
Signalementen 2014/1

Auteurs: Redactiebureau

Een actieve leefstijl vertraagt de gevolgen van veroudering

Door de vergrijzende bevolking zal het aantal ouderen met aandoeningen zoals artrose, urine-incontinentie en cognitieve beperkingen toenemen. Ouderen hebben hierdoor een grotere kans op verlies van zelfstandigheid en doen een groter beroep op zorg. Klinisch en gezondheidspsycholoog *Erwin Tak*, werkzaam bij TNO op de afdeling Lifestyle als onderzoeker en projectleider bij het team 'Active Aging' toont aan in zijn promotieonderzoek dat vijftigplussers met een medium/hog niveau van fysieke activiteit het risico op het ontstaan van basale ADL-beperkingen in de daaropvolgende 3 tot 10 jaar met de helft verminderen. Bij ouderen die al beperkingen hadden bij het begin van het onderzoek werd een risicovermindering van 45% gevonden op het erger worden van de beperking.

Tak laat zien dat het mogelijk is om het proces van voortschrijdende beperkingen proactief te vertragen door deelname aan een oefenprogramma. Dit geldt zelfs tot op hoge leeftijd en bij kwetsbare ouderen. Het moeilijkste is het om ouderen aan het bewegen te krijgen en vooral te houden: slechts een kwart van de ouderen die meedoen aan een oefenprogramma blijft na afloop bewegen. Aandacht voor kwalitatief goede instructeurs (tevredenheid met het programma) en de fysieke klachten van deelnemers kan dit verbeteren. De rol van pijn en hoe deelnemers hiermee omgaan verdient speciale aandacht, vooral bij ouderen met artrose.

Proefschrift *Reducing the impact of geriatric conditions by physical activity*, Vrije Universiteit Amsterdam, 31 oktober 2013, 195 p, ISBN 978 90 5986 434 4. Promotor was prof. dr. M. Hopman-Rock, copromotor dr. ir. A.M.J. Chorus.

Zelf je risico op vallen aanpakken

Vallen is een groot gezondheidsrisico voor ouderen. Ongeveer een derde van de thuiswonende ouderen valt eenmaal per jaar en jaarlijks bezoeken bijna honderdduizend ouderen in Nederland de Eerste Hulp vanwege een valongeval. Klinisch geriater *Yvonne Schoon*, 44 jr, deed onderzoek naar verschillende aspecten van vallen. Bloeddrukregulatiestoornissen (hypotensieve syndromen) zoals bloeddrukdaling bij het opstaan of na het gebruik van de maaltijd komen frequent voor bij ouderen en kunnen belangrijk bijdragen aan het probleem vallen. Draaien van het hoofd kan ook bloeddrukdaling veroorzaken. In dit onderzoek werd bij 39% van de bezoekers van valkliniek van Radboudumc Nijmegen en bij 44% gezonde ouderen dit fenomeen geconstateerd. Heftige hoofdbewegingen (hoofdomdraaien) kunnen dan beter worden vermeden om vallen te voorkomen.

In de valkliniekpopulatie had 43% cognitieve stoornissen en 51–64% één of meer hypotensieve syndromen. Een correlatie werd niet gevonden, met name geen bewijs dat patiënten met periodieke bloeddrukdaling meer kans hebben op de aanwezigheid van cognitieve stoornissen.

Zelfmanagement van vallen kan vorm krijgen door ouderen zelf hun valrisico te laten meten. De diagnostische waarde van drie mogelijke zelftesten (stoeltest, loopsnelheidtest en maximale-staplengte-test) is onderzocht bij 593 thuiswonende ouderen. Conclusie: de uitvoerbaarheid en de diagnostische waarde voor kwetsbaarheid (als samenhangende uitkomst van vallen) van deze testen zijn goed, van de loopsnelheidtest zelfs uitstekend. De voorspellende waarde van twee zelftesten, loopsnelheid en maximale staplengte, voor vallen was echter laag. Een hogere maximale staplengte gaf wel een lagere waarschijnlijkheid om te vallen. Grote stappen vlug, en veiliger, thuis dus!

Proefschrift *From a gait and falls clinic visit towards self-management of falls in frail elderly*, Radboud Universiteit Nijmegen, 14 oktober 2013, ISBN 978 94 9102 768 0. Promotor was prof. dr. M.G.M. Olde Rikkert, copromotoren dr. J.A.H.R. Claassen en dr.

R.J.F. Melis.

