

# 'Aging well' in de 21e eeuw: een psychosociaal perspectief

N.L. Stevens<sup>a</sup>

## 'Aging well' in the 21th century: a psychosocial perspective

Aging well refers to retaining or restoring well-being in the face of various age-related changes in later life. This process is influenced by the quality of social relationships and active adaptation to loss and change. According to recent studies from the Longitudinal Aging Study Amsterdam, more older adults are maintaining relationships with friends, colleagues and other non-kin longer. Greater diversity in their social networks contributes to happiness and morale, and provides protection against anxiety, depression and loneliness. There is also a slight increase in mastery and in cognitive functioning among new cohorts of older adults. These developments promote adaptation to declines in health and loss of the partner. These improvements are found less frequently among those with lower education, lower incomes, and/or small networks. Several interventions have proven to be effective for these disadvantaged groups: a visiting service for widows and widowers and two self-management interventions for chronically ill or physically vulnerable older adults.

Keywords: aging well, well-being, social network, mastery, intervention  
Tijdschr Gerontol Geriatr 2013; 44: 104-111

---

## Samenvatting

*Aging well* wordt opgevat als het behouden of herstellen van welbevinden bij allerlei leeftijdsgebonden veranderingen op latere leeftijd. Dit proces wordt beïnvloed door de kwaliteit van sociale relaties en het actief verwerken van verlies of verandering. Volgens recent LASA onderzoek zijn meer ouderen in staat om diversiteit in hun sociale netwerk langer in stand te houden. Deze diversiteit bevordert geluk en mentale veerkracht,

en beschermt tegen angst, depressie en eenzaamheid. Ook is er een lichte toename in controleovertuiging en een verbetering in cognitief functioneren onder nieuwe cohorten ouderen. Deze ontwikkelingen bevorderen het proces van verwerking van achteruitgang in gezondheid en van partnerverlies. Deze vooruitgang geldt minder voor mensen met een lage opleiding en laag inkomen, en/of een klein sociale netwerk. Voor hen zijn een aantal interventies effectief waaronder een bezoeken dienst voor weduwen en weduwnaars en twee zelfmanagement

<sup>a</sup> Ontwikkelingspsychologie & Psychogerontologie, Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit Nijmegen, Postbus 9104, 6500 HE Nijmegen, The Netherlands

Correspondentie: N.L. Stevens, Ontwikkelingspsychologie & Psychogerontologie, Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit Nijmegen, Postbus 9104, 6500 HE Nijmegen, The Netherlands, Phone: +31-24-3615725; Email: n.stevens@psych.ru.nl

interventies gericht op het omgaan met chronische ziekte en fysieke kwetsbaarheid.

Trefwoorden: *aging well*, welbevinden, sociale netwerk, controle, interventie

Dit is de tot artikel bewerkte rede die Nan Stevens op 7 November 2012 hield bij haar afscheid als bijzonder hoogleraar Toegepaste Sociale Gerontologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Deze leerstoel is mogelijk gemaakt door de Stichting Sluyterman van Loo in samenwerking met de Faculteit Sociale Wetenschappen van de Vrije Universiteit Amsterdam.

De publiksdag van LASA in 2011 had als titel: 'Licht op later: Twintig jaar onderzoek naar ouder worden'.<sup>1</sup> Via de titels van de bijdragen over verschillende uitkomsten van dit grote langdurige onderzoek, worden enkele positieve mededelingen gedaan: 'Ouderen vaker maatschappelijk betrokken', 'Ouders en kinderen zorgen steeds meer voor elkaar' en 'Geen bewijs voor meer eenzaamheid'. Er is ook minder goed nieuws. Slechts één op de vier ouderen blijkt gezond te leven. De nieuwe groep ouderen is minder gezond dan hun leeftijdgenoten een decennium eerder; zij zijn vaker te zwaar, drinken meer alcohol, roken evenveel en bewegen minder dan hun voorgangers. Mensen worden ouder, maar dit gaat gepaard met meer ziektes en beperkingen. En lage sociaaleconomische status vergroot de kwetsbaarheid. Het slotstuk benadrukt dat wij niet door een roze bril naar ouder worden moeten kijken.

Vandaag wil ik de mogelijkheid voor *aging well* in de 21<sup>e</sup> eeuw overwegen, met nadruk op de psychosociale factoren die dit mogelijk maken of belemmeren. Mijn bronnen zijn een aantal nationale en internationale gerontologische studies, maar het meest nadrukkelijk het LASA onderzoek van de Vrije Universiteit Amsterdam.

