

# Gezond ouder worden

Nieuwsbrief 12



LASA

VU medisch centrum



vrije Universiteit *amsterdam*





## COLOFON

**Eindredactie** Jasper Nieuwesteeg, Marleen van der Horst en Dorly Deeg  
**Vormgeving** Joost van Ommen - AVC VU/VUmc  
**Drukwerk** Mewadruk, Hilversum  
**Uitgave** december 2006

## Van de redactie

Voor u ligt een nieuwe Nieuwsbrief van LASA, alweer nummer 12.

Wij schrijven dit op het moment dat wij net de interviewperiode van september 2005 t/m oktober 2006 hebben afgesloten. Inmiddels is het alweer 15 jaar geleden dat de eerste interviews plaatsvonden. Wij zijn heel blij met al uw medewerking aan de interviews, testen en vragenlijsten het afgelopen jaar en alle jaren daarvoor, en danken u hartelijk voor uw belangrijke bijdrage aan het LASA-onderzoek.

Dit nummer van de Nieuwsbrief begint met de belangrijkste boodschappen uit twee redes. De eerste is van prof.dr. Kees Knipscheer, die afscheid nam omdat hij de pensioenleeftijd had bereikt. De tweede is van prof.dr. Theo van Tilburg, bij de aanvaarding van zijn ambt als hoogleraar. Prof.dr. Theo van Tilburg is sinds 1991 bij LASA betrokken en volgt prof.dr. Kees Knipscheer op als hoogleraar Sociale Gerontologie. Beide heren bespreken de vroegere en de latere fase van de ouderdom, maar hun gezichtspunten zijn verschillend.

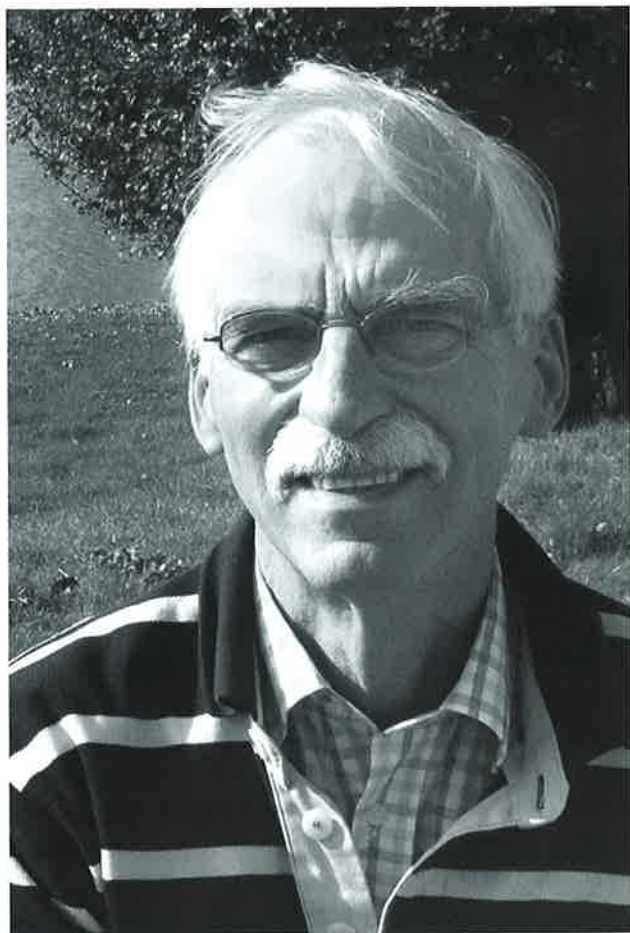
Als thema van deze Nieuwsbrief hebben wij gekozen voor 'Kwaliteit van leven', een belangrijk aspect om bij het ouder worden aandacht aan te besteden. Daarover gaan vier bijdragen van LASA-onderzoekers. U zult zien dat kwaliteit van leven een begrip is dat in verband kan worden gebracht met uiteenlopende zaken als kwetsbaarheid, slechthorendheid en slechtziendheid, en met persoonlijkheidstrekken. De onderzoekers geven ook aan hoe u uw kwaliteit van leven kunt handhaven of bevorderen. Tenslotte vertellen vier nieuwe LASA-medewerkers over het onderzoek waaraan zij in 2006 zijn begonnen.

