

University of Groningen

De kracht van sociale relaties

Steверink, Nardi

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

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2016

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

Citation for published version (APA):

Steверink, N. (2016). *De kracht van sociale relaties: De invloed van sociale relaties op zelfmanagementvaardigheid, gezondheid en welbevinden*. Rijksuniversiteit Groningen.

Copyright

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

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

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

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



De kracht van sociale relaties

De invloed van sociale relaties op zelfmanagementvaardigheid, gezondheid en welbevinden

Oratie

Nardi Steverink

Groningen, 1 december 2015



rijksuniversiteit
groningen

De kracht van sociale relaties

De invloed van sociale relaties op
zelfmanagementvaardigheid, gezondheid en
welbevinden

Oratie

Nardi Steverink
Groningen, 1 december 2015



rijksuniversiteit
groningen

Colofon

Uitgave

Rijksuniversiteit Groningen, 2016

Afbeelding omslag

Pierre-Auguste Renoir, *Le dîner sur le bateau/Le déjeuner des canotiers*
(1880-1881)

Grafische verzorging

Jan Faber

ISBN

978 90 367 9007 9

978 90 367 9006 2 downloadable PDF (zonder DRM)
op www.nardisteverink.nl > PUBLICATIONS

©2016, Nardi Steverink

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of anderszins, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

De kracht van sociale relaties

De invloed van sociale relaties op
zelfmanagementvaardigheid, gezondheid en
welbevinden

Rede

uitgesproken ter gelegenheid van de benoeming tot hoogleraar
in de Sociologie, in het bijzonder de Sociologie van gezondheid
en welbevinden, aan de faculteit Gedrags- en Maatschappij-
wetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen

op 1 december 2015

door

Nardi Steverink

Inhoudsopgave

Inleiding	7
Het onderzoeksveld: sociale relaties, gezondheid en welbevinden	9
Mijn onderzoeksprogramma: drie pijlers	13
De eerste pijler: theorie-ontwikkeling en empirisch onderzoek	14
De tweede pijler: interventie-ontwikkeling en -onderzoek	22
De derde pijler: implementatie in de praktijk	25
Toekomstig onderzoek	27
Onderwijs	34
Tot slot	35
Literatuur	37

Inleiding

Mijnheer de Rector Magnificus,
leden van het College van Bestuur,
zeer geachte aanwezigen,

Enige tijd geleden publiceerde NRC (Pinedo, 2012) een interview met Ed van Thijn (zie Figuur 1). Ed van Thijn was minister en burgemeester van Amsterdam. Tijdens dit interview is hij 78 jaar oud en spreekt hij over zijn leven en over een recent door hem geschreven boek. Maar hij spreekt ook over zijn sociale relaties, aan het eind van het interview, waar hij zegt:

“Ik werd vaak geconsulteerd. Dat mijn missie niet meer relevant is, vind ik moeilijk. Ik hoor er niet meer bij. Ik begrijp de wereld om mij heen niet meer. Daardoor richt ik mij meer op de mensen die ik liefheb.”



Figuur 1 Interview met Ed van Thijn in NRC (Weekend 13 & 14 oktober 2012, blz. 16-17).

Wat we hier zien is dat Ed van Thijn spreekt over, wat we kunnen noemen, zijn maatschappelijke sociale positie ofwel zijn *maatschappelijke* sociale relaties, én hij spreekt over de mensen die hij liefheeft, ofwel zijn *persoonlijke* sociale relaties. Maar wat we ook heel duidelijk proeven is dat hij niet gelukkig is met het feit dat hij er niet meer bij hoort.

Dit voorbeeld laat zien waar ik mij in mijn onderzoek op richt, namelijk op de vraag welke rol sociale relaties – zowel de maatschappelijke als persoonlijke sociale relaties – spelen in de gezondheid en het welbevinden van mensen, vooral van mensen in de tweede levenshelft. Het zo lang mogelijk gezond en gelukkig blijven is een belangrijk thema in onze vergrijzende maatschappij. Maar *hoe* blijven mensen tot op hoge leeftijd gezond en gelukkig? Om die vraag te beantwoorden moeten we weten waar gezondheid en welbevinden van afhangen. Er wordt veel onderzoek gedaan naar de rol van lichamelijke processen en van een gezonde leefstijl. Maar er zijn veel aanwijzingen – zelfs sterke aanwijzingen – dat ook de sociale relaties van mensen een grote rol spelen. Toch weten we daar nog relatief weinig over, met name bij ouderen. Bovendien weten we ook nog weinig over de vraag hoe mensen omgaan met het wegvallen van maatschappelijke en sociale rollen en relaties, zoals we bij Ed van Thijn zien.

In het komende half uur wil ik u allereerst een beeld schetsen van de bestaande onderzoeksvelden die zich bezighouden met sociale relaties en gezondheid. Vervolgens schets ik u mijn eigen onderzoeksprogramma en laat ik u een aantal bevindingen zien. Ten slotte wil ik u de nieuwe onderzoeksvragen en uitdagingen schetsen, waarop ik mij in de toekomst graag wil gaan richten.

Het onderzoeksveld: sociale relaties, gezondheid en welbevinden

Globaal zijn er drie grote velden van onderzoek te onderscheiden, die zich met de genoemde vragen bezighouden. Deze velden opereren relatief los van elkaar en spreken elkaar soms zelfs tegen. Het eerste veld kijkt vooral naar sociale integratie en sociale steun, dan wel sociale isolatie en eenzaamheid, en het verband met gezondheid. Dit soort onderzoek, wat al sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw wordt gedaan, leidt eigenlijk steeds tot dezelfde conclusie. Deze conclusie is mooi samengevat in een meta-analyse over 148 van dit soort studies, waarbij naar overlevingskans is gekeken als harde indicator van gezondheid (Holt-Lunstad et al., 2010, blz. 14). De conclusie luidt als volgt, in mijn eigen vertaling:

“Gegevens van 308.849 mensen, die gemiddeld 7,5 jaar zijn gevolgd, laten zien dat degenen met adequate sociale relaties, 50% meer overlevingskans hebben dan degenen met slechte of onvoldoende sociale relaties. De grootte van dit effect is vergelijkbaar met het effect van stoppen met roken, en het is groter dan vele welbekende risicofactoren voor overlijden (bijvoorbeeld overgewicht, fysieke inactiviteit).”

Deze conclusie spreekt voor zich: adequate sociale relaties zijn net zo belangrijk voor de gezondheid, in termen van levensduur, als niet-roken. En dat is een aanzienlijk effect.

Het tweede veld van onderzoek houdt zich bezig met de meer maatschappelijke sociale relaties, dat wil zeggen: de *objectieve* sociaal-economische status, zoals bijvoorbeeld weerspiegeld in de hoogte van opleiding of inkomen, en de *subjectief* ervaren sociale status, namelijk hoe iemand zijn eigen sociale positie in een bepaalde context ervaart ten opzichte van anderen in die context. Het onderzoek laat zien dat voor beide vormen van sociale status geldt, dat mensen die een lagere sociale status hebben of ervaren, ook vaak een minder goede gezondheid hebben en een lager welbevinden (zie bijvoorbeeld Adler et al., 2000; Marmot, 2004).

