

Volksgezondheid Instituut Curaçao

De Nationale
Gezondheidsenquête

CURAÇAO



Themarapport OUDEREN

2013

S. Verstraeten en I. Jansen

De Nationale Gezondheidsenquête Curaçao 2013

Themarapport OUDEREN

Dit is een uitgave van:
Volksgezondheid Instituut Curaçao (VIC)
Martinus Academisch Centrum
Molenplein z/n, Otrobanda
Curaçao
(+599 9)-839-2173
www.vic.cw

© november 2013 VIC

VIC verricht onderzoek op het gebied van Ziekte & Zorg en Gedrag & Gezondheid ten behoeve van informatievoorziening aan de overheid, zorgverleners en zorginstellingen voor de ontwikkeling en evaluatie van gezondheidsbeleid. VIC besteedt uiterste zorg aan actuele en correcte informatie. Deze publicatie is tot stand gekomen in nauwe samenwerking met het CBS en de St. Martinus University.

Aan de inhoud van deze publicatie kunnen geen rechten worden ontleend.

DEZE PUBLICATIE, RAPPORTNUMMER VIC/2013/003, IS GRATIS TE DOWNLOADEN VIA
WWW.VIC.CW.

AUTEURS

Drs. Soraya Verstraeten

Drs. Iralice Jansen

DEZE PUBLICATIE IS TOT STAND GEKOMEN MET DANK AAN:

Drs. Sean de Boer, drs. Barbara Perquin, ing. Maria Duijndam, Kwai-Lang Lai, Lysandra de Meza en drs. Leander Kuijvenhoven (CBS)

Dr. Sanjay Sharma, dr. Earley Elshot-Sardjo, Prof. dr. Sirving Keli, dr. Roeland Thomas (ex-SMU), dr. Prince Singh en dr. Gaurav Bajaj (St. Martinus University, SMU)

Drs. Sanne Snoeijs en dr. Wienke Boerma (NIVEL)

Dr. Tineke Alberts

Jonathan Plantijn, Mildred Alberto en Sandra Rijke (VIC)

De 40 interviewers

De laatstejaars medische studenten van de St. Martinus University

De 3.000 respondenten

AFKORTINGEN

CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CHS	Curaçao Health Study
BMI	Body Mass Index
NGE	Nationale Gezondheidsenquête
SEHOS	St. Elisabeth Hospitaal
VIC	Volksgezondheid Instituut Curaçao
WHO	World Health Organization

SAMENVATTING

Met het toenemen van de levensverwachting is de afgelopen decennia ook het aantal ouderen toegenomen. Onder ouderen worden in dit rapport personen van 65 jaar en ouder verstaan. Door de toenemende vergrijzing van de bevolking neemt de behoefte aan ouderenbeleid en –zorg toe, zowel op het gebied van gezondheid als van welzijn. De toenemende behoefte zorgt ook voor een stijging van de zorgkosten. Deze ontwikkelingen leiden tot een toenemende behoefte bij beleidsmakers en andere stakeholders op het terrein van ouderenzorg aan informatie over de gezondheidstoestand en de determinanten van gezondheid van ouderen alsmede over hun gebruik van de gezondheidszorg.

Het doel van dit themarapport is om op basis van de gegevens uit Nationale Gezondheidsenquête (NGE) 2013 te voorzien in deze informatiebehoefte. Daartoe is de data van de NGE 2013 specifiek voor deze doelgroep nader geanalyseerd en zijn de bevindingen vervolgens verwerkt in dit rapport. Vanwege de onderzoeksopzet betreffen dit uitsluitend niet-geïstitutionaliseerde ouderen. De belangrijkste bevindingen zijn hieronder samengevat.

WIE ZIJN DE OUDEREN?

In januari 2013 waren er 22.376 personen van 65 jaar of ouder in Curaçao. Dit zijn 9.300 mannen en 13.076 vrouwen. Deze ouderen maken 14,6% uit van de bevolking. De meeste ouderen zijn geboren in Curaçao (83,3%), zijn gehuwd (39,7%), hebben een laag (47,5%) of middelbaar (46,8%) opleidingsniveau, zijn met pensioen (91,0%) en hebben een netto inkomen van minder dan NAf. 2000 per maand (56,5%).

Het aandeel 65-plussers is het grootst in de zones Habaai (32,8%) en Zeelandia (31,8%) en het kleinst in de zones Rancho (5,6%) en Fortuna (7,0%). De vergrijzing is dus ongelijk verspreid over Curaçao.

HOE STAAT HET MET DE GEZONDHEID VAN OUDEREN?

In 2011/2012 was de gemiddelde levensverwachting 74,4 jaar voor mannen en 80,7 jaar voor vrouwen. Op iedere leeftijd hebben vrouwen een hogere levensverwachting. Dit verschil neemt wel af naarmate de leeftijd toeneemt; van 6,3 jaar bij de geboorte tot 1,7 jaar op 80-jarige leeftijd. Het aantal levensjaren dat doorgebracht wordt in goed ervaren gezondheid en zonder lichamelijke beperkingen is vrijwel gelijk voor beide geslachten. Dit betekent dat vrouwen, met hun langere levensverwachting, een groter deel van hun leven doorbrengen met een minder goed ervaren gezondheid en met gezondheidsproblemen die hen beperken.

De meest voorkomende aandoeningen onder 65-plussers zijn hoge bloeddruk (46,4%), diabetes mellitus (25,6%) en hoog cholesterol (22,6%). Deze zelfgerapporteerde jaarprevalenties zijn hoger onder vrouwen dan onder mannen. Ten opzichte van 1993/1994 is voor beide geslachten tezamen de prevalentie van hoge bloeddruk met 12,8 procentpunt toegenomen en diabetes mellitus met 7,9 procentpunt. Het aantal ouderen met prostaatproblemen en met hernia en andere chronische rugaandoeningen is het sterkste gedaald, met 4,8 en 8,5 procentpunt respectievelijk. Zowel absoluut als procentueel zijn er meer vrouwen dan mannen met twee of meer chronische aandoeningen tegelijkertijd. Ook ligt het gemiddelde aantal ziekten hoger bij vrouwelijke 65-plussers.

Lichamelijke beperkingen komen vaker voor naarmate de leeftijd toeneemt. Beperkingen in de mobiliteit komen het meeste voor onder ouderen. Zintuiglijke beperkingen, mede dankzij het gebruik van hulpmiddelen, het minst. De helft van de 75 t/m 84-jarigen is ernstig beperkt op minstens één van de vier gebieden zien, horen, mobiliteit en/of het uitvoeren van alledaagse activiteiten. Bij ouderen van 85 jaar en ouder is dit 67,8%. Deze cijfers laten zien dat ernstige beperkingen relatief vaak voorkomen onder niet-geïstitutionaliseerde ouderen. Chronische aandoeningen zijn gerelateerd aan beperkingen. Eén op de zeven ouderen met artritis, één op de acht met een nierziekte en negen op de tien die een beroerte hebben gehad geven tevens aan een beperking (matig of ernstig) te hebben.

Het geluk en de levenslust worden slechter ervaren naarmate de leeftijd van ouderen hoger is. Het ervaren van psychische klachten en een verminderde vitaliteit is niet afhankelijk van de leeftijd. Vrouwen ervaren de voorgenoemde indicatoren, en daarmee hun psychische gezondheid, slechter dan mannen.

WELKE DETERMINANTEN HEBBEN INVLOED OP DE GEZONDHEID VAN OUDEREN?

Ten opzichte van mannelijke ouderen hebben meer vrouwelijke ouderen overgewicht (gedefinieerd als een BMI van 28 kg/m² of meer). Dagelijks tabaksgebruik en problematisch alcoholgebruik komen, ten opzichte van de gehele bevolking, relatief weinig voor onder ouderen.

De richtlijn 'goede voeding' geeft onder andere het advies om dagelijks (150-200 gram) groente en (200 gram) fruit te eten. Gebaseerd op deze richtlijn is de fruitconsumptie van drie op de tien ouderen onder de norm. Voor de groenteconsumptie is dit vijf op de tien. Het percentage ouderen dat dagelijks fruit of groente eet komt overeen met dat voor de gehele bevolking. Wel eten ouderen relatief minder fast food vergeleken met de volwassen bevolking.

De helft (47,5%) van de 65 t/m 74-jarigen heeft geen enkele dag in de afgelopen 7 dagen aan lichaamsbeweging gedaan. Dit komt overeen met het percentage inactieven voor de gehele bevolking. Naarmate personen ouder worden, neemt het aantal inactieven toe. Van de 75-plussers is 62,4% inactief geweest in de week voor het interview. Ouderen met beperking zijn vaker inactief dan ouderen zonder beperking.

Dagelijks tabaksgebruik, hoge bloeddruk, diabetes, verhoogd cholesterol en obesitas (BMI van 30 kg/m² of hoger) zijn risicofactoren voor het krijgen van hart- en vaatziekten. De kans op hart- en vaatziekten wordt substantieel verhoogd naarmate meerdere risicofactoren tegelijkertijd voorkomen. Het hebben van twee of meerdere risicofactoren komt vaker voor onder vrouwelijke 65-plussers (39,5%) dan onder mannelijke 65-plussers (27,0%).

