

Proefschriften in discussie

G. van Roosmalen. Succesvol ouder worden en de overgang naar het woonzorgcentrum. Functionele performantie, persoonlijke controle, aanpassingsprocessen en welbevinden bij alleenstaande ouderen thuis en in het woonzorgcentrum

Proefschrift Katholieke Universiteit Leuven: 2011. Promotor: prof. dr. Em. A. Marcoen

‘Tot op hoge leeftijd blijft er een belangrijke mogelijkheid tot groei’, zo schrijft dr. Griet Van Roosmalen in het inleidende hoofdstuk van haar recent verdedigde dissertatie¹. Zij ontleent deze uitspraak aan een bekende theorie die veronderstelt dat succesvol ouder worden bepaald wordt door drie processen: selectie, optimalisatie en compensatie. Selectie heeft betrekking op de doelen, ambities en activiteiten waarop iemand het verkiest zich te richten, optimalisatie houdt in dat alles op alles gezet wordt om de geselecteerde activiteiten zo goed mogelijk uit te voeren. Compensatie betekent het strategisch gebruik van hulpmiddelen of aanpassing (vereenvoudiging) van de geselecteerde taken. Tegen de achtergrond van deze opvatting over succesvol ouder worden is het functioneren en welbevinden van bijna 750 alleenstaande ouderen in Vlaanderen onderzocht. Zij woonden thuis of in een woonzorginstelling. Met elke deelnemer werd individueel gesproken aan de hand van gestructureerde interviews over dagelijkse activiteiten, hulpverlening en de persoonlijke controle over de hulpverlening. De imposante intensiteit van de studie blijkt onder meer uit de duur van de interviews die kon variëren van één tot vijf uur. In het onderzoek is daarnaast gebruik gemaakt van gestandaardiseerde vragenlijsten.

De beslissing om te verhuizen naar een zorginstelling kan uitgelegd worden als selectie van een compenserende omgeving, nodig vanwege beperkingen op het gebied van zelfzorg, huishoudelijke activiteiten, vrijetijdsbesteding en sociale activiteiten. Het onderzoek toonde aan dat ouderen die thuis woonden deze activiteiten vaker zonder hulp uitvoerden dan hun leeftijdgenoten in een verzorgingshuis². Eenmaal in het verzorgingshuis kregen de bewoners echter minder ruimte voor selectie en optimalisatie, doordat hen eerder een ‘zorgpakket’ dan door hen zelf geselecteerde ‘zorg op maat’ werd aangeboden. De verwachting dat niet-gerealiseerde processen van selectie, optimalisatie en compensatie zouden leiden tot minder subjectief welbevinden kon in dit onderzoek niet worden bevestigd. Bewoners van een zorginstelling voelden zich even tevreden met hun leven als leeftijdgenoten

die thuis woonden³. Bewoners die sommige hulp percipieerden als opgelegd, oordeelden eerder positief dan negatief over hun welbevinden.

Deze bevindingen roepen vragen op over de geldigheid van het idee dat het geïntegreerde en gecoördineerde gebruik van selectie, optimalisatie en compensatie (SOC) ‘de beste garanties zou bieden op succesvol ouder worden’(p. 170)¹. Op diverse plaatsen legt de onderzoeker in haar proefschrift uit wat met optimalisatie wordt bedoeld: ‘het verwerven en verbeteren van interne en externe middelen om een hoger niveau van functioneren te bereiken in de geselecteerde levensdomeinen of doelen’. Optimaal functioneren, zo schrijft zij, vergt investeren van moeite, energie en tijd, oefenen van bestaande vaardigheden en verwerven van nieuwe vaardigheden.

Volgens deze opvatting vraagt succesvol ouder worden nogal wat inspanning. Het zou verhelderend kunnen zijn om de empirische gegevens uit dit proefschrift eens te analyseren tegen de achtergrond van een wat minder ‘activistische’ opvatting, die stelt dat succesvol ouder worden minder een onderneming is van oefenen en vaardigheden behouden, dan van aanvaarding van onvermijdelijk verlies, door lichamelijke of andere functiebeperkingen, verlies van de levenspartner, verlies van materiële verworvenheden, contacten, of activiteiten⁴. Volgens deze opvatting lijkt investeren en energie steken in het behoud of verwerven van vaardigheden minder belangrijk dan een positieve herinterpretatie van de situatie⁵. Sommige bevindingen in het proefschrift lijken eerder te suggereren dat de onderzochte deelnemers leven volgens een accommodatiemodel (aanvaarding van beperkingen) dan volgens een SOC-model. Zo gaven verschillende bewoners van een zorgcentrum voor diverse activiteiten te kennen dat zij het niet belangrijk vonden om deze ‘te blijven doen, opnieuw te doen dan wel te leren doen’. Kennelijk streefden zij niet voor alle activiteiten naar optimalisering van hun functionele performantie (zie ook Tabel 4.9 op p. 108). In ander onderzoek, waarnaar het proefschrift verwijst, is gevonden dat sommige ouderen een SOC-strategie wel toepassen, maar andere niet⁶. Enkel ouderen die in de effectiviteit van SOC geloven, zouden deze aanpak toepassen. Daarmee wordt de eigen overtuiging een belangrijk sleutelbegrip, en vormen individuele verschillen in overtuiging (belief, cognitie) mogelijk een interessante moderatorvariabele in onderzoek naar de relatie tussen SOC en welbevinden.

