

Faculteit der Sociale Wetenschappen

ZORGNETWERK, KWALITEIT VAN ZORG EN KWALITEIT VAN LEVEN

door

Marjolein Broese van Groenou en Femmy Bijnsdorp

LASA-rapportage in opdracht van VWS – 2017

STATUS Definitief
VERSIE 3.0

AUTEUR Broese van Groenou, M.I. & Bijnsdorp F.M.
OPDRACHTGEVER
DATUM 08.11.2017

VERSPREIDING

VERSIE HISTORIE	VERSIENUMMER	DATUM	AUTEUR	OPMERKING

INHOUDSOPGAVE

1. Introductie.....	4
2. Resultaten	6
2.1. Zorgnetwerk en ervaren kwaliteit van de zorg.....	6
2.2. De invloed van zorgkenmerken op kwaliteit van leven.....	8
2.2.1. Depressieve stemming	8
2.2.2. Eenzaamheid.....	10
3. Conclusies:.....	13
Bijlage A – Methode	16
1. Selectie respondenten	16
2. Operationalisatie	16
3. Procedure	18
4. Referenties	19

1. INTRODUCTIE

Naarmate ouderen met gezondheidsproblemen langer thuis blijven wonen, is er meer hulp bij een diversiteit aan taken nodig. Dat brengt met zich mee dat het aantal en de diversiteit van hulpverleners in de thuissituatie kan toenemen (Andersson & Monin, 2017). We spreken dan ook steeds vaker over zorgnetwerken waarin meerdere informele en formele helpers¹ zorg verlenen en dat in bepaalde mate met elkaar afstemmen (Broese van Groenou, Jacobs, Zwart-Olde, & Deeg, 2016). Net als bij sociale netwerken kunnen we bij zorgnetwerken een onderscheid maken naar structurele en functionele kenmerken. Structurele kenmerken geven de grootte en samenstelling van het zorgnetwerk weer, zoals bijvoorbeeld het totale aantal helpers en het aandeel informele helpers in mensen en in uren. Functionele kenmerken van het zorgnetwerk geven aan hoeveel en welke zorg er wordt verleend. Eerder onderzoek binnen de *Longitudinal Aging Study Amsterdam* (LASA) wees uit dat er verschillende typen zorgnetwerken te onderscheiden zijn bij thuiswonende ouderen, namelijk 1) een klein netwerk waarin vooral particulier betaalde hulp verkregen wordt, 2) een klein netwerk waarin vooral de partner hulp biedt, soms aangevuld met hulp van professionals, 3) een groter netwerk waarin vooral kinderen, familieleden en burenhulpers helpen, en 4) een groter netwerk waarin vooral professionele hulpverleners hulp bieden. Het aandeel en de inzet van de informele helpers verschilt dus tussen deze typen zorgnetwerken. Verklaringen daarvoor zijn vooral gelegen in welke hulp nodig is (bepaald door de ernst en aard van de gezondheidsproblemen), de beschikbaarheid van informele zorgers (de partnerstatus, de beschikbare lokale sociale relaties) en de wens van de oudere om een bepaalde mate regie te behouden over de zorg (Jacobs, Broese van Groenou, Aartsen, & Deeg, 2016).

Dit eerdere onderzoek was er vooral op gericht om de *individuele determinanten* van zorgnetwerken te achterhalen. Maar een belangrijke vraag is ook of de zorgnetwerken verschillen naar *uitkomsten*, zoals bijvoorbeeld in de ervaren kwaliteit van zorg en de ervaren kwaliteit van leven. Het rapport van Sant et al. (2015) wees uit dat het krijgen van professionele hulp samenhangt met een lagere mate van welbevinden en hogere mate van eenzaamheid, in vergelijking met het krijgen van geen zorg of alleen informele zorg (zie ook Thomese, Sluik & Huisman, 2015). Dit suggereert dat het krijgen van informele zorg positief zou kunnen uitwerken voor de oudere, in ieder geval voor diens kwaliteit van leven. In een kleinschalig onderzoek naar zorgnetwerken van 75 ouderen blijkt ook dat meer mantelzorg bijdraagt aan een hogere tevredenheid over de zorg (Zwart-Olde, Jacobs, & Broese Van Groenou, 2013). Daarentegen wordt het hebben van een groot zorgnetwerk in verband gebracht met meer depressieve symptomen (Andersson & Monin, 2017). Grotere en divers samengestelde zorgnetwerken dragen mogelijk bij tot een afname van de eigen regie over de zorg. Vooral voor oude en kwetsbare ouderen is de coördinatie van de zorg complexer als er veel verschillende hulpverleners voor diverse taken aan huis komen. Nu het overheidsbeleid meer inzet op een versterking van de eigen regie in de zorg en een grotere inzet van mantelzorg, is het de vraag in hoeverre deze beide aspecten bijdragen aan de ervaren kwaliteit van zorg en de ervaren kwaliteit van leven. Er is nog maar weinig onderzoek

¹ Informele helpers zijn dan helpers afkomstig uit het sociale netwerk, zoals de partner, kinderen, familie, burenhulpers en vrienden. Formele helpers zijn hier professionele betaalde krachten die hulp aan huis bieden, afkomstig van een professionele zorgorganisatie of als zzp-er, meestal is dit geïndiceerde zorg.

verricht naar of en hoe de ervaren kwaliteit van zorg bijdraagt aan de ervaren kwaliteit van leven.

In de LASA 2015-2016 waarneming is meer gedetailleerde informatie verzameld over het gebruik van zorg en de evaluatie van zorg, zodat we meer zicht krijgen op **hoe en waarom zorgnetwerken samenhangen met kwaliteit van leven, en welke rol de ervaren kwaliteit van zorg daarin speelt**. We onderscheiden daarbij;