Van de 65-plussers zegt 72,5% op 3 of meer personen te kunnen rekenen wanneer zich ernstige persoonlijke problemen voor doen. Bijna een kwart (23,3%) kan op 1 of 2 personen en 4,2% kan op niemand rekenen. Van de ouderen die alleen wonen, zegt 10,7% ernstig en 19,4% matig beperkt te zijn in normale dagelijkse activiteiten. Ouderen met een laag opleidingsniveau, dat duidt op een lage socio-economische status, mogen verwachten minder levensjaren in goed ervaren gezondheid en zonder lichamelijke beperkingen door te brengen dan ouderen met een hoger opleidingsniveau.

WAT IS HET ZORGGEBRUIK VAN OUDEREN?

Zeven op de tien ouderen heeft het afgelopen jaar een bloedglucosemeting gehad. Voor bloeddrukmeting is dit negen op de tien. Slechts één op de tien 65-plussers is het afgelopen griepseizoen gevaccineerd voor influenza.

Het gebruik van en de behoefte aan hulp bij het huishouden en/of zelfverzorging neemt toe met de leeftijd. Eén op de vijf ouderen zegt (meer) hulp nodig te hebben hierbij. Ook het gebruik van de diensten van de thuiszorg stijgt significant met de leeftijd tot eenderde van de 85-plussers.

Meer ouderen maken gebruik van de diensten van een medisch specialist dan de gehele volwassen bevolking. Ook worden ze vaker in het ziekenhuis opgenomen. Het aantal ouderen dat contact heeft gehad met de huisarts komt overeen met de gehele volwassen bevolking. Wel hebben ouderen vaker contact met hun huisarts. Ouderen maken daarentegen minder vaak gebruik van tandheelkundige zorg. Voor tandheelkundige zorg is de toegankelijkheid gerelateerd aan de socio-economische status. Dit is niet het geval voor huisartsenzorg, medisch specialistische zorg of een ziekenhuisopname. Het gebruik van zorg is niet gerelateerd aan geslacht. Dit is opmerkelijk omdat

vrouwen een slechtere lichamelijke en psychische gezondheid en zowel vaker als meer aandoeningen rapporteren dan mannen.

De bereikbaarheid van zorgvoorzieningen, volgens de gebruikelijke manier van vervoer, is het laagst voor laag opgeleide ouderen. Zo is de afdeling spoedeisende hulp voor minder dan de helft (45,3%) van de laag opgeleiden binnen 30 minuten bereikbaar ten opzichte van 57,1% van de middelbaar en 62,4% van de hoog opgeleide ouderen.

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding	13
2. Demografische en socio-economische kenmerken.....	15
3. Gezondheidstoestand.....	17
3.1 Inleiding	17
3.2 Levensverwachting en gezonde levensverwachting.....	17
3.3 Ervaren van de gezondheid	18
3.4 Ziekten en aandoeningen	19
3.5 Beperkingen	23
3.6 Psychische gezondheid.....	24
4. Determinanten van gezondheid	25
4.1 Inleiding	25
4.2 Persoonskenmerken.....	25
4.3 Leefstijlfactoren.....	26
4.4 Combinatie risicofactoren	28
4.5 Omgevingsfactoren	29
5. Gezondheidszorg	31
5.1 Preventieve activiteiten	31
5.2 Hulpbehoefte.....	32
5.3 Zorggebruik	33
5.4 Bereikbaarheid	34
Bronvermelding	35

1. INLEIDING

De Curaçaose bevolking is aan het vergrijzen. Met het toenemen van de levensverwachting is de afgelopen decennia ook het aantal ouderen toegenomen. Onder ouderen worden in dit rapport personen van 65 jaar en ouder verstaan. In 2013 bedragen 65-plussers 14,6% van de Curaçaose bevolking. Dit percentage is ten opzichte van het Censusaar 1960, toen 65-plussers 4,3% van de bevolking uitmaakten, verdrievoudigd.¹ In absolute aantallen is dat een stijging van 5.356 naar 22.303 ouderen.

Door de toenemende vergrijzing van de bevolking neemt de behoefte aan ouderenbeleid en -zorg, zowel op het gebied van gezondheid als van welzijn, toe. Deze toenemende behoefte leidt ook tot een stijging van de zorgkosten. Alhoewel deze cijfers voor Curaçao nog niet beschikbaar zijn laten cijfers in andere landen, zoals Nederland, zien dat de zorgkosten sterk oplopen naarmate personen ouder worden. In Nederland stijgen de zorgkosten van gemiddeld €5000,- per jaar bij 65-jarigen tot €25.000,- per jaar bij 85-jarigen. De meeste zorgkosten worden gemaakt in het laatste levensjaar.²

Deze ontwikkelingen leiden tot een toenemende behoefte aan informatie over de gezondheidstoestand en de determinanten van gezondheid van ouderen, alsmede over hun gebruik van de gezondheidszorg. Ook uit het recente project 'Grandi ku Orguyo' komt deze informatiebehoefte expliciet naar voren.³ In deze themarapportage 'ouderen' worden daarom de onderstaande vragen beantwoord. Aan elke hoofdvraag is een hoofdstuk gewijd.

WIE ZIJN DE OUDEREN IN CURAÇAO?

Hoeveel ouderen telt Curaçao? Wat zijn de kenmerken van deze ouderen op verschillende demografische en socio-economische factoren. Hoe is de vergrijzing over Curaçao gespreid?

HOE STAAT HET MET DE GEZONDHEID VAN OUDEREN?

Wat is de levensverwachting en wat is de gezonde levensverwachting? Welke aandoeningen komen vaak voor onder de huidige generatie ouderen en hoe is dit veranderd ten opzichte van 20 jaar geleden. In hoeverre komen twee of meerdere aandoeningen tegelijkertijd bij een persoon voor. Welke beperkingen komen het vaakste voor en hoe is het gesteld met de geestelijke gezondheid van ouderen?

WELKE DETERMINANTEN HEBBEN INVLOED OP DE GEZONDHEID VAN OUDEREN?

In hoeverre dragen determinanten als overgewicht, tabaks- en alcoholgebruik en de sociale omgeving bij aan de gezondheid van ouderen? Zijn sociaal-economische verschillen nog steeds zichtbaar op oudere leeftijd?

WAT IS HET ZORGGEBRUIK VAN OUDEREN?

Wat is het bereik van preventieve activiteiten die zich richten op ouderen, zoals bloedsuiker- en bloeddrukmeting en influenzavaccinatie? Wat is de behoefte aan en het gebruik van hulp bij huishoudelijke activiteiten en zelfverzorging? Hoe vaak maken ouderen gebruik van de diensten van zorgverleners als huisartsen, medische specialisten, fysiotherapeuten en anderen? Hoe is de bereikbaarheid van de verschillende zorgvoorzieningen?

Met de antwoorden op deze vragen geeft dit rapport een breed overzicht van de gezondheid onder de Curaçaose ouderen. Het doel van dit themarapport is om op basis van de gegevens uit Nationale Gezondheidsenquête (NGE) 2013 te voorzien in deze informatiebehoefte. Daartoe is de data van de NGE 2013, waarvan de methodologie en de belangrijkste resultaten eerder zijn beschreven⁴, specifiek voor deze doelgroep nader geanalyseerd. Vanwege de onderzoeksopzet betreffen dit uitsluitend niet-geinstitutionaliseerde ouderen. Voor de beschrijving van de demografie en de levensverwachting van ouderen zijn ook gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek gebruikt.^{1,5,6}

2. DEMOGRAFISCHE EN SOCIO-ECONOMISCHE KENMERKEN

In januari 2013 waren 22.376 personen in Curaçao 65 jaar of ouder. Dit zijn 9.300 mannen en 13.076 vrouwen.¹ Deze ouderen maken 14,6% uit van de totale bevolking. Een vijfde van de ouderen, 4.754, is ouder dan 80 jaar. Ouder dan 100 jaar zijn in 2013 in totaal 44 personen. Deze groep bestaat voor 80% uit vrouwen, slechts negen mannen zijn 100 jaar of ouder.

OVERZICHT VAN DE OUDEREN IN DE NGE 2013

In de NGE 2013 zijn 238 mannelijke en 336 vrouwelijke 65-plussers geïnterviewd. De meeste ouderen zijn geboren in Curaçao (tabel 1). Bijna 40% van de ouderen is gehuwd. Dit zijn tweeënhalve maal zo vaak mannen dan vrouwen. Van de ouderen heeft 1 op de 20 een HBO, WO of postdoctorale opleiding gevolgd. Van de ouderen is 91,0% met pensioen. Meer dan de helft (56,5%) van de ouderen heeft een netto maandinkomen van minder dan NAf. 2.000 per maand.

