

Gezond ouder worden

Nieuwsbrief 6



vrije Universiteit amsterdam





hielmeting Els Lommerse en deelnemer



hielmeting Els Lommerse



hielmeting Els Lommerse en deelnemer

Het medisch interview: over botbreuken en vallen



ELLEN TROMP

Net als drie jaar geleden is ook deze keer een medisch interviewer bij de meeste mensen thuis geweest. Het medisch interview

stond deze keer in het teken van vallen en botbreuken. Omdat na het 65ste levensjaar de kans op valpartijen en botfracturen sterk toeneemt, zijn alleen mensen van deze leeftijd en ouder benaderd voor het medisch onderzoek.

Zomaar een heup breken?

De oorzaak van botbreuken is vaak botontkalking. Botontkalking (of osteoporose zoals medici het noemen) is een ernstig probleem. Bij botontkalking breken de botten gemakkelijker dan anders. Vooral polsen, rugwervels en heupen zijn botdelen die makkelijk kunnen breken. Door botontkalking breken in Nederland bijvoorbeeld 12.000 tot 14.000 mensen jaarlijks hun heup.

Botontkalking, wat is dat precies?

Rond het 30ste levensjaar is het bottenstelsel uitgegroeid tot een stevig en sterk skelet dat goed tegen een stootje kan. In dit bottenstelsel wordt voortdurend nieuw botweefsel aangemaakt en oud weefsel afgebroken. Bij het klimmen der jaren neemt de hoeveelheid bot in het lichaam af. Met andere woorden: er wordt meer bot afgebroken dan aangemaakt. Het gevolg is dat de botten steeds brozer worden. Dit brozer worden van de botten kan vergeleken worden met een bouwvallige Eiffeltoren. De balken wor-

den dunner en er vallen gaten in. Zelfs bij een klein ongeval kan het bot soms breken.

Hoe kan botontkalking gemeten worden?

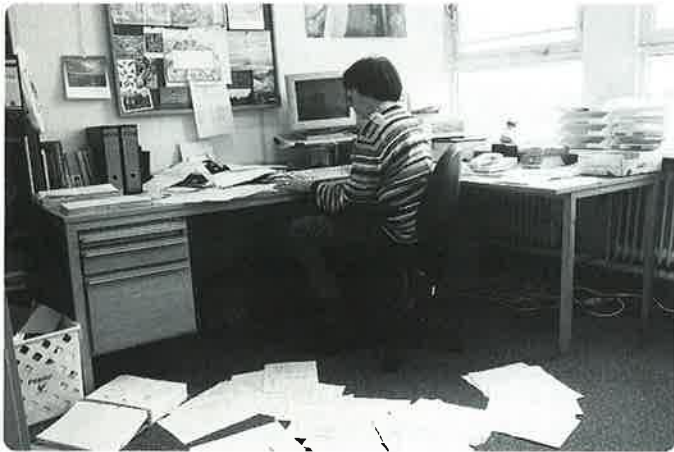
Om te weten of er sprake is van botontkalking zal de kwaliteit en de sterkte van het bot gemeten moeten worden. De botkwaliteit kan worden bepaald met ultrageluid (zeer hoge, onhoorbare tonen). Deze meting wordt meestal gedaan bij de hiel. Een andere manier om botontkalking vast te stellen is met röntgenstralen. Deze meting kan gebeuren in de heup, de rugwervels en in het hele lichaam. Bij de meting in het hele lichaam wordt ook de hoeveelheid vet en spieren van het lichaam bepaald. Deze gegevens zijn van belang voor de botkwaliteit. Tenslotte kan ook urine- en bloedonderzoek informatie geven over de mate van botontkalking.

Het onderzoek naar botbreuken

Sommige factoren, zoals slechte voeding, roken, te weinig geslachtshormonen, bepaalde ziekten en medicijnen kunnen het ontkalkingsproces en de kans op botbreuken versnellen. In het medisch interview zijn hierover allerlei vragen gesteld. Ook hebben we natuurlijk gekeken hoe vaak een botbreuk voorkomt. Zo heeft slechts 6% van de ouderen (80 van de 1300 mensen) gemeld dat ze in de afgelopen drie jaren een bot hebben gebroken. In andere onderzoeken bij ouderen wordt meestal een hoger percentage gevonden. Van de 80 botbreuken waren de meest voorkomende breuken: polsfracturen (bij 20 mensen) en heupfracturen (bij 11 mensen). Met name in de wintermaanden, december en januari,

vonden de meeste breuken plaats. Ongeveer 340 van de 1300 ouderen, dat is ruim 25%, vertelden dat ze ooit in hun leven een botbreuk hebben opgelopen.

