

# Gezond ouder worden

Nieuwsbrief 9





Het gehele LASA onderzoeksteam wenst u goede en gezonde feestdagen en de beste wensen voor u en uw dierbaren in 2003!

#### **Colofon**

Teksten: Dorly Deeg, Cees Jonker, Sandra Geerlings, Miranda Dik, Linda Horn, Brigitte Bloem, Ellis Bierman, Maurice Guiaux, Marga Korporaal, Agnieszka Ederveen, Reen Halkema  
Eindredactie: Reen Halkema, Dorly Deeg  
Vormgeving: AVC VU/VUmc Christiane Nägele 14955  
Fotografie: AVC VU/VUmc: pagina 2: Daan van Eijndhoven, pagina 6: Yvonne Compier  
Drukwerk: Papyrus Diemen BV  
Uitgave: december 2002

## Ouder worden, een kwetsbaar succes

Samenvatting van de oratie van Prof.dr. D.J.H. Deeg  
Uitgesproken op 10 april 2002, Vrije Universiteit Amsterdam

De veroudering van onze bevolking is een succes dat voortvloeit uit de gestage stijging van ons welvaartsniveau, maar is slechts ten dele een success-story. De vanouds negatieve beeldvorming over ouderen is de laatste tien jaar overwegend positief geworden: ouderen worden steeds vaker afgeschilderd als vermogend, actief en gezond. Arme, kwetsbare of zorgbehoevende ouderen lijken niet meer voor te komen. "Succesvol ouder worden" is een dogma geworden, ook voor onderzoekers. Gemiddeld is de positieve beeldvorming misschien terecht, maar gemiddelden kunnen bedriegen. Deze oratie richt zich op verschillende kwetsbare groepen ouderen, zowel in lichamelijke als in sociale zin, en laat tegelijkertijd zien wat

de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) kan bijdragen aan een juist beeld van ouderen, hun dagelijks functioneren, hun problemen en hun behoeften.

Gegevens van LASA over de lichamelijke en geestelijke gezondheid en het gebruik van de gezondheidszorg brengen aan het licht dat veroudering van de bevolking leidt tot toename van gezondheidsproblemen en ziektenlast. Met het

ouder worden stijgt de kans op het krijgen van een chronische ziekte, zoals gewrichtsklachten of een hartziekte. Een eigenschap van een chronische ziekte is, dat geen herstel mogelijk is: men moet ermee leren leven. De noodzakelijke aanpassing aan een ziekte wordt moeilijker naarmate men meer ziekten en gebreken tegelijk heeft – en hierop is de kans juist groter naarmate men ouder is. Chronische ziekten gaan dus gepaard met behoefte aan zorg. Omdat de laatste decennia de medische zorg is verbeterd, kan men tegenwoordig met een chronische ziekte langer leven. Wèl wordt de periode met zorgbehoefte daardoor ook langer.

Er zijn verschillen in ziektenlast tussen groepen

ouderen. Zo zijn er verschillen tussen mannen en vrouwen: vrouwen krijgen minder vaak dan mannen acuut-dodelijke ziekten, en worden daardoor ouder met ziekten en gebreken. Ouderen met een lagere opleiding en een lager inkomen worden eerder chronisch ziek dan ouderen met een hogere opleiding en inkomen, en hebben bovendien een grotere kans om te overlijden. Ook invloeden tijdens de levensloop (bijvoorbeeld het hebben doorgemaakt van de Hongerwinter) bepalen de ziektenlast op oudere leeftijd. Extra kwetsbare groepen ouderen zijn degenen met een laag inkomen en alleenstaanden – in beide gevallen veelal de oudste ouderen en vrouwen.



Toekomstig onderzoek zou aandacht moeten besteden aan de invloed van de levensloop op de huidige gezondheid van ouderen. Ook zou in toekomstig onderzoek methoden moeten worden gebruikt die de verscheidenheid in de oudere bevolking zichtbaar maakt, omdat statistische gemiddelden geen informatie geven over kwetsbare groepen. Deze methoden kunnen worden gevonden op de grens van kwantitatief en kwalitatief onderzoek.

Eenzijdig benadrukken van de positieve aspecten van de veroudering werkt in de hand dat:

- 1) de aandacht wordt afgeleid van de reeds aanzienlijke sterfte onder de jongere ouderen,
- 2) structureel-kwetsbare groepen worden genegeerd.

Te veel nadruk op "succesvol ouder worden" kan leiden tot eenzijdig onderzoek, beleid dat is gebaseerd op te optimistische vooronderstellingen, en uiteindelijk uitholling van de zorg- en dienstverlening aan ouderen.