### Waarom *aging well*?

Ondanks de grote aandacht voor 'succesvol ouder worden' gedurende de laatste decennia kies ik voor nuancering. Succesvol ouder worden houdt namelijk in: ouder worden zonder ziektes, met optimaal fysiek en cognitief functioneren, en een hoge mate van sociale betrokkenheid.<sup>2</sup> Problematisch is dat minder dan 20% van de mensen boven de 65 jaar aan deze criteria voor 'succesvol' ouder worden voldoet. Het zijn voornamelijk de 'jonge' ouderen (onder de 70 jaar), die de beste kansen maken om hieraan te voldoen; vooral blanke mannen die hoog opgeleid zijn, met een hoog inkomen, slank, en niet-rokend.<sup>3</sup> Dat succesvol ouder worden voornamelijk

bereikbaar zou zijn voor de maatschappelijke elite, en met name voor mannen, geldt als twee bezwaren tegen deze term.

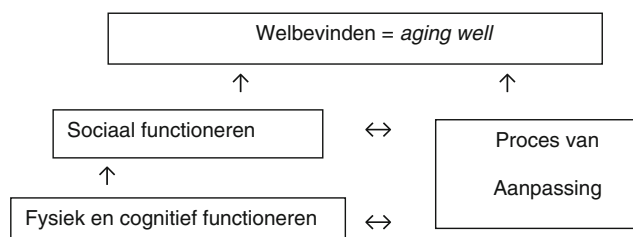
Wanneer ouderen zelf gevraagd wordt naar hun beleving van 'succesvol ouder worden' vindt tussen de helft en een grote meerderheid zichzelf succesvol.<sup>4,5</sup> Kennelijk zijn de criteria van ouderen zelf voor succes anders dan die van wetenschappers.

Twee verschillende modellen voor 'succesvol ouder worden' zijn afkomstig van de Leiden 85-plus Study.<sup>6</sup> Het eerste model toont veel overeenstemming met de definitie van 'succesvol ouder worden' van Rowe en Kahn. Het gaat om optimaal functioneren in fysieke, cognitieve en sociale domeinen. Aan deze criteria wordt het welbevinden toegevoegd. Hieronder wordt verstaan een hoge levenssatisfactie en de afwezigheid van eenzaamheid. Slechts 10% van de 85-plussers in de Leidse studie voldeed aan deze criteria. Opvallend is dat bijna de helft van de deelnemers optimale scores voor het welbevinden haalde. Veel ouderen waren tevreden met de kwaliteit van hun leven en waren niet eenzaam ondanks enige beperkingen in hun functioneren.

Toen een kleinere steekproef van de 85-plussers meer uitgebreid ondervraagd werd, bleek dat de meesten (80%) vonden dat zij succesvol ouder werden. Deze mensen accepteerden fysieke achteruitgang als een onvermijdelijk gevolg van het ouder worden; dit had niets te maken met hun eigen prestaties of persoonlijke succes. De belangrijkste voorwaarde voor positief welbevinden was de beschikbaarheid van bevredigende sociale contacten. In tegenstelling tot gezondheid, was het onderhouden van relaties met vrienden en familie in de ogen van de respondenten wel een eigen verdienste. Dit had onder andere te maken met investeringen in sociale rollen en relaties eerder in het leven.

Deze uitkomsten vormen de basis voor een ander model (zie Figuur 1). In dit model is welbevinden de belangrijkste uitkomst. De kwaliteit van sociale contacten (het sociaal functioneren) is belangrijker dan het fysieke en cognitieve functioneren. Ook belangrijk is de mogelijkheid van aanpassing aan veranderingen in fysieke, cognitieve of sociale domeinen; de uitkomst van dit aanpassingsproces bepaalt ook het welbevinden.<sup>6</sup>

Ik sluit me graag aan bij dit model. Het model voor '*aging well*' verwijst enerzijds naar het belang van sociale relaties en anderzijds naar het proces van aanpassing aan allerlei veranderingen die zich kunnen voordoen bij het ouder worden en naar het behouden of herstellen van het welbevinden tijdens dit proces.



**Figuur 1** Model *aging well*

De levensloopspsychologie gaat er vanuit dat elke levensfase gekenmerkt wordt door winst en verlies. Wij ontwikkelen nieuwe doelen, relaties en projecten gedurende het leven en tegelijkertijd verliezen wij oude. Naarmate het ouder worden vordert, dreigt de balans over te slaan naar de verlieskant en worden de winstpunten schaarser.<sup>7</sup> Soms betekent ‘*aging well*’ stil staan bij verlies en achteruitgang of bij de gevoelens die opkomen naar aanleiding hiervan. Een voorbeeld hiervan ontleen ik aan een interview in Vrij Nederland.<sup>8</sup>

