

## Hoofdstuk 7. Succesvol oud op hoge leeftijd

Margaret von Faber & Annetje Bootsma-van der Wiel, Eric van Exel,  
Jacobijn Gussekloo, Gooke Lagaay, Els van Dongen, Dick Knook,  
Sjaak van der Geest, Rudi Westendorp<sup>1</sup>

Het thema 'Succesvol oud worden' staat wereldwijd in de belangstelling. Veel beleidsmakers zijn geïnteresseerd in de gevolgen van de steeds ouder wordende bevolking op de samenleving (1). Veel onderzoekprogramma's, conferenties en politieke rapporten gaan over succesvol oud worden, gezond oud worden of over andere positief geformuleerde varianten van ouder worden. Het begrip succesvol oud worden is echter voor meer dan één uitleg vatbaar. Er zijn twee belangrijke perspectieven te onderscheiden. Succesvol oud worden kan worden gedefinieerd als optimaal functioneren, een toestand die gemeten kan worden op een bepaald moment. Rowe en Kahn (2) zijn aanhangers van deze definitie en omschrijven succesvol oud worden als het positieve uiterste van normaal oud worden. Andere omschrijvingen die worden gebruikt zijn 'de elite van gezonde oude mensen' of 'robuust oud worden'(3). Volgens deze definitie is succesvol oud worden superieur aan 'gewoon oud worden'. Verschillende bevolkingsstudies naar succesvol oud worden gebruiken deze definitie (4-8). Daarnaast kan succesvol oud ook worden gedefinieerd als een proces van voortdurende aanpassing. Zo beschrijven Baltes en Baltes (9) succesvol oud worden als een succesvolle aanpassing van het individu aan veranderingen gedurende het oud worden. Op een vergelijkbare manier omschrijven Havighurst (10) en Keith en collega's (11) succesvol oud worden als het behalen van individueel gestelde doelen en als het tevreden zijn over het leven.

Vanuit het gezondheidsperspectief houdt succesvol oud worden als een toestand van optimaal functioneren meer in dan alleen optimaal lichamelijke functioneren. Volgens de World Health Organisation (WHO) is gezondheid immers zowel lichamenlijk, als geestelijk en sociaal bepaald en niet alleen te beschrijven als de afwezigheid van lichamelijke ziekte of zwakte (12). Hoe deze verschillende dimensies zich onderling verhouden, is echter moeilijk te bepalen. Dit probleem geldt ook bij het gebruik van andere modellen, zoals de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) (13). Dientengevolge is het meten van gezondheid en succesvol oud worden in het verlengde een afspiegeling van de individuele voorkeuren van wetenschappers.

In deze studie gebruiken we deze twee beschreven perspectieven om beter te begrijpen wat 'succesvol oud worden' inhoudt. In een kwantitatieve benadering definieerden we succesvol oud worden als het bereiken van een optimale toestand van functioneren. In de kwalitatieve benadering vormde het perspectief van ouderen zelf het uitgangspunt. We

---

<sup>1</sup> Oorspronkelijk werd deze tekst gepubliceerd als 'Successful aging in the oldest old: Who can be characterized as successfully aged?' (Arch Intern Med 2001;161:2694-2700).

Vertaald door DJ Vinkers en J Gussekloo.

hebben het functioneren en het welbevinden gemeten met bestaande kwantitatieve instrumenten, en hielden diepte-interviews met een representatieve groep deelnemers. We onderzochten vervolgens de verschillen tussen de kwantitatieve maten van optimaal functioneren en de ervaringen van ouderen zelf.

### **Methode**

De Leiden 85-plus Studie is een longitudinale bevolkingsstudie naar het functioneren en welbevinden van oudste ouderen. Het doel van de studie 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 deelnemers gaven toestemming voor deelname. Als de deelnemer een ernstige beperking had in het cognitief functioneren, werd toestemming gevraagd aan een nabij familielid.

### **Demografische kenmerken deelnemers**

Alle inwoners (n=705) van Leiden, geboren tussen 1 september 1912 en 1 september 1914 werden kort na hun 85<sup>ste</sup> verjaardag uitgenodigd om deel te nemen. Er werden geen uitzonderingen gemaakt op grond van gezondheid, cognitief functioneren of woonomstandigheden. Veertien mensen overleden voordat benadering mogelijk was en 92 mensen weigerden aan de studie deel te nemen. Uiteindelijk namen 599 mensen deel; de respons was 87 procent (zie ook hoofdstuk 3). In tabel 7.1 staan de demografische kenmerken van de deelnemers weergegeven.

Tabel 7.1. Demografische kenmerken van de deelnemers.

	alle deelnemers (n=599)	deelnemers aan diepte-interviews (n=27)
<b>Geslacht</b>		
Vrouw	397 (66%)	18 (67%)
Man	202 (34%)	9 (33%)
<b>huwelijkse staat</b>		
Getrouwd	198 (33%)	10 (37%)
Verweduwd	345 (58%)	14 (52%)
Gescheiden/ongetrouwd	56 (9%)	3 (11%)
<b>Woonsituatie</b>		
Zelfstandige woning	329 (55%)	18 (67%)
Semi-zelfstandige woning	162 (27%)	7 (26%)
Verzorgings- of verpleeghuis	108 (18%)	2 (7%)
<b>Inkomen</b>		
Uitsluitend AOW	112 (19%)	5 (19%)
Aanvullend inkomen	483 (81%)	22 (81%)
Onbekend	4 (1%)	0
<b>Opleiding</b>		
Alleen lagere school	386 (64%)	16 (59%)
Voortgezet onderwijs	207 (35%)	11 (41%)
Onbekend	6 (1%)	0

Zesenzestig procent van de deelnemers was vrouw, meer dan de helft van de deelnemers (58%) was weduwe of weduwnaar en 18 procent van alle deelnemers woonde in een verzorgings- of verpleeghuis. Deze demografische kenmerken zijn representatief voor de totale Nederlandse populatie van 85-jarigen (14).

