

# Gezond ouder worden

Nieuwsbrief 11

VU medisch centrum



vrije Universiteit

amsterdam





Fijne feestdagen!

#### Colofon

Eindredactie: Marleen van der Horst, Dorly Deeg en Carla Baarspul  
Vormgeving: A. Arapovic - AVC VU/VUmc  
Drukwerk: Papyrus Diemen  
Illustraties: [www.carlabaarspul.nl](http://www.carlabaarspul.nl)  
Uitgave: december 2004

## Redactie

Het LASA onderzoek startte in 1992 met interviews en metingen. Dit onderzoek wordt om de 3 jaar herhaald, en zou normaal gesproken weer in september 2004 gestart zijn. Echter, in 2002/2003 is de groep respondenten uitgebreid met 1000 nieuwe respondenten, in de leeftijd van 55 tot 65 jaar. Hierdoor werd besloten om het grote interview een jaar uit te stellen en in plaats hiervan in 2004 een schriftelijke tussenmeting te doen bij de al langer bestaande groep respondenten. Degenen die hieraan hebben meegewerkt willen wij graag hartelijk bedanken.

Volgend jaar, vanaf september 2005, zal er dus weer een groot interview worden gehouden, onder alle deelnemers.

Deze nieuwsbrief bevat een aantal interessante bijdragen van LASA-medewerkers, waarbij de thema's 'zorg' en 'inkomen' zijn. Linda Horn schrijft een stukje over wat LASA met al die

gegevens doet. Martine Puts wil weten wat u als oudere onder kwaliteit van leven verstaat. Wat betreft de LASA-teamleden:

Er zijn twee nieuwe medewerkers bijgekomen: Laura Schaap als onderzoekster, die zich in deze nieuwsbrief in het kort aan u zal voorstellen, en Carla Baarspul als onderzoeksassistente. Verder zijn er dit jaar twee medewerkers gepromoveerd: Marianne Klinkenberg en Isabella Bisschop, waarover u ook iets kunt lezen. Evenals over de toespraak die Paul Lips een maand geleden hield bij zijn benoeming tot hoogleraar.

Wij hopen dat u deze nieuwsbrief met plezier zult lezen en wensen u allen heel fijne feestdagen toe en een goed 2005!

*Carla Baarspul, Dorly Deeg  
en Marleen van der Horst*

3

## Wat doet LASA toch met al die gegevens?

In deze nieuwsbrief is een heleboel geschreven over resultaten van het onderzoek. Lang niet alle resultaten zijn aan bod gekomen, want die passen niet op een paar pagina's. LASA houdt zich immers bezig met heel veel verschillende aspecten van veroudering, zoals de werking van het geheugen, de lichamelijke en de geestelijke gezondheid, de manier waarop ouderen hun leven inrichten, hun woonwensen en de soorten zorg die ze gebruiken. Alle ouderen die aan het onderzoek meedoen, krijgen hele reeksen vragen voorgelegd. Als

al die vragenlijsten en de medische onderzoeken 'uit elkaar gerafeld' zouden worden, dan blijkt dat het LASA-onderzoek uit meer dan tienduizend elementen bestaat. LASA wil bovendien weten hoe al die aspecten elkaar beïnvloeden, hoe mensen in de loop der tijd veranderen en waardoor die veranderingen te verklaren zijn. De diverse uitkomsten van het onderzoek worden op allerlei manieren met elkaar in verband gebracht en vergeleken. Zo ontstaat steeds meer inzicht in verouderingsprocessen.

### Informatie voor het beleid

LASA communiceert niet alleen met onderzoekers. Elk stapje in het onderzoek levert een beetje kennis op en het is érg belangrijk om telkens goed te bekijken of die kennis misschien te gebruiken is, ook al weten we nog lang niet 'alles'. Dat gebeurt ook. Elk jaar geeft LASA informatie aan het Ministerie van VWS, bijvoorbeeld over zorgbehoeften en zorggebruik, waarmee het beleid van de

overheid wordt onderbouwd. Ook grote landelijke onderzoeksinstituten die de gezondheid en het welzijn van de bevolking in de gaten houden, maken gebruik van gegevens van LASA.

Verder wil LASA samenwerken met alle steden en dorpen waar ouderen wonen die aan het onderzoek meedoen. Dit jaar is een onderzoeksproject gedaan met de gemeente Zwolle, waar

alle ouderenorganisaties bij betrokken waren. Op 8 december zijn de resultaten aangeboden aan wethouder Hagedoorn, op een discussie-

middag waarop uiteraard ook ouderen aanwezig waren en waarop gesproken is over het Zwolse ouderenbeleid voor de nabije toekomst.