Wij wensen u veel leesplezier toe met deze nieuwsbrief, en vooral ook fijne feestdagen en een heel goed 2007!

*Jasper Nieuwesteeg, Marleen van der Horst  
en Dorly Deeg*

## De uitdaging van de tweede adolescentie

*Samenvatting van de rede uitgesproken bij het afscheid van prof. dr. C.P.M. Knipscheer op 14 oktober 2005*



voor ouderen! Er zijn er ook een bescheiden aantal onder hen die langer werken, een tweede carrière beginnen of via een uitzendbureau voor ouderen zich opnieuw op de arbeidsmarkt begeven. Het is duidelijk dat een aantal van deze veranderingen zich versterkt hebben doorgezet omdat velen vervroegd stopten met werken (met hun eerste carrière). De vrij plotselinge massale invoering van het vervroegd stoppen met werken in de zeventiger en tachtiger jaren van de vorige eeuw liet weinig ruimte voor een reflectie op de gevolgen ervan voor de individuele burger.

In het LASA onderzoek en ander onderzoek vinden we aanwijzingen dat 55-70 jarige vervroegd gepensioneerden weinig ambitieus in het leven staan, dat bij ongeveer 30% van hen sprake is van verminderde vitaliteit en dat ze vaker depressieve verschijnselen vertonen. De toekomstige noodzaak om langer te werken zou dus ook zijn positieve kanten kunnen hebben voor de oudere werknemers. Ook biedt het een goede gelegenheid om de arbeidsmarkt van de oudere werknemer te flexibiliseren.

In de ontwikkelingspsychologie van de tweede levenshelft wordt de laatste tijd steeds vaker gesproken over de late middelbare leeftijd (ongeveer 55-70). Het is de periode waarin voor velen het hoogtepunt in de eerste carrière voorbij is en waarin de gezinsverantwoordelijkheden zijn afgerond. Vanuit ontwikkelingsoogpunt biedt deze levensperiode een nieuwe uitdaging waarin nieuwe keuzes kunnen worden gemaakt voor een tweede carrière in de breedst mogelijke zin van het woord. In deze derde leeftijdsfase kan de mens op zoek gaan naar een nieuwe balans tussen persoonlijke ambities en betaald werk, tussen betaald en onbetaald werk, tussen bestaande deskundigheid en nieuwe uitdagingen, tussen risico's en zekerheid, en tussen maatschappelijke betrokkenheid en persoonlijke ontwikkeling. Dit is de uitdaging van de tweede adolescentie, een nieuwe opdracht voor de derde leeftijdsfase, en dus niet alleen maar "freedom, fun and fantasy" zoals de leus de afgelopen 20 jaar min of meer was!

*Kees Knipscheer is emeritus-hoogleraar Sociale Gerontologie bij de afdeling Sociaal-culturele wetenschappen aan de Vrije Universiteit*

In de loop van de 20ste eeuw heeft het ouder worden in onze samenleving enorme veranderingen ondergaan. Binnenkort bereikt 80% van de bevolking de 60 jarige leeftijd en van hen zal ongeveer 80% de 80 jarige leeftijd bereiken en het aantal honderdjarigen groeit exponentieel.

In mijn rede pleitte ik voor een verregaande flexibilisering van de levensloop tussen 50 en 75. De cultuur van het ouder worden is totaal veranderd. De huidige ouderen willen een zo groot mogelijke en zo lang mogelijke vorm van onafhankelijkheid en zelfbeschikking, de inkomensituatie van hen is zodanig verbeterd dat ouderen tegenwoordig als "volwassen" consumenten mee tellen (zie b.v. de groei en uitbreiding van de 50-Plus Beurs), ze willen een jeugdige uitstraling (cosmetica, plastische chirurgie), doen massaal aan fysieke training en sport, en reizen uitbundig. Sinds enige jaren worstelen diverse gemeenten met hangplekken

## Sociaal kapitaal van jonge en oude ouderen

*Samenvatting van de oratie van prof. dr. T.G. van Tilburg, uitgesproken bij de aanvaarding van de titel van hoogleraar op 8 december 2005*



Het onderscheid tussen jonge en oude ouderen wordt vaak gemaakt. Beëindiging van werken en zorg voor kinderen leidt rond de leeftijd van 60 jaar tot de derde levensfase. Verlies aan het vermogen tot gezond functioneren, rond de leeftijd van 75 jaar, leidt tot de vierde levensfase. Wat is het verschil tussen deze twee levensfasen wanneer we kijken naar het sociale kapitaal van ouderen? Mijn antwoord is dat het onderscheid tussen deze twee fasen veel minder is dan vaak gedacht wordt.

