met een vorm van altruïsme. Uit dat altruïsme blijkt wederom de ‘senior coolness’ waar Zimmermann en Grebe (2014) over spreken. Bep treedt wel in contact met haar burens en medebewoners, maar beperkt dat contact tot een ‘praatje’ – niet voor haarzelf, maar ‘voor de mensen’ - en geeft aan dat ze zich niet thuis voelt onder de groep bewoners. Hoewel Bep wel contacten onderhoudt met haar burens, leiden die contacten als zodanig niet tot nieuwe vriendschappen. Wederom is het hier belangrijk om hier te beseffen dat het sluiten van vriendschappen geen voorwaarde is voor betekenisvol contact. Het korte onderhoud met medebewoners – ook al komt dat voort uit een altruïstische motivatie – versterkt het gevoel van eigenwaarde en het al eerder genoemde ‘onder de mensen zijn’.

5.4 ‘Onder de mensen zijn’

In de voorgaande paragrafen zijn de sociale netwerken, intergenerationele contacten van de respondenten en de verschillen tussen bewoners van de Venusflat en Bernlef beschreven. Al deze onderwerpen zijn van invloed op het sociaal kapitaal van de respondenten en in de deze en de volgende paragrafen wordt ingegaan op hoe het sociaal kapitaal van de respondenten eruit ziet en wat de rol van het wonen in de woonzorginstelling daarin is. De respondenten geven aan dat sociale contacten met medebewoners belangrijk zijn voor hun levenskwaliteit. Deze contacten hebben niet de functie van mantelzorg, zoals vaak wel bij interfamiliaire contacten, maar dienen als middel om betrokken te blijven bij het sociale leven in de woonomgeving en gevoelens van eenzaamheid te voorkomen (Hawton et al., 2011; Berkman, 1995; Lager et al., 2015). Respondent Claes (82 jaar, Venusflat) brengt dit treffend onder woorden door te stellen dat voor een prettige manier van leven men niet *‘alleen in je hoofd moet zitten’*, doelend op het belang van de vaak vluchtige, maar betekenisvolle sociale interacties die plaatsvinden in de gangen, eetzaal en lobby van Bernlef. Truus geeft bijvoorbeeld aan dat het participeren in vrijwilligerswerk in Bernlef haar ‘onder de mensen brengt’:

“Zoals nu ben ik weer begonnen met dagelijks maaltijden hier rond te brengen (...) Dat doe ik nu drie keer per week. Nou, en dat vind ik dan ook wel weer leuk. Heb ik weer iets om te doen. Kom ik weer meer onder de mensen.”

(Truus, 82 jaar, Venusflat)

Sommige respondenten komen dagelijks samen in de lobby van Bernlef om aldaar koffie te drinken. Normaliter is het buurtrestaurant bestemd voor een dergelijke activiteit, maar Truus geeft aan dat de lobby over bepaalde kenmerken beschikt die het restaurant ontbeert:

“Daar hebben ze geen zin in [naar het restaurant gaan]. Ja, weet je wat het is, bij de balie, daar komt iedereen binnen. En daar [het restaurant] komt natuurlijk niks binnen. Dan zit je met z’n allen maar er komt verder niemand. En daar komt er weer wat in.”

(Truus, Venusflat, 82 jaar)

Ze vermeldt hierbij dat in het restaurant de ramen zijn geblindeerd tegen de inkijk, wat

door de bewoners wordt ervaren als een belemmering van de uitkijk. Naar buiten kijken en de bedrijvigheid van de ingang van Bernlef gadeslaan, kan in dit geval ook worden uitgelegd als een sociale interactie die een positief bijdraagt aan de levenskwaliteit van de respondenten (Valentine, 2008; Kane et al. 2003). Dit verschijnsel noemen respondenten zelf vaak *'onder de mensen zijn'*, wat weldegelijk een vorm van contact is hoewel die niet per definitie wordt omgezet in een gesprek, maar genoeg heeft aan een blik, een knik of een korte groet. Dit ondersteunt de notie van Kane et al. (2003) dat kort en soms zelfs eenzijdig contact kan bijdragen aan een gevoel van prettig leven en wederzijds vertrouwen tussen bewoners en geborgenheid in de zin dat regelmatige interacties met medebewoners een *'wij-gevoel'* creëert (Putnam, 2007). Het *'onder de mensen zijn'* is voor de respondenten een vorm van sociaal kapitaal waardoor zij hun leven als prettiger ervaren.