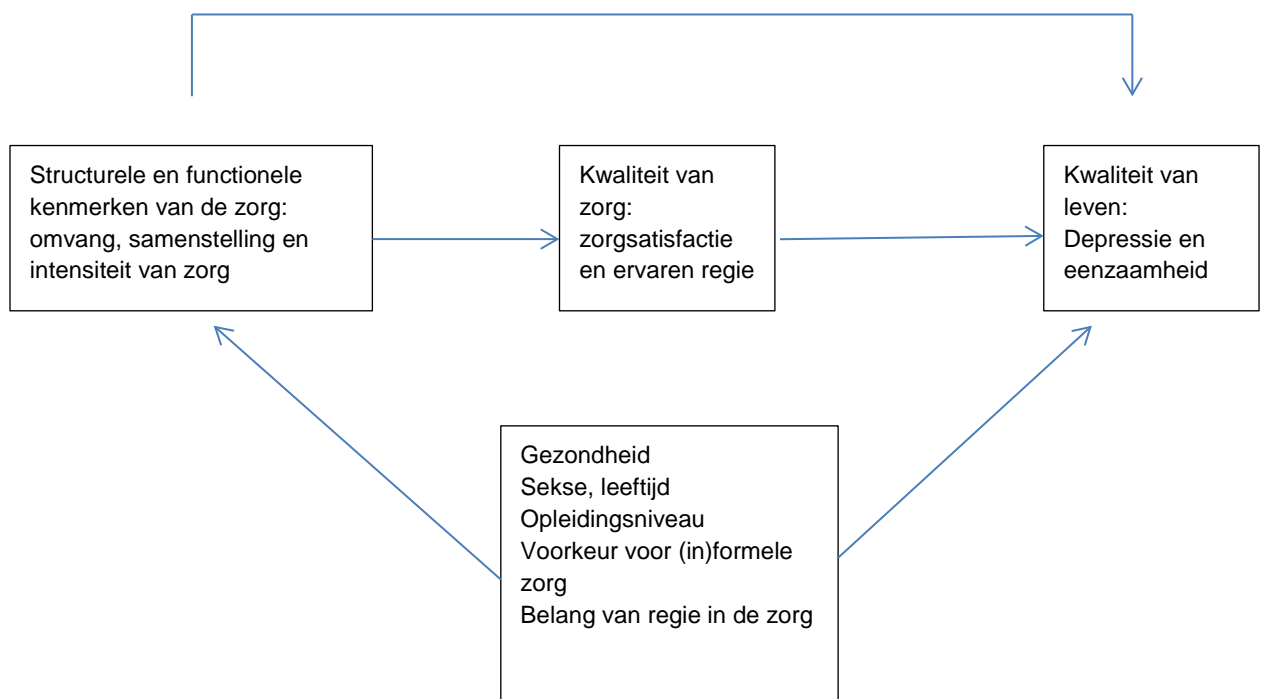
- Structurele kenmerken van het zorgnetwerk: omvang, samenstelling, hulp van bepaalde typen informele zorgverleners (bijv. partner, kind, buur)
- Functionele kenmerken van het zorgnetwerk: uren geleverde formele en informele zorg
- Kwaliteit van zorg: satisfactie met de zorg, ervaren regie over de zorg,
- Kwaliteit van leven: depressieve stemming en eenzaamheid.

Als indicator voor kwaliteit van zorg gebruiken we de mate van tevredenheid met de zorg (zo nee, waarom niet), en als indicator van kwaliteit van leven gebruiken we de maten voor depressieve stemming en eenzaamheid. Met behulp van deze gegevens kunnen we twee vragen beantwoorden (zie ook figuur 1):

- 1) In hoeverre bestaat er een samenhang tussen structurele en functionele kenmerken van het zorgnetwerk en de ervaren kwaliteit van zorg?
- 2) Wat is het effect van objectieve kenmerken en de evaluatie van zorg op de mate van depressieve stemming en eenzaamheid, als ook rekening wordt gehouden met persoonskenmerken, opvattingen over zorg, en ernst en aard van gezondheidsproblemen?

De methode en operationalisatie is opgenomen in bijlage 2. Hieronder staat het conceptueel model dat onderzocht is in de analyses.

Figuur 1. Conceptueel model



2. RESULTATEN

2.1. ZORGNETWERK EN ERVAREN KWALITEIT VAN DE ZORG

Om de eerste vraag “in hoeverre bestaat er samenhang tussen structurele en functionele kenmerken van het zorgnetwerk en de ervaren kwaliteit van zorg?” te beantwoorden zijn bivariate analyses uitgevoerd met uitkomsten ‘ervaren regie in de zorg’ en ‘satisfactie met de zorg’ (zie tabel 1 en tabel 2).

Tabel 1. Bivariate samenhang structurele en functionele kenmerken en **ervaren regie over de zorg** (N=607): bivariate logistische regressieanalyses

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i>
Structurele kenmerken				
Omvang (totaal aantal hulpverleners) (1-23)	-0,22	0,02	-0,35	**
Samenstelling (Aandeel informele hulpverleners) (0-1)	-0,33	0,16	-0,08	*
Hulp van partner (0-1)	-0,31	0,21	-0,06	
Hulp van kind (0-1)	-1,10	0,17	-0,26	**
Hulp van ander familielid (0-1)	-0,50	0,24	-0,09	*
Hulp van niet-familielid (0-1)	-0,61	0,28	-0,09	*
Particulier betaalde hulp (0-1)	1,30	0,14	0,36	**
Formele hulp (0-1)	-1,85	0,15	-0,44	**
Functionele kenmerken				
Uren informele zorg (0-112)	-0,02	0,01	-0,09	*
Uren formele zorg (0-112)	-0,03	0,01	-0,11	**
Tevreden met de zorg (0,1)	0,66	0,21	0,12	**

Note: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Ervaren regie in de zorg geeft aan in hoeverre men kan bepalen wie, welke zorg, op welk moment van de dag geeft, uitgedrukt in een score van 3 tot 9, waarbij 9 volledige eigen regie weergeeft (zie de uitleg van de meetinstrumenten in bijlage 2). Uit de bivariate analyses blijkt dat er een aantal kenmerken van het zorgnetwerk zijn die samenhangen met een afname van de ervaren regie over de zorg:

- De **omvang** van het zorgnetwerk. Hoe meer verschillende zorgverleners er betrokken zijn bij de zorg, hoe minder regie iemand ervaart over de zorg.
- De **samenstelling** van het zorgnetwerk. Bij een groter aandeel informele zorgverleners ervaart men minder regie over de zorg.
- Het krijgen van hulp van een **kind**, van een **ander familielid**, van een **kennis** of **buur** en van **formele zorgverleners**. Ouderen die zorg ontvangen van deze zorgverleners ervaren minder regie over de zorg.
- Het **aantal uren** ontvangen zorg. Meer uren zorg per week leidt tot minder ervaren regie over de zorg. Dit geldt zowel voor informele als formele zorg.

Daarentegen is er één kenmerk van het zorgnetwerk dat bijdraagt aan de mate van ervaren regie over de zorg, namelijk:

- Het krijgen van **particulier betaalde hulp**. Ouderen die particulier betaalde hulp ontvangen ervaren meer regie over de zorg.

Tevens zien we een positieve samenhang tussen de beide indicatoren van kwaliteit van zorg: degenen die **tevreden zijn met de zorg** in het algemeen, **ervaren meer regie** over de zorg dan degenen die ontevreden zijn (zie ook tabel 2, laatste rij).