Het onderzoek naar vallen



Nel van de Kreeke omgeven door valkalenders.

De kans op het breken van bijvoorbeeld een heup is natuurlijk ook afhankelijk van het wel of niet vallen. Vallen is een bekend probleem voor ouderen. Een val kan botbreuken, maar ook ander lichamelijk letsel en angst voor vallen tot gevolg hebben. In het vraaggesprek meldde 30% van de mensen dat ze in het afgelopen jaar één of meerdere malen zijn gevallen. Allerlei vragen zijn gesteld gedurende het hele onderzoek naar mogelijke oorzaken van vallen: moeite

met lopen, vaak duizelig zijn en het gebruik van bepaalde medicijnen (zoals kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen). Bovendien is de (woon)omgeving belangrijk, want losliggende vloerkleedjes en een glad vloeroppervlak kunnen ook een val veroorzaken.

Valkalender

Omdat we nog niet voldoende gegevens hebben over botbreuken en vallen, hebben we alle deelnemers gevraagd om gedurende drie jaar een 'valkalender' in te vullen. Elke drie maanden komt nu een grote hoeveelheid valformulieren over de post bij ons terug. Sinds oktober 1995 is ongeveer 10% van de deelnemers na het medisch interview één of meerdere malen gevallen. Tien mensen hebben daarbij een bot gebroken.

Wat heeft dit onderzoek naar botbreuken en vallen voor zin?

Met behulp van alle gegevens uit dit onderzoek bekijken we de belangrijkste oorzaken die kunnen leiden tot vallen en daardoor tot botbreuken. Ons uiteindelijke doel is om ouderen en hulpverleners te kunnen informeren over eventuele voorzorgsmaatregelen die genomen kunnen worden om het risico op vallen en botbreuken te doen verminderen.

Maatschappelijke participatie van ouderen

KEES KNIPSCHER & DORLY DEEG

"Mensen die beweren dat bejaarden niet met belangrijke taken bezig kunnen zijn, missen voor die bewering elke grond. Je kunt ze vergelijken met hen die zeggen dat een stuurman tijdens het varen niets doet ... Hij doet niet wat de jongeren doen, maar zijn werk is belangrijker en van meer waarde".
Cicero, 44 v. Chr.

1 Inleiding

Bij elke eerste oriëntatie op het terrein van de gerontologie, de wetenschap van het ouder worden, komt op een of andere wijze de zgn. activiteitstheorie aan de orde. Het al oude hollandse gezegde "Rust Roest" wordt hier verheven tot een soort wetenschappelijk verantwoorde filosofie/theorie van het ouder worden. Diegenen die tot op hoge leeftijd actief blijven, wor-

den in deze visie op een succesvolle manier oud.

Het lijkt erop dat het nederlandse ouderenbeleid, na in de jaren tachtig totaal in beslag genomen te zijn door de kosten en organisatieproblematiek van de zorg voor de hulpbehoevende ouderen, wederom in het vaarwater van de activiteitstheorie terecht is gekomen. Zowel de nota "Ouderen in Tel" als het recente "Actieprogramma Integraal Ouderenbeleid" maken er geen geheim van dat het activeren van de ouderen een centraal beleidsonderdeel is. Op zich valt dit toe te juichen, ook al biedt de gerontologie slechts zeer beperkte aanwijzingen dat "het actief blijven als zodanig" een gelukkige ouderdom garandeert. Afgezien van de vraag of het motto "actief blijven" een gelukkige ouderdom oplevert, kunnen we vaststellen dat er van een paradoxale ontwikkeling sprake is. Enerzijds worden mensen gemiddeld genomen steeds ouder, terwijl anderzijds de periode dat mensen beroepsmatig werkzaam zijn steeds korter wordt. Dit maakt de gedachte dat "de samenleving geen oog heeft voor de talenten van de ouderen" zeer voor de hand liggend. De vraag is niet alleen of een dergelijke constatering terecht is, maar ook of het een probleem is. Blijven velerlei talenten inderdaad ongebruikt? Moet de samenleving en/of moeten de ouderen zelf zich daar zorgen over maken? Deze vragen kunnen in dit korte bestek niet uitputtend behandeld worden. Ook zijn ze niet te beantwoorden op basis van empirische gegevens uit onderzoek. Uiteindelijk gaat het om keuzes die wij met zijn allen zullen moeten maken. Deze keuzes formuleren en verhelderen helpt ons wellicht een stap in de goede richting.