## **Informatie voor de hulpverlening en voor de ouderen zelf**

LASA onderhoudt ook vele contacten met hulpverleningsinstellingen en beroepsorganisaties om zoveel mogelijk kennis over te brengen en ten dienste te maken van ouderen. Ouder worden gaat gepaard met toename van problemen, maar een deel van die problemen zijn aan te pakken en daar zijn allerlei speciale activiteiten op gericht. Twee voorbeelden:

- In de eerste plaats weten we dat veel ouderen depressie- en angstklachten hebben, soms verweven met eenzaamheid en een afnemende lichamelijke gezondheid. Als artsen goed kijken naar de klachten, kunnen zij zien of sprake is van een depressie. Als die wordt vastgesteld, kan vaak een behandeling worden gegeven, waardoor ouderen zich stukken beter gaan voelen. Anne Margriet Pot (zie elders in dit nummer) is een van de onderzoekers die hard werkt aan het opsporen en behandelen van dergelijke klachten bij ouderen in verpleeghuizen.

- Een tweede voorbeeld is de valpreventie. Veel ouderen vallen en naarmate mensen ouder worden, neemt de kans op een botbreuk of op ander letsel toe. Veel LASA-respondenten zullen zich de 'valkalender' herinneren en de balanstestjes. Dankzij hen weten we nu veel meer over de factoren die te maken hebben met vallen. Paul Lips (die ook in deze nieuwsbrief schrijft) is een van de onderzoekers die veel heeft gedaan aan het berekenen van de kans om te vallen. Inmiddels zijn tamelijk eenvoudige lijstjes ontwikkeld, waardoor die valkans kan worden vastgesteld. Als bekend is welke ouderen wankel zijn, en welke factoren voor hen gevaarlijk zijn, kan ook iets worden gedaan om valpartijen te voorkomen. Voor de internetgebruikers is het leuk om te weten dat LASA/VU Medisch Centrum en de Stichting Consument en Veiligheid samen een website hebben gemaakt met heel veel informatie over vallen en valpreventie:  
[www.kennisnetwerkvalpreventie.nl](http://www.kennisnetwerkvalpreventie.nl)

Tot slot, om het niet té lang te maken: LASA geeft heel veel onderwijs en organiseert elk jaar – samen met het CVO, het Centrum voor Verouderingsonderzoek van de VU en het VUmc – een groot congres. Ook dat is allemaal bedoeld om kennis over te dragen en te delen. Op 3 december dit jaar is een congres gehouden over "ontoereikende zorg aan ouderen". LASA wilde de politiek daarmee duidelijk maken dat steeds meer ouderen moeite hebben om voldoende betaalbare zorg te krijgen. Over de onderwerpen die daar aan de orde kwamen schrijven ook Sandra Geerlings, Marjolein Broese van Groenou, Geraldine Visser en Marianne Klinkenberg.

*Linda Horn  
functionaris communicatie en marketing*

*Mocht u vragen hebben of eens iemand willen uitnodigen om bij u in de buurt of bij de ouderenbond te komen praten, dan kunt u contact opnemen. [L.Horn@vumc.nl](mailto:L.Horn@vumc.nl)  
020 4449335 (4446770)*



## Wie krijgt de hulp die hij of zij nodig heeft ?

Veel ouderen hebben problemen met hun gezondheid en zijn niet meer in staat om zelf bepaalde dagelijkse taken te verrichten. Deze ouderen hebben bijvoorbeeld hulp nodig bij het schoonhouden van het huis, het doen van boodschappen of bij het aan- en uitkleden. Als de oudere samenwoont met een partner of kinderen, dan zijn zij degenen die dit soort hulp als eerste leveren. Degenen die alleen wonen krijgen vaak hulp van kinderen die in de buurt wonen en soms van burens of goede vrienden. Als er geen familie of bekenden in staat zijn om hulp te geven, of als de hulp voor langere tijd nodig is, dan kan men gebruik maken van professionele voorzieningen zoals tafeltje dekje, de thuiszorg of, op den duur, een verzorgingshuis of verpleeghuis. De overheid zorgt voor een heel scala aan voorzieningen op het gebied van zorg en welzijn. Deze instellingen zijn natuurlijk afhankelijk van de financiële middelen die de overheid ter beschikking stelt en van de regels die de overheid oplegt voor het gebruik ervan. Zo hebben recentelijk de instellingen voor de thuiszorg de eigen bijdrage voor huishoudelijke hulp verhoogd en is het in de afgelopen tien jaar veel moeilijker geworden om in een verzorgingstehuis te worden opgenomen. In het LASA-onderzoek gaan we na of de veranderingen in het beleid gevolgen hebben voor de ouderen die zorg nodig hebben. Als het goed is, krijgt immers iedereen de zorg die hij of zij nodig heeft. Problemen met de gezondheid en de beperkingen in het uitvoeren van dagelijkse taken, zouden de belangrijkste redenen moeten zijn om professionele hulp te krijgen. Maar zo eenvoudig ligt het toch niet helemaal. Professionele hulp is duur en daarom niet zomaar te krijgen. Uit het onderzoek blijkt dat er een aantal situaties zijn waarin ouderen gebruik zullen maken van professionele thuiszorg:

- de oudere heeft langdurige of complexe hulp nodig, die partner, kinderen en burens niet kunnen geven.
- de oudere heeft geen partner of kinderen in de buurt en weinig persoonlijke contacten.
- de oudere heeft weinig financiële middelen



en kan geen zorg via een particuliere instelling kopen, en

- de oudere is er niet aan gewend zelf de weg te zoeken in het complexe zorgsysteem en wacht liever op de thuiszorg dan er zelf op uit te moeten gaan.