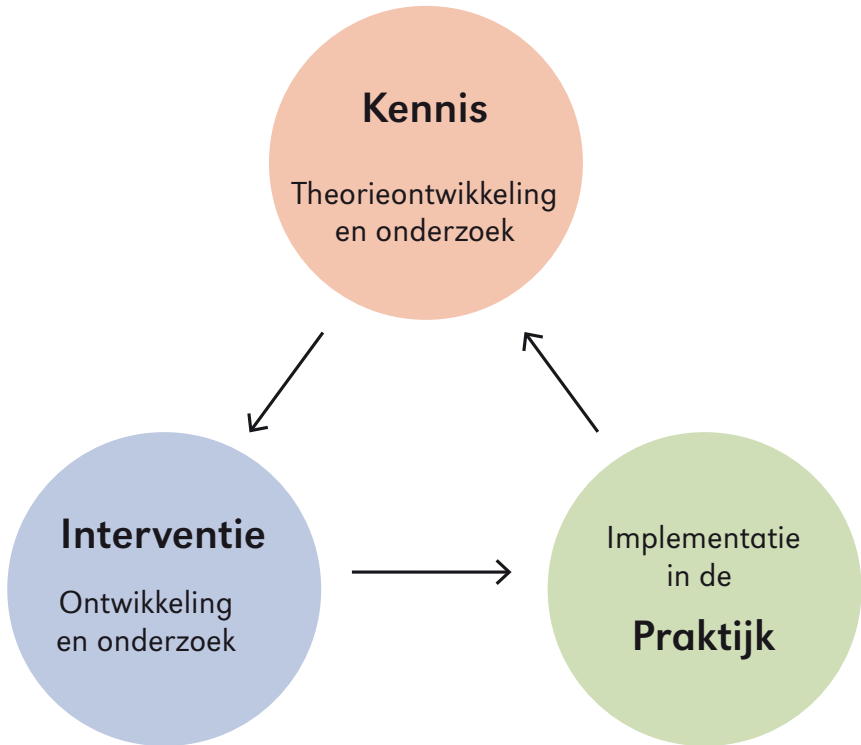
Het derde veld van onderzoek gaat vooral over mensen in de tweede levenshelft en veronderstelt dat het voor ouderen vooral de persoonlijke sociale relaties zijn, die belangrijk zijn. De redenering hierbij is dat, als de levens-tijdshorizon korter wordt, mensen zich meer gaan richten op hun nauwe relaties en minder geïnteresseerd zijn in de bredere maatschappelijke verbanden. Door sommige onderzoekers wordt zelfs verondersteld dat ouderen die bredere sociale verbanden doelbewust afstoten (Carstensen et al., 1999). Dit veld van onderzoek heeft empirische steun, maar spreekt de bevindingen uit de andere twee velden van onderzoek toch deels tegen. We zien dit bij Ed van Thijn: hij voelt zich maatschappelijk buitengesloten, en gaat zich daarom, inderdaad, dan maar meer richten op zijn dierbaren. Maar dat lijkt geen doelbewuste keuze, eerder een gedwongen keuze, omdat de maatschappij hem niet meer mee laat doen.

Wat we kunnen concluderen uit deze drie velden van onderzoek is dat er duidelijke verbanden zijn gevonden tussen sociale relaties en gezondheid en welbevinden, maar ook dat er nog een aantal vragen onbeantwoord zijn. Wat zijn nu precies *adequate* sociale relaties? En: verandert het belang van sociale relaties nu wel of niet met het ouder worden? En dan de vraag: *waarom* zijn sociale relaties zo belangrijk, welke mechanismen spelen hier? En dan ook nog de vraag: wat doen mensen eigenlijk zelf, of wat kunnen ze doen, om voor adequate sociale relaties te zorgen, en daarmee voor hun eigen gezondheid en welbevinden?

In mijn onderzoek richt ik me op deze vragen. Daarbij zoek ik naar wegen om de genoemde drie velden van onderzoek te integreren, maar ook om tot concrete toepassingen te komen voor de praktijk. Ik zal kort op mijn eigen onderzoeksprogramma ingaan en u enkele bevindingen uit mijn onderzoek laten zien.

Mijn onderzoeksprogramma: drie pijlers

Door de jaren heen heeft mijn onderzoeksprogramma zich ontwikkeld tot een geheel met drie pijlers (zie Figuur 2). Ik zal kort op elk van de pijlers ingaan en enkele bevindingen schetsen.

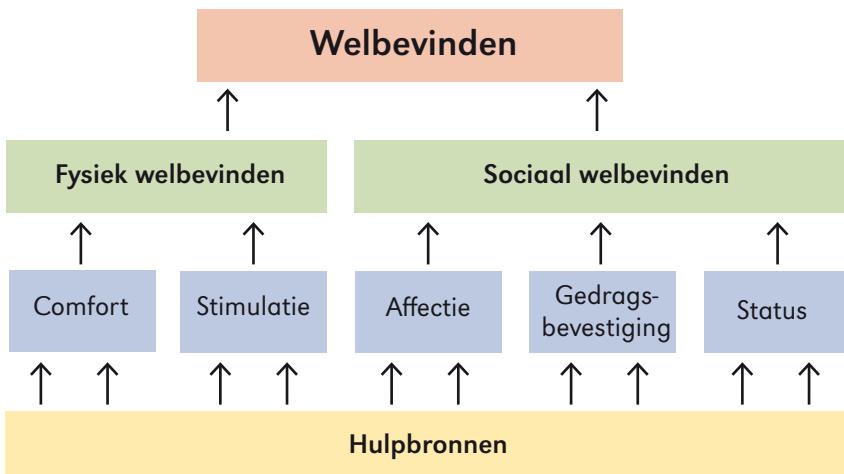


Figuur 2 Mijn onderzoeksprogramma 'Sociale relaties, zelfmanagementvaardigheid, gezondheid en welbevinden', met drie pijlers.

De eerste pijler: theorie-ontwikkeling en empirisch onderzoek

Toen ik met mijn onderzoek begon, al tijdens mijn promotie-traject, realiseerde ik me dat ik allereerst een bruikbare theorie nodig had, die me zou kunnen helpen om de genoemde vragen aan te pakken. Ik had het geluk dat ik mijn promotie-onderzoek bij het *Interuniversity Center for Social Science Theory and Methodology* (ICS) hier in Groningen kon doen, waardoor ik in aanraking kwam met het doen van theorie-gestuurd onderzoek. En ik kwam in aanraking met een sociologische theorie, die naar mijn mening bijzonder goede aanknopingspunten bood om de hoofdvragen van mijn onderzoek aan te pakken.