Alvorens we daar aan toe zijn is het nuttig kort stil te staan bij de demografische en sociaal economische veranderingen die de achtergrond van deze vragen vormen.

2 Maatschappelijke context

Het ouder worden is in velerlei opzichten een maatschappelijk vraagstuk van de eerste orde geworden.

In de eerste decennia na de Tweede Wereldoorlog was het een voorrecht om op 65 jarige leeftijd met pensioen te mogen en geleidelijk garandeerde de wet Algemene Ouderdomsvoorzieningen een minimuminkomen vanaf die leeftijd. Nu is het zo dat maar een zeer klein percentage van de Nederlanders tot 65 jarige leeftijd als werknemer actief blijft. Niet omdat ze niet in staat zijn om te werken, of omdat ze er slechter aan toe zijn dan hun leeftijdsgenoten van 30 à 40 jaar geleden - hun levensverwachting is hoger -, maar omdat zij door omstandigheden van persoonlijke aard en/of door bedrijfsomstandigheden niet meer op hun arbeidsplaats passen. Het arbeidsproces is in de loop der jaren zodanig op efficiency toegespitst en de salariëring is zodanig georganiseerd dat de afweging van kosten en baten regelmatig tot een vroegtijdige beëindiging van de officiële arbeidsloopbaan leidt, zeker in situaties waar het aantal beschikbare arbeidsplaatsen nog steeds tekort schiet.

We moeten dus vaststellen dat de wijze waarop de betaalde arbeid in onze samenleving is georganiseerd er toe leidt dat mensen in de laatste 20 tot 25 jaar van hun leven geen kans meer hebben om actief te zijn in het circuit van de betaalde arbeid. Boven de 65-jarige leeftijd komt men al helemaal niet in aanmerking. Nog onlangs bevestigde de Hoge Raad dat het een werkgever verboden is een 68-jarige werkneemster in dienst te nemen.

Gegeven deze omstandigheden moet de vraag onder ogen gezien worden of het veld van de maatschappelijke participatie **buiten** de betaalde arbeid voldoende tot ontwikkeling is gekomen om enerzijds een aantal lacunes in de maatschappelijke organisatie te ondervangen en daarmee, anderzijds, voor degenen die niet meer op de markt van de betaalde arbeid aan de bak komen aanknopingspunten te bieden voor alternatieve maatschappelijke inzet. Hoe ziet dit veld van maatschappelijke participatie er op dit moment uit?

3 Wat wordt verstaan onder maatschappelijke participatie?

Maatschappelijke participatie bestrijkt een zeer breed gebied, ook de maatschappelijke participatie van de 55-plussers. Vrijwel alle activiteiten van ouderen die niet op het eigen levensonderhoud, op zelfzorg en individuele tijdsbesteding zijn gericht, kunnen worden samengevat onder het brede begrip maatschappelijke participatie. Binnen dit brede begrip worden doorgaans verschillende vormen van participatie onderscheiden:

- politieke participatie omvat het actief zijn in het kader van politieke partijen en op het terrein van de belangenbehartiging.
- maatschappelijke participatie in engere zin slaat vooral op het vrijwilligerswerk en op de bestuurlijke en beheersmatige activiteiten in het kader van het verenigingsleven en ideële instellingen.
- consumptieve participatie omvat o.a. de lidmaatschappen van sport- en vrijetijdsverenigingen, reizen en participatie in culturele evenementen en hobbyclubs.
- daarnaast is nog sprake van sociale participatie, waaronder het sociale verkeer in de nabije omgeving valt en de onderlinge zorg die daarbinnen over en weer wordt uitgewisseld.