### ***Kwantitatieve metingen***

Volgens de definitie van gezondheid van de World Health Organisation werd het lichamenlijk, sociaal, cognitief en psychisch functioneren onderzocht, en de mate van welbevinden. Alle gebruikte kwantitatieve meetinstrumenten werden gekozen na overleg met onderzoekers van andere ouderenstudies. Ervaren artsen en onderzoeksverpleegkundigen bezochten de deelnemers twee maal aan huis voor het afnemen van de vragenlijsten.

Het lichamenlijk functioneren in het dagelijks leven werd gemeten met de Groningen Activity Restriction Scale (GARS) (15). Dit is een vragenlijst waarmee beperkingen in het functioneren op het gebied van de basale en instrumentele bezigheden van het dagelijks leven (zelfredzaamheid, mobiliteit en huishouden) kunnen worden nagevraagd.

Het sociaal functioneren werd gemeten met de Time Spending Pattern Questionnaire (TSP) die regelmatige deelname aan sociale en vrijetijdsactiviteiten meet aan de hand van 10 sociale activiteiten (b.v. het ontvangen van bezoek, het bezoeken van anderen, het telefoneren en de deelname aan het kerkelijk en verenigingsleven) (16).

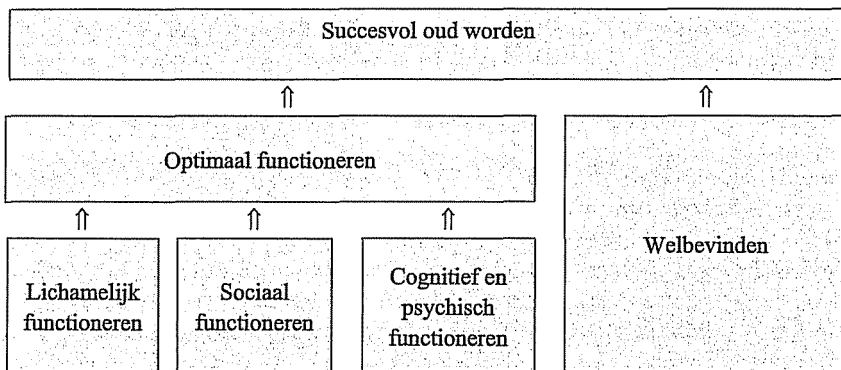
Het cognitief en psychisch functioneren werd gemeten met twee vragenlijsten. De Mini-Mental State Examination (MMSE) werd afgenomen om aanwezige cognitieve beperkingen aan te tonen (17,18) en de verkorte Geriatric Depressie Scale (GDS-15) werd afgenomen om te screenen op de aanwezigheid van depressieve symptomen (19).

Het welbevinden werd gemeten met Cantril's ladder (20), een visuele analoge schaal van 1 tot 10, waarop de ervaren kwaliteit van leven kan worden aangegeven. Aanvullend werd de algemene 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) (21). Eenzaamheid werd gemeten met de eenzaamheidsvragenlijst zoals ontwikkeld door de Jong-Gierveld en Kamphuis (22).

Bij deelnemers met een ernstige cognitieve beperking, vastgesteld met een score van 18 punten of minder op de MMSE, werden depressie en eenzaamheid niet gemeten.

### ***Indeling van succesvol oud worden***

We definieerden succesvol oud worden als een toestand van optimaal functioneren en welbevinden (figuur 7.1).



Figuur 7.1. Kwantitatief model voor succesvol oud worden

Criteria hiervoor zijn gebaseerd op de kwantitatieve scores. Voor de indeling werden zowel standaardwaarden als tertielen van scores op testen gebruikt. Dit leidde tot de volgende kwantitatieve criteria voor de indeling:

#### *Optimaal functioneren*

Het criterium voor de optimale toestand van lichamelijk functioneren waren kleine lichamelijke tekortkomingen (GARS score in onderste tertiaal); voor sociaal functioneren regelmatige sociale activiteiten (TSP score in bovenste tertiaal), en voor cognitief en psychisch functioneren de afwezigheid van ernstige cognitieve beperkingen (MMSE score > 18) en de afwezigheid van duidelijke depressieve gevoelens (GDS score ≤ 4).

#### *Optimaal welbevinden*

Het criterium voor optimaal welbevinden was een goede kwaliteit van leven (Cantril's ladder score in bovenste tertiaal), hoge mate van tevredenheid over het huidige leven (score op tevredenheidsvraag in bovenste tertiaal) en de afwezigheid van duidelijke gevoelens van eenzaamheid (score eenzaamheidsvragenlijst < 4).