Deze theorie, de **sociale productiefunctie** (SPF) theorie, ontworpen door Siegwart Lindenberg, is een theorie over welbevinden (Lindenberg, 1996; 2013). De theorie stelt dat mensen, alle mensen, in essentie gemotiveerd zijn om hun situatie te verbeteren, ook al wil dat niet zeggen dat dat altijd lukt. Deze algemene motivatie kan gezien worden als een algemeen menselijke behoefte aan welbevinden, die door de vervulling van meer specifieke behoeften, lager in de hiërarchie, kan worden vervuld. Figuur 3 laat deze hiërarchie zien.



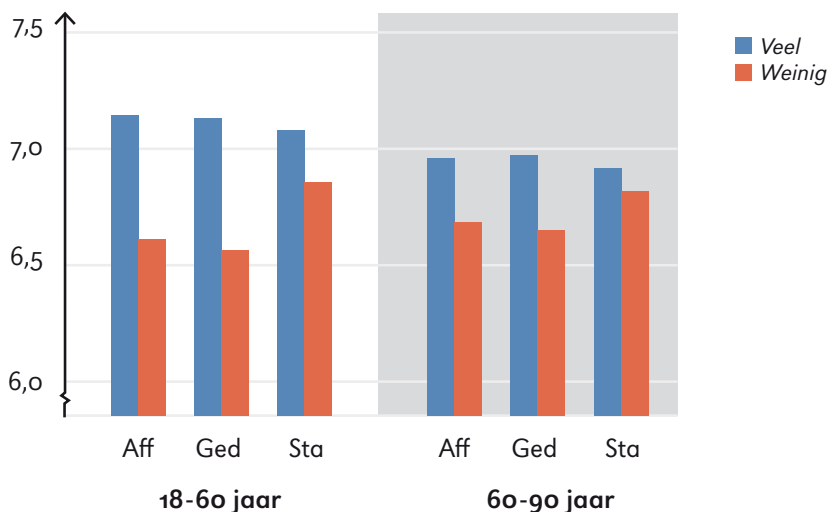
Figuur 3 De hiërarchie van algemeen menselijke behoeften volgens de SPF theorie.

Zo wordt de behoefte aan welbevinden, helemaal bovenin, vervuld als twee lager gelegen behoeften vervuld zijn, namelijk de behoefte aan fysiek welbevinden en de behoefte aan sociaal welbevinden. Deze twee behoeften worden op hun beurt weer vervuld als nog lager gelegen behoeften zijn vervuld. Voor fysiek welbevinden zijn dat de behoeften aan comfort en stimulatie. *Comfort* is de vervulling van lichamelijke basisbehoeften, zoals eten, drinken, en de afwezigheid van pijn of ziekte. *Stimulatie* is de vervulling van de behoefte aan een prettige hoeveelheid activering en de afwezigheid van verveling.

Om sociaal welbevinden te ervaren moeten drie lagere-orde sociale behoeften zijn vervuld, namelijk de behoefte aan affectie, aan gedragsbevestiging, en aan status. *Affectie* is de ervaring van het ontvangen en geven van genegenheid, liefde, en zorg aan elkaar. *Gedragsbevestiging* is de ervaring dat anderen jouw gedrag goedkeuren, je bevestigen. Vaak is dat door gedeelde normen en waarden, waardoor je voelt dat je bij de groep hoort, dat je gelijkwaardig bent aan elkaar. Maar er is ook nog de behoefte aan *status*, en dat is de behoefte dat je juist niet hetzelfde bent, maar je positief onderscheidt van anderen, dat je ergens in uitblinkt, of door speciale talenten bijzonder gerespecteerd wordt. Ook dat is een sociale behoefte van mensen.

Een belangrijk punt van deze theorie – en daarmee heel nuttig voor ons doel om meer te begrijpen van sociale relaties – is dat mensen dus niet alleen lichamelijke, maar ook *sociale* basisbehoeften hebben. En omdat mensen hun behoeften proberen te vervullen met behulp van hulpbronnen, kunnen we er ook achter komen wat belangrijke sociale hulpbronnen zijn. En dus ook wanneer belangrijke sociale hulpbronnen ontbreken, en daarmee tot problemen voor het welbevinden leiden.

Teruggrijpend op de conclusies van de genoemde drie grote velden van onderzoek, kunnen we dus de hypothese opstellen dat *adequate* sociale relaties die relaties zijn die de basale sociale behoeften van mensen vervullen. En dat, als de drie sociale behoeften daadwerkelijk basaal zijn, en dus voor alle mensen gelden, dat dan ook ouderen meer welbevinden ervaren als ze alle drie behoeften kunnen vervullen, dus ook de statusbehoefte (zie ook Steverink & Lindenberg, 2006). We hebben vele studies uitgevoerd om deze hypothesen te toetsen. Ik laat u een aantal bevindingen zien.

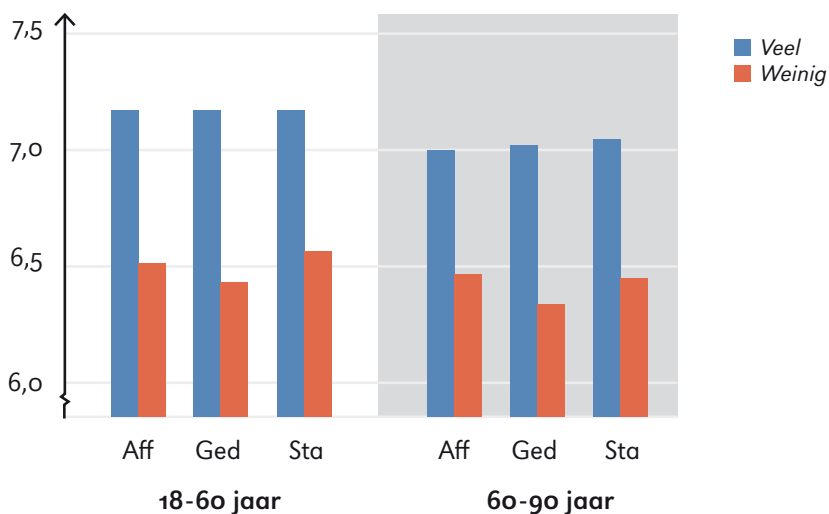


Figuur 4 Sociale behoeftenvervulling en subjectieve gezondheid¹

Wat we hier zien¹ is dat mensen die een hoge mate van sociale behoeftenvervulling ervaren – dus de blauwe balkjes – ook een betere subjectieve gezondheid ervaren, vergeleken met mensen die weinig sociale behoeftenvervulling ervaren (Steverink et al., 2016). Het patroon is voor mensen boven de 60 – rechts in de grafiek – iets minder uitgesproken dan voor mensen onder de 60 jaar, met name voor status. Maar de grafiek in Figuur 5, waar het gaat om welbevinden, gemeten als geluksgevoelens, laat dit verband wel heel sterk zien, voor zowel jongeren als ouderen.²

We zien dus een positieve samenhang tussen sociale behoeftenvervulling, van alle drie sociale behoeften, en gezondheid en vooral welbevinden, waarmee we een indicatie hebben dat *adequate* sociale relaties die relaties zijn die de drie sociale behoeften kunnen vervullen. Daarnaast hebben we een eerste antwoord op de vraag *waarom* sociale relaties van belang zijn, namelijk omdat ze belangrijk zijn voor de vervulling van sociale basisbehoeften, die op hun beurt weer belangrijk zijn voor gezondheid en welbevinden.

