

Gezond ouder worden

Nieuwsbrief 7



vrije Universiteit amsterdam

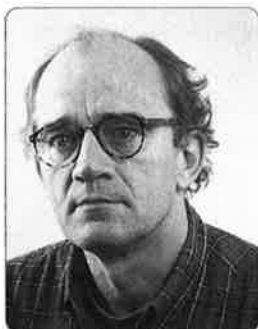




Jean-Francois Millet, Cruchy 1814-Barbizon 1875
"Zittend boerenmeisje een kous breiend"

Teksten	Ruud Bosscher, Didi Kriegsman, Carla van den Hombergh, Marja Aartsen, Miranda Dik, Sandra Geerlings, Saskia Pluijm, France Portrait, Mariëtte Westendorp
Eindredactie	Mariëtte Westendorp, Dorly Deeg
Vormgeving	AVC, Vrije Universiteit, Amsterdam
Drukwerk	Papyrus, Diemen en Huisdrukkerij Vrije Universiteit, Amsterdam
Uitgave	maart 1998

niet ... Ik kan het ... ik kan het niet ... ik kan het ... ik kan het niet ... ik kan het ... ik kan het niet... ik



RUUD BOSSCHER

Wat zijn competentieverwachtingen?

Hoe vaak tellen we niet onze knopen wanneer we twijfelen of we iets wel of niet

kunnen. Een lekkage repareren, een stop vervangen, een ruitje inzetten, met de caravan de bergen in, op je 70-ste nog op een koor gaan, met een kleinkind naar de die-rentuin, etc. etc. Misschien lijkt het niet eens de vraag of we dat (nog) kunnen, maar of we het (nog) durven. Maar durven is ook een kwestie van afwegen: zal het me lukken of niet. Ideeën die we over onze vaardigheden en capaciteiten hebben, spelen een belangrijke rol in de manier waarop we ons alledaags leven inkleden. De dingen die we als vanzelf doen, blijven we wel doen, dat is het probleem niet. Maar wanneer we een onbekende of onduidelijke situatie tegenkomen, iets wat afwijkt van het alledaagse, dan krabben we ons op ons achterhoofd en stellen we de vraag: kan ik dat wel? En als ik "ja" zeg, hoe zeker ben ik dan van het antwoord? De Amerikaanse psycholoog Albert Bandura noemt dat competentieverwachtingen, verwachtingen die we van onze capaciteiten en vaardigheden hebben die tot stand zijn gekomen op basis van een leven lang succes en mislukking, voorspoed en tegenspoed. Op basis van die verwachtingen nemen we de beslissing om nieuwe initiatieven te ontplooiën of er van af te zien, ergens veel of weinig moeite voor te doen, bij problemen opnieuw te proberen of snel bij de pakken neer te zitten.

Competentieverwachtingen en ouder worden

Bij het ouder worden veranderen de erva-

ringen die we opdoen. Het lichamelijke prestatievermogen gaat achteruit, leeftijdgenoten krijgen steeds vaker gezondheidsklachten, de omgeving begint steeds vaker te roepen het wat rustiger aan te doen en een toename aan vermoeidheid of pijn leert dat er steeds meer beperkingen optreden. Jammer genoeg leidt dat er vaak toe dat ouderen dan minder gaan doen dan ze eigenlijk kunnen, waardoor de conditie slechter wordt dan noodzakelijk, waardoor weer eerder pijn en vermoeidheid optreden, wat weer leidt tot nog minder doen, enz. Dat is dan een vicieuze cirkel, vaak gebaseerd op te negatieve verwachtingen van wat we lichamelijke nog kunnen. Die inactiviteit leidt dan tot allerhande bezigheden: winkelen, uitgaan, op visite gaan, tuinieren, sporten, enz. Dat kan ook emotionele gevolgen hebben, zoals meer somberheid, gebrek aan zelfvertrouwen, angst voor het onbekende of het gevoel dat je niet meer meetelt. Door dat alles kan de kwaliteit van het leven minder worden.