#### *Alternatieve criteria*

Om te kijken of de gebruikte indeling van de scores invloed had op de uitkomsten van succesvol oud worden, werden ook alternatieve criteria gebruikt. Optimaal lichamelijk functioneren werd gedefinieerd als het ontbreken van tekortkomingen in de alledaagse activiteiten. Optimaal sociaal functioneren werd gedefinieerd als het hebben van tenminste 4 sociale activiteiten in een periode van 2 weken. Optimaal welbevinden werd gedefinieerd als het tevreden zijn met zijn huidige leven en het toekennen van een cijfer 7 of hoger op de Cantril's ladder, zonder eenzaam te zijn.

### ***Kwalitatieve metingen***

Onze medisch antropologe (M.F.) interviewde 27 deelnemers. Deze interviews waren gericht op de ervaringen van de ouderen zelf wat betreft het oud worden en oud zijn, het begrip succesvol oud worden en de rol van de gezondheid daarin. Door de niet-gestructureerde interviewtechniek met open vragen konden de motivaties, ideeën en overtuigingen van de ouderen worden geëxploreerd (23,24). Naast de ervaringen en opvattingen van de geïnterviewde deelnemers op het moment van interviewen kwamen ervaringen uit heden en verleden en verwachtingen over de toekomst ter sprake.

De deelnemers werden geselecteerd in overleg met andere onderzoekers van de studie (A.B.W. en E.E.), onafhankelijk van de uitkomsten van de vragenlijsten en de functieschalen (23). De deelnemers bleken representatief voor de totale onderzoeksgroep wat betreft hun demografische karakteristieken (tabel 7.1). Personen met ernstige cognitieve beperkingen werden uitgesloten omdat ze vanwege die tekortkomingen niet konden deelnemen aan een interview. De meeste deelnemers werden twee of meer keren bezocht. Daarnaast werden deelnemers in hun thuissituatie geobserveerd.

Alle interviews werden opgenomen op geluidsband en uitgewerkt. Tijdens de analyse werden de data gecodeerd, nauwkeurig onderzocht en vergeleken op overeenkomsten en verschillen. Begrippen als gezondheid, succesvol oud worden en sociaal functioneren werden uitgewerkt op basis van hun eigenschappen, dimensies en relaties (25). In dit artikel worden de ervaringen van de ouderen over hun lichamelijk, sociaal, psychisch en cognitief functioneren en welbevinden onderzocht op vergelijkbaarheid met de kwantitatieve metingen.

### ***Teamdiscussie***

Om de classificatie van succesvol oud worden te evalueren, werden de resultaten van de eerste 150 deelnemers multidisciplinair bediscussieerd. Argumenten voor en tegen de classificatie van succesvol oud worden werden vastgelegd. Het team bestond uit de onderzoeksverpleegkundige, een medisch antropologe (M.F.), een klinisch geriater (A.M.L.), een huisarts (J.G.) en de twee artsonderzoekers (A.B.W. en E.E.).

## **Resultaten**

### ***Lichamelijk functioneren***

#### ***Kwantitatieve bevindingen***

Het lichamelijk functioneren van de deelnemers varieerde van totaal afhankelijke bedlegerige deelnemers (GARS score 72) tot deelnemers die volledig onafhankelijk waren (GARS score 18). De mediane score van de GARS was 28 punten. Twintig procent van de deelnemers had een slecht lichamelijk functioneren, zij waren afhankelijk in één of meer basale activiteiten, voornamelijk het aankleden en het wassen van het hele lichaam. In totaal 203 personen hadden een GARS score van 23 of minder (het best functionerende tertiel) en werden dus geclassificeerd als optimaal lichamelijk functionerend. Deze groep meldde slechts kleine tekortkomingen in instrumentele activiteiten; zij waren

onafhankelijk in het dagelijks leven maar ondervonden moeilijkheden bij activiteiten als zwaar huishoudelijk werk en het knippen van teennagels.

### *Kwalitatieve bevindingen*

Deelnemers vergeleken hun eigen functioneren met het functioneren van leeftijdsgenoten. De meeste ouderen spraken over gezondheid op hun leeftijd als het handhaven van basale functies (zien, horen en mobiliteit) en de afwezigheid van levensbedreigende ziekten zoals kanker. Het proces van aanpassing aan veranderingen (b.v. het minder goed kunnen lopen en het afnemen van de krachten) werd gezien als inherent aan het ouder worden. Ouderen die beperkt waren in hun functioneren, zoals beschreven in casus 1, vonden dat acceptatie en aanpassing essentieel waren om tevreden te blijven. Degenen die een goede gezondheid genoten, vonden dat ze geluk hadden gehad en beschouwden hun goede gezondheid niet als een persoonlijk behaald 'succes'. Mensen proberen hun functioneren positief te beïnvloeden door te anticiperen (bijvoorbeeld verhuizen om dichterbij de kinderen te wonen), door risico's te vermijden (zoals stoppen met fietsen om zo vallen en het breken van een heup te voorkomen) en te investeren in een goede lichamelijke conditie (zoals het gebruiken van een hometrainer). Optimaal lichamenlijk functioneren werd gezien als een ideale situatie, maar ouderen zien in dat dit op de leeftijd van 85 jaar bedreigd wordt door onverwachte lichamelijke achteruitgang.

