

Oorspronkelijke stukken

*Succesvol oud op hoge leeftijd; de 'Leiden 85-plus Studie'**

A. BOOTSMA-VAN DER WIEL, M. VON FABER, E. VAN EXEL, J. GUSSEKLOO, A. M. LAGAAY, E. VAN DONGEN, D. L. KNOOK, S. VAN DER GEEST EN R. G. J. WESTENDORP‡

Veel onderzoekprogramma's, conferenties en politieke rapporten gaan over succesvol oud worden, gezond oud worden of over andere positief geformuleerde varianten van oud worden. Het begrip 'succesvol oud' is echter voor meer dan één uitleg vatbaar. In de literatuur zijn twee theorieën te onderscheiden.

Rowe en Kahn omschreven 'succesvol oud-zijn' als het positiefste uiterste van 'normaal oud' op een bepaald tijdstip.^{1,2} In dit concept wordt succesvol oud gezien als superieur aan normaal oud-zijn. Verschillende bevolkingsstudies naar succesvol oud gebruikten eenzelfde definitie.³⁻⁶ Andere omschrijvingen die worden gebruikt zijn 'de elite van gezonde oude mensen' en 'robuust oud worden'.⁷

Daarnaast beschrijven Baltes en Baltes succesvol oud worden als een succesvolle aanpassing van het individu aan veranderingen gedurende het ouder worden.⁸ Op een vergelijkbare manier omschrijven Havighurst⁹ en Keith et al.¹⁰ succesvol oud worden als het behalen van individueel gestelde doelen en het tevreden zijn over het eigen leven.

Om de betekenis van het begrip 'succesvol oud' nader uit te diepen, onderzochten wij binnen de 'Leiden 85-plus Studie' (a) hoeveel 85-jarige deelnemers succesvol oud-zijn, uitgaande van een definitie van optimaal functioneren en welbevinden (kwantitatieve benadering), en (b) wat vanuit het perspectief van oudste ouderen succesvol oud betekent (kwalitatieve benadering). Vervolgens werden de verschillen tussen de uitkomsten van beide benaderingen geanalyseerd in teamdiscussies.

*Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd in *Archives of Internal Medicine* (2001;161:2694-700) met als titel 'Successful aging in the oldest old. Who can be characterized as successfully aged?'.
‡Dit artikel wordt afgedrukt met alle auteurs van de eerdere publicatie.

Leids Universitair Medisch Centrum, afd. Algemene Interne Geneeskunde, sectie Gerontologie en Geriatrie, Postbus 9600, 2300 RC Leiden.

Mw.dr.A.Bootsma-van der Wiel en hr.dr.E.van Exel, artsen-onderzoekers; mw.dr.M.von Faber, medisch antropoloog (tevens: Universiteit van Amsterdam, afd. Sociologie/Antropologie, Amsterdam); mw.dr.J.Gussekkloo, huisarts; mw.dr.A.M.Lagaay, internist-klinisch geriater; hr.prof.dr.D.L.Knook, gerontoloog; hr.prof.dr.R.G.J.Westendorp, internist-epidemioloog.

Universiteit van Amsterdam, afd. Sociologie/Antropologie, Amsterdam.

Mw.dr.E.van Dongen en hr.prof.dr.S.van der Geest, medisch antropologen.

Correspondentieadres: mw.dr.J.Gussekkloo (jgussekkloo@lumc.nl).

Zie ook het artikel op bl. 979.

SAMENVATTING

Doel. Bepalen hoeveel 85-jarige personen in de bevolking succesvol oud waren, volgens de definitie 'optimaal functioneren en welbevinden' (kwantitatieve benadering) en volgens henzelf (kwalitatieve benadering).

Opzet. Dwarsdoorsnedeonderzoek.

Methode. Alle inwoners van Leiden die waren geboren in de periode 1 september 1912-31 augustus 1914, werden kort na hun 85e verjaardag gevraagd aan het onderzoek mee te doen. Het aantal deelnemers was 599 (87%): 397 vrouwen en 202 mannen. Tijdens een bezoek aan huis werden vragenlijsten met hen ingevuld en bij een representatieve groep van 27 deelnemers werd een diepte-interview gehouden over hun ervaringen met het oud worden en oud-zijn.

Resultaten. Van de 599 deelnemers hadden 267 (45%) optimale scores voor welbevinden, 79 (13%) voor functioneren en 58 (10%) voor beide criteria voor succesvol oud-zijn. Van de 27 geïnterviewde personen omschreven 22 (81%) zichzelf als tevreden met hun leven en als succesvol oud. Deelnemers vonden optimaal functioneren belangrijk om succesvol oud te kunnen zijn, maar beschouwden het hebben van sociale contacten als de belangrijkste voorwaarde voor welbevinden. Het vermogen om zich te kunnen aanpassen aan beperkingen was essentieel om tevreden te blijven en succesvol oud te zijn.