Een valide ouderenbeleid zou gestoeld moeten zijn op een juist beeld van de verschillende groepen kwetsbare ouderen.

# Alzheimer: ziekte of veroudering?

Samenvatting van de oratie van Prof.dr C. Jonker  
uitgesproken op 29 mei 2002, Vrije Universiteit Amsterdam

Een ziekte is een cluster van bij elkaar behorende ziekteverschijnselen ('symptomen') met een specifieke oorzaak, in veel gevallen ook een therapie. Maar hoe zit dat met de ziekte van Alzheimer? Hoe komt het dat er nog altijd geen afdoende therapie is voor die aandoening? Terecht kan men zich dan afvragen of er een specifieke oorzaak aan de ziekte van Alzheimer ten grondslag ligt. Immers, als een ziekte geen specifieke oorzaak heeft, is het niet mogelijk om een geneesmiddel tegen die ziekte te ontwikkelen.

Zoals ieder weet is de ziekte van Alzheimer de belangrijkste oorzaak van dementie. De ziekte van Alzheimer is vernoemd naar Alois Alzheimer, een zenuwarts die begin 1900 onderzoek deed naar oorzaken van dementie. Daartoe onderzocht hij na de dood de hersenen van patiënten die in zijn kliniek aan verwardheid, vergeetachtigheid of dementie waren overleden. Zo werd in 1903 een nog jonge vrouw van 53 jaar op zijn afdeling opgenomen met verschijnselen van vergeetachtigheid. Drie jaar later overleed ze onder het beeld van een ernstige dementie. Alzheimer, geïnteresseerd in de oorzaak van deze vroegtijdige dementie, onderzocht na haar overlijden de hersenen en vond dezelfde afwijkingen die hij al meermalen had gevonden bij oude mensen met een dementie: plaques: eiwitneerslagen, en tangles: gedegenererde zenuwcellen. Omdat hij niet eerder op zo'n jonge leeftijd dergelijke afwijkingen in de hersenen had waargenomen, publiceerde hij over deze casus in de vakliteratuur. Zijn leermeester prof. Kraepelin - een in die tijd gezaghebbend psychiater - vond deze bevinding zozeer de moeite waard dat hij besloot voortaan te spreken van 'de ziekte van Alzheimer' in alle gevallen van een dementie op jonge leeftijd met deze hersenafwijkingen. In feite was toen de ziekte van Alzheimer geboren, maar voorlopig als zeldzame aandoening, omdat dementie (gelukkig!) zelden op jonge leeftijd, dwz voor het 60e jaar voorkomt. Pas in 1976 is men deze term ('ziekte van Alzheimer') ook gaan gebruiken voor het merendeel van de dementiën op latere leeftijd. Is er nu ook daadwerkelijk sprake van een ziekte? Een van de meest karakteristieke kenmerken van de



ziekte van Alzheimer is de relatie met de leeftijd. Hoe ouder, des te meer kans op de ziekte. 30%-40% van de ouderen van 85 jaar en ouder lijdt aan de ziekte van Alzheimer, terwijl dat percentage tussen 60-70 jaar slechts 5% bedraagt. Dat suggereert op z'n minst dat veroudering een rol speelt bij het ontstaan van de ziekte van Alzheimer. Een tweede belangrijke waarneming is dat diezelfde plaques en tangles die kenmerkend zijn voor de ziekte van Alzheimer ook voorkomen bij niet-demente ouderen. Weliswaar is

de intensiteit van dergelijke afwijkingen dan geringer, maar de eiwitneerslagen en de gedegenererde zenuwcellen zijn precies hetzelfde als bij Alzheimer patiënten. De ziekte van Alzheimer heeft dus kennelijk niet zo'n specifieke oorzaak als werd gedacht!

Maar, zult u vragen, als vrijwel alle ouderen vroeg of laat die afwijkingen in de hersenen ontwikkelen, waarom wordt de één dan dement en de ander niet. Je kunt die vraag ook anders formuleren. De ontwikke-