Nu is er een groep ouderen aan te wijzen voor wie alle vier de situaties opgaan. Deze ouderen zijn extra kwetsbaar: zij hebben grote gezondheidsproblemen, wonen alleen, staan er financieel slecht voor en zijn niet bij machte om zelf zorg te gaan regelen. Deze groep heeft vooral de aandacht van de professionele zorg nodig, en krijgt dat voor een deel ook wel. Maar nu ook de thuiszorg dunderd wordt en de overheid steeds meer verwacht dat men zelf zijn eigen zorgvoorzieningen gaat regelen, wordt het juist voor deze kwetsbare groep ouderen steeds moeilijker om de zorg te krijgen waar zij recht op heeft.

*Dr. Marjolein Broese van Groenou*

## Veranderingen in zorggebruik en inkomen

Volgens de eerste LASA meting (in 1992/93) werd de zorg door de ondervraagden als volgt gebruikt:

- 47% geen zorg
- 25% mantelzorg (meestal van de partner)
- 10% thuiszorg
- 13% particuliere zorg
- 4% institutionele zorg (in een verpleeghuis of verzorgingshuis)

Na deze meting is, met tussenpozen van drie jaar, telkens opnieuw het zorggebruik vastgesteld, zodat veranderingen hierin konden worden bestudeerd. Vanwege de toenemende vergrijzing en de economische achteruitgang is er momenteel veel politieke en maatschappelijke commotie rondom het thema zorg. Er vinden veel ingrijpende wijzigingen in het zorgstelsel plaats. Om in de toekomst de juiste zorg te kunnen aanbieden is het belangrijk om te weten welke factoren het zorggebruik voorspellen. Het ligt voor de hand hierbij te denken aan een slechte lichamelijke en/of

6

geestelijke gezondheid. Dit zou immers betekenen dat de zorg terecht komt bij die ouderen die het ook echt nodig hebben. Maar andere factoren zoals de aanwezigheid van een partner, de mate van stedelijkheid en inkomen spelen ook een rol. Uit de LASA gegevens blijkt dat ouderen die particuliere zorg gaan gebruiken vaak een hoger inkomen (evenals een hogere opleiding) hebben. De gezondheid speelt bij deze vorm van zorg een ondergeschikte rol. Aangezien particuliere zorg van oudsher veelal uit eigen zak moet worden betaald is de rol van inkomen niet geheel verwonderlijk. Echter, met de in-

voering van de persoonsgebonden budgetten (eind vorige eeuw) is het sinds kort mogelijk geworden om ook met overheidsgelden (AWBZ-gelden) particuliere zorg in te kopen. In de toekomst is dan ook te verwachten dat particuliere zorg ook toegankelijker zal worden voor ouderen met een lager inkomen. In LASA waren het met name de ouderen met een slechte lichamelijke gezondheid die mantelzorg, thuiszorg of institutionele zorg gingen gebruiken. Deze vormen van zorg (die grotendeels uit de AWBZ worden betaald) komen dus terecht bij die ouderen die het op grond van hun gezondheid nodig hebben. Het is echter niet onwaarschijnlijk dat door de recente verhoging van de eigen bijdrage ouderen met een minimum inkomen mogelijk buiten de boot zullen vallen. Dit zal de toekomst moeten uitwijzen!

*Dr. Sandra W. Geerlings*



## Veranderingen in zorggebruik en depressieve klachten

Als je lichamelijk en geestelijk achteruitgaat, kan er een moment komen waarop je professionele zorg nodig hebt. Denk bijvoorbeeld aan hulp van de thuiszorg, of veel ingrijpende, aan opname in een verzorgings- of verpleeghuis. Is het eigenlijk wel altijd prettig om zorg te krijgen of zit er ook een andere kant aan de medaille?

Uit onderzoek met LASA gegevens blijkt dat depressieve klachten bij ouderen toenemen als zij starten met thuiszorg. Ook bij ouderen die worden opgenomen in een verzorgings- of verpleeghuis nemen de depressieve klachten toe. Bij ouderen die stoppen met het gebruik van professionele hulp, nemen de depressieve klachten niet af.