‘Fysiek is er niets van mij over,’ zegt de oude man tegenover mij. ‘En iedere dag ga ik achteruit. Het geestelijk deel van mijn lichaam functioneert nog wel. Maar voor de rest is het echt afgelopen. Ik voel mijn hart het opgeven.’ Uit het interview blijkt dat hij in 2005 een ernstig auto-ongeluk heeft overleefd. Over de gevolgen hiervan zegt hij: ‘Mijn geheugen is behoorlijk beschadigd. Mijn geheugen en mijn hart. Tamelijk cruciaal toch. Maar ik ben niet depressief, tot mijn verbazing. Mijn humeur lijdt er niet onder. Natuurlijk ben ik soms erg verdrietig. Maar depressief kan ik niet zijn.’ Later zegt de man: ‘Het scheelt dat ik een boeiend, mooi leven heb gehad, waarin ik mijn interesses heb kunnen volgen, een mooi gezin heb kunnen opbouwen, een goede vrouw heb kunnen vinden. Anders had deze zeer onaangename laatste periode me vast en zeker depressief gemaakt... kennelijk leidt niet iedere gesloten toekomst tot een depressie. Er zijn ook nog geneugten. Vrienden die langskomen. Eindjes rijden, op een terras zitten bij goed weer. En zolang de kop het nog redelijk doet is het vol te houden.’

Aan het woord is Rudi van den Hoofdakker, psychiater, ook bekend als de dichter Rutger Kopland. Deze man ziet de werkelijkheid van zijn fysiek verval onder ogen en beleeft de bijbehorende emoties als vanzelfsprekend. Tevens merkt hij met een zekere verwondering dat hij niet depressief wordt. Zijn leven heeft zin gehad; hij heeft in verbondenheid met anderen geleefd. Hij kan genieten van mooie momenten, hoe klein dan

ook. Zijn beschouwende houding heeft wellicht te maken met zijn beroep als psychiater maar ook met het bereiken van een stadium waarin men het eigen leven overziet en kan aanvaarden als iets dat zo had moeten zijn, zelfs de eigen eindigheid.

Onderzoek van de laatste decennia heeft ons geleerd hoe belangrijk sociale en persoonlijke hulpbronnen zijn voor het omgaan met diverse uitdagingen op latere leeftijd, zoals achteruitgang in gezondheid, het verlies van belangrijke rollen en mensen in ons leven. Een overzicht van factoren die het welbevinden op latere leeftijd voorspellen onderscheidt persoonlijke hulpbronnen en processen van zelfregulering. Opleiding en inkomen, gezondheid, en het sociaal netwerk horen tot de hulpbronnen, terwijl controleovertuiging, zelfwaardering, coping en aanpassing van doelen bij zelfregulering horen.<sup>9</sup>

In het vervolg zal ik nieuwe kennis over sociale netwerken en controleovertuiging (of *mastery*) behandelen. Het onderzoek hierover, zelfs alleen al het onderzoek van LASA hierover, is te omvangrijk om hier uiteen te zetten. Ik noem slechts een paar relevante resultaten. De aanwezigheid van bevredigende sociale steun vanuit het netwerk in combinatie met een gevoel van controle over het eigen leven beschermt mensen tegen depressie op latere leeftijd.<sup>10</sup> Dit geldt specifiek wanneer achteruitgang in het fysieke functioneren optreedt, zoals bij Rudi van den Hoofdakker die niet depressief werd ondanks de sterke fysieke achteruitgang voor zijn overlijden.<sup>11</sup>

Twee vragen die onmiddellijk opkomen zijn: Is het niet zo dat juist als mensen een groter beroep op hun sociale netwerk moeten doen op oudere leeftijd, dit netwerk al aan het krimpen is? En is het ook niet zo dat het gevoel van controle over het eigen leven afneemt naarmate mensen ouder worden, juist door de confrontatie met gebeurtenissen waarover men daadwerkelijk weinig controle heeft?

Zonder een sterke roze bril op te zetten, wil ik enkele nieuwe inzichten met u delen die

enigszins hoopgevend zijn, bijvoorbeeld over ontwikkelingen in sociale netwerken de laatste decennia en nieuwe kennis over gevoelens van controle in verband met achteruitgang en verlies.

### Ontwikkelingen in sociale netwerken

Onderzoek in Westerse landen zoals de Verenigde Staten en Duitsland heeft aangetoond dat het type sociale netwerk dat ouderen hebben, gevolgen heeft voor hun psychisch welbevinden.<sup>12,13</sup> Vaak worden vijf typen netwerken onderscheiden: een divers netwerk, een vriendgericht netwerk, een burgergericht netwerk, een kindgericht netwerk, en een beperkt netwerk.<sup>14</sup> Bij de eerste twee soorten netwerken, het diverse netwerk en het vriendgerichte netwerk, worden hogere niveaus van geluk en 'mentale veerkracht' gevonden dan bij kindgerichte of beperkte netwerken. Deze laatste groepen ouderen zijn ook meer kwetsbaar voor depressie, angst en eenzaamheid, terwijl de mensen met diverse netwerken of vriendgerichte netwerken hier minder last van hebben. Deze mensen hebben zelfs een grotere kans om te overleven in vergelijking met mensen met andere typen netwerken gedurende een onderzoeksduur van zeven jaar.<sup>15</sup>