METHODE

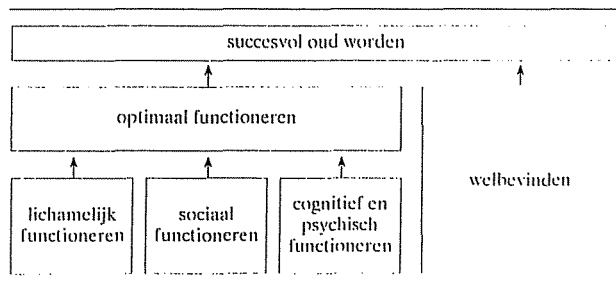
Deelnemers en procedure. De 'Leiden 85-plus Studie' is een longitudinale bevolkingsstudie naar de gezondheid, het functioneren en het welbevinden van oudste ouderen. Het algemene doel is om na te gaan wat bepalende factoren zijn voor succesvol oud worden en welke van deze factoren eventueel te beïnvloeden zijn om 'niet succesvol oud worden' te kunnen voorkomen. De Commissie Medische Ethiek van het Leids Universitair Medisch Centrum heeft de studie goedgekeurd.

Alle inwoners van Leiden, geboren in de periode 1 september 1912-31 augustus 1914 werden kort na hun 85e verjaardag uitgenodigd om deel te nemen (n = 705). Veertien mensen overleden voordat zij konden worden benaderd en 92 mensen weigerden deelname. Uiteindelijk namen 599 mensen deel (tabel); de respons was 87%.¹¹ Alle 85-jarige deelnemers gaven toestemming voor deelname, bij deelnemers met een ernstige beperking van het cognitief functioneren werd daarbij toestemming gevraagd aan een nabij familielid. Ervaren artsen en onderzoeksverpleegkundigen bezochten de deelnemers aan huis om gegevens te verzamelen.

Demografische kenmerken van 599 (%) 85-jarige deelnemers

	alle deelnemers (n = 599)	deelnemers aan diepte-interviews (n = 27)
geslacht		
vrouw	397 (66)	18 (67)
man	202 (34)	9 (33)
huwelijkse staat		
getrouwd	198 (33)	10 (37)
verweduwd	345 (58)	14 (52)
gescheiden of ongetrouwd	56 (9)	3 (11)
woonsituatie		
zelfstandige woning	329 (55)	18 (67)
semi-zelfstandige woning	162 (27)	7 (26)
verzorgings- of verpleeghuis	108 (18)	2 (7)
inkomen		
uitsluitend AOW-uitkering	112 (19)	5 (19)
aanvullend inkomen	483 (81)	22 (81)
onbekend	4 (1)	0
opvoeding		
alleen lagere school	386 (64)	16 (59)
voortgezet onderwijs	207 (35)	11 (41)
onbekend	6 (1)	0

Kwantitatieve benadering. Succesvol oud werd gedefinieerd als een toestand van optimaal functioneren en optimaal welbevinden op het moment van de huisbezoeken. Gebaseerd op de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) werd functioneren gemeten op zowel lichamelijk, geestelijk, als sociaal gebied (figuur 1).¹² Het lichamelijk functioneren werd gemeten met de 'Groningen activity restriction scale' (GARS),¹³ een vragenlijst die beperkingen in het functioneren in de basale en instrumentele bezigheden van het dagelijks leven meet. De GARS-score kan uiteenlopen van 18 punten (volledig zelfstandig) tot 72 punten (volledig afhankelijk); optimaal lichamelijk functioneren werd gedefinieerd als een GARS-score in het beste tertiel van de onderzoekspopulatie. Het geestelijk functioneren werd gemeten met twee vragenlijsten. De aanwezigheid van cognitieve beperkingen werd gemeten met de 'Minimal state examination' (MMSE).¹⁴ De 'Geriatric depression scale' (GDS-15) werd afgenomen om eventuele depressieve kenmerken op te sporen.¹⁶ Voor succesvol oud werd zowel de afwezigheid van ernstige cognitieve beperkingen (MMSE-score > 18) als de afwezigheid van duidelijke depressieve gevoelens (GDS-score ≤ 4) als voorwaarden gesteld. Het sociaal functioneren werd gemeten met het gedeelte van de 'Time spending



FIGUUR 1. Kwantitatief model voor succesvol oud worden.

pattern questionnaire' (TSP) dat deelname aan sociale activiteiten meet.¹⁷ De TSP-score kan uiteenlopen van 10 (geen sociale activiteiten) tot 40 punten (sociaal zeer actief). Als optimaal sociaal functioneren werd gedefinieerd een TSP-score in het beste, bovenste, tertiel.