ling van plaques en tangles gaat bij de één sneller dan bij de ander. Een belangrijke vraag is dus welke factoren de snelheid bepalen waarmee dergelijke afwijkingen ontwikkeld worden. Op dat gebied heeft LASA de laatste jaren onderzoek gedaan. Niet door primair naar de hersenafwijkingen te kijken, maar naar ouderen met lichte vergeetachtigheid. Sommige van hen zijn na zes jaar ernstig vergeetachtig en dement geworden, anderen zijn na zes jaar nauwelijks achteruitgegaan en kunnen nog steeds zelfstandig functioneren. Het spreekt voor zich dat dergelijk onderzoek belangrijk is: immers, als duidelijk is welke factoren de achteruitgang van het geheugen versnellen, dan kan er ook een therapie ontwikkeld worden, of preventieve maatregelen worden genomen om de achteruitgang tegen te gaan. Welnu, wij vonden dat bij een bepaalde erfelijke belasting - als iemand drager is van apolipoproteïne E4 - de kans op versnelde achteruitgang van het geheugen i.c. de ziekte van Alzheimer, groter is dan wanneer iemand niet erfelijk belast is. Ook ouderen die op latere leeftijd voor het eerst depressief worden, hebben een grotere kans op achteruitgang van het geheugen dan ouderen die niet aan

depressiviteit lijden. Maar we vonden ook een 'positieve' factor: ouderen die in hun jonge jaren veel aan sportieve activiteiten hadden gedaan, hadden weer minder kans op de ziekte van Alzheimer dan de niet-sporters. Waarom dit alleen voor mannen gold is nog niet duidelijk. Dat zullen we zeker verder onderzoeken.

Is de ziekte van Alzheimer nu een ziekte of beter aan te duiden als een versnelde vorm van veroudering? De huidige opvatting is dat Alzheimer nauw verweven is met het proces van veroudering. Factoren die de ontwikkeling van plaques en tangels versnellen hangen tendele samen met erfelijke factoren van het

verouderingsproces, tendele met lichamelijke ziekten. Zo is inmiddels bekend dat een langdurig onbehandelde hoge bloeddruk de kans op Alzheimer vergroot. Er zijn dus veel diverse factoren die bijdragen aan het ontstaan van de ziekte van Alzheimer. De kans dat Alzheimer met één geneesmiddel kan worden behandeld is daarom niet groot. Juist omdat er een vloeiende overgang bestaat tussen normale vergeetachtigheid en Alzheimer, lijkt het meer voor de hand te liggen dat er t.z.t. preventieve therapieën op de markt komen om het proces van achteruitgang in een zo vroeg mogelijk stadium af te remmen of te stoppen.

## The Age of Depression.

### Samenvatting proefschrift Sandra Geerlings

A follow-up study on depression and physical health in older adults in the community. (Een longitudinale studie naar depressie en lichamelijke gezondheid bij ouderen in de algemene bevolking.)  
Promotiedatum: 30 oktober 2002

Uit onderzoek is gebleken dat 15 procent van de oudere bevolking aan depressie lijdt. In het licht van de toenemende vergrijzing en met het oog op preventie en behandeling is het noodzakelijk om kennis te vergaren over het beloop van depressie en zowel determinanten als gevolgen hiervan. Deze aspecten heeft Sandra Geerlings, in het kader van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), onderzocht. Het unieke van de studie is dat depressie bij een grote groep ouderen frequent over een langere periode is gemeten.

In de studie werden relatief veel nieuwe gevallen van depressie gesignaleerd; 27 procent van de aanvankelijk niet depressieve ouderen, ontwikkelde een depressie in een periode van drie jaar. Ruim de helft van deze ouderen herstelde binnen korte tijd. Bij



de ouderen die reeds depressief waren bij de eerste waarneming werd een veel somberder beloop waargenomen; herstel trad slechts in 29 procent van de gevallen op.

Een slechte lichamelijke gezondheid (o.a. chronische ziekten en lichamelijke beperkingen) bevordert depressie: ouderen met lichamelijke gezondheidsproblemen bleken een verhoogd risico te hebben om depressief te worden. Daarnaast bleken problemen met de lichamelijke gezondheid een spoedig herstel te belemmeren. Depressie heeft op haar beurt ook een negatief effect op de lichamelijke gezondheid. Langdurig depressieve ouderen bleken zelfs een verhoogde kans te hebben om vroegtijdig te overlijden.

De bevindingen van deze studie benadrukken het belang van vroegtijdige onderkenning, diagnostiek en behandeling van depressie, met name wanneer deze gepaard gaat met lichamelijke gezondheidsproblemen.

# Cognitive decline in older persons. Contribution of genetics, health, and lifestyle.

## Samenvatting proefschrift Miranda Dik

(Cognitieve achteruitgang bij ouderen. De bijdrage van genetica, gezondheid en leefstijl.)  
Promotiedatum: 6 november 2002

Cognitieve achteruitgang, dat wil zeggen achteruitgang van intellectuele functies, komt veel voor bij ouderen, en heeft vaak grote invloed op het welbevinden van ouderen en hun omgeving. Wanneer de achteruitgang ernstige vormen aanneemt, kan die leiden tot dementie. Er is nog geen therapie beschikbaar, maar interventie op meerdere factoren vroeg in het proces van cognitieve achteruitgang zou deze kunnen vertragen en dementie kunnen uitstellen.

