

Dorly Deeg over haar baanbrekende onderzoek naar ouderenzorg

‘Aftakeling is onvermijdelijk’

Henk Maassen

De zorg voor ouderen in Nederland is niet zo goed als we denken. Medisch Contact sprak met hoogleraar epidemiologie en winnaar van de Federa-prijs Dorly Deeg over haar gerontologisch onderzoek.

Dorly Deeg heeft een hekel aan het woord vergrijzing, liever spreekt ze ‘gewoon’ van oud of veroudering. ‘Dat klinkt neutraler’, zegt ze. De VUmc-hoogleraar epidemiologie van de veroudering krijgt op 19 juni de Federa-prijs. Ze ontvangt de onderscheiding van de Federatie van Nederlandse Medisch Wetenschappelijke Verenigingen ‘wegens haar bijzondere en immer in omvang, breedte en diepte groeiende gerontologische onderzoek met evident internationale uitstraling’.

We hebben afgesproken in Pakhuis de Zwijger, langs het IJ in Amsterdam waar haar onderzoeksinstituut bijeen is, voor een ‘heidag’. Van huis uit is Dorly Deeg wiskundige. Ze belandde min of meer bij toeval in het gerontologische onderzoek, ‘zoals zoveel gerontologen bij toeval in het vakgebied zijn terechtgekomen’. Ze

is, zegt ze, erg verguld met de prijs: ‘Ik ben nu 59 jaar, sinds 1980 houd ik me met onderzoek naar ouderen en ouderenzorg bezig. Ik zie het daarom ook als een oeuvreprijs.’

Behalve hoogleraar is Dorly Deeg ook wetenschappelijk directeur van het Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). In dat kader verzamelen en analyseren zij en haar collega’s al sinds 1992 gegevens over fysiek, cognitief, emotioneel en sociaal functioneren van oude-

ren tussen 55 jaar en 85 jaar, met subsidie van het ministerie van VWS, die tot nu toe steeds is verlengd. De ouderen, die elke drie jaar worden geïnterviewd, beantwoorden ook vragen over met wie ze wonen, hoe ze het eventuele verlies van hun partner hebben opgevangen, hoe vaak hun kinderen op bezoek komen, of deze hulp bieden, en welke rol andere sociale ‘partners’ spelen zoals burens, vrienden of kennissen. Ook naar de rol van religie wordt gevraagd. LASA begon met een cohort van 3000 ouderen, die bij de start allemaal woonachtig waren in drie regio’s: Amsterdam en omstreken, Zwolle en omstreken en Oss en omstreken.

Het onderzoek heeft tot dusver, zegt Deeg, inhoudelijk veel opgeleverd. ‘Eén van de parade-paardjes was het baanbrekende onderzoek naar depressie onder ouderen. Dat werd slecht herkend en juist daardoor blijken de klachten lang aan te houden.’

Deeg en haar medewerkers brachten ook in kaart bij welke (chronische) ziekten het risico op depressie groter is, zoals bij artrose en hartziekten. ‘Huisartsen herkennen artrose slecht. Dat komt vooral doordat ouderen denken dat het erbij hoort en doordat ze hun klachten niet aankaarten bij de huisarts. Tegelijkertijd kan de ziekte maken dat mensen menen dat ze de greep op hun leven verliezen. Patiënten zijn dan betrekkelijk vaak depressief en angstig. Deze gemoedstoestand kan vervolgens ook hun goede periodes verzieken, waardoor ze nog minder mobiel worden en sociaal geïsoleerd kunnen raken.’

‘Huisartsen herkennen artrose slecht’



Dorly Deeg: 'We worden weliswaar ouder, maar de gezonde levensverwachting is niet toegenomen.'

beeld: De Beeldredactie,
Marco Okhuizen

Verder konden Deeg en haar collega's bijvoorbeeld aantonen dat voor het dagelijks functioneren van ouderen spierkracht minstens zo belangrijk is als conditie. En dat bij ouderen ziekten als diabetes, beroerte, kanker en atherosclerose gaan gepaard met een afname in één of meer domeinen van het cognitief functioneren. In de leeftijdscategorie tot 75 jaar blijkt 15 procent al problemen te hebben met infor-

matie opnemen en onthouden. Maar wie als jongvolwassene lichamelijk actief is geweest, lijkt daarmee het moment van deze geestelijke aftakeling uit te stellen.

Deeg probeert steeds – 'en daar zijn we uniek in' – dit soort kennis rechtstreeks naar de betrokken doelgroepen (beleidsmakers, artsen) te brengen. LASA beschikt daartoe over een zogeheten 'medewerkster kennistransfer.'

De maatschappelijke beeldvorming van ouderen is veranderd. We hebben een positiever beeld van de ouderdom.