Tabel 2. Bivariate analyses structurele en functionele kenmerken van het zorgnetwerk en **tevredenheid met de zorg in het algemeen**

	Wel tevreden (n=523)	Niet tevreden (n=84)	(χ^2/t)	p
Structurele kenmerken	<i>M (SD)</i>			
Omvang (totaal aantal hulpverleners) (1-23)	2,13 (2,71)	3.10 (3.51)	8,31	**
Samenstelling (Aandeel informele hulpverleners) (0-1)	0,41 (0,46)	0.41 (0.44)	0	
Hulp van partner (0-1)	14,5%	15.5%	0,05	
Hulp van kind (0-1)	22,8%	33.3%	4,41	*
Hulp van ander familielid (0-1)	9,9%	14.3%	1,46	
Hulp van niet-familielid (0-1)	7,3%	11.9%	2,14	
Particulier betaalde hulp (0-1)	53,2%	27.4%	19,23	**
Formele hulp (0-1)	22,2%	50%	29,10	**
Functionele kenmerken				
Uren informele zorg (0-112)	1,94 (8,03)	1.5 (3.28)	0,25	
Uren formele zorg (0-112)	2,54 (7,2)	2.31 (2.44)	0,08	
Ervaren regie over de zorg (1-9)	7,5 (1,8)	6,9 (1,8)	9,49	**

Note: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Tevens is gevraagd of de zorg die men in het geheel krijgt voldoende is. We onderscheiden hierbij dat men tevreden is (voldoende zorg) dan wel ontevreden is (gaat wel of onvoldoende zorg). Slechts 14% (N = 84) is niet tevreden over de zorg die men krijgt. Met betrekking tot de tevredenheid over de zorg valt op dat ouderen die wel tevreden zijn over de zorg vaker **particulier betaalde hulp** ontvangen. Ouderen die niet tevreden zijn over de zorg:

- Hebben vaker een **grotere omvang** van het zorgnetwerk
- Ontvangen vaker hulp van een **kind**
- Ontvangen vaker **formele** hulp

Ouderen die niet tevreden zijn over de zorg noemen dat zij meer uren hulp willen bij:

- Huishoudelijke taken (58.3%)
- Klachten met betrekking tot fysieke gezondheid (19%)
- Klachten met betrekking tot mentale gezondheid (8.3%)
- Meer begeleiding (7.1%)
- Persoonlijke verzorging (4.8%)
- Verpleging (1.2%)

Geconcludeerd kan worden dat er samenhang bestaat tussen structurele en functionele kenmerken van het zorgnetwerk en de ervaren kwaliteit van zorg. De resultaten suggereren dat het krijgen van formele en informele zorg bijdraagt aan een afname van de ervaren regie in de zorg. Als men particulier betaalde hulp

krijgt, behoudt men meer de eigen regie en is men vaker tevreden met de hulp. Mogelijk zit hierachter dat de gebruikers van particulier betaalde hulp ook degenen zijn met minder gezondheidsproblemen, en daarom minder formele en informele hulp gebruiken. Daarnaast draagt het krijgen van formele hulp en hulp van een kind bij tot minder tevredenheid. De wens om meer huishoudelijke hulp suggereert dat sommigen huishoudelijke hulp van een kind krijgen, maar dat liever van de thuiszorg zouden ontvangen.

2.2. DE INVLOED VAN ZORGKENMERKEN OP KWALITEIT VAN LEVEN

Om de tweede vraag “Wat is het effect van objectieve kenmerken en de evaluatie van zorg op de mate van depressieve stemming en eenzaamheid, als ook rekening gehouden wordt met achtergrond kenmerken, zorgopvattingen en ernst en aard van gezondheidsproblemen?” te beantwoorden zijn multivariate analyses uitgevoerd (zie tabel 3 en tabel 4). Voor beide uitkomsten (depressieve stemming en eenzaamheid) zijn drie modellen onderzocht. Een eerste model met alleen persoonskenmerken, gezondheidsindicatoren en algemene opvattingen over zorg. In het tweede model zijn dan de structurele en functionele kenmerken toegevoegd alsmede de ervaren kwaliteit van zorg (eigen regie en satisfactie). In het derde model zijn interactie-effecten onderzocht om na te gaan of zorgopvattingen (voorkeur voor (in)formele zorg, belang van ervaren regie) en zorgkenmerken in wisselwerking met elkaar van invloed zijn op depressie cq eenzaamheid. Zo is bijvoorbeeld nagegaan of het krijgen van formele zorg depressieve stemming vooral bevordert voor degenen die het behoud van eigen regie belangrijk vinden.

2.2.1. DEPRESSIEVE STEMMING

Uit het eerste model van de multivariate analyse blijkt dat er een aantal persoonskenmerken geassocieerd worden met het ervaren van meer depressieve symptomen, namelijk:

- **Vrouw** zijn. Vrouwen ervaren meer depressieve symptomen ten opzichte van mannen.
- De aanwezigheid van **chronische ziekten**. Hoe meer chronische ziekten men heeft, hoe meer depressieve symptomen men ervaart.

Ook zijn er persoonskenmerken die worden gerelateerd aan minder depressieve symptomen, namelijk:

- Het **lichamelijk functioneren**. Bij een betere functionele capaciteit ervaart men minder depressieve symptomen.
- Het **cognitief functioneren**. Een goede cognitieve capaciteit vermindert de aanwezigheid van een depressieve stemming.
- De **voorkeur voor formele zorg**. Ouderen die het vervelend vinden om afhankelijk te zijn van professionele instanties en/of vinden dat hulp van formele instanties ten koste gaat van de afhankelijkheid, rapporteren meer depressieve symptomen dan de ouderen die dit wel vervelend vinden.

Wanneer in het tweede model de structurele en functionele kenmerken van het zorgnetwerk en de ervaren kwaliteit van de zorg worden toegevoegd, verdwijnt het effect van cognitief functioneren op depressieve symptomen. De overige invloed van persoonskenmerken blijft ongewijzigd.

De volgende kenmerken van het zorgnetwerk zijn geassocieerd met meer depressieve symptomen:

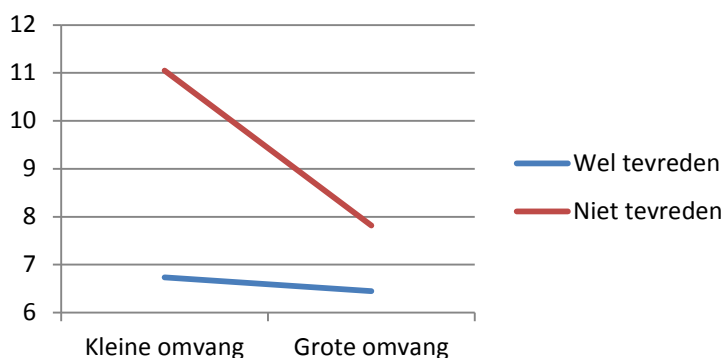
- Het krijgen van **hulp van burens/vrienden**. Ouderen die hulp krijgen van een buur of vriend hebben meer depressieve symptomen.
- Het krijgen van **formele hulp**. Ouderen die formele hulp krijgen hebben meer depressieve symptomen.
- Een **hoger aantal uren informele zorg**. Een hoger aantal uren informele zorg hangt samen met meer depressieve symptomen.