Welbevinden werd met drie verschillende meetinstrumenten gemeten. De Cantril-ladder,¹⁸ een visuele analoge schaal van 1 tot 10, werd gebruikt om de ervaren kwaliteit van leven te meten. Ter aanvulling werd de vraag gesteld 'Bent u over het algemeen genomen tevreden over uw huidige leven?' De antwoorden op deze vraag konden variëren tussen 1 (zeer ontevreden) en 5 (zeer tevreden).¹⁹ Tenslotte werd de mate van eenzaamheid gemeten met de vragenlijst ontwikkeld door De Jong-Gierveld en Kamphuis.²⁰ Het samengestelde criterium voor optimaal welbevinden was een goede kwaliteit van leven (score op de Cantril-ladder in bovenste tertiel), hoge mate van tevredenheid over het huidige leven (score op tevredenheidsvraag in bovenste tertiel) en de afwezigheid van duidelijke gevoelens van eenzaamheid (eenzaamheidsscore < 4).

Bij deelnemers met een ernstige cognitieve beperking (MMSE-score ≤ 18 punten) werden de GDS-15 en de eenzaamheidsvragenlijst niet afgenomen, omdat deze vragenlijsten dan geen betrouwbare uitkomsten geven.

Kwalitatieve benadering. In diepte-interviews met deelnemers aan de 'Leiden 85-plus Studie' werden ervaringen van de ouderen zelf gedurende het oud worden en het oud-zijn besproken, het begrip 'succesvol oud' en de rol die gezondheid hierin speelt. Door een interviewtechniek met voornamelijk open vragen werden motivaties, ideeën en overtuigingen van de deelnemers geëxploreerd.²¹ Deelnemers werden uitgenodigd voor de kwalitatieve interviews onafhankelijk van de uitkomsten van de vragenlijsten en de functieschalen.²¹ Echter, personen met ernstige cognitieve beperkingen werden niet in staat geacht deel te nemen aan een diepte-interview over een dergelijk abstract onderwerp. Er werd gestreefd naar het verkrijgen van een groep deelnemers die een goede weerspiegeling gaf van de heterogeniteit van de totale groep oudste ouderen. Uiteindelijk bleek dat de 27 deelnemers aan de diepte-interviews vergelijkbaar waren met de totale groep deelnemers betreffende de demografische karakteristieken (zie de tabel).

Alle 27 deelnemers werden 2 of meer keren bezocht door een medisch antropoloog (M.v.F.) en een aantal deelnemers werden in hun thuissituatie geobserveerd. De interviews werden opgenomen op geluidsband en getranscribeerd. In de analysefase werden de interviews vergeleken op overeenkomsten en verschillen. Begrippen als 'gezondheid' en 'succesvol oud worden' werden geanalyseerd op basis van hun eigenschappen, dimensies en relaties.²³

Teamdiscussie. De kwantitatieve beoordelingen van de eerste 150 deelnemers werden gestructureerd geëvalueerd binnen een multidisciplinair team, bestaande uit de onderzoeksverpleegkundige, een medisch antropoloog (M.v.F.), een internist-klinisch geriater (A.M.L.), een huisarts (J.G.) en 2 artsen-onderzoekers (A.B.v.d. W. en E.v.E.).

RESULTATEN

Lichamelijk functioneren

Kwantitatieve resultaten. Van de 599 deelnemers waren 120 (20%) afhankelijk in één of meer basale activiteiten als het aankleden en het wassen van het hele lichaam. In totaal hadden 203 personen een GARS-score van 23 punten of minder (het beste tertiel) en werden dus geclassificeerd als optimaal lichamelijk functionerend. Deze deelnemers hadden slechts kleine beperkingen in activiteiten, zoals zwaar huishoudelijk werk en het knippen van teennagels.

Kwalitatieve resultaten. De deelnemers namen het functioneren van leeftijdsgenoten als referentie voor het beoordelen van het eigen functioneren. Achteruitgang van het lichamelijk functioneren werd gezien als inherent aan het ouder worden. Deelnemers die beperkt waren in hun dagelijks functioneren vonden acceptatie en aanpassing essentieel om tevreden te blijven (casus A). Vrijwel alle deelnemers probeerden het dagelijks functioneren positief te beïnvloeden door bijvoorbeeld te anticiperen (verhuizen naar een aangepaste woning) of door risico's te vermijden (stoppen met fietsen).

De meeste deelnemers spraken over gezondheid op hun leeftijd als het in stand blijven van basale functies als zien, horen en mobiliteit, en de afwezigheid van pijn en van levensbedreigende ziekten (casus A). Degenen met een goede gezondheid vonden dat zij geluk hadden gehad en beschouwden deze goede gezondheid niet als een persoonlijk behaald 'succes'.

Casus A. 'Ik ben gehandicapt, maar ik voel me gezond.'

Een 85-jarige, vriendelijke, man woonde zelfstandig. Hij was nooit getrouwd geweest en zorgde lange tijd voor zijn ouders. Hij zat in een rolstoel nadat hij bijna 24 jaar geleden een beroerte had gekregen. Hij had verschillende andere hulpmiddelen in huis. Hoewel hij beperkt was in zijn mogelijkheden, voelde hij zich gezond en onafhankelijk. Hij was trots op het feit dat hij zelf zijn bed verschoonde, ook al kostte hem dit een hele morgen. Hij noemde acceptatie van, en aanpassing aan lichamelijke beperkingen de belangrijkste voorwaarden voor succesvol oud worden: 'Ik ben op sommige punten afhankelijk van anderen, daar kan niemand ooit iets aan veranderen. Maar op andere punten wil ik proberen zo lang mogelijk onafhankelijk te blijven.'