4 Wat is de omvang van de maatschappelijke participatie van de deelnemers in het onderzoek "Gezond Ouder Worden"?

We kijken hier naar twee onderdelen van de maatschappelijke participatie. Eerst presenteren we een tabel met gegevens over het volgen van opleidingen en cursussen, zoals bijvoorbeeld een hobby-, talencursus of een cursus bij de Open Universiteit, daarna kijken we naar vrijwilligerswerk.

Het eerste dat opvalt bij de gegevens in de onderstaande tabellen is dat de deelname van 55-plussers aan het vrijwilligerswerk en nog meer de deelname

aan cursussen beperkt is. De meerderheid is op deze terreinen niet actief. Uit tabel 1 blijkt dat van de mensen die 55-64 jaar zijn nog ruim 20% een cursus volgt. Daarna neemt deze vorm van participatie snel af: van degenen die 65-74 zijn valt het terug naar 11 procent en bij de nog ouderen is het eigenlijk een uitzondering dat men nog een cursus volgt. Ook blijkt uit deze tabel dat er weinig verschillen zijn tussen de drie regio's van het onderzoek: West=Amsterdam en omgeving, Oost=Zwolle en omgeving, Zuid=Oss en omgeving. Alleen in de regio rond Zwolle is de deelname onder de 55-64-jarige iets geringer. Hoewel dit niet in de tabel is vermeld, is ook gebleken dat er weinig verschillen zijn tussen mannen en vrouwen in het volgen van een cursus.

tabel 1: het percentage ouderen naar leeftijdsgroep en naar regio, dat actief is op educatief terrein: dwz cursussen volgt.

	West	Oost	Zuid	totaal
55-64	24 %	19 %	24 %	22 %
65-74	13 %	12 %	9 %	11 %
75-84	3 %	4 %	3 %	4 %

Wat betreft de deelname aan het vrijwilligerswerk, zoals allerlei werkzaamheden die gedaan worden voor verenigingen en organisaties van koffiezetten of het organiseren van kaartwedstrijden tot bestuurlijke activiteiten, ligt dat enigszins anders. Daarin zijn over de hele lijn vrij grote verschillen tussen mannen en vrouwen. Daarom presenteren we de gegevens in twee tabellen, apart voor mannen en vrouwen. Gemiddeld genomen kan men zeggen dat van de vrouwen het percentage dat actief is op het terrein van het vrijwilligerswerk ongeveer eenderde lager is dan van de mannen.

tabel 2: het percentage mannen naar leeftijdsgroep en naar regio, dat actief is in het vrijwilligers werk

Mannen

	West	Oost	Zuid	totaal
55-64	39 %	58 %	46 %	47 %
65-74	38 %	35 %	33 %	36 %
75-84	18 %	26 %	16 %	20 %

tabel 3: het percentage vrouwen naar leeftijdsgroep en naar regio, dat actief is in het vrijwilligers werk

Vrouwen

	West	Oost	Zuid	totaal
55-64	28 %	42 %	29 %	34 %
65-74	27 %	25 %	16 %	24 %
75-84	13 %	12 %	12 %	12 %

Naast deze verschillen tussen mannen en vrouwen laten de twee tabellen zien dat ook hier een geleidelijke afname is bij het ouder worden. Bij de hoogste leeftijdsgroepen (zowel mannen als vrouwen) is de deelname in het vrijwilligerswerk meer dan gehalveerd. Opvallend is dat de deelname onder de 55-64 jarigen in de regio Zwolle en omgeving erg hoog is in vergelijking met dezelfde leeftijdsgroep in de andere regio's. Het lijkt niet eenvoudig daarvoor een verklaring te vinden. Temeer is dat niet eenvoudig, omdat het verschil op hogere leeftijd vrijwel wegvalt. Het beeld dat hieruit naar voren komt is dat 55-plussers een aanzienlijke bijdrage leveren aan het vrijwilligerswerk in Nederland. Deze bijdrage wordt geleverd doordat ongeveer 30 % van de 55-plussers op een of meerdere terreinen actief is.