#### **Casus 1. "Ik ben gehandicapt, maar ik voel me gezond"**

Reinier Baan<sup>II</sup>, een vriendelijke man, woont op zichzelf. Hij is nooit getrouwd geweest en heeft lange tijd zijn ouders verzorgd. Hij zit in een rolstoel nadat hij bijna 24 jaar geleden een beroerte kreeg. Hij heeft verschillende hulpmiddelen in huis. Hoewel hij beperkt is in zijn mogelijkheden, voelt hij zich gezond en onafhankelijk. Hij kost hem een hele morgen om zijn bed te verschonen, maar hij is er trots op dat hij dit nog zelf kan. Volgens hem zijn acceptatie van, en aanpassing aan lichamelijke beperkingen voorwaarden voor succesvol oud worden: "Ik ben afhankelijk in sommige onderdelen van mijn bestaan, daar kan niemand ooit iets aan veranderen. Maar op andere punten wil ik proberen zo lang mogelijk onafhankelijk te blijven".

### **Sociaal functioneren**

#### *Kwantitatieve bevindingen*

Het sociaal functioneren varieerde van deelname aan geen enkele sociale activiteiten (TSP score 10) tot regelmatige deelname aan diverse activiteiten (TSP score 29). De mediane score van de TSP score bedroeg 18 punten. Veertig procent van de deelnemers hadden een slecht sociaal functioneren; zij namen slechts deel aan 1 of 2 activiteiten. In totaal 218 personen hadden een TSP score van 20 punten of meer (hoogste tertiel) en werden geclassificeerd als optimaal sociaal functionerend. Zij meldden regelmatig deel te nemen aan meerdere sociale activiteiten, vooral bezoeken en telefoongesprekken, spelletjes spelen, naar clubs gaan en kerkdiensten bijwonen.

---

<sup>II</sup> Om de privacy van de informanten te beschermen, zijn alle namen gekozen door de medische antropologe of door de informanten zelf.

### *Kwalitatieve bevindingen*

De meeste ouderen beschouwden sociaal functioneren als essentieel voor het welbevinden en succesvol oud worden. Een meerderheid vond dat sociale contacten op latere leeftijd het gevolg waren van investeringen op jongere leeftijd. Denkbeelden over reciprociteit, individuele karakters en het belang van het maken van keuzen beïnvloedden hun opvattingen. Investeren in sociale contacten werd gezien als middel tegen eenzaamheid. Dat het aantal sociale activiteiten terugloopt als gevolg van veranderingen in functioneren accepteert men als inherent aan het ouder worden. Daartegenover staat dat met name de kwaliteit van contacten uitermate belangrijk blijft. Deze beïnvloeden het gevoel van eigenwaarde. In casus 2 evalueerde het echtpaar niet hun individueel maar hun gezamenlijke sociaal functioneren. Daarnaast kan één ontbrekend sociaal contact zwaarder tellen dan vele bestaande sociale contacten, zoals casus 3 laat zien.

#### **Casus 2. "We zijn samen gelukkig, maar als de ander overlijdt..."**

Joost van der Meer prijst zich gelukkig dat hij en zijn vrouw nog steeds bij elkaar zijn. Ze vullen elkaar prima aan. Joost kan goed luisteren en heeft een speciale band met een zoon en een kleinzoon die beiden een psychische aandoening hebben. Ze komen vaak bij hem op bezoek en hij geeft hen morele ondersteuning. Zijn vrouw heeft een speciaal contact met één van hun andere kleinkinderen. Als echtpaar hebben ze veel sociale contacten. Marian van der Meer neemt het initiatief door vrienden, familieleden en bekenden in hun omgeving op te bellen. Joost gaat met zijn vrouw mee als ze op bezoek wil en kan haar dan ondersteunen bij het lopen.

#### **Casus 3. Schijn bedriegt**

Klaas en Vera Philipsen zijn in goede doen, ze wonen in een mooi huis met een tuin en hebben veel sociale contacten. Op het eerste gezicht lijken ze zich prima aan te kunnen passen aan hun leeftijd. Tegelijkertijd behouden ze controle over hun leven, hetgeen zich weerspiegelt in de aanschaf van een jonge hond toen ze beiden 85 jaar waren. Het echtpaar lijkt succesvol, maar toen de medisch antropologe aan Vera vroeg of ze zichzelf als succesvol oud beschouwde, antwoordde die dat dit niet het geval was. Jaren geleden was er een conflict tussen haar echtgenoot en haar dochter. Zij heeft toen de kant van haar echtgenoot gekozen en heeft sindsdien geen enkel contact meer met haar dochter. Dit geeft Vera een voortdurend gevoel van verlies. Ondanks de vele aanwezige sociale contacten, voelt ze zich als moeder tekortgeschoten. Alle successen in haar leven worden overschaduwd 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 500 deelnemers). De mediane MMSE-score was 26 punten en de mediane GDS-score was 2 punten. Deelnemers met ernstige beperking van de cognitie of een depressie werden uitgesloten van succesvol oud

zijn. Er bleven 382 deelnemers (64%) over die voldeden aan de criteria voor optimaal cognitief en psychisch functioneren.

### *Kwalitatieve bevindingen*

Het lichamelijk en psychisch functioneren werden beide gezien als onderdelen van de gezondheid. De meeste deelnemers waren bang voor cognitieve achteruitgang omdat men dementie beschouwde als het verlies van de eigen persoonlijkheid. Men prees zichzelf gelukkig dat men nog 'geestelijk goed bij was' en sommigen probeerden het geheugen op peil te houden door geheugentraining.