Eenzaamheidsproblemen door (ver)slechter(end) gehoor bij ouder worden

Acht procent van alle volwassenen heeft aan beide oren een aanzienlijk gehoorverlies, in ongeveer 80% van de gevallen gaat het om ouderdomsslechthorendheid. Van de 55-plussers is momenteel ongeveer 30% slechthorend. Zo is slechthorendheid één van meest voorkomende chronische aandoeningen. Gezondheidswetenschapper/epidemioloog *Marieke Pronk*, 28 jr, onderzocht de factoren die risico's vormen voor een sneller gehoorverlies en ook de psychosociale gevolgen van gehoorverlies. Pronk deed onderzoek onder ouderen uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) en zij vond dat de jaarlijkse gehoorachteruitgang bij oude ouderen (85+) twee keer zo groot is als bij jonge ouderen (57 tot 65 jaar). Een verminderde cognitieve snelheid om informatie te verwerken blijkt een aanzienlijk deel van de achteruitgang in spraakverstaan-in-rumoer te verklaren.

Pronk vond ook dat een (ver)slechter(end) gehoor samenhangt met een toename in eenzaamheid. Dit geldt vooral voor oudere mannen die geen hoortoestel gebruiken. Ook ouderen die met een partner samenwonen, blijken hier gevoelig voor, misschien door de druk op de relatie of door vergelijking met 'de ander'. Een snellere achteruitgang van het gehoor leidt tot een grotere toename van eenzaamheid, vooral bij verweduwde ouderen en ouderen met een beperkt gehoor. Pronk onderstreept het belang van verder onderzoek naar (de effectiviteit van) interventies *na* gehoorscreening die kunnen dienen als aanvulling op of als alternatief voor hoortoestelaanpassing, zoals training in spraakafzien, hoortactieken en persoonlijke aanpassing.

Proefschrift *When your hearing fails you. Hearing loss determinants, psychosocial consequences, and possible interventions following screening in older adults*, Vrije Universiteit Amsterdam, 25 oktober 2013, 227 p, ISBN 978 90 5383 015 4. Promotores waren prof. dr. ir. J.M. Festen en prof. dr. D.J.H. Deeg.

Ouderen passen zich aan aan een verslechterende gezondheid

Een eenvoudig instrument om de algemene gezondheidstoestand van ouderen te bepalen is het oordeel over de eigen gezondheid (self-rated health, SRH). Het is echter onduidelijk in welke situaties SRH een goede reflectie is van de gezondheidsstatus, vooral voor de toepassing in longitudinale studies en trendstudies.

Bewegingswetenschapper/epidemioloog *Henrike Galenkamp-van der Ploeg*, 28 jr, onderzocht het verband en constateert dat aanpassing aan een verslechtering van de gezondheid de impact van nieuwe ziekten beïnvloedt. De eerste ziekte lijkt de grootste impact te hebben, bijvoorbeeld door psychologische aanpassing aan een verslechterende gezondheidstoestand. Toch bleek SRH goed te kunnen onderscheiden tussen een goede en een slechte gezondheidstoestand. Vervolgens werd onderzocht hoe de aanpassing aan gezondheidsproblemen kan resulteren in een veranderende betekenis van SRH. Het blijkt dat ouderen na achteruitgang hun standaard verlagen, maar niet hun concept van gezondheid veranderen. Als laatste werd gevonden dat trends in chronische ziekten en fysiek functioneren niet goed worden weerspiegeld in trends in SRH. Wanneer onderzoekers geïnteresseerd zijn in veranderingen in de gezondheid, ofwel bij het ouder worden ofwel op populatieniveau over de tijd, is het van belang om meer objectieve en specifieke indicatoren van gezondheid te onderzoeken.

Proefschrift *Feeling healthy versus being healthy: change and stability in older people's self-rated health*, Vrije Universiteit Amsterdam, 9 December 2013, 175 p, ISBN 978 90 6464 708 6. Promotores waren prof. dr. D.J.H. Deeg en prof. dr. A.W. Braam.

(Oudere) vrouwen vaker depressief dan mannen

Net als bij jongere volwassenen zijn oudere vrouwen twee keer zo vaak depressief als oudere mannen. Ouderensychiater *Caroline Sonnenberg*, 54 jr, onderzocht de oorzaken hiervan, de invloed van de (christelijke) geloofsovertuiging en zij keek ook naar het gebruik van antidepressiva en kalmeringsmiddelen.

Dat oudere vrouwen vaker depressief zijn dan oudere mannen kan zeker deels worden verklaard door het feit dat vrouwen veel vaker met ongunstige omstandigheden te maken krijgen zoals het verlies van de levenspartner, een laag inkomen en het krijgen van chronische, beperkende lichamelijke ziektes. De verschijnselen van depressie komen sterk overeen, behalve dat vrouwen vaker huilen dan mannen

Geloofsovertuiging heeft invloed op sociale en morele aspecten van het leven en is een belangrijke culturele bron voor ouderen. Het is bekend dat geloof zowel een beschermende als een uitlokkende factor kan zijn voor depressie. In dit onderzoek was de conclusie dat mensen met een protestantse geloofsovertuiging minder last hadden van depressie dan Rooms-Katholieken of niet-kerkelijken.