Tabel 1

Verdeling van achtergrond en socio-economische kenmerken onder de 65-plussers in de NGE 2013, naar geslacht

	Mannen (N=238)	Vrouwen (N=336)	Totaal (N=574)
Leeftijd (jaren)			
65-74	62,9	58,0	60,1
75-84	29,8	31,0	30,5
85+	7,3	11,0	9,4
Geboorteland			
Curaçao	87,0	80,7	83,3
Aruba, Bonaire, Saba, St. Eustatius of St. Maarten	4,2	6,2	5,4
Nederland	2,9	2,7	2,8
Ander Caribisch eiland	1,7	4,7	3,5
Zuid-Amerika	2,1	3,0	2,6
Overige	2,1	2,7	2,4
Burgerlijke staat			
Ongehuwd	14,2	25,0	20,5
Gehuwd (inclusief geregistreerd partnerschap)	61,9	23,8	39,7
Weduwe/weduwenaar	14,6	37,5	28,0
Gescheiden	9,2	13,7	11,8

Tabel 2 vervolg

Verdeling van achtergrond en socio-economische kenmerken onder de 65-plussers in de NGE 2013, naar geslacht

	Mannen (N=238)	Vrouwen (N=336)	Totaal (N=574)
Opleiding			
Laag: Geen formeel en primair onderwijs (basisschool)	34,6	56,7	47,5
Middel: Secundair onderwijs (o.a. middelbaar, MBO en propedeuse HBO)	56,7	39,7	46,8
Hoog: Tertiair onderwijs (o.a. HBO, WO en postdoctoraal)	8,8	3,6	5,7
Arbeidsituatie			
Met pensioen	92,9	89,6	91,0
In loondienst	6,7	4,2	5,2
Overig	0,4	6,2	3,8
Netto maandinkomen			
Lager dan Naf. 2.000	43,9	65,5	56,5
Naf 2.000 – Naf. 4.999	45,6	31,0	37,0
Naf 5.000 – Naf. 9.999	6,7	2,7	4,3
Naf 10.000 en hoger	1,3	0,3	0,7
Niet gerapporteerd	2,5	0,6	1,4
MBO = Middelbaar beroepsonderwijs; Naf. Nederlands Antilliaanse florijn; NGE = Nationale Gezondheidsenquête; VWO = Voorbereidend wetenschappelijk onderwijs			

VERGRIJZING IS GEOGRAFISCH GEZIEN ONGELIJK GESPRED

De vergrijzing is ongelijk gespreid over Curaçao. In de ene zone zijn namelijk meer ouderen woonachtig dan de andere. Zo is het aandeel 65-plussers het grootst in de zones Habaai (32,8%), Zeelandia (31,8%), Parera (27,6%), Punda (22,2%) en Mahaai (20,6%). Omgekeerd is het aandeel ouderen het kleinst in de zones Rancho (5,6%), Fortuna (7,0%), Souax (7,5%) en St. Willibrordus (8,6%).⁵

3. GEZONDHEIDSTOESTAND

3.1 INLEIDING

Voor de zorgvraag van ouderen is het belangrijk om te weten waaraan ouderen lijden, omdat ziekte op hoge leeftijd vaker lichamelijke beperkingen en handicaps met zich meebrengt. Dit hoofdstuk geeft een beeld van de gezondheidstoestand van de ouderen. Het beantwoordt ondermeer de vragen hoe ouderen hun gezondheid ervaren en welke ziekten en aandoeningen voornamelijk onder ouderen voorkomen. Daarbij komen verschillende 'gezondheidsindicatoren' aan bod, die een maat geven aan de gezondheid van de bevolking. Begonnen wordt met de levensverwachting en de gezonde levensverwachting. Daarna volgt een bespreking van het voorkomen van ziekten en aandoeningen, de kwaliteit van leven en psychische gezondheid. Een aparte paragraaf is gewijd aan lichamelijke beperkingen.

Opgemerkt wordt dat vanwege het zelfrapporterende karakter van een gezondheidsenquête geen inzicht verkregen kan worden in de cognitieve problemen van een respondent. Hierdoor blijven gevallen van cognitieve beperkingen die vaker voorkomen onder ouderen, zoals dementie, onderbelicht.

3.2 LEVENSV ERWACHTING EN GEZONDE LEVENSV ERWACHTING

VROUWEN LEVEN LANGER DAN MANNEN

Vrouwen leven in Curaçao gemiddeld 6,3 jaar langer dan mannen. De gemiddelde levensverwachting in 2011/2012 was 74,4 jaar voor mannen en 80,7 jaar voor vrouwen.⁴ De levensverwachting geeft aan hoe lang een persoon die geboren is in 2011 of 2012 kan verwachten te blijven leven bij gelijkblijvende sterftkansen. Ter vergelijking, in Nederland was de levensverwachting bij geboorte in 2011 79,2 jaar voor mannen en 82,9 jaar voor vrouwen.⁷

Curaçaose mannen die 65 jaar zijn geworden in 2011/2012 mochten verwachten nog 16,5 jaar te leven en 65-jarige vrouwen nog 20,3 jaar. Voor mannen die in 2011/2012 de 80-jarige leeftijd bereikten was de levensverwachting nog 7,9 jaar. Voor vrouwen was dat 9,6 jaar. Op iedere leeftijd hebben vrouwen een hogere levensverwachting dan mannen. Dit verschil neemt wel af naarmate de leeftijd toeneemt; van 6,3 jaar bij de geboorte tot 1,7 jaar op 80-jarige leeftijd.⁴

VROUWEN LEVEN LANGER MET GEZONDHEIDSPROBLEMEN

Bij de levensverwachting is alleen rekening gehouden met het aantal levensjaren en niet met de kwaliteit ervan. Om tevens rekening te houden met de kwaliteit van leven is nagegaan wat de gezonde levensverwachting van de ouderen is. Dit is het gemiddelde aantal levensjaren dat mensen mogen verwachten in goed ervaren gezondheid of zonder lichamelijke beperkingen door te brengen. Deze indicator is te berekenen door de leeftijdsspecifieke mortaliteitsdata (van het Centraal Bureau voor de Statistiek) te combineren met leeftijdsspecifieke prevalentiegegevens over het ervaren van de gezondheid en lichamelijke beperkingen (uit de NGE 2013).⁸

Tabel 2 toont de (gezonde) levensverwachting op 65-jarige leeftijd. Hieruit blijkt dat mannelijke 65-plussers het grootste gedeelte van de resterende levensverwachting in goed ervaren gezondheid en zonder lichamelijke beperkingen doorbrengen. Vrouwelijke 65-plussers brengen de helft van hun resterende levensverwachting in goed ervaren gezondheid door en het merendeel zonder beperkingen.

Het aantal gezonde levensjaren is vrijwel gelijk voor beide geslachten. Dit betekent dat in vergelijking met mannen vrouwen, met hun langere levensverwachting, een groter deel van hun leven doorbrengen met een minder goed ervaren gezondheid en met gezondheidsproblemen die hen beperken in het dagelijkse leven.

Tabel 3

Levensverwachting en gezonde levensverwachting (in jaren) op 65-jarige leeftijd, naar geslacht

Indicator	Mannen (N=238)	Vrouwen (N=336)
Levensverwachting	16,5	20,3
Gezonde levensverwachting:		
- In goed ervaren gezondheid ^a	11,3	10,6
- Zonder lichamelijke beperkingen ^b	12,7	12,7

^aBepaald op basis van goed en zeer goed tezamen

^bBepaald op basis van limitaties door gezondheidsproblemen

3.3 ERVAREN VAN DE GEZONDHEID

Over het algemeen resulteert een stijging van de leeftijd in een slechtere gezondheid. Dit is ook in Curaçao het geval (tabel 3). In de NGE 2013 is het ervaren van de gezondheid op de gebieden subjectieve gezondheid, langdurige ziekten en beperkingen door gezondheidsproblemen gemeten. Voor alle indicatoren is de gezondheid slechter beoordeeld naarmate de leeftijd stijgt. Ook ervaren vrouwen hun gezondheid op alle indicatoren slechter dan mannen.

Tabel 4

Subjectieve gezondheid onder ouderen (in %), naar leeftijd en geslacht

	65-74 jaar	75-84 jaar	85+	Mannen	Vrouwen	Totaal
Goede tot zeer goede gezondheid	57,9	52,2	52,1	66,5	47,9	55,6
Langdurige ziekte(n)	60,3	66,2	72,7	57,5	67,3	63,2
Gelimiteerd door gezondheidsprobleem	26,9	34,2	51,3	26,3	35,1	31,5

3.4 ZIEKTEN EN AANDOENINGEN

HOGE BLOEDDRUK EN DIABETES MELLITUS ZIJN MEEST VOORKOMENDE AANDOENINGEN BIJ OUDEREN

Van de 65-plussers zegt 63,2% één of meerdere langdurige gezondheidsproblemen te hebben die langer dan 6 maanden bestaan of verwacht worden te bestaan. Dit komt overeen met 13.101 ouderen. In tabel 4 is de rangordening aangegeven van de tien ziekten met het grootste aantal bestaande gevallen (jaarprevalentie), naar geslacht, zoals deze gemeten zijn in de NGE 2013.