### **Wat is sociaal kapitaal?**

Sociaal kapitaal heeft verschillende vormen. De eerste bestaat uit de nauwe bindingen tussen individuen, zowel die binnen als buiten families. Verbondenheid met andere mensen is van groot belang voor het versterken van eigen identiteit en zelfvertrouwen, geborgen zijn, om eenzaamheid tegen te gaan, en draagt bij aan welbevinden en gezondheid. De tweede vorm bestaat uit zwakke bindingen. Dit zijn banden met verre familie en kennissen en persoonlijke contacten binnen maatschappelijke organisaties. Via deze zwakke bindingen heeft men toegang tot nieuwe informatie en voorzieningen. Naarmate men meer deelneemt aan het maatschappelijk leven worden deze zwakke bindingen beter benut.

### **Sociaal kapitaal in de derde en vierde levensfase**

Het LASA-onderzoek laat zien dat zowel bij de overgang naar de derde levensfase als bij de overgang naar de vierde levensfase het totale aantal relaties niet veel kleiner wordt. Maar er verandert wel veel. Het aantal belangrijke familierelaties neemt toe. Het aantal relaties met vrienden en kennissen neemt vrij sterk af. Burenrelaties worden bij de overgang naar de vierde levensfase minder belangrijk. Het netwerk verengt dus: relaties die een brug kunnen vormen naar de samenleving staan onder druk. Ook zien we een sterke daling van het aantal ouderen dat vrijwilligersactiviteiten doet, en verdubbelt het aantal ernstig eenzamen. Verder vertrouwen de ouderen hun medemensen minder.

### **Aanpassen aan verlies**

Wat moet men doen om verlies van sociaal kapitaal te stoppen of te vertragen, of om de negatieve gevolgen van dit verlies te beperken? Een bekende strategie is door Duitse wetenschappers bedacht en heet selectie, optimalisatie en compensatie. De na verlies overblijvende hulpbronnen worden geactiveerd en beter benut, en worden alleen gebruikt voor de belangrijkste doelen. Andere wetenschappers vinden deze strategie werkzaam in de derde levensfase, maar soms is het juist nodig doelen te laten vallen. Deze strategie heet accommodatie. Men verlaat bepaalde levenspaden omdat deze niet meer begaanbaar zijn, om daarmee nog wel begaanbare paden goed te belopen. De strategie geeft betere mogelijkheden dan het volhouden naar doelen te streven die niet meer gehaald kunnen worden. Vooral in de vierde levensfase wordt de accommoderende strategie gebruikt.

### **Tot slot**

De meeste ouderen zijn in goede gezondheid; ook vinden velen dat ze een zinvolle tijdsbesteding hebben. Toch wordt veel sociaal kapitaal verloren. Er is nog veel onbekend over de ontwikkeling van mensen vanaf geboorte tot in de ouderdom. De derde levensfase bestaat nog pas een korte tijd, en ons onderzoek wil deze beter in kaart brengen.

*Theo van Tilburg is hoogleraar Sociale Gerontologie aan de Faculteit Sociale Wetenschappen van de Vrije Universiteit*

# Kwetsbaarheid en kwaliteit van leven

Dr. M.T.E. Puts



Het onderzoek waaraan ik de afgelopen vier jaar heb gewerkt heeft als onderwerp kwetsbare ouderen. Kwetsbaarheid (frailty) is een relatief nieuw begrip in onderzoek met ouderen dat vooral de laatste vijftien jaar steeds meer gebruikt wordt.

4 Er is nog geen eenduidige definitie en daardoor varieert het percentage kwetsbare ouderen dat in onderzoek gevonden wordt tussen de zes en veertig procent, afhankelijk van de gehanteerde definitie.