Een andere vraag die bij lezing van het proefschrift bij mij opkwam, betreft de invalshoek die gekozen is om het subjectief welbevinden te meten. De auteur maakt onderscheid tussen twee onderzoekstradities. De ene is hedonistisch georiënteerd, met nadruk op plezier en genoegen, tevredenheid over het leven, positief affect en afwezigheid van negatieve stemmingen. De tweede traditie is eudaimonisch. Volgens de eudaimonische visie is het goed voor het subjectieve

ve welbevinden wanneer een mens erin slaagt om te leven naar zijn ware aard en naar zijn persoonlijke doelen⁷. In het onderzoek wordt het subjectief welbevinden gemeten met instrumenten die ontleend zijn aan de hedonistische invalshoek. Waarom is hier niet expliciet gekozen voor een benadering vanuit de eudaimonische invalshoek, die met zijn nadruk op vervulling van behoeften aan autonomie en competentie volmaakt aansluit op het SOC-model van succesvol ouder worden? De keuze voor de hedonistische benadering van subjectief welbevinden, met het accent op levenstevredenheid, positief affect en afwezigheid van negatief affect, lijkt eerder te passen bij een aanpassingsmodel, volgens welk onvermijdelijke beperkingen en tegenslagen worden aanvaard, dan bij een activistisch SOC-model dat subjectief welbevinden belooft aan mensen die moeite, energie en tijd investeren in selectie van doelen en het oefenen van vaardigheden.

De derde vraag die ik na lezing van dit proefschrift wil opwerpen, betreft de belangwekkende studie (hoofdstuk 6) naar factoren die van invloed zijn op de tevredenheid over de beslissing om te verhuizen naar een zorginstelling. Hierover werden ruim driehonderd bewoners bevraagd. De beslissing om naar een woonzorgcentrum te verhuizen werd door 42% in overleg met anderen genomen, 28% zou deze beslissing volledig zelf hebben genomen, en bij 30% werd de beslissing door anderen genomen. Hoewel de tekst van het proefschrift hierover niet helemaal duidelijk is, lijkt het alsof in de laatste groep nog onderscheid gemaakt wordt tussen bewoners die de verhuisbeslissing en de keuze van het woonzorgcentrum in alle vertrouwen aan anderen hebben overgelaten en bewoners bij wie de beslissing uit handen genomen werd (p. 165)¹. Gelet op het grote aantal deelnemers (40%) dat vanuit een ziekenhuis in het zorgcentrum kwam te wonen, zal het aantal deelnemers in de groep die geen of nauwelijks controle had over de beslissing om te verhuizen aanzienlijk zijn geweest. Bij de deelnemers is navraag gedaan naar hun attitude tegenover de verhuizing naar een woonzorgcentrum. Die was in 58% van de gevallen positief (p. 160). Enkele pagina's verder formuleert de onderzoeker de interessante hypothese dat deelnemers die zich in goed vertrouwen verlaten op een ander, zich voornamelijk zullen situeren in de groep met een positieve verhuisattitude, in tegenstelling tot de deelnemers bij wie de beslissing tegen hun zin uit handen werd genomen. Zij zouden zich eerder situeren in de groep met een negatieve verhuisattitude. Dit zou betekenen dat niet het (objectieve) gebrek aan inspraak als zodanig invloed heeft op de verhuisattitude, maar veeleer de persoonlijke controle over die inspraak. Wie vrijwillig afstand doet van inspraak en deze in vertrouwen uit handen geeft, kan nog steeds een positieve verhuisattitude hebben. Wordt de mogelijkheid tot inspraak iemand tegen diens zin afgenomen, dan

zal zijn verhuisattitude echter negatief zijn. Wat zijn de relaties tussen feitelijke inspraak, ervaren persoonlijke controle en een positieve of negatieve verhuisattitude? Nader onderzoek van deze complexe relaties zou praktische en therapeutische consequenties kunnen hebben voor ouderen die op het punt staan te verhuizen naar een zorginstelling, en wel in een richting die de onderzoeker op p. 165 al suggereert, dat juist de personen met de 'laagste ervaren persoonlijke controle' het best geholpen zouden worden door hen meer feitelijke inspraak te geven.

