

Volksgezondheid Instituut Curaçao

De Nationale
Gezondheidsenquête

CURAÇAO



Methodologie en belangrijkste
resultaten

2013

S. Verstraeten, I. Jansen, R. Pin en W. Brouwer

De Nationale Gezondheidsenquête Curaçao 2013

Methodologie en belangrijkste resultaten

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

© juli 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/2013/002, IS GRATIS TE DOWNLOADEN VIA
WWW.VIC.CW.

AUTEURS

Drs. Soraya Verstraeten

Drs. Iralice Jansen

Dr. Renske Pin

Dr. Wendy Brouwer

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

EINDVERANTWOORDELIJKHEID

Deze publicatie is tot stand gekomen onder eindverantwoordelijkheid van de interim directeur van het Volksgezondheid Instituut Curaçao, Ronald Westerhof.

AFKORTINGEN

BMI	Body Mass Index
BVZ	Basis Verzekering Ziektekosten
CARICOM	Caribbean Community
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CHS	Curaçao Health Study
ECHIM	European Community Health Indicators Monitoring
EHES	European Health Examination Survey
EHIS	European Health Interview Survey
EU	Europese Unie
G&Gz	Geneeskundige & Gezondheidszaken
GMN	Gezondheid, Milieu en Natuur
HPV	Humaan Papilloma Virus
ISCED	International Standard Classification of Education
NAf	Nederlands Antilliaanse florijn
NGE	Nationale Gezondheidsenquête
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
PAHO	Pan American Health Organization
SEHOS	St. Elisabeth Hospitaal
SMU	St. Martinus University
STEPS	STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance
VIC	Volksgesondheid Instituut Curaçao
WHO	World Health Organization

SAMENVATTING

De Nationale Gezondheidsenquête (NGE) 2013 is een grootschalig gezondheidsonderzoek onder de Curaçaose bevolking van 18 jaar en ouder. Het onderzoek is uitgevoerd door het Volksgezondheid Instituut Curaçao (VIC) in opdracht van het Ministerie van Gezondheid, Milieu en Natuur (GMN). VIC is een onafhankelijk onderzoeksinstituut dat deel uitmaakt van het Ministerie van GMN. Het doel van de NGE 2013 is om te voorzien in de informatiebehoeften van de overheid op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg. De uitkomsten van de NGE 2013 zijn primair bedoeld voor beleidsontwikkeling, -implementatie en -evaluatie door de overheid, maar zijn ook toegankelijk voor andere actoren op het terrein van de publieke gezondheidszorg. Het doel van de NGE 2013 is geconcretiseerd in de volgende doelstellingen:

- I. Het beschrijven van de zelfgerapporteerde en tijdens fysiek onderzoek gemeten gezondheidsstatus van de volwassen Curaçaose bevolking, zoals de subjectieve gezondheid en ziekten, functionele beperkingen en de geestelijke gezondheid.
- II. Het beschrijven van zelfgerapporteerde determinanten van gezondheid van de volwassen Curaçaose bevolking, zoals overgewicht, het gebruik van tabak, alcohol en drugs, eetgewoonten, lichaamsbeweging en woonomgeving.
- III. Het beschrijven van het zelfgerapporteerde gebruik van de gezondheidszorg van de volwassen Curaçaose bevolking, zoals deelname aan preventieactiviteiten, anticonceptiegebruik en contacten met zorgverleners.

De NGE 2013 bestaat uit een interview gedeelte en uit fysieke metingen. In de maanden januari en februari 2013 zijn in totaal 3.000 volwassenen thuis geïnterviewd door interviewers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) met een vooraf vastgestelde vragenlijst. Van deze 3.000 respondenten hebben 401 personen deelgenomen aan de fysieke metingen in de periode eind januari t/m april 2013. De fysieke metingen zijn uitgevoerd door de wetenschappelijke staf en een aantal laatstejaars medische studenten van de St. Martinus University. De respondenten in de NGE 2013 zijn representatief voor de Curaçaose volwassen bevolking bestaande uit 116.742 personen.

Zoals reeds vastgesteld in de Curaçao Health Study (CHS) van 1993/1994 heeft Curaçao een westers epidemiologisch profiel. Om die reden vinden internationale vergelijkingen in dit rapport plaats met landen met een overeenkomstig profiel.

GEZONDHEIDSSTATUS

DRIE OP DE VIER VOLWASSENEN ZIJN POSITIEF OVER HUN GEZONDHEID

Drie op de vier (73,4%) volwassenen vindt de eigen gezondheid goed tot heel goed. Mannen beoordelen hun gezondheid positiever dan vrouwen. Ouderen en lager opgeleiden, met name vrouwen met een laag opleidingsniveau, zijn minder positief over hun gezondheid.

TACHTIG PROCENT VAN DE VOLWASSENEN ERVAART GEESTELIJKE GEZONDHEID ALS POSITIEF

Van de volwassenen ervaart gemiddeld 84,3% zijn/haar geestelijke gezondheid gedurende de afgelopen vier weken als positief. Mannen ervaren hun geestelijke gezondheid positiever dan vrouwen. Acht procent (8,1%) van de volwassenen geeft aan psychische klachten te hebben. Elf procent (10,7%) heeft een lage vitaliteit. Bij vrouwen en laagopgeleiden komen psychische klachten en een lage vitaliteit vaker voor. Vergeleken met andere landen met een westers epidemiologisch profiel, geven de volwassenen in Curaçao aan minder psychische klachten te ervaren en meer vitaliteit te hebben.

LANGDURIGE ZIEKTEN OF GEZONDHEIDSPROBLEMEN KOMEN REGELMATIG VOOR BIJ DE VOLWASSEN BEVOLKING

Vier op de tien (40,3%) volwassenen hebben één of meerdere langdurige ziekten of gezondheidsproblemen. Vrouwen hebben dit vaker dan mannen. Hoe ouder iemand is en hoe lager het opleidingsniveau, des te vaker de persoon een langdurige ziekte heeft. Bij mannen komt een hoge bloeddruk, diabetes en een hoog cholesterol het vaakst voor. Bij vrouwen komt hoge bloeddruk, allergie en een hoog cholesterol het vaakst voor. De prevalentie van hoge bloeddruk is met 19,9% gemiddeld in vergelijking met andere landen met een westers epidemiologisch profiel. Na de Verenigde Staten, is de prevalentie van diabetes in Curaçao met 9,3% het hoogst.

FUNCTIONELE BEPERKINGEN KOMEN VEELVULDIG VOOR

Zevenendertig procent (36,7%) van de volwassenen heeft één of meerdere functionele beperkingen bij basisactiviteiten zoals zien, horen, mobiliteit en bij dagelijkse activiteiten zoals het kauwen van hard voedsel en/of het oppakken van kleine voorwerpen. Van deze volwassenen is 42,1% ernstig beperkt in het uitvoeren van één of meerdere van deze voorgenoemde basisactiviteiten, waardoor

zij deze activiteiten alleen met veel moeite of in het geheel niet kunnen doen. Ernstige functionele beperkingen komen vaker voor bij vrouwen (afgezien van horen), ouderen en laagopgeleiden.