Het is nieuw om aandacht te schenken aan mogelijke nadelige gevolgen van zorggebruik door ouderen. Er zijn verschillende redenen om hier onderzoek naar te doen. Zorggebruik kan gepaard gaan met stress, bijvoorbeeld omdat er steeds verschillende hulpen komen of omdat de afgesproken hulp wegblijft. Ook kan zorggebruik het vertrouwen in eigen kunnen van degene die de hulp nodig heeft ondermijnen, omdat er bijvoorbeeld te veel of juist te weinig hulp wordt geboden.

*Dr. Anne Margriet Pot*



## Mantelzorg binnen de familie

Zorgbehoevende ouderen hebben vaak meer dan een mantelzorger om zich heen. Na de partner nemen volwassen kinderen vaak het grootste deel van de mantelzorg voor hun rekening.

In LASA wordt onderzoek gedaan naar hoe volwassen kinderen de zorg voor hun hulpbehoevende ouder met elkaar delen. Het onderzoek richt zich met name op hoe de zorgtaken verdeeld worden en wat bijdraagt aan de zorgbelasting die kinderen ervaren. Uit de resultaten blijkt dat kinderen die zorg verlenen bij het wassen, aankleden en andere persoonlijke verzorging, zich zwaarder belast voelen dan kinderen die alleen huishoudelijke hulp verlenen. Veel kinderen delen de zorg voor hun ouder met hun broers en zussen. Hoe meer een kind doet, hoe groter de kans dat anderen ook wat doen. De samenwerking tussen kinderen levert hierbij een goed vangnet, dat de individuele belasting vermindert en de inzet van formele zorg voorkomt. Verder blijkt uit het onderzoek dat ouderen die zorg van hun kinderen verwachten, deze zorg ook vaker krijgen. Echter wanneer ouderen hoge verwachtingen hebben van de zorg van hun kinderen, kunnen zij ook eerder teleurgesteld worden en zich vaker eenzaam voelen, ondanks het feit dat zij wel zorg van hun kinderen ontvangen. Zowel de situatie van de hulpbehoevende oudere als die van de kinderen beïnvloeden

de uiteindelijke invulling en verdeling van de mantelzorg. Er kan een spanningsveld ontstaan tussen afhankelijkheid en onafhankelijkheid bij zowel degene die de zorg ontvangt als degene die de zorg geeft. Voor alle betrokkenen zouden zowel de positieve als de negatieve kanten van de zorgverlening aandacht moeten krijgen.

*Drs. Suzan van der Pas*



## De behoeften van mantelzorgers in de laatste levensfase

Mantelzorg is de extra hulp en zorg die mensen vrijwillig en onbetaald verlenen aan personen in hun familie of sociale netwerk die lichamelijke, verstandelijke of psychische beperkingen hebben. Mantelzorgers die zorgen voor een stervend familielid krijgen temaken met een zware zorglast en complexe zorgtaken. Ze zijn niet alleen met huishoudelijke taken druk in de weer, maar doen ook vaak persoonlijke of zelfs verpleegkundige zorgtaken. De zorglast is in de terminale fase vaak zo zwaar dat professionele hulp ingeschakeld moet worden in de thuissituatie, zodat de mantelzorg volgehouden kan worden. Als deze hulp niet kan worden verkregen, dreigt overbelasting. Dat kan betekenen dat de patiënt opgenomen moet worden in een ziekenhuis of verpleeghuis. Het kan ook betekenen dat een werkende mantelzorger (tijdelijk) moet stoppen met haar/zijn baan.

8 Mantelzorgers zijn zelf vaak belangrijke zorgmijders. Ze zien zichzelf niet als zorgvrager en ze stellen het inschakelen van professionele hulp zo lang mogelijk uit. Ze



willen het liefste zelf voor hun dierbare zorgen of de patiënt wil geen vreemden over de vloer. Wat mantelzorgers nodig hebben om de zorg vol te houden, is:

- Informatie: over ziekte en prognose, maar ook over waar zij zelf ondersteuning kunnen krijgen (professionele zorg/ vrijwilligers). Huisartsen, verpleegkundigen en medisch specialisten zijn belangrijk in het verstrekken van die informatie

- Praktische steun: bij zware huishoudelijke of persoonlijke taken, maar ook tijdelijke overname van de zorg om even op adem te kunnen komen en andere dingen te kunnen doen (ook wel respijtzorg of vervangende mantelzorg)

- Emotionele steun: mantelzorgers kampen met diverse gevoelens van angst, schuld, onzekerheid, verdriet en rouw. Om de zorg vol te kunnen houden in die complexe terminale fase zijn mensen uit het sociale netwerk belangrijk voor emotionele steun.