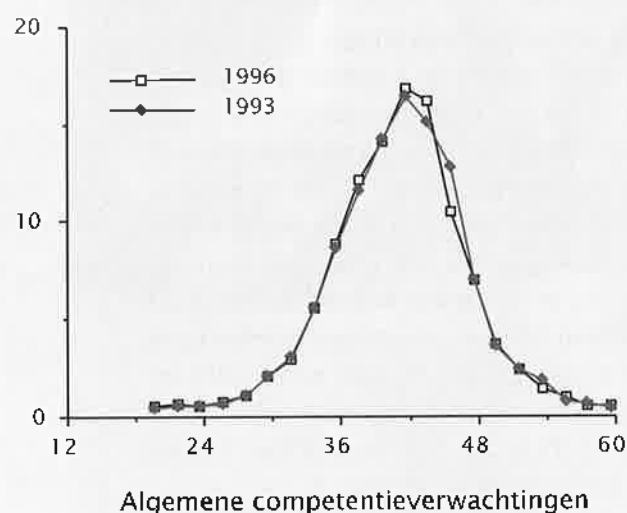
In het LASA-onderzoek proberen we te achterhalen wat de competentieverwachtingen van ouderen zijn, hoe ze veranderen en wat de gevolgen daarvan zijn. Daarbij concentreren we ons niet op heel specifieke verwachtingen (kan ik deze boom nog snoeien?), maar op de optelsom van verwachtingen van lichamelijke capaciteiten (zoals snelheid, kracht, lenigheid, uithoudingsvermogen, enz.) of van algemene capaciteiten (initiatief nemen, inzet tonen, doorzetten bij tegenslag). Voor de laatste type verwachtingen, de algemene, wordt de Algemene CompetentieSchaal (ALCOS) gebruikt. In het vervolg van dit stukje zal ik iets meer zeggen over de bevindingen op de ALCOS en de samenhang met leeftijd en geslacht. De ALCOS bestaat uit 12 uitspraken, bijvoorbeeld: "Wanneer iets mislukt, bijt ik mij er in vast totdat het

beter gaat". Is de respondent het "helemaal niet eens" met die uitspraak dan levert dat 1 punt op en bij "helemaal eens" 5 punten. Voor alle 12 vragen kan de totaalscore dus variëren tussen 12 (minimum; lage competentieverwachtingen) en 60 (maximum; hoge competentieverwachtingen).

Veranderingen in competentieverwachtingen van de LASA-ouderen tussen 1993 en 1996

Laten we eerst kijken of er verschil is in competentieverwachtingen tussen 1993 en 1996.

percentage respondentent



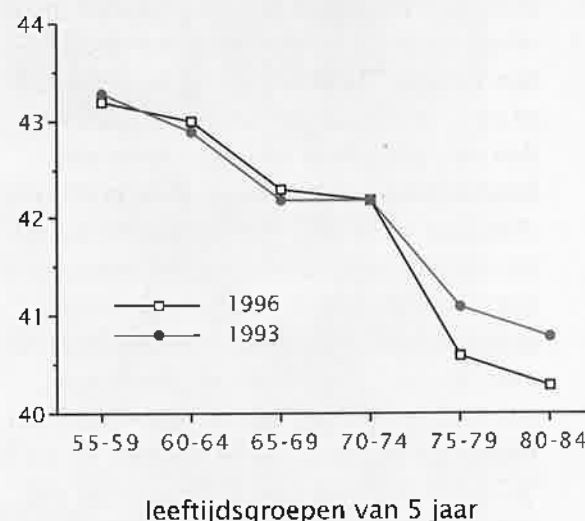
Zo op het oog niet. De scores van beide jaren vallen zo goed als over elkaar heen. De meeste mensen scoren in het midden van de schaal. Sommigen scoren heel laag en sommige anderen heel hoog. Wanneer we het gemiddelde uitrekenen, blijkt de gemiddelde score in 1996 bijna 1 punt lager te liggen dan in 1993. Dat lijkt niet veel, maar wanneer dat iedere 3 jaar gebeurt, kan de score over langere termijn gezien behoorlijk lager worden. Hoewel het in de figuur dus nog niet zo duidelijk te zien is, blijken de competentieverwachtingen met het ouder worden af te nemen en dat is ook in overeenstemming met wat we verwachten. Omdat het midden van de schaal 36 is, blijkt uit de figuur wel dat de meeste respondenten zowel in

1993 als in 1996 rechts van het midden scoren, d.w.z. dat zij, gemiddeld genomen, enigszins positieve verwachtingen hebben van wat ze kunnen.

Leeftijd- en sexeverschillen

De figuur hieronder gaat over alle mensen in LASA. Maar mensen verschillen natuurlijk. Er zijn mannen en vrouwen, ouderen en jongeren, hoog opgeleiden en laag opgeleiden, mensen met een partner en mensen zonder. En zien we die verschillen ook terug in competentieverwachtingen? Laten we twee verschillen nader bekijken: leeftijd en geslacht. Voor de leeftijd kijken we naar groepen van 5 jaar, dus 55-59 jaar, 60-64, 65-69 enz. En voor geslacht uiteraard naar mannen en vrouwen. En die gaan we ook nog eens combineren.