Met betrekking tot de kwaliteit van de zorg wordt **tevredenheid met de zorg** gerelateerd aan minder depressieve stemming dan ouderen die niet tevreden zijn. Bivariaat is er ook een significante negatieve samenhang tussen ervaren regie en depressieve stemming (Beta = -0,17, $p < 0,01$), maar in de multivariate regressieanalyse wordt deze samenhang zwakker en verliest significantie.

Naast de genoemde hoofdeffecten zijn er ook enkele kenmerken die een wisselwerking hebben op depressieve stemming (zie model 3 in tabel 3 in bijlage 1). Dit geldt voor:

- **De tevredenheid met de zorg en de omvang van het zorgnetwerk:**
Voor ouderen die tevreden zijn over de zorg, maakt de omvang van het zorgnetwerk niet uit voor de mate van depressieve symptomen (blauwe lijn in figuur 2). Maar voor ouderen die niet tevreden zijn met de zorg is de omvang van het zorgnetwerk wel van belang. Als ontevredenheid samengaat met een klein zorgnetwerk is men gemiddeld veel depressiever dan wanneer ontevredenheid samengaat met een groot zorgnetwerk (rode lijn in figuur 2). Dit suggereert dat men in een groot zorgnetwerk mogelijk ontevreden is over de zorg van sommige hulpverleners, maar dat de aanwezigheid van andere helpers dit compenseert. Het is voorstelbaar dat ontevredenheid met formele zorgverleners gecompenseerd wordt door de aanwezigheid van vele informele zorgverleners.

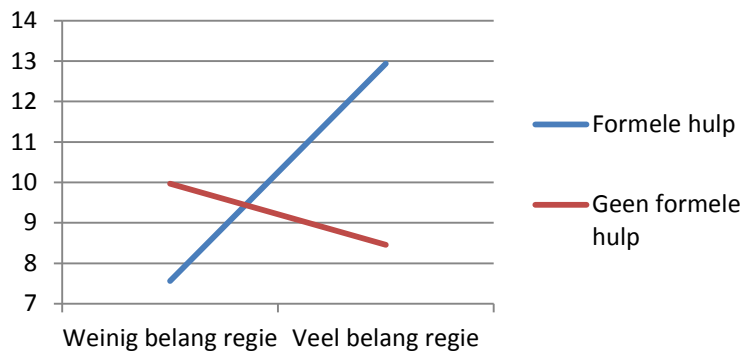
Figuur 2. Interactie-effect tevredenheid met zorg x omvang zorgnetwerk op depressieve stemming



- **Het belang van ervaren regie over de zorg en het ontvangen van formele hulp:**
Het krijgen van formele hulp draagt bij tot meer depressieve symptomen, zagen we hiervoor al. Nu blijkt dat dit vooral zo is voor ouderen die het belangrijk vinden om zelf de regie over de zorg te behouden (blauwe lijn in figuur 3). Ouderen die het minder belangrijk vinden om regie over de zorg te

hebben én die formele hulp ontvangen ervaren relatief weinig depressieve symptomen. Bij de ouderen die geen formele hulp ontvangen (rode lijn in figuur 3) geldt dat het belang hechten aan regie over de zorg juist bijdraagt tot minder depressieve symptomen. Kortom, gebruik van formele zorg gaat samen met depressieve symptomen, in het bijzonder voor degenen die veel belang hechten aan eigen regie.

Figuur 3. Interactie-effect belang ervaren regie over zorg x formele hulp op depressieve stemming



2.2.2. EENZAAMHEID

Uit het eerste model (tabel 4, model 1) blijkt dat er twee persoonskenmerken zijn die beschermen tegen gevoelens van eenzaamheid:

- Het **lichamelijk functioneren**. Ouderen met een goede functionele capaciteit ervaren minder eenzaamheid.
- Een **voorkeur voor informele zorg**. Ouderen die vinden dat men een beroep moet kunnen doen op kinderen, familie of buren wanneer zij hulp en/of persoonlijke verzorging nodig hebben, ervaren minder eenzaamheid dan ouderen die dit niet vinden.

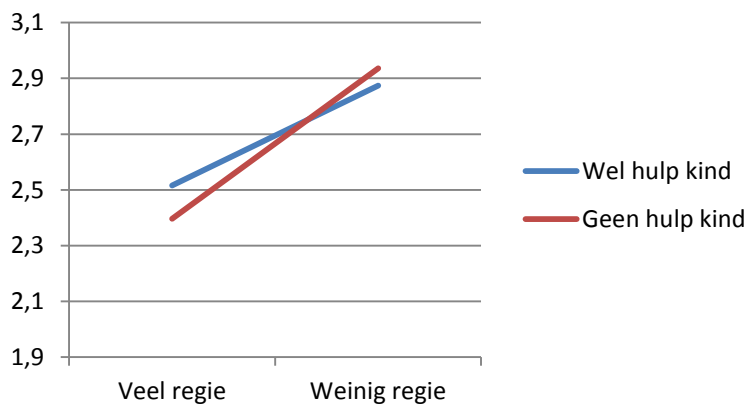
Wanneer de structurele en functionele kenmerken en de ervaren kwaliteit van de zorg worden toegevoegd in het tweede model verdwijnt het belang van voorkeur voor informele zorg. Het effect van het lichamelijke functioneren blijft bestaan. Als kenmerk van het zorgnetwerk wordt het krijgen van **hulp van een partner** geassocieerd met minder eenzaamheid, terwijl ouderen die **formele hulp ontvangen** meer eenzaamheid ervaren. Met betrekking tot de kwaliteit van de zorg is **tevredenheid met de zorg** van belang. Ouderen die tevreden zijn met de zorg, ervaren minder eenzaamheid dan ouderen die hier ontevreden mee zijn. Ook hier dient vermeld te worden dat bivariaat gezien er een significante negatieve samenhang bestaat tussen ervaren regie over de zorg en de mate van eenzaamheid ($\beta = -0,12$, $p < 0,01$). In de multivariate regressieanalyse wordt dit effect zwakker en wordt het statistisch niet meer significant.

Naast de genoemde hoofdeffecten zijn er ook kenmerken die een wisselwerking met elkaar hebben op eenzaamheid (model 3 in tabel 4). Dit geldt voor:

- De **mate van ervaren regie over de zorg en hulp van een kind**

Ouderen die weinig regie ervaren over de zorg hebben meer last van eenzaamheid dan ouderen die veel regie ervaren. Echter, ouderen die hulp krijgen van een kind én weinig regie ervaren, zijn minder eenzaam, dan degenen die geen hulp krijgen van een kind en weinig regie ervaren (zie figuur 4). Voor degenen die geen hulp van een kind krijgen, draagt het ervaren van weinig regie dus extra bij aan de mate van eenzaamheid.