5 Conclusie

Op grond van het bovenstaande moeten we vaststellen dat 55-plussers in zeer beperkte mate betaalde arbeid verrichten en 65-plussers bijna niet. Bovendien blijkt dat bijna 70% van de 55-plussers, van wie de jongsten nog een gemiddelde levensverwachting hebben van ruim 30 jaar, weinig tot geen maatschappelijke bijdrage geven in het vrijwilligerswerk. Ligt er wellicht een taak voor de toekomstige generatie van ouderen om de ongebruikte talenten te mobiliseren?

Invloed van religie op depressie

ARJAN BRAAM



Bij LASA richten een aantal van de onderzoekers zich op het onderwerp depressie bij ouderen. Het gaat daarbij om vragen als hoe vaak depressies bij ouderen voorkomen en hoe lang deze depressies

duren. Het doel van dit onderzoek is de oorzaken van depressies en de gevolgen ervan te achterhalen zodat er uiteindelijk beleid op afgestemd kan worden. De studies die bij LASA worden uitgevoerd richten zich op de volgende aandachtsgebieden: depressie en lichamelijke gezondheid; depressie en persoonlijke relaties en netwerken; depressie en geheugen. Een ander aandachtsgebied is depressie en religie. Daarover gaat onze huidige bijdrage.

Voordat we de vraagstelling van het onderzoek naar religie en depressie bespreken zullen we de beide begrippen definiëren. Onder *depressie* verstaan we een toestand van somberheid en interesseverlies, die zo erg is dat het dagelijkse leven er door verstoord raakt. Een depressie kan wisselen in ernst en in duur. Soms vallen depressies nauwelijks op voor de directe omgeving, ook niet voor de eigen huisarts. Bij een deel van de mensen die aan depressies lijden is behandeling nodig door een psycholoog of psychiater. *Religie* is minder makkelijk te omschrijven, iedereen heeft er eigen opvatting over, sommigen heel nauwkeurig, anderen alleen gevoelsmatig. Religie wordt wel omschreven als een geheel aan gemeenschappelijk gedeelde overtuigingen en handelingen: overtuigingen die een visie geven om gebeurtenissen in het leven te kunnen begrijpen; handelingen die bepaald worden door eerbied en toewijding.

Waarom een onderzoek naar de invloed van religie op depressie? Ten eerste bestond er bij de onderzoekers een vermoeden dat depressie en religie raakvlakken hebben. Zo beschrijft het woord depressie een situatie waarbij iemand zich hopeloos voelt. Eén van de bedoelingen van religie is dat het voorziet in hoop, ook in uitzichtloze situaties. Een ander raakvlak is lichamelijke gezondheid. Een achteruitgang van lichamelijke gezondheid gaat vaak gepaard met depressieve klachten. Lichamelijke ziektes, beperkingen en pijnklachten, roepen aan de andere kant ook vragen op naar de zin van het bestaan, religieuze vragen.

De hoofdvraagstelling bij het onderzoek is of religie depressie kan tegenhouden. Ten eerste hebben we gekeken of er ten gevolge van religie minder depressies ontstaan; ten tweede of bestaande depressies eerder op zullen klaren. Depressie bij ouderen is onderzocht door middel van steeds terugkerende vragenlijsten over stemming en welbevinden. De mate van religiositeit is onderzocht met de volgende vragen:

- In welke mate bent u betrokken bij een kerkgemeenschap?
- Hoe vaak woont u een kerkdienst bij?
- Heeft u een voorkeur voor een bepaalde traditie of kerkelijke gezindte (Protestants of Rooms-Katholiek, één van de grotere of juist één van de kleinere gemeenschappen)?
- Is uw levensovertuiging vooral recht-in-de-leer, of is het daarentegen niet-alte-strikt?
- Hoe belangrijk is uw levensovertuiging in het dagelijks leven?