Miranda Dik heeft risicofactoren voor cognitieve achteruitgang bij ouderen onderzocht in het LASA onderzoek. Zij heeft de gegevens gebruikt van respondenten die gedurende 6 jaar zijn gevolgd en verschillende cognitieve testen hebben gedaan, waaronder testen voor geheugen (15 Woordentest) en informatieverwerkingssnelheid (Codeertaak).



Haar onderzoek wijst uit dat het gen apolipoproteïne E4 (apoE4), de groeifactor Insulin-like Growth Factor I (IGF-I) (beiden in het bloed gemeten) en een beroerte

risicofactoren zijn voor cognitieve achteruitgang bij ouderen.

Lichamelijke activiteit op jonge leeftijd kan cognitieve achteruitgang bij ouderen mogelijk uitstellen. Ouderen die cognitief normaal functioneren maar klagen over hun geheugen, lopen verhoogd risico op cognitieve achteruitgang in de daaropvolgende jaren.

IGF-I, vaatfactoren en lichamelijke activiteit op jonge leeftijd zijn modificeerbare factoren.

Maatregelen gericht op deze factoren zouden preventie van cognitieve achteruitgang kunnen bevorderen. Factoren zoals

geheugenklachten en ApoE4 kunnen tezamen gebruikt worden voor vroege opsporing van ouderen met een verhoogd risico op cognitieve achteruitgang.

## Het verspreiden van LASA-kennis

### Linda Horn

Het LASA-team verzamelt gegevens over het verouderingsproces van mensen vanaf 55 jaar in Nederland. Dat is bekend. De eerste meting (onderzoek onder alle respondenten) vond tien jaar geleden plaats. Daarna zijn twee nieuwe metingen georganiseerd en nu is de vierde gaande. Duizenden mensen zijn onderzocht, getest, opgemeten en bevroegd, met tussenpozen van drie jaar. Tienduizenden gegevens (data) zijn verzameld en verwerkt per computer. Daarmee zijn de wetenschappelijk onderzoekers van LASA aan de slag gegaan. Zij analyseren de data en hun onderlinge samenhang om meer te weten te komen over het ontstaan van ziekten en beperkingen. Ze willen verklaren; risico's voorspellen en de kansen op verouderingsproblemen berekenen; ze willen weten welke zorgbehoeften ouderen hebben en hoe

ouderen zelf met (on)gezondheid omgaan. Dat alles is noodzakelijk voor het verbeteren van de zorg en de zelfstandigheid van ouderen.

Hoewel er nog heel veel vragen te beantwoorden zijn, vinden de onderzoekers steeds nieuwe puzzelstukjes en groeit hun inzicht. Dat moet er toe leiden dat tijdig maatregelen genomen kunnen worden om de gezondheid van ouderen te bevorderen en te behouden.

### Speciale aandacht voor kennisverspreiding

Er is een lange weg af te leggen vanaf het moment dat LASA - bijvoorbeeld - het bloed van een paar duizend Nederlandse ouderen afneemt en het moment dat de onderzoeker mogelijk samenhang ontdekt tussen een afwijking in het bloed en

bepaalde klachten of ziekten. Het duurt nog véél langer voordat die samenhang verklaard kan worden en voordat er middelen zijn om die ziekte tegen te gaan of af te remmen. Daar komt bij dat LASA natuurlijk niet alleen naar het bloed kijkt. Zoals elke respondent weet, gaat het om allerlei aspecten in het leven van ouderen en de samenhang daartussen. Dit levert een grote hoeveelheid informatie op en dat maakt LASA heel ingewikkeld, maar ook heel waardevol.

Het LASA-onderzoek is succesvol, maar er is pas sprake van een hoogtepunt als de resultaten toegepast worden in de praktijk en helpen om het leven van ouderen te vergemakkelijken. De vraag is dus hoe die nieuwe inzichten "ter overname" kunnen worden aangeboden. Omdat de resultaten heel verschillend zijn, moet daarvoor elke keer een andere route worden gezocht, maar er zijn wel wat algemene uitspraken over te doen.