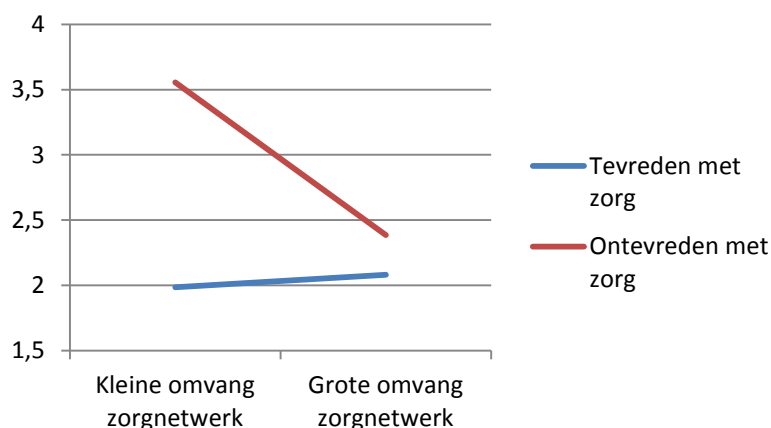
Figuur 4. Interactie-effect ervaren regie over de zorg x hulp van een kind op eenzaamheid



- De **tevredenheid met zorg en de omvang van het zorgnetwerk:**

Ouderen die ontevreden zijn over de zorg ervaren relatief veel eenzaamheid wanneer zij een klein zorgnetwerk hebben, terwijl zij relatief weinig eenzaamheid ervaren bij een groot zorgnetwerk. Ouderen die wel tevreden zijn ervaren weinig eenzaamheid, ongeacht de omvang van het zorgnetwerk (zie figuur 5). Als men ontevreden is met de zorg, kan een groot zorgnetwerk het negatief effect op eenzaamheid verkleinen.

Figuur 5. Interactie-effect tevredenheid met zorg x omvang zorgnetwerk op eenzaamheid

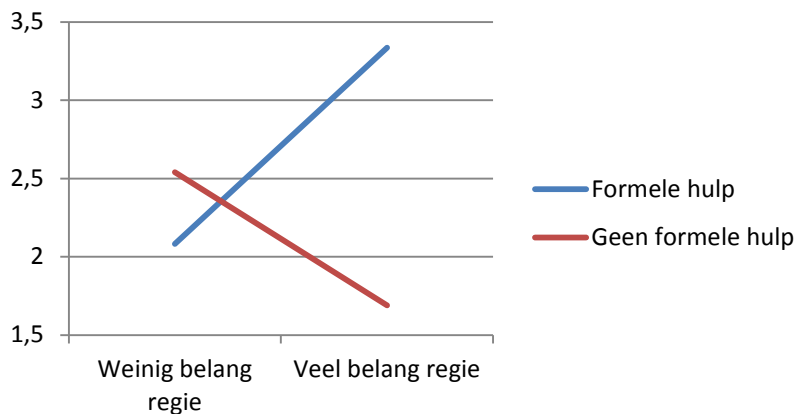


- Het **belang van ervaren regie en formele hulp:**

Ouderen die formele hulp krijgen zijn eenzamer (dan zij die geen hulp krijgen) als ze veel belang

hechten aan behoud van eigen regie. Degenen die geen formele hulp krijgen ervaren juist minder eenzaamheid als ze veel belang hechten aan eigen regie (zie figuur 6). Net als bij de mate van depressieve stemming gaan het krijgen van formele hulp en het hechten van veel belang aan eigen regie niet goed samen.

Figuur 6. Interactie-effect belang ervaren regie over zorg x formele hulp op eenzaamheid



Inzake onderzoeksvraag 2 (wat is het effect van zorgkenmerken en kwaliteit van zorg op kwaliteit van leven) kunnen we concluderen dat kenmerken van het zorgnetwerk van belang zijn voor kwaliteit van leven, naast het belang van gezondheid en persoonskenmerken. Het gaat hierbij dan zowel om structurele kenmerken (het krijgen van formele hulp of het ontberen van informele hulp), functionele kenmerken (het krijgen van veel uren zorg) en de ervaren kwaliteit van zorg (tevredenheid en behoud en belang van eigen regie). Mensen die minder tevreden zijn over de zorg rapporteren meer depressieve symptomen en ervaren meer eenzaamheid, in aanvulling op het belang van gezondheid en persoonskenmerken voor deze uitkomsten. Ontevredenheid over de zorg draagt bij tot depressieve stemming en eenzaamheid, maar dat is minder het geval voor ouderen met een groot zorgnetwerk. Ouderen die formele zorg gebruiken rapporteren met name veel depressieve symptomen en eenzaamheid wanneer zij graag zelf de regie over de zorg willen voeren.

3. CONCLUSIES:

- Het hebben van een groot en divers zorgnetwerk vermindert de mate van ervaren regie in de zorg, en draagt ook bij tot minder kwaliteit van leven
- De inzet van informele zorg heeft soms een positieve betekenis, namelijk als het gaat om het krijgen van zorg door de partner. Het krijgen van zorg van een partner draagt bij tot minder eenzaamheid. Het ontbreken van hulp van een partner draagt dus bij tot meer eenzaamheid; dit kan gelegen zijn aan het feit dat men geen partner heeft óf dat de partner zelf niet in staat is om zorg te verlenen (en zelf ziek is) zoals bij oude partners het geval kan zijn.
- Daarnaast heeft de inzet van informele zorg soms een negatieve betekenis: Hulp van een kind en/of buur/vriend draagt bij tot minder tevredenheid met de zorg. Ook hangt het krijgen van hulp van niet-familieleden en het krijgen van meer uren informele hulp samen met meer depressieve stemming. Dit suggereert dat sommigen informele hulp van kind of niet-verwanten liever niet krijgen of er moeite mee hebben om hier afhankelijk van te zijn.
- Het krijgen van formele zorg is duidelijk verbonden aan het hebben van een groter en meer divers zorgnetwerk, het hebben van minder regie over de zorg, meer ontevredenheid met de verkregen zorg, en met meer depressieve stemming en mate van eenzaamheid. Dit blijft van belang ook als men rekening houdt met de invloed van gezondheidsproblemen op depressie en eenzaamheid. Vooral mensen die liever niet afhankelijk zijn van professionele zorg, ervaren meer depressieve gevoelens (tabel 3). Dit vraagt om meer inzicht in de kwaliteit van de geleverde formele zorg, en verwachtingen van ouderen jegens professionele zorg aan huis.
- Het belang van ervaren regie wanneer iemand formele hulp krijgt, is verbonden aan meer depressieve gevoelens en eenzaamheid. Het krijgen van formele hulp wanneer men eigen regie heel belangrijk vindt, werkt negatief uit op de ervaren kwaliteit van leven. Dit suggereert dat men moeite heeft om het gevoel van regie te behouden wanneer formele zorgverleners betrokken zijn bij de zorg. Meer inzicht in hoe formele zorg kan bijdragen tot een behoud van gevoel van regie is nodig om te voorkomen dat men dit gevoel kwijtraakt.
- Een groot zorgnetwerk lijkt het effect van ontevredenheid met de zorg op eenzaamheid en depressie te verzachten. Dit suggereert dat men zich minder eenzaam of somber voelt wanneer er veel personen aanwezig zijn zoals in een groot zorgnetwerk. Dit kan ook gelegen zijn aan het feit dat een groot zorgnetwerk ook meer informele zorgverleners omvat en dat men zich daarom minder depressief en eenzaam voelt.
- Mensen met weinig regie over de zorg, maar die wel hulp ontvangen van kind(eren) ervaren minder eenzaamheid dan mensen die geen hulp van hun kind(eren) krijgen. Van wie men zorgt krijgt lijkt dus bepalend voor de mate van eenzaamheid, met name wanneer men ook nog weinig regie over de zorg ervaart.