'Ja, het Zwitserleven-gevoel: ouderen gaan op reis, zijn actief, zijn relatief welgesteld. Ik hoop dat ik er ook bij ga horen! Maar aftakeling is onvermijdelijk. Bovendien: we worden weliswaar ouder, maar de gezonde levensverwachting is niet toegenomen. Vooral het deel van de levensverwachting waarin lichte beperkingen overheersen, is uitgedijd. Ik doel dan op klachten als moeite met lopen en problemen bij huishoudelijke activiteiten.'

En daar is niets tegen te doen?

'Jawel. Mensen die tot op hogere leeftijd lichamelijk actief zijn, ondervinden minder beperkingen. Het goede nieuws is: er is weinig verschil in effect op beperkingen tussen mensen die alsnog actief worden en die actief zijn gebleven. Internationaal vergelijkend onderzoek geeft trouwens aan dat het wat dat betreft in de landen rond de Middellandse Zee veel minder goed gesteld is met ouderen dan we wel eens denken. Het niveau van lichamelijke beperkingen is hier in Nederland of in een land als Finland betrekkelijk laag. In Italië en Spanje ligt dat veel hoger. Mijn idee daarover luidt: ouderen wonen daar veel meer dan hier bij hun kinderen. Ze verwachten dat de kinderen voor hen zorgen. Bijgevolg doen ze zelf te weinig en raken juist daardoor beperkt. Kijk naar beperkingen in de zelfverzorging. Hier heeft ongeveer 6 procent van de 65-plussers hulp nodig bij het wassen en kleden, daar is dat schrikbarend hoog: ruim 30 procent.'

Twee derde van de 65-plussers heeft twee of meer ziekten. En iedereen wordt uiteindelijk ziek. Maar gelukkig hebben we wat wel de disability paradox wordt genoemd: je hoeft niet gezond van lijf en leden te zijn, om toch vitaal van geest te kunnen zijn.

Dorly Deeg moet erom lachen. Haar eerste reactie: 'Het is niet waar!' Dan, haar woorden kiezend: 'Wij hebben daar onderzoek naar gedaan. Over een periode van zes jaar heb-



'We moeten veel meer aandacht besteden aan de overgang van ziekenhuis- naar thuissituatie.'

ben we gekeken wat er gebeurt met ouderen die een of meer chronische ziekten hebben en steeds verder achteruitgaan: *persistent decline in functioning* noemen we dat. De paradox beweert dan dat het welbevinden van deze mensen gelijk blijft. Wij hebben dat dus niet gevonden. Ik breng wel een nuance aan: mensen met een sterke persoonlijkheid vinden altijd wel ergens een oplossing voor, en houden zo hun welbevinden op peil. Zij proberen zo veel mogelijk de regie over hun eigen leven in handen te houden. We zien nu al een voorhoede van goed opgeleide ouderen, die dat nastreven. De voorspelling is dat de komende generatie in dat opzicht nog uitgesprokener zal zijn dan de huidige. Maar, pas op, die generatie is ook

een stuk ongezonder. We hebben onderzoek gedaan in de leeftijdsklasse van 55 tot 65 jaar. Hun leefstijl is tussen 1992 en 2002 slechter geworden, er is meer obesitas, vrouwen blijven evenveel roken, men heeft minder lichaamsbeweging, het alcoholgebruik is toegenomen. Dat voorspelt niet veel goeds voor de ouderdom. En dat geldt zowel voor lager als hoger opgeleiden. Dus die regie over eigen leven zou wel eens kunnen tegenvallen.'

Ondertussen worden we aangemoedigd door te werken tot 67 jaar.

'Dat vergt dus een genuanceerde aanpak. We weten allemaal: iedereen die lichamelijk werk doet, is eerder versleten. Mede daarom zijn allochtonen zo vroeg oud. De politiek legt het probleem van de pensioenleeftijd nu op individueel niveau, maar ik vind dat het in de eerste plaats bij de werkgevers thuishoort. Zij moeten met meer mogelijkheden komen voor aangepast werk. Degenen die straks op hun 67ste met pensioen gaan, zijn nu ruim veertig jaar oud. Net als vanaf 1992 en 2002 willen we ook vanaf 2012 de leefstijl en gezondheid van 55- tot 65-jarigen gaan volgen. Een van onze onderzoeksters kijkt nu al naar het effect van pensioenleeftijd op ervaren gezondheid. En dan blijkt een hogere pensioenleeftijd op het eerste gezicht niet gunstig. Zelf twijfel ik overigens of ik wel zou willen doorwerken. Ik ben daar nog niet uit.'

Het soort onderzoek dat u doet, heeft sowieso persoonlijke implicaties, lijkt me.