5.5 Een nieuwe partner

Drie respondenten geven aan dat na het overlijden van hun respectievelijke echtgenoten of echtgenotes een nieuwe partner is gevonden. Dit is het geval bij respondenten Claes en Piet (reeds vermeld in paragraaf 5.1) en Truus:

"Ik zei altijd, ik wil nooit een man weer. Ja, het komt toch. Het komt toch in je leven, zonder dat je het weet, en zonder dat je het wilt. Maar het gaat heel goed."

(Truus, 82 jaar, Venusflat)

Uit het citaat van Truus blijkt dat ze eigenlijk niet op zoek was naar een nieuwe vriend, wat overeenkomt met de gevoelens van *'het hoeft allemaal niet meer zo'* bij andere respondenten. Het verschil echter met de meeste andere respondenten is dat Truus zeer actief betrokken is bij het sociale leven in en rond Bernlef. Zo is zij vrijwilliger in de eetzaal, bij de kaartclub en brengt ze maaltijden rond bij medebewoners die in hun eigen woning eten. Niet geheel toevallig heeft ze haar huidige vriend ontmoet bij de bediening in de eetzaal. Deze deelname aan sociale activiteiten verschaft de respondenten dus met sociaal kapitaal die in bovengenoemde gevallen zelfs tot een nieuwe romantische relaties leiden (Lager et al., 2015; Valentine, 2008). In beide gevallen geven de respondenten aan dat met de intrede van de nieuwe vriend of vriendin bepaalde sociale activiteiten die wegvielen na het overlijden van de echtgenoot weer zijn teruggekeerd. In het geval van Piet en Claes profiteert Claes ervan dat Piet nog een rijbewijs heeft en een auto waardoor ze regelmatig samen op stap gaan. Piet heeft zelfs een vakantie voor hun beiden geboekt: *"Hij gaat 't meestal altijd regelen. En dan krijgt hij de rekening en dan betaal ik mijn helft."* (Claes, 84 jaar, Venusflat). Dit illustreert een vorm van bonding sociaal kapitaal (Putnam, 2007) waarin de (romantische) relatie de basis legt voor betekenisvolle en levenskwaliteit bevorderende activiteiten zoals een vakantie. Truus geeft aan dat ook het alledaagse contact zorgt voor een verrijking in haar bestaan: *"Nou, we gaan samen televisie kijken. Ik ga vaak 's zaterdagavond langs hem.. Beetje koffie drinken, een wijntje drinken."* (Truus, 82 jaar, Venusflat). Dat bevalt goed zegt Truus. Beide koppels geven aan niet de behoefte te hebben om nog samen te gaan wonen, omdat ze veel waarde hechten aan hun zelfstandigheid, maar ook uit respect voor familieleden: *"Dan voel ik mij daar toch niet prettig bij. Want die dochters zijn daar."* (Truus, 82 jaar, Venusflat); *"Maar dat wel ieder z'n eigen plekje heeft (...) niet elk uur van*

de dag bij elkaar op de lip te zitten. En dat bevalt ons heel goed." (Piet, 82 jaar, Venusflat). Deze nieuw ontstane romantische relaties zijn een uitstekend voorbeeld van nieuw sociaal kapitaal aangezien beide koppels aangeven dat de relatie een wederzijds positief effect heeft op hun gevoel van prettig leven (Putnam, 2007).

5.6 Afnemende functionele competentie

De lichamelijke ongemakken geassocieerd met ouderdom worden door veel respondenten als belemmerend ervaren voor het 'onder mensen komen'. *"Mijn lichaam is ook niet meer zoals het geweest is, he. Dat is het. (...) Ik ben er een hele poos niet uit geweest."* (Bep, 94 jaar, Bernlef). Deze afnemende functionele competentie (Kane et al., 2003) wordt ook ervaren in sommige contacten met zorgpersoneel van Bernlef, waar de respondenten overigens veel respect voor hebben. Desalniettemin wordt het niet in de hand hebben van het tijdstip of de voorwaarden van de interactie door sommige respondenten als zeer vervelend ervaren:

"Daar [verzorging] moet je echt.. overheen zetten. Want ik kon dat in het begin niet. Toen kwam hier ook jongens, zeg maar, om je te douchen. Nou dat vind ik al helemaal niks. En ik zei, nou ik wil geen jongen. Maar ja twee keer is er ook een jongen geweest. Ik zeg, maar daar moet je geen gewoonte van maken. Ik zeg, dat wil ik niet."