Sociaal functioneren

Kwantitatieve bevindingen. In totaal 218 personen (36%) hadden een TSP-score van 20 punten of meer (beste tertiel) en werden geclassificeerd als optimaal sociaal functionerend. Zij namen deel aan meerdere sociale activiteiten zoals bezoek ontvangen, telefoneren en clubs of kerkdienst bezoeken.

Kwalitatieve bevindingen. De meeste deelnemers vonden goed sociaal functioneren essentieel voor het welbevinden en succesvol oud worden. In tegenstelling tot de gebruikte individuele kwantitatieve criteria beoordeelden veel echtparen hun sociaal functioneren gezamenlijk (casus B). De meeste deelnemers vonden dat sociale contacten op latere leeftijd het gevolg waren van investeringen op jongere leeftijd. Zij accepteerden het te-

ruglopen van het aantal sociale activiteiten door lichamelijke beperkingen, maar vonden de kwaliteit van contacten uitermate belangrijk. Daarnaast kon één gemist contact zwaarder tellen dan vele bestaande sociale contacten (casus C).

Casus B. 'We zijn samen gelukkig, maar als de ander overlijdt ...'

Een 85-jarige man prees zichzelf gelukkig omdat hij nog steeds met zijn vrouw samen was. Zij vulden elkaar prima aan. Hij kon goed luisteren en had een speciale band met een zoon en een kleinzoon die beiden een psychische aandoening hadden. Zij kwamen vaak op bezoek en hij gaf hun steun. Als echtpaar hadden zij veel sociale contacten. Zijn 85-jarige echtgenote nam meestal het initiatief door vrienden, familieleden en bekenden te bellen. De man ging vervolgens met zijn vrouw mee op bezoek en ondersteunde haar dan bij het lopen.

Casus C. 'Schijn bedriegt.'

Een 84-jarige vrouw en haar 85-jarige man woonden in een mooi huis met een tuin en hadden veel sociale contacten. Zij leken zich prima aan te passen aan hun hoge leeftijd. De vrouw beschouwde zichzelf echter niet als succesvol oud. Jaren geleden was er een heftig conflict tussen haar echtgenoot en haar dochter. Zij koos toen partij voor haar echtgenoot en had sindsdien geen contact meer gehad met haar dochter. Dit gaf de vrouw een voortdurend gevoel van verlies en zij vond dat zij als moeder was tekortgeschoten. Alle successen in haar leven werden overschaduwed door dit verlies.

Cognitief en psychisch functioneren

Kwantitatieve bevindingen. Een ernstige beperking van het cognitief functioneren (MMSE \leq 18) werd geconstateerd bij 99 personen (17%). Een depressie (GDS $>$ 4) werd bij 118 personen zonder ernstige vermindering van de cognitie geconstateerd (24% van de overige 500 deelnemers). Er bleven daarom 382 van de 599 deelnemers (64%) over die voldeden aan de gestelde voorwaarden voor cognitief en psychisch functioneren.

Kwalitatieve bevindingen. De meeste deelnemers waren bang voor cognitieve achteruitgang omdat men dit zag als een verlies van de eigen persoonlijkheid. Men prees zichzelf gelukkig dat men nog 'geestelijk goed bij was' en enkelen probeerden het geheugen op peil te houden door geheugentraining. Van de 27 geïnterviewden voelden 5 zich somber (casus D).

Casus D. 'Waarom wordt mijn mond op slot gedaan?'

Een 85-jarige vrouw woonde in een serviceflat. Haar echtgenoot was drie jaar geleden overleden en inmiddels waren ook vier van haar zes kinderen overleden. Zij was slecht mobiel vanwege een loszittende heupprothese waaraan zij vanwege haar hartklachten niet meer kon worden geopereerd. Zij had hierdoor veel pijn en bracht de meeste tijd binnenshuis door. Zij was somber door haar pijn en door het verlies van haar geliefden, maar ook doordat zij bij niemand haar hart kon luchten. 's Nachts, als zij niet kon slapen, praatte zij tegen de foto's in de huiskamer. Zij had behoefte aan emotionele steun en begrip van haar familie en leeftijdsgenoten, maar deze toonden weinig begrip voor haar sombere stemming. Een zoon die in Frankrijk woonde, reageerde eens zo: 'Mam, nu moet je ophouden! Ik wil niet meer van die verdrietige verhalen horen, ik wil een gelukkige moeder hebben!'