algemene competentieverwachtingen

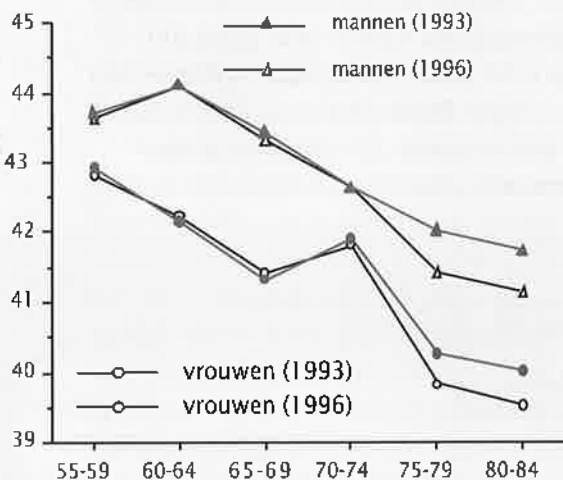


Op de horizontale as staan de leeftijdsgroepen zoals die waren in 1993. Bij de lijn van 1996 zijn alle respondenten dus inmiddels 3 jaar ouder geworden. Dan zien we dat de gemiddelde scores van de groepen lange tijd vrijwel gelijk blijven. Maar bij de beide hoogste leeftijdsgroepen zien we opeens een duidelijk lagere score optreden: zowel in 1993 als in 1996 en ook nog eens dat er bij beide leeftijdsgroepen een duidelijke daling optreedt in de laatste 3 jaar (het verschil tussen de beide lijnen). Blijkbaar ontstaat dan een soort verwachting van: "nu begin ik toch

echt minder aan te kunnen". En daar kunnen uiteraard allerlei redenen voor zijn, zoals de voor de hand liggende afnemende gezondheid.

Maakt het nog wat uit voor mannen en vrouwen? We koppelen dat gelijk aan de leeftijdsgroepen.

algemene
competentie-
verwachtingen



Wat valt op? In de eerste plaats vertonen de scores een dalende lijn naarmate de respondent ouder is, maar er zijn twee onderbrekingen te zien. Bij de mannen van 60-64 (in 1993) een positieve knik die we ook 3 jaar later nog zien als de mannen dus 63-67 zijn geworden. En bij vrouwen van 70-74 (in 1993) een positieve knik die ook 3 jaar later nog bewaard is gebleven als de vrouwen 73-76 zijn geworden. In de tweede plaats scoren de mannen in iedere leeftijdscategorie hoger dan de vrouwen. Mannen hebben blijkbaar meer positieve verwachtingen van hun capaciteiten dan vrouwen. In de derde plaats blijft de eerdere bevinding overeind dat de veranderingen tussen 1993 en 1996 het duidelijkst zichtbaar worden vanaf 75 jaar, en dat zowel bij mannen als bij vrouwen. Op die manier zijn nog veel meer plaatjes te maken waarin een relatie wordt gelegd tussen een bepaalde factor en competentieverwachtingen. Maar voor dit moment laten we het hierbij.

Tenslotte...

De boodschap van dit verhaal lijkt simpel: vooral de oudere boven 75 jaar vertoont de tendens minder positieve verwachtingen te hebben van wat zij of hij nog kan. Wanneer daarvoor objectieve redenen zijn, is dat niet verwonderlijk. Maar veelal is er ook sprake van dat ouderen zich het beeld eigen maken dat anderen, zowel jongeren als ouderen, van hen hebben, n.l. dat zij op grond van hun leeftijd (!) tot minder in staat zijn. Wanneer ouderen zich daarnaar gaan gedragen, kan dat er toe leiden dat men niet meer uitgaat, niet meer onder de mensen komt, geen nieuwe activiteiten onderneemt, etc., met negatieve gevolgen voor de kwaliteit van leven. De boodschap is dus dat men, voor zover de objectieve omstandigheden dat toelaten, zo positief mogelijke competentieverwachtingen moet zien te behouden, zelfs te ontwikkelen, door:

- 1 te blijven experimenteren met nieuwe dingen en niet op voorhand te verwachten "dat dat toch niets voor mij is", (mijn grootmoeder van 92 bestelde nog een Teleac-cursus Engels, en dat niet alleen, ze deed er ook nog aan mee);
- 2 niet te veel te luisteren naar anderen die, vaak min of meer goed bedoeld, menen dat ouderen het wat rustiger aan moeten gaan doen ("op uw leeftijd nog?") want 'rust roest';
- 3 zich niet te spiegelen aan leeftijdgenoten die, om welke redenen dan ook, problemen hebben om actief te blijven functioneren, en
- 4 lichamelijke signalen niet direct te beschouwen als een teken dat iets niet meer kan. Blijf experimenteren met de manier waarop iets gedaan wordt, hoe vaak, het tijdstip, met wie, etc., en de ervaring zal leren dat met enige aanpassing veel meer mogelijk is dan vaak verwacht wordt.