Tabel 5

De jaarprevalentie van de meest voorkomende gediagnosticeerde ziekten en aandoeningen onder de bevolking van 65 jaar en ouder, naar geslacht

	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	Ziekte	%	Ziekte	%	Ziekte	%
1	Hoge bloeddruk	41,0	Hoge bloeddruk	33,5	Hoge bloeddruk	46,4
2	Diabetes mellitus	23,0	Diabetes mellitus	19,2	Diabetes mellitus	25,6
3	Hoog cholesterol	19,1	Hoog cholesterol	14,2	Hoog cholesterol	22,6
4	Cataract	17,9	Cataract	12,6	Cataract	21,7
5	Reumatoïde artritis	9,0	Prostaatproblemen	11,7	Reumatoïde artritis	11,6
6	Hartaandoening (m.u.v. hartaanval)	7,3	Hartaandoening (m.u.v. hartaanval)	6,3	Hartaandoening (m.u.v. hartaanval)	8,0
7	Allergie	6,3	Reumatoïde artritis	5,4	Allergie	8,0
8	Hernia of andere chronische rug-aandoening	4,2	Hernia of andere chronische rug-aandoening	3,8	Osteoporose	6,5
9	Blijvend letsel of gebrek na ongeval	4,2	Blijvend letsel of gebrek na ongeval	3,8	Hernia of andere chronische rug-aandoening	4,5
10	Osteoporose	4,2	Hartaanval	3,3	Blijvend letsel of gebrek na ongeval	4,5

Uit tabel 4 komt naar voren dat de volgorde van aandoeningen bij mannen en vrouwen relatief hetzelfde is, maar dat de meest voorkomende aandoeningen en de mate van voorkomen niet allemaal hetzelfde zijn. Bij mannen behoren prostaatproblemen en hartaanval tot de tien meest gerapporteerde ziekten en bij vrouwen allergie en osteoporose. Verder is een opvallend verschil dat vergelijkbare, zelfgerapporteerde jaarprevalenties beduidend hoger zijn onder vrouwen dan onder mannen.

AANZIENLIJKE VERANDERING ZIEKTEPREVALENTIES IN DE AFGELOPEN 20 JAAR

Tabel 5 toont een vergelijking van de prevalenties voor verschillende ziekten tussen de NGE 2013 en de Curaçao Health Study 1993/1994.⁹ Alleen de ziekten die een vergelijkbare vraagstelling in beide onderzoeken hebben zijn hierin opgenomen. In de eerste plaats valt op dat er meer ziekten zijn waarbij het aantal ouderen procentueel is afgenomen dan ziekten waarbij sprake is van een toename. Toenames worden geconstateerd voor hoge bloeddruk en diabetes mellitus. Ook geven in 2013 meer personen aan een blijvend letsel of gebrek na een ongeval te hebben dan in 1993/1994. Het aantal ouderen met prostaatproblemen en met hernia of andere chronische rugaandoeningen is het sterkste gedaald.

Tabel 6

De meeste voorkomende ziekten en aandoeningen onder de bevolking van 65 jaar en ouder vergeleken met de CHS 1993/1994

Ziekten	NGE 2013	CHS 1993/94	Vershil (% punt)
Hoge bloeddruk	41,0	28,2	+12,8
Diabetes mellitus	23,0	15,1	+7,9
Blijvend letsel of gebrek na ongeval	4,2	3,4 ^a	+0,8
Kanker (inclusief leukemie en lymfoom)	1,4	1,4	0
Nieraandoening	1,4	1,4 ^e	0
Nierstenen	1,0	1,4	-0,4
Leveraandoening, bijv. cirrose of hepatitis	0,2	0,7	-0,5
Longziekte, zoals chronische bronchitis en emfyseem	1,8	2,7 ^b	-0,9
Beroerte	1,7	2,7	-1,0
Hartaandoening	7,3	8,6	-1,3
Maagzweer	1,7	3,8 ^c	-2,1
Migraine	0,7	3,4 ^d	-2,4
Prostaatproblemen (mannen)	11,7	16,5	-4,8
Hernia of andere chronische rugaandoening	4,2	12,7	-8,5

^a Gevraagd als serieuze consequenties na een ongeluk

^b Gevraagd als chronisch niet-specifieke respiratoire ziekte

^c Gevraagd als maag/duodenal ulcer

^d Gevraagd als migraine en chronische hoofdpijn

^e Gevraagd als serieuze nierziekte

Een gemeten toename in zelfgerapporteerde ziekteprevalentie kan, naast een reële stijging, sterk worden beïnvloed door betere opsporing van de ziekte door zorgverleners. Het blijft daardoor onduidelijk in hoeverre sprake is van een werkelijke toename in het voorkomen van deze ziekte. Behalve een betere opsporing kan ook een toegenomen kennis en hulpzoekgedrag aan de kant van de patiënt van invloed zijn op de toename. Hierdoor kunnen onderzoeken waarbij uitgegaan wordt van zelfgerapporteerde gegevens niet met zekerheid vaststellen of de waargenomen stijgingen ook een werkelijke toename van de ziekte reflecteren.

VROUWEN LIJDEN VAKER AAN MEERDERE ZIEKTEN TEGELIJKERTIJD DAN MANNEN

Multimorbiditeit is de algemene term die wordt gebruikt bij het tegelijkertijd voorkomen van twee of meerdere (chronische) aandoeningen bij een persoon. Multimorbiditeit leidt niet alleen tot een verminderde kwaliteit van leven¹⁰, maar ook vaker tot vroegtijdige sterfte.¹¹ Ook verdubbelt het voorkomen van twee of meer aandoeningen bij één persoon de kans op matige of ernstige beperkingen.¹² De mate waarin multimorbiditeit voorkomt is vastgesteld aan de hand van de ziekten in tabel 6.

Tabel 7

Geïnccludeerde aandoeningen voor het vaststellen van multimorbiditeit

Ziekten
Andere geestelijke aandoeningen
Andere hartaandoening
Astma (inclusief allergische astma)
Beroerte (herseneninfarct)
Blijvend letsel of gebrek als gevolg van een ongeval
Cataract (vertroebeling van de ooglenzen)
Chronische depressie (langer dan 3 maanden)
Diabetes mellitus
Hoge bloeddruk
Hoog cholesterol
Hartaanval (myocardinfarct)
Hernia of andere chronische rugaandoeningen
Kanker (inclusief leukemie en lymfoom)
Leveraandoening, zoals cirrose of hepatitis
Longziekte, zoals chronische bronchitis/chronisch obstructieve longziekte (COPD/emfyseem)
Maagzweer
Migraine
Nieraandoening
Nierstenen
Osteoporose
Prostaatproblemen
Reumatoïde artritis (gewrichtsontsteking)

In Curaçao zegt 67,6% van de mannelijke en 77,8% van de vrouwelijke 65-plussers aan één of meerdere van de bovenstaande chronische ziekte(n) te lijden. Dit komt overeen met 6.287 mannen en 10.173 vrouwen. De helft van de chronisch zieke mannen heeft meer dan één ziekte (tabel 7). Bij chronisch zieke vrouwen is dat twee derde. Er zijn zowel absoluut als procentueel meer vrouwen met multimorbiditeit dan mannen. Ook ligt het gemiddelde aantal ziekten bij vrouwelijke 65-plussers hoger dan bij mannelijke 65-plussers.

Tabel 8

Verdeling van multimorbiditeit (%) gediagnosticeerd door een arts, onder 65-plussers, naar geslacht

Aantal ziekten ^a	Totaal	Mannen	Vrouwen	P ^b
0	26,5	32,4	22,2	<0,001
1	31,5	33,9	29,7	<0,001
2	21,2	17,2	24,1	<0,001
≥3	20,9	16,6	23,9	<0,001

^a Het gemiddelde aantal ziekten van totaal, mannen en vrouwen is 1,5, 1,3 en 1,7 respectievelijk

^b Vergelijking tussen mannen en vrouwen

Door afronding kan voorkomen dat de percentages niet optellen tot 100%

De aanwezigheid van één of meerdere chronische ziekte(n) leidt niet altijd tot een verlies van de kwaliteit van leven. Dat is bijvoorbeeld het geval bij een verhoogd cholesterol (hypercholestermie) en hoge bloeddruk (hypertensie), die vaak asymptomatisch verlopen en goed controleerbaar zijn met medicatie. Alleen bij complicaties leiden deze ziekten tot problemen. Daarom kunnen een verhoogde bloeddruk en cholesterolwaarden ook worden gezien als een risicofactor in de ontwikkeling van andere chronische aandoeningen. Bovendien hebben beide ziekten een hoge prevalentie onder de oudere bevolking. Het beeld van multimorbiditeit wordt hierdoor enigszins vertekend. Dat is de reden dat de multimorbiditeit ook zonder deze ziekten is geanalyseerd in tabel 8.

Tabel 9

Verdeling van multimorbiditeit (%) gediagnosticeerd door een arts onder 65-plussers, zonder hypertensie en hypercholestermie, naar geslacht

Aantal ziekten ^a	Totaal	Mannen	Vrouwen	P ^b
0	42,8	47,3	36,5	<0,001
1	35,2	32,8	34,7	<0,001
2	13,7	13,1	19,2	<0,05
≥3	8,4	6,8	9,6	<0,001

^a Het gemiddelde aantal ziekten van totaal, mannen en vrouwen is 0,9, 0,8 en 1,0 respectievelijk

^b Vergelijking tussen mannen en vrouwen

Door afronding kan voorkomen dat de percentages niet optellen tot 100%

Uit tabel 8 blijkt, in vergelijking met tabel 7, onder andere dat verhoogde bloeddruk en cholesterolwaarden substantieel bijdragen aan de multimorbiditeit onder ouderen. Het verschil in multimorbiditeit tussen mannen en vrouwen blijft significant.