Welbevinden

Kwantitatieve bevindingen. In totaal 290 deelnemers waren tevreden met hun huidige leven (score 4 of 5) en hadden tevens hoge scores op de Cantril-ladder (hoogste tertiel > 7). Van deze 290 deelnemers waren 23 personen volgens de criteria eenzaam. Uiteindelijk voldeden 267 van de 599 personen (45%) aan de criteria voor optimaal welbevinden.

Kwalitatieve bevindingen. Voor de meeste ouderen was welbevinden equivalent aan succesvol oud. Het vermogen om zichzelf aan te passen en een positieve attitude te houden waarbij men zich richt op datgene wat men nog heeft ('het tellen van je zegeningen') werden genoemd als essentiële voorwaarden voor welbevinden (casus A). Deelnemers benadrukten het belang van karakter en persoonlijkheid hierbij. Aanpassing moest wel binnen bepaalde grenzen gebeuren zodat het bleef passen binnen iemands zelfbeeld. Karakter en persoonlijkheid werden beschouwd als factoren die de mate van welbevinden beïnvloeden. Casus E en F laten zien dat het huidige welbevinden gerelateerd kan zijn aan toekomstverwachtingen of het verleden.

Casus E. 'Ik dank God dat ik niet lang meer hoef te wachten voor ik mijn vrouw terugzie!'

Een 85-jarige man en een 82-jarige vrouw, bijna 62 jaar getrouwd, waren verhuisd van hun eigen huis naar een tweepersoonskamer in een verzorgingshuis. Een paar maanden na de verhuizing overleed de vrouw aan complicaties van een grote operatie. De man moest opnieuw verhuizen, ditmaal naar een éénpersoonskamer. Ondanks deze grote veranderingen en verschillende toenemende gezondheidsklachten bleef hij tevreden. Hij was God dankbaar voor de gelukkige jaren die hij met zijn vrouw mocht delen en hij zag er naar uit om haar weer te ontmoeten in een leven na de dood.

Casus F. 'Een gelukkig heden versus een traumatisch verleden.'

Een 85-jarige vrouw vergeleek haar huidige leven met haar moeilijke jeugd. Deze werd gedomineerd door gevoelens van angst en machteloosheid vanwege een incestueuze relatie met haar vader. Zij had een gelukkig huwelijk waarin zij in het reine kon komen met haar verleden. Nu zij oud was, genoot zij volop van de genegenheid van haar kinderen en kleinkinderen. Zij beschouwde zichzelf als een gelukkig mens. Haar positieve opvatting over haar huidige situatie was nauw verbonden met de herinneringen aan haar jeugd. Zij vond haar lichamelijke beperkingen niet zo belangrijk. Veel belangrijker voor haar welbevinden waren haar goede relaties met vrienden en familie. In deze sociale relaties had zij gedurende haar hele leven geïnvesteerd.

Succesvol oud worden

Kwantitatieve bevindingen. In totaal 79 deelnemers (13%) voldeden aan de gestelde criteria voor optimaal functioneren, en 267 deelnemers (45%) aan die voor optimaal welbevinden. 58 personen (10%) hadden zowel een optimaal functioneren als ook een optimaal welbevinden en werden dus geclassificeerd als succesvol oud. Demografische kenmerken zoals geslacht, burgerlijke staat, inkomen en opleiding hadden geen invloed op de uitkomsten van succesvol oud (gegevens niet gepresenteerd). Ouderen die in een verpleeg- of verzorgingshuis

woonden, waren zelden succesvol oud (2 van de 102 deelnemers).

Om het effect van de keuze van de criteria op de uitkomsten van het vóórkomen van succesvol oud te bestuderen, werden ook verschillende alternatieve criteria gebruikt. Het percentage deelnemers dat dan als succesvol oud kon worden geclassificeerd, lag tussen 9 en 16 (data niet weergegeven).

Kwalitatieve bevindingen. Van de 27 oudere deelnemers die werden geïnterviewd, omschreven 22 zichzelf – hetzij als individu, hetzij als echtpaar – als tevreden met hun leven én als succesvol oud. Lichamelijk en geestelijk functioneren werden gezien als belangrijke factoren voor succesvol oud, omdat zij mogelijkheden tot sociaal functioneren beïnvloedden. Deelnemers zagen het contact met vrienden en familie als belangrijk voor succesvol oud worden. Deze contacten kwamen voort uit investeringen op jongere leeftijd in hun rol als ouder, familielid, vriend, buurman of collega. Ouderen zagen het onderhouden van de sociale contacten als iets dat zij zelf konden doen om succesvol oud te worden.

Ouderen beschouwden succesvol oud worden als een persoonlijk en contextgebonden aanpassingsproces. Deelnemers verwezen veelvuldig naar hun persoonlijke levensgeschiedenis en hun sociale omgeving. 'Er het beste van maken' werd genoemd als een belangrijk middel om lichamelijke beperkingen te kunnen overwinnen.

Teamdiscussie

De teamdiscussies over de eerste 150 deelnemers richtten zich vooral op deelnemers die op basis van de observaties en verhalen succesvol oud leken te zijn, maar welke niet aan de gestelde criteria voor succesvol oud voldeden. De belangrijkste discussiepunten staan hieronder samengevat.