- Rol/identiteit: omdat mantelzorgers zichzelf vaak niet zien in de rol van zorgvrager is het belangrijk dat professionele zorgverleners, zoals huisartsen en thuiszorgmedewerkers hen al in een vroeg stadium erop wijzen dat het niet erg is om ondersteuning bij de zorg te vragen en dat dat zelfs verstandig is, omdat ze het dan langer kunnen volhouden.

Waar kunnen mantelzorgers onder andere terecht:

- Steunpunt mantelzorg bij u in de buurt te vinden op [www.mantelzorg.nl](http://www.mantelzorg.nl)
- LOT, vereniging van mantelzorgers, [www.demantelzorger.nl](http://www.demantelzorger.nl), met onder andere een telefonische Mantelzorglijn 0900-2020496
- VTZ, vrijwilligers Terminale Zorg, [www.vtz-nederland.nl](http://www.vtz-nederland.nl)

*Drs. Geraldine Visser-Jansen*

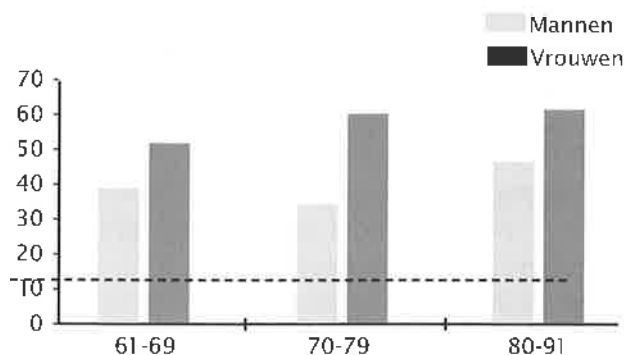
*Voor vragen kunt u contact met mij opnemen: [g.visser@fsw.vu.nl](mailto:g.visser@fsw.vu.nl) of [g.visser@nizw.nl](mailto:g.visser@nizw.nl)  
tel. 030 - 230 6673 (alleen di. en woe.)*



## Inkomenspositie alleenstaande ouderen onderbelicht

In Nederland is de financiële situatie van ouderen lang niet zo gunstig als vaak wordt gedacht. De kans dat men alleen komt te staan wordt groter naarmate men ouder wordt. Vooral voor vrouwen is deze kans groot. Uit LASA-gegevens blijkt dat boven het tachtigste

levensjaar ruim vier op de vijf vrouwen alleen wonen, tegen ongeveer één op de twee mannen. Dit komt doordat de meeste vrouwen getrouwd zijn met een oudere man, en mannen ook nog eens gemiddeld op jongere leeftijd sterven dan vrouwen.



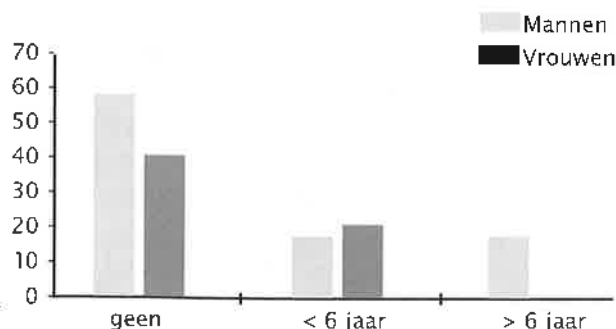
**Figuur 1.** *Inkomen beneden het minimum: percentages oudere alleenstaande mannen en vrouwen naar leeftijd.*

*De horizontale lijn geeft het percentage minimum-inkomens aan in de totale oudere bevolking (niet-alleenstaanden en alleenstaanden).*

Alleenstaanden hebben over het algemeen minder inkomen dan hun samenwonende leeftijdsgenoten. Nemen we als criterium het minimuminkomen, met de volgende definitie: AOW + €100, dan kunnen we iemand "arm" noemen als zij of hij minder inkomsten heeft dan dit minimum. In 1998 kwam dat neer op inkomsten van € 800 per maand of minder. In de totale bevolking van 65+ is dan één op de vier ouderen arm (figuur 1, de zwarte horizontale lijn). Dat is een grote groep, vooral in een welvarend land als het onze. Voor een deel komt dit doordat nog vele ouderen niet-waardevastepensioenen hebben. Bovendien vragen veel ouderen hun rechtmatige pensioen niet op.

Anderen, vooral vrouwen, hebben geen enkel recht op een pensioen. Uit de LASA-gegevens blijkt dan ook dat van de alleenstaande oudere vrouwen ruim de helft volgens onze definitie arm is (figuur 1). Het deel van de alleenstaande vrouwen boven de 80 jaar dat een minimuminkomen of minder heeft is zelfs tweederde, en boven die leeftijd is ook bijna de helft van de alleenstaande mannen arm.

Uit gegevens van LASA over de periode 1993 tot 1999, blijkt verder dat van de alleenstaande vrouwen één op de drie al zes jaar lang over minder dan het minimuminkomen kon beschikken. We kunnen dit betitelen als "chronische armoede" (figuur 2).