DETERMINANTEN VAN GEZONDHEID

TWEE OP DE DRIE VOLWASSENEN ZIJN TE ZWAAR

Twee op de drie mannen (62,6%) en vrouwen (67,2%) zijn te zwaar (BMI ≥ 25 kg/m²). Mannen hebben relatief gezien vaker overgewicht (BMI $\geq 25,0$ - $<30,0$ kg/m²), terwijl vrouwen vaker obesitas (BMI ≥ 30 kg/m²) hebben. De resultaten uit de vragenlijst worden bevestigd door de fysieke metingen. De prevalentie van overgewicht (BMI $\geq 25,0$ - $<30,0$ kg/m²) is gemiddeld in vergelijking met andere landen met een westers epidemiologisch profiel. De prevalentie van obesitas (BMI ≥ 30 kg/m²) in Curaçao is met 28,3%, na de Verenigde Staten, het hoogst.

BIJNA DE HELFT VAN DE VOLWASSENEN IS INACTIEF

Bijna de helft (47,0%) van de volwassenen heeft in de 7 dagen voorafgaand aan het interview geen enkele dag 10 minuten of meer aan lichaamsbeweging gedaan. Volwassenen in Curaçao zijn daarmee vaker inactief dan Nederlandse volwassenen, van wie 10% geen enkele dag 10 minuten of meer aan lichaamsbeweging heeft gedaan. Vooral vrouwen en laag opgeleiden zijn inactief voor lichamelijke beweging. De meest genoemde reden om inactief te zijn is niet genoeg tijd of energie hebben.

BIJNA DE HELFT VAN DE VOLWASSENEN EET DAGELIJKS FRUIT EN 2 OP DE 3 EET DAGELIJKS GROENTE OF SALADE

Bijna de helft (47,1%) van de volwassenen eet dagelijks fruit en 69,0% eet dagelijks groente of salade. Het eten van fruit en groente neemt toe bij het stijgen van de leeftijd en het opleidingsniveau. Van de volwassenen die niet dagelijks fruit eten, eet 27,1% minder dan wekelijks of nooit fruit. Voor groente of salade is dit percentage 21,2%. De prijs is de belangrijkste reden om niet dagelijks fruit en groente te eten.

ACHT PROCENT VAN DE BEVOLKING EET WEKELIJKS VIER KEER OF MEER FAST FOOD

Van de volwassenen eet 23,8% nooit fast food. Acht procent (8,0%) van de volwassenen eet vier keer in de week of vaker fast food. Met het stijgen van de leeftijd daalt het percentage volwassenen

dat vier keer in de week of vaker fast food eet. In een vergelijkbaar onderzoek in de staat Michigan, Verenigde Staten, eet eveneens 8,0% van de bevolking vier keer in de week of vaker fast food.

ZESTIEN PROCENT VAN DE VOLWASSENEN ROOKT

Zestien procent (15,5%) van de volwassenen rookt. Elf procent (10,8%) doet dit dagelijks. Het meest gebruikte tabaksproduct is sigaretten. Mannen roken vaker dan vrouwen. Drie op de vier (72,6%) dagelijkse rokers rookt minder dan 10 sigaretten per dag. In vergelijking met andere landen met een westers epidemiologisch profiel roken relatief weinig volwassenen in Curaçao.

DRIE PROCENT VAN DE VOLWASSENEN DRINKT IEDERE DAG ALCOHOL

Tweeënzestig procent (61,8%) van de volwassenen geeft aan de afgelopen twaalf maanden alcohol te hebben gedronken. Mannen drinken vaker en ook meer alcohol dan vrouwen. Hoogopgeleide vrouwen drinken vaker alcohol dan laagopgeleide vrouwen. Van de volwassenen drinkt 2,6% overmatig, dat wil zeggen gemiddeld meer dan 3 glazen alcohol per dag voor mannen en meer dan 2 glazen alcohol per dag voor vrouwen. Eén procent (0,7%) van de volwassenen is een chronisch overmatig alcoholgebruiker. Dit komt vaker voor bij mannen en dan met name bij mannen met een laag opleidingsniveau. 'Binge-drinking', het drinken van meer dan 6 alcoholische consumpties tijdens één gelegenheid, doet 12,0% van de mannen en 2,0% van de vrouwen één of meerdere keren per maand. In vergelijking met andere landen met een westers epidemiologisch profiel is de prevalentie van 'binge-drinking' in Curaçao gemiddeld. Acht procent (8,0%) van de volwassenen geeft aan de afgelopen 2 maanden na alcoholgebruik achter het stuur te hebben gezeten. Dit zijn vaker mannen en hoger opgeleiden.

DRIE PROCENT GEBRUIKT SOFTDRUGS EN EEN HALF PROCENT HARDDRUGS

Drie procent (3,0%) van de volwassenen geeft aan het afgelopen jaar softdrugs (cannabis) te hebben gebruikt en 0,5% harddrugs (bijvoorbeeld cocaïne en heroïne). Zowel softdrugs- als harddrugsgebruik komen vaker voor onder mannen dan onder vrouwen. In vergelijking met Nederland, waar 7% van de bevolking softdrugs en 1,3% harddrugs zegt te gebruiken, is het zelfgerapporteerde drugsgebruik lager in Curaçao.

MUGGEN ZORGEN VOOR DE MEESTE OVERLAST IN DE WOONOMGEVING

De meest genoemde vormen van overlast in de woonomgeving in de afgelopen twaalf maanden zijn muggen (86,6%), knaagdieren (45,0%) en vuil en afval (25,3%). Van de stank van de raffinaderij Isla heeft 13,6% van de volwassenen (over)last gehad in de woonomgeving.

GEBRUIK VAN DE GEZONDHEIDSZORG

DEELNAME AAN PREVENTIEVE ACTIVITEITEN

Van de volwassenen van 45 jaar en ouder heeft 63,9% het afgelopen jaar deelgenomen aan een bloedglucosemeting. Van de volwassenen van 60 jaar en ouder heeft 87,3% het afgelopen jaar deelgenomen aan een bloeddrukmeting en 9,6% heeft het afgelopen griepseizoen deelgenomen aan het influenzavaccinatieprogramma. Van de vrouwen tussen de 50 en 75 jaar heeft 62,5% in de afgelopen twee jaar deelgenomen aan een borstkankeronderzoek. Van de vrouwen tussen de 30 en 60 jaar heeft 65,1% in de afgelopen drie jaar deelgenomen aan een cervixkankeronderzoek. Van de diabetici heeft 75,9% in de afgelopen twee jaar deelgenomen aan een klinisch oogonderzoek en 36,1% heeft in de afgelopen twee jaar deelgenomen aan een klinisch voetonderzoek.