Sommige onderzoeksinzichten leiden tot nieuw onderzoek, andere tot beleidsmaatregelen of tot een vorm van gebruik in de praktijk van de gezondheidszorg. Voor het zover is dat onderzoeksinzichten tot verbeteringen van de zorg leiden, zijn heel veel werkzaamheden nodig van mensen die verstand hebben van toepassingen in de praktijk. Dat zijn onderzoekers meestal niet zelf, daarvoor zijn anderen nodig die interventies bedenken op basis van onderzoeksresultaten en de bijbehorende maatregelen nemen om de situatie te verbeteren. Zoals chemici die medicijnen ontwikkelen en testen in laboratoria of technici die hulpmiddelen maken in gespecialiseerde ateliers. De kwaliteit en de effectiviteit van de interventies moeten worden onderzocht en als ze werken, is het belangrijk te achterhalen waarom ze werken.

Uiteraard moeten de professionals (zoals artsen, verpleegkundigen en andere hulpverleners) kennis kunnen nemen van nieuwe interventiemethoden. Ze hebben toegankelijke informatie nodig om precies te weten waar het om gaat. Ze moeten overtuigd worden van het nut en wanneer ze besluiten met de nieuwe werkwijze te willen starten, is soms training nodig van opleiders die 'gebruiksaanwijzingen' in elkaar zetten en instructie geven over nieuwe bevindingen en toepassingen. Als het zover is dat onderzoeksresultaten daadwerkelijk in praktijk worden gebracht, moeten uiteraard ook de ouderen of patiënten zelf worden voorgelicht.

## Ter overname aangeboden

Vaak is het niet verstandig om te 'wachten' op resultaten, maar al tijdens de onderzoeksperiode contact te zoeken met 'de praktijk'. Als de praktijkmensen erbij betrokken worden, kunnen zij in een vroeg stadium kennis nemen van het onderzoek, commentaar geven en de eigen ervaring inbrengen.

Dat is nuttig voor de onderzoekers. Als er vervolgens toepasbare resultaten uit het onderzoek komen, zullen die sneller in gebruik genomen worden. Dat is belangrijk voor de praktijk.

Om uitwisseling en samenwerking tussen onderzoek, beleid en praktijk (gezondheidszorg, welzijnssector) te bevorderen is LASA twee jaar geleden extra aandacht gaan besteden aan het overdragen en delen van kennis, naast de vele presentaties en andere activiteiten die de onderzoekers al ondernemen. Inmiddels zijn diverse grote en kleine projecten ontstaan, altijd in samenwerking met

'praktijkorganisaties'. Sommige zijn al een tijd aan de gang; andere zijn in voorbereiding. Die projecten gaan over allerlei onderwerpen waarover LASA kennis verzameld heeft. Een paar voorbeelden:

- Opsporen en bestrijden van eenzaamheid bij ouderen (o.a. met NIZW, welzijnswerk ouderen, GG&GD's en lokale overheden).
- Voorspellen van de kans om te vallen en het bespreken van een checklist waarmee snel kan worden bekeken of iemand tot een risicogroep behoort (o.a. met collega's van de Universiteit van Maastricht, huisartsen, GG&GD-Nederland en Consument & Veiligheid).
- Verspreiden van de kennis over depressie en angst bij ouderen om dat in een vroeg stadium te kunnen vaststellen en goede behandelmethoden aan te bieden (overleg met partners is gaande).
- Aanbieden van goede zorg (in een zeer vroeg stadium) aan mensen met geheugenklachten en dementie (o.a. met NIZW, Prismant, Arcares en andere organisaties)
- Verstrekken van beleidsinformatie aan het Ministerie en aan instellingen die Nederlandse statistieken bijhouden (Sociaal Cultureel Planbureau, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne e.a.).



Zo leren steeds meer instellingen en personen LASA kennen en maken ze – op uiteenlopende manieren - gebruik van de enorme hoeveelheid gegevens die in

de loop der jaren verzameld zijn. En daar is het allemaal om begonnen.

## Reactie Redactie

### Reen Halkema

In juni 2000 heeft u de laatste nieuwsbrief ontvangen. In de twee jaar erna zijn er weer vele interviews bij u thuis afgenomen en heeft u vragenlijsten ingevuld en opgestuurd. Voor al uw tijd en inspanning bedanken wij u hartelijk!

