



Universiteit Utrecht

Zelf de regie met behulp van het netwerk

Een kwantitatieve studie naar de invloed van sociale netwerken op zelfregie bij ouderen in Nederland

Lentine Klaassen

29 juni 2018

Studentnummer: 4147286

Masterthesis: definitieve versie

Arbeid, zorg en participatie: sociaal beleid en interventies

Eerste lezer: dr. M.A. (Mara) Yerkes

Tweede lezer: dr. M.J.M (Marcel) Hoogenboom

Aantal woorden: 8006

Samenvatting

Aanleiding. Informele netwerken worden steeds belangrijker in de ouderenzorg, mede door vergrijzing en de daarbij oplopende zorgkosten. Er kunnen zich echter verschillende barrières voordoen bij ouderen om aanspraak te maken op hun netwerk. Het doel van deze studie is in kaart te brengen welke invloed het sociaal netwerk (grootte en sociale steun) heeft op zelfregie bij ouderen met een fysieke kwetsbaarheid. **Methode.** Op basis van data van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) over ouderen van 65 jaar en ouder in Nederland is onderzocht wat de relatie is tussen sociaal netwerk en zelfregie. Door middel van een OLS regressieanalyse is deze relatie onderzocht en daarbij is gekeken of opleidingsniveau een modererend effect heeft op deze relatie. **Resultaten.** Uit de resultaten blijkt dat grootte van het sociaal netwerk een positieve associatie heeft met zelfregie. Er is geen significante associatie gevonden tussen sociale steun en zelfregie. Daarnaast heeft opleidingsniveau een modererend effect op de relatie tussen netwerk grootte en zelfregie. Het effect voor hoogopgeleiden groter is dan voor laagopgeleiden. **Conclusie.** Dit onderzoek bevestigt ongelijkheid in mogelijkheden om gebruik te maken van informele netwerken. Het richt hiermee de aandacht op de vraag hoe zorg ingevuld moet worden voor kwetsbare ouderen met een kleiner sociaal netwerk. Een praktische aanbeveling is dat er meer steun vanuit de wijk geleverd kan worden aan kwetsbare ouderen door middel van buurtinitiatieven.

Kernbegrippen: Zelfregie, sociaal netwerk, kwetsbare ouderen, LASA, veroudering

Inhoud

Voorwoord	3
1. Inleiding	4
2. Theoretisch kader	5
2.1 Kwetsbare ouderen	5
2.2. Zelfregie in maatschappelijke en wetenschappelijke context.....	6
2.3 Zelfregie bij ouderen	8
2.4 Sociaal netwerk van ouderen.....	8
2.4.1 Grootte van het netwerk	9
2.4.2. Sociale steun.....	9
2.4.3 Sociaal-demografische factoren	10
2.5 Empirische onderzoeksvraag.....	10
3. Methoden	12
3.1 Onderzoeksmethode	12
3.2 Steekproeftrekking	12
3.3 Operationalisering variabelen.....	12
3.3.1 Afhankelijke variabele.....	12
3.3.2 Onafhankelijke variabelen.....	13
3.3.3 Modererende variabelen	14
3.3.4 Controlevariabelen	14
3.4 Beschrijvende statistiek.....	15
3.5 Analysemethoden	16
4. Resultaten	17
4.1 Resultaten regressieanalyse	17
4.2 Moderatieanalyse.....	18
5. Conclusie en discussie	20
Referenties	23
Bijlage 1. Vragenlijst ‘Algemene competentie’	26
Bijlage 2. Correlatiematrix.....	27
Bijlage 3. Samenvatting regressieanalyse	28

Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie ter afronding van de master Arbeid, zorg en participatie: sociaal beleid en interventies aan de Universiteit Utrecht. Ik heb hard moeten werken, maar ik ben heel blij en trots dat ik in één jaar deze master heb kunnen doen als opstap naar mijn beginnende werkzame leven.

Ik wil Mara Yerkes heel erg bedanken voor het meedenken tijdens dit proces. Jouw aanwijzingen en opbouwende feedback hebben mij veel vertrouwen gegeven en zin om het stuk elke keer weer te verbeteren!

Deze thesis gaat over de kracht van netwerken en de invloed van alle mensen om je heen op jezelf als individu. Ik ben dankbaar voor de mensen om mij heen en wie mij emotionele of instrumentele steun heeft geboden tijdens dit proces.

Lentine Klaassen,
29 juni 2018

1. Inleiding

Zorg voor ouderen staat de laatste jaren volop in de belangstelling. Er is sprake van vergrijzing waardoor het aantal ouderen (65-plussers) toeneemt (Van Duin & Stoeldraijer, 2014). Hierdoor lopen de zorgkosten voor ouderen steeds verder op en daarbij zijn er grote verschillen in gezondheid tussen ouderen (CBS, 2014). Om de toenemende druk in de zorg te verminderen wordt er op ingezet om ouderen langer thuis te laten wonen. Inmiddels woont 94% van de ouderen al zelfstandig (NZa, 2018). Als gevolg van de participatiewet ligt er meer nadruk op eigen verantwoordelijkheid en wordt van alle burgers verwacht dat zij meer gebruik maken van informele zorg alvorens er professionele hulp wordt ingeschakeld (Steyaert & Kwekkeboom, 2012). Zo wordt er meer nadruk gelegd op eigen verantwoordelijkheid van burgers (Vrooman, Noije, Jonker & Veldheer, 2012).

Door deze nadruk op eigen verantwoordelijkheid zijn zelfredzaamheid en zelfregie centraal komen te staan in de Nederlandse ouderenzorg. Zelfredzaamheid gaat over het vermogen van iemand om voor zichzelf te zorgen. Bij zelfregie gaat het over de ervaring en controle uit te oefenen over het eigen leven en de eventuele zorg en ondersteuning (Brink, Lucassen, Middelaar, & Poll, 2013). Het bevorderen van zelfregie wordt dan ook steeds vaker ingezet om mensen met een zorgvraag het gevoel te geven zo min mogelijk afhankelijk te zijn. Daarnaast wordt de kwaliteit van leven bevorderd door de regie over het eigen leven te kunnen voeren (Deeg, 2010). Ook wordt professionele hulp op deze manier uitgesteld waardoor er in mindere mate druk wordt uitgeoefend op de zorg (Brink et al., 2013). Zo wordt er aan de ene kant van ouderen gevraagd om zelfredzaam en zelfstandig te zijn en aan de andere kant wordt van hen verwacht dat zij meer gebruik maken van informele netwerken. De sociale netwerken van ouderen worden dus steeds belangrijker geacht.

Het is echter niet vanzelfsprekend dat alle ouderen aanspraak kunnen maken op hun sociale netwerk. Met name ouderen met een kwetsbaarheid, onder andere door verminderde fysieke of mentale gezondheid, beschikken vaak over een beperkt sociaal netwerk met weinig of geen mogelijkheden tot extra ondersteuning (Van Campen, 2011). Bovendien wil niet iedereen aanspraak maken op hun netwerk. Hier zijn verschillende redenen voor, zoals een sociale afstand tot mensen in het netwerk of de verwachting van iets terug moeten doen (Timmermans & Pommer, 2008). Ook kan het vertrouwen van familie en naasten geschaad zijn door de problemen van de zorgbehoevenden, of omgekeerd hebben zij zelf geen vertrouwen meer in familieleden en naasten. Niet door de zorgzaamheid van het netwerk, maar door vraagverlegenheid van zorgbehoevenden lijkt er een rem te zitten op de uitbreiding

van informele zorg (Steyaert & Kwekkeboom, 2012). Hieruit kan geconcludeerd worden dat er ongelijkheid lijkt te bestaan in de informele netwerken van ouderen.

Deze ongelijkheid in informele netwerken kan negatieve consequenties hebben. Uit onderzoek naar de relatie tussen sociale netwerken en gezondheid blijkt dat sociale netwerken een positieve invloed hebben op gezondheid en omgekeerd (Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000; Stephens, Alpass, Towers, & Stevenson, 2011). Zo kan de afwezigheid van netwerken negatieve consequenties tot gevolg hebben. Een opeenstapeling van risicofactoren zoals een kleiner wordend sociaal netwerk, ziek worden en minder regie ervaren over het leven kan leiden tot eenzaamheid (Van Campen, Vonk, Van Tilburg, 2018). Door vergrijzing zal er voor steeds meer ouderen passende zorg gevonden moet worden, waarbij het belangrijk is dat de geleverde zorg voldoende tegemoet moet komen aan de zorgbehoeften van ouderen. Wanneer niet van behoeften van ouderen wordt uitgegaan, kan zorg niet optimaal worden gebruikt. Daarnaast zijn ouderen met een lage zelfregie niet altijd goed in staat hun zorgbehoefte duidelijk te maken. Het vergroten van de zelfregie zou kunnen leiden tot gericht en beter gebruik van zorg (Deeg, 2010).