1 Vereenvoudigde weergaven van resultaten beschreven in: Steverink et al. (2016). Social needs according to SPF theory: Their measurement and associations with health and well-being. Manuscript in voorbereiding.

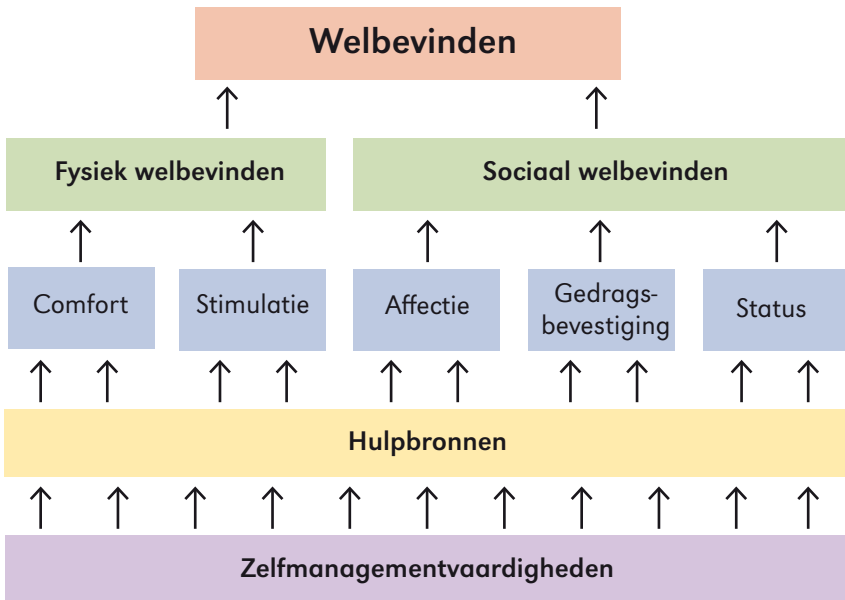


Figuur 5 Sociale behoeftenvervulling en welbevinden¹

Zoals ik al aangaf is ook één van de hoofdvragen van mijn onderzoek de vraag of mensen *zelf* iets doen, en kunnen doen, aan hun sociale relaties en daarmee aan hun gezondheid en welbevinden. Deze vraag heb ik theoretisch aangepakt door de eerder genoemde welbevinden-theorie verder uit te werken, namelijk tot de theorie van zelfmanagement-van-welbevinden (**Self-Management of Wellbeing** – SMW theory, zie Steverink, 2009; 2014; Steverink et al., 2005). Zie figuur 6.

Uitgangspunt bij deze theorie is dat mensen niet alleen hulpbronnen – dus ook hulpbronnen in de vorm van verschillende soorten sociale relaties – nodig hebben, maar dat deze hulpbronnen ook goed *gemanaged* moeten worden. Mensen hebben dus zelfmanagementvaardigheden nodig om goed met hun belangrijke hulpbronnen om te gaan. Dat geldt voor fysieke hulpbronnen, zoals de eigen gezondheid, maar ook voor sociale hulpbronnen. Maar de vraag is: wat zijn goede zelfmanagementvaardigheden?

Concreet hebben we zes zelfmanagementvaardigheden gedefinieerd, die van belang zijn voor het goed *managen* van de hulpbronnen voor het eigen welbevinden. Laat ik deze met een voorbeeld duidelijk maken. Stel je hebt een goede vriendin, die belangrijk is voor de vervulling van je behoefte aan affectie. Om goed met deze vriendin om te gaan,



Figuur 6 De theorie van Self-Management of Wellbeing (SMW theory) (Steverink, 2009; 2014; Steverink et al., 2005).

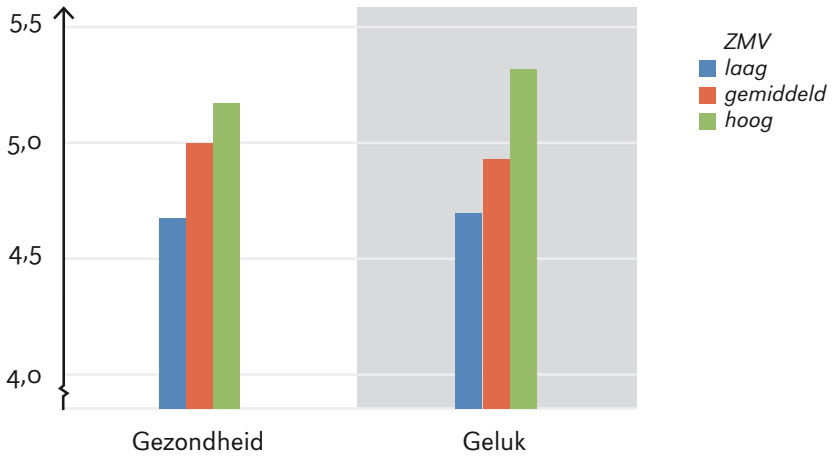
is het belangrijk dat je initiatief kunt nemen, en niet steeds afwacht tot de ander de eerste stap zet (*initiatief nemen*). Daarbij is het ook belangrijk dat je erop vertrouwt dat jouw initiatief tot de gewenste uitkomst leidt. Dat is de vaardigheid van persoonlijke effectiviteit (*self-efficacy*). Verder is het belangrijk om te kunnen investeren in vriendschap, wat betekent dat je wel eens iets voor de ander moet doen, waar je niet meteen iets voor terugkrijgt (*investeren*). En voor dat investeren is het weer nodig dat je een positieve verwachting over deze vriendschap in de toekomst hebt, anders is de kans klein dat je bereid bent te investeren (*positief perspectief*). Verder kan deze vriendschap voor beiden nog waardevoller zijn, als niet alleen de behoefte aan affectie wordt vervuld, maar ook tegelijkertijd bijvoorbeeld de behoefte aan stimulatie, door samen leuke dingen te doen. Dat is de vaardigheid tot multifunctionaliteit (*multifunctionaliteit in hulpbronnen*). En tenslotte is het goed voor het welbevinden om voor *variëteit* in vriendschap te zorgen, en dat betekent dat je minder kwetsbaar bent, als je meerdere goede vrienden hebt (*variëteit in hulpbronnen*).

De essentie van goed zelfmanagement in termen van welbevinden is nu dat deze zelfmanagementvaardigheden worden gericht op de vijf basale behoeften, zoals te zien is in de matrix in Figuur 7. De centrale hypothese is dan dat mensen, die deze zes vaardigheden goed beheersen en deze richten op de vijf basale behoeften, meer fysiek en sociaal welbevinden zullen ervaren (zie ook Steverink & Lindenberg, 2008).