Langdurige ziekten bij oudere mensen en hun invloed op het lichamelijk functioneren



DIDI KRIEGSMAN

Het is alweer een hele tijd geleden (in november 1993) dat wij u in de Nieuwsbrief 'Gezond ouder worden' iets hebben verteld over langdurige (=chronische) ziekten. Zoals u waarschijnlijk nog wel weet, zijn er in de interviews vragen gesteld over een aantal chronische ziekten die, vooral bij oudere mensen, veel voorkomen. De ziekten waar het om ging waren vooral ziekten van de longen (astma, chronische bronchitis, emfyseem), hartziekten (bijvoorbeeld hartinfarct), vernauwing van de slagaders in de benen, suikerziekte, beroerte, kanker, en gewrichtsziekten (reuma en gewrichtsslijtage). Uit de gegevens bleek toen dat sommige van deze ziekten (vooral ziekten van de longen, en van het hart- en vaatstelsel en een beroerte) vaker bij mannen dan bij vrouwen voorkwamen. Andere ziekten (gewrichtsziekten en kanker) kwamen juist vaker bij vrouwen voor. Ook bleek uit de gegevens van het vraaggesprek in 1992/1993 dat veel mensen (ongeveer 20%) meer dan één langdurige ziekte hadden. De meeste langdurige ziekten kwamen ook vaker voor naarmate de leeftijd hoger was.

Chronische ziekten in 1992/1993 en 1995/1996

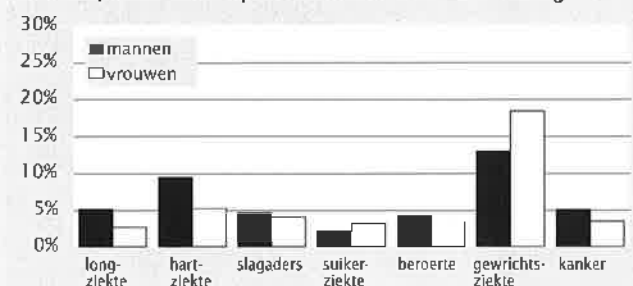
Uit de gegevens van het interview in 1995/1996 blijkt dat de meeste langdurige ziekten vaker aanwezig waren dan in 1992/1993. Dat is ook logisch, omdat de ziekten waar wij u vragen over hebben gesteld in het algemeen niet genezen kunnen worden. Alleen kanker kan door behandeling helemaal verdwijnen. Ook is het zo dat de last en de klachten die mensen van langdurige ziekten hebben, kunnen verdwijnen. Meestal is dit door medische behandeling, zoals wanneer u medi-

cijnen gebruikt voor een bepaalde ziekte. Bij andere ziekten, vooral gewrichtsziekten, zijn de klachten soms wel, soms niet of veel minder erg aanwezig.

In Figuur 1 kunt u zien hoeveel procent van de mannen en vrouwen in de periode tussen 1992/1993 en 1995/1996 een bepaalde chronische ziekte hebben gekregen. Voor ziekten van de slagaders, suikerziekte, beroerte en kanker is er geen duidelijk verschil tussen mannen en vrouwen. Mannen kregen in die drie jaar vaker longziekten dan vrouwen, en vrouwen kregen vaker gewrichtsziekten dan mannen.

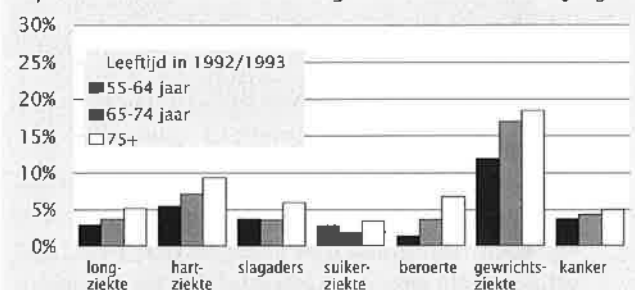
Figuur 1

Het percentage mannen en vrouwen dat tussen 1992/1993 en 1995/1996 een bepaalde chronische ziekte kreeg



Figuur 2

Het percentage mensen dat tussen 1992/1993 en 1995/1996 een bepaalde chronische ziekte kreeg in verschillende leeftijdsgroepen



In Figuur 2 laten we zien hoeveel procent van de mensen in drie verschillende leeftijdsgroepen een bepaalde ziekte heeft gekregen tussen 1992/1993 en 1995/1996. We hebben hierbij de leeftijd in 1992/1993 als uitgangspunt genomen, en iedereen ingedeeld in één van de volgende leeftijdsgroepen: 55 tot en met 64 jaar, 65 tot en met 74 jaar, 75 jaar en

ouder. Voor de meeste ziekten zijn de 'balkjes' hoger in de oudere leeftijdsgroepen. Dit is het geval voor hartziekten, ziekten van de slagaders, beroerte en gewrichtsziekten. Dat betekent dat mensen in de oudere leeftijdsgroepen die ziekten vaker kregen in de drie jaar tussen de interviews. Voor longziekten, suikerziekte en kanker is er geen duidelijk verschil tussen de drie leeftijdsgroepen. Dit betekent dat in elke leeftijdsgroep een ongeveer even groot deel van de mensen die ziekte kreeg in de periode van drie jaar.