Dr. H. F. A. Diesfeldt, klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog, directeur PgD *Psychologische expertise voor de verpleeghuiszorg*, Vivium Zorggroep, Laren.

Reactie van de auteur

Graag maak ik van deze gelegenheid gebruik te reageren op de bespreking van mijn proefschrift door dr. H. F. A. Diesfeldt en wil ik hem ook danken voor het grondig en kritisch doornemen van de weerslag van mijn doctoraatsonderzoek.

'Tot op hoge leeftijd blijft er een belangrijke mogelijkheid tot groei' was inderdaad een belangrijk adagium voor mijn onderzoek en proefschrift, geïnspireerd op het model van succesvol ouder worden dat selectie, optimalisatie en compensatie vooropstelt als belangrijke aanpassingsstrategieën. En groei wil ik graag heel breed invullen. Misschien is 'optimale ontwikkeling' een betere term, waarin zowel groei vervat zit, maar ook behoud (herstel en veerkracht) en verliesregulatie. Ook de term vaardigheden wil ik breed opvatten. Doelen selecteren in functie van ervaren verlies, onvermijdelijk verlies aanvaard, situaties positief herinterpreteren, ... zijn ook belangrijke vaardigheden voor succesvol ouder worden. In het onderzoek hebben we ons gericht op de dagelijkse activiteiten van ouderen. We zijn ons er terdege van bewust dat we hiermee slechts een beperkt aspect van selectie, groei en (optimale) ontwikkeling bekijken en dat we cognities en cognitieve vaardigheden niet als dusdanig hebben meegenomen in de operationalisatie van de SOC-processen. Dat de oudere zichzelf (zijn positieve identiteit) en zijn welbevinden tracht te handhaven door zijn doelen en zijn zelfevaluatiestandaarden aan te passen (dit is ook een vorm van selectie), is een belangrijke hypothese die, op basis van de in mijn doctoraatsonderzoek verzamelde gegevens niet getoetst kan worden. Accommodatie en secundaire controle zouden inderdaad ook interessante variabelen zijn om in verder onderzoek te betrekken als mogelijke moderator tussen functioneren en welbevinden. Zich aanpassen aan onvermijdelijk verlies (op welk domein dan ook) door te aanvaarden en zelfs positief te herinterpreteren, of met andere woorden, slagen in verliesverwerking en verliesregulatie,⁸ is ontegensprekelijk een belangrijk aspect van succes-

vol ouder worden, dat ook door selectie, optimalisatie en compensatie gerealiseerd kan worden. Ik denk dus niet dat de SOC-processen uitsluitend in een zogenaamd 'activistisch' model aan bod zouden komen. Een bijkomende uitdaging ligt er mijns inziens vooral in ook te kijken naar de impact van de verwachtingen vanuit de maatschappij, het (personeel van het) woon- en zorgcentrum en de onmiddellijke omgeving van de oudere. De mate waarin de oudere erin slaagt groei, maar ook behoud en veerkracht, en verliesregulatie te realiseren, wordt naar mijn aanvoelen vaak en grotendeels bepaald door de al dan niet ondersteunende en al dan niet stimulerende omgeving.

Ook in de tweede bedenking kan ik mij helemaal vinden. De keuze voor de metingen van subjectief welbevinden zoals voorgesteld door Kempen en Ormel⁹ was bij aanvang van mijn doctoraatsonderzoek misschien eerder pragmatisch ingegeven (beschikbaarheid, haalbaarheid, ...). Gegeven de theoretisch vooropgestelde en empirisch vastgestelde verschillen tussen hedonisch en eudaimonisch welbevinden, waarbij het eerste gerelateerd blijkt aan ontspanning, zorgeloosheid en geluk en het tweede veeleer gelinkt wordt aan optimaal functioneren, persoonlijke expressiviteit en aan persoonlijke groei,¹⁰ durf ik mij ook af te vragen of een meting van welbevinden volgens het eudaimonisch perspectief tot andere, 'betere' resultaten zou geleid hebben. Nu, welke meting van subjectief welbevinden ook wordt gehanteerd, het is en blijft een complex gegeven. Subjectief welbevinden is sowieso een multidimensioneel concept. Mensen ontleenen hun welbevinden om heel verschillende redenen aan heel verschillende dingen¹¹. Mensen verschillen in wat voor hen belangrijk is en doorweegt in hun welbevinden. Mensen verschillen ook in algemeen basaal welbevinden. De ene is al wat optimistischer van aard dan de andere. Maar ook het moment waarop je de oudere treft met je vraag hoe het met hem of haar gaat, kan een groot verschil uitmaken. Uit de reacties van de bevroegde ouderen op de welbevinden-items bleek dat heel wat van deze hoogbejaarden deze als zeer moeilijk ervoeren. Ik kijk met andere woorden niet alleen kritisch terug op de keuze van deze meting van welbevinden, maar ook op de meting van welbevinden an sich. Niet dat ik