De bovenstaande vragen hebben vooral betrekking op LASA-respondenten die een Christelijke achtergrond hebben. Andere grote wereldreligies als het Jodendom, de Islam, het Hindoeïsme en het Boeddhisme worden in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten omdat aanhangers heel weinig voorkomen in de door LASA onderzochte groep. LASA deelnemers zonder een religieuze achtergrond vormen echter een grote groep, waarmee de gegevens van deelnemers met een religieuze achtergrond kunnen worden vergeleken. In het LASA interview zijn ook speciale vragen opgenomen die geheel los staan van een Christelijke achtergrond. Het gaat ondermeer om vragen over de grens tussen leven en dood, en over één-voelen met vorige en komende generaties. Deze vragen gaan ervan uit dat met het ouder worden de visie op het leven heel grondig kan veranderen, en meer gericht kan raken op een hogere werkelijkheid (het *transcendente*).

Inmiddels zijn de eerste resultaten van het bovenstaande onderzoek naar de invloed van religie op depressie binnen. De eerste, belangrijkste conclusies zijn:

- Mensen die ernstig ziek zijn en bij wie het geloof een belangrijke plaats inneemt in hun dagelijks leven hebben minder snel klachten van depressieve aard, bovendien gaan de klachten eerder over.
- Het hebben van een kleine sociale kring leidt tot meer depressieve klach-

ten. Van nature onzeker zijn leidt eveneens tot meer depressieve klachten. Regelmatig een kerkdienst bezoeken of gehecht zijn aan een kerkgemeenschap blijkt tegen beide te beschermen: ondanks een kleine sociale kring en ondanks onzekerheid komen dan minder depressieve klachten voor.

- Mensen van Protestantse huize kijken pessimistischer tegen het leven aan dan mensen van Rooms-Katholieke huize maar zijn niet depressiever dan de laatste groep.

Mensen zonder Christelijke achtergrond hebben echter meer depressieve klachten dan mensen zowel van Protestantse als van Rooms-Katholieke huize. Onder de Protestantse deelnemers zijn degenen met een gereformeerde achtergrond (tegen de vooroordelen in) het minst depressief.

Religie hangt samen met vele kenmerken, zowel van iemands persoon zelf, als van de omgeving. Kerkgemeenschappen hebben een ander karakter in een grote stad dan op het platteland. De tradities liggen ook anders voor steden, dorpen, landschappen in het Westen, Oosten of Zuiden van Nederland. Met de LASA-gegevens is het mogelijk om deze verschillen duidelijk vast te stellen, en ook zijn de gegevens geschikt om naar verklaringen voor verschillen te zoeken. Bij de studie naar religie en depressie is het van belang dat enig zicht ontstaat op wat voor invloed religie bij ouderen kan hebben bij het omgaan met belangrijke levensgebeurtenissen. Nu al kunnen we zeggen dat religie voor sommige ouderen een grote steun betekent, die depressieve klachten beperkt, voorkomt, of korter laat duren.

Reactie Redactie Reactie Redactie Reactie Redactie

Dit is een speciale kerst-nieuwsbrief geworden. Het gehele onderzoeksteam wil u goede en gezonde feestdagen wensen en het allerbeste voor u en uw dierbaren in 1997.

Mariëtte Westendorp



Mili Weber (1891-1978), Christkind.

In november 1996 zijn de laatste vraaggesprekken en medische metingen verricht en nu worden de gegevens van het afgelopen jaar geanalyseerd. Ik wil graag

van deze nieuwsbrief gebruik maken om u een overzicht te geven van de proefschriften die dankzij uw gegevens en het werk van de onderzoekers tot stand zijn gekomen. U begrijpt dat hierbij nog geen gebruik gemaakt werd van de meest recente gegevens van het afgelopen jaar. In de proefschriften wordt u als respondenten dikwijls bedankt voor uw inzet bij het beantwoorden van al die vragen: de onderzoekers zouden niet hun doctorstitel behaald hebben zonder uw medewerking! Ik citeer uit het proefschrift van Didi Kriegsman:

"Allereerst bedank ik de ruim drieduizend mensen die, geheel belangeloos, bereid waren zich het hemd van het lijf te laten vragen door wildvreemde interviewers, en natuurlijk de interviewers zelf."