Juist nu er in de beleidscontext meer op zelfregie wordt ingezet bij mensen met een zorgvraag (Brink et al., 2013; Huisman, Deeg, & Claassens, 2014), is het belangrijk om te onderzoeken welke factoren invloed hebben op de ervaren zelfregie van ouderen. Dit kan bijdragen aan meer kennis voor beleidsmakers over hoe zelfregie tot stand komt en hoe zorg nog gericht geleverd kan worden. Daarnaast zal dit onderzoek een aanvulling bieden op al bestaande literatuur over zelfregie. In bestaand onderzoek worden zelfregie en sociale netwerken van ouderen namelijk veelal als voorspeller gezien van gezondheid (Bandura, 1994; Berkman et al., 2000; Smith-Osborne & Flederhoff, 2016). In deze studie wordt de relatie tussen het sociale netwerk en zelfregie bij ouderen met een fysieke kwetsbaarheid verder onderzocht, om meer inzicht te bieden in de samenhang tussen deze factoren.

2. Theoretisch kader

Om de relatie tussen zelfregie en sociale netwerken bij kwetsbare ouderen te onderzoeken zal er eerst op het begrip kwetsbaarheid worden ingegaan. Vervolgens wordt het begrip zelfregie besproken in een maatschappelijk en wetenschappelijk discours en wordt besproken hoe zelfregie tot uiting komt bij ouderen. Tenslotte wordt zelfregie in verband gebracht met sociale netwerken van ouderen.

2.1 Kwetsbare ouderen

Voor dit onderzoek worden kwetsbare ouderen onderzocht. Er is echter geen eenduidige

definitie voor het begrip kwetsbaarheid. Een wetenschappelijk definitie van kwetsbaarheid die vaak wordt geciteerd wordt is van Fried et al. (2001): “Een biologisch syndroom van verminderde reserves en weerstand tegen stressoren, veroorzaakt door afname in diverse fysiologische systemen, met verschillende ongewenste uitkomsten als gevolg” (M146). Iemand kan vervolgens als kwetsbaar worden omschreven als zij voldoen aan drie of meer criteria: onbedoeld gewichtsverlies, zelf gerapporteerde uitputting, zwakheid, traagheid in lopen en verminderde fysieke activiteit (Fried et al. 2001).

Deze definitie is echter te bekritisieren, omdat deze zich uitsluitend op verminderde gezondheid bij ouderen richt waardoor er op deze manier nauwelijks aandacht is voor hun psychisch en sociaal functioneren. Het gevoel van kwetsbaarheid kan namelijk ook worden veroorzaakt door toenemende afhankelijkheid van anderen. Bijvoorbeeld in een situatie waarin iemand te veel voor zichzelf moet opkomen of waarin mensen uit hun omgeving wegvallen (Hauwert, Metze, & Sedney, 2013). In het rapport ‘Kwetsbare ouderen’ van het SCP wordt onderscheid gemaakt tussen fysieke, psychische en sociale kwetsbaarheid (Van Campen, 2011).

Volgens ouderen zijn oorzaken van kwetsbaarheid onder andere het verlies van partner en sociale contacten, de verharde maatschappij en de afhankelijkheid van anderen (Van Campen, 2011). De kwaliteit van leven wordt volgens ouderen bepaald door gezondheid, welzijn en sociale contacten. Er is een verschil naarmate ouderen kwetsbaarder worden: minder kwetsbare ouderen hechten het meeste waarde aan gezondheid, terwijl kwetsbare ouderen sociale contacten belangrijker vinden (Van Campen, 2011). Hoewel kwetsbaarheid meer omvat dan lichamelijke gezondheid, wordt in dit onderzoek ‘*Een verminderde gezondheid en daardoor beperkingen ondervinden in het dagelijkse leven*’ als definitie voor kwetsbaarheid gehanteerd, mede omdat dit aansluit bij de verkregen data. Omdat het sociale netwerk een onafhankelijke variabele in dit onderzoek is, is er voor gekozen het sociale netwerk niet mee te nemen in de definitie van kwetsbaarheid.

2.2. Zelfregie in maatschappelijke en wetenschappelijke context

Zelfregie is een begrip dat regelmatig wordt gebruikt in de Nederlandse beleidscontext. Het duidt het belang aan dat mensen zeggenschap hebben over hun eigen leven en de zorg en ondersteuning die zij krijgen (Brink et al., 2013). Er is echter geen eenduidige definitie voor dit begrip en het kan in veel verschillende contexten worden gebruikt. Zelfregie wordt onder andere vaak bij behandelplannen gebruikt voor mensen met een chronische of psychische aandoening (Rijken, Zantinge, & Heijmans, 2014). Ook kan er een verschil worden

aangebracht tussen algemene regie en zorgregie. Algemene regie houdt in dat iemand de ervaring heeft grip te hebben op de gang van zaken in zijn of haar leven in het algemeen (Pearlin & Schooler, 1978). Zorgregie gaat over het ervaren van controle over processen die met het ontvangen van zorg te maken hebben (Huisman et al., 2014). Zelfregie kan worden versterkt door contacten met andere mensen, maar ook door het uitzetten van eigen koers, verkenning van drijfveren en oog hebben voor eigen kracht (Brink et al., 2013).

Door de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo; 2007), wordt er op ingespeeld dat eerst het (informele) netwerk wordt aangesproken en vervolgens pas de professionele zorg. In een rapport over zelfregie wordt onderzocht hoe mensen in kwetsbare posities zelf de regie kunnen blijven voeren en zo onnodige afhankelijkheid voorkomen. (Brink et al., 2013). Uit dit rapport blijkt dat zelfregie enerzijds wordt ingezet omdat het van betekenis is voor mensen zelf, anderzijds om professionele hulp betaalbaar te houden of maken. In beleidscontext wordt het begrip zelfregie dus gebruikt om de kwaliteit van leven voor mensen in kwetsbare posities te verbeteren en om op een effectieve en efficiënte manier zorg te kunnen leveren.

In de wetenschappelijke context wordt het begrip *self-efficacy* gebruikt -wat letterlijk 'zelfeffectiviteit' betekent. Het begrip zelfeffectiviteit werd door Bandura (1977) geïntroduceerd als het geloof in eigen capaciteiten om controle uit te oefenen over het eigen functioneren en over gebeurtenissen die het leven beïnvloeden. Er zijn volgens Bandura (1994) vier bronnen van zelfeffectiviteit, waarbij het ervaren van succesvolle momenten de meest voorkomende is. Verder wordt de mate van zelfeffectiviteit versterkt door het zien van mensen die op hen lijken die taken succesvol uitvoeren, de overtuiging dat men de capaciteiten heeft om te slagen in bepaalde activiteiten en ten slotte de gevolgen van lichamelijke en of mentale gezondheid. Daarnaast kan het vertrouwen in eigen zelfeffectiviteit verschillende factoren beïnvloeden, zoals levenskeuzes, de mate van motivatie, kwaliteit van functioneren, omgaan met tegenslag en kwetsbaarheid voor stress en depressie (Bandura, 1994).

Het begrip zelfeffectiviteit zoals geïntroduceerd door Bandura (1977) kan niet één op één gelijk worden gesteld met het begrip zelfregie zoals tegenwoordig in beleidscontext wordt gebruikt. Wel is er een duidelijke overeenkomst in het feit dat het in beide gevallen gaat om het geloof of de ervaring controle uit te oefenen over het eigen leven, in tegenstelling tot dat alles in het leven je overkomt. Daarom zal in deze studie het begrip zelfregie worden aangehouden, mede omdat het aansluit bij de verkregen data, met de volgende definitie: '*de ervaring zeggenschap te hebben over het eigen leven, zorg en ondersteuning*'.

2.3 Zelfregie bij ouderen

Leeftijd en veroudering zijn belangrijke determinanten voor zelfregie; vooral 75-plussers ervaren een lagere zelfregie (Deeg, 2010). Daarnaast zijn lichamelijke en geestelijke gezondheid, sociale factoren en opleidingsniveau belangrijke determinanten voor zelfregie, waarbij de eerste twee aspecten ook leeftijdsafhankelijk zijn.

Verschillende onderzoeken wijzen uit dat zelfregie sterk samenhangt met de gezondheid van ouderen. Een laag gevoel van zelfregie kan leiden tot lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen (Smith-Osborne & Flederhoff, 2016). Daarnaast kan zelfregie bij ouderen een voorspeller zijn voor eenzaamheid en psychologische stress (Fry & Debats, 2002). Zo blijkt dat gezondheidsproblemen enerzijds een oorzaak kunnen zijn voor de mate van ervaren zelfregie, maar anderzijds ook een gevolg kunnen zijn van lage zelfregie. Verder wijst eerder onderzoek uit dat ouderen met een laag gevoel van zelfregie eerder de overstap van geen zorg naar professionele zorg maken (Deeg, 2010). Ook blijkt dat ouderen die weinig regie over hun eigen leven ervaren minder lang zelfstandig blijven wonen dan ouderen die meer regie ervaren (Van Campen et al., 2017).