Het LASA-team heeft een belangrijke verandering ondergaan. **MARIËTTE WESTENDORP** is sinds 1



september 2002 met pensioen. Mariëtte is vanaf het eerste uur bij het LASA-team werkzaam geweest en heeft met haar enthousiasme en grote inzet vele harten veroverd. Uit welingelichte bronnen hebben we inmiddels vernomen dat

Mariëtte geniet van

dit nieuwe begin. We wensen haar een succesvolle pensionering toe! Haar werk als veldwerkcoördinator is inmiddels overgenomen door Reen Halkema. Het LASA-team is in de loop van de tijd weer versterkt met nieuwe assistenten in opleiding, die energiek bezig zijn met hun promotieonderzoek. Hieronder volgt van hen een foto en een korte samenvatting van hun onderzoeksgebied. Linda Horn heeft voor deze nieuwsbrief zogenaamde "oneliners" verzameld, kort samengevatte uitspraken uit het LASA onderzoek en gepubliceerde artikelen. In de vragenlijsten ben ik naar aanleiding van het invullen van de lijsten, op de volgende opmerkelijke uitspraken van respondenten gestuit:

*"Met wat minder vragen had het ook wel gekund"*

Dhr.G. te Zwolle

*"Niet zoveel domme vragen stellen"*

Mevr. B. te Zwolle

*"Verder maak ik LASA een compliment over hun werkwijze. Het komt voor mij bijzonder goed over. In de meeste dingen kan ik mij uitstekend vinden. Ik hoop dat deze opzet mensen kan helpen met hun ouder worden"*

Hr. L. te Amsterdam

*"Het gaat natuurlijk wel eens niet helemaal meer zoals 40 jaar terug, zowel in als buiten het huishouden. Maar dat schuiven wij lachend naar onze leeftijd (wij zijn 73 en 70 jaar oud). Zolang je er maar over kan lachen en dat moet je zien vol te houden dan kun je je humeur goed bewaren. Ik wens u veel succes met het onderzoek, dan heeft de volgende generatie er hopelijk wat aan"*

Mevr. B. te Amsterdam

De betreffende respondenten hebben toestemming gegeven om hun uitspraken in deze nieuwsbrief te zetten.

Tenslotte wens ik u namens het hele LASA team goede en gezonde feestdagen toe!

Mijn naam is **BRIGITTE BLOEM**. Ik ben eind september afgestudeerd aan de universiteit van Leiden als psycholoog. Aansluitend ben ik begonnen als AIO op de afdeling Sociologie en Sociale



Gerontologie. Het onderzoek dat ik uitvoer richt zich op verhuizingen door ouderen en de gevolgen daarvan voor de sociale netwerken. De opzet is in totaal vier artikelen over dit onderwerp te schrijven. In het eerste onderzoek

wordt gekeken of ingrijpende gebeurtenissen in de levensloop van ouderen aanleiding geven tot een verhuizing. Gedacht kan worden aan, bijvoorbeeld, pensionering bij 'jonge' ouderen. In Amerika verhuizen veel welgestelde ouderen na hun pensionering naar Florida, daar is veel onderzoek naar gedaan. Sommige Nederlanders vertrekken naar Drente, ook wel 'drentenieren' genoemd, omdat de omgeving daar mooier is of omdat men ruimer wil wonen. Een andere aanleiding voor een verhuizing kan zijn, wanneer een laatste kind het ouderlijk huis verlaat. De ouders, die achterblijven, kunnen hun huis als te groot ervaren en besluiten naar een



appartement te verhuizen. Dit kan ook gebeuren als anticipatie op te verwachten gezondheidsproblemen. Naarmate mensen ouderen worden, vindt een verhuizing op minder vrijwillige basis plaats. Na een pensionering kiest men voor een mooiere omgeving, maar wanneer op oudere leeftijd ernstige gezondheidsproblemen ontstaan, zit er soms niets anders op dan naar een verpleeghuis te verhuizen. Het eerste onderzoek richt zich op levensgebeurtenissen, omdat dit in Nederland nog nauwelijks in kaart is gebracht; de overige artikelen gaan meer over de gevolgen van verhuizingen voor de sociale netwerken. Helaas valt er over de resultaten van het eerste onderzoek weinig te zeggen, het artikel is voorlopig nog volop 'werk in uitvoering'.



Mijn naam is **ELLIS BIERMAN**. Ik werk sinds september 2001 voor LASA. Ik ben begonnen met het assisteren bij de veldwerkactiviteiten. Later ben ik zelf ook de medische en aanvullende interviews gaan doen.

Na mijn afstuderen als klinisch psycholoog, ben ik, per 15 augustus 2002, begonnen aan mijn promotie onderzoek. Het onderzoek waar ik mij de komende vier jaar mee bezig ga houden is een onderzoek naar de effecten van angststoornissen op het cognitief functioneren. Ongeveer 10% van de ouderen heeft een angststoornis en ongeveer 15% heeft een depressieve stemming. Vaak komen angst en depressie samen voor, onderzoek toonde aan dat bijna de helft van de ouderen met de depressie tevens een angststoornis heeft. Uit divers onderzoek is gebleken dat er bij ouderen een verband bestaat tussen depressie en cognitieve achteruitgang. Er is nog weinig bekend over het effect van angst op cognitieve achteruitgang bij ouderen, onderzoek op dit gebied is schaars. Studies die het verband tussen depressie en cognitieve achteruitgang onderzochten, hebben geen rekening gehouden met een mogelijke co-morbiditeit met angst.