Ouderen zijn kwetsbaar als ze problemen hebben op meerdere gebieden tegelijkertijd (lichamelijk, bijv. gewichtsverlies of inactief zijn, en psychologisch, bijv. een depressie), waardoor een negatieve spiraal kan ontstaan. Op dit moment is er nog weinig duidelijkheid over het ontstaan en verloop van kwetsbaarheid. Wel is men het erover eens dat kwetsbaarheid een toestand is waarbij de oudere een hoog risico loopt op negatieve gebeurtenissen zoals vallen en hulpbehoefendheid. Het gaat om een broos evenwicht, omdat een kwetsbare oudere nog maar weinig reserves heeft om verstoringen te kunnen opvangen en al bij een kleine verstoring uit zijn/haar evenwicht kan raken. Het is dus belangrijk om kwetsbare ouderen vroeg op te sporen, zodat hulpverleners kunnen ingrijpen om deze negatieve gevolgen van kwetsbaarheid zoveel mogelijk te voorkomen.

Het belangrijkste resultaat van mijn onderzoek was dat ouderen die kwetsbaar zijn (binnen LASA is dat ongeveer 20 procent), meer kans

hebben op lichamelijke achteruitgang, op opname in een verzorgings- of verpleeghuis en op eerder overlijden. Er bleken verschillen te zijn tussen mannen en vrouwen met betrekking tot kwetsbaarheid. Vrouwen waren vaker kwetsbaar en zij ondervonden vaker de gevolgen van kwetsbaarheid dan mannen. Verder bleek een lage vitamine D-spiegel sterk samen te hangen met kwetsbaarheid. Vitamine D wordt gemaakt in de huid onder invloed van zonlicht tussen maart en oktober (als de zon krachtig genoeg is). Het is dus belangrijk om regelmatig even buiten in de zon te komen.

Ook heb ik met een aantal van u uit de regio Amsterdam en omstreken interviews gehouden. Hieruit bleek dat gezondheid, maar ook sociale contacten erg belangrijk werden gevonden voor een goede kwaliteit van leven. Het hebben van voldoende hulpmiddelen was belangrijk om zelfstandig te kunnen blijven wonen. Ook het behouden van het rijbewijs en mobiliteit werd als belangrijk ervaren. Kwetsbare ouderen ervoeren gemiddeld een lagere kwaliteit van leven. Maar ondanks de kwetsbaarheid waardeerden de meeste ouderen in dit onderzoek hun kwaliteit van leven toch nog als voldoende.

Verder hebben we aan een aantal van u gevraagd wat kwetsbaarheid voor u betekent. De definities zoals gebruikt in veel onderzoeken zijn erg gericht op lichamelijk functioneren. Kwetsbaarheid betekende voor de LASA-deelnemers een toestand van verminderde gezondheid, psychologische klachten (zoals bijv. angst en zich depressief voelen), verminderde sociale contacten en eenzaamheid. Het komt erop neer dat mensen zich kwetsbaar voelen als ze niet meer kunnen doen wat ze graag zouden willen. In deze studie werd duidelijk dat behalve aandacht voor lichamelijk functioneren, er meer aandacht besteed moet worden aan sociale factoren, zoals eenzaamheid en mobiliteit. Het is belangrijk om ook bij een verminderde gezondheid sociale contacten te kunnen onderhouden en de dingen te doen die men leuk vindt. Dat helpt bij het ervaren van een goede kwaliteit van leven tijdens het ouder worden.

*Martine Puts is gezondheidswetenschapper en promoveerde op 4 april 2006 bij LASA*



## Gehoorderzoek binnen LASA

Dr. ir. J.C.M. Smits & Dr. S.E. Kramer



Slechthorendheid is een veel voorkomend gezondheidsprobleem, met name onder ouderen. Het aantal slechthorenden in Nederland is echter niet goed bekend. Van het totale aantal personen met hoorproblemen, meldt zich slechts een klein deel met gehoorklachten bij de huisarts of specialist.

Binnen het LASA onderzoek is op twee manieren naar het gehoor van de deelnemers gekeken: ten eerste via een aantal vragen en ten tweede via een hoortest.

Uit een analyse van de antwoorden op de vragen kwam naar voren dat slechthorendheid niet alleen vaker voorkomt dan de meeste andere chronische ziekten, maar ook dat slechthorendheid, méér dan de meeste chronische ziekten, een duidelijk negatieve samenhang vertoont met het welbevinden van ouderen. Zo hebben slechthorenden sneller de neiging neerslachtig te worden en de controle over hun leven te verliezen. Daarnaast blijkt gehoorverlies, in tegenstelling tot de meeste chronische ziekten, bij te dragen aan eenzaamheid van ouderen. Uit het onderzoek komt naar voren dat slechthorendheid eveneens gepaard gaat met minder zelfvertrouwen en een verkleining van het sociale netwerk van ouderen. In de lijst van chronische ziekten en aandoeningen blijkt dat slechthorendheid de meest belangrijke is als het gaat om het negatieve effect op de psychosociale gezondheid van ouderen.