Allereerst was er vaak discussie over discrepanties tussen de mate van onafhankelijkheid in het dagelijks leven en aanwezige beperkingen van het lichamelijk functioneren. Verschillende deelnemers met lichamelijke beperkingen regelden zelf hulp en waren daarmee zelfstandig in het dagelijks leven. Deze deelnemers waren volgens de gebruikte kwantitatieve maten niet succesvol oud. De teamleden waren het met deze uitkomst regelmatig oneens. Daarnaast vonden de meeste teamleden dat sociale activiteiten die deelnemers op eigen initiatief ondernamen zwaarder zouden moeten wegen dan passieve sociale activiteiten (bijvoorbeeld in het verzorgingshuis iedere dag naar de koffietafel gereden worden door de verzorgende). Omdat sommige deelnemers tevreden waren met weinig sociale activiteiten en er de voorkeur aan gaven om alleen te zijn, werd classificatie van deze deelnemers als minder succesvol vanwege lage scores voor sociaal functioneren, ter discussie gesteld.

Op het gebied van welbevinden ging de teamdiscussie vooral over de scores op de Cantril-ladder. Sommige deelnemers zouden zichzelf uit bescheidenheid nooit 10 punten geven, terwijl anderen zichzelf zonder enige aarzeling 9 van de 10 punten toedichtten. Soms gaven de deelnemers zichzelf een cijfer op de Cantril-ladder dat door de onderzoeksverpleegkundige niet werd be-

grepen. Tijdens de teamdiscussies kwam naar voren dat hiervoor kennis over het referentiekader van de deelnemers nodig zou zijn.

In discussies over de classificatie van deelnemers betreffende succesvol oud werd vaak aangevoerd dat het gebruiken van strikte criteria op het moment van meten geen enkele ruimte laat voor (tijdelijke) omstandigheden in de persoonlijke sfeer of in de leefomgeving. Sommige ouderen hadden lagere scores op functioneren door tijdelijke omstandigheden, zoals de ziekte van een partner of een vakantie. De leden van het onderzoeksteam vonden dat een dergelijke momentopname de individuele classificatie beperkte.

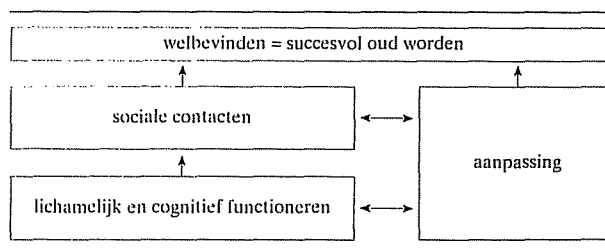
BESCHOUWING

Binnen de 'Leiden 85-plus Studie' bestudeerden wij de betekenis van 'succesvol oud', een begrip dat voor meer dan één uitleg vatbaar is. In het eerste kwantitatieve deel van de studie werd succesvol oud gedefinieerd als een toestand van optimaal algemeen functioneren en welbevinden. Volgens deze definitie was 10% van de deelnemers succesvol oud. Deze 85-jarige ouderen hadden slechts geringe lichamelijke beperkingen, hadden regelmatige sociale activiteiten, functioneerden cognitief en psychisch goed en voelden zich in hoge mate tevreden over het leven. Veel ouderen waren tevreden over hun recente leven, ondanks aanwezige beperkingen in het dagelijks functioneren. Dit verschijnsel staat bekend als de beperkingenparadox en is ook beschreven bij andere leeftijdsgroepen en patiëntengroepen.²⁴⁻²⁶

Het kwalitatieve deel van de studie liet zien dat het percentage ouderen die zichzelf beschouwden als succesvol oud veel hoger was. Deelnemers vonden optimaal functioneren belangrijk om succesvol oud te worden. Zij beschouwden het hebben van sociale contacten echter als de belangrijkste voorwaarde voor welbevinden en dus voor succesvol oud worden. Succesvol oud worden was geen kwestie van optimaal lichamen functioneren, maar van een goed verlopen proces van aanpassing aan lichamelijke beperkingen; succesvol betekende dan dat de betrokken persoon tevreden was met het huidige leven.²⁷

Op grond van de kwalitatieve bevindingen werd een ander nieuw model voor succesvol oud opgesteld, zoals schematisch weergegeven in figuur 2. Functioneren en welbevinden zijn hierin niet meer in gelijke mate belangrijk, zoals werd geschetst in figuur 1. Aanpassing is toegevoegd aan dit model. Door het in acht nemen van de verschillende belangen die ouderen hechten aan de domeinen kan men de beperkingenparadox verklaren. Verder kan gedurende de levensloop de hiërarchie van de verschillende domeinen veranderen, zoals verondersteld wordt in de sociale-productiefunctie-theorie; daarin wordt aangenomen dat mensen hun welbevinden proberen te optimaliseren binnen hun beperkingen.²⁸ Zo verwachten en accepteren oudste ouderen op grond van hun kalenderleeftijd lichamelijke achteruitgang.²⁹

