

Gelukkig en gezond ouder worden: welbevinden, hulpbronnen en zelfmanagementvaardigheden

N. Steverink^a

Happy and healthy aging: well-being, resources and self-management abilities

This article gives an overview of the research program directed by the author. First, the integrated theoretical framework of the program is presented, including sub-theories. The following assumptions are central to the program: (a) there are physical and social basic needs that, if not fulfilled, lead to deficits in well-being; (b) for the fulfilment of these basic needs both external resources and self-management abilities (internal resources) are needed; (c) self-management abilities and external resources mutually influence each other, which makes it possible to intervene. This theoretical basis allows the formulation of clear criteria for happy and healthy aging, and the derivation of the most important (social) conditions that influence the fulfilment of the basic needs. The article also presents the main empirical tests and intervention studies that have been executed, along with the first steps that have been taken to implement the interventions in practice. Recently, the program is focussing more on a lifespan perspective because important influences on happy and healthy aging often originate at younger ages. More insight in the life-span development of external resources and of self-management ability promises a better understanding of what happy and healthy aging is about and of what can be done to positively influence it.

Keywords: Happy and healthy aging, basic needs, well-being, resources, self-management ability

Tijdschr Gerontol Geriatr 2009; 40: 244-252

^a Senior onderzoeker en docent, Afdeling Gezondheidswetenschappen, Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en Afdeling Sociologie, Rijksuniversiteit Groningen (RuG), Groningen

Correspondentie: Dr. N. Steverink, Sectie Health Psychology / Afdeling Gezondheidswetenschappen UMCG, Antonius Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen. T: 050-3633051. F: 050-3632406 E: b.j.m.steverink@med.umcg.nl www.nardisteverink.nl

Samenvatting

Deze bijdrage schetst een overzicht van het onderzoeksprogramma onder leiding van de auteur. Eerst worden de specifieke en geïntegreerde theoretische kaders van het programma, inclusief deelttheorieën, besproken. Centraal staan de volgende theoretische uitgangspunten: (a) er zijn fysieke en sociale basisbehoeften die, als ze niet vervuld worden, tot onwelbevinden leiden; (b) voor de vervulling van basisbehoeften zijn zowel externe hulpbronnen als zelfmanagementvaardigheden (interne hulpbronnen) nodig; (c) zelfmanagementvaardigheden en externe hulpbronnen beïnvloeden elkaar, waardoor gerichte interventies mogelijk zijn. Deze uitgangspunten maken het mogelijk criteria voor gelukkig en gezond ouder worden te formuleren en de belangrijkste (sociale) omstandigheden aan te geven die van invloed zijn op het al dan niet kunnen vervullen van de basisbehoeften. Het artikel schetst verder de belangrijkste empirische onderzoeken en interventiestudies die op basis van de theoretische inzichten zijn uitgevoerd, evenals de eerste stappen op weg naar implementatie van de bevindingen in de praktijk. Sinds kort wordt in het programma meer nadruk gelegd op een levensloopperspectief, omdat belangrijke invloeden op gelukkig en gezond ouder worden vaak al op jonge(re) leeftijd ontstaan. Inzicht in de ontwikkeling in externe hulpbronnen en zelfmanagementvaardigheden is van groot belang om uiteindelijk beter te begrijpen wat gelukkig en gezond ouder worden inhoudt en hoe het beïnvloed kan worden.

Trefwoorden: gelukkig en gezond ouder worden; basisbehoeften; welbevinden; hulpbronnen; zelfmanagementvaardigheden

Introductie

Het onderzoeksprogramma, dat centraal staat in deze bijdrage, dateert van begin jaren negentig van de vorige eeuw en is door de auteur gestart binnen de Groningen Longitudinal Aging Study (GLAS). GLAS was op haar beurt deel van het toenmalige Nederlands Stimuleringsprogramma Ouderenonderzoek (NESTOR).¹ Het onderhavige onderzoeksprogramma was vanaf het begin gericht op 'Gelukkig en gezond ouder worden', soms ook 'Succesvol ouder worden' genoemd. In de loop van de tijd is er een ontwikkeling geweest van steeds verder uitgewerkte theo-

rievorming en empirisch onderzoek - inclusief de constructie van meetinstrumenten - naar de ontwikkeling van praktijktoepassingen en implementatie daarvan. Doel van het programma was en is om de kennis over gelukkig en gezond ouder worden te vermeerderen en die kennis ten goede laten komen aan de mensen waar het uiteindelijk om gaat: de ouderen.

In het volgende zullen aan de orde komen, ten eerste, de specifieke theoretische funderingen van het onderzoeksprogramma, ten tweede, de belangrijkste empirische bevindingen en, ten derde, de praktijktoepassingen (de interventies) en de implementatie daarvan. Tot slot worden de conclusies geformuleerd, en wordt een vooruitblik naar het onderzoek in de toekomst geschetst.

De theorie

Wat moet onder 'gelukkig en gezond ouder worden' worden verstaan en waar wordt het door bepaald? Om antwoorden te krijgen op deze vragen maakt het onderzoeksprogramma gebruik van goed gefundeerde sociologische en psychologische theorie. Dit is belangrijk omdat alleen met behulp van goede theorie het mogelijk is om op systematische en cumulatieve wijze kennis op te bouwen en inzichten te integreren. Bovendien helpt goede theorie hiaten in kennis te detecteren en zo bestaande kennis uit te breiden.² Van speciaal belang in de theorievorming is de zoektocht naar wetmatigheden die verklaringen robuust kunnen maken. Binnen de sociale wetenschappen kunnen die wetmatigheden het best gezocht worden in het gedrag van mensen. In de sociologie wordt dit aangeduid met 'microfundering'.^{3,4}

Theoretisch startpunt van het onderzoeksprogramma naar 'gelukkig en gezond ouder worden' zijn de wetmatigheden die te vinden zijn in de basale behoeften en drijfveren van mensen. Als bekend is welke basale behoeften mensen hebben, dan kan dat de basis zijn van waaruit nagegaan kan worden welke omstandigheden en aspecten (in de fysieke en sociale omgeving, maar ook in het eigen handelen van mensen) gunstig of juist ongunstig zijn voor het succesvol vervullen van deze behoeften. Hetzelfde geldt voor de drijfveren: als bekend is welke drijfveren mensen hebben dan wordt ook duidelijk hoe deze drijfveren een rol spelen in het al dan niet succesvol vervullen van de basale behoeften.