Lichamelijk functioneren in 1992/1993 en 1995/1996

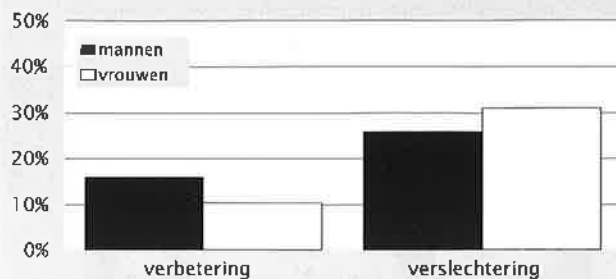
In deze Nieuwbrief willen we u ook wat meer vertellen over de invloed van de langdurige ziekten op het lichamelijk functioneren. We gebruiken hiervoor de vragen die in de interviews gesteld zijn over of u moeite had met traplopen, gebruik van eigen of openbaar vervoer en het knippen van de teennagels. Als mensen met geen enkele van deze drie activiteiten moeite hadden, zeggen we dat ze 'niet beperkt' zijn in hun lichamelijk functioneren. Mensen die wel moeite hadden met één of meer van deze activiteiten, noemen we 'beperkt'.

Als we de gegevens over lichamelijk functioneren uit 1992/1993 en 1995/1996 met elkaar vergelijken, kunnen we ook nagaan of mensen 'verbeterd' of 'verslechterd' zijn. 'Verbeterd' betekent dat iemand in 1992/1993 wel 'beperkt' was, maar in 1995/1996 niet. 'Verslechterd' betekent het omgekeerde: iemand was in 1992/1993 'niet beperkt', maar in 1995/1996 wel.

In Figuur 3 ziet u hoeveel procent van de mannen en de vrouwen verbeterd en hoeveel procent verslechterd is tussen 1992/1993 en 1995/1996. Verslechtering komt vaker voor dan verbetering. Er zijn ook verschillen tussen mannen en vrouwen. Bij mannen komt verbetering voor bij ruim 15%, bij vrouwen komt dit bij 10% voor. Verslechtering komt juist vaker voor bij vrouwen: 30% bij vrouwen en 25% bij mannen.

Figuur 3

Het percentage mannen en vrouwen dat tussen 1992/1993 en 1995/1996 verbeterde of verslechterde in lichamelijk functioneren



Als we kijken naar het optreden van verbetering en verslechtering in de verschillende leeftijdsgroepen (geen figuur), blijkt dat verslechtering vaker optreedt als mensen ouder zijn, en verbetering vooral als mensen jonger zijn.

Invloed van chronische ziekten op lichamelijk functioneren

Het is bekend dat chronische ziekten een belangrijke oorzaak kunnen zijn van lichamelijke beperkingen. We hebben gezien dat vrouwen vaker lichamelijke beperkingen hebben dan mannen. Dat kan ermee te maken hebben dat sommige chronische ziekten (zoals gewrichtsziekten) vaker bij vrouwen voorkomen dan bij mannen. Met de gegevens van de interviews in 1992/1993 en 1995/1996 hebben wij nagegaan wat de invloed van verschillende ziekten is op verslechtering en verbetering van het lichamelijk functioneren. We hebben hierbij vooral gelet op verschillen tussen mannen en vrouwen.

Bij mannen had verslechtering in lichamelijk functioneren vooral te maken met hartziekten en beroerte. Verbetering hing bij mannen niet samen met chronische ziekten. Bij vrouwen had verslechtering vooral te maken met suikerziekte en gewrichtsziekten. Verbetering kwam vaker voor bij vrouwen die kanker hadden (of dat vroeger hadden gehad), en bij vrouwen zonder suikerziekte of gewrichtsziekten.

Leeftijd had een sterke invloed op verbetering en verslechtering, zelfs als we rekening houden met de invloed van ziekten. Jongeren hebben een grotere kans op ver-

betering in lichamelijk functioneren dan ouderen. Voor verslechtering is dat juist andersom: ouderen hebben een grotere kans op verslechtering dan jongeren.

Wat betekent dit nu allemaal?

We hebben u in dit stukje iets laten zien over langdurige ziekten en lichamelijke beperkingen. Langdurige ziekten komen vaker voor als mensen ouder worden. Sommige van deze ziekten komen vaker voor bij mannen, andere juist bij vrouwen. Ook hebben deze ziekten invloed op veranderingen in het lichamelijk functioneren. In het LASA-team moeten we in de komen-

de jaren verder gaan uitzoeken wat dit allemaal precies betekent. Voor lichamelijk functioneren hebben we u veel meer vragen gesteld, en testjes laten doen (zoals het vijf keer opstaan uit een stoel), dan de drie vragen die we in dit stukje genoemd hebben. Over de chronische ziekten zijn ook veel meer vragen gesteld, bijvoorbeeld over de klachten die u van een bepaalde ziekte heeft. Als we ook die preciezere gegevens gaan gebruiken, hopen we meer te kunnen zeggen over waarom sommige mensen door een bepaalde ziekte wel lichamelijke beperkingen krijgen, en andere mensen, met dezelfde ziekte, niet.