deze over boord zou gooien, maar het lijkt mij opnieuw nuttig en zinvol te focussen op de processen die tussen de actuele situatie van de oudere en diens welbevinden mediëren: accommodatie en secundaire controle. Kijken, vragen, naar wat maakt dat ouderen ertoe brengt om zus of zo te antwoorden op de vraag "hoe voelt u zich?", gegeven hun actuele situatie, maar ook hun verleden, en gegeven de strategieën die zij hanteren om daarmee om te gaan en de mogelijkheden en de beperkingen die zij ervaren in hun sociale en fysieke omgeving. En misschien moeten we ook, in lijn met het recente boek van Westerhof en Bohlmeijer,¹² voorbij het onderscheid tussen hedonia en eudemonia, kijken naar de levenskunst, als het houden van balans tussen maakbaarheid en aanvaarding (aansluitend bij de eerste bedenking) en tussen plezier, betrokkenheid en zinvolheid.

Wat de derde bedenking betreft, moet worden opgemerkt dat eerder zijdelings ook aspecten van het beslissings- en verhuisproces werden meegenomen. Dit bleek inderdaad enkele interessante bevindingen op te leveren, die, gezien de methodologische beperkingen van metingen en onderzoeksgroep, vragen om replicatie en vooral meer uitgebreid onderzoek hieromtrent. Zo liet de eenvoudige vraag naar wie de beslissing genomen had tot verhuizen of tot intekenen op een wachtlijst (de oudere zelf, kinderen, huisarts, ... al dan niet in overleg met met elkaar) niet toe iets te zeggen over de manier waarop of de reden waarom de oudere deze beslissing aan anderen had overgelaten. Ook was de vraag over de verhuisattitude bijvoorbeeld heel rudimentair. Kortom, dit hoofdstuk geeft enkele aanknopingspunten voor verder onderzoek rond verhuizen naar het woonzorgcentrum en alle (beslissings)processen die daarbij komen kijken. Onderzoek dat ook voor heel wat mensen in de praktijk aanknopingspunten zou kunnen bieden om deze overgang zodanig te faciliteren dat het voor alle betrokken partijen op een rustige en misschien zelfs rustbrengende manier kan verlopen.

Griet Van Roosmalen, Stafmedewerker Banaba Psychosociale Gerontologie, Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen, Brussel.

Literatuur

- 1 Van Roosmalen G. Succesvol ouder worden en de overgang naar het woonzorgcentrum. Functionele performantie, persoonlijke controle, aanpassingsprocessen en welbevinden bij alleenstaande ouderen thuis en in het woonzorgcentrum. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, 2011.
- 2 Van Roosmalen G, Marcoen A. Persoonlijke controle en functionele performantie bij ouderen thuis en in het bejaardentehuis. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 2006;37:169-183.
- 3 Van Roosmalen G, Marcoen A. Welbevinden, functionele performantie en persoonlijke controle bij ouderen thuis en in het woonzorg-