3.5 BEPERKINGEN

HOE OUDER, HOE MEER BEPERKINGEN

Ouderdom komt met gebreken. Ook in Curaçao wordt dit bevestigd. Lichamelijke beperkingen onder ouderen komen namelijk vaker voor naarmate de leeftijd toeneemt (tabel 9). Beperkingen zijn gemeten op de gebieden zien, horen, mobiliteit en dagelijkse activiteiten. Beperkingen in de mobiliteit en de dagelijkse activiteiten (zoals het kauwen van hard voedsel en het oppakken van een pen) komen onder ouderen het meeste voor. Dat houdt in dat zij deze activiteiten alleen met veel moeite of helemaal niet kunnen doen. Zintuiglijke beperkingen komen, mede dankzij het gebruik van hulpmiddelen als een bril en een hoorapparaat, het minst voor.

In de leeftijdscategorie 75-84 jaar is de helft van de ouderen ernstig beperkt op minstens één gebied. Bij ouderen van 85 jaar en ouder ligt dat percentage, met 67,8%, hoger. Van de ernstig beperkte ouderen woont 36,1% alleen. Hier komt bij dat alleen niet-geïstitutionaliseerde ouderen zijn meegenomen in het onderzoek. Ernstige beperkingen komen vaker voor onder ouderen die zijn geïstitutionaliseerd.¹³

Tabel 10

Type beperkingen (%) naar leeftijd en ernst

Leeftijdscategorie	Beperkingen (matig en ernstig)			Ernstige beperkingen		
	65-74	75-84	85+	65-74	75-84	85+
Zien*	23,9	32,5	50,5	5,2	9,0	25,3
Horen*	8,6	18,7	31,4	2,1	2,9	9,8
Mobiliteit	42,4	66,3	81,7	20,1	36,7	57,8
Dagelijkse activiteiten	42,9	67,3	84,1	26,1	47,1	66,7
Eén van de vier	63,6	80,7	91,7	32,5	53,9	67,8

* Bij gebruik bril/gehoorapparaat

Chronische ziekten en aandoeningen zijn de belangrijkste oorzaak van beperkingen bij ouderen.¹⁴ In 52,9% van de gevallen hebben ouderen met een matige beperking ook een langdurige ziekte of gezondheidsprobleem. Bij ouderen met een ernstige beperking is dat 68,7%. Beperkingen in mobiliteit worden, naast valongevallen, vaak veroorzaakt door specifieke ziekten en aandoeningen. Zo komen beperkingen (matig en ernstig) voor bij 72,1% van de ouderen met artritis, bij 78,6% van de ouderen met een nierziekte en bij 90,5% van de ouderen die een beroerte hebben gehad.

3.6 PSYCHISCHE GEZONDHEID

OUDER WORDEN VERMINDERT HET GELUK, MAAR NIET DE PSYCHISCHE TOESTAND EN DE VITALITEIT

De psychische gezondheid maakt samen met de lichamelijke gezondheid een integraal onderdeel uit van de gezondheidstoestand van een persoon. Bij een slechte psychische gezondheid kan sprake zijn van depressiviteit en/of angststoornissen. De psychische gezondheid van ouderen is gemeten op basis van een aangepaste versie van de RAND short Form-36, zoals eerder beschreven.⁴ Hierin is ondermeer gevraagd naar het ervaren van geluk en levenslust, psychische klachten en vitaliteit. Geluk en levenslust worden slechter ervaren naarmate de leeftijd van de ouderen hoger is (tabel 10). Dit verschil tussen de leeftijdscategorieën wordt niet gevonden voor het ervaren van psychische klachten en vitaliteit. Verder valt op dat vrouwen hun psychische gezondheid op alle gebieden slechter ervaren dan mannen.

Tabel 11

Psychische gezondheid onder ouderen (in %), naar leeftijd en geslacht

	65-74 jaar	75-84 jaar	85+	Mannen	Vrouwen	Totaal
Gelukkig en levenslustig	77,8	76,0	68,1	80,0	73,9	76,4
Geen psychische klachten	92,5	92,9	93,6	95,4	90,7	92,7
Hoge vitaliteit	87,9	89,1	87,2	92,9	84,8	88,2

4. DETERMINANTEN VAN GEZONDHEID

4.1 INLEIDING

Van veel ziekten en aandoeningen is bekend welke factoren bijdragen aan het ontstaan en het voorkómen ervan. Deze factoren kunnen een negatieve invloed op de gezondheid hebben, zoals (overmatig) tabaks- en alcoholgebruik, of een positieve invloed, zoals gezonde voeding en voldoende lichaamsbeweging. Deze factoren worden daarom ook wel determinanten van gezondheid genoemd.

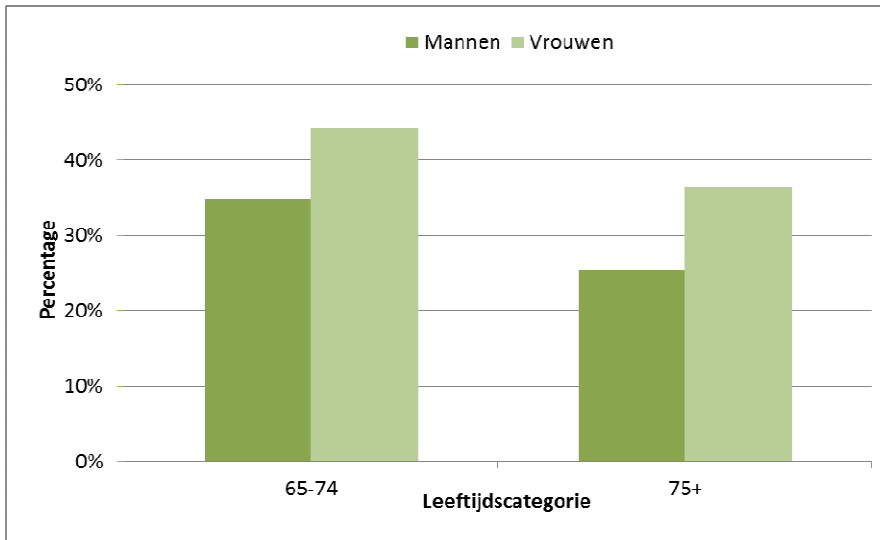
Dit hoofdstuk beschrijft het voorkomen van verschillende determinanten van gezondheid onder ouderen. Dit betreffen persoonskenmerken zoals Body Mass Index (BMI), leefstijlfactoren zoals lichaamsbeweging en omgevingsfactoren zoals de sociale omgeving. De laatste paragraaf is gewijd aan het voorkomen van vijf verschillende risicofactoren bij één persoon. Dit verhoogt de kans op hart- en vaatziekten substantieel.

4.2 PERSOONSKENMERKEN

VEEL OUDEREN ZIJN TE ZWAAR

De BMI voor ouderen is niet gemakkelijk te interpreteren. Dat komt doordat ouder worden gewoonlijk gepaard gaat met veranderingen in de lichaamslengte, de lichaamsbouw en de vetverdeling. Zo neemt het onderhuidse vet in de benen en armen af en neemt de hoeveelheid vet in de buikholte toe bij het ouder worden. Bij mannen gebeurt dit heel geleidelijk. Vrouwen krijgen vooral na de menopauze meer vet in de buikholte. Door deze lichamelijke veranderingen wordt de prevalentie van overgewicht bij gebruik van de standaard BMI-waarden overschat bij ouderen.¹⁵ Om toch een indicatie te krijgen van het voorkomen van overgewicht onder ouderen is een richtlijn voor BMI-categorieën bij ouderen gebruikt. Hierin wordt overgewicht gedefinieerd als een BMI van 28 kg/m² of hoger.¹⁶

Van de mannen en vrouwen tussen de 65-74 jaar heeft 34,9% en 44,4% respectievelijk een BMI van 28 kg/m² of hoger. Onder mannelijke en vrouwelijke 75-plussers zijn deze percentages 25,4 en 36,4 respectievelijk. De percentages per leeftijdscategorie zijn weergegeven in figuur 1. Ten opzichte van mannen hebben meer vrouwen overgewicht.



Figuur 1. Percentage ouderen met overgewicht (BMI 28 kg/m² of hoger) naar leeftijd en geslacht.

4.3 LEEFSTIJLFACTOREN

Achtereenvolgens komen aan de orde: tabaks- en alcoholgebruik, voeding en lichamelijke activiteit.