In de laatste twee medische interviews van LASA is er bij alle deelnemers een hoortest afgenomen. Dit betrof een aangepaste versie van de Nationale

Hoortest ([www.hoortest.nl](http://www.hoortest.nl) of 0900-4560123). Bij deze test wordt het vermogen gemeten om spraak te verstaan tegen een achtergrond van ruis. Uit de gegevens werd duidelijk dat slechthorendheid veel voorkomt bij personen boven de 60 jaar. 43% van de Nederlandse bevolking boven de 60 jaar, dit zijn ca. 1.2 miljoen mensen, blijkt in meer of mindere mate slechthorend te zijn. Opvallend was dat slechts 22% van alle slechthorenden hoortoestellen had. Bij de vergelijking tussen antwoorden op vragen over slechthorendheid en uitkomsten van de hoortest bleek dat erg veel mensen hun gehoorverlies onderschatten. Het wordt dan ook aangeraden dat ouderen hun gehoor screenen via de hoortest (telefonisch of via internet), en laten testen bij een deskundige, zoals een huisarts, KNO arts, een Audiologisch Centrum of een audicien en niet alleen afgaan op hun eigen indruk van het gehoor.

*Cas Smits is klinisch fysicus/audioloog en Sophia Kramer is psycholoog/onderzoeker. Beiden zijn werkzaam bij de afdeling KNO/Audiologie van het VU medisch centrum.*

## Leven zonder zicht

*Drs. R. van Nispen*



6

“Die vage geur van lipstick en de korte knakjes van je gebit. Ik wist dat jij het was.” luidt één van de posterteksten van revalidatiecentrum Sensis, dat sinds kort campagne voert om bekendheid te geven aan hoe blinden en slechtzienden in de wereld staan. Ook in LASA besteden we aandacht aan het leven van ouderen met een visuele beperking. Om te weten hoeveel ouderen slechtziend zijn, werd bij de twee laatste metingen de gezichtsscherpte gemeten met een letterkaart. De deelnemers moesten door een brilletje kijken en zo goed mogelijk letters van verschillende grootte proberen te onderscheiden. Uit de gegevens van 2001 is gebleken dat slechts een kleine groep mensen (2% van 1238) ernstig slechtziend was volgens criteria die door de Wereld Gezondheidsorganisatie zijn opgesteld. Dit percentage komt overeen met internationale studies naar het vóórkomen van slechtziendheid. Wel had nog eens 6% dusdanige problemen met de gezichtsscherpte, dat het wettelijk niet meer geoorloofd is auto te rijden.

Naast de letterkaart, hebben de interviewers een korte lijst afgenomen met 10 vragen over slechtziendheid en kwaliteit van leven. Er werd gevraagd in hoeverre men de afgelopen maand last had gehad van gevoelens van schaamte, frustratie, eenzaamheid of somberheid met betrekking tot het gezichtsvermogen. Ook werd gevraagd of er sprake was van ongerustheid over veiligheid, achteruitgang van het

gezichtsvermogen of het aankunnen van het alledaagse leven. Voor de meeste mensen waren deze vragen niet altijd even relevant, omdat zij geen problemen hebben met hun ogen. Des te beter kunnen wij onderzoeken in hoeverre de vragen nu juist wel relevant zijn voor de mensen die wel te maken hebben met (ernstige) slechtziendheid. Zo hebben we twee vliegen in één klap: met een redelijk kort vragenlijstje hopen we in de algemene bevolking te weten te komen wie er slechtziend is, maar ook in hoeverre men last heeft van de problemen met het gezichtsvermogen. In de toekomst is het wellicht mogelijk om alleen de korte vragenlijst in te zetten als “screenings-instrument” voor slechtziendheid in plaats van de wat ingewikkeldere letterkaart.