Basisbehoeften

Het centrale idee van basale menselijke behoeften houdt in dat, als deze behoeften niet vervuld worden, pathologie, disfunctioneren en onwelbevinden resulteren. Andersom: als deze behoeften wel worden vervuld, dan gedijt de mens, functioneert goed en ervaart welbevinden.⁵ Fysieke basale behoeften zijn de behoefte aan eten,

drinken, beschutting, stimulatie, en de afwezigheid van pijn, ziekte en stress. Maar er zijn ook sociale basale behoeften, die, als ze niet vervuld worden, tot pathologie, disfunctioneren en onwelbevinden leiden. Sociale basale behoeften, zoals de behoefte aan verbondenheid,⁶ worden over het algemeen veel minder duidelijk onderkend dan de fysieke basale behoeften. In ons programma echter, stellen wij ze expliciet centraal. Zonder nauwkeurig inzicht in de basale sociale behoeften - naast de fysieke - kan geen volledig beeld ontstaan van de kern van 'gelukkig en gezond' ouder worden.

Het expliciteren van basale sociale en fysieke behoeften geeft een solide uitgangspunt voor het bepalen van wat 'gelukkig en gezond' inhoudt. Tegelijkertijd zijn hiermee de belangrijkste criteria van 'gelukkig en gezond' (ofwel van 'succes' in succesvol ouder worden) gegeven. Dit is van groot belang omdat alleen met heldere criteria duidelijk wordt waar naar toe gewerkt moet worden als het gaat om bijdragen aan een 'gelukkige en gezonde' ouderdom voor zoveel mogelijk mensen.⁷

In ons onderzoeksprogramma gaan we uit van de menselijke behoeften en drijfveren zoals ze zijn gepostuleerd in de sociale productiefunctie theorie (SPF theorie).⁸ Essentieel in deze theorie is de expliciete integratie van een gedrags- en een behoeften- of doeltheorie. De gedragstheorie stelt dat mensen van nature gemotiveerd zijn hun situatie te verbeteren en te bestendigen. De behoeften- of doeltheorie gaat uit van algemeen menselijke behoeften (needs) die het gedrag sturen en daarom ook als doelen worden beschouwd. Voor het vervullen van deze basale behoeften - en het bereiken van de daaraan verbonden doelen - hebben mensen hulpbronnen nodig. De behoeften (doelen) en hulpbronnen staan in een hiërarchische en instrumentele relatie tot elkaar, zoals in Figuur 1 weergegeven. Dit betekent dat via hulpbronnen doelen kunnen worden bereikt, en aldus specifieke basale behoeften kunnen worden vervuld. Via de vervulling van de specifieke behoeften worden vervolgens de hoger-geordende algemene behoeften vervuld.

Het verbeteren van het subjectief welbevinden is de meest algemene behoefte van elke mens. Deze behoefte - ook wel aangegeven als algemeen psychologisch welbevinden - staat helemaal boven in de hiërarchie. Algemeen subjectief welbevinden wordt verbeterd door het vervullen van twee andere algemene behoeften, namelijk fysiek welbevinden en sociaal welbevinden. Deze staan op de tweede laag in de hiërarchie. Op de derde laag worden specifiekere behoeften onderscheiden, die echter nog steeds als basale behoeften worden beschouwd.⁸ Comfort verwijst naar de vervulling van basale fysieke behoeften zoals eten, drinken, beschutting en de afwezigheid van pijn en ongemak. Stimulatie verwijst naar de vervulling van de behoefte aan een aangename mate van lichamelijke of geestelijke activering

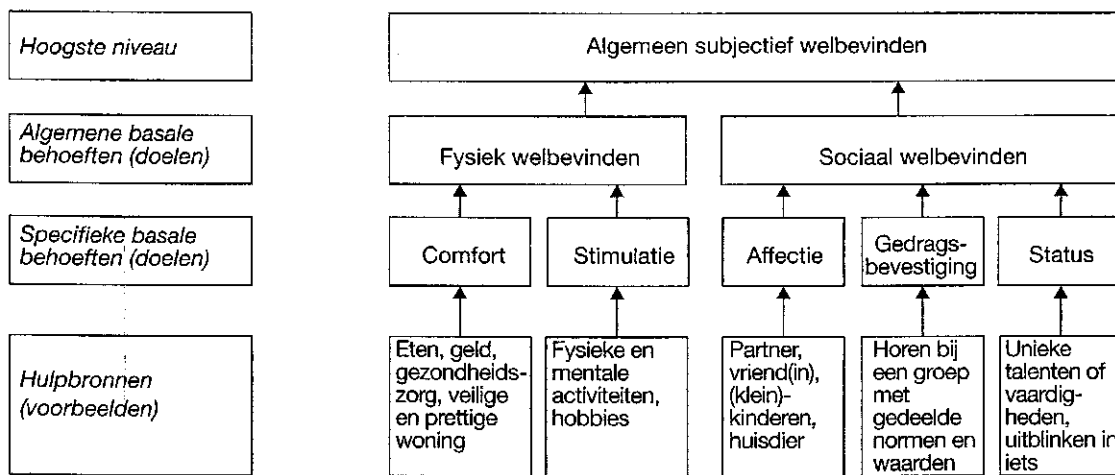
en de afwezigheid van verveling. Affectie verwijst naar de vervulling van de behoefte aan het ontvangen en geven van liefde en genegenheid. Gedragsbevestiging is de vervulling van de behoefte om door anderen bevestigd te worden en bij een groep te horen, waarmee normen en waarden gedeeld worden. Status is de vervulling van de behoefte om zich positief te onderscheiden van anderen, door bijzondere talenten of verworvenheden.