NEGENENDERTIG PROCENT VAN DE VROUWEN VAN 18 T/M 50 JAAR GEBRUIKT ANTICONCEPTIE

Van de vrouwen van 18 t/m 50 jaar zegt 39,0% één of meerdere vormen van anticonceptie te gebruiken. Het percentage vrouwen dat anticonceptie gebruikt stijgt met het opleidingsniveau. De meest gebruikte anticonceptiemethode, al dan niet in combinatie met andere methoden, is de anticonceptiepil. Vrouwen van 18 t/m 34 jaar gebruiken naast de anticonceptiepil het vaakst het condoom of de coitus interruptus (terugtrekmethode) als anticonceptie. Vrouwen van 35 t/m 50 jaar gebruiken naast de anticonceptiepil het vaakst een spiraal of het condoom.

BIJNA ALLE VOLWASSENEN ZIJN VERZEKERD TEGEN ZIEKTEKOSTEN

Zevenennegentig procent (97,3%) van de volwassenen heeft een ziektekostenverzekering. Van de personen die verzekerd zijn tegen ziektekosten is 83,5% publiek verzekerd, terwijl 16,5% privaat is verzekerd. Vrouwen zijn vaker dan mannen publiek verzekerd, terwijl mannen vaker dan vrouwen privaat zijn verzekerd.

BIJNA 9 OP DE 10 VOLWASSENEN BEZOEKEN JAARLIJKS DE HUISARTS

Bijna 9 op de 10 (86,3%) volwassenen heeft in het afgelopen jaar minstens eenmaal contact gehad met een huisarts. Van deze volwassenen heeft 44,9% in de afgelopen maand contact gehad. Procentueel gezien bezoeken evenveel hoogopgeleiden als laagopgeleiden de huisarts waaruit blijkt dat de toegang tot huisartsenzorg niet beïnvloed wordt door deze socio-economische indicator. Van de volwassenen geeft 93,0% aan tevreden te zijn met de diensten van de huisarts. In Curaçao wordt geen relatie tussen leeftijd en huisartscontact gevonden. Dit in tegenstelling tot Nederland, waar wel meer contacten met de huisarts plaatsvinden naarmate men ouder wordt. Het gemiddeld aantal contacten met de huisarts is 7,3 keer per persoon in het afgelopen jaar. In vergelijking met andere landen met een westers epidemiologisch profiel, is het percentage volwassenen in Curaçao dat in de vier weken voorafgaande het interview contact heeft met de huisarts relatief het hoogst. Tijdens het laatste consult bij de huisarts heeft 91,7% van de volwassenen een doorverwijzing gekregen. Voor 81,6% betrof dit een verwijzing naar een apotheek.

BIJNA 2 OP 5 VOLWASSENEN BEZOEKT JAARLIJKS EEN MEDISCH SPECIALIST

Bijna 2 op de 5 (38,5%) volwassenen heeft het afgelopen jaar contact gehad met een medisch specialist. Van de volwassenen die contact hadden met een medisch specialist geeft 88,9% aan tevreden te zijn met de verleende diensten. Vrouwen tussen de 18 en 55 jaar gaan vaker naar een medisch specialist dan mannen. Procentueel gezien bezoeken evenveel hoogopgeleiden als laagopgeleiden de medisch specialisten, waaruit blijkt dat de toegang tot de medisch specialistische zorg niet beïnvloed wordt door deze socio-economische indicator. De mate van contact met een medisch specialist stijgt naarmate de leeftijd stijgt. Van de volwassenen die het afgelopen jaar contact hadden met een medisch specialist is het gemiddeld aantal contactmomenten 2,9. Voor 83,7% van de volwassenen vond het contact met een medisch specialist plaats in de privépraktijken en voor 9,1% in het St. Elisabeth Hospitaal (SEHOS). Bij 3,1% van de volwassenen vond het contact plaats met een medisch specialist in het buitenland, voornamelijk in Venezuela.

TIEN PROCENT VAN DE VOLWASSENEN IS HET AFGELOPEN JAAR OPGENOMEN IN EEN ZIEKENHUIS

Tien procent (9,7%) van de volwassenen is het afgelopen jaar minstens eenmaal opgenomen in een ziekenhuis (exclusief opname in verband met een ongecompliceerde bevalling). Naarmate het opleidingsniveau stijgt, daalt het percentage personen dat is opgenomen. Voor degenen die zijn opgenomen is het gemiddeld aantal opnamen in het afgelopen jaar 1,5 en de gemiddelde

opnameduur 10,7 nachten. Van de volwassenen is 78,7% tevreden over de diensten van het SEHOS. Over de diensten van de andere ziekenhuizen is 86,2% van de volwassenen tevreden.

JAARLIJKS MAAKT 12% VAN DE VOLWASSENEN GEBRUIK VAN DE FYSIOTHERAPEUT

Van de overige behandelende zorgverleners wordt het meest frequent gebruik gemaakt van een fysiotherapeut (inclusief oefentherapeut Cesar en Mensendieck). Twaalf procent (12,4%) van de volwassenen is in het afgelopen jaar door een fysiotherapeut behandeld. Van de overige behandelende zorgverleners, zoals andere paramedici, de thuiszorg en alternatieve zorgverleners, heeft minder dan 5% van de volwassenen het afgelopen jaar gebruik gemaakt.

DE HELFT VAN DE VOLWASSENEN HEEFT HET AFGELOPEN JAAR EEN TANDHEELKUNDIGE BEZOCHT

De helft (50,9%) van de volwassenen heeft het afgelopen jaar een tandheelkundige bezocht. Van de volwassenen geeft 90,8% aan tevreden te zijn met de diensten van de tandheelkundigen. Drie procent (3,1%) van de volwassenen heeft nog nooit een tandheelkundige bezocht. Vrouwen gaan vaker naar een tandheelkundige dan mannen. Tot 55 jaar neemt het bezoek aan de tandheelkundige toe, daarna daalt het met de leeftijd. Naarmate het opleidingsniveau stijgt, neemt het tandheelkundig bezoek toe. Van de volwassenen zegt 12,3% een tandheelkundige behandeling nodig te hebben gehad in de afgelopen twaalf maanden, maar niet te zijn geweest. Geen geld voor de behandeling is in 42,9% van de gevallen de reden.

VERGELIJKING RESULTATEN NGE 2013 MET CENSUS 2011 EN CHS 1993/1994

Een aantal onderwerpen dat in de NGE 2013 is onderzocht, is ook onderzocht tijdens Census 2011 en in de Curaçao Health Study (CHS) in 1993/1994 (zie onderstaande tabel).