Ook op de afdeling oogheelkunde van het VU medisch centrum wordt onderzoek gedaan naar kwaliteit van leven bij slechtziende ouderen. We komen hier dagelijks ouderen tegen met verschillende oogaandoeningen. Een aantal aandoeningen is goed te behandelen, zoals staar. Andere problemen, zoals netvliesslijtage bij macula degeneratie, kunnen leiden tot ernstige slechtziendheid. Het spreekt voor zich dat slechtziendheid kan leiden tot problemen met het zelfstandig functioneren. Gelukkig zijn er allerlei vergrotende hulpmiddelen op de markt (loepen en speciale brillen) en revalidatieprogramma's (zelfstandigheids- of mobiliteitstraining) bij regionale instellingen, die het leven van een slechtziende oudere aangenamer kunnen maken.

Of het leven op de lange duur werkelijk aangenamer wordt van deze hulpmiddelen of revalidatieprogramma's zijn we op dit moment aan het bestuderen onder zo'n 300 slechtziende ouderen. Wij hopen uiteindelijk aanbevelingen te kunnen doen aan de revalidatie-instellingen om zich te richten op de kwetsbaarste groepen mensen onder de al kwetsbare groep slechtziende ouderen. LASA helpt ons daarbij om de omvang van het probleem onder de oudere Nederlandse bevolking in te kunnen schatten.

*Ruth van Nispen is psycholoog en promovendus bij de afdeling oogheelkunde van het VU medisch centrum.*



## Persoonlijkheid en depressie op latere leeftijd

Drs. B. Steunenberg



Recent onderzoek toont aan dat depressie bij ouderen één van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen is. Jaarlijks hebben 640.000 ouderen last van klinisch relevante depressieve klachten. Depressie is een ernstige aandoening die een grote ziektelast met zich meebrengt, vergelijkbaar met een gebroken heup. Daar komt bij dat de prognose van depressie bepaald ongunstig is. Een depressieve periode duurt gemiddeld acht maanden, bij ouderen mogelijk langer want bij meer dan 50% van de ouderen zijn de klachten blijvend van aard. Ook de prognose na herstel is niet gunstig: ongeveer 40% van de ouderen maakt binnen twee jaar een herhaling mee. Dit negatieve beeld toont duidelijk de noodzaak aan om onderzoek te doen naar risicofactoren voor depressie (factoren die de kans op een depressie vergroten) op latere leeftijd.

Inmiddels zijn er een aantal studies geweest naar risicofactoren en beschermende factoren van depressie bij ouderen. Risicofactoren bij ouderen zijn ondermeer sociale isolatie en vervreemding, slechte voeding, achteruitgang van lichamelijk functioneren en geheugen en het ontstaan of hebben van chronische ziekten. Echter veel ouderen die geconfronteerd worden met deze problemen worden niet depressief. Dit gegeven suggereert dat psychologische kenmerken, zoals de persoonlijkheid, nog een belangrijke rol spelen in het ontstaan, herstel en kans op terugval in depressie.

Uit het LASA-onderzoek naar de invloed van de persoonlijkheid op het ontstaan, herstel en kans op terugval in depressie bij ouderen bleek dat ouderen die hoog scoren op de persoonlijkheidstrek neuroticisme een grotere kans hebben op het ontstaan van een depressie. Ook duurt het bij hen langer voor ze herstellen en hebben ze een grotere kans na herstel weer depressief te worden. Neuroticisme staat voor een verzameling met elkaar samenhangende kenmerken op het vlak van emotionele labiliteit, angstigheid, tobberigheid, somberheid en sensitiviteit. Uit deze studie bleek ook dat neuroticisme stabiel blijft tijdens de veroudering en de invloed op de ernst van depressieve symptomen niet afneemt. Ten slotte bleek een hoge score op neuroticisme als risicofactor voor depressie net zo belangrijk te zijn als de risicofactoren achteruitgang in lichamelijke gezondheid en geheugen en zelfs belangrijker dan de sociale bronnen, zoals eenzaamheid.