		Behoeften				
		Comfort	Stimulatie	Affectie	Gedragsbevestiging	Status
Zelfmanagementvaardigheden	Initiatief nemen					
	Self-efficacy					
	Investeren					
	Positief perspectief					
	Multi-functionaliteit					
	Variëteit					

Figuur 7 De matrix van de zes zelfmanagementvaardigheden en de vijf basale behoeften (Steverink, 2009; 2014; Steverink et al., 2005).

We hebben inderdaad gevonden in ons onderzoek, dat mensen met een hoge mate van zelfmanagementvaardigheid – de groene balkjes in Figuur 8 – een betere gezondheid ervaren en ook meer geluksgevoelens (Steверink et al., 2016).



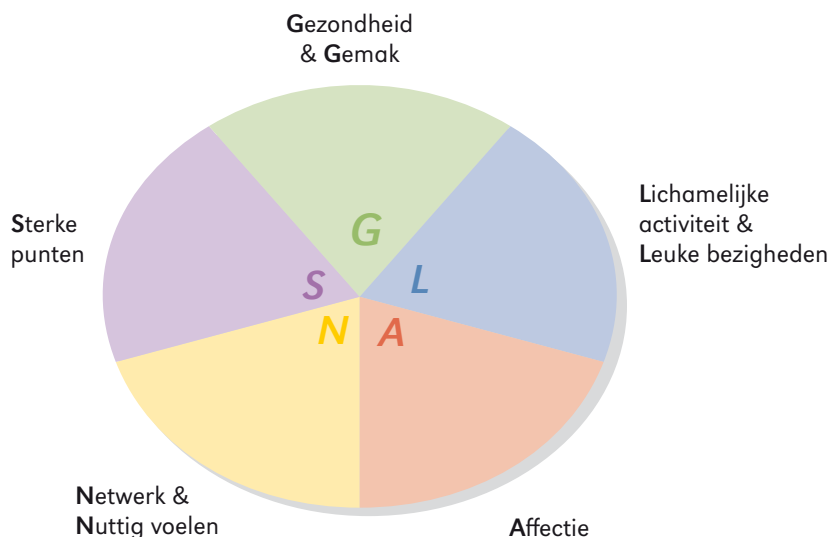
Figuur 8 Zelfmanagementvaardigheid in relatie tot gezondheid en geluksgevoelens²

2 Gebaseerd op resultaten beschreven in: Steверink et al. (2016). Social needs according to SPF theory: Their measurement and associations with health and well-being. Manuscript in voorbereiding.

De tweede pijler: interventie-ontwikkeling en -onderzoek

Omdat we ook wilden weten of de genoemde zelfmanagementvaardigheden aangeleerd kunnen worden, hebben we sinds een aantal jaren ook flink ingezet op het ontwikkelen en testen van concrete interventies. Hierbij hebben we de theoretische mechanismen die samengevat zijn in de eerder genoemde matrix, vertaald in de vorm van cursussen, gericht op versterking van zelfmanagementvaardigheid, en daarmee ook van welbevinden. Dit is de tweede pijler van mijn onderzoeksprogramma.

Deze interventies hebben we GRIP&GLANS genoemd, waarbij GRIP staat voor zelfmanagementvaardigheid en GLANS voor welbevinden. De letters van het woord GLANS verwijzen daarbij naar de twee fysieke en de drie sociale behoeften uit de eerder genoemde theorie van welbevinden: de G staat voor Gemak en Gezondheid (Comfort), de L voor Lichamelijke activiteit en Leuke bezigheden (Stimulatie), de A voor Affectie (Affectie), de N voor Netwerk en Nuttig voelen (Gedragsbevestiging) en de S voor



Figuur 9 De GLANS-schijf van vijf.

Sterke punten (Status). Om deze vijf aspecten meer toegankelijk te maken voor de deelnemers aan de cursussen, hebben we de GLANS-schijf van vijf bedacht. Deze schijf loopt als een rode draad door de cursussen, waarbij de deelnemers leren de zes zelfmanagementvaardigheden toe te passen op hun eigen GLANS-schijf (Steверink, 2009; 2014).

In de afgelopen jaren zijn verschillende studies gedaan – de meeste met gerandomiseerde controlegroepen – naar de effectiviteit van de GRIP&GLANS interventies. Dit waren promotie- of postdoc-projecten van Hanneke Schuurmans, Nynke Frieswijk, Ismay Kremers, Daphne Kuiper en Martine Goedendorp. Uit deze studies bleek dat mensen inderdaad betere zelfmanagers kunnen worden van hun eigen welbevinden. We zagen steeds dat de cursusgroepen na afloop hoger scoorden op zelfmanagementvaardigheid en op welbevinden, vergeleken met de controlegroepen (Frieswijk et al., 2006; Goedendorp & Steверink, 2016; Kremers et al., 2006; Schuurmans, 2004). Ook zagen we dat de deelnemers minder eenzaamheid rapporteerden (Kremers et al., 2006). In een recente studie hebben we deelnemers gevolgd tot meer dan 12 maanden na afloop van de cursus, zodat we kunnen nagaan of de effecten ook dan nog zichtbaar zijn (Kuiper et al., 2015b).

Tot nu toe heb ik twee pijlers van mijn onderzoeksprogramma geschetst, maar er is nog een derde, waar ik kort op in wil gaan, namelijk de pijler *implementatie* in de praktijk.

De derde pijler: implementatie in de praktijk

Omdat de GRIP&GLANS-cursussen effectief bleken te zijn en enthousiast ontvangen werden in de praktijk, hebben we de laatste jaren ook sterk ingezet op het verankeren van de cursussen in welzijns- en zorgorganisaties in het hele land. Dankzij een grote subsidie van het Nationaal Programma Ouderenzorg (ZonMw, z.j.) konden we een groot implementatieproject opzetten in Noord-Nederland en hebben vele welzijns- en zorgorganisaties in het noorden – en ook een aantal elders in het land – de GRIP&GLANS-cursussen opgenomen in hun aanbod (Kuiper et al., 2015a). In Figuur 10 zijn de organisaties weergegeven die tijdens dit NPO-project de GRIP&GLANS-cursussen geïmplementeerd hebben.



Figuur 10 De implementatie van de GRIP&GLANS-cursussen in welzijns- en zorgorganisaties ten tijde van het NPO-implementatieproject.

Momenteel werken we aan het zoeken naar een goede manier om aan de vraag naar de GRIP&GLANS-cursussen, uit heel Nederland, tegemoet te kunnen blijven komen. Hierbij is het van belang dat de evidence-based kwaliteit van de cursussen behouden blijft. Dit is een uitdaging waar wetenschappers, die zich op het pad van valorisatie begeven, voor staan en waarbij zij adequate ondersteuning vanuit hun organisatie nodig hebben. In het geval van de GRIP&GLANS-cursussen kan valorisatie een waardevolle weg zijn om de verworven wetenschappelijke kennis daadwerkelijk ten goede te laten komen aan de maatschappij. En dat geeft mij, als onderzoeker, vervolgens weer tijd om me te richten op nieuwe onderzoeksvragen die ontstaan uit de drie pijlers van mijn onderzoeksprogramma. Op die nieuwe vragen wil ik in het laatste deel van mijn rede graag ingaan.