Het belangrijkste resultaat van deze studie is een relativisering van de cijfers door het verbinden van resultaten van een kwantitatieve en kwalitatieve studiebenenade-



FIGUUR 2. Aangepast model voor succesvol oud worden.

ring.³⁰ Voorzover ons bekend, is het vergelijken van verschillende manieren van meten van 'succesvol oud-zijn' niet eerder beschreven. Andere studies inzake succesvol oud worden waren primair gericht op lichamelijke aspecten.³⁻⁶ Deze studies laten dan ook andere resultaten zien van succesvol oud worden. De groepsdiscussies brachten tekortkomingen in de metingen en de classificatie van deelnemers aan het licht. De deelnemers en de onderzoekers waren ervan overtuigd dat een goed aanpassingsvermogen belangrijk was om succesvol oud te worden. Er zijn ons geen werkzame manieren bekend om dit aanpassingsvermogen te meten bij oudste ouderen.

Optimaal functioneren is belangrijk, maar niet zaligmakend voor succesvol oud-zijn. Het aanpassen aan de beperkingen die samengaan met het ouder worden, blijkt van minstens even groot belang. Deze resultaten zijn van belang voor artsen, onderzoekers en beleidsmakers. Artsen moeten zich meer bewust worden van het feit dat ouderen hun lichamen en geestelijk functioneren zien als hulpmiddel voor goed sociaal functioneren. Onderzoekers zouden zich met meer domeinen moeten bezighouden dan alleen het lichamen functioneren. Beleidsmakers, tenslotte, hebben de verantwoordelijkheid om succesvol oud-zijn niet alleen te zien als optimaal functioneren, maar bovenal als het tevreden zijn over het leven.

D.J.Vinkers, arts-onderzoeker, en dr.J.Gussekkoo, huisarts, beiden werkzaam bij de sectie Gerontologie en Geriatrie, bewerkten het oorspronkelijke artikel tot dit manuscript.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: de 'Leiden 85-plus Studie' werd in de periode 1997-2002 gedeeltelijk gefinancierd met een subsidie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

ABSTRACT

Successful aging: 'the Leiden 85-plus Study'

Objective. To determine how many 85-year-old persons in the population were aging successfully, according to the definition 'optimal functioning and well-being' (quantitative approach) and according to themselves (qualitative approach).

Design. Cross-sectional study.

Method. All inhabitants of Leiden, the Netherlands, who were born during the period 1 September 1912-31 August 1914 were asked, shortly after their 85th birthday, to participate in the study. The number of participants was 599 (87%): 397 women and 202 men. During a home visit, they were assisted in completing questionnaires and, in a representative group of

27 participants, an in-depth interview was carried out about their experiences when aging and as an elderly person.

Results. Of the 599 participants, 267 (45%) had optimal scores for well-being, 79 (13%) had optimal scores for functioning and 58 (10%) had optimal scores for both successful aging criteria. Of the 27 interviewees, 22 (81%) described themselves as satisfied with their life and as having aged successfully. Participants found optimum functioning to be important in being able to be old successfully, but considered having social contacts as the most important prerequisite for well-being. The ability to be able to adjust to limitations was essential to remain satisfied and thus successfully old.

