



Gezond ouder worden in Zeeland

Resultaten van de Ouderenmonitor Zeeland 2010



Gezondheid heeft bij ouderen een andere betekenis dan bij jongeren. Preventie en zorg richt zich bij de jongere leeftijdsgroepen vooral op (het voorkómen en uitstellen van) ziekten en sterfte. Bij gezond ouder worden gaat het vooral om het voorkómen en terugdringen van beperkingen in het functioneren en het bevorderen van de zelfredzaamheid, participatie en een goede kwaliteit van leven [1].

Gemeenten hebben een belangrijke rol in de preventieve gezondheidszorg voor ouderen. Zoals vastgelegd in artikel 5a van de Wet Publieke gezondheid wordt van gemeenten onder andere verwacht dat zij de gezondheid van ouderen monitoren, behoefte-ramingen maken en lokaal beleid formuleren. Om gemeenten hierbij te ondersteunen heeft de GGD Zeeland in 2010 de **Ouderenmonitor Zeeland** uitgevoerd, een onderzoek naar de gezondheid van zelfstandig wonende 65-plussers (zie kader). Uiteraard zijn de uitkomsten ook bruikbaar voor zorg- en welzijnsinstellingen.

In deze rapportage worden de provinciale resultaten beschreven. Een bijbehorend tabellenboek met de provinciale cijfers, en cijfers naar geslacht en leeftijd is via www.ggdzeeland.nl te vinden. Via deze link zijn ook de gemeentelijke tabellenboeken te downloaden die voor iedere gemeente apart zijn aangemaakt.

Gezondheid

Nederlanders leven steeds langer. Tegelijkertijd zijn er steeds meer mensen met één of meer ziekten. Toch wil dit niet zeggen dat mensen zich ook steeds meer ongezond voelen of beperkt. Een groot deel van de mensen met een chronische aandoening voelt zich namelijk gezond. Dit onderscheid is vooral bij ouderen van belang. Bij ouderen wordt vooral ingezet op het beperken van de gevolgen van ziekten en het behoud van een goede kwaliteit van leven óndanks een ziekte. [1].

Ouderenmonitor Zeeland 2010

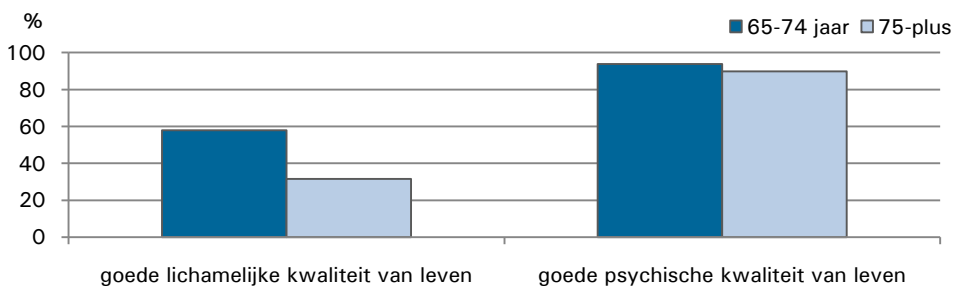
In het najaar van 2010 zijn ruim 9.000 Zeeuwse inwoners van 65 jaar en ouder gevraagd mee te werken aan de Ouderenmonitor Zeeland 2010 door het invullen van een vragenlijst. Hieraan hebben zo'n 6.000 ouderen meegewerkt, een respons van 65%. De vragenlijst bestond uit vragen over gezondheid, beperkingen, leefstijl, sociale omgeving, zorg en welzijnsvoorzieningen. Om te corrigeren voor grootteverschillen tussen de gemeenten en voor verschillen in de respons tussen leeftijdsgroepen en tussen mannen en vrouwen is het bestand gewogen. De gepresenteerde cijfers zijn representatief voor de ouderen in heel Zeeland. Waar mogelijk wordt een vergelijking gemaakt met de monitor die is uitgevoerd in 2007, en die voor een deel dezelfde vragen bevatte.

Bijna de helft van de 65-plussers ervaart een goede lichamelijke kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven is het functioneren van personen op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied en hoe mensen dit zelf ervaren. Meestal wordt onderscheid gemaakt tussen de lichamelijke en psychische kwaliteit van leven. Bij lichamelijke kwaliteit van leven ligt de nadruk op het lichamelijk functioneren en pijn, terwijl bij psychische kwaliteit van leven de focus ligt op mentale gezondheid en welbevinden [1].

Bijna de helft van de 65-plussers in Zeeland ervaart een goede lichamelijke kwaliteit van leven. Deze neemt wel af met de leeftijd. Van de 65-74 jarigen ervaart 58% een goede lichamelijke kwaliteit van leven en van de 75-plussers is dit 32%. Dit komt overeen met landelijke cijfers [1].

93% van de ouderen ervaart een goede psychische kwaliteit van leven (ook vergelijkbaar met landelijke cijfers). In tegenstelling tot de lichamelijke kwaliteit van leven neemt de psychische kwaliteit van leven met het ouder worden niet sterk af (figuur 1).



Figuur 1: Lichamelijke en psychische kwaliteit van leven naar leeftijd.

Vergeleken met 2007 is het aantal ouderen dat een goede lichamelijke kwaliteit van leven ervaart gedaald van 48% naar 45%. De psychische kwaliteit van leven is niet veranderd.

Tweederde van de ouderen met een chronische aandoening ervaart de eigen gezondheid als goed

Driekwart van de ouderen heeft één of meer chronische aandoeningen. Hoge bloeddruk (34%), gewrichtsslijtage (28%) en suikerziekte (14%) komen het meest voor. Hoewel driekwart dus een aandoening heeft, ervaart bijna tweederde van deze groep de gezondheid als goed. Daarnaast voelt 59% zich niet beperkt door de lichamelijke gezondheid.