Dus diversiteit in het netwerk houdt mensen meer vitaal op latere leeftijd, door de grotere variatie in gezelschap en sociale steun die beschikbaar is en de stimulans die uitgaat van het onderhouden van deze relaties. Er is ook een verband tussen diversiteit in netwerken en *personal mastery* (controleovertuiging). Door regelmatige omgang met een diverse groep van mensen die betrokken zijn en klaar staan om ondersteuning te bieden, ontwikkelen mensen meer zelfvertrouwen en de overtuiging dat zij het vermogen hebben om uitdagingen het hoofd te bieden.<sup>16</sup>

De waarde van een meer divers sociaal netwerk wordt ook bevestigd door recente analyse van LASA-data afkomstig van getrouwde ouderen. Gemeenschappelijk aan typen netwerken die meer steun bieden en meer bescherming tegen eenzaamheid is de aanwezigheid van vrienden en familie als de belangrijke mensen met wie men regelmatig contact heeft.<sup>17</sup>

In het verleden heeft onderzoek aangetoond dat sociale netwerken vaak krimpen bij het ouder worden en dat de relaties die uit sociale netwerken verdwijnen juist de relaties zijn die bijdragen aan de diversiteit van het netwerk, zoals de relaties met vrienden.<sup>18</sup> De afname in deze vrijwillige relaties wordt aan processen van verlies- en selectieprocessen toegeschreven,

vanwege een voorkeur voor de meest hechte relaties op latere leeftijd. Natuurlijk speelt achteruitgang in fysiek of cognitief functioneren hierbij ook een rol.

Daartegenover zijn er ontwikkelingen die het langer in stand houden van vrijwillige relaties buiten de familie ondersteunen. Op de eerste plaats de veranderingen in de aard van sociale netwerken en persoonlijke relaties, waarbij mensen zelf meer keuzevrijheid en tevens meer verantwoordelijkheid hebben voor het ontwikkelen en onderhouden van hun sociale relaties.<sup>19</sup> Verder zijn de nieuwkomers onder ouderen hoger opgeleid dan in het verleden. Een hogere opleiding hangt doorgaans samen met een grotere vriendenkring.<sup>20</sup> Daarnaast zijn meer mensen onder de 'nieuwe' ouderen buitenshuis werkzaam geweest op middelbare leeftijd en doen zij ook meer vrijwilligerswerk, twee situaties die gelegenheid bieden om nieuwe mensen te leren kennen.<sup>21</sup>

Wij voorspelden dan ook dat er nieuwe ontwikkelingen zichtbaar zouden worden met betrekking tot vrijwillige relaties onder nieuwe groepen ouderen. Onze hypothese was dat de afname in deze relaties minder sterk of zelfs afwezig zou zijn bij de jongste groep binnen het langdurig LASA-onderzoek of bij de nieuwe cohorten ouderen naarmate zij ouder werden.<sup>20,21</sup> In een drietal studies werd dit getoetst.

En van deze studies betreft de aanwezigheid van werkgebonden relaties in het sociale netwerk, en de invloed van pensionering hierop bij twee cohorten.<sup>22</sup> Zij gingen in de perioden 1992–1995 en 2002–2005 met pensioen. Zoals verwacht, blijkt dat meer recent gepensioneerden meer geneigd zijn om werkgebonden relaties te behouden of aan het persoonlijke netwerk toe te voegen na de pensionering dan mensen een decennium eerder. Dus blijft een belangrijke bron van diversiteit in het netwerk vaker bestaan na de pensionering, voor zowel mannen als vrouwen onder de 'nieuwe' ouderen.

Zoals eerder vermeld, waren er twee netwerktypen die gepaard gaan met meer positief welbevinden en waarin mensen hogere overlevingskansen hadden. Het gemeenschappelijke kenmerk van deze twee netwerktypen is de aanwezigheid van vrienden.<sup>15</sup> Vrienden bieden doorgaans plezierig gezelschap, genegenheid, emotionele steun en informatie, en bevestiging van eigenwaarde. Omdat onbevredigende vriendschappen kunnen worden losgelaten, is de kwaliteit van vriendschap doorgaans hoog. Dat verklaart misschien waarom er een sterkere samenhang wordt gevonden tussen

welbevinden en vriendschapskenmerken dan tussen welbevinden en familiekenmerken.<sup>23</sup>