LITERATUUR

- ¹ Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. *Science* 1987;237:143-9.
- ² Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Gerontologist* 1997;37:433-40.
- ³ Berkman LF, Sceman TE, Albert M, Blazer D, Kahn RL, Mohs R, et al. High, usual and impaired functioning in community-dwelling older men and women: findings from the MacArthur Foundation Research Network on Successful Aging. *J Clin Epidemiol* 1993;46:1129-40.
- ⁴ Roos NP, Havens B. Predictors of successful aging: a twelve-year study of Manitoba elderly. *Am J Public Health* 1991;81:63-8.
- ⁵ Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. Successful aging: predictors and associated activities. *Am J Epidemiol* 1996;144:135-41.
- ⁶ Reed DM, Foley DJ, White LR, Heimovitz H, Burchfiel CM, Masaki K. Predictors of healthy aging in men with high life expectancies. *Am J Public Health* 1998;88:1463-8.
- ⁷ Garfein AJ, Herzog AR. Robust aging among the young-old, old-old, and oldest-old. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1995;50: S77-87.
- ⁸ Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful ageing: the model of selective optimization with compensation. In: Baltes PB, Baltes MM, editors. *Successful ageing: perspectives from the behavioural sciences*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990. p. 1-34.
- ⁹ Havighurst RJ. Successful aging. In: Williams RH, Tibbits C, Donahue W, editors. *Processes of aging*. New York: Atherton Press; 1963. p. 299-320.
- ¹⁰ Keith J, Fry CL, Ikels C. Community as context for successful aging. In: Sokolovsky J, editor. *The cultural context of aging: world-wide perspectives*. New York: Bergin & Garvey; 1990. p. 245-61.
- ¹¹ Bootsma-van der Wiel A, Exel E van, Craen AJM de, Gussekloo J, Lagaay AM, Knook DL, et al. A high response is not essential to prevent selection bias: results from the Leiden 85-plus Study. *J Clin Epidemiol* 2002;55:1119-25.
- ¹² Constitution of the World Health Organization (WHO). In: *Basic documents*. Genève: WHO; 1946.
- ¹³ Suurmeijer TPBM, Doeglas DM, Moum T, Briancon S, Krol B, Sanderman R, et al. The Groningen activity restriction scale for measuring disability: its utility in international comparisons. *Am J Public Health* 1994;84:1270-3.
- ¹⁴ Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. 'Mini-mental state'. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
- ¹⁵ Heeren TJ, Lagaay AM, Beek WCA van, Rooymans HGM, Hijmans W. Reference values for the Mini-mental state examination (MMSE) in octo- and nonagenarians. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:1093-6.
- ¹⁶ Craen AJM de, Heeren TJ, Gussekloo J. Accuracy of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) in a community sample of the oldest old. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:63-6.
- ¹⁷ Eijk L van. *Activity and well-being in the elderly* [proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen; 1997.
- ¹⁸ Cantril H. *The pattern of human concern*. New Brunswick: Rutgers University Press; 1965.
- ¹⁹ Smits CH, Deeg DJH, Bosscher RJ. Well-being and control in older persons: the prediction of well-being from control measures. *Int J Aging Hum Dev* 1995;40:237-51.
- ²⁰ Jong-Gierveld J de, Kamphuis FH. The development of a Rasch-type loneliness scale. *Appl Psychol Measur* 1985;9:289-99.
- ²¹ Greenhalgh T, Taylor R. Papers that go beyond numbers (qualitative research). *BMJ* 1997;315:740-3.
- ²² Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995;311:42-5.
- ²³ Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Londen: Sage; 1998.
- ²⁴ Albrecht GL, Devlieger PJ. The disability paradox: high quality of life against all odds. *Soc Sci Med* 1999;48:977-88.
- ²⁵ Covinsky KE, Wu AW, Landefeld CS, Connors jr AF, Phillips RS, Tsevat J, et al. Health status versus quality of life in older patients: does the distinction matter? *Am J Med* 1999;106:435-40.
- ²⁶ Viemero V, Krause C. Quality of life in individuals with physical disabilities. *Psychother Psychosom* 1998;67:317-22.
- ²⁷ Deeg DJH, Kardaun JWP, Fozard JL. Health, behavior and aging. In: Birren JE, Schaic KW, editors. *Handbook of the psychology of aging*, 4th ed. New York: Academic Press; 1996. p. 129-49.
- ²⁸ Ormel J, Lindenberg S, Steverink N, Vonkorff M. Quality of life and social production functions: a framework for understanding health effects. *Soc Sci Med* 1997;45:1051-63.
- ²⁹ Ryff CD. Possible selves in adulthood and old age: a tale of shifting horizons. *Psychol Aging* 1991;6:286-95.
- ³⁰ Razum O, Gerhardus A. Methodological triangulation in public health research - advancement or mirage? *Trop Med Int Health* 1994;4:243-4.

Aanvaard op 5 maart 2003

100 jaar geleden

Statistiek

Van 1865-1901, dus gedurende 35 jaren, werd in het verslag aan den Koning, aan de Koningin Regentes, aan de Koningin, van de handelingen van het geneeskundig Staatstoezicht, opgenomen de statistiek van de sterfte naar den leeftijd en naar de oorzaken van den dood. Thans maakt die statistiek geen deel meer uit van bovengenoemd verslag en wordt voor het eerst in 1901 bewerkt door het centraal bureau voor de statistiek. Ik zal mij haasten hierbij te voegen, dat bij de Gebr. BELINFANTE in den Haag, deze statistiek afzonderlijk verkrijgbaar is tegen betaling van f 0.70.

(Ingezonden. *Ned Tijdschr Geneesk* 1904;48I:763.)

Alarmnummer

Om het verschaffen van hulp bij plotselinge ziektegevallen of ongelukken zooveel mogelijk te bespoedigen, is de telefoon-dienst zóó ingericht, dat te Berlijn en omgeving ieder terstond wordt verbonden met de 'centrale' der 'Rettungsgesellschaft' als hij alleen het woord Rettungsgesellschaft noemt. Ook heeft de vereniging van koffiehuishouders besloten, hun telefoon des nachts tot ieders beschikking te stellen om geneeskundige hulp of bijstand van de reddingsposten in te roepen. Men behoeft dan niet 'iets te gebruiken'. Een bordje aan den ingang der koffiehuizen zal aanwijzen, of er een telefoon is.

(Berichten Buitenland. *Ned Tijdschr Geneesk* 1904;48I:563.)