Degenen die met LASA gegevens tot doctor promoveerden zijn in chronologische volgorde:

- Marjolein Visser, 06/09/95 in Wageningen. Titel proefschrift: "Body composition and energy metabolism in elderly people". (Lichaamssamenstelling en energie balans bij ouderen) Bij veroudering treden er duidelijke veranderingen op in het energieverbruik. Doordat ouderen over het algemeen minder actief zijn, neemt de totale hoeveelheid energie die verbruikt wordt wel af. Uit het onderzoek blijkt dat het energieverbruik in rust bij ouderen lager is dan dat van jongeren. De lagere energiebehoefte van ouderen kan ten dele worden verklaard door de afname van spierweefsel op oudere leeftijd.
- Johannes H. Smit, 08/11/95. Titel proefschrift: "Suggestieve vragen in survey-interviews." Voorkomen, oorzaken en gevolgen. Interviewers bij onderzoek stellen vaak suggestief vragen, ondanks hun training. Ook de manier waarop de onderzoekers de vragen formuleren is daar oorzaak van. J.H. Smit heeft meer dan 2000 vragen onderzocht om na te gaan of en zo ja hoe de methode van vragenstellen verbeterd kan worden.
- Didi M.W. Kriegsman, 15/12/95. Titel proefschrift: "Chronic diseases, family features, and physical functioning in elderly people". (Chronische ziekten, familietrekken, en lichamelijk functioneren van ouderen.) De vraag in deze studie is of sociale steun de negatieve invloed van chronische ziekten kan verminderen. Eén van de conclusies van dit onderzoek was dat bij mensen met een chronische ziekte die samenwonen met hun partner de kans op lichamelijke beperkingen kleiner is dan bij mensen zonder partner, maar dit effect werd niet gezien als er meerdere ziekten zijn. Om met zekerheid te kunnen zeggen of en hoeveel invloed de steun van gezinsleden heeft op de gevolgen van chronische ziekten zijn longitudinale gegevens nodig. D.w.z. de gegevens die verkregen worden uit onderzoek dat, zoals dat bij LASA wordt gedaan, meerdere keren en verspreid over een aantal jaren bij dezelfde personen wordt verricht.
- Aartjan T.F. Beekman, 10/05/96. Titel proefschrift: "Depression in later life.

Studies in the community." (Depressie op hogere leeftijd. Studies in de gemeenschap.) Vijftien procent van de ouderen blijkt een stemmingsstoornis te hebben; ernstige depressie komt bij 2% van de ouderen voor. Achteruitgang van de lichamelijke toestand en het verlies van naasten, met name de partner, zijn de voornaamste oorzaken van depressie. Bij ernstige depressies blijken genetische (erfelijke) factoren eveneens van belang. Hoewel meer dan 80% van de depressieve ouderen contact heeft met de huisarts blijkt dat slechts een kleine 20% ervan behandeld wordt.



dr Brenda Penninx met haar zojuist verworven bul

- Brenda W.J.H. Penninx, 04/10/96. Titel proefschrift: "Social support in elderly people with chronic diseases. Does it really help?" (Sociale steun bij chronisch zieke ouderen. Helpt het werkelijk?) Ouderen met chronische ziekten die veel sociale steun hebben, leven langer en zijn minder depressief. Deze effecten verschillen enigszins per ziekte en de ernst ervan. Voor een goede kwaliteit van leven lijken medische technologie en hulp alleen niet voldoende, ook de sociale omgeving van de patiënt speelt een rol.

Teksten	Ellen Tromp, Kees Knipscheer, Dorly Deeg, Arjan Braam, Mariëtte Westendorp
Foto's	Saskia Pluijm
Eindredactie	Mariëtte Westendorp
Vormgeving	AVC, Vrije Universiteit, Amsterdam
Drukwerk	Papyrus, Diemen en Huisdrukkerij Vrije Universiteit, Amsterdam
Uitgave	december 1996

LASA "Gezond ouder worden"
Faculteit Sociaal-Culturele Wetenschappen
Vrije Universiteit
De Boelelaan 1081 C
1081 HV Amsterdam
tel. 020 - 4446766 / 4446770 Fax. 020 - 4446775

Faculteit der Sociaal-Culturele Wetenschappen
Faculteit der Geneeskunde
Vakgroep Sociologie
Vakgroep Methoden en Technieken
Vakgroep Psychiatrie
EMGO-Instituut
&
Afdeling Endocrinologie van het VU-ziekenhuis