(Truus, 82 jaar, Venusflat)

Andere belemmerende factoren zijn het 'zich niet thuis voelen' in de woonomgeving en het 'zich niet identificeren' met medebewoners. Deze laatste belemmering heeft een sterke ruimtelijke component die bepaald wordt door het verschil tussen de aanleunwoningen in de Venusflat en Bernlef dat in het verleden (voor 2015) een verzorgingstehuis was. De term 'verzorgingstehuis' kan met recht een stigma worden genoemd voor Bernlef, want hoewel de transitie in 2015 betekent dat ook bewoners van Bernlef zelfstandig kunnen wonen, bestaat onder de respondenten nog altijd het beeld dat bewoners van Bernlef oud en zorgbehoefstig zijn. Dit vooroordeel zorgt ervoor dat sommige respondenten niet eens in contact willen komen met medebewoners (Pettigrew et al., 2003), wat het ontstaan van sociaal kapitaal belemmert.

"Dat moeten ze helemaal zelf weten als ze de hele dag beneden willen zitten. Ik wil niet beneden zitten, want ik wil niet als een oude vrouw bekend zijn. Dat hoeft van mij niet."

(Tiny, leeftijd onbekend, Bernlef)

Tiny identificeert de mensen die beneden in de lobby zitten als oude mensen waar zij niet bij wil horen. Dit is wederom een sterke illustratie van een vorm van 'senior coolness' (Zimmermann & Grebe, 2014), die sociaal kapitaal in de vorm van 'onder de mensen zijn' belemmert.

6. Conclusies

Hoofdstuk 5 illustreert dat de sociale netwerken van de respondenten aanzienlijk in omvang zijn afgenomen. Een van de belangrijkste redenen hiervoor is het wegvallen van oude vriendschappen door overlijden en ziekte. Ook is gebleken dat het sociale netwerk van de respondenten sterk verweven was met het sociale netwerk van hun echtgeno(o)t(e). Van alle respondenten van 75 jaar of ouder is de echtgeno(o)t(e) overleden en dat zorgt voor een verdere inkrimping van het sociale netwerk, door het wegvallen van gezamenlijk ondernomen sociale activiteiten. In het kader van 'ageing in place' is het van belang om verder te onderzoeken hoe, ondanks het krimpende sociale netwerk, ouderen toch sociaal kapitaal kunnen ontwikkelen dat hen in staat stelt langer actief te blijven en zelfstandig te blijven wonen. Daarbij is het interessant om de vraag te stellen of de verweven netwerken van man en vrouw een overblijfsel zijn van man-vrouw verhoudingen in de jaren '50 en '60 of doet dit fenomeen zich ook voor bij getrouwen uit jongere cohorten?

De ruimtelijke context waarin de respondenten zich begeven – in dit geval Bernlef en de Venusflat – heeft grote invloed in de mate waarin sociaal kapitaal zich kan ontwikkelen in de zin dat de sociale levens van de respondenten zich veelal beperken tot binnen de muren door de afnemende actieradius en een afnemende functionele competentie (Kane et al., 2003; Lager et al., 2015). Zo geven de respondenten aan dat bijvoorbeeld het niet beschikken over een auto hen beperkt in de mogelijkheden om iemand buiten Bernlef te bezoeken en dat ze voor bezoeken in Bernlef veelal afhankelijk zijn van het schema van anderen. Het sociaal kapitaal van de respondenten kan worden gekarakteriseerd als hoofdzakelijk 'bonding'. 'Bridging' sociaal kapitaal is bij de respondenten die niet actief meedoen aan vrijwilligerswerk in Bernlef grotendeels afwezig. Het in contact treden met jongere generaties of groepen buiten Bernlef - uitgezonderd familieleden - gebeurt namelijk vrijwel niet. De ruimtelijke leeftijdssegregatie (Vanderbeck, 2007) waar de respondenten mee te maken hebben zou hiervoor een verklaring kunnen zijn. Intrafamiliaire intergenerationele contacten zijn wel sterk vertegenwoordigd en zeer belangrijk voor de zelfervaren levenskwaliteit van de respondenten. Uit de interviews blijkt dat respondenten de relaties met jongere familieleden als onderdeel beschouwen van hun 'sociale identiteit' (Norris, 2014).