Zelfredzaamheid is een belangrijke voorwaarde voor gezond ouder worden. In de monitor is gevraagd naar tien activiteiten die iets zeggen over de zelfredzaamheid van de oudere zoals het zelf aankleden, wassen, traplopen, etc. Ruim één op de zeven ouderen kan één of meer van deze activiteiten alleen met grote moeite of alleen met de hulp van een ander. Onder de 75-plussers is dit een kwart. Zelfredzaamheid heeft ook te maken met het kunnen doen van huishoudelijke werkzaamheden zoals koken, boodschappen doen, huis schoonmaken, bedden opmaken etc. Van alle 65-plussers heeft 28% hulp nodig bij één of meer van deze activiteiten. Onder 75-plussers is dit bijna de helft.

Een derde van de ouderen heeft een matig tot hoog risico op een angststoornis of depressie

De psychische gezondheid is nagevraagd aan de hand van vijf vragen over gevoelens: zenuwachtig, in de put, kalm en rustig, somber of neerslachtig en gelukkig. Aan de hand van de antwoorden op deze vragen kan bepaald worden in hoeverre iemand zich psychisch gezond voelt. Deze vragenset is een landelijk gebruikt instrument. Het grootste deel van de ouderen in Zeeland heeft een goede psychische gezondheid (83%). Dit percentage daalt wel met de leeftijd: van 65-74 jarigen is 86% psychisch gezond, terwijl dit onder 75-plussers 78% is. Vergeleken met 2007 is het percentage dat zich psychisch gezond voelt licht gestegen van 81% naar 83%.

Naast de algemene psychische gezondheid is ook specifiek naar angst en depressie gekeken. Deze stoornissen komen bij ouderen vaak voor maar de problematiek blijft bij veel ouderen onopgemerkt en daardoor onbehandeld. In dit onderzoek zijn een aantal vragen gesteld waarmee het risico op het hebben van een angststoornis of depressie gemeten kan worden. 30% van de ouderen heeft een matig risico en 4% een hoog risico. Onder 75-plussers komt dit meer voor dan onder 65-74 jarigen. Bijna één op de tien ouderen gebruikt medicijnen voor angst, depressie, spanning of stress.

Leefstijl

Ook op oudere leeftijd heeft leefstijlverandering nog zin en levert het voor ouderen gezondheidswinst op. Zo is bekend dat aanpassingen in bewegen, voeding, alcoholgebruik en roken de kans op sterfte aan verschillende aandoeningen verkleinen. Het is de vraag of deze gezondheidswinst ook bijdraagt aan een betere kwaliteit van leven. En of dit opweegt tegen de moeite die het kost om een verandering teweeg te brengen. Het antwoord op deze vraag zal per persoon verschillen [1].

Bijna één op de twaalf ouderen drinkt overmatig

Ouderen die op hun 65^e jaar stoppen met roken, winnen daarmee nog 1,9 gezonde levensjaren en overlijden gemiddeld 1,5 jaar later. Van de Zeeuwse ouderen rookt 11%, dit is iets lager dan landelijk (15%), en vergelijkbaar met 2007. Het zijn vooral de mannen die roken en de jongere leeftijdsgroep (65-74 jarigen).

Het advies voor volwassen mannen is om per dag niet meer dan twee glazen alcohol te drinken en voor vrouwen niet meer dan één glas per dag. Voor ouderen bestaan er geen aparte richtlijnen maar het is bekend dat oudere mensen alcohol slechter verdragen dan jongere volwassenen. Overmatig alcoholgebruik vergroot het risico op het krijgen van ruim zestig chronische of acute aandoeningen. Ook kan overmatig alcoholgebruik de kans op een val vergroten en in combinatie met medicijnen een risico zijn. Landelijk is tussen 1999 en 2008 het aantal ouderen met drankproblemen in de verslavingszorg gestegen [1].

Driekwart van de Zeeuwse ouderen drinkt wel eens alcohol. 8% is een overmatige drinker, dat wil zeggen meer dan drie glazen per dag voor mannen en meer dan twee glazen per dag voor vrouwen. In de jongere leeftijdsgroep (65-74 jarigen) is het overmatig alcoholgebruik hoger (11%) vergeleken met de 75-plussers (4%). Mannen drinken vaker overmatig dan vrouwen. Naast 'overmatig' alcoholgebruik wordt soms ook ge-

spraken over 'zware' drinkers. Hierbij wordt een andere definitie gehanteerd voor teveel drinken: een zware drinker is iemand die minimaal éénmaal per week zes glazen of meer per dag drinkt. 4% van de Zeeuwse ouderen is volgens deze definitie een zware drinker, vergelijkbaar met 2007. Ook hier is dit percentage onder de 65-74 jarigen hoger (5%) dan onder de 75-plussers (2%). De percentages voor zware drinkers komen overeen met landelijke cijfers voor deze leeftijdsgroep [2].

Ruim de helft van de 75-plussers beweegt te weinig

Bewegen is belangrijk voor het behouden van de gezondheid van ouderen en voor het beperken van de gevolgen van ziekten. Zo verkleint regelmatig bewegen het risico op chronische aandoeningen zoals diabetes, coronaire hartziekten en depressie en kan het achteruitgang in het functioneren, zelfredzaamheid en participatie in de maatschappij voorkomen. Om te voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen voor mensen van 55 jaar of ouder, moeten ouderen minimaal vijf dagen in de week ten minste een half uur matig intensief lichamelijk actief zijn. Matig intensieve lichamelijke activiteiten zijn bijvoorbeeld rustig wandelen of fietsen [1].

Bijna twee derde (63%) van de Zeeuwse ouderen voldoet aan deze norm, dit is meer dan het landelijk gemiddelde (58%). Mannen bewegen meer dan vrouwen en 65-74-jarigen bewegen meer dan 75-plussers. Zo beweegt ruim de helft van de Zeeuwse 75-plussers te weinig. Ten opzichte van 2007 is het aantal ouderen dat voldoet aan de norm licht gestegen van 61% naar 63%. Ook wordt er door iets meer ouderen gesport: in 2007 sportte 21% minimaal één maal per week, in 2010 is dit 23%.