Drie deelnemers voelden zich tijdelijk bedroefd en neerslachtig vanwege het verlies van een partner. Twee andere deelnemers hadden depressieve gevoelens. Depressieve gevoelens konden ook worden verklaard door factoren buiten de cognitie of emotionele persoonlijkheid om, zoals de sociale omgeving (casus 4).

#### **Casus 4. "Waarom wordt mijn mond op slot gedaan?"**

Elizabeth Kooistra woont in een serviceflat. Haar echtgenoot is drie jaar geleden overleden. Ze heeft al vier van haar zes kinderen verloren. 's Nachts, als ze niet kan slapen, praat ze tegen de foto's in de huiskamer. Mevrouw Kooistra is beperkt mobiel vanwege een loszittende heupprothese waaraan ze vanwege haar hartklachten niet meer kan worden geopereerd. Hierdoor heeft ze veel pijn en brengt ze de meeste tijd door binnenshuis. Ze voelt zich depressief door haar pijn en het verlies van haar geliefden, maar ook doordat ze niet aan anderen kan vertellen wat ze op haar hart heeft. Haar zoon woont ver weg in Frankrijk. Niemand wil haar klachten aanhoren. Haar zoon reageerde eens zo: "Mam, nu moet je ophouden! Ik wil niet meer van die verdrietige verhalen horen, ik wil een gelukkige moeder hebben!" Elizabeth wil het liefst emotionele steun en sympathie van familie en leeftijdsgenoten, maar deze tonen weinig begrip voor haar depressieve stemming.

### **Welbevinden**

#### *Kwantitatieve bevindingen*

De tevredenheid met het leven varieerde van zeer ontevreden (score 1) tot zeer tevreden (score 5); de mediane score en de hoogste scorende tertiel waren allebei 4. De scores op de Cantril's ladder lagen tussen 1 en 10; de mediane score en de tertiel van de hoogste scores waren allebei 8. Duidelijke eenzaamheid (eenzaamheidsscore  $\geq 4$ ) werd gemeten bij 81 personen zonder ernstige beperking van de cognitie (16% van 500 deelnemers); de mediane score was 1.

In totaal 290 deelnemers waren tevreden met hun huidige leven (score 4 of 5) en had tevens hoge scores ( $>7$ ) op Cantril's ladder. Van deze 290 deelnemers waren 23 personen duidelijk eenzaam. Uiteindelijk voldeden 267 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 waarbij men zich richt op hetgeen men nog heeft (het tellen van je zegeningen) werden genoemd als essentiële voorwaarden om het welbevinden te kunnen handhaven (casus 1). Aanpassing moet wel binnen bepaalde grenzen gebeuren zodat het blijft passen binnen iemands zelfbeeld. Karakter en persoonlijkheid werden beschouwd als factoren die de mate van tevredenheid beïnvloeden. Casus 5 en 6 laten zien dat het huidige welbevinden ook gerelateerd is aan het verleden of aan toekomstverwachtingen. Het tevreden zijn ondanks beperkingen werd verder onder meer beïnvloedt door religieuze overtuiging en door normen over hetgeen 'normaal' was op deze leeftijd.

**Casus 5.** "Ik dank God dat ik niet lang meer hoeft te wachten voor ik mijn vrouw terugzie!"

Frans en Johanna van Lijn, bijna 62 jaar getrouwd, zijn verhuisd van hun eigen huis naar een bejaardenhuis. Een paar maanden na de verhuizing overlijdt Johanna aan complicaties van een grote operatie. Frans moet opnieuw verhuizen, ditmaal naar een éénpersoonskamer. Ondanks deze grote veranderingen en verschillende toenemende gezondheidsklachten blijft hij tevreden. Hij is God dankbaar voor de gelukkige jaren die hij met zijn vrouw mocht delen en hij ziet er naar uit om haar weer te ontmoeten. Zijn levensperspectief omvat het leven na de dood.

**Casus 6.** Een gelukkig heden versus een traumatisch verleden.

Maartje Verbeek vergelijkt de huidige situatie met haar moeilijke jeugd. Haar leven als kind werd gedomineerd door angst en gevoelens van machteloosheid vanwege een incestueuze relatie met haar vader. Na deze ellendige jeugd volgde een gelukkig huwelijk waarin ze in het reine kon komen met haar verleden. Nu ze oud is geniet ze van de genegenheid van haar kinderen en kleinkinderen. Ze beschouwt zichzelf als een gelukkig mens. Haar positieve opvatting over haar huidige situatie is nauw verbonden met de herinneringen aan haar jeugd. Maartje vindt haar lichamelijke beperkingen niet zo belangrijk. Veel belangrijker voor haar welbevinden zijn haar goede relaties met vrienden en familie. In deze sociale relaties heeft ze gedurende haar hele leven geïnvesteerd.