Zelfregie gaat over de perceptie van eigen kunnen, maar wordt ook beïnvloed door verschillende omgevingsfactoren. Uit onderzoek van Huisman et al. (2014) blijkt dat ouderen die grotendeels afhankelijk zijn van hun omgeving voor hun dagelijkse activiteiten alsnog een hoge mate van zelfregie ervaren. De regie werd onder andere in stand gehouden door steun uit het sociale netwerk, ondersteunende omgevingskenmerken en vertrouwen in informele zorgverleners. Dit is te verklaren doordat regie juist belangrijk wordt op het moment dat er iets verkeerd gaat of dat men afhankelijker wordt. Eigen regie kan betekenen dat een oudere controle houdt met ondersteuning door naasten (Hauwert et al., 2013). Mensen zijn vrijwel altijd afhankelijk van anderen. Zo kan er geen autonomie zijn zonder verbinding met andere mensen, wat ook wel relationele autonomie wordt genoemd (Mackenzie, 2008). Door verbindingen kunnen mensen gevoel van eigenwaarde opbouwen, wat in verband staat met autonomie en zelfregie.

2.4 Sociaal netwerk van ouderen

Zoals benoemd in de inleiding, wordt verwacht dat ouderen steeds vaker gebruik moeten maken van hun sociale netwerk voor informele zorg. Hoe het sociale netwerk van ouderen eruit ziet en in welke mate zij gebruik kunnen maken van deze relaties voor informele zorg (zorgpotentieel) hangt af van verschillende individuele factoren (opleiding of inkomen,

cognitief functioneren) en contextuele factoren (woonomgeving, kerkelijkheid, gezinsgrootte) (Broese van Groenou & Van Tilburg, 2007).

2.4.1 Grootte van het netwerk

Zoals in de vorige paragraaf beschreven hangt zelfregie sterk samen met gezondheid. Daarnaast kunnen sociale steun en sociale netwerken ook van groot belang zijn voor de gezondheid en het algemeen welbevinden van ouderen (Berkman et al., 2000). Er zijn op twee manieren samenhang te vinden tussen gezondheid en sociale netwerken. Enerzijds bevordert sociale integratie de gezondheid van het individu: het hebben van sociale relaties kan gezondheidsproblemen voorkomen, herstel versnellen en levensduur verlengen (Stephens et al., 2011). Aan de andere kant bevordert een goede gezondheid de mogelijkheid tot het onderhouden van contacten. Gezondheidsproblemen leiden tot een verminderd contact, wat kan resulteren in kleinere sociale netwerken. Sociale netwerken die bestaan uit brede contacten buiten de familie zorgen voor sociale steun en een gevoel van maatschappelijke betrokkenheid (Stephens et al., 2011). Dit kan weer een positieve bijdrage leveren aan geestelijke en lichamelijke gezondheid en daarmee aan zelfregie. Dit leidt tot de eerste hypothese van dit onderzoek:

H1: Er is een positief verband tussen de grootte van het sociale netwerk de ervaren zelfregie van ouderen.

2.4.2. Sociale steun

Sociale steun is niet alleen afhankelijk van de grootte van het netwerk, maar het is ook belangrijk welke type steun er gegeven wordt. Het blijkt dat er een relatie is tussen sociale netwerken en welbevinden van ouderen en daaruit blijkt dat sociale steun een positief verband heeft met welbevinden later in het leven (Chen & Feeley, 2014; Merz & Huxhold, 2010; Reinhardt, Boemer, & Horowitz, 2006). Sociale steun is te onderscheiden in emotionele en instrumentele steun. Instrumentele steun verwijst naar materiële of fysieke hulp en emotionele steun is ondersteuning in affectie en waardering (Schroots, 2002). Het ontvangen van emotionele steun heeft een positief effect op welzijn, maar het ontvangen van instrumentele steun heeft een negatief effect (Reinhardt et al., 2006). Een verklaring hiervoor is dat het ontvangen van instrumentele steun geassocieerd kan zijn met een afname van autonomie en toename van afhankelijkheid. Omdat een toename van afhankelijkheid in verband staat met lagere zelfregie, worden hieruit de volgende hypothesen afgeleid:

H2a: Er is een positief verband tussen de ontvangen emotionele steun en de ervaren zelfregie van ouderen.

H2b: Er is een negatief verband tussen de ontvangen instrumentele steun en de ervaren zelfregie van ouderen.

2.4.3 Sociaal-demografische factoren

Naast het onderscheid in emotionele en instrumentele steun, kan er ook onderscheid worden gemaakt van wie de sociale steun wordt ontvangen. Het gebruik van informele steun is aanzienlijk meer frequent bij aanwezigheid van een partner en kinderen die in de buurt wonen (Suanet, Broese van Groenou, & Van Tilburg, 2012). Het blijkt dat steun gegeven door de partner het welbevinden het meeste verhoogd, gevolgd door steun van kinderen en vervolgens vrienden (Chen & Feeley, 2014). De afwezigheid van een partner draagt in sterke mate bij aan het ontvangen van professionele hulp, zelfs als er informele steun van kinderen beschikbaar is (Broese van Groenou, Jacobs, Zwart-Olde, & Deeg, 2016). Uit een studie van Merz en Huxhold (2010) blijkt dat emotionele steun van familieleden en instrumentele steun van niet-familieleden positief geassocieerd zijn met welbevinden, terwijl instrumentele steun van familieleden negatief geassocieerd is.

Verder zijn er grote verschillen op te merken in het sociaal netwerk tussen hoog- en laagopgeleiden. Mensen met een hoog opleidingsniveau hebben grotere en meer gevarieerde netwerken en lager opgeleiden hebben vaak buurtgeoriënteerde netwerken (Volker, Andriessen, & Posthumus, 2014). Daarnaast blijkt dat ouderen met een hoger opleidingsniveau beter in staat zijn controle over de zorg te houden, wat in verband staat met zelfregie (Jacobs, Van Tilburg, Groenewege, & van Broese Groenou, 2016). Om die reden is het belangrijk om opleidingsniveau als modererende variabele in het onderzoek mee te nemen. Hieruit volgen de onderstaande hypothesen:

H3: Er is een positief verband tussen opleidingsniveau en de ervaren zelfregie.

H4: Het positieve effect tussen netwerk grootte en de ervaren zelfregie is sterker naar mate het opleidingsniveau hoger is.

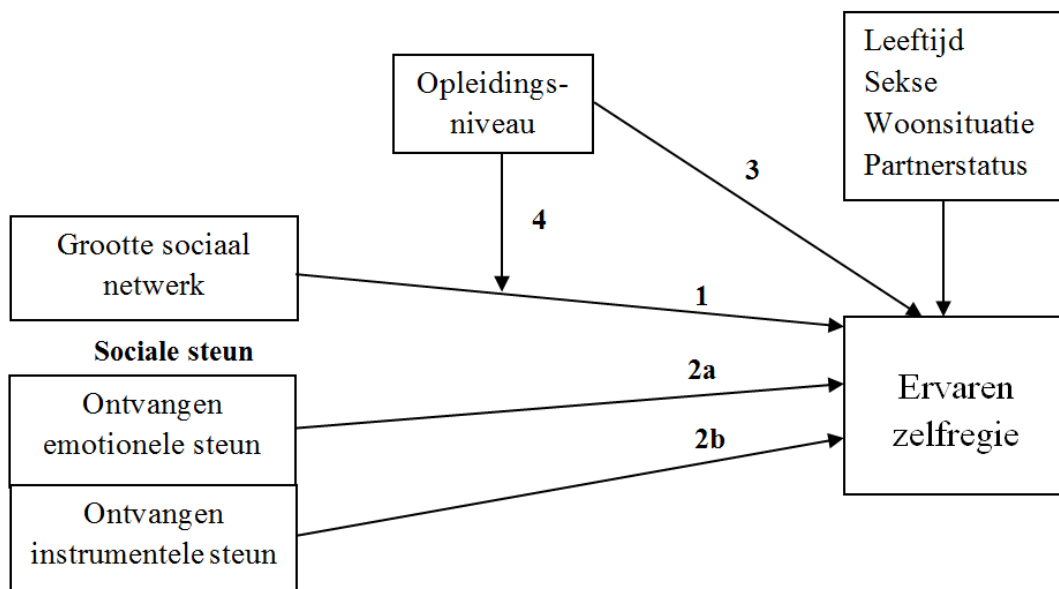
2.5 Empirische onderzoeksvraag

Het doel van deze studie is om de invloed van sociale netwerken op zelfregie van kwetsbare ouderen te onderzoeken. Zoals in de inleiding genoemd, kunnen er zich verschillende barrières voordoen voor ouderen bij het aanspreken van hun sociale netwerk. Zelfregie en het sociale netwerk hebben beide een positieve associatie met gezondheid. Ook blijkt dat