Het uitblijven van extrafamiliaire intergenerationele contacten heeft als gevolg dat de relaties met medebewoners een belangrijke rol innemen voor de levenskwaliteit van de respondenten. Wat uit de interviews naar voren komt is dat 'onder de mensen' zijn een (al dan niet eenzijdige) vorm van contact is waar de respondenten veel waarde aan hechten. Daarentegen lijken een aantal respondenten moeite te hebben met het tot stand brengen van contact met medebewoners. Dit verschijnsel lijkt verband te hebben met 'senior coolness' waar ouderen zich niet identificeren met hun leeftijdsgenoten en hun bestempelen als 'oud en behoeftig' (Zimmermann & Grebe, 2014). De meeste respondenten omschrijven hun contacten met medebewoners vanuit een perspectief waarin zij zelf een helpende rol innemen om hun 'oude en behoeftige' medebewoners een handje te helpen. Sommige respondenten geven aan helemaal niet geassocieerd te willen worden met de bewoners van Bernlef en de Venusflat, wat – in lijn met de conflict theorie – de kansen op betekenisvol contact in de toekomst ernstig hindert of in ieder

geval uitstelt. Het wonen in een woon-zorgcomplex biedt de respondenten een aantal mogelijkheden om sociaal kapitaal op te bouwen, zoals het deelnemen aan sociale interacties met medebewoners en het deelnemen aan sociale activiteiten, om hun levenskwaliteit positief te beïnvloeden. Tegelijkertijd zorgt de dynamiek in het complex voor een aantal belemmerende factoren voor de opbouw van sociaal kapitaal zoals 'senior coolness' en ruimtelijke leeftijdssegregatie wat in sommige gevallen de ontwikkeling van sociaal kapitaal remt. Het verder onderzoeken van de processen die hierachter schuilen en de uitwerking op de levenskwaliteit kan in de toekomst helpen de ontwikkeling van sociaal kapitaal van ouderen in woon-zorgcentra als Bernlef beter te begrijpen.

7. Literatuurlijst

- Anderson, C. J., Paskeviciute, A. (2006) How Ethnic and Linguistic Heterogeneity Influence the Prospects for Civil Society: A Comparative Study of Citizenship Behavior. *Journal of Politics*, 68 (4), pp. 783 - 802.
- Berkman, L. F. (1995) The Role of Social Relations in Health Promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57 (3), pp. 245 - 254.
- Bourdieu, P. (1986). *The forms of capital*. In: Richardson, J.G. Handbook of theory and research for the sociology of education. Greenwood, New York, pp. 241-258.
- CBS. (2014). *CBS StatLine – Prognose bevolking kerncijfers 2014-2060*. geraadpleegd op 31-05-2015, via:
<http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=82683ned&D1=0,3,6&D2=0&D3=1,6,11,16,21,26,31,36,41,1&HDR=T&STB=G1,G2&VW=T>. Den Haag, Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Diener, E. (2000) Subjective Well-Being, The Science of Happiness and a Proposal for a National Index. *American Psychologist*, 55 (1), pp. 34 -43.
- Dunn, K. (2010) Interviewing. In: Hay, I., *Qualitative research methods in human geography*, pp. 101-138. Don Mills: Oxford University Press.
- Fox, S., Giles, H. (1993) Accomodating Intergenerational Contact: a Critique and Theoretical Model. *Journal of Aging Studies*, 7 (4), pp. 423 - 451.
- Gabriel, Z., Bowling, A. (2004) Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing & Society*, 24 (2004), pp. 675 - 691.
- Gregory, D., Johnston, R., Pratt, G., Watts, M., Whatmore, S. (2011) *The Dictionary of Human Geography*. 5th edition, Hoboken: Wiley.
- Hawe, P. Shiell, A. (2000) Social capital and health promotion: a review. *Social Science & Medicine*. 51 (6), pp. 871-885.
- Hawton, A., Green, C., Dickens, A.P., Richards, S. H., Taylor, R. S., Edwards, R., Greaves, C. J., Campbell, J. L. (2011) The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality of Life Research*, 20 (1), pp. 57 - 67.
- van der Horst, A., Bettendorf, L., Draper, N., van Ewijk, C., de Mooij, R., ter Rele, H. (2010) *Vergrijzing verdeeld. Toekomst van de Nederlandse Overheidsfinanciën*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Kane, R. A., Kling, K. C., Bershadsky, B., Kane, R. L., Giles, K., Degenholtz, H. B., Liu, J., Cutler, L. J. (2003) Quality of Life Measures for Nursing Home Residents. *Journal of Gerontology*, 58 (3), pp. 240 - 248.
- Lager, D., van Hoven, B., Huigen, P. P. P. (2014) Understanding Older Adults' Social Capital in Place: Obstacles to and Oppurtunities for Social Contacts in the Neighbourhood. *Geoforum*, 2015 (59), pp. 87- 97.