### **Succesvol oud worden**

#### *Kwantitatieve bevindingen*

Succesvol oud worden als optimaal functioneren en welbevinden werd gedefinieerd aan de hand van eerder genoemde criteria (figuur 7.1). Zesentwintig procent van alle deelnemers voldeed aan geen enkel criterium van succesvol oud zijn, terwijl optimaal functioneren werd vastgesteld bij 79 personen (13%). Optimaal welbevinden werd gemeten bij 267 personen (45%). In totaal werden 58 personen (10%) met een optimaal functioneren en een optimaal welbevinden geclassificeerd als succesvol oud. Ouderen die in een verpleeg- of verzorgingshuis woonden waren zelden succesvol oud (2 van de 102 deelnemers). Demografische kenmerken als geslacht, burgerlijke staat, inkomen en opleiding hadden geen invloed op de uitkomsten van succesvol oud (gegevens niet gepresenteerd).

De uitkomsten waren niet anders wanneer alternatieve criteria werden gebruikt (zie *alternatieve criteria*). Het percentage deelnemers dat met de alternatieve criteria als succesvol oud konden worden geclassificeerd, lag tussen 9 en 16 procent.

### *Kwalitatieve bevindingen*

Van de 27 oudere deelnemers die zijn geïnterviewd, omschreven 22 zichzelf - hetzij als individu hetzij als echtpaar - als tevreden met hun leven, en als succesvol oud. Veel oudere mensen maakten geen duidelijk onderscheid tussen lichamelijk en cognitief functioneren als onderdeel van de gezondheid. Beide werden gezien als belangrijke factoren in het succesvol oud worden omdat ze noodzakelijk zijn voor het sociaal functioneren. Een achteruitgang van lichamelijk of cognitief functioneren werd dan gewoonlijk geaccepteerd als het onvermijdelijke gevolg van het ouder worden. Een optimaal functioneren werd niet beschouwd als eigen verdienste, maar als 'geluk'. Daarentegen voelden sommige deelnemers die goed functioneerden op lichamelijk gebied zich niet succesvol oud vanwege conflicten in de sociale sfeer.

Deelnemers zagen het in contact blijven met vrienden en familie wél als hun eigen verdienste, en zeiden dat contacten voortkwamen uit investeringen op jongere leeftijd in hun rol als ouder, familielid, vriend, buurman of collega. De kwaliteit van sociale contacten bleek voor ouderen belangrijker dan de kwantiteit van contacten; één ontbrekend sociaal contact kan zwaarder tellen dan vele aanwezige contacten.

Ouderen beschouwen succesvol oud worden als een persoonlijk en contextgebonden proces. Deelnemers verwezen naar hun persoonlijke levensgeschiedenis en hun sociale omgeving. Karakter en houding ("er het beste van maken") werden genoemd als de belangrijkste middelen om beperkingen te overwinnen.

### *Teamdiscussie*

De teamdiscussie werd gevoerd om de gebruikte classificatie van succesvol oud worden te evalueren. De discussies richtten zich met name op deelnemers die de indruk maakten wel succesvol oud geworden te zijn, maar die volgens de gestelde criteria niet als succesvol oud waren geclassificeerd. De oordelen van de onderzoekers liepen uiteen, mede doordat ze zich tijdens de interviews een persoonlijk beeld hadden gevormd van deelnemers. De belangrijkste onderwerpen van discussie betroffen de specifieke functiegebieden en de algehele classificatie.

Op het gebied van het lichamelijk functioneren werd veelvuldig een discrepantie gevonden tussen onafhankelijkheid en slecht lichamelijk functioneren. Verschillende personen met een beperking konden zelf hun zaken op orde houden. Sommigen deden dat zonder hulp, terwijl anderen beschikten over financiële middelen om hulp te regelen. Andere discrepanties in de scores voor lichamelijk functioneren waren het gevolg van de klassieke rolverdeling tussen mannen en vrouwen. Getrouwde mannen gaven geregeld aan dat ze huishoudelijke activiteiten niet konden verrichten vanwege onervarenheid. Dit dient

echter anders te worden beschouwd dan het niet kunnen verrichten van activiteiten door lichamelijke beperkingen.

De discussie betreffende sociaal functioneren werd bepaald door de discrepantie tussen passief en actief sociaal functioneren. De meeste onderzoekers vonden dat sociale activiteiten die op eigen initiatief plaatsvonden anders zouden moeten worden beoordeeld dan deelname aan activiteiten die door anderen worden georganiseerd. Verder bleek dat bepaalde sociale activiteiten die voor deze leeftijdsgroep belangrijk zijn, ontbraken in de vragenlijst. Hieronder waren onder meer normale gesprekken met huisgenoten, burens of winkeliers. Sommige deelnemers waren tevreden met weinig sociale activiteiten en gaven er de voorkeur aan om alleen gelaten te worden om dingen te doen die ze zelf leuk vonden. Het classificeren van deze deelnemers als minder succesvol vanwege de lagere scores voor sociaal functioneren werd ter discussie gesteld, evenals de nadruk op sociale activiteiten in plaats van sociale contacten.

Wat betreft het uitsluiten van ouderen met een ernstige beperking van de cognitie of een duidelijke depressie werd opgemerkt dat sommige deelnemers met dementie zich goed voelden en geen last hadden van de vermindering van cognitie. Verder waren gevallen van depressie als een manier van omgaan met negatieve gebeurtenissen in iemands leven aanleiding tot discussie. Men vond het vermogen om met negatieve zaken om te gaan belangrijk voor het psychisch functioneren. Dit werd gemist als onderdeel van de classificatie.