Als deze vijf behoeften worden vervuld zullen mensen fysiek welbevinden en sociaal welbevinden ervaren, en als gevolg daarvan ook algemeen subjectief welbevinden. Omdat deze vijf behoeften ook nog als algemeen menselijke behoeften worden beschouwd, maar toch specifiek zijn, zijn deze de kernaspecten van welbevinden. Daarmee vormen zij de centrale dimensies van welbevinden.

Hulpbronnen en zelfmanagementvaardigheden

Mensen proberen meer subjectief welbevinden te ervaren door de vervulling van één of meerdere van de basisbehoeften te verbeteren. Hiervoor zijn hulpbronnen nodig, die voor een belangrijk deel door sociale omstandigheden worden bepaald. Er zijn *externe* hulpbronnen, zoals voedsel, gezondheidszorg, geld, onderwijs, een partner, vrienden en (vrijwilligers)werk. Door een partner wordt bijvoorbeeld affectie verkregen, door werk bijvoorbeeld gedragsbevestiging of status. Er zijn ook *interne* hulpbronnen. Dat zijn vaardigheden waarmee mensen hun externe hulpbronnen 'managen'. Deze interne hulpbronnen worden zelfmanagementvaardigheden genoemd. Ze zijn van groot belang voor het op peil houden, ofwel het 'managen', van externe hulpbronnen. Heeft men weinig zelfmanagementvaardigheden dan gaan externe hulpbronnen gemakkelijk verloren. Net als externe hulpbronnen zijn de interne hulpbronnen niet constant, maar aan verandering onderhevig. Het gaat er uiteindelijk om te weten te komen hoe veranderingen in externe hulpbronnen en zelfmanagementvaardigheden op elkaar inspelen.

De interne hulpbronnen zijn verder uitgewerkt in de theorie van Zelfmanagement van Welbevinden.⁹ Er zijn zes centrale zelfmanagementvaardigheden onderscheiden. Welke dat zijn wordt duidelijk aan de hand van het voorbeeld van het 'managen' van de (externe) hulpbron vriendschap, een belangrijke hulpbron voor affectie. Ten eerste is het vermogen om *initiatief te nemen* van belang. Als iemand vriendschap wil of een bestaande vriendschap wil behouden, zal hij of zij initiatief moeten nemen en niet passief afwachten. De tweede belangrijke zelfmanagementvaardigheid is het geloof in eigen kunnen - ook wel *self-efficacy* genoemd. Zonder geloof in eigen kunnen komen mensen niet snel tot actie, en in dit voorbeeld dus moeilijk tot vriendschap. De derde belangrijke zelfmanagementvaardigheid is het vermogen om te *investeren*. In het voorbeeld van vriendschap bete-



Figuur 1

De behoeften/doelen- en hulpbronnen-hiërarchie volgens de Sociale Productiefunctie theorie.

kent dit iets over hebben voor de ander, zonder meteen iets terug te verwachten. De vierde zelfmanagementvaardigheid is het vermogen tot een *positief perspectief naar de toekomst*. Deze vaardigheid hangt nauw samen met de vaardigheid om te investeren. Als de toekomstverwachting over een vriendschap niet positief is, zal iemand niet investeren in de vriendschap en zal de vriendschap eerder ophouden te bestaan. De vijfde zelfmanagementvaardigheid is het vermogen om voor *multifunctionaliteit* te zorgen. Een multifunctionele vriendschap draagt bij aan meerdere domeinen van het welbevinden. Bijvoorbeeld, met een goede vriend(in) een wandeling maken of gaan winkelen draagt niet alleen bij aan affectie, maar ook aan stimulatie. De zesde en laatste zelfmanagementvaardigheid is de vaardigheid om voor *variëteit* te zorgen. Variëteit in vriendschap betekent simpelweg meer dan één vriend hebben en daarmee meer mogelijkheden voor bijvoorbeeld affectie. Door variëteit worden mensen minder kwetsbaar voor verlies.

Kernpunt van de theorie van Zelfmanagement van Welbevinden is dat de zes centrale zelfmanagementvaardigheden expliciet worden gecombineerd met de vijf dimensies van welbevinden. Dit resulteert in een matrix (zie Figuur 2). Dit is essentieel omdat zelfmanagementvaardigheden pas tot welbevinden leiden als ze daadwerkelijk worden toegepast op de belangrijke domeinen van welbevinden. Belangrijk is ook dat de zelfmanagementvaardigheden niet constant zijn en kunnen worden beïnvloed, waardoor de theorie de basis legt voor interventies. De centrale vragen zijn: wat zijn de uitdagingen van het ouder worden die goede zelfmanagementvaardigheden vereisen? Wat gebeurt er met deze vaardigheden als men ouder wordt? Kunnen deze vaardigheden worden versterkt en hoe?