opleidingsniveau een bepalende factor kan zijn in de grootte van het netwerk, maar ook op de mogelijkheid tot het controleren van ontvangen steun (Volker et al., 2014; Jacobs et al, 2016). Om deze reden zal opleidingsniveau worden meegenomen als modererende variabele. Als controlevariabelen worden sekse, leeftijd, woonsituatie en partnerstatus meegenomen, omdat de drie laatstgenoemde factoren samenhang blijken te hebben met zelfregie (Chen & Feeley, 2014; Deeg, 2010; Van Campen et al., 2017). Uiteindelijk zal antwoord worden gegeven op de volgende onderzoeksvraag: *In hoeverre wordt de ervaren zelfregie bij kwetsbare ouderen verklaard door netwerkgrootte en de ontvangen sociale steun en hoe beïnvloedt opleidingsniveau de relatie tussen netwerkgrootte en zelfregie?*

Deze vraag zal worden beantwoord aan de hand van een aantal deelvragen:

1. Wat is de relatie tussen de grootte van het sociaal netwerk en de ervaren zelfregie? (H1)
- 2a. Wat is de relatie tussen de ontvangen emotionele steun en de ervaren zelfregie? (H2a)
- 2b. Wat is de relatie tussen ontvangen instrumentele steun en de ervaren zelfregie? (H2b)
3. Wat is de relatie tussen opleidingsniveau en de ervaren zelfregie? (H3)
4. In hoeverre wordt de relatie tussen grootte sociaal netwerk op ervaren zelfregie beïnvloed door opleidingsniveau? (H4).



Figuur 1. Conceptueel model

3. Methoden

3.1 Onderzoeksmethode

Voor dit onderzoek wordt onderzocht wat de invloed van sociaal netwerk en ontvangen sociale steun op de ervaren zelfregie is. Er wordt gebruik gemaakt van een kwantitatieve methode, omdat er in dit onderzoek uitsluitend naar associaties tussen verschillende factoren wordt gekeken en niet naar achterliggende mechanismes. Er zal een *ordinary least squares* (OLS) regressie worden uitgevoerd om de data te analyseren.

Er wordt gebruik gemaakt van bestaande data van Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) van de Vrije Universiteit te Amsterdam. Er worden data gebruikt die in 2011 verzameld zijn, omdat dit op het moment van schrijven de meest recente beschikbare data zijn. De LASA-onderzoeksgroep doet longitudinaal onderzoek naar determinanten en gevolgen van veroudering en wordt ondersteund door een subsidie van het ministerie Volksgezondheid, welzijn en sport, directoraat Langdurige zorg. De data zijn verkregen door middel van getrainde interviewers die de respondenten thuis bezochten, waar het hoofdinterview en een medisch interview werd afgenomen en waar de respondenten gevraagd werden zelf een vragenlijst in te vullen. Wanneer een huisbezoek niet mogelijk bleek door omstandigheden, konden enkele vragenlijsten ook telefonisch worden afgenomen.

3.2 Steekproeftrekking

Het LASA-onderzoek richt zich op ouderen in Nederland van 65 jaar en ouder. Op basis van gemeentelijke registers is een steekproef getrokken in drie regio's in Nederland (Amsterdam, Oss en Zwolle), zodat deze de nationale verdeling van verstedelijking en bevolkingsdichtheid weerspiegelt. Voor het huidige onderzoek is een selecte steekproef getrokken om alleen de meer kwetsbare ouderen te includeren. Dit is gedaan aan de hand van de vraag: '*Vormen gezondheidsproblemen een belemmering in uw dagelijkse bezigheden?*'. Alle ouderen die '*Ja, langer dan drie maanden*' op de vraag hebben geantwoord zijn meegenomen. Tenslotte zijn er vijf respondenten met missende variabelen weggelaten, omdat zij het interview voortijdig hebben gestopt of geen antwoord hebben gegeven. Uit de originele steekproef ($N=1308$) leidt dit tot $N=484$.

3.3 Operationalisering variabelen

3.3.1 Afhankelijke variabele

Zelfregie. Zelfregie is de afhankelijke variabele in dit onderzoek. Dit wordt gemeten door middel van de *General Self-Efficacy Scale* (GSES-12) aan de hand van twaalf items

ontwikkeld door Bosscher, Laurijssen en de Boer (1992; zie Bijlage 1). Deze vragenlijst omvat verschillende elementen: bereidheid om gedrag te initiëren (initiatief), bereidheid om inspanning te leveren bij het voltooien van gedrag (inspanning) en volharding bij tegenslag (persistentie). Voorbeelden van stellingen zijn: *Wanneer ik plannen maak, ben ik er ook van overtuigd dat ik ze met succes zal uitvoeren* (inspanning). *Wanneer ik de indruk heb dat iets ingewikkeld is, begin ik er niet aan* (initiatief). *Ik heb er moeite mee om problemen in mijn leven goed op te lossen* (persistentie).

Aan de respondenten werd gevraagd aan te geven in hoeverre verschillende uitspraken op hen van toepassing waren, op basis van een 5-punts Likertschaal lopend van ‘helemaal mee oneens’ (1) tot ‘helemaal mee eens’ (5). Op basis van bevestigde factoranalyses is door LASA een totale score van ervaren zelfregie gemaakt (Bosscher, & Smit, 1998)¹. Het minimum van de totale score (12) impliceert de laagste mate van de ervaren zelfregiescore en de maximale score (60) de hoogste mate van de ervaren zelfregiescore. De gemiddelde score van de getrokken steekproef is 41.58 ($SD=5.979$; *range*: 17-60).

3.3.2 Onafhankelijke variabelen

Sociaal netwerk is in dit onderzoek de onafhankelijke variabele en dit wordt gespecificeerd in verschillende variabelen. Zo wordt er gekeken naar (a) de grootte van het netwerk en (b) de ontvangen sociale steun.

Grootte sociaal netwerk. De grootte van het sociaal netwerk werd vastgesteld aan de hand van een interview waar contacten werden geïdentificeerd (Van Tilburg, 1998). Omdat alle netwerktypes gelijke kans moeten krijgen om te worden geïncludeerd is het interview aan de hand van zeven domeinen van het netwerk afgenomen. Deze domeinen zijn: leden van het huishouden (inclusief eventuele partner), kinderen en hun partners, andere familieleden, burens, collega’s van werk of school, leden van organisaties en anderen. Respondenten werd gevraagd alle contacten ouder dan 18 jaar waarmee zij regelmatig contact hebben en die belangrijk voor hen zijn per domein bij naam te benoemen. Om te voorkomen dat alle mensen met wie men regelmatig contact heeft zou worden genoemd is de vraag van belangrijkheid toegevoegd. Er is een bovengrens van 80 namen gesteld, maar niemand behaalde dit aantal. Op basis van de geïdentificeerde netwerkleden heeft LASA een variabele ‘netwerkgrootte’ gemaakt. Van de getrokken steekproef varieert de grootte van het netwerk van 0 tot 56 netwerkleden ($M = 15.76$; $SD = 9.662$).

¹ Vragen 3, 4, 6, 8, 9, 11 en 12 zijn hiervoor omgeschaald.

Ontvangen sociale steun. Van alle genoemde netwerkleden werd het type contact en de frequentie van het contact gevraagd. Over de twaalf personen met het meest frequente contact werden vervolgvragen gesteld over onder andere leeftijd, reistijd en duur van de relatie. Hier werd ook gevraagd naar het ontvangen en geven van sociale steun. De vragen die werden gesteld over het ontvangen van sociale steun waren: *‘Hoe vaak is het voorgekomen dat [...] u heeft geholpen met ondersteuning van dagelijkse taken in en rondom het huis zoals koken, het huis schoonmaken, vervoer, kleine reparaties, invullen van formulieren?’* (ontvangen instrumentele steun) en *‘Hoe vaak is het afgelopen jaar voorgekomen dat u [...] vertelde over uw persoonlijke beleving en gevoelens?’* (ontvangen emotionele steun). Bij beide vragen kon de respondent antwoorden met: nooit/geen andere contacten (0), zelden (1), soms (2) of vaak (3). Op basis hiervan is de totale score van instrumentele en emotionele steun door LASA berekend, met een minimum score van 0 en maximum van 36 (12*3). De gemiddelde score van ontvangen emotionele steun is 22.21 ($SD=7.884$) en van totale ontvangen instrumentele steun 15.91 ($SD=6.674$).