Tabel I

Resultaten NGE 2013 vergeleken met Census 2011 en CHS 1993/1994, weergegeven als percentage van de bevolking

Onderwerp	NGE 2013 (%)	Census 2011 (%)	CHS 1993/94 (%)
Gezondheidsstatus			
Ervaren gezondheid (heel goed/ goed)	73,4	85,6	-
Hoge bloeddruk	19,9	17,4	14,5
Diabetes	9,3	7,9	5,6
Ernstige beperkingen zien	3,6	-	4,7
Ernstige beperkingen horen	1,0	-	1,4
Determinanten van gezondheid			
Gemiddelde BMI waarde* (gemeten)	28,1	-	27,3
Obesitas (gemeten)	32,0	-	27,4
Dagelijkse fruit consumptie	47,1	-	±50
Dagelijkse groente/salade consumptie	69,0	-	63,1
Rokers (dagelijks en niet dagelijks)	15,5	-	17,1
Rokers (dagelijks)	10,8	8,5	-
Alcoholgebruik in het afgelopen jaar (mannen)	70,9	-	81,0
Alcoholgebruik in het afgelopen jaar (vrouwen)	54,8	-	61,3
Overlast van muggen	86,6	-	67,0
Overlast van ratten/knaagdieren	45,0	-	41,1
Overlast van vuil en afval	25,3	-	25,6
Overlast van stank van de Isla	13,6	-	11,7
Gebruik van de gezondheidszorg			
Contact met huisarts in afgelopen jaar	86,3	-	80,1
Contact met medisch specialist in afgelopen jaar	38,5	-	40,5
Waarvan contact met medisch specialist in privépraktijk	83,7	-	68,4
Waarvan contact met medisch specialist in St. Elisabeth Hospitaal	9,1	-	24,5
Ziekenhuisopname in het afgelopen jaar	9,7	-	8,1
Contact met fysiotherapeut in het afgelopen jaar	12,4	-	8,8
Contact met tandheekkundige in het afgelopen jaar	50,9	-	42,0

NGE = Nationale Gezondheidsenquête, CHS = Curaçao Health Study, BMI = Body Mass Index

- =niet bepaald of indicator niet vergelijkbaar

* De gemiddelde BMI-waarden zijn vermeld in kg/m²

TOEKOMSTIG ONDERZOEK

Met de publicatie van dit rapport is concreet, actueel en volledig invulling gegeven aan het doel van de NGE 2013 om te voorzien in de informatiebehoeften van de overheid op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg. De uitkomsten van de NGE 2013 geven een schat aan informatie voor beleidsontwikkeling, -implementatie en -evaluatie door de Curaçaoose overheid op het gebied van de publieke gezondheidszorg.

De NGE vindt iedere 4 jaar plaats. Dit maakt het voor de Curaçaoose overheid mogelijk om een 'evidence-based' en robuust volksgezondheidsbeleid te voeren dat aantoonbaar effectief is in het voorkómen van ziekten. Bovendien maakt de NGE het voor de overheid mogelijk veranderingen in de gezondheid en het gebruik van de gezondheidszorg in de tijd (temporaal) te kunnen blijven volgen en het beleid hierop vroegtijdig te kunnen afstemmen.

INHOUDSOPGAVE

Afkorting.....	6
Samenvatting.....	8
1. Achtergrond van de NGE 2013	22
1.1 Inleiding	22
1.2 VIC en gezondheidsindicatoren	23
1.3 Doelstellingen.....	23
1.4 Publicatie NGE 2013-resultaten.....	24
1.5 Leeswijzer.....	24
2. Methodologische verantwoording.....	26
2.1 Onderzoeksontwerp.....	26
2.2 De vragenlijst.....	28
2.3 De steekproef	30
2.4 Het veldwerk	31
2.5 De fysieke metingen.....	35
2.6 Analyse van de netto respons.....	38
2.7 De weging.....	43
2.8 Analyse van de resultaten	44
2.9 Kwaliteit van de resultaten	45
2.10 Privacy en omgaan met gegevens	47
2.11 Definities en interpretatie van de resultaten	48
GEZONDHEIDSTATUS	50
3. Subjectieve gezondheid	52
3.1 Inleiding	52
3.2 Methode en definities.....	52
3.3 Resultaten subjectieve gezondheid	52
4. Langdurige ziekten en aandoeningen	56
4.1 Inleiding	56
4.2 Methode en definities.....	56
4.3 Resultaten langdurige ziekten	58
4.4 Resultaten specifieke ziekten en gezondheidsproblemen.....	59
4.5 Resultaten hoge bloeddruk	61
4.6 Resultaten diabetes	65
4.5 Resultaten hoog cholesterol.....	69
4.6 Resultaten allergie	71

5. Functionele beperkingen	74
5.1 Inleiding	74
5.2 Methode en definities	75
5.3 Resultaten Functionele beperkingen	75
6. Geestelijke Gezondheid	78
6.1 Inleiding	78
6.2 Methode en definities	78
6.3 Resultaten geestelijke gezondheid	79
DETERMINANTEN VAN GEZONDHEID	86
7. Overgewicht.....	88
7.1 Inleiding	88
7.2 Methode en definities	88
7.3 Resultaten overgewicht.....	89
8. Lichaamsbeweging.....	94
8.1 Inleiding	94
8.2 Methode en definities.....	94
8.3 Resultaten lichaamsbeweging	95
9. Eetgewoonten.....	98
9.1 inleiding	98
9.2 Methode en definities.....	98
9.3 Resultaten eetgewoonten	99
10. Roken.....	104
10.1 Inleiding	104
10.2 Methode en definities	104
10.3 Resultaten roken.....	104
11. Alcohol.....	110
11.1 Inleiding	110
11.2 Methode en definities.....	110
11.3 Resultaten alcohol	111
12. Drugs.....	118
12.1 Inleiding	118
12.2 Methode en definities	118
12.3 Resultaten drugs	118

13. Woonomgeving.....	120
13.1 Inleiding	120
13.2 Methode en definities	120
13.3 Resultaten woonomgeving	120
GEBRUIK VAN DE GEZONDHEIDSZORG 122	
14. Preventie	124
14.1 Inleiding	124
14.2 Methode en definities	124
14.3 Resultaten preventieve activiteiten	125
14.4 Resultaten anticonceptiegebruik onder vrouwen	127
15. Gezondheidszorg.....	130
15.1 Inleiding	130
15.2 Methode en definities	130
15.3 Resultaten ziektekostenverzekering	131
15.4 Resultaten contacten met de huisarts	132
15.5 Resultaten contacten met medisch specialisten	136
15.6 Resultaten ziekenhuisopnamen	138
15.7 Resultaten contacten met de overige behandelende zorgverleners	139
15.8 Resultaten contacten met de tandheeskundige	140
16. Discussie	142
Bronvermelding	148
Bijlagen	158
Bijlage A: Gezondheidsindicatoren Curaçao	160
Bijlage B: Overzicht onderwerpen en aanpassingen voor vragenlijst NGE 2013	168
Bijlage C: Vragenlijst Nationale Gezondheidsenquête 2013	170
Bijlage D: Representatie respondenten per zone	198
Bijlage E: Brochure Nationale Gezondheidsenquête Curaçao 2013	200
Bijlage F: Uitkomstenformulier fysieke metingen	202

