Maastricht University

# Geheugen, ouderdom en ziekte

Citation for published version (APA):

Houx, P. J., van Boxtel, M. P. J., & Jolles, J. (1997). Geheugen, ouderdom en ziekte: Oorzaken van ( minder dan) successvolle veroudering. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, *75*(7), 17-18.

**Document status and date:**
Published: 01/01/1997

**Document Version:**
Publisher's PDF, also known as Version of record

**Please check the document version of this publication:**

• A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
• The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
• The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

Link to publication

**General rights**
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the “Taverne” license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

**Take down policy**
If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 20 Apr. 2024

sociale relaties en ontvangen emotionele steun waren zwakker of afwezig bij ouderen zonder chronische ziekten. Dit wijst erop dat deze aspecten vooral belangrijk zijn voor de geestelijke gezondheid indien mensen blootstaan aan stress ten gevolge van chronische ziekten (en dus gekenmerkt kunnen worden als 'stress buffer effecten'). Overigens lijken deze effecten enigermate afhankelijk te zijn van de aard van de chronische ziekte en lijken zij sterker wanneer de ziekte ernstiger is.

Ten aanzien van sterfte wordt gevonden dat veel ontvangen emotionele steun, weinig eenzaamheidsgevoelens en een sterk gevoel van 'mastery' gerelateerd zijn aan een lager sterfterisico. Zo bleek dat de overlijdenskans voor zeer eenzame ouderen en ouderen met weinig emotionele steun twee keer groter was dan die van ouderen die niet eenzaam zijn en ouderen met veel emotionele steun. De gevonden effecten waren echter niet specifiek voor ouderen met chronische ziekten maar werden eveneens gevonden voor ouderen zonder ziekten en kunnen dus gekenmerkt worden als 'directe effecten'.

**Conclusie**

Sociale steun en persoonlijke coping bronnen blijken dus gunstige effecten te hebben voor zowel de geestelijke gezondheid (mate van depressiviteit) als de lichamelijke gezondheid (sterfterisico) van chronisch zieke ouderen. Medische technologie en hulp zijn niet voldoende voor een goede gezondheid; ook de psychosociale aspecten van de patiënt spelen een rol.

**Correspondentie-adres**

Dr B.W.J.H. Penninx, Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, Vrije Universiteit Amsterdam, de Boelelaan 1081C, 1081 HV Amsterdam

# Geheugen, ouderdom en ziekte: oorzaken van (minder dan) succesvolle cognitieve veroudering

*P.J. Houx, M.P.J. van Boxtel, J. Jolles, Instituut Hersenen en Gedrag, Universiteit Maastricht*

De met de leeftijd samenhangende achteruitgang van geheugen en andere cognitieve functies, is een aspect van menselijk functioneren dat een zeer grote mate van interindividuele variatie vertoont. Dit met voorbijgaan aan pathologische vormen van veroudering, waarvan dementie het vaakst voorkomende voorbeeld is. Sommige individuen vertonen al voor hun zeventigste duidelijke problemen met onthouden of plannen maken en verzinken in inertie. Anderen vertonen tot ruim voorbij hun tachtigste nog initiatief om iets nieuws te ondernemen, volgen cursussen of spelen bridge, om maar niet te spreken over de zeer zeldzame gevallen van 100-jarigen die boeken schrijven. Deze cognitief zeer actieve mensen vormen evenals de dementen een minderheid. Het hart van het onderzoeksprogramma Maastricht Aging Study (MAAS) richt zich op de meerderheid: ouderen die min of meer normaal, dat wil zeggen gangbaar, functioneren. Wat bepaalt of hun geheugen achteruit gaat?

**Onderzoek naar cognitie**

Het belang van het in kaart brengen van ouderdomgerelateerde cognitieve achteruitgang wordt geïllustreerd door het gegeven dat veel onderzoek laat zien dat cognitie de belangrijkste bepalende factor is voor verlies van onafhankelijkheid en zelfstandigheid. Dit blijkt niet alleen te gelden voor de gevallen waarbij dementie in het spel is, maar ook voor minder extreme vormen van cognitieve achteruitgang. Dit betekent voor het gerontologisch onderzoek dat cognitie niet uitsluitend als afhankelijke variabele moet worden gezien, maar ook als voorspellende variabele van de kwaliteit van leven van ouderen.

Het onderzoeksprogramma MAAS richt zich in hoofdzaak op cognitie. Van 1992 tot 1996 is er bij bijna tweeduizend mensen van 25 tot 80 jaar oud een uitgebreid neurocognitief onderzoek afgenomen. Daarnaast is er een ruime hoeveelheid informatie verzameld over sociale omstandigheden, achtergrond en medisch-biologische gegevens. Voorts zijn er van een deel van de steekproef reeds 3-jaars follow-upgegevens beschikbaar. Deze eerste follow-upmeting zal eind 1998 voltooid zijn voor het deel van de baseline-steekproef met leeftijden boven de 50. In 1999 start de 6-jaars follow upmeting voor de gehele steekproef.