Medicamenteuze behandeling van depressie op oudere leeftijd laat enige verbetering zien ten tijde van de studie, waarbij zeker de oudste ouderen profiteren van het beschikbaar komen van nieuwere antidepressiva de zogenaamde SSRI's, met minder bijwerkingen. Toch is het anti-depressivum gebruik in de groep ouderen met ernstige klachten nog steeds erg laag. Het gebruik van kalmeringsmiddelen (benzodiazepinen) werd niet lager ondanks de toegenomen kennis over de negatieve gevolgen van langdurig gebruik, zoals sufheid, vallen en geheugenproblemen. Meer aandacht is nodig voor passende medicamenteuze behandeling van ernstige depressie bij ouderen. Proefschrift *Late life depression: Sex differences in clinical presentation and medication use*, Vrije Universiteit Amsterdam, 14 oktober 2013, 193 p. ISBN 978 94 6191 866 6. Promotores waren prof. dr. A.T.F. Beekman en prof. dr. D.J.H. Deeg.

Communicatie over familiair risico op diabetes type 2 kan beter

De kans op het ontwikkelen van DM2 is twee tot vijf keer groter voor mensen met een familiegeschiedenis. Gezond eten en voldoende bewegen kan echter ook hier de ziekte uitstellen of misschien zelfs voorkomen. Naast publieke voorlichtingscampagnes voor de algemene bevolking zou je je op specifieke doelgroepen kunnen richten voor het aanbevelen van een gezonde leefstijl. Studies in het proefschrift van communicatiewetenschapper en gezondheidspsycholoog *Suzanne van Esch*, 41 jr, laten zien dat communicatie over diabetes geen taboe is in de meeste families. Patiënten vragen om risico-informatie in hun familie te verspreiden kan een mogelijk aanvullende strategie zijn om mensen met een verhoogd risico, Nederlandse en Surinaams-Hindostaanse families, te bereiken. Zorgverleners staan niet negatief tegenover deze strategie, echter de haalbaarheid en de (kosten)effectiviteit van een familiegeoriënteerde aanpak in de preventie van DM2 moet nog worden aangetoond. Daarnaast moeten zorgverleners worden opgeleid in het doelmatig bespreken van familiegeschiedenis en adequaat gebruik van familiecommunicatie. Proefschrift *Family matters in diabetes prevention. Communication about familial risk of type 2 diabetes*, Vrije Universiteit Amsterdam, 1 februari 2013, 168 p, ISBN 978 94 6182 201 7. Promotores waren prof.dr. F.J. Snoek en prof.dr. M.C. Cornel.

Ondernemen in de ouderenzorg werkt wél

Ondernemen in de ouderenzorg leidt tot prachtige innovaties, mits het begint op de werkvloer en niet in de hoofden van bestuurders die zelf geen contact hebben met bewoners. Dat concludeert sociaal wetenschapper *Maya Fiolet* uit observaties in ouderentehuizen en interviews met dertig bestuurders. Zo is er een initiatief waarbij huisvrouwen dementerende bewoners van verzorgingstehuizen helpen bij de maaltijd en de krant lezen, zodat specialistisch personeel kan doen waarvoor het is opgeleid. De ouderen krijgen per saldo meer zorg met relatief weinig extra kosten. Helaas, zegt Fiolet, zijn het de fiasco's die meestal het nieuws halen. Faillissementen van grote koepels die fuseerden, zorgkasteeltjes wilden invoeren en grote plannen hadden met zorg op afstand, maar de financiële risico's niet goed doorrekenden. Veel publiek geld is hiermee gemoeid.

De overheid wil het liefst dat er innovaties komen die snel kunnen worden opgeschaald, maar Fiolet zag dat de diversiteit in tehuizen dat vaak niet mogelijk maakt. "In een tehuis met meerpersoonskamers zijn andere mogelijkheden dan in tehuizen met eenpersoonskamers vol voorzieningen. Het is beter om veel initiatieven te laten ontstaan en dan na een tijdje te wieden tussen al die kiemplantjes". Dat de verplichte warme middagmaaltijd en de avondboterham op de kamer in de meeste verzorgingstehuizen zijn vervangen door keuzevrijheid in een gezellig restaurant, is ook klein begonnen. Het tehuis dat scholieren voor hun maatschappelijke stage levensverhalen laat optekenen vindt Fiolet ook veelbelovend. "Het is voor ouderen fijn om hun verhaal kwijt te kunnen en het komt in het zorgdossier, waardoor behandelaars wat meer achtergrond kunnen lezen".