RELATIEF WEINIG OUDEREN ROKEN

Het gebruik van tabak is de grootste risicofactor voor longkanker, slokdarmkanker, hart- en vaatziekten en chronisch obstructieve longziekte (COPD).¹⁷ Tabaksgebruik is daarmee de determinant die het meeste gezondheidsverlies veroorzaakt. Hierdoor is ook relatief veel gezondheidswinst te boeken door de inzet van preventieve maatregelen. In Curaçao is het dagelijkse tabaksgebruik onder de volwassenen met 10,8% relatief laag ten opzichte van andere landen met een westers epidemiologisch profiel.⁴

Van de 65-plussers geeft 11,3% aan te roken, 7,3% doet dat dagelijks. Mannen roken vaker dan vrouwen. Er wordt geen relatie tussen tabaksgebruik en het opleidingsniveau gevonden. De meest gerookte tabaksproducten onder ouderen zijn sigaretten (54,9%), sigaren (22,8%) en shag (12,7%).

ONDER OUDEREN KOMT PROBLEMATISCH ALCOHOLGEBRUIK RELATIEF WEINIG VOOR

Met problematisch alcoholgebruik wordt bedoeld dat de alcoholgewoonte van een persoon dusdanig van aard is dat de kans op gezondheidsproblemen toeneemt. Deze gezondheidsproblemen kunnen bestaan uit lichamelijke klachten, psychische of sociale problemen en/of verhindering van een adequate aanpak van bestaande problemen.¹⁸ In Curaçao

drinken hoog opgeleide vrouwen vaker alcohol dan laag opgeleide vrouwen. Bij mannen blijkt het opleidingsniveau niet gerelateerd aan de alcoholconsumptie.⁴

In tegenstelling tot de gehele bevolking geldt voor 65-plussers dat hoog opgeleiden van beide geslachten vaker alcohol drinken dan middel en laag opgeleiden. Zo geeft 18,3% van de hoog opgeleide mannen van 65 jaar en ouder aan iedere dag alcohol te drinken ten opzichte van 3,7% van de laag opgeleide mannen. Voor vrouwelijke 65-plussers zijn deze percentages 6,0% en 0,5% respectievelijk.

Tabel 11 toont het problematische alcoholgebruik naar geslacht. De getoonde indicatoren maken een onderscheid in (chronisch) overmatig alcoholgebruik waarbij de kans op alcoholverslaving groot is, en binge-drinken, waarbij de kans op een alcoholvergiftiging aanwezig is. Alcoholgebruik onder 65-plussers is relatief laag ten opzichte van de gehele volwassen bevolking.

Tabel 12

Alcoholgebruik onder ouderen (%) naar verschillende indicatoren voor problematisch alcoholgebruik, naar geslacht

	Overmatig alcoholgebruik ^a	Chronisch overmatig alcoholgebruik ^b	Binge-drinken ^c
Mannen	3,3	0,8	6,3
Vrouwen	0,3	0	0,6
Totaal	1,6	0,3	2,9

^aGedefinieerd als >3 glazen per dag voor mannen en >2 glazen per dag voor vrouwen

^bGedefinieerd als afhankelijk van alcohol zoals bepaald door de CAGE-methode¹⁹

^cGedefinieerd als wekelijks meer dan 6 consumpties tijdens één gelegenheid

GROENTE EN FRUIT CONSUMPTIE IS ONDER DE RICHTLIJN

Een gezond voedingspatroon is belangrijk in het voorkómen van ziekten. Zo is het eten van voldoende groente en fruit gerelateerd aan een afname van het risico op hart- en vaatziekten en sommige vormen van kanker.^{20,21} De richtlijn ‘goede voeding’ geeft onder andere het advies om dagelijks (150-200 gram) groente en (200 gram) fruit te eten.²²

Gebaseerd op deze richtlijn is de groente- en fruitconsumptie van ouderen in Curaçao onder de norm; 69,2% van de mannelijke 65-plussers eet dagelijks groente en 50,4% eet dagelijks fruit. Voor vrouwen zijn deze percentages 67,9 en 55,4. Hoog en middelbaar opgeleide ouderen eten vaker dagelijks groente en fruit dan laag opgeleiden. De dagelijkse groente en fruitconsumptie van ouderen komt overeen met deze voor de gehele volwassen bevolking, 69,0% en 47,1% respectievelijk.

Ouderen eten relatief weinig fast food vergeleken met de rest van de bevolking. Waar 8,0% van de gehele volwassen bevolking vier keer in de week of vaker fast food eet, doet 2,4% van de ouderen dit.

MEER DAN DE HELFT VAN DE OUDEREN DOET NIET AAN LICHAAMSBEWEGING

Regelmatige lichaamsbeweging heeft een gunstig effect op de gezondheid. Zo neemt de kans op cardiovasculaire aandoeningen, diabetes, depressie en bepaalde vormen van darmkanker af wanneer regelmatig bewogen wordt.²³

Van de 65 t/m 74-jarigen heeft 47,5% de afgelopen week geen enkele dag 10 minuten of meer aan lichaamsbeweging gedaan. Dit geldt zowel voor lichte vormen van lichaamsbeweging, zoals wandelen, licht zwemmen en fietsen, als voor intensieve vormen van lichaamsbeweging zoals joggen. Voor de gehele volwassen bevolking is dat percentage 47,0%.

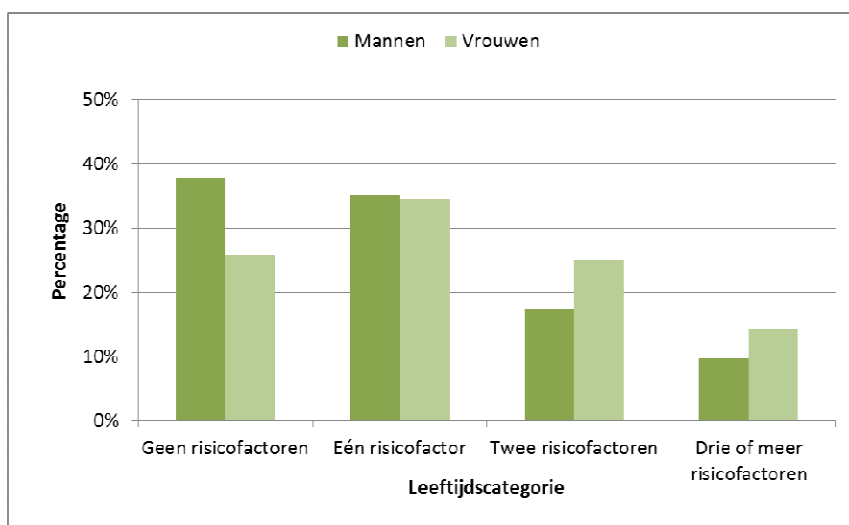
Bij de 75-plussers liggen deze cijfers hoger, 62,4% in deze leeftijdscategorie was de week voor het interview inactief. Gezien de doelgroep waar het hier om gaat, kan één van de redenen van de hoge inactiviteit onder ouderen zijn dat zij reeds lichamelijke beperkingen ondervinden die hen verhinderen aan lichaamsbeweging te doen. Dit blijkt inderdaad het geval indien onderscheid wordt gemaakt op de mate van beperkingen: van de niet-beperkte 75-plussers was 43,6% de week voor het interview inactief in tegenstelling tot 60,7% van de matig en 68,4% van de ernstig beperkte 75-plussers.

4.4 COMBINATIE RISICOFACTOREN

EEN COMBINATIE VAN RISICOFACTOREN VERHOOGT DE KANS OP HART- EN VAATZIEKTEN

Dagelijks tabaksgebruik, hoge bloeddruk, diabetes, verhoogd cholesterol en obesitas (BMI van 30 kg/m² of hoger) zijn risicofactoren voor het krijgen van hart- en vaatziekten zoals een hartinfarct, een beroerte en aderverkalking.²⁴ De kans op hart- en vaatziekte wordt vergroot naarmate meerdere van deze risicofactoren aanwezig zijn.²⁵

Uit figuur 2 blijkt dat het hebben van twee of meerdere risicofactoren voor hart- en vaatziekten vaker voorkomt onder vrouwelijke (39,5%) dan onder mannelijke (27,0%) 65-plussers. Mannen hebben vaker geen enkele risicofactor.



Figuur 2. Percentage ouderen met geen, één, twee of drie of meer risicofactoren voor hart- en vaatziekten, naar geslacht.

4.5 OMGEVINGSFACTOREN

De sociale omgeving van een persoon, zoals het hebben van sociale relaties, kan op verschillende manieren effect hebben op de gezondheid, zowel in positieve als negatieve zin. Ook de socio-economische status van een persoon hangt samen met gezondheid.

SOCIALE CONTACTEN HEBBEN EEN POSITIEVE INVLOED OP DE GEZONDHEID

Het hebben van sociale contacten, door bijvoorbeeld op anderen te kunnen rekenen wanneer een ernstig persoonlijk probleem zich voor doet, heeft positieve gevolgen voor de gezondheid. Zo is de kans op overlijden kleiner indien personen over meer sociale relaties beschikken. Het hebben van geen of slechte sociale contacten blijkt daarmee een gelijke invloed op de gezondheid te hebben als rook- en drinkgewoonten. Het is daarmee een grotere risicofactor voor voortijdige sterfte dan een gebrek aan lichaamsbeweging of het hebben van obesitas.²⁶

Van de 65-plussers zegt 4,2% op niemand, 23,3% op één of twee personen en 72,5% op drie of meer personen te kunnen rekenen wanneer zich ernstige persoonlijke problemen voor doen. Verder geeft 29,6% van de mannelijke en 39,8% van de vrouwelijke 65-plussers aan alleen te wonen.