De achterliggende verklaring voor een mogelijke verband tussen angst of gemengd angst/depressie en cognitieve achteruitgang zou kunnen berusten op de *glucocorticoid cascade (Sapolsky) hypothese*. Samengevat komt deze hypothese er op neer dat langdurige blootstelling aan stress gepaard gaat met hoge spiegels glucocorticoiden, deze zouden een

toxisch effect kunnen hebben op bepaalde hersenstructuren, met name de hippocampus. De hippocampus speelt een belangrijke rol bij de geheugenfunctie.

Bij dit onderzoek zal ik voor een deel gebruik maken van de LASA-data. Daarnaast zal ik op zoek gaan naar een groep ouderen met een beginnende dementie die ik voor drie jaar zal volgen wat betreft cognitief functioneren.

**DRS. MAURICE GUIAUX**, sociaal gerontoloog. Begin januari 2002 ben ik begonnen aan een promotieonderzoek naar samenhangen in ontwikkelingen in persoonlijke netwerken en in eenzaamheid bij ouderen die optreden na verzuivering. Het verlies van de partner is een ernstige gebeurtenis, na het verlies van de partner blijft de ander achter en neemt eenzaamheid over het algemeen toe. Daarnaast wordt aangenomen dat in het persoonlijke netwerk als gevolg van het verlies van de partner grote veranderingen optreden. Dit netwerk, dat bestaat uit die mensen waarmee iemand een belangrijk en regelmatig contact heeft, is een belangrijke bron van steun en zou eenzaamheid tegengaan. Als gevolg van de verzuivering kunnen relaties in het netwerk verloren gaan, hetzij omdat contact voornamelijk via de partner liep, dan wel dat het contact niet meer de gewenste opbrengsten

oplevert en verbroken wordt. Aan de andere kant kunnen ook weer contacten aangehaald worden of zelfs geheel nieuwe relaties in het netwerk komen, bijvoorbeeld een familielid dat vaker langskomt bij de verzuivde of een goede buur die steun biedt. Genoemde



veranderingen hoeven echter niet perse samen te hangen met de verzuivering, het persoonlijk netwerk is een dynamisch netwerk dat voortdurend kan veranderen. Eerste doel van dit onderzoek is te achterhalen welke veranderingen in het persoonlijk leven van ouderen samenhangen met verzuivering en welke veranderingen de min of meer 'normale' veranderingen zijn. Ten tweede beoogt dit onderzoek te achterhalen hoe de veranderingen na verzuivering in het persoonlijk netwerk samenhangen met veranderingen in eenzaamheid. In hoeverre veranderingen in bepaalde type relaties, familie, vrienden of burensamengaan met veranderingen in

eenzaamheid. En tenslotte zal er getracht worden te achterhalen of bepaalde ouderen meer hinder ondervinden van gevonden samenhangen dan andere ouderen. Bijvoorbeeld sekse, opleiding en persoonlijkheid zouden een rol kunnen spelen, maar ook de grootte van het netwerk of het soort netwerk.



**MARGA KORPORAAL** is sinds januari 2002 bezig met een promotieonderzoek binnen LASA. Zij onderzoekt de uitwisseling van steun binnen (echt)paren. Het geven en ontvangen van steun is een belangrijk kenmerk van de

partnerrelatie. De behoefte aan steun en de mogelijkheden om steun te geven zullen worden beïnvloed door veranderingen die samenhangen met het ouder worden. Voor het ouder wordende (echt)paar zullen gebeurtenissen en veranderingen zoals bijvoorbeeld pensionering, uit huis gaan van de kinderen, verlies van ouders, optreden van ziekte of beperkingen bij een of beide partners, krijgen van kleinkinderen, verhuizing, etc. de uitwisseling van steun beïnvloeden. In het onderzoek zal worden gekeken naar de verschillen tussen oudere paren in het geven en ontvangen van steun. Bovendien zal worden onderzocht in hoeverre de steunuitwisseling verandert over de tijd en bij wie bepaalde veranderingen optreden. Tevens zullen de oorzaken en gevolgen van de steunuitwisseling voor

persoonlijke relaties, gezondheid en welbevinden worden onderzocht.