'Dat heeft mij juist altijd zo aangetrokken. Het idee dat je met je eigen toekomst bezig bent. Ik voeg daar meteen aan toe: ik vind het belangrijk dat onderzoek relevant en nuttig is. Wat ik verder leuk vind, is puzzelen: hoe zit het? Wat is er precies aan de hand? Dat is de wiskundige in mij. Maar wat me vooral als wetenschapper motiveert is dat er zo veel misverstanden over ouderen en ouderdom bestaan. Als ik de Federa-prijs in ontvangst neem, zal ik daarover spreken. Tweedejaars gezondheidswetenschappers vraag ik altijd hoe hoog het percentage 65-plussers in de bevolking is. Meestal schatten ze: 30 procent, maar het is maar 15 procent. Op dezelfde manier overschatten ze het percentage dementen. En denken ze, ook ten onrechte, dat ouderen steeds gezonder worden. Of hebben ze al te hoge verwachtingen van de medische wetenschap. Inderdaad zijn er wel wetenschappers die beweren dat we binnen redelijk afzienbare tijd tweehonderd jaar oud kunnen worden. Als je de biologie helemaal loszingt

Professionele distantie

We worden opgeleid met de boodschap dat we emotioneel niet betrokken mogen raken bij onze patiënten. We moeten koel en zakelijk het probleem van de patiënt kunnen analyseren en oplossen. Emoties kunnen dat proces vertroebelen, is de gedachte. Professionele distantie is het devies. Ik heb daar zo mijn twijfels bij. Nog nooit heb ik gemerkt dat mensen het vervelend vinden als je emotionele betrokkenheid toont bij hun problemen. In mijn vak bijvoorbeeld: als een kind overlijdt, ben ik aangedaan. Dat is een ingrijpende en emotionele gebeurtenis, en dat raakt mij elke keer diep. Sterker nog: als het me niks meer zou doen, zou ik onmiddellijk met het vak stoppen. Ik heb nog nooit meegemaakt dat ouders het in zo'n situatie vervelend vinden als ik mijn emoties toon. Ook niet als ik daar later met hen op terugkijk. Sterker nog, veel ouders vinden het prettig als de dokter van hun kind zich bij hen betrokken toont. Ik vermoed dat dat voor volwassen patiënten niet anders is. Betrokkenheid is ook nodig om een band op te bouwen met patiënten. Zeker in de chronische patiëntenzorg is dat van cruciaal belang. Onderzoek heeft aangetoond dat een arts die ruimte geeft aan de patiënt om zijn of haar motieven, gedachten en emoties te uiten, betere (gezondheids)resultaten boekt bij patiënten met chronische ziekten. Dat gaat het beste en is leuker als er ook enige emotie van de dokter wordt ingezet. Natuurlijk mag emotionele betrokkenheid het medisch oordeel niet vertroebelen. Maar laten we het kind niet met het badwater weggooien. Professionele distantie suggereert afstandelijkheid. En daar zijn patiënten niet bij gebaat.

Paul Brand,
kinderarts

van de maatschappelijke werkelijkheid, dan is dat theoretisch wellicht ook mogelijk. Maar er zijn te veel ouderen met complexe problematiek op wie niet goed wordt gelet, ouderen die geen goede sociale opvang hebben. Dus dat beeld van hoge ouderdom in goede gezondheid zal nog wel heel lang fictie blijven.'

De hamvraag ten slotte: hoe beoordeelt u de ouderenzorg in Nederland?

'Dat in Europa de levensverwachting gemiddeld is blijven stijgen, maar dat Nederland wat dat betreft is teruggevallen tot de middenmoot is niet louter te verklaren door factoren als leefstijl, roken, obesitas, alcoholconsumptie en dergelijke. Er is iets fundamenteel mis met het Nederlandse zorgsysteem. Wetenschappelijk is dat nog niet hard te maken, maar ik zou daar

graag onderzoek naar doen. Zo is de ligduur in ziekenhuizen steeds korter geworden. Vanuit een goede gedachte: mensen blijven daardoor mobieler en zijn gevrijwaard van nare ziekenhuisinfecties met resistente bacteriën. Er is echter onvoldoende besef dat ouderen een trager herstelproces doormaken na een operatie. Maar er is meer. Enige jaren geleden vroeg een Schotse collega van mij zich af hoe het toch kwam dat het aantal spoedopnames in zijn land zo sterk toenam. Zijn onderzoek wees uit dat het vooral 85-plussers waren die de verhoging veroorzaakten. Het waren steeds weer dezelfde mensen die met spoed werden opgenomen. Zijn idee daarover: als dokters in een ziekenhuis worden geconfronteerd met een crisissituatie dan doen ze wat ze het beste kunnen: ze halen alles uit de kast aan diagnostiek en sturen de patiënt kort daarop weer naar huis. Maar daar redt iemand op hoge leeftijd het vaak niet en binnen de kortste keren meldt hij of zij zich weer. In Nederland is de toestand niet anders. We moeten daarom veel meer werk maken van onderzoek naar de overgang van het ene type zorg naar het andere type. Hoe komen ouderen in het ziekenhuis? Hoe verloopt de overgang van ziekenhuis naar de thuis-situatie? Zoals het nu gaat, moet het dus niet. De marktwerking is funest voor de thuiszorg. De geriatrische zorg wordt geteisterd door een vruchteloze domeinstrijd met interne geneeskunde. Nee, de ouderenzorg kan stukken beter.'



'Er is iets fundamenteel mis met het Nederlandse zorgsysteem'