Toekomstig onderzoek

Alvorens de nieuwe vragen te schetsen wil ik eerst benadrukken dat mijn onderzoeksprogramma niet heeft kunnen worden wat het is zonder de grote inzet van vele studenten, promovendi, collega's, professionals en – niet te vergeten – zeer betrokken vrijwilligers in het veld. Ik kan niet iedereen bij naam noemen hier, maar ik voel mij zeer bevoorrecht met zovelen te hebben mogen samenwerken en ik hoop van harte met velen verder samen te werken aan de nieuwe uitdagingen die voor ons liggen.

Wat betreft die nieuwe uitdagingen wil ik er drie noemen, die prioriteit hebben en die direct aansluiten bij het huidige gezondheids- en welzijnsbeleid, waarbij een steeds groter beroep wordt gedaan op de zelfredzaamheid van burgers, binnen en samen met hun informele netwerken. Dat beleid gaat dus in feite over zelfmanagementvaardigheid en sociale relaties.

Wat allereerst nodig is en waar ik me op wil richten, is nog meer kennis, maar ook consensus, tot stand brengen over het begrip zelfmanagementvaardigheid. Wat houdt het precies in? En onder welke omstandigheden is de zelfmanagementvaardigheid hoog dan wel laag is bij verschillende groepen mensen? Daarbij pleit ik voor een *brede* benadering van zelfmanagement, wat inhoudt dat het niet alleen gaat om het goed omgaan met lichamelijke beperkingen of ziekte, of om gezond eten en voldoende bewegen, maar ook, zoals ik hopelijk duidelijk heb kunnen maken, de vaardigheid om goed met je sociale hulpbronnen om te gaan. Dus: zelfmanagementvaardigheid gericht op zowel het fysieke als het sociale welbevinden, en daarmee op het gehele welbevinden.

Wat ten tweede nodig is en waar ik me op wil richten, is het verwerven van nog meer kennis over de sociale behoeften van mensen en de condities waaronder de sociale hulpbronnen – dus sociale relaties en contacten, en ook maatschappelijke mogelijkheden – daadwerkelijk bijdragen aan de vervulling van sociale behoeften, en onder welke omstandigheden sociale relaties functioneel dan wel disfunctioneel zijn. Sociale behoeften worden over het algemeen niet gedifferentieerd. Meestal wordt er van uitgegaan dat mensen slechts één algemene sociale behoefte hebben, namelijk de behoefte om 'erbij te horen' of om 'verbondenheid te ervaren' (bijvoor-

beeld Baumeister & Leary, 1995). Ik pleit ervoor om meerdere sociale behoeften te onderscheiden, omdat we daarmee verder komen in het begrijpen van wat mensen in sociaal opzicht nodig hebben. Daarmee krijgen we meer inzicht in wat *adequate* sociale relaties zijn, en ook in wat er precies ontbreekt als er geen, of weinig, of disfunctionele sociale relaties zijn. En dus tot problemen voor de gezondheid en het welbevinden leiden.

Een belangrijke vraag in dit verband is de vraag of onze sociale relaties eigenlijk goed in staat zijn om tegemoet te komen aan onze sociale behoeften. Onze sociale relaties zijn ook mensen met sociale behoeften, dus moeten we aannemen dat ook zij het nodig hebben dat hun behoeften worden vervuld. Is het zo dat het kunnen geven van bijvoorbeeld gedragsbevestiging vereist dat de eigen behoefte aan gedragsbevestiging ook is vervuld? Als iemand te weinig gedragsbevestiging ontvangt van bijvoorbeeld zijn leidinggevende, is het misschien wel heel moeilijk voor deze persoon om zélf gedragsbevestiging te geven aan zijn ondergeschikten, of zelfs aan zijn partner en kinderen.

Hoe afhankelijk zijn we eigenlijk van elkaar en van de connecties van onze connecties? Zijn dit ketens die over het leven heen worden opgebouwd? We weten dat kinderen die opgroeien in families waar weinig affectie en gedragsbevestiging wordt gegeven, ook minder goed in staat zijn om zelf affectie en gedragsbevestiging te geven aan anderen, en ook weer aan hun kinderen (bijvoorbeeld Repetti et al., 2002).

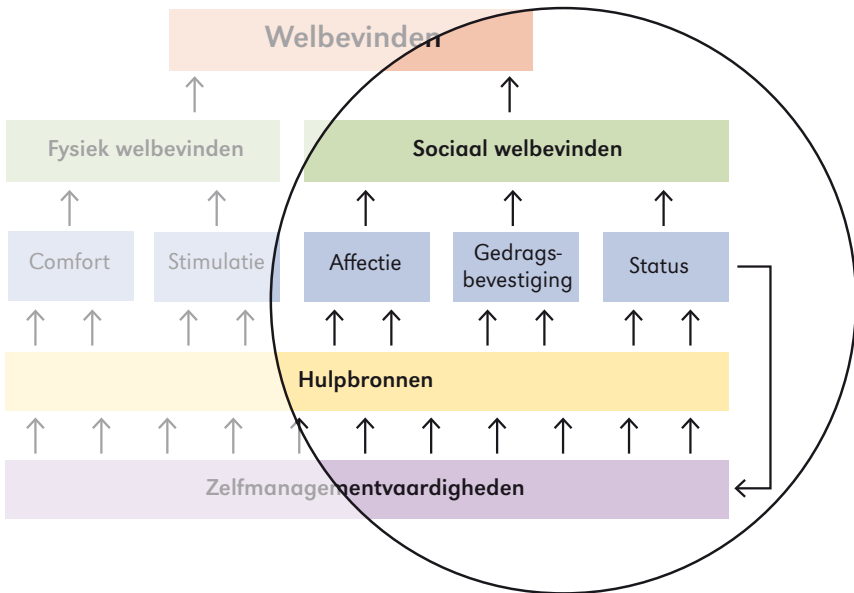
Om deze vragen te beantwoorden is het nodig om niet alleen naar de persoonlijke ervaring van sociale behoeftenvervulling te kijken, maar ook naar de interacties tussen mensen en dus naar hun sociale netwerken. Enkele eerste stappen op het pad van sociale netwerken hebben we al gezet in het huidige project van Martine Goedendorp (Steverink & Goedendorp, 2012). In dit project testen we een nieuwe interventie, gebaseerd op de GRIP&GLANS-methodiek, maar dan niet gericht op het individu, zoals in de eerste G&G-interventies, maar gericht op informele netwerken als geheel. De deelnemers aan de interventie zijn al een netwerk of groep en kennen elkaar dus al. Het doel van de interventie is om de groep als geheel te versterken, door aan de bewustwording van elkaars sociale behoeften te werken en aan de gezamenlijke zelfmanagementvaardigheid, en daarmee aan de daadkracht van de groep, naar binnen en naar buiten. Helemaal passend in het huidige beleid ten aanzien van de participatie-samenleving.