Veranderingen in gezondheid en huishoudelijke activiteiten



CARLA VAN DEN HOMBERGH

Mensen willen graag zo lang mogelijk voor zichzelf blijven zorgen en niet afhankelijk zijn van hulp van anderen. Daar hoort

ook bij dat men zorg wil blijven dragen voor de eigen huishouding. Bijna alle ouderen die zelfstandig wonen blijken zelf of eventueel met hulp van hun partner de huishouding te doen. Uit ons onderzoek is al eerder gebleken dat sommige mensen meer huishoudelijk werk doen dan anderen. Vrouwen doen meer dan mannen, jongere ouderen doen meer dan oudere ouderen, alleenwonende ouderen doen meer dan ouderen die niet alleen wonen en ouderen met een betere gezondheid doen meer dan minder gezonde ouderen. Verder hebben wij gevonden dat meer gebruik wordt gemaakt van formele zorg (gezins-hulp of wijkverpleging) wanneer men lichamelijke beperkingen en/of een chronische ziekte heeft en wanneer men alleen woont. Dit was te verwachten, maar het is nu ook binnen LASA onderzocht.

Wat willen we nu weten?

Met behulp van LASA-gegevens uit 1992/1993 en 1995/1996 willen we inzicht krijgen in veranderingen die in drie jaar hebben plaatsgevonden. We verwachten dat bij een aantal deelnemers de gezondheid achteruit is gegaan. We veronderstellen dat dit gevolgen heeft voor hun mogelijkheden om voor zichzelf te zorgen, om zelfstandig te blijven. We denken dan ook dat wanneer zich gezondheidsproblemen voordoen, de eigen huishoudelijke activiteiten zullen afnemen en meer hulp van buitenaf nodig zal zijn. Dit is nog niet eerder onderzocht.

Onderzoek bij gezonde ouderen

Met de LASA-deelnemers is tweemaal een vraaggesprek gehouden, onder andere over hun gezondheid, hun huishoudelijke activiteiten en over de hulp bij huishoudelijke taken die men eventueel heeft ontvangen van bijvoorbeeld de partner, (schoon)kinderen, familie, burens kennissen en gezinsverzorging. Bij degenen die in 1992/1993 gezond waren, is nagegaan of

hun gezondheid veranderd is. Er is een vergelijking gemaakt tussen degenen die bij het tweede vraaggesprek nog steeds gezond waren en hen die dat niet meer waren.

Van de mensen die aan de beide vraaggesprekken hebben deelgenomen, waren er bij de eerste meting 989 gezond volgens onze definitie. Van hen gingen 330 mensen achteruit in gezondheid. Het ging om ongeveer evenveel vrouwen (168) als mannen (162). Deelnemers met een hoge leeftijd gingen vaker achteruit in gezondheid dan jongere deelnemers.

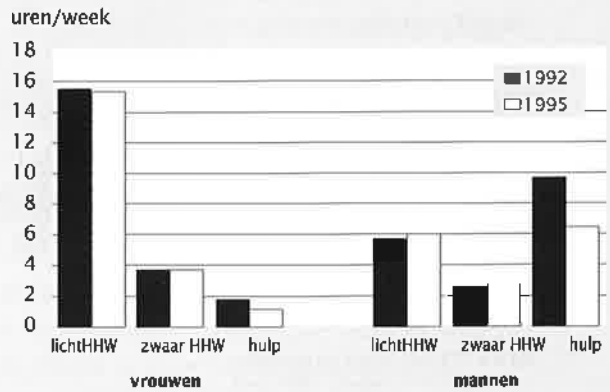
Degenen die gezond bleven

Bij de 303 vrouwen die gezond bleven traden geen veranderingen op tussen 1992 en 1995 in het verrichten van huishoudelijke activiteiten. Alle vrouwen deden zelf licht huishoudelijk werk; ongeveer 90% deed zelf zwaar huishoudelijk werk en ongeveer 30% ontving hulp hierbij. Uit figuur 1 blijkt dat ook het aantal uren dat men huishoudelijk actief was nagenoeg gelijk bleef (bijna 19 uur per week licht en zwaar huishoudelijk werk tezamen). Het aantal uren hulp dat deze vrouwen ontvingen bleef laag: 1 à 2 uur per week. Ook bij de 356 mannen die gezond bleven traden geen veranderingen op in het doen van huishoudelijke werk. Ruim 90% van deze mannen deed zelf licht huishoudelijk werk; ruim 80% verrichtte zelf zwaar huishoudelijk werk en ongeveer 40% ontving hulp hierbij. Het aantal uren dat deze mannen besteedden aan licht en zwaar huishoudelijk werk tezamen nam licht toe van ruim 8 uur per week tot bijna 9 uur per week. Opvallend was de daling in uren hulp die deze mannen ontvingen: van bijna 10 uur per week in 1992 naar ruim 6 uur per week in 1995 (zie figuur 1).