Eenvijfde van de opgelopen letsels is het gevolg van een val

Voldoende bewegen verkleint ook de kans op valincidenten. Eén op de negen Zeeuwse ouderen heeft in de drie maanden voorafgaande aan het onderzoek een letsel opgelopen. 21% van deze letsels is het gevolg van een valongeval. Fracturen zijn de meest voorkomende letsels waarmee ouderen na een valongeval worden opgenomen in een ziekenhuis. Bij ouderen ontstaat na een val vaak een heupfractuur, met grote gevolgen voor het functioneren [1].

Bewegen heeft ook gunstige gevolgen voor het gewicht. 58% van de Zeeuwse 65-plussers heeft overgewicht (vergelijkbaar met landelijk). Dit is gebaseerd op de Body Mass Index: de lengte gedeeld door het gewicht in het kwadraat. Iemand heeft overgewicht bij een BMI van 25 of meer. Bij een BMI van 30 of meer spreken we van obesitas (14% van de ouderen). Dit zijn echter richtlijnen die met name voor volwassenen tot 70 jaar van toepassing zijn. Boven de 70 jaar is de BMI niet eenvoudig te interpreteren, vanwege verandering van lichaamslengte, lichaamssamenstelling en vetverdeling over het lichaam.

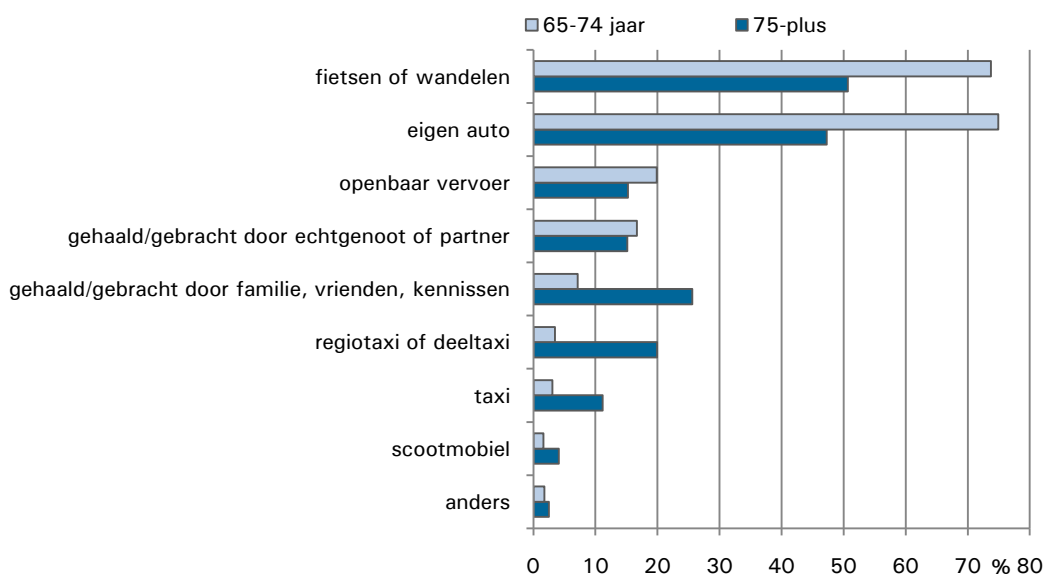
Minder ouderen met vervoersproblemen

Goed vervoer is belangrijk om volwaardig te kunnen deelnemen aan de maatschappij.

4% van de 65-74 jarigen en 27% van de 75-plussers kan niet zelfstandig gebruik maken van eigen of openbaar vervoer. Eén op de vijf ouderen gaat wel eens ergens niet naar toe omdat men geen vervoer heeft.

Om ergens te komen gaat ongeveer twee derde van de ouderen meestal fietsen of wandelen. 63% gebruikt de eigen auto. Ongeveer 30% wordt gehaald of gebracht door iemand uit de directe omgeving (partner, fami-

lie, vrienden). 18% gebruikt het openbaar vervoer en 11% de regiotaxi of deeltaxi, 7% neemt de 'gewone' taxi en 3% gaat op zijn/haar scootmobiel. Met het ouder worden neemt het aantal ouderen dat wandelt of fietst af. Ook het aantal ouderen dat met de eigen auto gaat wordt minder, evenals het aantal dat met het openbaar vervoer gaat. Het aantal ouderen dat gehaald of gebracht wordt door de partner blijft ongeveer gelijk, maar het aantal dat door familie, vrienden of kennissen vervoerd wordt neemt toe. Ook wordt er met het toenemen van de leeftijd meer gebruik gemaakt van de taxi en de regio- of deeltaxi (figuur 2).



Figuur 2: Vervoersmiddelen en leeftijd

Vergeleken met 2007 zijn een aantal opvallende verschillen te zien. Er wordt meer gefietst en gewandeld en ook het gebruik van de eigen auto is toegenomen. Het gebruik van de taxi is gedaald maar van de regio- of deeltaxi is juist gestegen. Ook het gebruik van het openbaar vervoer is gestegen. In 2010 zijn er minder ouderen (20%) die vanwege vervoersproblemen ergens niet naar toe gaan vergeleken met 2007 (24%).

Sociale omgeving

De sociale omgeving beïnvloedt de gezondheid op verschillende manieren. Het kan positief werken als de omgeving sociale steun oplevert. Maar het kan ook een negatieve invloed hebben door stress op te leveren, bijvoorbeeld als een geliefde overlijdt of als er zorgen zijn over de mensen om je heen. Ook mishandeling en geweld zijn voorbeeld van een negatieve effecten van de sociale omgeving [1]. Hieronder worden verschillende aspecten van de sociale omgeving van de Zeeuwse ouderen beschreven.