**Figuur 2.** *Recente (<6 jaar) en chronische (>6 jaar) armoede: Percentage bij oudere alleenstaande mannen en vrouwen.*



Daarnaast is ongeveer één op de vier alleenstaande vrouwen in de loop van zes jaar onder het minimuminkomen gekomen. Hen zou je de "recente armen" kunnen noemen. Bij alleenstaande mannen komen recente zowel als chronische armoede bij één op de vijf voor.

Bij alle verhalen in de media over succesvolle ouderen, is het goed om zich er rekenschap van te geven dat vooral veel alleenstaanden de eindjes nauwelijks aan elkaar kunnen knopen.

*Prof.dr. Dorly Deeg*

## **Wat vinden ouderen belangrijk voor een goede kwaliteit van leven?**

10 Mijn onderzoek gaat over frailty oftewel kwetsbaarheid. Frailty bij ouderen is een toestand waarbij de oudere een hoog risico loopt op negatieve aspecten als vallen, hulpbehoevendheid, opname in een verzorgings- of verpleeghuis en overlijden. Bij frailty heeft de oudere op meerdere gebieden tegelijk problemen: lichamelijk, bijv. het hebben van chronische ziekten en psychologisch, bijv. het hebben van een depressie. Hierdoor kan een negatieve spiraal ontstaan die leidt tot opname in een verpleeghuis.

Op dit moment ben ik bezig met een kwalitatief onderzoek, een onderzoek met open vragen naar de kwaliteit van leven, gezondheid, kwetsbaarheid en succesvol ouder worden en wat ouderen zelf belangrijk vinden voor een goede kwaliteit van leven. Er wordt een hoop geschreven over kwaliteit van leven bij ouderen maar er wordt zelden aan de oudere zelf gevraagd wat zij ervan vinden. Voor dit onderzoek ga ik op bezoek bij de ouderen in de regio Amsterdam en omstreken. In dit interview kan men vertellen wat hij/zij belangrijk vindt voor een goede kwaliteit van leven en hoe dit wel of niet is veranderd met het ouder

worden. Het gesprek gaat ook over wat de ouderen vinden dat je zelf kunt doen om een goede kwaliteit van leven te behouden tijdens het ouder worden en wanneer je kwetsbaar wordt als oudere. Tot slot hoe je ervoor kunt zorgen dat je succesvol ouder wordt. De interviews duren tot ongeveer maart 2005.

*Drs. Martine Puts*



## Verlies van spierkracht en spiermassa

Sinds 1 januari 2004 ben ik werkzaam als promovendus bij LASA en doe ik onderzoek naar sarcopenie. Sarcopenie is de afname van spierkracht en spiermassa, wat het risico op beperkt lichamelijk functioneren vergroot. Het is nog erg onduidelijk waarom deze afname van spierkracht en spiermassa optreedt. Het kan zijn dat er sprake is van een ziekte, maar ook gezonde ouderen verliezen spierkracht en spiermassa. Op dit moment ben ik aan het onderzoeken of er bepaalde stoffen, zoals ontstekingsfactoren, in het bloed betrokken zijn bij sarcopenie. Ontstekingsfactoren zijn stoffen die bij mensen normaal gesproken in lage concentraties in het bloed voorkomen en alleen in hoge concentratie voorkomen wanneer mensen ziek zijn. Bij veel oudere mensen zijn de concentraties van deze ontstekingsfactoren echter altijd een beetje verhoogd, ook als ze niet ziek zijn. Het kan zijn dat deze stoffen betrokken zijn bij sarcopenie. Verder ga ik ook onderzoek doen naar de invloed van geslachtshormonen op de daling van spierkracht en spiermassa. De concentratie van geslachtshormonen (testosteron en oestrogeen) in het bloed daalt bij het ouder worden. Bij vrouwen is dit heel plotseling wanneer ze in de overgang komen, bij mannen is er een heel geleidelijke daling. Het is mogelijk dat deze

daling van geslachtshormonen ervoor zorgt dat de spierkracht en spiermassa afnemen. Wanneer we meer weten over het mechanisme van sarcopenie, kunnen we beter voorspellen welke mensen een verhoogd risico op sarcopenie hebben. Deze mensen kunnen dan tijdig behandeld worden met bijvoorbeeld bepaalde medicijnen of veranderingen in leefstijl, waardoor sarcopenie voorkomen kan worden.