Ondanks het belang van vriendschap, lijkt vriendschap een kwetsbaar soort relatie te zijn naarmate mensen ouder worden; het aantal vrienden neemt af in sociale netwerken. Toen wij onlangs de ontwikkeling in de aanwezigheid van vrienden in het netwerk bij de LASA-deelnemers gedurende 17 jaar onderzochten, vonden wij een opvallend verschil tussen drie groepen ouderen die gemiddeld rond de 60, 70 en 80 jaar waren bij aanvang van het onderzoek. Binnen de twee oudere groepen was er een duidelijke afname in het aantal mensen met minstens één vriend in hun persoonlijk netwerk vanaf de eerste meting en gedurende 17 jaar. In de jongste groep daarentegen blijft het aandeel met één of meer vrienden in hun netwerk gelijk gedurende 17 jaar (tussen hun 60<sup>e</sup> en 77<sup>e</sup> jaar). Meer dan de helft had gedurende deze periode minstens één vriend(in) in het netwerk. Deze groep mensen verkeert kennelijk in betere omstandigheden om vriendschap te behouden of om nieuwe vriendschappen te ontwikkelen; of zij doen er meer moeite voor. Deze ontwikkeling was sterker bij vrouwen dan bij mannen. Er was zelfs een toename in het aandeel vrouwen dat vriendschap beschikbaar had en ook hielden vrouwen hun vriendschap langer in stand dan mannen.<sup>20</sup> Een recent onderzoek toont aan dat de stabiliteit die wij voor vrienden in het netwerk waargenomen hebben, geldt voor alle soorten relaties buiten de familie (vrienden, werkgebonden relaties, burens, clubleden). De kentering vond al plaats bij mensen die na 1922 geboren waren).<sup>21</sup>

Een conclusie van deze studies is dat ouderen tegenwoordig beter in staat zijn om diversiteit in hun sociale netwerk te ontwikkelen en dit langer in stand te houden. Er is echter een groep voor wie deze voordelen minder of niet gelden, mensen met een lage opleiding en laag inkomen. Hun achterstandspositie met betrekking tot gezondheid geldt ook voor sociale netwerken, als het gaat om diversiteit in het netwerk. Zelfs voor de groep die wel bevoordeeld is, is de vraag hoe lang hun sociale netwerken divers blijven.

Sociale netwerken hebben altijd een zekere dynamiek; sommige mensen 'verlaten' het netwerk en andere komen erbij.<sup>18</sup> Tot een zekere leeftijd is de omvang van de meeste sociale netwerken stabiel, omdat winst en verlies in het netwerk in balans is. Onder de oorspronkelijke LASA-deelnemers waren netwerken stabiel tot ongeveer 75 jaar. Daarna werden netwerken kleiner. Niet alleen door de sociale verliezen maar ook door een afname in het aantal relaties dat behouden wordt en in het aantal 'nieuwe'

relaties. Een tachtigjarige verloor gemiddeld één netwerkklid om de 3 jaar, zonder vervanging.<sup>24</sup>

Deze afname hangt duidelijk samen met achteruitgang in gezondheid, met specifieke gevolgen voor verschillende gezondheidsproblemen. Fysieke beperkingen hadden slechts een klein effect op het voortzetten van sociale relaties (en geen effect op nieuwe relaties aangaan). Kennelijk zijn er alternatieven om contact te houden of nieuwe te maken bij afnemende mobiliteit (zoals met telefoon of internet of met aangepaste vervoersmiddelen). Problemen met slecht zien of horen blijken het aangaan van nieuwe relaties te belemmeren, maar niet het onderhouden van bestaande relaties. Cognitieve beperkingen zijn het lastigst zowel om relaties voort te zetten als nieuwe relaties aan te gaan.<sup>24</sup> Het hangt van toewijding en vindingrijkheid van anderen af, of deze manieren vinden om het contact met een oudere persoon met cognitieve beperkingen voort te zetten.

Nog een lichtpunt vanuit het LASA-onderzoek: er is een positieve ontwikkeling gevonden ten aanzien van kwetsbare ouderen. Het gaat hier niet om de mensen die ziek of hulpbehoevend zijn, maar om mensen met twee of meer problemen, die voor een wankel evenwicht zorgen en mensen kwetsbaar maken voor stress. Tussen 1998 en 2008 was er een daling in de proportie kwetsbare ouderen, van 21% naar 15%. In het algemeen is er sprake van beter cognitief en fysiek functioneren in de nieuwe groep van 65-plussers. Deze verandering wordt toegeschreven aan de hogere opleiding en hoger inkomen, meer grote netwerken, meer mensen met een partner, en de (iets) hogere *mastery*. De nieuwe groep ouderen is niet gezonder, maar wel sterker in psychosociaal opzicht.<sup>25</sup>