Eén op de tien 75-plussers is (zeer) ernstig eenzaam

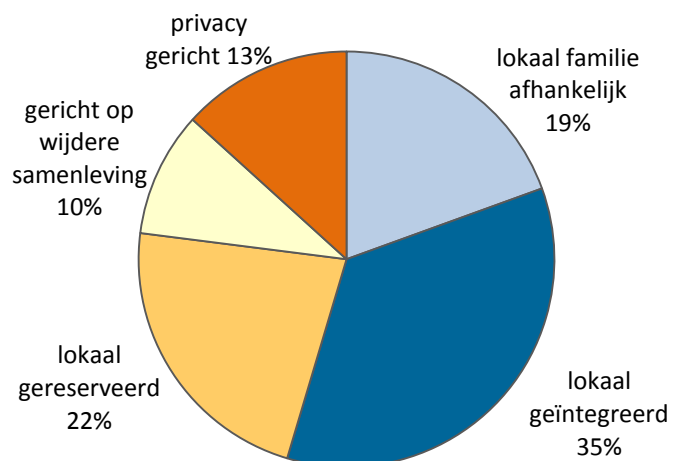
Er is sprake van eenzaamheid als er een verschil is tussen de gewenste en de werkelijke sociale relaties. Hierbij kan het gaan om het aantal sociale relaties maar ook om de kwaliteit van die relaties. Langdurige eenzaamheid heeft directe gevolgen voor de kwaliteit van leven en heeft een negatieve invloed op de gezondheid. Hoewel ouderen in theorie een grotere kans hebben om eenzaam te worden dan jongere mensen (doordat hun netwerk grootte afneemt), is dit in de praktijk niet het geval. Dit heeft waarschijnlijk te maken met verwachtingen en wensen over sociale contacten die worden bijgesteld naarmate men ouder wordt. Wel is het zo dat binnen de groep ouderen het aantal eenzame ouderen toeneemt met de leeftijd [1].

Van de Zeeuwse 65-plussers is bijna de helft eenzaam. 39% is matig eenzaam en 8% is ernstig tot zeer ernstig eenzaam. Onder 75-plussers is één op de tien ouderen zeer (ernstig) eenzaam. Het totaal aantal eenzame ouderen is niet veranderd ten opzichte van 2007. Wel is er een kleine verschuiving binnen de groep eenzamen: het aantal matig eenzamen is iets gestegen, terwijl het aantal (zeer) ernstig eenzamen iets is gedaald: van 10% naar 8%. Vaak wordt een onderscheid gemaakt tussen zogenaamde emotionele eenzaamheid (een gebrek aan intieme contacten) en sociale eenzaamheid (een klein sociaal netwerk hebben). Beiden vormen van eenzaamheid vergen een andere aanpak. Sociale eenzaamheid (49%) komt meer voor dan emotionele eenzaamheid (29%). De sociale eenzaamheid neemt minder sterk toe met de leeftijd dan de emotionele eenzaamheid.

Eenzaamheid hangt samen met de lichamelijke en psychische gezondheid. Zo hebben eenzame ouderen in Zeeland meer chronische aandoeningen, een slechtere ervaren gezondheid, meer lichamelijke beperkingen, en een slechtere psychische gezondheid. Ook gebruiken ze vaker medicijnen tegen depressie, angst of stress.

Het 'lokaal geïntegreerde netwerk' is het meest robuuste type en komt ook het meest voor

In de monitor is niet zozeer gekeken naar de grootte van het netwerk, maar naar het *type* netwerk. Het type netwerk kan ingedeeld worden aan de hand van de nabijheid van naaste familie (met name kinderen en broers of zussen), frequentie van contact met familie, vrienden en burens, betrokkenheid bij de gemeenschap (kerkbezoek, groepsbijeenkomsten). Deze indeling levert vijf typen netwerk. Het type netwerk zegt iets over de mate waarin informele hulp zoals mantelzorg voorhanden is in het geval de oudere hulpbehoevend wordt (zie kader) [3].



Figuur 3: De vijf netwerktypen van ouderen

Beschrijving van de netwerktypen (figuur 3):

Lokaal familieafhankelijk netwerk: 19%

Dit netwerk is vooral gericht op vlakbijwonende (of inwonende) directe verwanten, meestal kinderen. Daarnaast is er weinig contact met vrienden of buren. Er is een geringe betrokkenheid bij het gemeenschapsleven. Hulp wordt vooral van familie ontvangen, vaak is dit een centrale persoon, meestal de dochter.

"Ik heb gelukkig familie in de buurt. Zij zullen zonedig voor mij zorgen."

Lokaal geïntegreerd netwerk: 35%

Ouderen met dit netwerk hebben nauw contact met familieleden die dichtbij wonen en met buren en vrienden die in de buurt wonen. Deze ouderen zijn actief betrokken in de gemeenschap bij de kerk en vrijwilligersorganisaties. De zorg in tijden van hulpbehoevendheid wordt verdeeld onder de netwerkleden. Professionele hulp wordt pas als laatste redmiddel ingeschakeld.

"Wij kennen elkaar allemaal in deze buurt en zorgen voor elkaar. Er komt altijd wel iemand kijken hoe het met mij gaat."

Lokaal gereserveerd netwerk: 22%

Dit netwerk kenmerkt zich door onregelmatig contact met één of meer familieleden die niet al te ver weg wonen. In noodgevallen vertrouwt men op de buren. De betrokkenheid bij de plaatselijke gemeenschap is gering. Voor jezelf kunnen zorgen is belangrijk, men probeert het vooral zelf te redden.

"Ik hou ervan op mezelf te zijn, maar ik weet dat de buren er zijn als ik ze nodig heb."