De SPF theorie van Succesvol Ouder Worden

Voor ouderen gaat het vooral om de vraag hoe hulpbronnen veranderen en hoe men daarmee omgaat. Voor het beantwoorden van deze vraag is de SPF theorie, naast de theorie van Zelfmanagement van Welbevinden, verder uitgewerkt met deelttheorieën over 'patronen van substitutie' en over 'de kritieke fase'.^{7,10-12} De SPF theorie maakt het mogelijk om gericht sociale omstandigheden aan te wijzen die systematisch veranderen en substitutiemogelijkheden beïnvloeden. De deelttheorie over 'patronen van substitutie' gaat over veranderingen en verliezen in hulpbronnen en hoe deze ertoe leiden dat, over het algemeen, eerst de statusbehoefte moeilijker te vervullen wordt, daarna de behoeften aan gedragsbevestiging en stimulatie, en tenslotte de behoeften aan affectie en comfort. Vanuit de drijfveer het subjectief welbevinden te bestendigen en zo mogelijk te verbeteren, gaan mensen substitueren, bijvoorbeeld door méér moeite te doen voor affectie (bijvoorbeeld de kleinkinderen vaker zien) als statusvervulling lastiger wordt (door bijvoorbeeld verlies van sociale rollen). De deelttheorie van de 'kritieke fase' stelt dat door verlies van hulpbronnen de substitutiemogelijkheden minder worden en uiteindelijk ophouden, waardoor mensen ineens zeer kwetsbaar worden voor verder verlies. Beide deelttheorieën geven inzicht in de leeftijdgerelateerde verliezen in hulpbronnen en in het proces waarin domeinen van welbevinden systematisch onder druk komen te staan. De kans op een gelukkige en gezonde ouderdom is daarom groter als er voldoende hulpbronnen blijven bestaan (voor alle dimensies van welbevinden), en als de 'kritieke fase' voorkomen of zo lang mogelijk uitgesteld wordt. Op basis van deze theoretische uitwerkingen is het mogelijk gebleken om duidelijke en empirisch goed meetbare criteria voor 'gelukkig en gezond' ouder worden op te stellen.⁷

<i>Dimensies van welbevinden</i> → <i>Zelfmanagement vaardigheden</i> ↓	Comfort [G] Gezondheid en Gemak	Stimulatie [L] Lichamelijke en Leuke activiteiten	Affectie [A] Affectie	Gedrags- bevestiging [N] Netwerk	Status [S] Sterke punten
Initiatief nemen					
Self-efficacy					
Investeren					
Positief perspectief					
Multifunctionaliteit in hulpbronnen					
Variëteit in hulpbronnen					

Figuur 2

De matrix van zelfmanagementvaardigheden en dimensies van welbevinden met 'vertaling' naar de GLANS-aspecten.

De belangrijkste empirische bevindingen

De belangrijkste resultaten van het onderzoeksprogramma kunnen in drie grote groepen worden weergegeven, in lijn met de centrale delen van de theorie. De eerste groep betreft de test van de theorie over de vijf basale behoeften (en dus de vijf centrale domeinen van welbevinden). De tweede groep betreft de hulpbronnen in de fysieke en sociale omgeving (de externe hulpbronnen) en de zelfmanagementvaardigheden (de interne hulpbronnen). De derde groep resultaten gaat over de interventiestudies. In het volgende worden deze achtereenvolgens besproken.

De vijf basale behoeften en de vijf centrale domeinen van welbevinden.

Het belang van de vervulling van de vijf basale behoeften is allereerst aangetoond in het onderzoek naar de wens tot opname in een verzorgingsstehuis onder kwetsbare ouderen.^{11,12} De keuze voor opname werd hier gezien als het vermijden van verder verlies van hulpbronnen voor met name de vervulling van de behoeften aan comfort en affectie. In lijn met de deeltheorieën over 'patronen van substitutie' en 'de kritieke fase' bleek inderdaad dat er zo'n patroon van substitutie bestaat en dat het verlies van hulpbronnen voor status, gedragsbevestiging en stimulatie nog niet tot een sterke wens tot opname leidt, maar het verlies van hulpbronnen voor comfort en affectie wel. Ook bleek het om het gecombineerde effect te gaan: het verlies van hulpbronnen voor comfort was op zich zelf niet voldoende voor kwetsbare ouderen om een sterke opname-wens te hebben, maar wel als er tegelijkertijd een verlies van affectie was.^{11,12}

Hoewel alle vijf basale behoeften centraal staan binnen de onderzoekslijn, ligt de nadruk op de sociale behoeften en op de hulpbronnen die voor de vervulling daarvan belangrijk zijn.^{10,13} Dit is van belang omdat er op het terrein van sociale behoeften en de vervulling ervan nog veel vragen zijn, zoals de vraag of het nu juist de gerichtheid op nauwe contacten (affectie) is die ouderen gelukkig maakt,¹⁴ of het sociaal actief blijven in een diversiteit van sociale relaties en contexten

(waaruit gedragsbevestiging en status kunnen worden gehaald).¹⁵

Deze puzzel hebben we gepoogd op te lossen vanuit onze sociale behoeften benadering. Immers, als deze benadering klopt, dan zouden ook ouderen meer welbevinden moeten ervaren als meer van alle drie sociale behoeften kunnen worden vervuld, ook op hoge leeftijd. Tegelijkertijd zullen ouderen ook meer moeite hebben om alle drie behoeften te vervullen, omdat er wellicht al hulpbronnen verloren zijn gegaan (bijv. verlies van sociale rollen). Op basis van de deeltheorie over patronen van substitutie is de verwachting dat affectievervulling redelijk stabiel blijft en de vervulling van de andere sociale behoeften afneemt. Tegelijkertijd wordt verwacht dat, als er nog wel hulpbronnen zijn voor gedragsbevestiging en status, dan ook het niveau van algemeen welbevinden hoger zal zijn. Deze verwachtingen werden bevestigd: de 65-plussers in onze studie ervoeren gemiddeld een relatief hoog en stabiel niveau van affectie, terwijl status en gedragsbevestiging afnamen met leeftijd en met verlies van fysieke hulpbronnen. Maar ook bleek dat voor degenen die nog wel veel status en gedragsbevestiging ervoeren het welbevinden significant hoger was. Sterker nog: het waren juist gedragsbevestiging en status die met gevoelens van geluk (positief affect) samenhangen, niet affectie. Affectie bleek alleen samen te hangen met levenstevredenheid, niet met gevoelens van geluk.¹⁰

Feitelijk laat deze studie zien dat er een integratie van beide bovengenoemde onderzoeksvelden mogelijk is: naarmate mensen ouder zijn realiseren ze hun sociaal welbevinden inderdaad meer via affectie (emotioneel nabije contacten), maar als de behoeften aan gedragsbevestiging en aan status wel worden vervuld (door diverse sociale activiteiten en relaties), dan draagt dit significant bij aan geluk.