### **Ontwikkeling met betrekking tot *personal mastery***

Naast de sociale hulpbronnen is *personal mastery* belangrijk voor het welbevinden, juist op latere leeftijd. *Personal mastery* is de mate waarin mensen geloven dat zij controle over het eigen leven hebben; daarom noem ik dit controleovertuiging. De vragen over *mastery* bij het LASA-onderzoek verwijzen naar het ervaren van enige controle over de dingen die iemand overkomen, het kunnen oplossen van problemen die zich voordoen, en het zelf bepalen wat in de toekomst gebeurt.<sup>26</sup> Wie een sterkere controleovertuiging heeft, zal zich actiever opstellen om vorm te geven aan zijn of haar leven. Als er zich problemen voordoen zal deze persoon meer moeite doen om hiervoor

oplossingen te vinden en om gunstig gedrag langer vol te houden dan iemand met een minder sterke controleovertuiging.<sup>27</sup>

Het gaat hier om waargenomen controle, een subjectief gevoel dat ons gedrag stuurt (niet daadwerkelijke controle). Zelfs de illusie van controle kan een gunstige invloed hebben op ons gezondheidsgedrag en op uitkomsten met betrekking tot gezondheid, zoals hoeveel last iemand heeft van een ziekte.<sup>28</sup>

Recente studies van LASA laten zien hoe controleovertuiging op latere leeftijd aan verandering onderhevig is wanneer zich zeer uitdagende omstandigheden voordoen. Jonker en collega's hebben aangetoond hoe een voortschrijdend proces van achteruitgang in gezondheid tot een lagere inschatting van persoonlijke controle en zelfwaardering bij ouderen leidt, en vervolgens tot een afname in levenssatisfactie en positieve stemming. Naast dit algemene effect waren er wel individuele verschillen in de ontwikkeling van controleovertuiging. Bij sommige mensen bleef de controleovertuiging stabiel of werd deze zelfs hoger; bij hen had de achteruitgang in gezondheid geen invloed op de levenssatisfactie.<sup>11</sup>

Dit roept de vraag op: Hoe kan de controleovertuiging sterker worden of zelfs in stand blijven ondanks voortschrijdende fysieke achteruitgang? Mensen die hun controle hoog inschatten, zijn meer geneigd hun doelen aan te passen aan hun mogelijkheden. Zien ze geen kans voor genezing of verbetering van hun gezondheid dan richten zij hun streven naar controle op symptoombeheersing of op andere levenstaken waar enige controle mogelijk is. Zodoende kunnen zij hun welbevinden in stand houden.<sup>7,28</sup> Denk aan de 85-plussers in de Leidse studie die sociale relaties belangrijker zijn gaan vinden dan gezondheid. Daar zullen zij zich voor inzetten. Er is ook een wisselwerking tussen controleovertuiging en positieve sociale interacties. Wie meer positieve sociale interacties meemaakt op oudere leeftijd, gaat zich meer competent en effectief voelen binnen sociale relaties.<sup>29</sup>

Omgaan met verlies van de levenspartner is een andere grote uitdaging op latere leeftijd. Guiaux heeft LASA-deelnemers gevolgd gedurende enkele jaren vóór en ná het verlies van de partner.<sup>30</sup> Zowel sociale ondersteuning vanuit het netwerk als controleovertuiging hangen samen met de intensiteit van gevoelens van eenzaamheid na verlies van de partner. Mensen met een lage controleovertuiging en weinig ondersteuning waren het meest eenzaam. Mensen met een hogere controleovertuiging waren er beter aan toe, wel eenzaam maar

minder dan de eerste groep, zelfs bij lagere ondersteuning. Dus controle biedt enige compensatie voor sociale tekorten. De weduwen en weduwnaars met een hogere controleovertuiging en meer ondersteuning waren het minst eenzaam ook al voelden zij ook de gevolgen van het verlies en waren zij eenzamer dan mensen met een partner.

Een verrassende uitkomst was dat weduwen en weduwnaars bij wie de controleovertuiging toegenomen was na het verlies van de partner, minder emotioneel eenzaam werden.<sup>30</sup> De ervaring van meer grip op het leven krijgen onder (zeer) moeilijke omstandigheden heeft kennelijk een sterk positief effect op het welbevinden op latere leeftijd. Wie meer vertrouwen in zichzelf krijgt, gaat geleidelijk de partner minder missen en kan het verlies beter aanvaarden. Dit proces kan jaren duren en speelt zich niet af in isolement maar in interactie met de leden van het sociale netwerk, zoals kinderen, vrienden en burens.<sup>31</sup> Zelfredzaamheid, het grote thema van het ouderenbeleid, ontstaat of ontwikkelt zich niet in isolement, maar meestal in verbondenheid met anderen. Volgens mij geldt dit voor elke leeftijd, zeker voor de oudere leeftijd, zoals te zien was bij Rudi van den Hoofdakker.

## Interventies

Omdat de voordelen van de controleovertuiging bij achteruitgang en verlies op latere leeftijd regelmatig aangetoond worden, is het niet verrassend dat interventieprogramma's ontwikkeld zijn die gericht zijn op het vergroten van controle. Vaak is ook het verbeteren van sociale relaties een doel, omdat het belang van sociale relaties op oudere leeftijd evident is.