Netwerk gericht op de bredere samenleving: 10%

Deze ouderen hebben een actieve relatie met familie (meestal kinderen) die op enige afstand wonen. Ze hebben goede relaties met vrienden en buren. Ze zijn sociaal actief en betrokken in en buiten de gemeenschap. In noodgevallen is er hulp (vrienden staan paraat tot de familie er is), maar er is minder kans op langdurige zorg. Ze maken eerder en meer gebruik van professionele hulp.

"Hoewel mijn familie ver weg woont, heb ik gelukkig goede vrienden in de buurt die me zonedig zullen helpen."

Privacy gerichte netwerk: 13%

Ouderen met dit netwerk hebben vaak geen familie in de buurt en er is minimaal contact met de buren. Soms zijn er enkele (oppervlakkige) vrienden in de buurt. Betrokkenheid in de gemeenschap (vrijwilligerswerk, kerk of andere activiteiten) is praktisch nul. In geval van hulpbehoevendheid maken ze relatief veel gebruik van formele hulp omdat er bijna geen informele hulp voorhanden is. *"Ik heb niet veel contact met de mensen in de buurt maar ik ben misschien altijd al te onafhankelijk/op mezelf geweest."*

Netwerktipe en informele hulp

Lokaal familieafhankelijke en lokaal geïntegreerde netwerken hebben meer kans op informele hulp (oftewel een groter 'zorgpotentieel') in geval van nood en ziekte dan het lokaal gereserveerd en privacy gerichte netwerk. Tegelijkertijd zijn lokaal familieafhankelijke netwerken ook kwetsbaar doordat het zorgende familielid overbelast kan raken. Het lokaal geïntegreerde netwerktipe is juist wat robuuster doordat de informele hulp meer verdeeld is over de netwerkleden. De op de bredere samenleving gerichte netwerken hebben ook meer informele hulp voorhanden, maar de kans dat deze hulp langdurig van aard is, is kleiner. Lokaal gereserveerd en privacy gerichte netwerken hebben een kleiner zorgpotentieel en doen een groter beroep op professionele zorg. Het privacygerichte netwerktipe is het meest kwetsbare tipe.

Het lokaal geïntegreerde netwerktype komt het meest voor (35%), het netwerk gericht op de bredere samenleving het minst (10%). Ouderen in een privacy gericht netwerk (13%) hebben van alle netwerken het vaakst chronische aandoeningen, lichamelijke beperkingen, een slechtere psychische gezondheid, ervaren meer eenzaamheid en maken het meest gebruik van professionele zorg.

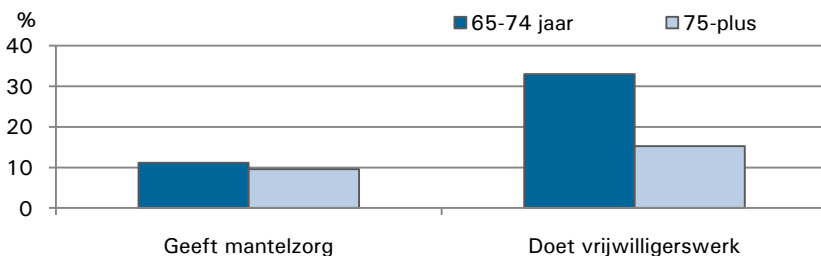
Er zijn weinig veranderingen in de netwerktypen te zien sinds 2007. Het aandeel 'lokaal familieafhankelijk netwerktype' is enigszins gedaald (van 22% naar 19%).

57% van de 65-plussers gaat weleens naar groepsbijeenkomsten, en 43% naar kerkelijke bijeenkomsten. 75-plussers gaan minder vaak naar groepsbijeenkomsten dan 65-74 jarigen, maar vaker naar kerkelijke bijeenkomsten.

Bijna één op de zes oudere mantelzorgers voelt zich zwaar belast

Het verlenen van vrijwilligerswerk en het geven van mantelzorg zijn vormen van maatschappelijke participatie. Met deze participatie zetten ouderen zich in voor maatschappelijke doeleinden. Dit laatste wordt ook wel als positieve tegenhanger van de 'vergrijzing', de 'verzilvering' genoemd [1].

Een kwart van de Zeeuwse ouderen is actief in enige vorm van georganiseerd vrijwilligerswerk. Dit zijn twee keer zoveel 65-74 jarigen (33%) dan 75-plussers (15%). Ten opzichte van 2007 is het aandeel ouderen dat vrijwilligerswerk verricht gestegen van 22% naar 25%. Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) verwacht dat het percentage 65-74 jarigen dat vrijwilligerswerk verricht tot en met 2015 nog licht zal stijgen [1].



Figuur 4: Mantelzorg en vrijwilligerswerk naar leeftijd

Eén op de negen 65-plussers geeft momenteel mantelzorg, ongeveer evenveel 65-74 jarigen als 75-plussers. Het aandeel dat in het afgelopen jaar mantelzorg heeft gegeven is onder 65-74 jarigen 15% en onder 75-plussers 11%. Vergeleken met andere leeftijdsgroepen zijn 65-74 jarigen één van de grootste groepen mantelzorgers (na de 45-54 jarigen). Het aantal mantelzorgers is gestegen van 9% in 2007 naar 11% in 2010. Volgens het SCP neemt het aantal ouderen dat mantelzorg verleent tot 2030 toe, terwijl dit onder de 65 jaar afneemt [1].

Van de mantelzorgers voelt 16% zich zwaar belast. Deze belasting is vooral hoog onder mantelzorgers die meer dan 10 uur per week mantelzorg verlenen (44% van hen is zwaar belast). Mantelzorgers hebben zelf vaak ook chronische aandoeningen en belemmeringen: zo heeft 70% van de Zeeuwse oudere mantelzorgers een chronische ziekte en ervaart 28% lichamelijke beperkingen. Dit maakt deze groep extra kwetsbaar.

3% van de ouderen is ooit slachtoffer geweest van huiselijk geweld.