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014) *Veranderingen zorg en ondersteuning 2015*. Geraadpleegd op 25-02-2015 via: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/hervorming-langdurige-zorg/veranderingen-in-de-langdurige-zorg>. Den Haag: Rijksoverheid, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Newton, K., Delhey, J. (2005) Predicting Cross-National Levels of Social Trust: Global Pattern or Nordic Exceptionalism? *European Sociological Review*, 21 (4), pp. 311-327.
- Norris, M. (2014) The complexities of 'otherness': reflections on embodiment of a young White British woman engaged in cross-generation research involving older people in Indonesia. *Ageing and Society*. 35 (5), pp. 986-1010.
- Pettigrew, T. F., Tropp, L. R., Wager, U., Christ, O. (2011) Recent Advances in Intergroup Contact Theory. *International Journal of Intercultural Relations*, 2011 (35), pp. 271 – 280.
- Phillips, R., Johns, J. (2012) *Fieldwork for Human Geography*. Los Angeles: Sage.
- Portes, A. (1998) Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology. *Annual Review of Sociology*, 1998 (24), pp. 1-24.
- Putnam, R. D. (2001), *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Touchstone.
- Putnam, R. D. (2007) E Pluribus Unum: Diversity and Community in the Twenty-first Century. *Scandinavian Political Studies*, 30 (2), pp. 137-174.
- Sanchez, M. & Hatton-Yeo, A. (2012) Active Ageing and Intergenerational Solidarity in Europe: A Conceptual Reappraisal from a Critical Perspective. *Journal of Intergenerational Relationships*. 10 (3), pp. 276 – 293.
- Shortt, S. E. D. (2004) Making sense of social capital, health and policy. *Health policy*. 70 (1) p. 11-22.
- Teerawichichainan, B. Pothisiri, W., Thanh Long, G. (2015) How do living arrangements and intergenerational support matter for psychological health of elderly parent? Evidence from Myanmar, Vietnam, and Thailand. *Social Science & Medicine*. 2015 (136-137), pp. 106-116.
- Timmermans, J. M. (2003) *Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantelzorgers*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Valentine, G. (2008) Living with difference: reflections on geographies of encounter. *Progress in Human Geography*, 32 (3), pp. 323 - 337.
- Vanderbeck, R. M. (2007) Intergenerational Geographies: Age Relations, Segregation and Re-engagement. *Geography Compass*, 2007 (1), pp. 200 – 221.
- Vugts, J. (2011) *Gezond en Actief Ouder Worden, Healthy Ageing*. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG).
- Weiss, R. S. (1995) *Learning From Strangers: The Art and Method of Qualitative Interview Studies*. New York: The Free Press.

Wengraf, T. (2001) *Qualitative Research Interviewing*. London: Sage.

Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., Allen, R. E. S., (2011) The Meaning of “Ageing in Place” to Older People. *The Gerontologist*. 52 (3), pp. 357 – 366.

Williams, A., Nussbaum, J. F. (2012) *Intergenerational Communication Across the Life Span*. New York: Routledge.

Yamamura, E. (2010) Different effects of social capital on health status among residents: Evidence from modern Japan. *Journal of Socio-Economics*, 2011 (40), pp. 475 – 479.

Zimmermann, H. P., Grebe, H. (2014) “Senior Coolness” Living well as an attitude in later life. *Journal of Aging Studies*. 2014 (28), pp. 22- 34.