1. ACHTERGROND VAN DE NGE 2013

1.1 INLEIDING

Een essentiële voorwaarde om op het gebied van de publieke gezondheidszorg 'evidence-based' beleid te kunnen voeren, is het kunnen beschikken over gezondheidsindicatoren die een actueel en compleet beeld geven over de staat van de gezondheid(szorg) van een land. Concreet gaat het dan om doodsoorzaken, ziekten, gezondheidsgerelateerd gedrag, zorgkosten en gebruik van de gezondheidszorg. Met behulp van gezondheidsindicatoren kan inzicht verkregen worden in hoeverre reeds gedane (beleids)maatregelen effect hebben gesorteerd. Verder kan bekeken worden aan welke (nieuwe) gebieden beleidsmatig of anderszins aandacht dient te worden besteed. De Nationale Gezondheidsenquête 2013 (NGE 2013) geeft actuele informatie over ruim 40% van de Curaçaose gezondheidsindicatoren (bijlage A). Om over actuele gezondheidsindicatoren te kunnen blijven beschikken, vindt de Nationale Gezondheidsenquête iedere vier jaar plaats, de volgende in 2016.

De Nationale Gezondheidsenquête (NGE) 2013 is een grootschalig gezondheidsonderzoek onder de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder. Het onderzoek is uitgevoerd door het Volksgezondheid Instituut Curaçao (VIC) in opdracht van het Ministerie van Gezondheid, Milieu en Natuur (GMN). VIC is een onafhankelijk onderzoeksinstituut dat onderdeel uitmaakt van het Ministerie van GMN. Het onderzoek levert informatie op over de beleving van de gezondheid, zelfgerapporteerde ziekten en het gebruik van de gezondheidszorg vanuit het oogpunt van de burger. Daarnaast maakt informatie over de achtergrondfactoren van de respondenten het mogelijk om de resultaten te vergelijken onder verschillende demografische en socio-economische kenmerken. Daarmee geeft de NGE 2013 een uniek inzicht in de Curaçaose gezondheidszorg en de beleving van deze zorg dat niet met andere onderzoeksmethoden verkregen kan worden.

De NGE 2013 is het tweede grootschalige gezondheidsonderzoek onder de volwassen bevolking in Curaçao. De Curaçao Health Study (CHS), uitgevoerd in 1993/1994, was het eerste grootschalige gezondheidsonderzoek in Curaçao.⁽¹⁾ Het was bovendien de eerste keer dat in het Caribisch gebied een dergelijk onderzoek werd uitgevoerd. De CHS 1993/1994 maakte duidelijk dat Curaçao een zogenaamd westers epidemiologisch profiel heeft. Hierin komen chronische ziekten als hart- en vaatziekten en diabetes en determinanten van gezondheid als overgewicht en een ongezonde levensstijl veel voor. Dat dit westers profiel voor Curaçao nog steeds actueel is, blijkt uit de huidige Caribische epidemie van chronische, niet-overdraagbare, ziekten als diabetes en hart- en

vaatziekten. Deze ziekten veroorzaken een lage productiviteit, vroegtijdig overlijden en groeiende kosten voor de gezondheidszorg.⁽²⁾

Evenals de CHS 1993/1994 heeft de NGE 2013 een brede focus op de gezondheid. Gezien het westerse epidemiologische profiel van Curaçao is gekozen om de NGE 2013 methodologisch te baseren op en te laten aansluiten bij de Europese onderzoeksmethode van de publieke gezondheid, die recentelijk is bekrachtigd door het Europese parlement en de 'European Council in een wet.⁽³⁾ Bij dit methodologisch uitgangspunt zijn de richtlijnen van de World Health Organization (WHO) en de Pan American Health Organization (PAHO) in acht genomen. In de toegepaste onderzoeksmethode gaat het om de vier modules zoals eerder in deze inleiding beschreven, namelijk de gezondheidstoestand, de determinanten van gezondheid, het gebruik van de gezondheidszorg en de achtergrondfactoren. Het onderzoekontwerp bestaat uit twee gedeeltes, het afnemen van interviews en het doen van fysieke metingen.

De NGE 2013 is ten opzichte van de CHS 1993/1994 geactualiseerd. De reden hiervoor staat beschreven in hoofdstuk 2 van dit rapport. Met de bovenstaande aanpak levert de NGE 2013 uitkomsten die aansluiten bij de huidige internationale standaarden en actuele wetenschappelijke inzichten.

1.2 VIC EN GEZONDHEIDSINDICATOREN

Door VIC is een overzicht van 91 relevante gezondheidsindicatoren opgesteld die het mogelijk maken de (kwaliteit van de) gezondheidszorg in Curaçao te monitoren en internationaal vergelijkbaar te maken (bijlage A). Gegevens voor 57 van deze indicatoren komen beschikbaar uit onderzoeken van VIC. De gegevens voor de overige indicatoren komen uit andere bronnen zoals zorgverzekeraars, zorginstellingen, het CBS, Kranshi en de afdeling Geneeskundige & Gezondheidszaken (G&Gz) van het Ministerie van GMN. Het overzicht van de gezondheidsindicatoren wordt periodiek geactualiseerd op basis van nieuwe inzichten en informatiebehoeften.

1.3 DOELSTELLINGEN

Het doel van de NGE 2013 is om te voorzien in de informatiebehoeften van de overheid op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg door middel van gezondheidsindicatoren. De uitkomsten van de NGE 2013 zijn primair bedoeld voor beleidsontwikkeling, -implementatie en -evaluatie door de overheid, maar zijn ook toegankelijk voor andere actoren op het terrein van de publieke gezondheidszorg. Het doel van de NGE 2013 is geconcretiseerd in de volgende doelstellingen:

- I. Het beschrijven van de zelfgerapporteerde en tijdens fysiek onderzoek gemeten gezondheidsstatus van de volwassen Curaçaose bevolking, zoals de subjectieve gezondheid en ziekten, functionele beperkingen en de geestelijke gezondheid.
- II. Het beschrijven van zelfgerapporteerde determinanten van gezondheid van de volwassen Curaçaose bevolking, zoals overgewicht, het gebruik van tabak, alcohol en drugs, eetgewoonten, lichaamsbeweging en woonomgeving.
- III. Het beschrijven van het zelfgerapporteerde gebruik van de gezondheidszorg van de volwassen Curaçaose bevolking, zoals deelname aan preventieactiviteiten, anticonceptiegebruik en contacten met zorgverleners.

1.4 PUBLICATIE NGE 2013-RESULTATEN

Publicatie van de NGE 2013-resultaten geschiedt als volgt. In dit rapport vindt publicatie van de methodologische verantwoording en de belangrijkste resultaten plaats. In het derde en vierde kwartaal van 2013 worden themarapporten gepubliceerd met secundaire analyses van actuele beleidsonderwerpen over bijvoorbeeld overgewicht, internationale vergelijkingen en ouderen. Tot slot worden vanaf september 2013 'fact sheets' op de website van VIC geplaatst die een diepgaander cijfermatig inzicht geven in de uitkomsten van de NGE 2013. Digitale versies van VIC publicaties zijn gratis te verkrijgen via de website van VIC: www.vic.cw.