Een advies voor bestuurders heeft Maya Fiolet ook: "Zeg waar je voor staat. Als je de familie wilt verplichten twee keer per week te komen wandelen en bewoners laat betalen voor de was, vertel dan waarom je dat doet. Omdat je zo voorkomt dat er helemaal niet meer wordt gewandeld en je die wandeling essentieel vindt, bijvoorbeeld. Of omdat je geld wilt overhouden voor een wijntje bij het eten. Als ze weten waar een tehuis voor staat, kunnen cliënten en hun familie het tehuis kiezen dat het beste bij hen past".

Het proefschrift over haar onderzoek *Ondernemen in de Ouderenzorg. Wensen, Weerstand, Werkelijkheid*, Vrije Universiteit Amsterdam, 29 oktober 2013, 293 p, ISBN 978 90 5335 727 9, promotores prof. dr. T. Elfring en prof. dr. M.G. Boekholdt, hanteert natuurlijk een andere terminologie dan bovenstaand persbericht van de Vrije Universiteit Amsterdam. Daar is de eindconclusie dat ondernemen in de ouderenzorg geen neutraal proces is, maar een politieke en morele geladenheid kent die dilemma's rond identiteit en legitimiteit met zich meebrengt. De (verschillen in) wensen en belangen van de diverse stakeholders zijn bepalend voor de acceptatie en bepalen dus mede het ontstaan en de grenzen van de innovatieve praktijken. Omdat er op bestuurlijk niveau geen duidelijke keuzes worden gemaakt over de strategische (her)positionering van de organisatie als maatschappelijke onderneming, is het voor zowel de interne als de externe stakeholders niet meer duidelijk waar de organisatie voor staat en welke doelen worden nagestreefd. Dit leidt tot verkeerde verwachtingen en onduidelijkheid waardoor ondernemen vaak met weerstand gepaard gaat.

Toekomst maken door te leren van het verleden

Op vrijdag 8 November 2013 hield prof. dr. *Bas van Alphen*, gezondheidszorgpsycholoog en programmaleider bij Mondriaan Ouderen (een grote instelling voor geestelijke gezondheidszorg in Zuid Limburg), zijn inaugurale rede als bijzonder hoogleraar Klinische Ouderenpsychologie aan de Vrije Universiteit Brussel: Verleden heb je, toekomst moet je maken. De leerstoel omvat diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen en aanverwante problematiek bij ouderen. GGz Mondriaan heeft de leerstoel mogelijk gemaakt vanuit de behoefte naar meer kennis op dit terrein.

De 21ste eeuw wordt voor bijna alle landen de eeuw van de 'bevolkingsveroudering'. Nederland telde afgelopen jaar 2,7 miljoen 65-plussers en in 2041 wordt de piek bereikt van 4,7 miljoen. De druk op de ouderenzorg zal de komende decennia toenemen, meer ouderen betekent ook een toename van het aantal ouderen met psychiatrische problemen. Daarnaast is de huidige generatie ouderen meer geneigd om psychische hulp te zoeken dan voorgaande generaties ouderen.

Momenteel is er relatief veel onderzoek naar dementie en depressie bij ouderen. Maar andere ernstige psychiatrische aandoeningen bij deze doelgroep blijven vaak onderbelicht, zoals persoonlijkheidsstoornissen en ontwikkelingsstoornissen, bijvoorbeeld autisme en ADHD. De leeropdracht van Van Alphen richt zich daarom juist op deze actuele en urgente thema's. De focus ligt op opsporingstechnieken en behandelmethoden. Het gaat om mensen die zich in hun jonge jaren nog redelijk hebben kunnen staande houden, maar in de problemen komen als lichaam en geest verouderen. Het is van belang om deze groep op te sporen en gerichte behandeling aan te bieden. Hierdoor verbetert niet alleen de kwaliteit van leven van de oudere in kwestie, maar wordt ook de familie minder belast en kunnen professionals (huisarts, verpleging, thuiszorg) beter hun werk doen. Van Alphen pleit voor wetenschappelijke doorontwikkeling. Ook vindt hij dat ouderenpsychologie niet mag ontbreken binnen het huidige specialistische postacademische onderwijs.

Auteurs

Redactie bureau

Vilans, Kenniscentrum voor langdurende zorg

Mr. C. S. M. (Cordulia) Hermans-van Leeuwe (rubriek Signalementen)

Dr. Annette Plouvier (redactiesecretaris per 1 september 2020)

Mr. drs. P. J. F. (Paul) van der Kooij (redactiesecretaris tot 1 september 2020)