Tabel 3. OLS regressie objectieve kenmerken en evaluatie zorg op depressieve stemming (N=607)

	Model 1			Model 2			Model 3		
	B	SE	β	B	SE	β	B	SE	β
Achtergrondkenmerken									
Vrouw (0-1)	2.12	0.57	0,14**	2.46	0.58	0,16**	2.33	0.57	0,15**
Leeftijd (58-98)	-0.02	0.03	-0.03	-0.06	0.03	-0.08	-0.06	0.03	-0.08
Laagopgeleid (0-1)	Ref.								
Midden opgeleid (0-1)	0.19	0.65	0.01	0.25	0.65	0.02	0.40	0.64	0.03
Hoogopgeleid (0-1)	-1.16	0.77	-0.07	-1.10	0.80	-0.06	-0.70	0.79	-0.04
Lichamelijk functioneren (6-30)	-0.40	0.06	-0,27**	-0.34	0.07	-0,23**	-0.32	0.07	-0,22**
Cognitief functioneren (9-30)	-0.30	0.13	-0,09*	-0.24	0.13	-0.08	-0.28	0.13	-0,09*
Chronische ziekten	0.79	0.25	0,12**	0.63	0.25	0,10*	0.66	0.25	0,10*
Ervaren belang van regie (1-5)	0.07	0.33	0.01	0.22	0.36	0.03	-0.38	0.43	-0.04
Voorkeur informele zorg (0-1)	-0.84	0.55	-0.06	-0.48	0.55	-0.03	-0.68	0.54	-0.05
Voorkeur formele zorg (0-1)	-1.54	0.56	-0,10**	-1.70	0.56	-0,11**	-1.83	0.55	-0,12**
Structurele kenmerken									
Omvang (totaal aantal hulpverleners) (1-23)				-0.22	0.11	-0.08	-0.57	0.22	-0,22**
Samenstelling (Aandeel informele hulpverleners) (0-1)				-0.27	0.70	-0.02	-0.51	0.70	-0.03
Hulp van partner (0-1)				-1.32	0.97	-0.06	-1.16	0.97	-0.06
Hulp van kind (0-1)				-0.28	0.76	-0.02	0.11	0.77	0.01
Hulp van ander familielid (0-1)				1.34	0.92	0.06	1.39	0.91	0.06
Hulp van niet-familielid (0-1)				2.16	1.04	0,08*	2.39	1.02	0,09*
Particulier betaalde hulp (0-1)				0.38	0.70	0.03	0.60	0.70	0.04
Formele hulp (0-1)				2.62	0.90	0,16**	3.11	0.90	0,18**
Functionele kenmerken									
Uren informele zorg (0-112)				0.08	0.04	0,09*	0.08	0.04	0,08*
Uren formele zorg (0-112)				-0.04	0.04	-0.03	-0.02	0.04	-0.02
Evaluatie van zorg									
Tevredenheid met zorg (0-1)				-2.63	0.80	-0,12**	-2.84	0.82	-0,13**
Ervaren regie over de zorg (3-9)				-0.14	0.19	-0.03	-0.53	0.24	-0,13*
Interactie									
Tevredenheid met zorg x Omvang							0.52	0.23	0,18*
Ervaren regie over de zorg x Hulp van kind							0.48	0.33	0.07
Ervaren regie over de zorg x Formele hulp							0.60	0.40	0.09
Belang van ervaren regie x Formele hulp							1.72	0.76	0,12*
Intercept	9.73	0.76		10.76	1.16		11.17	1.17	
Adjusted R-square	0.2			0.23			0.26		
F-Change	16.1**			3.2**			5.8**		

Note: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Tabel 4. OLS regressie objectieve kenmerken en evaluatie zorg op eenzaamheid (N=607)