Op het gebied van welbevinden ging de teamdiscussie vooral over de scores op de Cantril's ladder. Sommige deelnemers zouden zichzelf nooit 10 punten geven, terwijl anderen zichzelf zonder enige aarzeling 9 van de 10 punten gaven. Het referentiekader van de deelnemers werd gemist bij het begrijpen van de cijfers die de deelnemers zichzelf gaven op de Cantril ladder.

In discussies over de classificatie van succesvol oud worden in het algemeen werd vaak aangevoerd dat het gebruiken van steeds dezelfde strikte criteria geen enkele ruimte liet voor (tijdelijke) omstandigheden in de persoonlijke sfeer of in de leefomgeving. In het bijzonder vond men dat het moment van meting de individuele classificatie beperkte. Sommige ouderen hadden lagere scores op functioneren door tijdelijke omstandigheden, zoals de ziekte van een partner of een vakantie. Opmerkelijk was dat soms de vraag "Is deze persoon succesvol oud geworden?" werd verwisseld met de vraag "Wil jij zelf zo zijn als je oud bent?".

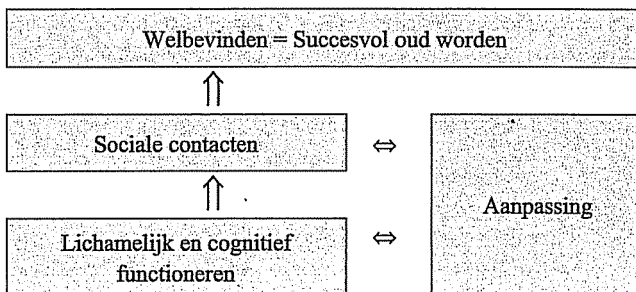
## **Discussie**

We hebben succesvol oud worden benaderd vanuit twee verschillende perspectieven. In het kwantitatieve deel van de studie werd vanuit een gezondheidsperspectief succesvol oud gedefinieerd als optimaal algemeen functioneren. Met deze definitie kon 10 procent van de deelnemers worden geselecteerd die succesvol oud waren. Deze ouderen hadden slechts kleine lichamelijke beperkingen, regelmatige sociale activiteiten, functioneerde

cognitief en psychisch goed en voelde zich in hoge mate tevreden. Zelfs als alternatieve criteria voor het functioneren en welbevinden werden gebruikt, bleef het percentage succesvol oud vergelijkbaar laag. De classificatie voor het optimaal functioneren bleek selectiever dan de classificatie voor optimaal welbevinden. Veel personen waren tevreden met hun recente leven ondanks aanwezige beperkingen in het functioneren. Dit verschijnsel staat bekend als de “disability paradox” en bestaat in alle leeftijdsgroepen (26,27).

Het kwalitatieve deel van de studie liet zien dat het percentage van ouderen die zichzelf beschouwden als succesvol oud veel hoger was. Deelnemers vonden inderdaad dat optimaal functioneren belangrijk is om succesvol oud te worden. Zij beschouwden sociale contacten echter als de belangrijkste voorwaarde voor welbevinden en dientengevolge voor succesvol oud worden. De afwezigheid van beperkingen en verliezen bepaalt niet iemands succes op hogere leeftijd; veeleer wordt het succes afgemeten aan de manier waarop de beperkingen en verliezen geïntegreerd worden in iemands houding op hoge leeftijd (28). Succesvol oud worden is geen kwestie van optimaal lichamelijk functioneren, maar een proces van succesvolle aanpassing aan lichamelijke beperkingen; succesvol betekent dan dat de betrokken persoon tevreden is met het huidige leven.

Een levenslooperspectief biedt de mogelijkheid om te begrijpen hoe mensen hun succes op hoge leeftijd waarderen. Op grond van de kwalitatieve analyses werd een hypothese opgesteld voor een ander model voor succesvol oud worden (figuur 7.2). Het functioneren en welbevinden zijn niet even belangrijk zoals werd aangenomen in het kwantitatieve onderzoek. Er is namelijk een hiërarchie tussen de verschillende domeinen wat betreft succesvol oud worden. Het proces van aanpassing werd toegevoegd aan dit model. De belangrijkheid die ouderen hechten aan de verschillende domeinen verklaart de disability paradox. Specifiek voor ouderen is dat ze achteruitgang van lichamelijk functioneren verwachten op grond van hun kalenderleeftijd (29). In dit opzicht kan de hiërarchie van de verschillende gebieden gedurende de levensloop veranderen, zoals verondersteld wordt in de ‘social function production theory’ (30).



Figuur 7.2. Kwalitatief model voor succesvol oud worden

Het belangrijkste resultaat van deze studie is een 'relativering van de cijfers' en het verbinden van kwantitatieve resultaten met kwalitatieve resultaten (31). Voor zover ons bekend zijn we de eersten die op verschillende manieren meten van succesvol oud worden bij ouderen hebben beschreven. Andere studies (4-8) inzake succesvol oud worden waren primair gericht op lichamelijke aspecten. Deze studies vinden andere resultaten van succesvol oud worden omdat ze andere criteria gebruiken en jongere deelnemers hebben.