Mijn naam is **AGNIESZKA EDERVEEN**. Ik ben werkzaam als psychiater bij GGZ Buitenamstel, lokatie Valeriuskliniek en tevens als part-time onderzoeker bij LASA. Sinds een jaar doe ik onderzoek naar de samenhang tussen sociale steun, depressie en angststoornissen bij ouderen. Mijn begeleiders zijn Aartjan Beekman, Marjolein Broese van Groenou, Dorly Deeg en Willem van Tilburg. Ik hoop raakvlakken van de psychiatrie, epidemiologie en sociologie te kunnen verkennen en op het theoretische, methodologische vlak en toepassingsniveau verdere integratie van de bestaande kennis op het gebied van mijn onderzoek te bewerkstelligen. Door mijn werk als psychiater word ik gestimuleerd kritisch te kijken naar de klinische relevantie van de onderzoeksbevindingen. Sociale steun is in de praktijk een toegankelijk en aanvaardbaar doel van zowel preventieve als therapeutische interventies. Ik hoop dat mijn



onderzoek helpt om de sociale context van depressie en angststoornissen beter te begrijpen en de basis kan vormen voor concrete aanbevelingen ten aanzien van beleid en behandeling van deze psychiatrische stoornissen in de oudere bevolking.

10

## One-liners

verzameld door Linda Horn

- Bij aanvang van het LASA-onderzoek was nog weinig bekend over depressie en angst bij ouderen. Depressieonderzoek leert dat bijna 15% van alle ouderendepressieve klachten heeft. Toch wordt dat vaak niet onderkend. Veel van de mensen met depressieve symptomen hebben geen behandeling (terwijl die heel goed mogelijk is) of krijgen slaap- en kalmeringsmiddelen voorgeschreven en geen anti-depressiva.
- Angstonderzoek leert dat ruim 10% van de ouderen lijdt aan angststoornissen en dat die een grote invloed hebben op hun functioneren. Toch wordt vaak geen adequate behandeling geboden.
- Er is een duidelijke samenhang tussen depressie en bepaalde lichamelijke ziekten: lichamelijk zieke ouderen hebben een grotere kans om depressief te worden of te blijven.
- Lichaamsbeweging draagt bij aan mobiliteit en zelfredzaamheid van ouderen. Ouderen die geen sportieve activiteiten rapporteren, hebben bovendien een groter risico op depressie.
- Longziekten, hartziekten en beroerte komen vaker voor bij mannen dan bij vrouwen, terwijl

gewrichtsaandoeningen vaker bij vrouwen dan bij mannen voorkomen. De kans op achteruitgang in het lichamelijk functioneren is groter voor vrouwen dan voor mannen. Omdat vrouwen gemiddeld ouder worden, heeft dat ingrijpende gevolgen voor hun welzijn: zij leven langer met meer beperkingen.

- Geheugenklachten horen tot op zekere hoogte bij ouder worden, maar kunnen zeker ook wijzen op versnelde cognitieve achteruitgang. Sommige mensen die herhaaldelijk klagen over hun geheugen, blijken helemaal niet achteruit te gaan, maar zijn vaak lichamelijk of psychisch ongezond. Dat vereist dus speciale aandacht van de klinische praktijk of advies van een geheugenpoli.
- Ouderen zijn heel goed in staat hun eigen netwerken te onderhouden en zelfs te vernieuwen. Dat geldt ook voor mensen met beperkingen. Maar wanneer mensen ernstig cognitief achteruitgaan en bijvoorbeeld gaan dementeren, slinkt het netwerk vaak snel en komt bijna alle mantelzorg voor rekening van partner en kinderen.
- Tot op hoge leeftijd is sprake van ongelijkheid in gezondheid tussen (groepen) ouderen. Vooral alleenstaande oude vrouwen met een gering inkomen en mensen die hun hele leven weinig inkomen en scholing hebben gehad (lage "sociaal-economische status"), zijn ongezonder.
- Toename van functiebeperkingen gaat echter samen met een toename in zorggebruik, ongeacht sociaal-economische status. Het lijkt er dus op dat alle ouderen de zorg krijgen die hen toekomt. Van sociale ongelijkheid in zorggebruik is nog weinig sprake.
- Per jaar vallen tienduizenden ouderen op straat, in de tram of in huis. Elk jaar breken 15.000 ouderen een heup. Dat is ernstig, omdat slecht eenderde van hen helemaal geneest. LASA onderzoekt waarom mensen vallen en hoe dat het beste voorkomen kan worden: er zijn risicoprofielen gemaakt, waarmee hulpverleners de kans om te vallen kunnen bepalen.

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