Omdat Nederland veel interventies kent, gericht op het welbevinden van ouderen, zal ik mij beperken tot een paar interventies die juist effect hebben bij de groepen die het minst hulpbronnen beschikbaar hebben die belangrijk zijn voor het welbevinden, namelijk mensen met een lage opleiding en een laag inkomen, mensen met kleine sociale netwerken en/of mensen met meerdere (chronische) ziektes.

De Bezoekdienst voor weduwen en weduwnaars is een interventie waarbij een deelnemer die ongeveer een half jaar eerder de partner verloren heeft, regelmatig bezoek krijgt van iemand die langer weduwe of weduwnaar is en dit verlies goed verwerkt heeft. De bezoeker biedt een luisterend oor, informatie en gezelschap, en dient tevens als een voorbeeld van iemand die het verlies goed verwerkt heeft. Dit programma 'werkt' voor mensen met een lage

opleiding; bij hen is na deelname aan de interventie een significante afname van depressie- en angstsymptomen gevonden, evenals een verbetering in kwaliteit van leven. Depressie nam ook af bij mensen die sociaal eenzaam waren (door gebrek aan gezelschap) en bij mensen die twee of meer ziektes hadden.<sup>32</sup>

Een tweede voorbeeld is te vinden bij een zelfmanagementprogramma voor mensen met chronisch hartfalen. Deze cursus bestaat uit zes bijeenkomsten met een verpleegkundige en een modelpatiënt, iemand met hartfalen die een goed voorbeeld is voor andere deelnemers voor wat betreft houding en bereidheid actief met deze toestand om te gaan. Deze cursus werkt ook voor mensen met een lage opleiding (en een goed cognitief functioneren). Cursisten gingen hun symptomen beter beheersen en pasten meer specifieke zelfmanagementmethoden voor hartfalen toe na de cursus; ook gingen zij zich meer bewegen en werd hun kwaliteit van leven beter.<sup>33</sup>

Een derde voorbeeld is ook een zelfmanagementprogramma. De cursus 'GRIP op het leven' bestaat uit zes individuele huisbezoeken door een verpleegkundige waarin zelfmanagementvaardigheden geleerd worden aan kwetsbare ouderen. Deze doelgroep heeft complexe fysieke

problemen in combinatie met andere problemen (sociale of persoonlijke). Na deze interventie toonden de ziekenhuispatiënten, een subgroep binnen de onderzoeksgroep, significante verbetering op zelfmanagementvaardigheden en algemeen welbevinden, zowel na zes weken als na vier maanden. De cursus lijkt kwetsbare ouderen een repertoire van proactief gedrag en proactieve gedachten te leren dat bevorderend is voor hun welbevinden.<sup>34</sup>

Deze drie interventies noem ik, omdat die juist een gunstige uitwerking hebben bij mensen met minder hulpbronnen en omdat zelfmanagementtraining meer expliciet gericht is op het vergroten van de controleovertuiging ten aanzien van de eigen gezondheid en het leven in het algemeen.

Formele interventies zijn niet de enige manier om gevoelens van controle en sociale relaties te verbeteren. Wanneer ouderen meer positieve interacties met anderen hebben, worden hun gevoelens van controle ten aanzien van sociale relaties vergroot.<sup>29</sup> Dus als mensen meer gespitst zijn op het onderhouden van positief contact met hun oudere familieleden en vrienden, kan dit gevolgen hebben voor hun controleovertuiging en welbevinden.