De derde uitdaging waar ik me op wil richten, is de vraag wat sociale relaties en zelfmanagementvaardigheid nu precies met *elkaar* te maken hebben. Zelfmanagementvaardigheid zal zeker voor een deel aangeboren zijn, maar we weten uit onderzoek dat zelfmanagementvaardigheid ook beïnvloed wordt door sociale factoren. Zo is bijvoorbeeld gevonden dat mensen die sociaal uitgesloten worden, een verslechtering in hun zelfmanagementvaardigheid laten zien. Ze vertonen bijvoorbeeld meer ongezond gedrag, en minder toekomstgericht en probleemoplossend gedrag (Baumeister et al., 2005).

We mogen aannemen dat sociaal uitgesloten worden zeker iets betekent in termen van sociale behoeftenvervulling, namelijk: die komt onder druk te staan. Dus lijkt het aannemelijk dat tekorten in de vervulling van de sociale behoeften negatief doorwerken in de zelfmanagementvaardigheid. We zien dit ook wel gebeuren in het dagelijks leven. Als mensen herhaaldelijk een tekort in gedragsbevestiging ervaren, bijvoorbeeld door afkeuring, sociale afwijzing, uitsluiting of disrespect, dan gaan deze mensen zich vaak juist zo gedragen dat de kans op alsnog de vervulling van deze sociale behoefte kleiner wordt, in plaats van groter. Ze worden bijvoorbeeld defensief of agressief, of trekken zich terug. Dit kan een negatieve spiraal worden, zoals te zien is in Figuur 11, waarbij de zelfmanagementvaardigheid nog verder afneemt, en de kans om de sociale behoeften alsnog te vervullen, steeds kleiner wordt.

Hier zien we dus hoe sociale relaties van invloed kunnen zijn op de zelfmanagementvaardigheid van mensen. Dit kan een risicovol, zichzelf versterkend mechanisme worden, waarbij zowel de sociale behoeftenvervulling als de zelfmanagementvaardigheid afnemen, met uiteindelijk negatieve gevolgen voor de gezondheid en het welbevinden.

Deze hypothesen wil ik graag nader toetsen. Hoe gaat dit precies in zijn werk? En: heel belangrijk: welke groepen in onze samenleving zijn vooral kwetsbaar voor deze negatieve spiraal, en dus kwetsbaar voor problemen met gezondheid en welbevinden? Op basis van onze theorie zullen dat met name de groepen zijn die tekorten in sociale behoeftenvervulling ervaren, zoals mensen die geen aansluiting vinden en zich buitengesloten voelen, of mensen met weinig kansen op de arbeidsmarkt, of mensen die wel werken, maar weinig waardering krijgen in hun werk, en dus weinig mogelijkheden hebben om met name gedragsbevestiging en status uit hun baan te halen.



Figuur 11 De spiraal van sociale behoeftenvervulling en zelfmanagementvaardigheid

Ik denk ook aan mensen die eenzaam zijn. Eenzaamheid heeft veel met tekorten in sociale behoeftenvervulling te maken. Eenzaamheid komt veel voor. In 2012 gaf bijna 40% van de volwassen bevolking aan eenzaam te zijn, waarvan ruim 8% ernstig of zeer ernstig eenzaam was (Zantinge, 2014). Eenzaamheid heeft veel negatieve gezondheidsgevolgen, zoals stress, een hoge bloeddruk, slaapstoornissen, kans op depressie, en vroegtijdig overlijden (Hawkey & Cacioppo, 2010).

Maar ik denk ook aan ouderen die zich nog gezond voelen en hun competenties nog willen blijven inzetten voor de maatschappij, maar niet meer mee mogen doen, zoals Ed van Thijn. Leidt deze vorm van sociale uitsluiting tot een voortijdig verlies van zelfmanagementvaardigheid? Schrijft onze maatschappij ouderen te snel af? Schrijven ouderen zichzelf daardoor ook te snel af? In het promotieproject van Jacobien Niebuur proberen we meer licht op deze vragen te werpen. Dit project heet 'Actief Oud is Goud', waarbij 'actief' niet verwijst naar meer bewegen, maar naar blijven meedoen in de maatschappij, nog zinvolle sociale relaties en bezigheden hebben.

Tot zover de nieuwe onderzoeksuitdagingen, waar ik me – samen met anderen – in de toekomst op wil richten. Hierbij denk ik ook aan de ontwikkeling van nieuwe interventies voor de genoemde doelgroepen, op basis van de G&G-methodiek, die zijn nut al bewezen heeft en een goede basis vormt voor nieuwe interventies.

Om deze uitdagingen adequaat aan te kunnen pakken is langlopend onderzoek nodig, waarbij mensen, en de sociale relaties en netwerken van mensen, maar ook de zelfmanagementvaardigheid, langere tijd gevolgd worden. De effecten van sociale ervaringen zijn vaak pas na enige tijd zichtbaar, soms pas na jaren, met name wanneer het om fysieke gezondheidseffecten gaat. Eén van de kansen hier is de LifeLines-studie, waarbij meer dan 165.000 mensen, van alle leeftijden, over langere tijd gevolgd worden (Scholtens et al., 2014). LifeLines richt zich met name op genetische en lichamelijke processen in de ontwikkeling van ziekten over het leven heen, maar het is verheugend te zien dat er gaandeweg ook steeds meer sociale aspecten worden opgenomen in de LifeLines-dataverzameling. Het is zeer te hopen dat deze sociale aspecten hun plaats blijven behouden over de jaren heen, zodat er daadwerkelijk zinvolle langetermijn gegevens beschikbaar komen over de belangrijke invloed van sociale relaties op de zelfmanagementvaardigheid en de gezondheid van mensen.

Wat ook zeer wenselijk is om de geschetste onderzoeksvragen adequaat aan te kunnen pakken, is interdisciplinair onderzoek. Ik prijs me gelukkig dat enige jaren geleden, mede op initiatief van hoogleraar sociologie Rafael Wittek en dankzij steun van het College van Bestuur van de Rijksuniversiteit Groningen, de interdisciplinaire onderzoeksgroep HAPS is opgericht en dat ik deel mag uitmaken van deze groep. HAPS staat voor **Healthy Aging, Population and Society**, en is een samenwerking tussen de afdelingen Sociologie, Epidemiologie en Demografie, en sinds kort ook het NIDI: het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (HAPS, z.j.). HAPS biedt belangrijke kansen om de nodige interdisciplinaire samenwerking tot stand te brengen en expertises te bundelen, waardoor we tot waardevolle kennisvermeerdering kunnen komen. Ik wil me graag blijven inzetten voor HAPS, samen met de twee andere coördinatoren, Nynke Smidt en Fanny Janssen.

Onderwijs

Tot nu toe heb ik vooral gesproken over het onderzoek en mijn ambities daarin voor de toekomst. Maar ook het onderwijs draag ik een warm hart toe en ik ontleen veel voldoening aan het geven van onderwijs en het begeleiden van studenten. Ik blijf me graag inzetten voor onze zeer goed bekend staande Bachelor- en Master-opleiding in de sociologie, en ook voor de Research Master en de ICS-onderzoekersopleiding.