Samenvattend toont dit onderzoek aan dat ook op hoge leeftijd de persoonlijkheid een belangrijke rol speelt in het ontstaan, duur en kans op terugval in depressie. Wij zijn van mening dat zelfs op hoge leeftijd binnen de psychotherapeutische behandeling mogelijkheden zijn om ouderen te leren omgaan met hun persoonlijkheidskenmerken en de invloed daarvan op depressieve symptomen te verkleinen. Een voorbeeld hiervan is ouderen die veel piekeren een training te geven om dit te verminderen of zelfs te stoppen en hierdoor de invloed van piekeren op de depressieve klachten te verminderen. Bij jongere volwassenen worden hier goede resultaten mee geboekt. Het effect bij ouderen is tot nu toe nauwelijks onderzocht. Ten slotte spreken wij de hoop uit dat deze studie mag bijdragen aan een verdere ontwikkeling van de aandacht voor psychologische kenmerken en interventies bij de behandeling van depressie bij ouderen.

*Bas Steunenberg is psycholoog en promoveert op 19 december 2006 aan de faculteit psychologie en pedagogiek van de Vrije Universiteit*

## Gevolgen van de pensionering; de jaren 1990 en 2000



*Dr. Rabina Cozijnsen*

Sinds januari 2006 ben ik bezig met mijn promotie-onderzoek naar de gevolgen van pensionering voor het welbevinden. Dat de overgang van werk naar pensioen grote invloed op iemands leven kan hebben is algemeen bekend. Pensionering kan leiden tot een verandering in inkomen en status en de mogelijkheden om sociale contacten te onderhouden. Na het pensioen wordt bijvoorbeeld loon vervangen door AOW, men moet zelf gaan beslissen over de invulling van de dag en het persoonlijk netwerk verandert omdat men oud-collega's minder ziet. Voor de meeste gepensioneerden hebben deze veranderingen geen grote gevolgen voor hun welbevinden. Sommigen hebben er wel problemen mee; hun "kwaliteit van leven" neemt af.

8

De oorzaken van dit verschil ga ik onderzoeken. De afgelopen jaren is er veel veranderd in de wetgeving en regelingen m.b.t. het pensioen en ook de samenleving is aan het veranderen, waardoor bijvoorbeeld het belang van werk t.o.v. vrije tijd lijkt af te nemen. Er is nog heel weinig bekend over de invloed van deze veranderingen op de pensionering. Wat ik graag wil weten is of mensen die begin jaren negentig met pensioen zijn gegaan andere veranderingen doormaken dan mensen die tien jaar later met pensioen zijn gegaan. Eerder Nederlands onderzoek heeft zich vooral gericht op de pensionering van mannen, maar nu er steeds meer vrouwen werken, gaan er ook steeds meer vrouwen met pensioen. In dit onderzoek zal ook de pensionering van vrouwen bekeken worden. We verwachten dat ervaringen van mannen en vrouwen verschillen.

Met de data die verzameld zijn met het LASA-onderzoek kan ik deze vragen gaan onderzoeken en beantwoorden. Door te kijken naar de gegevens over werk, pensioen, gezondheid en welbevinden hoop ik bij te dragen aan de kennis over de gevolgen van het pensioen in Nederland.

## De dynamiek van grootouderschap in Nederland



*Dr. Teun Geurts*

In 2004 ben ik afgestudeerd als socioloog aan de Rijksuniversiteit van Groningen en in januari 2006 ben ik begonnen met mijn onderzoek bij LASA, wat betrekking heeft op het grootouderschap in Nederland.

In hoofdzaak zal ik gaan bekijken welke veranderingen gedurende de levensloop van grootouders en hun kleinkinderen van invloed kunnen zijn op de relatie tussen grootouder en kleinkind. Bij deze veranderingen kan bij grootouders worden gedacht aan pensionering, verweduwing en gezondheidsproblemen en bij kleinkinderen aan het verlaten van het ouderlijk huis, of het krijgen van een baan of een vaste

relatie. Ook wordt onderzocht in hoeverre sociaal-culturele ontwikkelingen het grootouderschap hebben veranderd in de afgelopen jaren. Bij deze sociaal-culturele veranderingen kan worden gedacht aan de afname in het sterftecijfer, het ziektecijfer en het geboortecijfer en de toename van het aantal werkzame vrouwen, het hogere percentage echtscheidingen, en geografische mobiliteit. Het is goed denkbaar dat deze sociaal-culturele ontwikkelingen tot een andere invulling van het grootouderschap hebben geleid. Hierbij verwachten we dat de behoefte aan contact, de voorkeur voor deze specifieke familieband en de mogelijkheden voor het onderhouden van deze relatie, zijn veranderd.