In een recentere studie hebben we ook aangetoond dat affectie en status (gedragsbevestiging werd niet meegenomen) levenslang van belang zijn, niet alleen voor geluk, maar ook voor fysieke gezondheid. Zo bleken negatieve ervaringen ten aanzien van affectie en status in de eerste

levenshelpt samen te gaan met meer mentale gezondheidsproblemen en meer chronische aandoeningen op latere leeftijd (na het 40e levensjaar).¹⁶

Ook in ons onderzoek naar de kwaliteit van leven van verpleeghuisbewoners is gebleken dat de sociale basale behoeften een rol blijven spelen in de ervaring van welbevinden en kwaliteit van leven.¹⁷⁻¹⁹

Het belang van externe en interne hulpbronnen

Het onderzoek naar de patronen van substitutie en de kritieke fase laat zien dat externe hulpbronnen zeer belangrijk zijn.¹⁰⁻¹² Gebleken is ook dat interne hulpbronnen (zelfmanagementvaardigheden) van groot belang zijn voor het kunnen vervullen van de belangrijke fysieke en sociale behoeften en daarmee voor gelukkig en gezond ouder worden.²⁰⁻²² Dit is belangrijke informatie voor beleid en praktijk, omdat vooral op het niveau van de hulpbronnen uiteindelijk geïntervenieerd zal kunnen worden.

Een belangrijke bevinding is bovendien de sterke wisselwerking tussen, enerzijds, de fysieke en sociale externe hulpbronnen en, anderzijds, de externe en interne hulpbronnen. Bijvoorbeeld, met toenemende fysieke verliezen (o.a. verminderde mobiliteit) wordt ook het vervullen van sociale behoeften lastiger,¹⁰ vooral het vervullen van de behoeften aan gedragsbevestiging en status. Ook bleek dat, als hulpbronnen sterk afnemen, mensen meer verliesgericht en hun toekomstverwachtingen minder positief worden. Verliesgericht denken, waaronder ook een negatieve beleving van het eigen ouder worden, ondermijnt het goed omgaan met de (overige) hulpbronnen, waardoor uiteindelijk het welbevinden afneemt.²⁰⁻²³

Hoe mensen naar de toekomst kijken – vanuit een positief of negatief perspectief – kan gezien worden als een ‘vaardigheid’, waar mensen in meer of mindere mate over beschikken. Als mensen in staat zijn positief naar de toekomst te kijken, dan werkt dat als een interne hulpbron die helpt bij het goed omgaan met de eigen externe hulpbronnen. Met een positieve toekomstverwachting zijn mensen meer geneigd om te investeren, bijvoorbeeld in hun gezondheid, of in sociale relaties, of in hobby’s. Dit draagt uiteindelijk bij aan gelukkig en gezond ouder worden.

Ook voor de zes zelfmanagementvaardigheden tezamen is aangetoond dat ze in wisselwerking staan met de externe hulpbronnen. Gebleken is dat naarmate mensen meer verliezen hebben geleden in externe hulpbronnen (gemeten in termen van fysieke en sociale kwetsbaarheid) ook hun zelfmanagementvaardigheden als geheel afnemen.²⁴ Omgekeerd hebben we ook kunnen aantonen dat goede zelfmanagementvaardigheden mensen helpen om hun belangrijke hulpbronnen te verkrijgen en te behouden, dus ook voordat er verlies optreedt. Mensen met betere zelfmanagementvaardigheden blijken

minder verlies van fysieke en sociale hulpbronnen te hebben en daardoor ook een hoger niveau van welbevinden te ervaren.²² Zelfmanagementvaardigheden hebben dus ook een preventieve functie en lijken geschikt om een centrale plaats in te nemen in (preventieve) interventies gericht op het bereiken en behouden van welbevinden.

De bevindingen over de sterke wisselwerkingen tussen (verlies van) fysieke en sociale hulpbronnen en tussen externe en interne hulpbronnen wijzen op het grote belang om vooral geïntegreerd te kijken naar deze hulpbronnen. Ze hebben er ook toe geleid dat we veel meer geïntegreerd naar de verliezen en veranderingen bij het ouder worden zijn gaan kijken. Het begrip ‘kwetsbaarheid’ maakt het mogelijk om met de genoemde wisselwerking rekening te houden en een integrale aanpak te hanteren, met aandacht voor aspecten van het hele functioneren (fysiek, sociaal, cognitief en psychologisch). Op basis van de deeltheorieën over ‘substitutie’ en de ‘kritieke fase’ hebben we kwetsbaarheid gedefinieerd als het verlies van hulpbronnen op verschillende domeinen van het functioneren, leidend tot een afnemende reservecapaciteit om met stressoren om te gaan.^{24,25}

Instrumentontwikkeling

Voor het empirisch toetsen van de door ons gehanteerde theorieën is het belangrijk dat de centrale concepten ook goed worden gemeten. Dit heeft geresulteerd in de ontwikkeling van schalen voor toekomstperspectief bij ouderen,¹¹ voor de beleving van het ouder worden (BOWS),^{20,26} voor welbevinden op basis van de SPF-theorie (SPF-IL),²⁷ voor zelfmanagementvaardigheden (SMAS-30),²⁸ voor kwetsbaarheid (GFI),²⁵ en voor sociaal welbevinden van verpleeghuisbewoners (SWON).¹⁹ Meerdere van deze schalen worden zowel nationaal als internationaal toegepast.