1.5 LEESWIJZER

Hoofdstuk 2 behandelt de methodologische verantwoording, welke is onderverdeeld in de verschillende stappen van het onderzoeksproces. **Hoofdstuk 3 t/m 6** richten zich op de gezondheidstoestand van de bevolking. De uitkomsten voor de determinanten van gezondheid komen in **hoofdstuk 7 t/m 13** aan bod. **Hoofdstuk 14 en 15** gaan in op de uitkomsten van deelname aan preventieve activiteiten en het gebruik van de gezondheidszorg. Tot slot volgt de discussie over het onderzoek in **hoofdstuk 16**. De **bijlagen** bevatten onder andere een overzicht van de gezondheidsindicatoren, de vragenlijst en de folder die gebruikt is tijdens de gegevensverzameling.

2. METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING

Dit hoofdstuk gaat in op de gebruikte onderzoeksmethode in de NGE 2013 en start met informatie over het onderzoeksontwerp en de vragenlijst die specifiek voor Curaçao is ontwikkeld. Vervolgens komen de andere stappen in het onderzoeksproces aan de orde. In alle fasen van het onderzoek heeft afstemming plaatsgevonden met lokale en internationale experts op de gebieden van gezondheid, bevolkingsonderzoek en statistiek.

2.1 ONDERZOEKSONTWERP

De keuze voor het onderzoeksontwerp is gebaseerd op recente internationale ontwikkelingen op het gebied van gezondheidsonderzoek, waaronder de ontwikkeling van gevalideerde en gestandaardiseerde enquêtemethoden. Zo zijn door de WHO in 2002 de instrumenten en richtlijnen voor de World Health Survey beschikbaar gesteld.⁽⁴⁾ Vervolgens heeft de WHO in 2005 de methode ‘STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance’ (STEPS) gepubliceerd, die zich specifiek richt op onderzoek naar niet-overdraagbare ziekten.⁽⁵⁾ De meest actuele enquêtemethode voor gezondheidsonderzoek, ‘European Health Interview Survey’ (EHIS), is specifiek gericht op informatievoorziening voor beleidsontwikkeling vanuit strategisch oogpunt. Deze methode is door wetenschappers uit een groot aantal EU-landen ontwikkeld onder verantwoordelijkheid van de Europese Commissie.⁽⁶⁾ Het beheer is belegd bij het Europese instituut voor de statistiek, Eurostat. Het doel van deze initiatieven is door middel van gestandaardiseerde enquêtemethoden de gegevensverzameling, de vraagstelling en de definities van de indicatoren te harmoniseren tussen verschillende landen en werelddelen. Het voordeel daarvan is dat de gezondheidsindicatoren internationaal beter vergeleken kunnen worden en dat alle landen gezondheidsenquêtes kunnen implementeren die zich baseren op actuele wetenschappelijke inzichten en internationale standaarden.

Voor de NGE 2013 is aansluiting gezocht bij de EHIS-methode. Het doel van deze methode is om Europese landen en landen met een westers epidemiologisch profiel van adequate informatie te voorzien voor beleidsontwikkeling, -implementatie en -evaluatie.⁽⁷⁾ Dit doel sluit aan op de doelstellingen van de NGE 2013, zoals geformuleerd in paragraaf 1.3. De EHIS-methode is bovendien de meest recent ontwikkelde methode waarvan de vragenlijst, implementatierichtlijnen en achtergronddocumentatie vrij verkrijgbaar zijn.

Om de onderwerpen in de EHIS-methode beter aan te laten sluiten op de regionale situatie, is de vragenlijst aangepast aan de richtlijnen van de World Health Organization (WHO) en de regionale Pan American Health Organization (PAHO). Ook is de vragenlijst aangepast aan de Curaçaose informatiebehoeften door middel van informatie uit de CHS 1993/1994 en van het Ministerie van GMN. Door deze aanpak zijn de onderwerpen in de NGE 2013 gebaseerd op gevalideerde en gestandaardiseerde methoden uit Europa, de WHO en de PAHO. De onderwerpen in de enquête komen overeen met het westers epidemiologische profiel van Curaçao, aangepast aan de Curaçaose informatiebehoeften.

In de volgende paragrafen is uiteengezet wat de actualisering in de NGE 2013 ten opzichte van de CHS 1993/1994 is en volgt een beschrijving van de EHIS-methode.

2.1.1 ACTUALISERING TEN OPZICHTE VAN DE CHS 1993/1994

De CHS 1993/1994 is het eerste grootschalige, methodologisch verantwoorde gezondheidsonderzoek onder volwassenen in de Caribische regio. Ten opzichte van de CHS 1993/1994 is de NGE 2013 geactualiseerd als gevolg van de voorgenoemde doorontwikkeling op het gebied van methoden voor gezondheidsenquêtes. Theoretische concepten die als uitgangspunt hebben gediend voor de onderwerpen en methodologie van de eerste gezondheidsenquête in Curaçao zijn, vanuit de ‘health for all’ strategie van de WHO en in opdracht van de Europese Commissie, de afgelopen decennia door Europese onderzoekers doorontwikkeld. Dit heeft geresulteerd tot de internationaal gevalideerde en gestandaardiseerde EHIS-methode.⁽⁸⁾

2.1.2 DE ‘EUROPEAN HEALTH INTERVIEW SURVEY’ (EHIS)

De door Europese onderzoekers ontwikkelde methode, een internationaal gevalideerde vragenlijst met implementatierichtlijnen en uitgebreide achtergrondinformatie is sinds 2008 toegepast in 20 landen.⁽⁶⁻⁹⁾ De EHIS is door het Europese Parlement op 19 februari 2013 van toepassing verklaard op alle 30 Europese lidstaten, inclusief Zwitserland, IJsland en Noorwegen.⁽³⁾ Dit betekent dat de 30 lidstaten nu wettelijk verplicht zijn om met gebruikmaking van de EHIS-methode een nationale gezondheidsenquête uit te voeren en de uitkomsten uiterlijk 30 september 2015 aan te leveren bij de Europese Commissie via Eurostat. De EHIS-enquête zal om de 5 jaar worden herhaald.

Door aan te sluiten op de EHIS-methode zijn uitkomsten van Curaçao reeds vergelijkbaar met, voor zover beschikbaar in de database van Eurostat, 20 landen.⁽¹⁰⁾ Voor enkele indicatoren zijn de resultaten ook al vergelijkbaar met de betreffende internationale indicatoren uit de ‘health for all’

database van de WHO, omdat de vraagstellingen en de definities van deze indicatoren overeen komen.⁽¹¹⁾ Tevens is op sommige onderwerpen vergelijking in de tijd mogelijk, omdat in de EHIS-methode verschillende onderwerpen aan de orde komen waarvan de vraagstelling en definitie vergelijkbaar is met de CHS 1993/1994. De vergelijkingen op deze onderwerpen zijn, waar mogelijk, opgenomen in dit rapport.