Aangezien er in Nederland opmerkelijk weinig onderzoek is gedaan naar grootouderschap, hoop ik met mijn onderzoek een substantiële wetenschappelijke bijdrage te kunnen leveren aan dit onderbelichte onderwerp.

## Cholesterol en kwetsbaarheid



*Dr. Tessa van den Kommer*

In 2004 ben ik afgestudeerd als psycholoog aan de Vrije Universiteit van Amsterdam. Naast mijn baan als verpleeghuispsycholoog bij de stichting Cordaan in Amsterdam, ben ik sinds februari 2006 werkzaam als onderzoeker bij LASA. Het onderzoek waarmee ik mij momenteel bezighoud, gaat onder andere over de relatie tussen cholesterol en cognitief functioneren. Bij mensen die ouder worden, worden de lichamelijke beperkingen langzaam groter. Daarnaast gaan bij het ouder worden ook de zogenaamde cognitieve functies, zoals geheugen en snelheid waarmee informatie verwerkt wordt, achteruit. Binnen dit verouderingsproces is er veel variatie

tussen mensen. Sommigen gaan weinig achteruit, anderen meer dan gemiddeld, en een deel van de mensen ontwikkelt een dementie. Wanneer men spreekt over 'kwaliteit van leven' is natuurlijk de lichamelijke conditie van belang, maar zeker ook de geestelijke conditie. Het is belangrijk meer te weten te komen over de factoren die er voor zorgen dat de hersenen van sommige mensen meer achteruitgaan dan die van anderen. Dit zou er toe kunnen leiden dat we de kwaliteit van leven voor ouderen kunnen verbeteren door hen op de juiste manier te behandelen. Ook kunnen de meer kwetsbare ouderen eerder opgespoord worden en vervolgens op de beste manier geholpen worden. In mijn onderzoek probeer ik uit te zoeken wat de invloed is van bepaalde stoffen in het lichaam, zoals cholesterol, op cognitieve achteruitgang. Een te laag cholesterol gehalte bij ouderen zou een voorspeller kunnen zijn van kwetsbaarheid

## Te weinig bot of te weinig mineraal?



*Dr. Natasha Varenik*

Ik ben afgestudeerd als socioloog en in januari 2006 begonnen aan mijn onderzoek over het delen van de zorg tussen volwassen kinderen met zorgbehoevende ouders. De vergrijzing van de bevolking zal ertoe leiden dat de druk op de mantelzorg toeneemt en het wordt noodzakelijk dat kinderen hun zorggedrag met elkaar afstemmen om overbelasting te voorkomen. Om zorggedrag van kinderen te kunnen bestuderen onderzoek ik individuele kenmerken van kinderen en van hun ouders. Bij de ouders is het bijvoorbeeld belangrijk of zij beperkt zijn in hun functioneren en gebruik maken van professionele zorg. Bij kinderen is het van belang hoeveel tijd

ze hebben om de zorg te kunnen verlenen. In het eerste gedeelte van mijn onderzoek heb ik gekeken of de situaties van kinderen binnen de familie vergelijkbaar zijn en of de zorgtaken ook gelijk verdeeld worden tussen de kinderen als hun situaties gelijk zijn. Het bleek dat in families waar alle kinderen een baan en een partner hadden of in de families waar alle kinderen dezelfde emotionele steun aan hun ouders verlenen, de zorg ook meer gelijk verdeeld wordt dan in families waar er grotere verschillen tussen kinderen zijn. In het vervolg van mijn onderzoek zal de samenwerking tussen kinderen worden bestudeerd. Ook zal er bekeken worden of de zorgactiviteiten van het ene kind leiden tot minder of meer zorgactiviteiten van het andere kind. Daarna worden ook de relatie en eventuele conflicten tussen zorgverleners (broers en zussen) onderzocht. Deze informatie is interessant voor professionals in de zorg, aangezien zij kinderen van zorgbehoevende ouders moeten stimuleren en ondersteunen bij het verlenen van zorg.

**LASA "Gezond ouder worden"**

VU medisch centrum / Vrije Universiteit  
Van der Boechorststraat 7  
1081 BT Amsterdam  
Tel. 020 - 4446770  
Fax 020 - 4446775

**VU medisch centrum**

Vakgroep Psychiatrie  
EMGO-Instituut  
Afdeling Endocrinologie

**Vrije Universiteit**

Afdeling Sociaal Culturele Wetenschappen