Tot de sociale omgeving behoort ook sociale veiligheid en geweld. Eén op de twintig ouderen voelt zich overdag weleens onveilig. Ruim één op de zeven voelt zich 's avonds of 's nachts onveilig, twee keer zoveel vrouwen als mannen. Er is weinig verschil tussen de leeftijdsgroepen. 3% van de 65-plussers is ooit slachtoffer geweest van huiselijk geweld. Bij het grootste deel hiervan (84%) is dit langer dan 5 jaar geleden en in 8% was dit korter dan een jaar geleden. 70% van de ouderen die ooit slachtoffer is geweest van huiselijk geweld had te maken met psychisch of emotioneel geweld. Bij 56% betrof het lichamelijk geweld en bij 16% ongewenste seksuele toenadering en bij 15% seksueel misbruik.

Zorg

Bij zorg voor ouderen kan onderscheid gemaakt worden tussen zorg die gericht is op diagnose, genezing of stabilisatie van een aandoening (*cure*) en zorg die gericht is op het omgaan met beperkingen (*care*).

Wat betreft *cure* is in de monitor gevraagd naar het huisartsenbezoek en de tevredenheid over de bereikbaarheid van de huisarts. Daarnaast is met betrekking tot een aantal zorgverleners gevraagd of deze voldoende in de buurt aanwezig zijn en of men tevreden is over de dienstverlening. Het gaat hierbij om: huisarts, apotheek, tandarts, fysiotherapeut, maatschappelijk werk en wijkverpleging.

Ruim de helft heeft in de afgelopen twee maanden contact gehad met de huisarts

Jaarlijks maakt 87% van de Zeeuwse 65-plussers gebruik van de huisartsenzorg. Dit komt overeen met landelijk (85%) [1]. Ruim de helft (56%) heeft in de twee maanden voorafgaand aan het onderzoek contact gehad met de huisarts. Het huisartsgebruik neemt toe met de leeftijd. Onder 65-74 jarigen heeft 51% contact gehad met de huisarts in de afgelopen twee maanden en onder 75-plussers is dit 62%. Zoals te verwachten maken ouderen met een chronische aandoening meer gebruik van de huisarts: 62% tegenover 34% van de ouderen zonder chronische aandoening.

Ongeveer één op de tien ouderen is ontevreden over de telefonische bereikbaarheid van de huisarts voor het maken van een afspraak. Eenzelfde deel is ontevreden over de snelheid waarmee men op het spreekuur terecht kan en 17% is niet tevreden over de telefonische bereikbaarheid tijdens het telefonisch spreekuur van de huisarts.

Het percentage ouderen dat vindt dat zorgverleners onvoldoende in de buurt aanwezig zijn varieert van 2% (huisarts en fysiotherapeut) tot 8% (tandarts). Ten opzichte van 2007 zijn deze percentages voor nagenoeg alle zorgverleners gehalveerd. Wat betreft de ontevredenheid over de dienstverlening van deze zorgverleners: die varieert van 0,9% (fysiotherapeut) tot 3% (huisarts) dat ontevreden is hierover. Vergelijken met 2007 is dit niet veranderd.

Eén op de vijf 75-plussers krijgt mantelzorg

De care, de zorg gericht op beperkingen, kan bestaan uit verzorging, verpleging, begeleiding of huishoudelijke hulp. De zorg is erop gericht de zelfredzaamheid van de zelfstandig wonende ouderen te bevorderen. De zorg kan verleend worden door een professionele hulpverlener, een vrijwillige hulp of een mantelzorger.

Een kwart van de 65-plussers ontvangt momenteel professionele zorg. Onder 65-74 jarigen is dit 12% en onder 75-plussers is dit 45%. De zorg bestaat vooral uit hulp bij huishoudelijk werk (82%). Eén op de elf ouderen ontvangt hulp van een vrijwilliger. Eén op de negen 65-plussers ontvangt mantelzorg, de helft hiervan ontvangt deze zorg dagelijks. Vijf keer zoveel 75-plussers (20%) dan 65-74 jarigen (4%) krijgt mantelzorg. De zorg bestaat vooral uit hulp bij huishoudelijk werk (83%) en daarnaast uit begeleiding en vervoer (62%), regelen administratie (56%), gezelschap en afleiding (46%) en hulp bij dagelijkse verzorging (39%). De mantelzorg wordt meestal door de kinderen gegeven (63%) en door de partner (41%).

Vergeleken met 2007 ontvangen iets minder ouderen mantelzorg (13% in 2007). Vooral de zorg die door de kinderen gegeven wordt is iets afgenomen, zorg door de partner is gelijk gebleven.

Van alle 65-plussers krijgt een derde enige vorm van hulp (professionele zorg, vrijwilligershulp en/of mantelzorg). Onder de 75-plussers is dit ruim de helft.

Voorzieningen

WMO¹-voorzieningen moeten ervoor zorgen dat burgers met een beperking en dus ook ouderen kunnen meedoen aan de maatschappij en zelfstandig kunnen blijven wonen.

Een vijfde van de ouderen weet niet waar men terecht kan voor een WMO-voorziening

Van een aantal WMO-voorzieningen is gevraagd of de respondent weet waar hij of zij terecht kan voor informatie en vragen. Bijna een vijfde van de respondenten weet dit niet (maar zou wel graag informatie willen). Dit geldt vooral voor hulp in de huishouding in verband met een beperking (10% van alle 65-plussers), en voor een vervoersvoorziening (8%).

Een kwart heeft in het afgelopen jaar gebruik gemaakt van minstens één WMO-voorziening. Vooral hulp in de huishouding (18%) en vervoersvoorziening (11%). Het minst werd gebruik gemaakt van ondersteuning vanwege het werk als vrijwilliger (0,8%). Het gebruik is hoger onder de 75-plussers. Zoals te verwachten is het gebruik onder ouderen die lichamelijke beperkingen ervaren hoger (51%) tegenover ouderen zonder beperking (10%) (figuur 5).