Figuur 12 Het relatieve belang van verschillende domeinen van welbevinden volgens ouderen in Oost-Groningen (naar Douma et al., 2015).

Tot slot

Ik ben bijna aan het einde van mijn rede. Aan het begin liet ik u het interview met Ed van Thijn zien en wat hij zei over zijn sociale relaties. Nu denkt u misschien: ja, Ed van Thijn is een hoogopgeleide man en een bekende Nederlander. Die heeft misschien wel andere sociale behoeften dan gewone Nederlanders. Nee, dat blijkt niet zo te zijn. Linden Douma heeft in haar promotie-onderzoek interviews met 66 ‘gewone’ ouderen in Oost-Groningen gehouden en hun gevraagd wat zij het meest belangrijk vinden voor hun welbevinden (Douma et al., 2015).

De resultaten zijn weergegeven in een zogenaamde woordwolk (zie Figuur 12), waarbij de grootte van de letters het relatieve belang van de domeinen van welbevinden weergeven. Ziehier: **de kracht van sociale relaties**.

Ik wens u allen een sociaal vervullend leven toe.

Ik heb gezegd.

Literatuur

- Adler, N. E., Epel, E. S., Castellazzo, G., & Ickovics, J. R. (2000). Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: Preliminary data in healthy white women. *Health Psychology, 19*, 586-592.
- Baumeister, R. F., DeWall, C. N., Ciarocco, N. J., & Twenge, J. M. (2005). Social exclusion impairs self-regulation. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*, 589-604. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.88.4.589>
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin, 117*, 497- 529.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist, 54*, 165-181. doi:10.1037/0003-066X.54.3.165
- Douma, L., Steverink, N., Hutter, I., & Meijering, L. (2015). Exploring subjective well-being in older age by using participant-generated word clouds. *The Gerontologist*. Online voorpublicatie. doi: 10.1093/geront/gnv119
- Frieswijk, N., Steverink, N., Buunk, B. P., & Slaets, J. P. J. (2006). The effectiveness of a bibliotherapy in increasing the self-management ability of slightly to moderately frail older people. *Patient Education and Counseling, 61*, 219-227.
- Goedendorp, M. M. & Steverink, N. (2016). Interventions based on Self-Management of Well-being theory: Pooling data to demonstrate mediation and ceiling effects, and to compare formats. *Aging and Mental Health*. Online voorpublicatie. doi: 10.1080/13607863.2016.1182967
- HAPS (z.j.). *Healthy Ageing, Population and Society* (z.j.). Ontleend aan <http://www.rug.nl/research/healthy-ageing/population-society/>
- Hawkey, L. C. & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine, 40*, 218- 227. doi: 10.1007/s12160-010-9210-8
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLOS Medicine, 7*(7), 1-20.
- Kremers, I. P., Steverink, N., Albersnagel, F. A., & Slaets, J. P. J. (2006). Improved self-management ability and well-being in older women after a short group intervention. *Aging and Mental Health, 10*, 476-84.
- Kuiper, D., Goedendorp, M. M., Sanderman, R., Reijneveld, S.A., & Steverink, N. (2015a). Identifying the determinants of use of the G&G interventions for older adults in health and social care: protocol of a multilevel approach. *BMC Research Notes, 8*, 296. doi: 10.1186/s13104-015-1262-1

- Kuiper, D., Goedendorp, M. M., & Steverink, N. (2015b). *Contact houden met elkaar: een onderzoek naar informele sociale steunstructuren na de GRIP&GLANS groepscursus*. Utrecht: Movisie. Ontleend aan <https://www.movisie.nl/publicaties/contact-houden-elkaar>
- Lindenberg, S. (1996). Continuities in the Theory of Social Production Functions. In S. M. Lindenberg and H. B. G. Ganzeboom (Eds.), *Verklarende sociologie: opstellen voor Reinhard Wippler* (blz. 169–184). Amsterdam: Thesis Publishers.
- Lindenberg, S. (2013). Social rationality, self-regulation and well-being: The regulatory significance of needs, goals, and the self. In R. Wittek, T. A. B. Snijders, & V. Nee (Eds.), *Handbook of Rational Choice Social Research* (pp. 72–112). Stanford: Stanford University Press.
- Marmot, M. (2004). *Status syndrome. How your social standing directly affects your health and life expectancy*. London: Bloomsbury Publishing.
- Pinedo, D. (2012). Ik hoor er niet meer bij. Sprekend Ed van Thijn. *NRC Weekend*, 13-14 oktober 2012, blz. 16-17.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: family social environment and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330-366.
- Scholtens, S., Smidt, N., Swertz, M. A., Bakker, S. J., Dotinga, A., Vonk, J. M., ... Stolk, R. P. (2014). Cohort Profile: LifeLines, a three-generation cohort study and biobank. *International Journal of Epidemiology*, Advance Access published December 14, 2014. doi: 10.1093/ije/dyu229
- Schuermans, H. (2004). *Promoting Well-being in Frail Elderly People: Theory and Intervention*, Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen. Ontleend aan <http://dissertations.ub.rug.nl/faculties/medicine/2004/j.e.h.m.schuermans>
- Steverink, N. (2009). Gelukkig en gezond ouder worden: welbevinden, hulpbronnen en zelfmanagementvaardigheden. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 40, 244- 252.
- Steverink, N. (2014). Successful development and aging: theory and intervention. In N.A. Pachana & K. Laidlaw (Eds), *The Oxford Handbook of Clinical Geropsychology* (pp. 84-103). Oxford: Oxford University Press.
- Steverink, N. & Goedendorp, M. M. (2012). *Improvement of psychological well-being by empowerment of informal networks: the GRIP and GLEAM intervention by and for older adults themselves*. (Samenvatting ZonMw subsidie, projectnummer 200210016). Ontleend aan <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/improvement-of-psychological-well-being-by-empowerment-of-informal-networks-the-grip-and-gleam-inte/samenvatting/>
- Steverink, N. & Lindenberg, S. (2006). Which social needs are important for subjective wellbeing? What happens to them with aging? *Psychology and Aging*, 21, 281-90.
- Steverink, N. & Lindenberg, S. (2008). Do good self-managers have less physical and social resource deficits and more well-being in later life? *European Journal of Ageing*, 5, 181–190.

- Steверink, N., Lindenberg, S., & Slaets, J. P. J. (2005). How to understand and improve older people's self-management of wellbeing. *European Journal of Ageing*, 2, 235-244.
- Steверink, N., Lindenberg, S., Spiegel, T., & Nieboer, A. P. (2016). Social needs according to SPF theory: Their measurement and associations with health and well-being. Manuscript in voorbereiding.
- Zantinge, E. M. (2014). Hoeveel mensen zijn eenzaam? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning*, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. Ontleend aan <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/eenzaamheid/hoeveel-mensen-zijn-eezaam>
- ZonMw (z.j.). *Nationaal Programma Ouderenzorg*. Ontleend aan <http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/nationaal-programma-ouderenzorg/algemeen/>