	Model 1			Model 2			Model 3		
	B	SE	β	B	SE	β	B	SE	β
Achtergrondkenmerken									
Vrouw (0-1)	-0.03	0.22	-0.01	0.14	0.22	0.03	0.11	0.22	0.02
Leeftijd (58-98)	0.02	0.01	0.08	0.00	0.01	0.01	0.01	0.01	0.02
Laagopgeleid (0-1)	Ref.			Ref.			Ref.		
Midden opgeleid (0-1)	0.18	0.25	0.03	0.26	0.25	0.05	0.30	0.25	0.05
Hoogopgeleid (0-1)	-0.21	0.30	-0.03	-0.20	0.31	-0.03	-0.08	0.31	-0.01
Lichamelijk functioneren (6-30)	-0.06	0.02	-0,12**	-0.05	0.03	-0,10*	-0.04	0.03	-0.08
Cognitief functioneren (9-30)	-0.03	0.05	-0.03	0.00	0.05	0.00	-0.02	0.05	-0.02
Chronische ziekten	0.18	0.10	0.08	0.11	0.10	0.05	0.12	0.10	0.05
Ervaren belang van regie (1-5)	-0.01	0.13	0.00	-0.04	0.14	-0.01	-0.21	0.16	-0.07
Voorkeur informele zorg (0-1)	-0.53	0.21	-0,10*	-0.36	0.21	-0.07	-0.44	0.21	-0,08*
Voorkeur formele zorg (0-1)	-0.08	0.22	-0.02	-0.18	0.22	-0.03	-0.23	0.21	-0.04
Structurele kenmerken									
Omvang (totaal aantal hulpverleners) (1-23)				-0.05	0.04	-0.05	-0.20	0.08	-0,22*
Samenstelling (Aandeel informele hulpverleners) (0-1)				0.07	0.27	0.01	0.05	0.27	0.01
Hulp van partner (0-1)				-1.14	0.38	-0,15**	-1.04	0.37	-0,14*
Hulp van kind (0-1)				-0.27	0.29	-0.04	-0.06	0.30	-0.01
Hulp van ander familielid (0-1)				0.23	0.35	0.03	0.26	0.35	0.03
Hulp van niet-familielid (0-1)				0.47	0.40	0.05	0.50	0.40	0.05
Particulier betaalde hulp (0-1)				-0.05	0.27	-0.01	0.05	0.27	0.01
Formele hulp (0-1)				1.19	0.35	0,20**	1.22	0.35	0,20**
Functionele kenmerken									
Uren informele zorg (0-112)				0.01	0.01	0.03	0.01	0.01	0.02
Uren formele zorg (0-112)				-0.01	0.02	-0.02	0.00	0.02	-0.01
Evaluatie van zorg									
Tevredenheid met zorg (0-1)				-0.75	0.31	-0,10*	-0.94	0.31	-0,12**
Ervaren regie over de zorg (3-9)				0.02	0.07	0.01	-0.09	0.08	-0.06
Interactie									
Ervaren regie over de zorg x Kind							0.32	0.13	0,13*
Tevredenheid met zorg x Omvang							0.22	0.09	0,21*
Ervaren belang van regie x Formeel							0.53	0.26	0,10*
Intercept	2.45	0.29		2.83	0.45		3.03	0.45	
Adjusted R-square	0.05			0.1			0.12		
F-Change	4.31**			3.62**			6.16**		

Note: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

BIJLAGE A – METHODE

1. SELECTIE RESPONDENTEN

Data zijn afkomstig uit de 2015-2016 waarneming van de *Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)*, een doorlopende cohort studie zich richt op het fysieke, cognitieve, emotionele en sociaal functioneren van Nederlandse ouderen (Huisman et al., 2011). De data zijn gebaseerd op een representatieve steekproef van ouderen tussen de 55 en 85 jaar, afkomstig uit gemeenten die variëren naar stedelijkheid en religieus klimaat. Ook is er onderscheid gemaakt tussen geurbaniseerde- en landelijke gebieden binnen deze regio's om de steekproef optimaal representatief te maken. De waarnemingen uit 2015-2016 bevatten vragen met betrekking tot het zorgnetwerk van de respondent. Er is een selectie gemaakt op thuiswonende ouderen die minstens één van de vijf soorten zorg gebruiken (huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, verpleging, transport en organisatie van zorg). Dit zijn iets meer dan 600 respondenten (N = 607).

2. OPERATIONALISATIE

Kwaliteit van de zorg

De ervaren *tevredenheid met de zorg* is gebaseerd op de vraag *'Is de hulp die u alles bij elkaar krijgt onvoldoende, gaat wel of voldoende?'* (1 = nee, 2 = gaat wel, 3 = ja). De antwoord categorieën nee en gaat wel zijn samengevoegd waardoor de variabele gedichotomiseerd is (0 = nee, 1 = ja). Vervolgens werd de respondent gevraagd waarom zij niet tevreden zijn met de zorg. Hierbij konden zij aangeven of zij genoeg uren hulp ontvangen bij huishoudelijke taken, persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, klachten bij mentale gezondheid en klachten bij fysieke gezondheid (1 = nee, ik heb hier geen hulp bij nodig, 2 = nee, ik krijg hier genoeg uren hulp bij, 3 = ja, ik zou graag meer uren hulp ontvangen).

De ervaren *regie in de zorg* is gemeten op basis van drie stellingen, namelijk *'In hoeverre kunt u zelf bepalen wie de hulp (in het huishouden, persoonlijke verzorging, verpleegkundige handelingen, begeleiding) verleent?'*, *'In hoeverre kunt u zelf bepalen welke hulp word verleend (bij het huishouden, persoonlijke verzorging, verpleegkundige handelingen, begeleiding)?'* en *'In hoeverre kunt u zelf bepalen op welk moment (van de dag of week) hulp wordt verleend?'*. De respondenten konden de vraag beantwoorden met 1 = laat ik helemaal aan anderen over, 2 = bepaal ik enigszins zelf en 3 = bepaal ik helemaal zelf. Er konden minimaal 3 en maximaal 9 punten behaald worden, waarbij een hogere score staat voor meer ervaren regie in de zorg.

Kwaliteit van leven

De aanwezigheid van *depressiesymptomen* zijn gemeten met de *Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale (CES-D)* (Radloff & Teri, 1986). Deze schaal bestaat uit 20 items die achterhalen van welke specifieke

symptomen de respondent in de voorafgaande week last heeft gehad, zoals bijvoorbeeld *'De afgelopen week maakte ik mij zorgen om dingen waar ik me anders geen zorgen over maak'*, *'De afgelopen week voelde ik mij depressief'*, *'De afgelopen week voelde ik me bedroefd'* en *'De afgelopen week had ik het gevoel dat alles wat ik deed me moeite kostte'*. Een aantal stellingen moesten worden omgepoold omdat zij een positieve richting hebben, zoals *'De afgelopen week had ik plezier in het leven'*, *'De afgelopen week was ik gelukkig'*, *'De afgelopen week had ik plezier in het leven'* en *'De afgelopen week was ik hoopvol gestemd over de toekomst'*. Respondenten konden op een 4-puntschaal (1 = zelden tot nooit tot en met 4 = vaak of altijd) aangeven hoe vaak zij de symptomen ervaren. Er kon een score van minimaal 0 en maximaal 60 behaald worden, waarbij een hogere score staat voor een hogere mate van depressie.

Ervaren eenzaamheid is gemeten met de Eenzaamheid schaal van De Jong Gierveld (1985). De schaal bestaat uit 11 items, zoals *'Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan'*, *'Ik mis een echt goede vriend of vriendin'*, *'Ik ervaar leegte om mij heen'* en *'Vaak voel ik mij in de steek gelaten'*. Een aantal stellingen moesten worden omgepoold omdat zij in een positieve richting gesteld werden, zoals *'Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen'*, *'Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen'*, *'Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel'* en *'Wanneer ik daar behoefte aan heb kan ik altijd bij mijn vrienden terecht'*. Respondenten konden de vragen beantwoorden met 'ja', 'min of meer' of 'nee'. Op basis van het aantal vragen dat met 'ja' beantwoord werd, kon een score berekend worden van minimaal 0 en maximaal 11, waarbij een hogere score staat voor meer ervaren eenzaamheid.