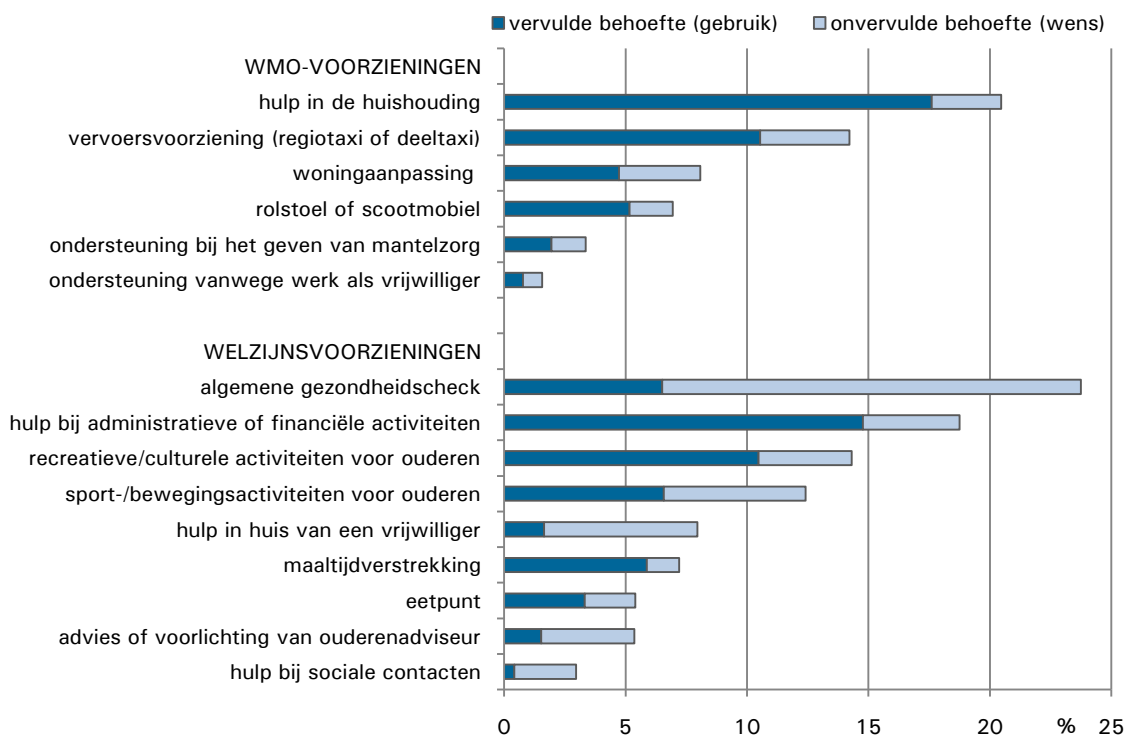
Naast het gebruik is ook gevraagd of men behoefte heeft aan een WMO-voorziening (maar die dus nog niet gebruikt). Dit betreft één op de tien ouderen.

¹ WMO: Wet Maatschappelijke Ondersteuning

Ruim één op de zes ouderen zou een algemene gezondheidscheck willen

Niet alleen is gevraagd naar het gebruik en de behoefte van WMO-voorzieningen maar ook van negen welzijnsvoorzieningen voor ouderen. Een derde van de 65-plussers maakt wel eens gebruik van een welzijnsvoorziening. Vooral hulp bij administratieve of financiële activiteiten (15%) en recreatieve en culturele activiteiten (10%). Het minst wordt gebruik gemaakt van hulp bij (het uitbreiden van) sociale contacten (0,4%). Het gebruik is onder 75-plussers groter (46%) dan onder 65-74 jarigen (26%).

Van alle 65-plussers geeft 29% aan behoefte aan één of meer welzijnsvoorziening te hebben maar deze (nog) niet te gebruiken (figuur 5). Het meest genoemd hierbij is de 'algemene gezondheidscheck' (17%). Dit leeft vooral onder 65-74 jarigen (21%) en minder onder de 75-plussers (12%). Voor de meeste voorzieningen geldt dat de (onvervulde) behoefte onder de oudste leeftijdsgroep het grootst is, met uitzondering van de sport- en bewegingsactiviteiten en de eerder genoemde gezondheidscheck.



Figuur 5: Gebruik en behoefte van WMO- en welzijnsvoorzieningen

Opvallend is dat het gebruik van bijna alle welzijnsvoorzieningen is gedaald sinds 2007. Zo is het gebruik van hulp bij administratieve of financiële activiteiten gedaald van 30% naar 15% en het gebruik van recreatieve en culturele activiteiten van 15% naar 10%.

Kwetsbare ouderen

Dit rapport gaat over zelfstandig wonende ouderen omdat de preventieve gezondheidszorg voor ouderen zich voornamelijk op deze groep richt. Het grootste deel van de totale groep ouderen, namelijk 95%, woont zelfstandig. Deze groep ouderen is een diverse groep. Met een grote groep ouderen gaat het prima. Daarnaast zijn er groepen te onderscheiden, die extra risico lopen op gezondheidsproblemen. Eén van die groepen zijn de 75-plussers. In het rapport is waar zinvol aandacht geschonken aan het verschil tussen de 75-plussers en de jongere groep. Ook vrouwen vormen een risicogroep, onafhankelijk van het feit dat zij vaak ouder zijn. Daarnaast is ook gekeken naar ouderen die een lage opleiding hebben, een laag inkomen (alleen AOW), alleenstaanden en ouderen die door hun lichamelijke gezondheid beperkt zijn. De resultaten hiervan worden hier niet in detail beschreven, maar in grote lijnen komt het erop neer dat deze groepen een slechtere gezondheid ervaren, meer psychische problemen ervaren, meer beperkingen hebben, minder bewegen, minder mobiel zijn en vaker mantelzorg, professionele zorg en vrijwillige hulp ontvangen. Ook maken ze vaker gebruik van zowel WMO-voorzieningen als welzijnsvoorzieningen en is de (onvervulde) behoefte eraan ook groter.