3.3.3 Modererende variabelen

Opleidingsniveau wordt in dit onderzoek meegenomen als modererende variabele.

Opleidingsniveau is gemeten aan de hand van negen verschillende categorieën uiteenlopend van basisschool niet afgemaakt (1), tot universitair diploma (9). Voor de analyse zijn deze categorieën op basis van indeling van het CBS² (2018-a) tot een dummyvariabele gemaakt: laagopgeleiden (1; referentiecategorie), middelbaar opgeleiden (2) en hoogopgeleiden (3).

3.3.4 Controlevariabelen

Als controlevariabelen worden sekse, leeftijd, woonsituatie en partnerstatus meegenomen, omdat deze samenhangen met zelfregie (Chen & Feeley, 2014; Deeg, 2010; Van Campen et al., 2017). Sekse wordt gemeten als dummyvariabele: man (0; referentiecategorie), vrouw (1). Leeftijd wordt gemeten op een continu meetniveau met een reikwijdte van 64 tot 98. Woonsituatie wordt bepaald of men wel of niet zelfstandig woont: zelfstandig (0; referentiecategorie); verpleeg- of verzorgingshuis (1). Partnerschap is opgedeeld in twee categorieën: partner (0; referentiecategorie); geen partner (1). Deze verdeling is gebaseerd op de vraag of de respondent iemand heeft die hij/zij als partner beschouwt. In de categorie

² **Laag:** basisonderwijs, vmbo, mbo1, onderbouw havo/vwo

Middelbaar: havo, vwo, mbo2, 3, en 4.

Hoog: hbo bachelor, hbo master, wo bachelor, wo master, doctor.

‘partner’ vallen mensen die op dit moment een partner hebben, maar niet per definitie samen wonen. Onder de categorie ‘geen partner’ vallen mensen die op dit moment geen partner (meer) hebben, dus ook mensen die gescheiden of weduwe zijn en geen nieuwe partner hebben.

3.4 Beschrijvende statistiek

In Tabel 1 is de beschrijvende statistiek weergegeven. De totale steekproef bestaat uit 484 respondenten, bestaande uit 184 mannen (38%) en 300 vrouwen (62%). De leeftijd varieert van 64 jaar tot 98 jaar met een gemiddelde van 76 jaar. Bijna alle respondenten wonen zelfstandig (96,9%), de overige 3,1% woont in een verzorgingshuis. Wat betreft partnerstatus heeft een grote meerderheid een partner (61%). Daarnaast is twee derde van de respondenten laagopgeleid (67,1%), verder is 18,4% middelbaar opgeleid en 14,5% hoogopgeleid.

Om de representativiteit van de steekproef te controleren is gekeken naar de sociaal-demografische achtergrond van ouderen in de Nederlandse samenleving.³ In 2017 woonde 94% van de ouderen zelfstandig thuis (NZa, 2018). Dit is representatief met de steekproef in dit onderzoek (96,6%). Ook is er gekeken naar de representativiteit van het opleidingsniveau voor mensen van 65 jaar en ouder. In 2017 was 50,4% van de 65-plussers laagopgeleid, 30,2% middelbaar opgeleid en 18% hoogopgeleid (CBS, 2018-b). In vergelijking met de getrokken steekproef is het aantal hoogopgeleiden representatief, alleen zijn er minder middelbaar opgeleiden in de steekproef en meer laagopgeleiden. Hier wordt in de discussie verder op in gegaan.

³ Van de getrokken steekproef identificeert 99,2% zich als Nederlander, dit is niet representatief met Nederlandse bevolking (CBS, 2018-c)

Tabel 1. Beschrijvende statistiek (n=484)

Variabelen	Min.	Max.	Gemiddelde / %	SD
Leeftijd	64	98	75.82	7.519
Sekse (<i>ref. man</i>)	0	1	38%	
Woonsituatie (<i>ref. zelfstandig</i>)	0	1	97%	
Partnerstatus (<i>ref. wel partner</i>)	0	1	61%	
Opleidingsniveau (<i>ref. laag</i>)	1	3		
<i>Laag</i>			67.1%	
<i>Midden</i>			18.4%	
<i>Hoog</i>			14.5%	
Netwerkgrootte	0	56	15.76	9.662
Ontvangen emotionele steun	0	36	22.21	7.884
Ontvangen instrumentele steun	0	36	15.91	6.674
Zelfregie	17	60	41.58	5.797

3.5 Analysemethoden

De data zullen worden geanalyseerd met behulp van het programma SPSS (versie 24). Om de invloed van het sociale netwerk en ontvangen sociale steun op zelfregie te onderzoeken (deelvraag 1, 2a en 2b) zal er een stapsgewijze multiële regressie (OLS) worden uitgevoerd. Er is gekozen voor een multiële regressie, omdat deze methode de invloed van meerdere onafhankelijke variabelen op de afhankelijke variabele zelfregie kan toetsen (Field, 2013). Binnen deze analyse wordt er vervolgens naar het moderatie-effect van opleidingsniveau op de relatie tussen netwerkgrootte en zelfregie gekeken (deelvraag 3 en 4).

Om een OLS regressie toe te passen moet er aan een aantal assumpties worden voldaan. Op basis van een visuele inspectie van de histogram van gestandaardiseerde residuen blijkt dat deze normaal verdeeld zijn. Op basis van de Durbin Watson test (1.963) kan er geconcludeerd worden dat er sprake is van onafhankelijkheid van resultaten. Op basis van een *variance inflation factor* toets waarbij de score lager moet zijn dan 10 (Field, 2013), blijkt dat er geen sprake is van multicollineariteit in de analyse (alle variabelen scoren rond de 1). Ook aan de overige assumpties van de OLS regressie is voldaan.

4. Resultaten

4.1 Resultaten regressieanalyse

Om de invloed van het sociale netwerk op zelfregie te onderzoeken is een multiële regressie uitgevoerd. Er zijn stapsgewijs variabelen toegevoegd waarbij de afhankelijke variabele zelfregie is. Het eerste model bevat alleen de onafhankelijke variabelen (grootte netwerk, instrumentele en emotionele steun), vervolgens zijn in model 2 t/m 4 respectievelijk de controlevariabelen, opleidingsniveau en de interactievariabelen van opleidingsniveau en netwerk grootte toegevoegd (zie Tabel 2).

Uit het eerste model, waarin alleen de onafhankelijke variabelen netwerk grootte en sociale steun worden meegenomen, blijkt dat netwerk grootte een significant positief effect heeft op de ervaren zelfregie ($p < .001$). Model 1 verklaart echter alleen een klein deel van de variantie ($R^2 = 5,0\%$). Wanneer gecontroleerd wordt voor sekse, leeftijd, woonsituatie en partnerstatus in model 2 is de verklaarde variantie verhoogd ($R^2 = 10,5\%$) en is er sprake van een medium effectgrootte (Cohen, 1988; zoals geciteerd in Field, 2013). Hoewel de verklaarde variantie is verhoogd verklaren deze factoren slechts een klein deel van de ervaren zelfregie. Netwerk grootte blijft in dit model een significante positieve associatie hebben ($B = .121, SF = .031, \beta = .201$) en hiermee wordt de eerste hypothese bevestigd. Met andere woorden, hoe groter het sociaal netwerk van ouderen boven de 65 jaar, des te hoger hun ervaren zelfregie.

Verder valt op dat de controlevariabelen leeftijd ($p < .001$) en sekse ($p < .05$) een significant negatief effect hebben op zelfregie. Anders gezegd houdt dit in dat naar mate mensen ouder zijn zij een lagere zelfregiescore ervaren. Ook ervaren mannen gemiddeld een lagere zelfregie dan vrouwen. Woonsituatie en partnerstatus hebben in dit model geen significant effect. Omdat deze vier variabelen de verklaarde variantie verhogen, worden ze in de volgende modellen meegenomen, om te kunnen controleren voor de samenhang tussen deze variabelen en zelfregie.

In model 2 blijkt dat zowel emotionele steun als instrumentele steun geen significant effect hebben op zelfregie. Deze twee vormen van ontvangen steun zijn sterk met netwerk grootte gecorreleerd (zie Tabel 3, bijlage 2). Om deze reden is er besloten achteraf nog een analyse toe te voegen om te onderzoeken of deze variabelen onafhankelijk van netwerk grootte wel van invloed zijn op zelfregie. De onafhankelijke variabelen emotionele steun en instrumentele steun zijn los van elkaar getoetst, waarbij in beide modellen de vier controlevariabelen wel zijn meegenomen. Hieruit blijkt dat ontvangen instrumentele steun

geen significant effect op zelfregie heeft ($B=.038$, $SF=.039$, $p=.328$, $R^2=.064$), maar ontvangen emotionele steun wel ($B=.087$, $SF=.033$, $p=.009$, $R^2=.075$). Het unieke effect van emotionele steun op zelfregie verdwijnt wanneer ook netwerk grootte en de instrumentele steun worden meegenomen.