Zelfmanagement en welbevinden: de interventiestudies.

Kan ‘gelukkig en gezond ouder worden’ inderdaad beïnvloed worden? De derde groep met bevindingen uit ons onderzoeksprogramma betreft de interventiestudies over het bevorderen van zelfmanagementvaardigheden en welbevinden. In drie verschillende studies is aangetoond dat zelfmanagementvaardigheden kunnen worden verbeterd en dat daarmee ook het welbevinden toeneemt. Eén interventie betreft een serie van zes individuele huisbezoeken voor kwetsbare ouderen: “GRIP op het leven: de huisbezoeken”.²⁹ De tweede interventie is een zelfhulpmethode in de vorm van een boek voor licht kwetsbare ouderen: “GRIP op het leven: genieten van het ouder worden”.^{30,31} De derde interventie is een groepscursus (6 wekelijkse bijeen-

komsten) voor sociaal kwetsbare oudere vrouwen: "Geef uw leven een beetje meer GLANS".³²

Alle drie interventies zijn zo vormgegeven dat de theoretische uitgangspunten volledig 'vertaald' terugkomen in de inhoud van de interventies. Dit is van belang omdat alleen op die manier vastgesteld kan worden of de veronderstelde mechanismen ook daadwerkelijk 'werken'. Door het gebruik van meetinstrumenten die naadloos aansluiten op de theoretische concepten (zelfmanagementvaardigheden en welbevinden) was het mogelijk de beoogde effecten ook goed te meten.

Concreet komt het erop neer dat de matrix van enerzijds welbevinden-domeinen en anderzijds zelfmanagementvaardigheden (zie Figuur 2) de ingrediënten aanlevert voor de inhoud van de interventies. De vijf basale behoeften met de overeenkomstige domeinen van welbevinden vormen de rode draad van de interventies, de zes vaardigheden worden steeds systematisch met de vijf domeinen verbonden. De cursussen bevatten verder informatie en uitleg, oefeningen tijdens de cursus en huiswerk oefeningen, steeds aangepast aan de doelgroep. Om het werken met de vijf domeinen toegankelijker te maken is de GLANS-schijf-van-vijf ontwikkeld (zie Figuur 3). Elke letter van het woord GLANS verwijst naar een domein van welbevinden: G=Gezondheid en Gemak (comfort), L=Lichamelijke en Leuke activiteiten (stimulatie), A=Affectie (affectie), N=Netwerk (gedragsbevestiging) en S=Sterke punten (status). Het principe is gelijk aan dat van de voedingsschijf-van-vijf: om gelukkig en gezond te zijn en te blijven heb je van alle vijf aspecten elke dag iets nodig.

Alle drie interventiestudies hanteerden een gerandomiseerd controlegroepdesign, met randomisatie na de voormeting. Vervolgens was er één nameting meteen na afloop van de cursus en één na 4-6 maanden. Tussen randomisatie en de eerste nameting kreeg de experimentele groep de cursus, de controlegroep kreeg niets. Resultaten van de studies lieten zien dat bij alle interventies zowel de zelfmanagementvaardigheden als het welbevinden op de korte termijn significant verbeterden. Bij de huisbezoeken en de zelfhulpmethode waren er ook significante langere termijn effecten.^{29,31} Bij de GLANS-cursus toonde de cursusgroep ook significante verbeteringen op de langere termijn: de verbetering bij de eerste nameting bleef gehandhaafd na zes maanden.³² Opvallend was wel dat de controlegroep bij de eerste nameting géén, maar na zes maanden een (kleine) verbetering vertoonde.

In het kader van ons onderzoek naar gelukkig en gezond ouder worden hebben we ook een bestaande Amerikaanse zelfmanagementcursus voor ouderen met chronische aandoeningen onderzocht. Het Chronic Disease Self-Management Program van Kate Lorig c.s. uit Stanford hanteert ook een bredere aanpak: het is gericht op meerdere dagelijkse problemen die bij verschillende

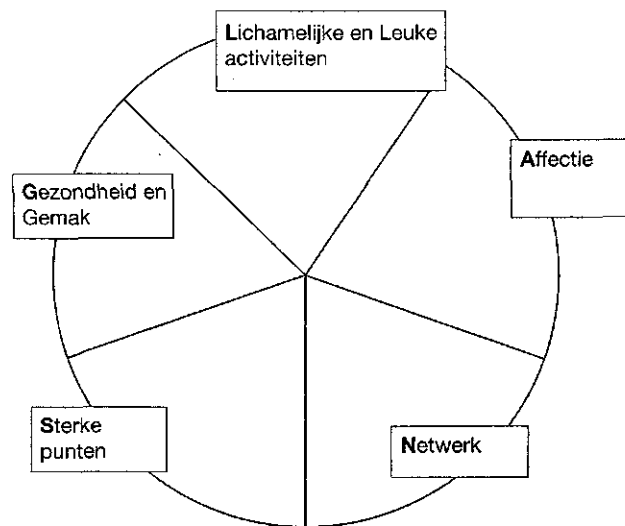
chronische aandoeningen voorkomen, in plaats van op de specifieke problemen van één diagnosegroep. Vanuit onze groep zijn Henrike Elzen en de auteur (NS) in Stanford door K. Lorig opgeleid tot Mastertrainer voor het CDSMP. Vervolgens hebben we het programma in het Nederlands vertaald en geëvalueerd in een gerandomiseerde studie. Hoewel de patiënten erg enthousiast waren werden er geen significante effecten van de cursus gevonden.^{33,34}