*Drs. Laura Schaap*



11

## Welbevinden chronisch zieke ouderen kan verbeterd

Hoe langer zieke ouderen leven, hoe groter de kans op achteruitgang. Omdat chronische ziekten niet te genezen zijn, vormen ze een serieuze bedreiging voor de autonomie en het welbevinden van ouderen. De beperking in het functioneren wordt echter heel verschillend ervaren. Sociale steun en persoonlijke eigenschappen spelen een (beschermende) rol in de relatie tussen chronische ziekte en functioneren. Dit bleek uit onderzoek naar de effecten van sociale steun en persoonlijke eigenschappen op het emotioneel en lichamelijk

functioneren van ouderen met verschillende chronische ziekten. Het onderzoek heeft aangetoond dat sociale steun en persoonlijke eigenschappen (zelfvertrouwen) een gunstig effect hebben op lichamelijk functioneren en op depressie bij chronisch zieke ouderen. Ook wanneer sprake is van meerdere chronische ziekten zijn "buffer-effecten" (beschermende effecten) gevonden. Investeren in (het versterken van) sociale netwerken en bepaalde persoonlijke eigenschappen zal de kwaliteit van het leven van veel chronisch zieke ouderen

dus aanmerkelijk kunnen verbeteren. Een groter sociaal netwerk heeft positieve invloed op lichamelijk functioneren wanneer sprake is van meerdere chronische ziekten. Bij verschillende specifieke ziekten is een verschil in beschermende werking van persoonlijke eigenschappen gevonden. De mate waarin iemand het gevoel heeft controle over zijn/haar situatie te hebben (beheersingsoriëntatie) heeft een bufferende (beschermende) werking op achteruitgang bij mensen met beroerte, diabetes mellitus, vaatlijden en gewrichtsaandoeningen. Het vertrouwen in de eigen competentie heeft een bufferfunctie bij mensen met beroerte en gewrichtsaandoeningen, en zelfvertrouwen vooral bij mensen met beroerte en diabetes mellitus.

Chronische ziekten kunnen ook een nadelige invloed hebben op het emotioneel functioneren (depressie). Met name mensen met CARA, gewrichtsaandoeningen, hartaandoeningen, beroerte en kanker hebben meer depressieve symptomen dan de andere respondenten.

12

Wat betreft de effecten op depressieve symptomen: samenleven met een partner,

zelfvertrouwen en minder gevoelens van eenzaamheid werken beschermend tegen de negatieve invloed van sommige, maar niet alle, specifieke chronische ziekten.

*Dr. Isabella Bisschop promoveerde op 17 maart 2004.*



## De laatste levensfase

Zorgverleners moeten investeren in de communicatie met ouderen en hun naasten. Omdat ouderen vaak cognitieve problemen hebben en/of niet meer goed kunnen horen of zien, is dat een hele opgave. Daarbij komt dat praten over de naderende dood sowieso niet makkelijk is voor veel zorgverleners. Dit is een van de conclusies van het onderzoek van Marianne Klinkenberg naar de laatste levensfase van ouderen: gezondheid, wensen en zorg.

Voor het onderzoek zijn interviews afgenomen bij 270 naasten van ouderen die tussen 1995 en 1998 waren overleden. Het betrof ouderen (tussen de 59 en 91 jaar bij overlijden) die deelnamen aan de LASA studie. De onderzoeker wilde weten hoe de lichamelijke en geestelijke achteruitgang van de overledene in de laatste drie maanden was verlopen, welke wensen er bestonden ten aanzien van

de zorg en behandeling en welke zorg er geboden was. De ouderen hadden vaak diverse chronische aandoeningen. Het bleek dat achteruitgang op 4 manieren kon verlopen:

- Ouderen die tot drie maanden voor het overlijden niet of matig beperkt waren maar daarna sterk achteruit gingen (terminale achteruitgang) (27%).
- Ouderen die al langere tijd voor het overlijden erg beperkt waren in hun functioneren en dit ook bleven tot aan het overlijden (langdurig functioneel beperkt) (30%).
- Ouderen die tijdens het laatste LASA interview nog zo goed als onafhankelijk waren maar drie maanden voor het overlijden zeer beperkt waren geworden in hun activiteiten en dat bleven tot overlijden (geleidelijke achteruitgang) (25%).
- Ouderen die tot op drie dagen voor het overlijden niet of nauwelijks beperkt waren

in hun dagelijkse activiteiten (geen achteruitgang) (18%).

In de laatste week voor overlijden was bij 83 % sprake van vermoeidheid en bij ongeveer 50% van pijn en/of benauwdheid. Andere symptomen die genoemd werden, waren verwardheid (36%), angst (31%), depressie (28%) en misselijkheid/braken (25%). Het maakte hierbij niet uit of de ouderen thuis of in een instelling verbleven. De meeste ouderen overlijden niet thuis, hoewel verondersteld wordt dat zij dat meestal wel willen. Ongeveer 1/3 overlijdt thuis, 1/3 in een verpleeg- of verzorgingshuis en 1/3 in het ziekenhuis. De helft van de groep werd in de laatste drie maanden minstens één maal overgeplaatst; hiervan overleed 60% in het ziekenhuis. De kans om thuis te overlijden lijkt groter wanneer zowel formele (professionele thuiszorg) als informele zorg (familie, vrienden) beschikbaar is. Informele zorg of mantelzorg wordt op grote schaal geboden. Primaire zorgverleners zijn meestal de partners (meestal vrouwen). Zij zijn, in vergelijking met dochters of zonen die helpen, op (hoge) leeftijd, hebben meer kans op gezondheidsproblemen, krijgen gemiddeld minder hulp van informele en formele hulpverleners en hebben vaker een lager inkomen. Het is dus van groot belang de steun aan mantelzorgers uit te breiden om verzorging thuis en thuis overlijden voor meer mensen mogelijk te maken.