Concluderend blijkt uit deze resultaten dat netwerk grootte een positief verband heeft met zelfregie en hiermee wordt de eerste hypothese bevestigd. Emotionele steun heeft wel een positief effect op zelfregie. Dit effect is echter niet significant wanneer de grootte van het netwerk wordt meegenomen. Hypothese 2a wordt om deze reden deels verworpen. Instrumentele steun heeft in beide gevallen geen significant negatief effect en daarom wordt hypothese 2b verworpen.

4.2 Moderatieanalyse

Om te toetsen of opleidingsniveau een modererend effect heeft op de relatie tussen netwerk grootte en zelfregie en op de relatie tussen sociale steun en zelfregie zijn er twee extra modellen uitgevoerd. In model 3 ($R^2=12,7\%$) worden de twee dummy's van opleidingsniveau (midden en hoog, referentiecategorie: laag) aan het model toegevoegd om te toetsen of er een positief effect van opleiding op zelfregie is. De resultaten laten zien dat zowel middelbaar opgeleiden ($B=2.023$, $p<.05$) als hoogopgeleiden ($B=1.712$, $p<.05$) gemiddeld een hogere zelfregie score hebben dan laagopgeleiden. Hiermee wordt hypothese 3 bevestigd. Daarnaast blijft het effect van netwerk grootte op zelfregie significant, waarbij de effectgrootte ongeveer gelijk blijft ($M2:\beta=.201$; $M3:\beta=.192$) wat laat zien dat het effect robuust is.

Ten slotte wordt in model 4 ($R^2=13,8\%$) de interactie tussen opleidingsniveau en netwerk grootte toegevoegd. Het blijkt dat voor hoogopgeleiden het effect op de relatie tussen netwerk grootte en zelfregie significant verschillend is ($p<.05$) in vergelijking tot laagopgeleiden. Voor middelbaaropgeleiden is dit effect niet significant verschillend ten opzichte van laagopgeleiden. Voor alle groepen is het effect van netwerk grootte op zelfregie significant, maar dit effect is bij hoogopgeleiden sterker dan bij laagopgeleiden. Tussen middelbaar en laagopgeleiden is geen verschil. Hiermee wordt hypothese 4 deels bevestigd.

Tabel 3. Samenvatting regressieanalyse⁴

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
	<i>B (SF)</i>	β	<i>B (SF)</i>	β	<i>B (SF)</i>	β	<i>B (SF)</i>	β
Netwerkgrootte (NG)	.126 (.030)	.211***	.121 (.031)	.201***	.115 (.030)	.192***	.080 (.036)	.133*
Instrumentele steun	-.066 (.047)	-.076	-.054 (.047)	-.062	-.052 (.047)	-.059	-.050 (.047)	-.057
Emotionele steun	.044 (.043)	.060	.052 (.042)	.071	.036 (.042)	.049	.037 (.042)	.050
Leeftijd			-.153 (.037)	-.199***	-.152 (.037)	-.197***	-.151 (.037)	-.196***
Sekse (ref. man)			-1.483(.564)	-.124 *	-1.097 (.576)	-.092	-1.097(.576)	-.092
Woonsituatie (ref. zelfstandig)			-1.502 (1.522)	-.045	-1.491 (1.507)	-.045	-1.622 (1.502)	-.049
Partnerstatus (ref. met partner)			.516 (.585)	.043	.668 (.581)	.056	.662 (.578)	.056
Opleiding (ref. laag)								
Midden					2.023 (.665)	.135*	1.107 (1.252)	.074
Hoog					1.712 (.757)	.104*	-1.629 (1.594)	-.099
NG * Opl.-midden							.057 (.063)	.081
NG* Opl.-hoog							.204 (.086)	.233*
R² (ΔR^2)	.050		.105 (.055)		.127 (.022)		.138 (.011)	

Noot. N=484. * $p < .05$; *** $p < .001$.

⁴ Zie Tabel 4 (Bijlage 3) met de 95% betrouwbaarheidsintervallen.

5. Conclusie en discussie

In dit onderzoek is gekeken naar het effect van sociaal netwerk op zelfregie bij ouderen boven de 65 jaar met een fysieke kwetsbaarheid. Het hoofddoel van dit onderzoek is meer inzicht te krijgen in de ervaren zelfregie bij kwetsbare ouderen, om uiteindelijk zorg voor ouderen beter op hun behoeftes te kunnen laten aansluiten. Dit is gedaan door antwoord te zoeken op de volgende onderzoeksvraag: *In hoeverre wordt de ervaren zelfregie bij kwetsbare ouderen verklaard door netwerkgrootte en de ontvangen sociale steun en hoe beïnvloedt opleidingsniveau de relatie tussen netwerkgrootte en zelfregie?*

Allereerst is er gekeken naar de relatie tussen netwerkgrootte en zelfregie (deelvraag 1). Er is een positieve associatie tussen netwerkgrootte en zelfregie, wat in overeenstemming is met de verwachting (Stephens et al., 2011). Dit houdt in dat ouderen met een groter netwerk, meer zelfregie ervaren. Eveneens is onderzocht wat de relatie is tussen het ontvangen van sociale steun en ervaren zelfregie (deelvraag 2). Hierbij wordt er onderscheid gemaakt in instrumentele en emotionele steun. Deze resultaten laten zien dat er geen significante relatie is tussen deze variabelen. Dit is niet in overeenstemming met de literatuur waaruit werd verwacht dat sociale steun wel invloed heeft op welbevinden en daarmee op zelfregie (Merz & Huxhold, 2010; Reinhardt et al., 2006). Een verklaring hiervoor is dat het ontvangen van steun sterk samenhangt met de grootte van het netwerk, waardoor het effect van sociale steun wegvalt. Ook is de variabele netwerkgrootte nauwkeuriger gemeten dan sociale steun en bevat daardoor meer variantie, waardoor dit ook effect op resultaten kan hebben gehad.

Vervolgens is de relatie tussen opleidingsniveau en zelfregie bekeken (deelvraag 3). In overeenstemming met de verwachting blijkt dat middelbaar en hoogopgeleiden gemiddeld een hogere zelfregie ervaren dan laagopgeleiden (Jacobs et al., 2016). Ten slotte is het modererende effect van opleidingsniveau op de relatie tussen de grootte van het sociaal netwerk en zelfregie bekeken (deelvraag 4). De verwachting was dat mensen met een hoger opleidingsniveau een hogere zelfregie ervaren en daarnaast beter in staat zijn om gebruik te maken van het netwerk (Jacobs et al., 2016). Uit de resultaten blijkt dat er een significant effect is van opleidingsniveau op de relatie tussen grootte sociaal netwerk en zelfregie voor hoogopgeleiden. Dit houdt in dat het positieve effect van netwerkgrootte op zelfregie voor alle groepen geldt, maar dit effect bij hoogopgeleiden sterker is dan bij laagopgeleiden.

Dit onderzoek kent ook enkele beperkingen. De steekproef was niet representatief voor de Nederlandse bevolking, waardoor de resultaten niet generaliseerd kunnen worden. De

steekproef bestond namelijk voor 99,2% uit ouderen met een Nederlandse nationaliteit⁵. In de komende jaren zullen er meer ouderen met migratieachtergrond komen (Van Duin & Stoeldraijer, 2014), waardoor het in vervolgonderzoek van belang is om ook aandacht te besteden aan verschillen tussen ouderen met en ouderen zonder een migratieachtergrond. Er blijken namelijk grote verschillen te zijn in toegang tot zorg voor deze groepen. Dit komt onder meer door taalbarrières en cultuurverschillen (Suurmond, Rosenmöller, el Mesbahi, Lamkaddem, & Essink-Bot, 2016; Van Wieringen, 2014). Ook waren relatief meer respondenten laagopgeleid, in vergelijking tot het gemiddelde van Nederlandse ouderen boven de 65 jaar. Dit kan ermee te maken hebben dat de steekproef uitsluitend uit mensen met gezondheidsproblemen bestond en dat laagopgeleiden vaker gezondheidsproblemen hebben (CBS, 2017).