**Enkele resultaten**

Eerder uitgevoerd, kleiner onderzoek liet zien dat er een sterke samenhang was tussen het voorkomen van biologische factoren die het optimaal functioneren van het brein kunnen aantasten (Biological Life Events, BLE) en cognitieve functies. Normale, gezonde mensen die bijvoorbeeld ooit enkele operaties onder narcose hadden ondergaan of een lichte hersenschudding hadden doorgemaakt, presteerden duidelijk minder op bijna alle gebruikte cognitieve taken. Bovendien werd dit verschil groter naarmate de onderzochte vrijwilligers ouder waren.

Recent 5-jaars follow-uponderzoek bij deze laatste populatie liet zien dat mensen met BLE ook individueel veel sterker achteruit gegaan waren dan mensen zonder BLE. Hieruit kan worden geconcludeerd dat veroudering niet noodzakelijk met -cognitieve - gebreken hoeft te komen. Leeftijdgerelateerde achteruitgang bleek eerder een gezondheidgerelateerde achteruitgang. Vooral voor geheugen bleek dit het geval: er waren 80-jarigen wier geheugenprestatie niet onderdeed voor die van studenten.

Deze duidelijke samenhang tussen gezondheid en cognitie kwam uit de baseline-meting van MAAS minder eenduidig naar voren, hoewel ook in deze populatie sterke evidentie voor de BLE-hypothese bestond. Zo bleek diabetes, ongeacht de ouderdom, iemands leeftijd in cognitieve zin met ruim 20 jaar te verhogen.

**Verwachtingen**
Verwacht wordt dat succesvolle individuele cognitieve veroudering (zoals moet blijken uit de follow-upgegevens) in belangrijke mate bepaald zal worden door biologische factoren. De verwachting is dat cognitie op haar beurt weer voorspellend zal zijn voor verlies van onafhankelijkheid en zelfstandigheid en voor een geringere kwaliteit van leven.

**Correspondentie-adres**
Dr P.J. Houx, Instituut Hersenen en Gedrag, Vakgroep Psychiatrie en Neuropsychologie, Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht, tel. 043-3881901, e-mail: P.Houx@psychology.unimaas.nl

# THEMA 3: OP WEG SUCCESVOLLE ZORGVERLENING AAN OUDEREN

## Towards successful care of the older persons

*Laurence G. Branch[1], Donna J. Rabiner[2]*
*1 Professor of Gerontology, Duke University Center for the Study of Aging and Human Development and Associate Director, Department of Veterans Affairs National Center for Health Promotion*
*2 Assisstant Professor, Duke University Center for the Study of Aging and Human Development and Health Scientist, Department of Veterans Affairs National Center for Health Promotion*

It is useful at periodic intervals to reassess and distinguish among what we really know about a particular topic, what we think we know, and what we know we do not know. I would like to take this opportunity to discuss our perspectives on each of these three topics.

**Body of knowledge of risk factors**
What are the known predictors or risk factors of health care use among older people? There is a considerable published literature on the predictors or risk factors for specific types of health care use among older people, and most of the literature in the last decade has had the benefit of longitudinal data, sophisticated multivariate statistical models, and (to a somewhat lesser degree) conceptual models to guide the quantitative analyses. Much of this research can be summarized by type of service use (e.g., hospital care, nursing home care, home care) and type of predictor (e.g., characteristics of the older person, characteristics of the service system). Included as predictor variables for each service type would be the 'predisposing' or background characteristics of the care recipient, his/her 'enabling characteristics' such as informal support system and financial position, and his/her 'need' characteristics such as current health and functional status. Specific individual background variables to be included in an empirical model might include the individual's age, gender, and race. Important informal support systems and financial characteristics might include the number and gender of living children, the availability of relatives to care for the older adult, the financial resources of the individual, and his/her health and longterm care insurance coverage. Finally, important individual health status characteristics of the care recipient might include the functional status of a given individual, the number and extent of chronic medical conditions, and his/her cognitive status.

More sophisticated research investigations also might incorporate important characteristics of primary and secondary caregivers into theoretical models and empirical analyses. Key caregiver characteristics potentially to be included in such analyses would be the age and gender of the primary or secondary caregiver, the strength and quality of the caregiving relationship, the financial resources of the caregiver, and the physical, mental, and emotional status of the caregiver.

**Low levels of explained variance**
Why do we know so little about the predictors of health care use among older adults? Reviewing the same literature as presented above, we observe that the indications of the utility of the statistical models (e.g., the percent of the variance of the dependent variable explained in ordinary least squares regression models) are not very encouraging. In the case of predictors or risk factors for nursing home use, we are rarely able to explain more than 20% of the variance even after incorporating into the analysis many of the care recipient and caregiver characteristics noted above. That is to say, all the things we know about by our measures only explain a small part of the variability of whether an older person goes into a nursing home or not.

While only a few researchers have begun to incorporate characteristics of the health care environment into their conceptual and analytical models, investigators increasingly need to include supply factors (such as the number and availability of home- and community-based providers in a given community setting) and other local environmental characteristics (such as the proportion of the population over the age of 65, the extent of poverty in the community, the size and density of the population) when examining the predictors of health care utilization among older adults. This is especially important since a small rural community with only a few older adult citizens generally will be unable to offer as wide an array of community-based longterm care alternatives to institution-