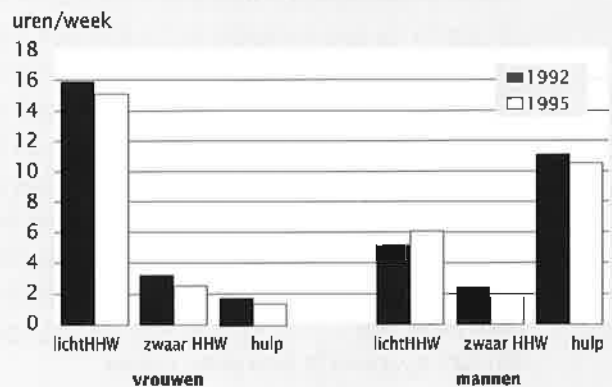
Degenen die niet gezond bleven

Van de 168 vrouwen die in gezondheid achteruit gingen deed bijna iedereen zelf licht huishoudelijk werk zowel in 1992 als in 1995. De deelname aan zwaar huishoudelijk werk nam af van 89% in 1992 tot 80% in 1995. Het percentage vrouwen dat

Figuur 1
Degenen die gezond bleven



Figuur 2
Degenen die niet gezond bleven



hulp ontving veranderde niet (ongeveer 40%). Het aantal uren dat deze vrouwen per week besteedden aan licht en zwaar huishoudelijk werk en het aantal uren per week dat zij hulp ontvingen bleef ongeveer gelijk voor 1992 en 1995 (zie figuur 2). Bij de 162 mannen die in gezondheid achteruit gingen traden geen veranderingen op in het verrichten van huishoudelijke activiteiten. Bijna 90% van deze mannen deed zelf licht huishoudelijk werk; ruim 70% verrichtte zelf zwaar huishoudelijk werk en ongeveer 55% ontving hulp hierbij. Het aantal uren dat deze mannen besteedden aan licht en zwaar huishoudelijk werk en het aantal uren per week dat zij hulp ontvingen bleef gelijk voor 1992 en 1995 (zie figuur 2).

Conclusies

Voor vrouwen die gezond bleven traden geen veranderingen op. Mannen die gezond bleven gingen meer uren per week besteden aan huishoudelijk werk en ont-

vingen minder hulp. Mogelijk heeft dit laatste te maken met het krijgen van meer tijd door pensionering of met het feit dat de partner niet (meer) in staat is deze taken te verrichten. Vrouwen die in gezondheid achteruit gingen bleken vooral

moeite te hebben met zwaar huishoudelijk werk. Ouderen blijken ongeveer evenveel tijd te besteden aan huishoudelijke activiteiten, ook al gaan ze in gezondheid achteruit. Zij doen nog zeer veel zelf aan hun huishouding.

Reactie Redactie Reactie Redactie Reactie Redactie

MARIËTTE WESTENDORP

Van deelnemers aan LASA "Gezond ouder worden" kreeg ik twee prachtige gedichten die ik graag met u wil delen:

*"Vindt u het leven een wonder?"
En steeds die verwondering om
de wondere wereld rondom
En daarin het wonder: de mens,
de mens die zich afvraagt: waarom.
EHB*

*"Definitie pijn"
Bij het opstaan 's morgens alleen
want er zijn geen armen om mij heen
Bij het zitten 's avonds alleen met pijn
enige gezelschap glaasje wijn
Bij het lopen op straat
er is niemand die tegen je praat
Ik heb ondraaglijke pijn in mijn hart
altijd pijn omdat ik hem mis mijn eigen
Bart.
CBK*

De kerstperiode is alweer een tijdje geleden. U heeft van Nel van de Kreeke en mij namens LASA een kerstkaart gekregen. Het was hartverwarmend hoeveel reacties wij daarop ontvangen hebben. Hiervoor willen wij u ook weer hartelijk bedanken. In Nieuwsbrief 6 heb ik u een overzicht gegeven van alle proefschriften die tot december 1996 waren afgerond. Deze keer krijgt u van alle onderzoekers die nu bezig zijn met een promotieonderzoek een kort verslagje over de inhoud van hun onderzoek. In volgende nieuwsbrieven wordt u op de hoogte gehouden van de vorderingen op de onderzoeksgebieden.