2.2 DE VRAGENLIJST

2.2.1 HERKOMST VRAGENLIJST

De vragenlijst ten behoeve van de NGE 2013 interviews is specifiek voor Curaçao ontwikkeld op basis van de internationaal gevalideerde vragenlijst van de EHIS.⁽¹²⁻¹⁴⁾ De onderwerpen in deze vragenlijst zijn gebaseerd op de vier domeinen die samen een breed beeld van de gezondheid en de gezondheidszorg geven. Ook in de CHS 1993/1994 zijn deze domeinen gebruikt. Tabel 1 geeft een overzicht van de modulen/onderwerpen in de vragenlijst.

Tabel 1

Overzicht van de onderwerpen in de NGE 2013

Domein	Modulen
Achtergrondfactoren	Achtergrondfactoren
Gezondheidsstatus	Functionele beperkingen Gezondheidsstatus Geestelijke gezondheid
Determinanten van gezondheid	Body Mass Index Lichaamsbeweging Eetgewoonten Omgeving Roken Alcohol Drugs
Gebruik van de gezondheidszorg	Gezondheidszorg Preventie Tevredenheid Verzekering

NGE = Nationale Gezondheidsenquête

2.2.2 AANPASSINGEN VAN DE EHS VRAGENLIJST

Om de EHS-vragenlijst beter aan te laten sluiten op de Curaçaose situatie is de EHS-vragenlijst aangepast. In dit proces is rekening gehouden met de richtlijnen voor aanpassingen aan de vragenlijst van Eurostat.⁽¹⁵⁾ De aanpassingen aan de originele vragenlijst hebben betrekking op:

- Het laten aansluiten van antwoordmogelijkheden op de Curaçaose situatie, zoals het aanpassen van de antwoordopties voor geboorteland om een betere dekking voor de bevolking te krijgen.
- Het laten aansluiten van vragen op de CHS 1993/1994⁽¹⁾, op aanbevelingen van de PAHO en WHO⁽¹⁶⁻¹⁹⁾ en op informatiebehoeften van het managementteam van het Ministerie van Gezondheid, Milieu en Natuur.
- Het reduceren van de foutgevoeligheid. Zo zijn coderingen en open vragen in de originele vragenlijst omgezet in minder foutgevoelige opties en zijn vragen die betrekking hebben op hetzelfde onderwerp samengevoegd.
- Het, vanuit de ervaring van het CBS, voorkómen van een zeer groot 'item non-respons' onder respondenten door de opties 'weet ik niet' en 'weigering' te verwijderen bij vragen waarop antwoord kan worden verkregen.
- Het reduceren van de lengte van de vragenlijst om de tijdsbelasting van de respondenten te beperken.

2.2.3 TOETSING VAN DE CURAÇAOSE VRAGENLIJST

De voor Curaçao aangepaste EHS-vragenlijst is aan een kritische review onderworpen door drie lokale onderzoekers (dr. Tineke Alberts, dr. Renske Pin en drs. Iralice Jansen), het CBS (drs. Barbara Perquin) en drs. Sanne Snoeijs van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL). Hierna is de vragenlijst bij zes volwassenen getest op de begrijpbaarheid en acceptatie van de vragen, de volgorde van de vragen en onderwerpen en de lengte van het interview. De vragenlijst is op basis van de uitkomsten aangepast, wat voornamelijk bestond uit een reductie van de lengte van de vragenlijst.

Een compleet overzicht van de onderwerpen in de NGE 2013, de herkomst van de vragen en de aanpassingen van de originele vragen is opgenomen in bijlage B. De eindversie van de vragenlijst staat in bijlage C.

2.2.4 VERTALINGEN VRAGENLIJST

De definitieve vragenlijst (Engels) is door beëdigd vertalers vertaald in het Papiaments, Spaans en Nederlands, waarna de vertalingen op consistentie zijn gecontroleerd door onderzoekers van het CBS en van VIC.

2.3 DE STEEKPROEF

2.3.1 DOELPOPULATIE

De doelpopulatie van de NGE 2013 zijn volwassenen van 18 jaar en ouder die, op het moment van de gegevensverzameling, woonachtig zijn in Curaçao. Gezien het steekproefkader (zie volgende paragraaf) behoren daklozen en institutionele bewoners, zoals bewoners van verpleeg- en verzorgingstehuizen en de gevangenis, niet tot de doelpopulatie.

2.3.2 STEEKPROEFKADER

Het steekproefkader van de NGE 2013 is de meest recente basisregistratie adressen van de burgerlijke stand (Kranshi). Deze registratie, met 2012 als peildatum, bevat in totaal 48.151 woonadressen.

De gebruikte basisregistratie adressen is het meest recente en complete overzicht dat ten tijde van de steekproeftrekking beschikbaar was en biedt daarom de beste en meest verantwoorde benadering van de huishoudens.

2.3.3 STEEKPROEFOMVANG

Voor het bepalen van de steekproefomvang, ofwel het aantal respondenten dat nodig is in de NGE 2013, is uit gegaan van een totale bevolking van 150.563 inwoners. Hiervan is 77,5% 18 jaar of ouder.⁽²⁰⁾ Op basis van een statistische analyse, een powerberekening, is vastgesteld dat een steekproefomvang van 3.000 respondenten representatief en groot genoeg is voor de gewenste analyses op de verzamelde gegevens. Deze steekproefomvang laat een foutenmarge van ongeveer 1,75% toe op de uitkomsten, met een betrouwbaarheidsinterval van 95%.

2.3.4 STEEKPROEFTREKKING

De steekproef is als een systematische, zelfwegende steekproef getrokken. Dat wil zeggen dat alle huishoudens in het adressenbestand een gelijke kans hebben om getrokken te worden. Het adressenbestand is hiertoe gesorteerd op alfabetische volgorde, waarna vanaf een aselechte startpositie ieder 16^e adres is gekozen tot een totaal van 3.000 adressen. Dit is dezelfde methode als degene die wordt toegepast voor andere onderzoeken van het CBS, waaronder het jaarlijkse arbeidskrachtenonderzoek. ⁽²¹⁾ Een overzicht van de representativiteit van de verschillende zones in Curaçao is te vinden in bijlage D. De geselecteerde adressen zijn gekoppeld aan een respondentnummer dat uniek is voor de NGE 2013.

2.4 HET VELDWERK

2.4.1 ORGANISATIE

Het veldwerk van de NGE 2013 is, vanwege de expertise en ervaring van het CBS met bevolkingsonderzoek zoals de Census en het jaarlijkse arbeidskrachtenonderzoek, uitgevoerd door de afdeling Veldwerk van het CBS onder verantwoordelijkheid van VIC.