Daarnaast is de manier waarop de variabele sociale steun wordt gemeten niet optimaal⁶. Doordat er gebruik werd gemaakt van een bestaande dataset en er geen beschikking was tot de ruwe data kon daar in dit onderzoek geen invloed op uit worden geoefend. Wellicht kan in vervolgonderzoek deze variabele worden gewogen aan de hand van de grootte van het netwerk. Ten slotte is ervoor gekozen zelfregie als afhankelijke variabele in dit onderzoek op te nemen. Voor de operationalisering is een *self-efficacy scale* gebruikt. Hoewel deze schaal wetenschappelijk onderbouwd is, kan het niet één op één worden gesteld met het begrip zelfregie zoals gebruikt in de Nederlandse beleidscontext. Daarnaast blijkt ook uit de regressieanalyse dat het sociale netwerk slechts een klein deel van de zelfregie verklaart. Door complexiteit is gezondheid niet meegenomen als onafhankelijke variabele, maar uit literatuur blijkt dat gezondheid voorspeller is van zelfregie. In vervolgonderzoek is ook van belang om dit mee te nemen in het model, zodat er nog meer inzicht in de relaties tussen deze factoren komt.

Ondanks deze beperkingen heeft het onderzoek ook sterke punten. De steekproef was voldoende groot om conclusies uit te trekken en er is voor de variabelen netwerkgrootte en

⁵ In 2010 had 12,4% van de ouderen boven 65 jaar een migratieachtergrond (CBS,2018-c).

⁶ Wanneer persoon X met netwerk van 12 personen heeft aangegeven van ieder persoon zelden emotionele steun te krijgen is de score 12 (want $12*1$), maar wanneer persoon Y met netwerkgrootte van 4 personen, heeft aangegeven van iedere persoon heel vaak steun te krijgen is de score ook 12 (want $4*3$). Terwijl persoon Y mogelijk meer emotionele steun ontvangt.

zelfregie gebruik gemaakt van wetenschappelijk gevalideerde meetinstrumenten. Uit de resultaten blijkt dat netwerkgrootte daadwerkelijk verschil maakt in de mate waarin iemand controle ervaart over zijn/haar leven. Op deze manier dragen de onderzoeksresultaten bij aan het verbreden van de kennis over kwetsbare ouderen en zelfregie.

Bovendien bevestigt deze studie de ongelijkheid in de ouderenzorg in Nederland, door de verschillen in de ervaren zelfregie, welke samenhangen met opleidingsniveau en netwerkgrootte. Opleidingsniveau is een welbekende voorspeller voor gezondheid (CBS, 2017) en wordt in deze studie ook bevestigd in relatie tot zelfregie. Laagopgeleiden hebben vaak een kleiner netwerk en dit komt mogelijk door een gebrek aan mogelijkheden en niet door eigen keuze (Volker et al., 2014). Dit kan in verband worden gebracht met gedachtegoed van Sen (1990), waarin de mate van keuzevrijheid bepalend is welke uitkomsten in doelen individuen hebben, bijvoorbeeld het ervaren van zelfregie. Hiermee wordt benadrukt dat niet alleen ouderen een kwetsbare positie hebben, maar ook statushouders, mensen met chronische of psychische problemen of mensen met een laag opleidingsniveau en een klein netwerk niet altijd in staat zijn regie over het eigen leven te voeren en daar extra ondersteuning bij kunnen gebruiken.

Op basis van deze bevindingen kunnen er verschillende aanbevelingen worden gedaan. Het is van belang om ouderen met een klein netwerk voldoende faciliteiten te bieden om de keuzevrijheid te vergroten, zodat ouderen ook op latere leeftijd een hoge mate van kwaliteit van leven ervaren, mede door het gevoel controle te hebben over het eigen leven. Belangrijk is om bij het versterken van zelfregie en het inzetten van (informele) hulp enerzijds aandacht te houden voor de wensen van het individu, maar ook voldoende mogelijkheden te bieden wanneer iemand niet in staat is een hulpvraag te formuleren. Om de zorgkracht van informele netwerken beter te benutten, kan er een groter beroep op initiatieven in de wijk worden gedaan. Dit kan bijvoorbeeld door het inzetten van de zogenoemde wijkservicegebieden, waarin de organisatie van zorg en welzijn goed op elkaar zijn afgestemd. Er kan beter worden ingespeeld op het inzetten en versterken van (al bestaande) burgerinitiatieven in de wijk om steun tussen verschillende groepen uit te wisselen. Verder is het belangrijk dat er ook aandacht wordt besteed aan de bekendheid van voorzieningen en het samenwerken tussen verschillende partijen. Voor beide aspecten is het belangrijk dat een overkoepelend orgaan (bij voorkeur de gemeente) verantwoordelijkheid draagt om er lokaal voor te zorgen dat initiatieven niet alleen naast elkaar bestaan maar ook versterkend te werken. Op deze manier kan er voor gezorgd worden dat ouderen zelf de regie over hun eigen leven behouden, met behulp van de mensen om hen heen.

Referenties

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Red.). *Encyclopedia of Human Behavior* (Vol. 4. pp. 71-81). New York: Academic Press.
- Berkman, L., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843-857.
- Bosscher, R., Laurijssen, L., & De Boer, E. (1992). Competentie op latere leeftijd: Een exploratieve studie. *Bewegen & Hulpverlening*, 9, 225-265.
- Bosscher, R., & Smit, J. (1998). Confirmatory factor analysis of the General Self-Efficacy Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 339-343.
- Brink, C., Lucassen, A., Middelaar, M., Poll, A. (2013). Methoden en instrumenten zelfregie: Voor ondersteuning van mensen in kwetsbare situaties. Utrecht: Movisie.
- Broese van Groenou, M., & van Tilburg, T. (2007). Het zorgpotentieel in het netwerk van ouderen. In: A. de Boer (Ed.). *Toekomstverkenning informele zorg* (pp. 45-64). Den Haag: SCP.
- Broese van Groenou, M., Jacobs, M., Zwart-Olde, I., & Deeg, D. (2016). Mixed care networks of community-dwelling older adults with physical health impairments in the Netherlands. *Health & Social Care in the Community*, 24(1), 95-104.
- CBS (2014). *Gezondheid en de zorg in cijfers; 2014*. Den Haag: Centraal bureau voor de Statistiek
- CBS (2017). *Gezonde levensverwachting; opleidingsniveau*. Verkregen op 1 juni 2018, via <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83780ned&D1=0,2-5&D2=a&D3=0,6,14&D4=a&D5=0&D6=l&VW=T>
- CBS (2018-a). *Opleidingsniveau*. Verkregen op 1 mei 2018. via <https://www.cbs.nl/nl-nl/artikelen/nieuws/2008/16/bijna-evenveel-hoogopgeleide-als-laagopgeleide-nederlanders/opleidingsniveau>
- CBS (2018-b). *Bevolking; onderwijsniveau; geslacht, leeftijd en migratieachtergrond*. Verkregen op 1 mei, via <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/82275NED/table?ts=1525982040493>
- CBS (2018-c). *Bevolking; generatie, geslacht, leeftijd en migratieachtergrond*. Verkregen op 1 mei 2018, via <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/37325/table?ts=1525981597272>
- Chen, Y., & Feeley, T. (2014). Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults: An analysis of the Health and Retirement Study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31(2), 141-161.
- Deeg, D. (2010). LASA-rapport: Empowerment. *Wetenschap voor beleid*. Verkregen op 1 mei 2018 via <https://www.lasa-vu.nl/nieuws/documents/vws-rapport-2009-empowerment.pdf>.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics* (4e ed.). London. UK: SAGE Publications
- Fried, L., Tangen, C., Walston, J., Newman, A., Hirsch, C., Gottdiener, J., . . . & McBurnie,