Aard van de gezondheidsproblemen

Informatie over *chronische aandoeningen* werd verkregen op basis van zelfrapportage. Respondenten gaven aan of zij lijden aan artritis, kanker, een hartziekte, een chronische aspecifieke longziekte, diabetes, een slagaderziekte of een beroerte hebben gehad. Het aantal aandoeningen werd daarna opgeteld tot een som score.

Het *cognitief functioneren* is gemeten met de *Mini Mental State Examination scale* (MMSE) (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). De schaal bestaat uit 20 items die ingedeeld zijn in zeven categorieën die elk een cognitief domein omvatten; oriëntatietijd (5 vragen, 5 punten), oriëntatieplaats (5 vragen, 5 punten), registratie van drie woorden (3 punten), aandacht en rekenen (5 punten), herinneren van drie woorden (3 punten), taal (8 punten) en visuele constructie (1 punt). Respondenten konden minimaal een score van 0 en maximaal 30 punten behalen, waarbij een hogere score staat voor een beter cognitief functioneren.

Functionele capaciteit bestaat uit de capaciteit om dagelijkse activiteiten uit te voeren, gebaseerd op (Van Sonsbeek, 1988). De schaal bestaat uit zes items, zoals *'Bent u in staat om de trap op en af te lopen?'*. De vragen konden beantwoord worden op een 5-puntschaal (1 = helemaal niet, 2 = alleen met hulp, 3 = met grote moeite, 4 = met enige moeite en 5 = zonder moeite). Er kon een score behaald worden van minimaal 6 (slecht) tot maximaal 30 (goed) punten, waarbij een hogere score staat voor een hogere functionele capaciteit.

Structurele kenmerken van de zorg

Het *aandeel informele zorg* is berekend door het aantal uren informele zorg te delen door het totaal aantal uren verkregen zorg. Er kon een score behaald worden tussen de 0 en 1, waarbij een hogere score staat voor een groter aandeel informele zorg. Om de *omvang* van het zorgnetwerk vast te stellen, zijn het totaal aantal verschillende personen die thuis zorg geven bij elkaar opgeteld. Verder wordt er onderscheid gemaakt tussen de volgende *typen hulpverleners*; een partner, kind, ander familielid, vriend/buur, particulier betaalde hulp en formele help.

Functionele kenmerken van de zorg

Onder de functionele kenmerken van de zorg vallen *het aantal uren zorg per week*. Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen informele zorg en formele zorg.

Voorkeuren voor zorg

Vervolgens werd er naar het *ervaren belang van regie in de zorg* gevraagd op basis van de vraag 'In hoeverre vindt u het belangrijk om de zorgverlening zelf te bepalen?'. De vraag kon beantwoord worden op een 5-puntschaal (1 = heel onbelangrijk tot en met 5 = heel belangrijk). Een hogere score staat voor meer belang van regie in de zorg.

Voorkeur voor informele zorg is gebaseerd op twee stellingen, namelijk "Als je tijdelijk hulp nodig hebt, moet je een beroep kunnen doen op je kinderen, familie of bureu" en "Als ouderen hulp nodig hebben bij de persoonlijke verzorging, moeten zij op hun kinderen, familie of bureu kunnen rekenen". Ouderen die het grotendeels of helemaal met deze stellingen eens zijn hebben een voorkeur voor informele zorg.

Voorkeur voor formele zorg is gebaseerd op de volgende stellingen; "Het is vervelend om voor hulp afhankelijk te zijn van professionele instanties" en "Hulp van formele instanties gaat ten koste van je onafhankelijkheid".

Ouderen die het helemaal oneens, grotendeels

Persoonskenmerken

Persoonskenmerken waar rekening mee wordt gehouden in de analyses zijn het *opleidingsniveau* (1 = laag, 2 = midden; voortgezet onderwijs, 3 = hoog; universitair), *geslacht* (0 = man, 1 = vrouw) en *leeftijd* (variërend tussen de 64 en 99 jaar).

3. PROCEDURE

Om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden wordt met behulp van ANOVA's en chi-kwadraat toetsen nagegaan in hoeverre de structurele en functionele kenmerken van het zorgnetwerk samenhangen met ervaren kwaliteit van de zorg. Voor de tweede vraag wordt er op basis van OLS regressie analyses nagegaan in hoeverre structurele en functionele kenmerken van het zorgnetwerk en ervaren kwaliteit van zorg van belang zijn voor de mate van depressieve stemming en eenzaamheid door stapsgewijze toetsing van twee modellen: zonder en dan met kenmerken van het zorgnetwerk. Tenslotte exploreren we welke combinaties van zorgkenmerken in wisselwerking met elkaar de beide uitkomsten beïnvloeden (interactie-effecten).

4. REFERENTIES

- Andersson, M. A., & Monin, J. K. (2017). Informal Care Networks in the Context of Multimorbidity: Size, Composition, and Associations With Recipient Psychological Well-Being. *Journal of Aging and Health*, 1-24.
- Broese van Groenou, M., Jacobs, M., Zwart-Olde, I., & Deeg, D. J. (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.
- De Jong-Gierveld, J., & Kamphuls, F. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied psychological measurement*, 9(3), 289-299.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Minimental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Huisman, M., Poppelaars, J., van der Horst, M., Beekman, A. T., Brug, J., van Tilburg, T. G., & Deeg, D. J. (2011). Cohort profile: the longitudinal aging study Amsterdam. *International journal of epidemiology*, 40(4), 868-876.
- Jacobs, M. T., Broese van Groenou, M. I., Aartsen, M. J., & Deeg, D. J. (2016). Diversity in older adults' care networks: the added value of individual beliefs and social network proximity. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, Online first. doi:10.1093/geronb/gbw012
- Radloff, L. S., & Teri, L. (1986). Use of the center for epidemiological studies-depression scale with older adults. *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 119-136.
- Sant, N., Huisman, M., Thomése, F., van de Schoot, R., Turnhout, S., & Minkman, M. (2015). Langer thuis, mythe of nieuwe maatschappelijke modus? Beleid ontmoet wetenschap en praktijk. *Tijdschr Gerontol Geriatr*, 46, 185-187.
- Thomese, F., Sluik, J. & Huisman, M. (2016). *Zorgtransities en verschillen in kwaliteit van leven bij ouderen*. LASA-rapportage voor VWS. VU/VUmc: Amsterdam.
- Van Sonsbeek, J. (1988). Methodological and substantial aspects of the OECD indicator of chronic functional limitations. *Maandbericht Gezondheid (CBS) [Monthly bulletin of health statistics (Statistics Netherlands)]*, 88, 4-17.
- Zwart-Olde, N., Jacobs, M., & Broese Van Groenou, M. (2013). *Zorgnetwerken van Kwetsbare Ouderen. Onderzoeksrapportage over de samenstelling van zorgnetwerken van kwetsbare thuiswonende ouderen*. Amsterdam: Vrije Universiteit.