Wensen van ouderen ten aanzien van de medische behandeling rond het levenseinde bleken bij de naasten in heel veel gevallen

niet bekend. Slechts een op de zeven overledenen had een schriftelijke wilsverklaring opgesteld en/of schriftelijk iemand aangewezen die beslissingen voor hen moest nemen voor het geval zij dat zelf niet meer zouden kunnen.

Grootschalige informatiecampagnes, gecombineerd met adviezen van huisartsen en verpleeghuisartsen kunnen er misschien voor gaan zorgen dat patiënten en familieleden in gaan zien dat het belangrijk is om tijdig wensen en mogelijkheden te bespreken.

*Dr. Marianne Klinkenberg promoveerde op 6 februari 2004.*



13

## **Te weinig bot of te weinig mineraal?**

Te weinig bot ofwel osteoporose, is vaak de oorzaak van botbreuken van heup, pols of wervels boven de leeftijd van 50 jaar. Een botbreuk op deze leeftijd is een belangrijk signaal dat er sprake kan zijn van osteoporose. Oorzaken van osteoporose zijn erfelijke aanleg, hormonale veranderingen, tekort aan bepaalde voedingsstoffen, en gebrek aan beweging. Het niet bewegen van een bot na een breuk veroorzaakt

botverlies en kan de aanleiding vormen voor een nieuwe botbreuk. Mechanische belasting van het skelet stimuleert de botvorming. Hierbij is een hoge piekbelasting (gewichtsdragende activiteit) effectiever dan duurbelasting (fietsen, zwemmen). Er zijn goede medicamenten voor osteoporose beschikbaar, maar de doelmatigheid van diagnostiek en behandeling kan worden verbeterd.

Een te laag mineraalgehalte van het bot wordt veroorzaakt door vitamine D-gebrek en leidt in ernstige vorm tot Engelse ziekte: rachitis bij kinderen en osteomalacie bij volwassenen. Engelse ziekte kan ook botbreuken veroorzaken en gaat gepaard met spierzwakte. Vitamine D-gebrek kan door een reactie van het lichaam bestaande osteoporose verergeren. Vitamine D wordt onder invloed van ultraviolette stralen van de zon gevormd in de huid. Dit gebeurt alleen tussen april en september, bij een hoge zonnestand. Op oudere leeftijd wordt minder vitamine D gevormd dan bij jongeren, en bij een donkere huid is de vitamine D-productie veel kleiner. Uit gegevens van de LASA studie blijkt dat de vitamine D-behoefte groter is dan tot nu toe werd aangenomen. De meeste voedingsmiddelen bevatten weinig vitamine D met uitzondering van margarine, waaraan het is toegevoegd, en vette vis. Risicogroepen voor vitamine D-gebrek zijn aan huis gebonden ouderen, verzorgings- en verpleeghuisbewoners en allochtonen.

14 Vitamine D-gebrek kan eenvoudig worden voorkomen of behandeld met tabletten, maar vitamine D wordt sinds 1 januari 2004 niet meer vergoed. Toevoeging van vitamine D aan melk en melkproducten is aan te bevelen maar gebeurt nog niet in Nederland.

De meeste botbreuken ontstaan door een val en 15 % van de 65-plussers valt tweemaal per jaar of vaker. Het opsporen van oorzaken van vallen is belangrijk voor de preventie van vallen en botbreuken. Het effect van een val op de heup kan worden verkleind door het gebruik van heupbeschermers, maar

deze zijn nog niet optimaal. De patient die vanwege een val en/of botbreuk op de spoedeisende hulp komt zou meteen moeten worden onderzocht op risicofactoren voor vallen en osteoporose. Dergelijke programma's zijn in ontwikkeling.

*Prof. dr. Paul Lips werd benoemd tot hoogleraar (oratie 18 november 2004)*



LASA "Gezond ouder worden"

VU medisch centrum / Vrije Universiteit



Van der Boechorststraat 7

1081 BT Amsterdam

Tel. 020 - 444 6770

Fax 020 - 444 6775

VU medisch centrum

Vakgroep Psychiatrie

EMGO-Instituut

Afdeling Endocrinologie

Vrije Universiteit

Afdeling Sociaal Culturele Wetenschappen