- M. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-M157.
- Fry, P., & Debats, D. (2002). Self-efficacy beliefs as predictors of loneliness and psychological distress in older adults. *The International Journal of Aging and Human Development*, 55(3), 233-269.
- Hauwert, S., Metze, R., & Sedney, P. (2013). Zelfregie van mensen in kwetsbare posities. In R. Kwekkeboom & P. van Heijst (red.). *Tinteling. De driehoek onderzoek-onderwijs-41 praktijk in evenwicht*. Digitale uitgave van het landelijk Lectorenplatform Zorg en Welzijn.
- Huisman, M., Deeg, D., & Claassens, C. (2014). *Ervaren regie bij Nederlandse ouderen en de samenhang ervan met zorggebruik. demografische factoren en persoonlijkheid*. Amsterdam: longitudinal aging study.
- Jacobs, M., Van Tilburg, T., Groenewegen, P., & Broese van Groenou, M. (2016). Linkages between informal and formal care-givers in home-care networks of frail older adults. *Ageing & Society*, 36(8), 1604-1624.
- Mackenzie, C. (2008). Relational autonomy, normative authority and perfectionism. *Journal of Social Philosophy*, 39(4), 512-533.
- Merz, E., & Huxhold, O. (2010). Wellbeing depends on social relationship characteristics: Comparing different types and providers of support to older adults. *Ageing & Society*, 30(5), 843-857.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (2018). *Monitor: Zorg voor ouderen 2018. April 2018*. Verkregen via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_234967_22/1/ op 5 mei 2018.
- Pearlin, L., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behaviour*, 9(1), 2-21.
- Reinhardt, J., Boerner, K., & Horowitz, A. (2006). Good to have but not to use: Differential impact of perceived and received support on well-being. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23(1), 117-129.
- Rijken, M., Zantinge, E., & Heijmans, M. (2014). In S. Kooiker & N. Hoeymans (Red.) *Burgers en gezondheid* (pp. 69-75). Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Schroots, J. (2002). *Handboek psychologie van de volwassen ontwikkeling & veroudering*. Uitgeverij Van Gorcum.
- Sen, A. (1990). Justice: means versus freedoms. *Philosophy and Public Affairs*, 19, 111-121.
- Smith-Osborne, A., & Felderhoff, B. (2016). Formal and family caregiver protective factors in systems of care: A systematic review with implications toward a resilience model for aging veterans. *Traumatology*, 22(1), 29-39.
- Stephens, C., Alpass, F., Towers, A., & Stevenson, B. (2011). The effects of types of social networks, perceived social support, and loneliness on the health of older people: Accounting for the social context. *Journal of Aging and Health*, 23(6), 887-911.
- Steyaert, J., & Kwekkeboom, R. (2012). *De zorgkracht van sociale netwerken*. Utrecht: MOVISIE.
- Suanet, B., Broese van Groenou, M., & Van Tilburg, T. (2012). Informal and formal home-

- care use among older adults in Europe: can cross-national differences be explained by societal context and composition?. *Ageing & Society*, 32(3), 491-515.
- Suurmond, J., Rosenmöller, D., el Mesbahi, H., Lamkaddem, M., & Essink-Bot, M. (2016). Barriers in access to home care services among ethnic minority and Dutch elderly—A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 23-35.
- Timmermans, J. & Pommer, E. (2008) Familiezorg. In P. Snabel, R. Bijl, & J. de Hart (Red.). *Betrekkelijke betrokkenheid* (pp. 137-172). Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau (SCP).
- Van Campen, C. (2011). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).
- Van Campen, C., Iedema, J., Broese van Groenou, M., & Deeg, D. (2017). Langer zelfstandig. Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg. Den Haag: SCP.
- Van Campen, C., Vonk, F., & Van Tilburg, T. (2018). *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking*. Den Haag: SCP.
- Van Duin, C., & Stoeldraijer, L. (2014). Bevolkingstrends 2014. Bevolkingsprognose 2014-2060: groei door migratie. Den Haag/ Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Van Tilburg, T. (1998). Interviewer effects in the measurement of personal network size: A nonexperimental study. *Sociological Methods & Research*, 26(3), 300-328.
- Van Wieringen, J. (2014). *Wie zorgt voor oudere migranten? De rol van mantelzorgers, sleutelfiguren, professionals, gemeenten en ouderen zelf*. Utrecht: Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen.
- Volker, B., Andriessen, I., & Posthumus, H. (2014). Gesloten werelden? Sociale contacten tussen lager- en hogeropgeleiden. In M. Bovens, P. Dekker, & W. Tiemeijer (Red.). *Gescheiden werelden? Een verkenning van sociaal-culturele tegenstellingen in Nederland* (pp. 217-234). Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) en Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (WRR).
- Vrooman, C., Van Noije, L., Jonker, J., & Veldheer, V. (2012). *Een beroep op de burger*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau (SCP).

Bijlage 1. Vragenlijst 'Algemene competentie'

In het volgende onderdeel ga ik weer een aantal beweringen oplezen. Het is de bedoeling dat u beoordeelt in hoeverre iedere bewering in het algemeen op u van toepassing is.

(antwoordmogelijkheden)

1. helemaal mee oneens

2. mee oneens

3. noch mee eens noch mee oneens

4. mee eens

5. helemaal mee eens

1. Wanneer ik plannen maak, ben ik er ook van overtuigd dat ik ze met succes zal uitvoeren.

2. Wanneer iets mij de eerste keer mislukt, bijt ik mij er in vast totdat het beter gaat.

3. Wanneer ik iets beslist wil, gaat het meestal fout.

4. Wanneer ik de indruk heb dat iets ingewikkeld is, begin ik er niet aan.

5. Ook bij onplezierige taken houd ik vol totdat ik klaar ben.

6. Ik heb er moeite mee om problemen in mijn leven goed op te lossen.

7. Wanneer ik heb besloten iets te doen, dan doe ik het ook.

8. Wanneer ik aan iets nieuws begin, moet ik snel het idee hebben dat ik op de goede weg ben, want anders houd ik ermee op.

9. Onverwachte problemen brengen mij snel uit mijn evenwicht.

10. Wanneer ik een fout maak, ga ik juist extra mijn best doen.

11. Ik begin niet aan het leren van nieuwe dingen, wanneer ze mij te moeilijk lijken.

12. Ik twijfel aan mijzelf.

Bijlage 2. Correlatiematrix

Tabel 3. Correlatiematrix (Pearson correlation)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Zelfregie	1.000											
2. Netwerkgrootte (NG)	.215***	1.000										
3. Instrumentele steun	.022	.303***	1.000									
4. Emotionele steun	.112*	.453***	.571***	1.000								
5. Leeftijd	-.233***	-.129*	.110*	-.038	1.000							
6. Sekse	-.067	.189***	.015	.208***	.016	1.000						
7. Woonsituatie	-.121*	-.124*	-.067	-.058	.269***	.042	1.000					
8. Partnerstatus	-.103*	-.178***	.065	.009	.345***	.252***	.175***	1.000				
9. Opl. midden (<i>ref. laag</i>)	.127*	.082	.039	.064	.021	-.046	.007	-.085*	1.000			
10. Opl. hoog (<i>ref. laag</i>)	.125*	.037	.061	.092*	-.114*	-.223***	-.074	-.112*	-.195***	1.000		
11. NG * opl. midden	.168***	.339***	.086*	.141*	-.032	.057	-.035	-.110*	.824***	-.161***	1.000	
12. NG * opl. hoog	.183***	.184***	.098*	.154***	-.117*	-.177***	-.065	-.125*	-.172***	.883***	-.142*	1.000

Noot. * $p < .05$; *** $p < .001$

Bijlage 3. Samenvatting regressieanalyse

Tabel 4. Samenvatting regressieanalyse, inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen

	Model 1			Model 2			Model 3			Model 4		
	B (SF)	[B 95% BI]	β	B (SF)	[B 95% BI]	β	B (SF)	[B 95% BI]	β	B (SF)	[B 95% BI]	β
Netwerkgrootte (NG)	.126*** (.030)	[.068, .185]	.211	.121 *** (.031)	[.061, .181]	.201	.115 *** (.030)	[.056, .175]	.192	.080 * (.036)	[.010, .150]	.133
Ontvangen instrumentele steun	-.066 (.047)	[-.159, .027]	-.076	-.054 (.047)	[-.147, .040]	-.062	-.052 (.047)	[-.144, .041]	-.059	-.050 (.047)	[-.142, .042]	-.057
Ontvangen emotionele steun	.044 (.043)	[-.040, .128]	.060	.052 (.042)	[-.031, .136]	.071	.036 (.042)	[-.047, .119]	.049	.037 (.042)	[-.047, .120]	.050
Leeftijd				-.153 *** (.037)	[-.226, -.080]	-.199	-.152 *** (.037)	[-.224, -.079]	-.197	-.151 *** (.037)	[-.223, -.078]	-.196
Sekse (ref. man)				-1.483 * (.564)	[-2.591, -.376]	-.124	-1.097 (.576)	[-2.229, .034]	-.092	-1.097 (.576)	[-2.229, .034]	-.092
Woonsituatie (ref. zelfstandig)				-1.502 (1.522)	[-4.492, 1.488]	-.045	-1.491 (1.507)	[-4.451, 1.470]	-.045	-1.622 (1.502)	[-4.574, 1.329]	-.049
Partnerstatus (ref. met partner)				.516 (.585)	[-.633, 1.665]	.043	.668 (.581)	[-.473, 1.809]	.056	.662 (.578)	[-.474, 1.799]	.056
Opleiding (ref. laag)												
Midden							2.023 * (.665)	[.717, 3.330]	.135	1.107 (1.252)	[-1.354, 3.567]	.074
Hoog							1.712 * (.757)	[.225, 3.199]	.104	-1.629 (1.594)	[-4.761, 1.504]	-.099
NG* Opl.-midden										.057 (.063)	[-.066, .180]	.081
NG* Opl.-hoog										.204 * (.086)	[.035, .372]	.233
R² (ΔR²)	.050			.105 (.055)			.127 (.022)			.138 (.011)		

Noot. N=484. *p <.05; *** p <.001