De GRIP- en GLANS-cursussen: implementatie in de praktijk

Sinds enkele jaren werken we aan de implementatie van de GRIP- en GLANS-cursussen. In een kleinschalig landelijk implementatieproject (april 2007 - april 2009) zijn welzijns- en gezondheidszorgorganisaties benaderd met de vraag of zij de GRIP- en GLANS-cursussen in hun aanbod willen opnemen. Door middel van meerdaagse trainingen, verzorgd vanuit het GRIP- en GLANS-programma, zijn zorg- en welzijnsprofessionals getraind tot GRIP- en/of GLANS-docent. Op dit moment zijn ruim vijftig professionals, uit ongeveer twintig organisaties verspreid over Nederland gecertificeerd en geregistreerd als GRIP- en/of GLANS-docent en worden de cursussen vanuit deze organisaties aangeboden aan ouderen. Momenteel worden binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) de mogelijkheden voor verdere implementatie onderzocht. In de vier noordelijke provincies is een samenwerking gestart tussen verschillende partijen in het veld (ouderen, professionals, organisaties, beleid, financiers) met het doel samen te werken aan de verdere implementatie. Voor de rest van Nederland is de training voor GLANS-docenten voorlopig overgenomen door de Odyssee-groep.³⁵ Ook worden, in samenwerking met het Trimbos-instituut, de mogelijkheden voor het ontwikkelen van een internetversie van de GRIP- en GLANS-cursussen onderzocht.

Conclusies en vooruitblik

Vastgesteld kan worden dat er in de laatste twee decennia een sterk geïntegreerde onderzoekslijn is ontwikkeld die de nodige inzichten heeft opgeleverd over wat onder 'gelukkig en gezond ouder worden' kan worden verstaan en welke factoren een belangrijke rol spelen als determinanten. Van centraal belang is dat mogelijkheden voor, en problemen met betrekking tot gelukkig en gezond ouder worden, worden geanalyseerd vanuit de invloed die de omgeving heeft op interne en externe hulpbronnen (voor de vervulling van fysieke en sociale basisbehoeften). Daarmee wordt het mogelijk de meest belangrijke sociale omstandigheden die gelukkig en gezond ouder worden beïnvloeden aan te wijzen. Tevens is het mogelijk gerichte interventies en beleid te ontwikkelen en aldus gelukkig en



Figuur 3
De GLANS-schijf-van-vijf

gezond ouder worden te bevorderen. Nu reeds wordt landelijk gebruik gemaakt van de GRIP- en GLANS-cursussen en de belangstelling ervoor lijkt groeiende.

Sinds enige tijd richt het onderzoeksprogramma zich meer en meer op een levensloopperspectief. De vraag is hoe hulpbronnen zich ontwikkelen over het leven heen en hoe er mogelijk trajecten ontstaan waarin eerdere keuzes of situaties gevolgen hebben voor latere. Sociale relaties, bijvoorbeeld, zijn belangrijke hulpbronnen voor de vervulling van basisbehoefte en voor het ontwikkelen en in stand houden van zelfmanagementvaardigheden. Echter, in verschillende leeftijdsfasen kunnen de soort relaties die bepalend zijn voor de vervulling van fysieke en sociale behoeften verschillen. Sociale ervaringen eerder in het leven kunnen grote gevolgen hebben voor de gezondheid en het geluk in het latere leven.¹⁶ In dit kader is het ook belangrijk meer kennis te verwerven over

fysiologische processen die de vervulling van sociale behoeften verbinden met emotionele en fysieke gezondheid. Voor dit soort onderzoek zijn grote langlopende studies nodig, die voldoende informatie bevatten over zowel sociale als ook fysieke parameters. In Groningen is zo'n studie gestart, de LifeLines studie.³⁶ Echter, omdat het vaststellen van causaliteit in dit soort onderzoek een lange adem vraagt, zullen we de longitudinale studies aanvullen met experimenteel onderzoek. Uiteindelijk moet dit alles leiden tot een beter begrip van wat gelukkig en gezond ouder worden inhoudt en hoe het beïnvloed kan worden.

Dankwoord

We danken de Stichtingen Sluyterman van Loo, RCOAK en het Innovatiefonds Zorgverzekeraars voor het medefinancieren van onze implementatieactiviteiten.

Literatuur

- 1 Nederlands Stimuleringsprogramma Ouderenonderzoek. Five years NESTOR: A progress report on The Netherlands Programme for Research on Ageing. Utrecht: NESTOR, 1995.
- 2 Bengtson VL, Rice CJ, Johnson ML. Are theories of aging important? Models and explanations in gerontology at the turn of the century. In: Bengtson VL, Warner Schaie K, eds. Handbook of theories of aging. New York: Springer Publishing Company, 1999 (pp. 3-20).
- 3 Coleman JS. Foundations of Social Theory. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1990.
- 4 Lindenberg S. Diepte en modellenbouw: een pleidooi voor verklaring in de sociale wetenschappen zonder reductie naar psychologie. Kennis en Methode 1987; 11: 91-100.
- 5 Deci EL, Ryan RM. The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. Psychol Inquiry 2000; 11: 227-68.
- 6 Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. Psychol Bull 1995; 117: 497-529.
- 7 Steverink N, Lindenberg S, Ormel J. Towards understanding successful ageing: patterned change in resources and goals. Ageing Society 1998; 18: 441-67.
- 8 Lindenberg S. Continuities in the theory of social production functions. In: Lindenberg SM, Ganzeboom HBG, eds. Verklarende sociologie:

- opstellen voor Reinhard Wippler. Amsterdam: Thesis Publishers, 1996 (pp. 169-84).
- 9 Steverink N, Lindenberg S, Slaets JPJ. How to understand and improve older people's self-management of wellbeing. *Eur J Ageing* 2005; 2: 235-44.
 - 10 Steverink N, Lindenberg S. Which social needs are important for subjective well-being? What happens to them with aging? *Psychol Aging* 2006; 21: 281-90.
 - 11 Steverink N. Zo lang mogelijk zelfstandig: naar een verklaring van verschillen in oriëntatie ten aanzien van opname in een verzorgingstehuis onder fysiek kwetsbare ouderen. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen. Amsterdam: Thesis Publishers, 1996.
 - 12 Steverink N. When and why frail elderly people give up independent living: The Netherlands as an example. *Ageing Society* 2001; 21: 45-69.
 - 13 Steverink N. Sociale relaties van ouderen. In: Schroots JFF, ed. *Handboek Psychologie van de volwassen ontwikkeling en veroudering*. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2002 (pp. 413-32).
 - 14 Carstensen LL, Isaacowitz D, Charles ST. Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *Am Psychol* 1999; 54: 165-81.
 - 15 Glass TA, Mendes de Leon C, Marottoli RA, Berkman LF. Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *Br Med J* 1999; 319: 478-83.
 - 16 Steverink N, Veenstra R, Oldehinkel AJ, Gans ROB, Rosmalen JGM. Affection- and status-related stress in the first half of life: detrimental to later physical and mental health in both men and women? Manuscript aangeboden ter publicatie, 2009.
 - 17 Gerritsen D, Steverink N. Kwaliteit van leven. In: Pot AM, Kuin Y, Vink M, eds. *Handboek Ouderenpsychologie*. Utrecht: De Tijdstroom, 2007 (blz. 253-67).
 - 18 Gerritsen DL, Steverink N, Ooms ME, Ribbe MW. Finding a useful conceptual basis for enhancing the quality of life of nursing home residents. *Quality Life Res* 2004; 13: 611-24.
 - 19 Gerritsen DL, Steverink N, Frijters DHM, Ooms ME, Ribbe MW. Social well-being and its measurement in the nursing home; the SWON scale. *J Clin Nurs* 2009; in druk.
 - 20 Steverink N, Westerhof GJ, Bode C, Dittmann-Kohli F. The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *J Gerontol: Psychol Sciences* 2001; 56B: P364-73.
 - 21 Steverink N, Kempen GIJM. Het toekomstperspectief van ouderen: een theoretisch-empirische verkenning. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1998; 29: 196-204.
 - 22 Steverink N, Lindenberg S. Do good self-managers have less physical and social resource deficits and more well-being in later life? *Eur J Ageing* 2008; 5: 181-90.
 - 23 Timmer E, Steverink N, Dittmann-Kohli F. Cognitive representations of future gains, maintenance, and losses in the second half of life. *Int J Aging Human Development* 2002; 55: 321-39.
 - 24 Schuurmans H, Steverink N, Lindenberg S, Frieswijk N, Slaets JPJ. Old or frail: what tells us more? *J Gerontol: Med Sciences* 2004; 59: M962-65.
 - 25 Steverink N, Slaets JPJ, Schuurmans H, Lis M van. [Abstract] Measuring frailty: development and testing of the Groningen Frailty Indicator (GFI). *Gerontologist* 2001; 41, special issue 1: 236-37.
 - 26 Steverink N, Bode C, Westerhof GJ, Dittmann-Kohli F. Het meten van de beleving van het ouder worden. *Ontwikkeling en toepassing van de "Beleving van het Ouder Worden Schaal" (BOWS)*. Nijmegen: Katholieke Universiteit, Sectie Psychogerontologie, internal report, 1999. Via www.nardisteverink.nl
 - 27 Nieboer A, Lindenberg S, Boomsma A, Van Bruggen AC. Dimensions of well-being and their measurement: The SPF-IL Scale. *Soc Ind Res* 2005; 73: 313-53.
 - 28 Schuurmans H, Steverink N, Frieswijk N, Buunk BP, Slaets JPJ, Lindenberg S. How to measure self-management abilities in older people by self-report. The development of the SMAS-30. *Quality Life Res* 2005; 14: 2215-28.
 - 29 Schuurmans H. Promoting well-being in frail elderly people: theory and intervention. Groningen: Dissertation University of Groningen, 2004. Via <http://irs.ub.rug.nl/ppn/264412974>
 - 30 Frieswijk N, Dijkstra P, Steverink N, Buunk BP, Slaets JPJ. Grip op het leven: genieten van het ouder worden. Utrecht: Het Spectrum, 2004.
 - 31 Frieswijk N, Steverink N, Buunk BP, Slaets JPJ. The effectiveness of a bibliotherapy in increasing the self-management ability of slightly to moderately frail older people. *Pat Educ Counseling* 2006; 61: 219-27.
 - 32 Kremers IP, Steverink N, Albersnagel FA, Slaets JPJ. Improved self-management ability and well-being in older women after a short group intervention. *Aging Mental Health* 2006; 10: 476-84.
 - 33 Elzen H, Slaets JPJ, Snijders TAB, Steverink N. Evaluation of the Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) among chronically ill older people in the Netherlands. *Soc Sc Med* 2007; 64: 1832-41.
 - 34 Elzen H, Slaets JPJ, Snijders TAB, Steverink N. The effect of a self-management intervention on health care utilization in a sample of chronically ill older patients in the Netherlands. *J Eval Clin Practice* 2008; 14: 159-61.
 - 35 Odyssee-groep. Via www.odyssee-groep.nl
 - 36 Stolk RP, Rosmalen JGM, Postma DS, et al. Universal risk factors for multifactorial diseases. *Eur J Epidemiol* 2008; 23: 67-74.