## Literatuur

- Deeg D, van der Horst, M, Sant, N, eds. Licht op later: Twintig jaar onderzoek naar ouder worden. Amsterdam: VU Uitgeverij/VU University Press, 2011.
- Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Gerontologist* 1997; 37: 433-440.
- Fagerstrom, J, Aartsen, M. Latent growth models of successful aging and subjective well-being: The Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Recherches sociologiques et anthropologiques* (in press).
- Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Cohen RD. Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *Gerontologist* 2002; 42: 727-733.
- Montross LP, Depp C, Daly J, Reichstadt J, Golshan S, Moore D, Sitzer D, Jeste DV. Correlates of self-rated successful aging among community-dwelling older adults. *Amer J Geriatri Psychiatry* 2006; 14: 43-51.
- Faber M von, Bootsma-van der Wiel A, Exel E van, Gussekloo J, Lagaa AM, Dongen E van, Knook DL, Gees S van der, Westendorp RGJ. Successful Aging in the oldest old. *Arch Internal Med* 2001; 161: 2694-2700.
- Heckhausen J, Schulz R. A life-span theory of control. *Psychol Review* 1995; 102:284-304.
- Heerma van Voss D. 'Ik ben gewoon uitgeteld': het laatste interview met Rutger Kopland. *Vrij Nederland* 2012; 73: 17-25.
- Jopp D, Smith J. Resources and life-management strategies as determinants of successful aging: On the protective effect of selection, optimization and compensation. *Psychol Aging* 2006; 21: 254-265.
- Steunenberg B, Beekman ATF, Deeg DJH, Kerkhof AJFM. Personality and the onset of depression in late life. *J Affective Disorders* 2006; 92: 243-251.
- Jonker AGC, Comijs HC, Knipscheer CPM, Deeg, DJH. The role of coping resources on change in well-being during persistent health decline. *J Aging Health* 2009; 21: 1063-1082.
- Fiori KL, Antonucci TC, Cortina, KS. Social network typologies and mental health among older adults. *J Gerontol: Psychol Sciences* 2006; 61B: P25-P32.
- Fiori KL, Smith J, Antonucci TC. Social network types among older adults: A multidimensional approach. *J Gerontol: Psychol Sciences* 2007; 62B: P322-P330.
- Litwin H. Social network type and morale in old age. *Gerontologist* 2001; 4: 516-524.
- Litwin H. What really matters in the social network-mortality association? A multivariate examination among older Jewish Israelis. *Eur J Aging* 2007; 4: 71-82.
- Antonucci TC, Jackson JS. Social support, interpersonal efficacy, and health: A life course perspective. In: Carstensen LL, Edelstein BA,

- eds. Handbook of clinical gerontology. Elmsford, NY: Pergamon Press, 1987.
17. Aartsen, M, Tilburg TG van. Is de relatie tussen steun en eenzaamheid afhankelijk van het type relatie netwerk? 11<sup>e</sup> Nationaal congres van de NVG, Ede, 5 oktober 2012.
  18. Tilburg TG van. Losing and gaining in old age: Changes in personal network size and social support in a four-year longitudinal study. *J Gerontol: Social Sciences* 1998; 53B: S313-S323.
  19. Allan GA. Personal relationships in late modernity. *Personal Relationships* 2001; 8: 324-339.
  20. Stevens NL, Tilburg TG van. Cohort differences in having and retaining friends in personal networks in later life. *J Social Personal Relationships* 2011; 28: 24-43.
  21. Suanet BA, Tilburg TG van, Broese van Groenou MI. Non-kin in older adults' personal networks: More important among later cohorts? *J Gerontol: Social Sciences* (in press).
  22. Cozijnsen R, Stevens NL, Tilburg TG van. Maintaining work-related personal ties following retirement. *Personal Relationships* 2010; 17: 345-356.
  23. Pinquart M, Sorensen S. Influences of socioeconomic status, social network and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychol Aging* 2000; 15: 187-224.
  24. Broese van Groenou MI, Hoogendijk EO, Tilburg TG van. Continued and new personal relationships in later life: Differential effects of health. *J Aging Health* 2013; 25: 274-295.
  25. Bremer-Dijkhuis S, Broese van Groenou MI, Huisman M, Deeg DJH. Prevalentie en kenmerken van kwetsbare oudere volwassenen: Een vergelijking tussen ouderen in 1998 en 2008, 11<sup>e</sup> Nationaal congres van de NVG, Ede, 5 oktober 2012.
  26. Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *J Health Social Behavior* 1978; 24: 2-15.
  27. Lachman ME. Perceived control over aging-related declines. *Cur Dir Psychol Science* 2006; 15: 282-286.
  28. Taylor SE, Kemeny ME, Reed G, Bower JE, Gruenewald TL. Psychological resources, positive illusions and health. *Amer Psychol* 2000; 55: 99-109.
  29. Sorkin DH, Rook KS, Heckhausen J, Billimek J. Predicting changes in older adults' interpersonal control strivings. *Intl J Aging Human Development* 2009; 69: 159-180.
  30. Guiaux M. Social adjustment to widowhood: Changes in personal relationships and loneliness before and after partner loss. *Dissertatie Vrije Universiteit Amsterdam, Sociale Wetenschappen*, 2010.
  31. Stevens NL. Gender and adaptation to widowhood in later life. *Ageing and Society*, 1995; 15: 37-58.
  32. Onrust S. Intervening after the loss of a spouse: Is it (cost-)effective and for whom?. *Dissertatie Vrije Universiteit Amsterdam, Faculteit der Psychologie en Pedagogiek*. 2008.
  33. Smeulders ESTF. Heart failure self-management: Balancing between medical and psychosocial needs. *Dissertatie Maastricht University. School for Primary Care and Public Health*, 2010.
  34. Steverink N. Gelukkig en gezond ouder worden: Welbevinden, hulpbronnen en zelfmanagementvaardigheden. *Tijdschr Gerontol en Geriatr* 2009; 40: 244-252.