SOCIO-ECONOMISCHE VERSCHILLEN ZIJN OOK AANWEZIG BIJ OUDEREN

Een ander onderdeel van de sociale omgeving is de socio-economische status van een persoon. Een hoge socio-economische status is vaak positief gerelateerd aan de gezondheid, ook in Curaçao. Zo ervaren personen met een hoge opleiding hun gezondheid beter dan personen met

een lagere opleiding. Ook hebben laag opgeleiden vaker te kampen met ernstige beperkingen en chronische aandoeningen.⁴

Ook op oudere leeftijd zijn verschillen in de gezondheid zichtbaar tussen het hoogste en de lagere opleidingsniveaus (tabel 12). Dit wordt gevonden voor zowel de levensverwachting in goed ervaren gezondheid als de levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen.

Tabel 13

Gezonde levensverwachting (jaren) op 65-jarige leeftijd, naar opleidingsniveau

	Opleidingsniveau		
	Laag	Middel	Hoog
Gezonde levensverwachting:			
- In goed ervaren gezondheid ^a	10,2	11,8	15,0
- Zonder lichamelijke beperkingen ^b	13,3	15,4	15,8

^a Bepaald op basis van goed en zeer goed tezamen

^b Bepaald op basis van limitaties door gezondheidsproblemen

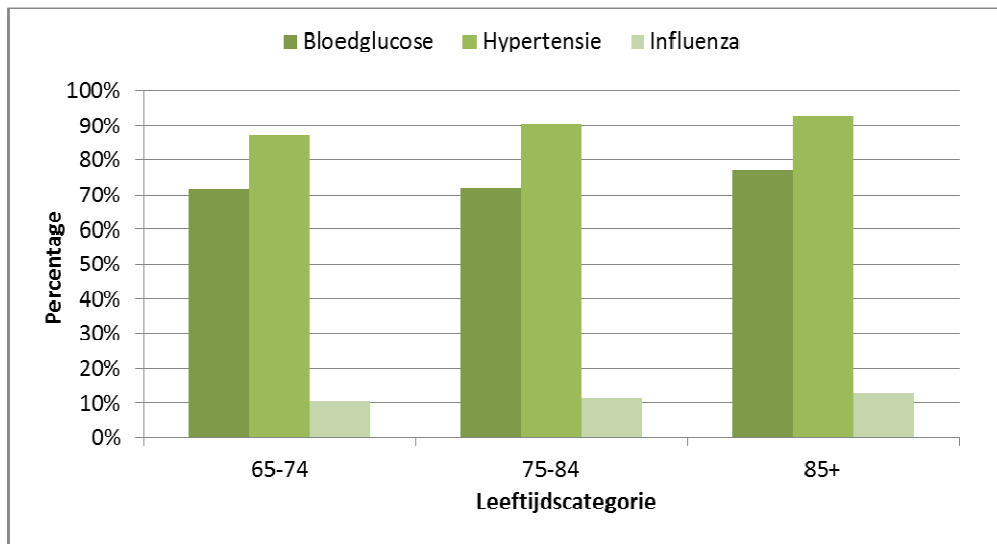
5. GEZONDHEIDSZORG

5.1 PREVENTIEVE ACTIVITEITEN

PREVENTIEVE ACTIVITEITEN HEBBEN POSITIEVE GEVOLGEN VOOR DE GEZONDHEID

Met preventieve activiteiten is reeds veel gezondheid gewonnen. Ouderen die een influenza vaccinatie ontvingen hebben ongeveer 20% minder kans op hart- en vaatziekten, 30% minder kans op longontsteking en 50% minder kans om te overlijden ten opzichte van ouderen die geen vaccinatie hadden ontvangen.²⁷ Verder heeft een vroege opsporing van hoge bloeddruk, een belangrijke risicofactor voor sterfte door hart- en vaatziekten, tot gevolg dat personen eerder behandeld kunnen worden. Hierdoor wordt de kans op complicaties verminderd.²⁸ De positieve effecten van periodieke bloedsuikerbepaling voor een vroege opsporing voor diabetes mellitus zijn minder duidelijk aantoonbaar.²⁹ Desalniettemin wordt door de Nederlandse Huisartsen Genootschap aangeraden om iedereen van 45 jaar en ouder eens per drie jaar te testen.³⁰

Figuur 3 toont het percentage ouderen dat heeft deelgenomen aan een bloedglucose- of bloeddrukmeting in het afgelopen jaar of een influenza vaccinatie heeft ontvangen tijdens het laatste griepseizoen. De meerderheid van de 65-plussers zegt het afgelopen jaar een bloedglucose- of bloeddrukmeting te hebben gehad. Slechts één op de tien ouderen geeft aan het afgelopen griepseizoen gevaccineerd te zijn voor influenza.



Figuur 3. Percentage ouderen dat in het afgelopen jaar gebruik heeft gemaakt van een preventieve activiteit, naar leeftijd

5.2 HULPBEHOEFTE

DE BEHOEFTE AAN HULP IN DE HUISHOUDING EN VOOR ZELFVERZORGING NEEMT TOE NAARMATE PERSONEN OUDER WORDEN

Het aantal ziekten en beperkingen neemt met de leeftijd toe. Dit gaat vaak gepaard met een verhoogde hulpbehoefte. Dit geldt vooral voor ouderen die aangeven door gezondheidsproblemen beperkt te zijn bij de normale dagelijkse activiteiten. Er wordt dan gesproken over kwetsbaarheid ('frailty') van ouderen. Kwetsbare ouderen hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van afhankelijkheid, invaliditeit en ziekenhuisopname.

Tabel 13 toont dat het gebruik van en de behoefte aan hulp bij ouderen met een beperking toeneemt met de leeftijd. Eén op de vijf ouderen (20,3%) zegt (meer) hulp nodig te hebben bij het huishouden en/of zelfverzorging.

Tabel 14

Ouderen met een beperking naar gebruik van en behoefte aan hulp in het huishouden en bij zelfverzorging(%), naar leeftijd en geslacht (n=180)

	65-74 jaar	75-84 jaar	85+	Mannen	Vrouwen	Totaal
Krijgt hulp bij het huishouden en/of zelfverzorging	26,6	45,9	63,0	31,7	42,0	38,5
Heeft (meer) hulp nodig bij het huishouden en/of zelfverzorging	15,1	21,3	35,7	14,3	23,5	20,3

Ook het gebruik van de thuiszorg neemt significant toe met de leeftijd. In de leeftijdscategorie 65-74 jaar maakt 9,7% gebruik van de diensten van de thuiszorg. Dit percentage stijgt tot 15,0% in de leeftijdscategorie 75-84 jaar en tot 33,3% bij 85-plussers. Op basis van deze cijfers is de verwachting gerechtvaardigd dat bij veel ouderen in de hulpbehoefte voorzien wordt door middel van informele hulp (mantelzorg) van familie en vrienden.

5.3 ZORGGEBRUIK

OUDEREN MAKEN VAKER GEBRUIK VAN MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG EN WORDEN VAKER OPGENOMEN IN HET ZIEKENHUIS

De toename van ziekten en beperkingen bij een hogere leeftijd heeft tot gevolg dat het zorggebruik van ouderen ook toeneemt. Zo maken relatief meer 65-plussers gebruik van de diensten van een medisch specialist (56,5%) dan de gehele volwassen bevolking (38,5%). Ook worden ouderen relatief vaker in een ziekenhuis opgenomen in vergelijking met de gehele volwassen bevolking (14,1% en 9,7% respectievelijk).

Het percentage 65-plussers dat contact heeft gehad met de huisarts (89,6%) komt overeen met dat voor de gehele volwassen bevolking (86,3%). Wel hebben ouderen relatief meer contact met een huisarts; gemiddeld 8,7 keer per jaar in tegenstelling tot 7,3 keer voor de gehele volwassen bevolking.

Ouderen maken daarentegen minder vaak gebruik van tandheelkundige zorg naarmate ze ouder zijn (tabel 14). Het percentage ouderen dat een tandheelkundige heeft bezocht daalt ook naarmate het opleidingsniveau lager wordt. Hieruit blijkt dat de toegankelijkheid van de tandheelkundige zorg gerelateerd is aan deze socio-economische indicator. Voor een bezoek aan de huisarts, een medisch specialist of voor een ziekenhuisopname wordt geen relatie tussen het opleidingsniveau en het zorggebruik gevonden. Ook wordt geen relatie gevonden tussen het zorggebruik en geslacht. Dit is opmerkelijk omdat vrouwen consistent een slechtere lichamelijke en psychische gezondheid en zowel vaker als meer aandoeningen rapporteren dan mannen.