De groepsdiscussies brachten veel tekortkomingen in de metingen en de classificatie van de deelnemers aan het licht. Aspecten die belangrijk bleken te zijn, zoals karakter, sociale contacten en omgevingfactoren, waren niet of nauwelijks gemeten. Deelnemers en onderzoekers waren ervan overtuigd dat het aanpassingsvermogen belangrijk is om succesvol oud te worden. Dit aanpassingsvermogen is moeilijk te meten. We onderstrepen het belang van het ontwikkelen van vragenlijsten die geschikt zijn om te bepalen hoe ouderen het ouder worden ervaren.

Dit onderzoek is belangrijk voor artsen, onderzoekers en beleidsmakers. We hadden niet als doel om overeenstemming te bereiken tussen verschillende perspectieven van succesvol oud worden, of om een gouden standaard voor succesvol oud worden te ontwikkelen. Optimaal functioneren is belangrijk maar niet zaligmakend om succesvol oud te worden. Veel meer van belang is het aanpassen aan de hindernissen die gedurende het ouder worden worden opgeworpen. Artsen moeten zich bewust zijn dat lichamen en cognitief functioneren door ouderen worden gezien als middelen om goed sociaal te functioneren. Onderzoekers zouden zich met meer domeinen moeten bezighouden dan alleen de lichamelijke. Beleidsmakers, tenslotte, hebben de verantwoordelijkheid om succesvol oud worden niet alleen te zien als optimaal functioneren maar ook als het tevreden zijn over het leven.

## Referenties

1. Life in the 21<sup>st</sup> century. A vision for all. The World Health Report 1998. Geneva, Switzerland: WHO, 1998.
2. Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. *Science* 1987;237:143-149.
3. Garfein AJ, Herzog AR. Robust aging among the young-old, old-old, and oldest-old. *J Gerontology: Social Sciences* 1995;50:S77-S87.
4. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Gerontologist* 1997;37:433-440.
5. Berkman LF, Seeman TE, Albert M, 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;46:1129-1140.
6. Roos NP, Havens B. Predictors of successful aging: a twelve-year study of Manitoba elderly. *Am J Publ Health* 1991;81:63-68.
7. Strawbridge WJ, Cohan RD, Shema SJ, Kaplan GA. Successful aging: predictors and associated activities. *Am J Epidemiol* 1996;144:135-141.
8. 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;88:1463-1468.
9. Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful ageing: The model of selective optimization with compensation. In: Baltes PB, Baltes MM. Eds. *Successful Ageing: perspectives from the behavioural sciences*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1990:1-34.
10. Havighurst RJ. Successful Aging. In: Williams RH, Tibbits C, Donahue W, eds. *Processes of aging*. New York: Atherton Press, 1963:299-320.
11. Keith J, Fry CL, Ikels C. Community as context for Successful Aging. In: Sokolovsky, J.ed. *The cultural context of aging: world-wide perspectives*. New York: Bergin and Garvey, 1990:245-261.
12. Constitution of the World Health Organisation. In: *Basic Documents*. Geneva, Switzerland: WHO, 1946.
13. Bury MR. The ICIDH: a review of research and prospects. *Int Disabil Studies* 1987;9:118-128.

14. Statistisch Jaarboek 1999. Centraal Bureau voor de Statistiek. Voorburg, The Netherlands.
15. Suurmeijer TPBM, Doeglas DM, Moum T, et al. The Groningen Activity Restriction Scale for measuring disability: its utility in international comparisons. *Am J Publ Health* 1994;84:1270- 1273.
16. Van Eijk L. Activity and well-being in the elderly. Thesis Rijksuniversiteit Groningen: Thesis Publishers Amsterdam 1997.
17. Folstein MF, Folstein SE. "Mini-Mental State"- A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-198.
18. Heeren TJ, Lagaay AM, van Beek WCA, Rooymans HG, Hijmans W. Reference values for the Mini-Mental State Examination in octo- and nonagerians. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:1093-1096.
19. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982;17:37-49.
20. Cantril H. The pattern of human concern. New Brunswick, N J: Rutgers University Press 1965.
21. Smits CH, Deeg DJ, Bosscher RJ. Well-being and control in older persons: the prediction of well-being from control measures. *Int J Aging Hum Dev* 1995;40:237-251.
22. de Jong-Gierveld J, Kamphuis FH. The development of a Rasch-type loneliness scale. *Appl Psychol Measur* 1985;9:289-299.
23. Greenhalgh T, Taylor R. Papers that go beyond numbers (qualitative research). *BMJ* 1997;315:740-743.
24. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995;311:42-45.
25. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory, London: Sage, 1998.
26. Albrecht GL, Devlieger PJ. The disability paradox: high quality of life against all odds. *Soc Sci Med* 1999;48:977-988.
27. Covinsky KE, Wu AW, Landefeld CS, et al. Health status versus quality of life in older patients: does the distinction matter? *Am J Med* 1999;106:435-440.

28. Deeg DJH, Kardaun JWPF, Fozard JL. Health, behavior and aging. In: Birren JE, Schaie KW (eds). Handbook of the psychology of aging. 4th edition. New York: Academic Press, 1996:129-149.

29. Ryff CD. Possible selves in adulthood and old age: a tale of shifting horizons. Psychol Aging 1991;6:286-295.

30. 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;7:1051-1063.

31. Razum O, Gerhardus A. Methodological triangulation in public health research - advancement or mirage? Tropic Medic Int Health 1994;4:243-244.