*Drs. Marja J. Aartsen,
socioloog*

Op 1 februari 1997 ben ik begonnen aan een onderzoek naar de invloed van sociale activiteiten op verstandelijke prestaties van ouderen. Het

probleem hierbij is echter dat we niet zeker weten wat de oorzaak is van dit verband (het bekende kip-en-ei probleem). We verwachten dat sociaal actief zijn de verstandelijke prestaties verbetert of tenminste op peil houdt. Maar misschien is het wel andersom: alleen mensen bij wie het geheugen goed functioneert blijven sociaal actief. Omdat we met een tussenpoos van drie jaar twee keer gevraagd hebben naar uw sociale activiteiten en twee keer uw verstandelijke vaardigheden zoals bijvoorbeeld het geheugen, hebben getest, kunnen we iets meer zeggen over de oorzaak van een achteruitgaand geheugen. Maar niet alleen geheugen kan veranderen, ook andere verstandelijke vaardigheden, zoals de snelheid waarmee informatie verwerkt wordt en het vermogen om nieuwe informatie eigen te maken. Ook daarover zijn in het interview vragen gesteld. In dit onderzoek wordt getracht te achterhalen welke aspecten van sociale activiteiten van invloed zijn op welke verstandelijke vaardigheden, en ook waarom dat zo is. Als we daarin meer inzicht krijgen zou een goed interventieprogramma voor ouderen kunnen worden opgesteld.



Drs. Miranda Dik, gezondheidswetenschapper

Miranda Dik is sinds 1 juli 1997 bezig met promotie-onderzoek bij LASA. De komende vier jaar wil zij de invloed van erfelijk-

heid op achteruitgang in verstandelijk vermogen bestuderen. Het is bekend dat erfelijkheid een rol speelt bij de ziekte van Alzheimer (dementie). Op dit moment is er nog geen goede therapie voor deze ziekte. Wanneer deze wel gevonden wordt, is het van groot belang dat voorspeld kan worden welke mensen een verhoogd risico lopen op de ziekte van Alzheimer. Daarom wil Miranda onderzoeken of men met behulp van gegevens over erfelijkheid, leeftijd en cognitieve achteruitgang kan voorspellen welke personen meer risico lopen. Daarna kan geprobeerd worden de ziekte uit te stellen of te vertragen.



Drs. France R.M. Portrait, econoom

Titel proefschrift: "De vraag naar zorgvoorzieningen voor ouderen". Het gebruik van zorgvoorzieningen door ouderen staat sedert een aantal

jaren sterk in de politieke belangstelling. Door het toenemende aantal ouderen wordt een tekort verwacht aan plaatsen in zorgvoorzieningen. Om de schaarse plaatsen zo goed mogelijk te verdelen, worden de toelatingscriteria steeds strenger. Deze criteria zijn voornamelijk gebaseerd op de lichamelijke toestand van ouderen terwijl de zorgbehoefte ook afhangt van bijvoorbeeld psychische of sociale omstandigheden. Dit proefschrift zal zich richten op het bestuderen van de determinanten van het gebruik van zorgvoorzieningen. Een beter inzicht in de ontwikkeling van de behoeften van ouderen zou de politiek in staat stellen het aanbod van zorg beter af te stemmen op de behoeften van ouderen en daardoor de leefsituatie van ouderen te verbeteren.



Drs. Saskia Pluijm, bewegingswetenschapper

Saskia Pluijm is sinds september 1996 bezig met een promotie-onderzoek binnen LASA. Zij onderzoekt welke mensen een

groot risico hebben om te vallen en een botbreuk op te lopen. Omdat het bekend is dat de kwaliteit van de botten een belangrijke factor is voor het krijgen van een breuk hebben we bij alle mensen van 65 jaar en ouder een botmeting gedaan. Een groot deel van deze mensen stuurt iedere drie maanden trouw een kalender op waarop ze invullen of ze gevallen zijn en of ze iets gebroken hebben. Deze kalenders worden door haar en Nel van de Kreeke gelezen en verwerkt. Als we weten welke mensen vaak vallen en welke mensen een grote kans hebben om iets te breken, kunnen we adviezen geven om dit te voorkomen, zoals bijvoorbeeld meer bewegen, andere medicijnen of speciale voeding.



Drs. Sandra W. Geerlings, psycholoog

Sandra Geerlings werkt vanaf 1 juni 1997 bij LASA. Zij doet promotie-onderzoek naar verschillende aspecten van depressie bij ouderen

in Nederland: het ontstaan, het beloop en de gevolgen. Het doel hiervan is om uiteindelijk depressies vaker te kunnen voorkomen en mensen die reeds depressief zijn beter te kunnen ondersteunen en behandelen. Ten behoeve van dit onderzoek is het belangrijk om verschillende zaken betreffende gezondheid en ziekte (o.a. depressie) veelvuldig en gedurende langere tijd bij mensen te meten. Vandaar dat er vanuit LASA om de vijf maanden vragenlijsten met ook vragen over depressie naar een grote groep mensen per post worden verzonden.