Tabel 15

Percentage ouderen dat gebruik heeft gemaakt van zorg (%) in de afgelopen 12 maanden, naar zorgtype, leeftijd en geslacht

	65-74 jaar	75-84 jaar	85+	Mannen	Vrouwen	Totaal
Bezoek aan huisarts	88,7	89,1	96,4	87,9	90,8	89,6
Bezoek aan medisch specialist	55,2	60,5	51,9	54,2	58,2	56,5
Ziekenhuisopname	13,9	13,6	16,7	13,4	14,6	14,1
Bezoek aan tandarts	44,7	38,9	16,4	38,8	41,2	40,2

5.4 BEREIKBAARHEID

BEREIKBAARHEID ZORGVOORZIENINGEN BETER VOOR HOOGOPGELEIDEN

Voor de toegankelijkheid van zorg is het belangrijk dat zorgvoorzieningen binnen een redelijk overzienbare reisafstand liggen. Dat geldt het meest voor acute zorg als de afdeling spoedeisende hulp, maar ook voor basiszorg van bijvoorbeeld de huisarts.

Met de gebruikelijke manier van vervoer kan 87,0% van de 65-plussers hun huisarts binnen 30 minuten bereiken. Het dichtstbijzijnde ziekenhuis is voor 67,3% van de ouderen binnen 30 minuten bereikbaar. De afdeling spoedeisende hulp, welke gelegen is in het St. Elisabeth Hospitaal (SEHOS), door 53,0%. De bereikbaarheid van de zorgvoorzieningen is, vergeleken met middelbaar en hoogopgeleiden, het laagst voor laag opgeleide ouderen (tabel 15).

Tabel 16

Percentage 65-plussers dat binnen 30 minuten een zorgvoorziening bereikt met gebruikelijk manier van vervoer, naar opleidingsniveau

	Laag	Middel	Hoog
Huisarts	83,5	90,2	89,9
Het dichtstbijzijnde ziekenhuis	54,7	75,2	83,2
De afdeling spoedeisende hulp (SEHOS)	45,3	57,1	62,4

BRONVERMELDING

1. **Centraal Bureau voor de Statistiek. 2013.** *Bevolkingscijfers 2011, 2012 en 2013.* Willemstad : sn, 2013.
2. **Wong, A., Kommer, G. & Polder, J.J. 2008.** *Levensloop en zorgkosten. Solidariteit en de kosten van vergrijzing.* Bilthoven : Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu, 2008. ISBN: 978-90-6960-201-1.
3. **Sense Change management, Witco & AEF Caribbean. 2012.** *Grandi ku Orguyo. CA58/gko hoofdrapport.* Willemstad : sn, 2012.
4. **Verstraeten, S., Jansen, I. Pin, R. & Brouwer, W. 2013.** *De Nationale Gezondheidsenquête Curaçao 2013.* Willemstad : Volksgezondheid Instituut Curacao, 2013.
5. **Centraal Bureau voor de Statistiek. 2013.** Resultaten Census 2011. [Online] [Citaat van: 22 oktober 2013.] http://www.cbs.cw/index.php?option=com_content&view=article&id=119&Itemid=83.
6. **Centraal Bureau voor de Statistiek. 2013.** *Levensverwachting 2011/2012.* 2013.
7. **Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu.** Wat is in Nederland de levensverwachting? [Online] [Citaat van: 22 oktober 2013.] <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/levensverwachting/wat-is-in-nederland-de-le>.
8. **European Health Expectancy Monitoring Unit. 2007.** *Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method: A Practical Guide.* Montpellier : sn, 2007.
9. **Alberts, J.F., Gerstenbluth, I., Halabi, Y.T., Koopmans, P.C., O'Niel, J. & Van den Heuvel, W.J.A. 1996.** *The Curaçao Health Study. Methodology and main results.* Willemstad : ISOG 2000, 1996. ISBN 90-72156-36-7.
10. *Multimorbidity and quality in primary care: a systemic review.* **Fortin, M., Lapointe, L., Hudon, C., Vanasse, A., Ntetu, A. & Maltais, D. 2004.** 2, sl : Health and Quality of Life outcomes , 2004, Vol. 51.
11. *Multimorbidity in older adults.* **Salive, M. 2013.** 1, sl : Epidemiologic Reviews, 2013, Vol. 35.
12. **Klerk, de M.M.Y. 2001.** *Rapportage ouderen 2001.* Den Haag : Sociaal en Cultureel Planbureau, 2001.
13. **Herten van, L.M., Oudshoorn, K., Perenboom, R.J.M., Mulder, Y.M., Hoeymans, N. 2002.** *Gezondheidstoestand van bewoners van instellingen.* Leiden : TNO, 2002. TNO-Rapport PG/VGZ/2002.041.
14. **GGD Gelre-IJssel. 2007.** *Mobiliteitsbeperkingen bij ouderen in de regio Gelre-IJssel.* 2007.
15. *The association between waist circumference and risk of mortality considering body mass index in 65- to 74-year olds: a meta-analysis of 29 cohorts involving more than 58.000 elderly persons.* **Hollander, de E.L., Bemelmans, W.J.E., Friedrich, N., Wallaschofski, H., Guallar-Castillon, P., Walter, S., Zillikens, M.C., Rosengren, A., Lissner, L., Basset, J.K., Giles, G.G., Orsini, N., Heim, N., Visser, M. & Groot, de L. 2012.** sl : International Journal of Epidemiology, 2012.

16. **Stuurgroep ondervoeding.** Short Nutritional Assessment Questionnaire for Residential Care. [Online] [Citaat van 4 november 2013.] http://www.stuurgroepondervoeding.nl/fileadmin/inhoud/verpleeg_verzorging/documenten/SNAQ-RC.pdf.
17. **World Health Organization.** Factsheet Tobacco. [Online] [Citaat van: 22 oktober 2013.] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>.
18. **Nederlandse Huisartsen Genootschap.** Problematisch alcoholgebruik. [Online] [Citaat van: 22 oktober 2013.] <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/problematisch-alcoholgebruik>.
19. *Does this patient have an alcohol problem?* **Kitchens, J.M.** 1994. 22, sl : JAMA, 1994, Vol. 272.
20. *Fruit and vegetable intake in relation to risk of ischemic stroke .* **Joshiyura, K.J., Ascherio, A., Manson, J.E., Stampfer, M.J., Rimm, E.B. & Speizer, F.E.** 1999. 13, sl : JAMA, 1999, Vol. 282.
21. *Vegetables, fruit and cancer prevention: a review.* **Steinmetz, K.A., Potter, J.D.** 1996. 10, sl : J Am Diet Association , 1996, Vol. 96.
22. **Gezondheidsraad.** 2006. *Richtlijnen goede voeding 2006 - achtergronddocument.* Den Haag : sn, 2006. 08.
23. *Health benefits of physical activity: the evidence.* **Warburton, D.E.R., Nicol, C.W. & Bredin, S.S.D.** 2006. 6, sl : Canadian Medical Association Journal, 2006, Vol. 174.
24. *Stroke .* **Donnan, G.A., Fisher, M., Macleod, M. & Davis, S.M.** 2008. 9624, sl : Lancet, 2008, Vol. 371.
25. *Smoking, blood pressure and serum cholesterol-effects on 20-year mortality.* **Houterman, S., Verschuren, W.M. & Kromhout, D.** 2003. sl : Epidemiology, 2003, Vol. 14.
26. *Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review.* **Holt-Lunstad, J., Smith, T.B. & Layton, J.B.** 2010. 7, sl : PLoS Med, 2010, Vol. 7.
27. *Influenza vaccinations and reductions in hospitalisations for cardiac disease and stroke among the elderly.* **Nichol, K.L., Nordin, J., Mullooly, J., Lask, R., Fillbrandt, K., Iwane, M.** 2003. sl : New England Journal of Medicine, 2003, Vol. 348.
28. *Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials.* **Staessen, J.A., Gasowski, J., Wang, J.G., Thijs, L., Den Hond, E., Boissel, J.P., Coope, J., Ekblom, T., Gueyffier, F., Liu, L.** 2000. sl : Lancet, 2000, Vol. 35.
29. *Screening for type 2 diabetes and population mortality over 10 years (ADDITION-Cambridge): a cluster-randomised controlled trial.* **Simmons, R.K., Echouffo-Tcheugui, J.B., Sharp, S.J., Sargeant, L.A., Williams, K.M., Prevost, A.T., Kinmonth, A.L., Wareham, N.J. & Griffin, S.J.** 2012. 9855, sl : Lancet, 2012, Vol. 380.
30. **Nederlandse Huisartsen Genootschap.** Diabetes mellitus type 2. [Online] [Citaat van: 22 oktober 2013.] <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/diabetes-mellitus-type-2>.

Deze eerste themarapportage van de Nationale Gezondheidsenquête 2013 geeft u een dieper inzicht in hoe ouderen in Curaçao hun gezondheid ervaren en wat de mate is van het voorkomen van ziekten. Ook geeft deze themarapportage informatie over het gebruik dat ouderen van de gezondheidszorg maken en welke factoren hun gezondheid beïnvloeden.

Het themarapport OUDEREN is een publicatie van het Volksgezondheid Instituut Curaçao (VIC). Digitale versies van deze en andere publicaties zijn te verkrijgen via de website van VIC: www.vic.cw.