Kwetsbare ouderen ervaren meer gezondheidsproblemen en maken meer gebruik van voorzieningen

Bij het tegelijkertijd voorkomen van meerdere risicofactoren (iemand is bijvoorbeeld zowel alleenstaand als lichamelijk beperkt) wordt de kwetsbaarheid van die oudere groter. Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden) [4]. Volgens het SCP is in Nederland ongeveer een kwart van de zelfstandig wonende 65-plussers kwetsbaar.

In Ouderenmonitor Zeeland wordt kwetsbaarheid² gedefinieerd als het hebben van zowel hoge draaglast als een lage draagkracht. Van kwetsbaarheid is sprake wanneer de draaglast van een persoon (de problemen en opgaven waarvoor iemand zich gesteld ziet), langdurig groter is dan zijn draagkracht (zijn persoonlijke competenties en de hulpbronnen in de omgeving waarover hij of zij kan beschikken). De combinatie hoge draaglast en lage draagkracht, en dat gedurende langere tijd, maakt iemand kwetsbaar.

In de Ouderenmonitor Zeeland betekent een hoge draaglast dat de oudere niet zelfredzaam is en/of beperkt wordt door de lichamelijke gezondheid. Dit betreft 39% van de ouderen in Zeeland. Dit percentage kan niet vergeleken worden met 2007 vanwege een andere vraagstelling met betrekking tot zelfredzaamheid. Van een lage draagkracht is sprake als een oudere alleen woont en/of alleen AOW heeft: 41% van de ouderen. Eén op de vijf ouderen in Zeeland is een kwetsbare oudere: zij hebben zowel een hoge draaglast als een lage draagkracht. Het aantal kwetsbare ouderen neemt toe met de leeftijd. Zo is onder 75-plussers 34% kwetsbaar terwijl dit onder 65-74 jarigen nog maar 10% is. Daarnaast zijn ook vrouwen, alleenstaanden en ouderen uit lagere sociaal economische klassen vaker kwetsbaar.

Kwetsbare ouderen hebben meer gezondheidsproblemen: 63% ervaart de eigen gezondheid als matig of slecht, 38% voelt zich psychisch ongezond en 20% heeft in de afgelopen drie maanden een letstel opgelopen. Deze percentages liggen aanzienlijk hoger dan onder de niet-kwetsbaren (zie tabel 1).

² Deze definitie is afkomstig uit een eerdere publicatie van het SCP over kwetsbare ouderen [5]

De behoefte aan zorg en hulp is daarmee onder kwetsbare ouderen hoog (tabel 1). Kwetsbare ouderen maken meer gebruik van WMO- en welzijnsvoorzieningen. Zo heeft tweederde van de kwetsbare Zeeuwse ouderen gebruik gemaakt van één of meer WMO-voorzieningen, terwijl dit onder niet-kwetsbare ouderen 13% was. Ook zijn onder de kwetsbaren meer ouderen die niet weten waar ze terecht kunnen voor het aanvragen van een WMO voorziening, en meer ouderen die behoefte hebben aan een WMO-voorziening maar daar, om welke reden dan ook, nog geen gebruik van maken. Ook het gebruik en behoefte aan welzijnsvoorzieningen is onder de kwetsbare ouderen groter. Met name de onvervulde behoefte is een punt van aandacht: deze ouderen zijn al kwetsbaar en ondervinden tegelijkertijd blijkbaar belemmeringen voor het gebruik van deze voorzieningen. Kwetsbare ouderen ontvangen ook meer hulp, zowel professionele hulp, als mantelzorg of vrijwillige hulp.

Tabel 1: Gezondheid en gebruik van zorg en voorzieningen door kwetsbare en niet-kwetsbare ouderen

	Niet kwetsbaar	Kwetsbaar
Ervaart de eigen gezondheid als matig of slecht	20%	63%
Voelt zich psychisch ongezond	12%	38%
Heeft afgelopen drie maanden letsel opgelopen	9%	20%
Wil informatie over een WMO-voorziening maar weet niet waar deze is te verkrijgen	17%	27%
Heeft het afgelopen jaar gebruik gemaakt van een WMO-voorziening	13%	67%
Heeft behoefte aan een WMO-voorziening maar maakt daar (nog) geen gebruik van	7%	24%
Gebruikt wel eens een welzijnsvoorziening	29%	54%
Heeft behoefte aan een welzijnsvoorziening maar gebruik deze (nog) niet	26%	41%
Krijgt mantelzorg	5%	35%
Krijgt professionele hulp	15%	68%
Krijgt hulp van vrijwilliger	5%	24%

Tot slot

Deze rapportage beperkt zich tot de cijfers. In het kader van de regionale Toekomst Verkenning 2012 (rVTV) wordt een aantal deelrapporten uitgebracht (voorjaar 2012) waaronder een Deelrapport Ouderen. Hierin zal verder worden ingegaan op de *betekenis* van de cijfers voor het beleid.

Bronnen

1. Gezond ouder worden in Nederland. RIVM rapport 270462001/2011. Centrum voor Volksgezondheid Toekomstverkenningen. 2011
2. CBS-statline, www.cbs.nl
3. van der Meer MJ. Older adults and their sociospatial integration in de The Netherlands. Proefschrift Universiteit van Amsterdam. Nederlandse Geografische Studies 345, Utrecht/ Amsterdam. 2006
4. Campen, C. van (red). Kwetsbare ouderen. Sociaal Cultureel Planbureau, Den Haag, 2011
5. De Klerk M.M.Y. (red). Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen. Rapportage Ouderen 2004

Colofon

Auteur: Karin Weterings, epidemioloog GGD Zeeland, afdeling Algemene Gezondheidszorg.

www.ggdzeeland.nl en www.GGDgezondheidsatlas.nl

© GGD Zeeland, 11-3545 KW/CdR, Goes december 2011