- centrum. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 2007;38:134-146.
- 4 Hertogh C. Oud en op is 'uit': over ouderdom en de 'goede dood'. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 2004;35:170-172.
 - 5 Frieswijk N, Buunk BP, Steverink N, Slaets JPJ. Het effect van sociale vergelijkingsinformatie op de levenssatisfactie van fragiele ouderen. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 2005;36:100-108.
 - 6 Jopp D, Smith J. Resources and life-management strategies as determinants of successful aging: on the protective effect of selection, optimization, and compensation. Psychology and Aging 2006;21:253-265.
 - 7 Marcoen A, Van Cotthem K, Billiet K, Beyers W. Dimensies van subjectief welbevinden bij ouderen. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 2002;33:156-165.
 - 8 Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization and compensation. In: Baltes PB, Baltes MM, Eds. Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. New York: Cambridge University Press, 1990: 1-34.
 - 9 Kempen GIJM, Ormel J. Het meten van psychologisch welbevinden bij ouderen. Tijdschr Gerontol Geriatr 1992; 23:225-235.
 - 10 Waterman AS. Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. Journal of Personality and Social Psychology 1993;64:678-691.
 - 11 Marcoen A. Subjectief welbevinden op hogere leeftijd. In: Marcoen A, Grommen R, Van Ranst N, Eds. Als de schaduwen langer worden. Psychologische perspectieven op ouder worden en oud zijn. Leuven: Lannoo Campus, 2009:335-358.
 - 12 Westerhof G, Bohlmeijer E. De psychologie van de levenskunst. Amsterdam: Boom, 2010.

Signalementen

(Huisartsen)zorg in de laatste levensmaanden

Via een representatief huisartsennetwerk zijn gegevens verzameld over plaats van overlijden, aard en doel van de zorg en wensen en problemen van patiënten van wie het overlijden verwacht en niet plotseling was. Epidemioloog, gezondheidswetenschapper en pastor *Ebun Abarshi*, 45 jr, wijdt er haar promotieonderzoek aan en komt op basis van haar research tot de conclusie dat wenselijke levenseindeuitkomsten waarschijnlijk zouden zijn als huisartsen de stervensfase systematisch zouden herkennen. De diagnose kanker, een hoge opleiding en de afwezigheid van dementie zijn gerelateerd aan het bespreken van onderwerpen als diagnose, onge-

neelijkheid, levensverwachting, mogelijke complicaties en problemen, opties voor palliatieve zorg en ervaren ziektelast. Bij 46% van de patiënten is de huisarts zich niet bewust van de gewenste plaats van overlijden en deze patiënten werden ook vaker naar het ziekenhuis verplaatst. Het tijdig herkennen van de stervensfase is nodig om het aantal verplaatsingen aan het levenseinde zo veel mogelijk te beperken. Bij vergelijking van zorg in de laatste drie maanden tussen Nederland en België blijken in België vaker palliatieve zorgdiensten te worden ingezet en is in Nederland de huisarts vaker zelf actief. Een studie naar levenseindezorg voor vijftigplussers, thuis of in een verzorgingshuis, wijst uit dat hier minder ziekenhuisoverlijdens plaatsvinden dan in de groep van 65 tot 85 jaar en meer overlijdens in verzorgingshuizen. Leeftijd was niet gerelateerd aan overlijden op de gewenste plaats.

Proefschrift *Care in the last months of life. End-of-Life Care registration in the Netherlands by a network of General Practitioners*, Vrije Universiteit Amsterdam, 20 april 2011, 140 p, ISBN 978 94 6159 047 3. Promotores waren prof.dr. L.H.J. Deliens en prof.dr. B.D. Onwuteaka-Philipsen.

Reactivering en rehabilitatie van kwetsbare ouderen

Depressie, angst, achterdocht, agitatie en agressie komen vaak voor bij psychogeriatrische patiënten en hebben een negatief effect op het cognitief functioneren, de kwaliteit van leven en de overlevingsduur. Bovendien leiden deze multiple psychiatrische functiestoornissen tot extra belasting voor mantelzorgers en eerdere opname in het verpleeghuis. *Ton Bakker* onderzocht de (kosten)effectiviteit van een multidisciplinair revalidatieprogramma IRR (Integratieve Reactivering en Rehabilitatie) gericht op zowel patiënt als mantelzorger. IRR bleek vanuit het perspectief van de mantelzorger een in relatie tot de reguliere zorg tot twee keer zo grote gemiddelde reductie van het aantal en de ernst van de psychiatrische symptomen te bewerkstelligen. Zes maanden na einde behandeling was er feitelijk sprake van een reductie van 61%. Vanuit het perspectief van het verzorgendeteam waren de effecten niet significant.

Verder leidde IRR zes maanden na einde behandeling tot een vermindering in belasting van de mantelzorgers van maximaal 50%, terwijl de reguliere zorg hier nauwelijks effect op had.

De extra kosten van IRR waren € 53 per dag. Het aantal te behandelen patiënten voor een klinisch relevant effect was laag (=4-5) vergeleken met donepezil (=10) en memantine (=3-8). Voorts bleken de gunstige effecten niet te worden beïnvloed door het type dementie of het niveau van cognitief functioneren. De kwaliteit van het bewijs en de kracht van de aanbevelingen van deze RCT (Randomized Controlled Trial) kunnen me-