2.4.2 INTERVIEWERS

Ten behoeve van het veldwerk zijn 40 interviewers geselecteerd. De overgrote meerderheid van deze interviewers heeft ruime ervaring met veldwerk in andere onderzoeken van het CBS. Zij hebben een werkachtergrond in het sociale- en/of onderwijsveld. Het merendeel van de interviewers is gepensioneerd (ouder dan 60 jaar).

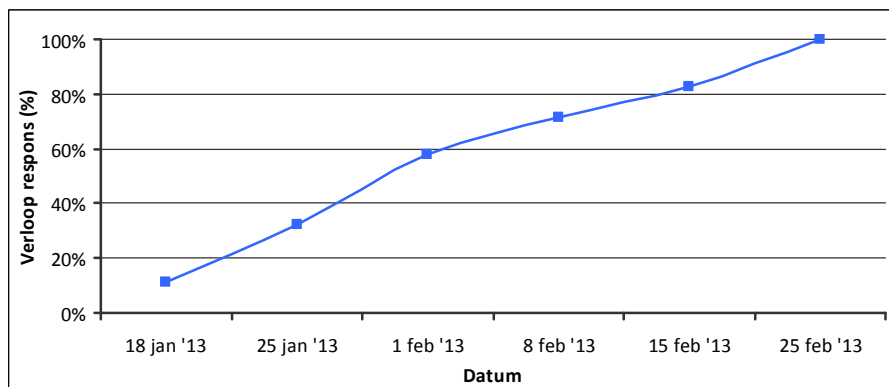
De training voor de interviews van de NGE 2013 bestond uit twee halve dagen inhoudelijke training. Hierin kwamen de theoretische concepten van de vragenlijst aan bod. Enkele opmerkingen van de interviewers zijn gebruikt om de toelichting op de vragenlijst verder aan te scherpen. Daarnaast heeft een halve dag training plaatsgevonden voor de veldwerkprocedures. Tijdens de training is één-op-één de introductie van de interviewer aan de respondent en het afnemen van de interviews in verschillende talen geoefend. Enkele weken na de start van het veldwerk is een bijeenkomst voor de interviewers georganiseerd voor afstemming over het verloop van het onderzoek.

2.4.3 RESPONDENTSELECTIE

Per geselecteerd adres is één persoon van 18 jaar of ouder geïnterviewd. Indien meer dan één volwassene op het adres woonachtig was, is gevraagd naar degene in het huishouden die het eerstvolgende jarig is. Deze persoon is uitgenodigd om deel te nemen aan het interview. Indien deze persoon op dat moment niet aanwezig was, is voor een later tijdstip een afspraak gemaakt.

2.4.4 GEGEVENSVERZAMELING EN PUBLICITEIT

De gegevensverzameling van het interview gedeelte van de NGE 2013 liep van 12 januari 2013 t/m 25 februari 2013. Figuur 1 toont het verloop van de respons over deze periode. De bevolking is in de week voor aanvang van de interviews op de hoogte gesteld door middel van een korte, intensieve mediacampagne via schrijvende media, radio en televisie.



Figuur 1. Wekelijks verloop van gegevensverzameling interview gedeelte NGE 2013

De interviewers identificeerden zich met een identificatie 'badge' op het geselecteerde adres. Na de introductie van de interviewer en de overhandiging van de brochure NGE 2013 (bijlage E) is de respondent binnen het huishouden geselecteerd. De interviewers zijn geïnstrueerd de vragenlijst uitsluitend 'face-to-face' met de respondent af te nemen. De gemiddelde interviewduur bedroeg 39 minuten, variërend van 15 minuten t/m 140 minuten.

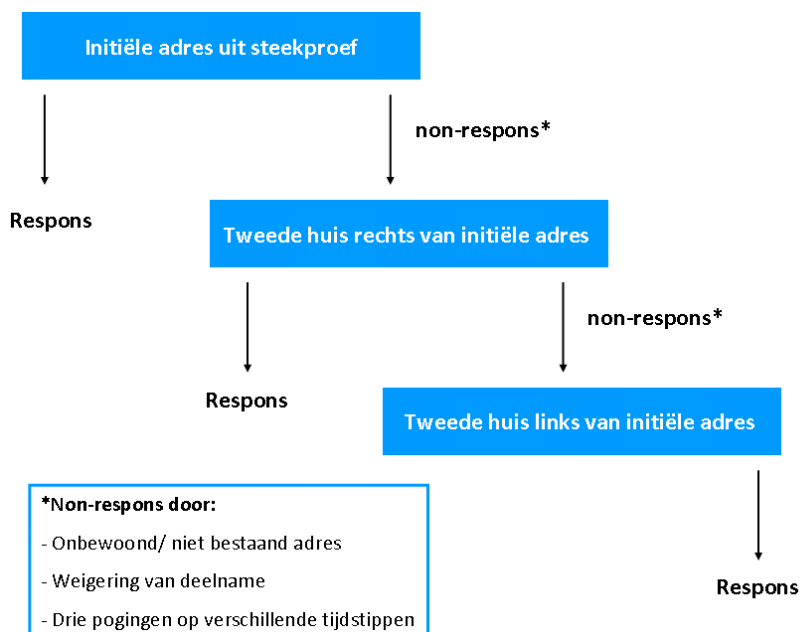
Na het interview is de respondent op de hoogte gesteld van de fysieke metingen die plaats zouden gaan vinden op de locatie van VIC in Otrobanda en is de respondent verzocht om hieraan deel te nemen. Indien de respondent hiermee instemde, is het formulier 'verzoek lichamelijk onderzoek' ingevuld, waarop is gevraagd naar de roepnaam, het geslacht en de contactgegevens van de respondent. Dit formulier is door VIC gebruikt om de respondenten voor de fysieke metingen te benaderen (paragraaf 2.5).

De gegevensverzameling is conform plan verlopen. Alleen op enkele private resorts is het moeilijk tot onmogelijk gebleken om voldoende respons te krijgen. Hiervoor is in de vijf voorkomende gevallen afgeweken van het vervangingsprotocol en door de coördinator veldwerk van het CBS een alternatief woonadres in dezelfde zone als het initiële adres gekozen.

2.4.5 VERVANGING VAN DE INITIËLE ADRESSEN

Sommige adressen vielen uit omdat deze onbewoond of onvindbaar waren, omdat de bewoner(s) ondanks drie pogingen op verschillende tijdstippen niet thuis bleken te zijn of omdat de bewoners weigerden deel te nemen. Deze adressen zijn vervangen door middel van een systematisch protocol, waarbij een nieuw huishouden in dezelfde straat is gekozen. Hierbij is na non-respons op het initieel geselecteerde adres het tweede huis rechts van het initiële adres geselecteerd. Indien hier ook geen respons werd verkregen is het tweede huis links van het initiële adres geselecteerd. De keuze van de methode voor non-respons vervanging wordt ondersteund door het gegeven dat huishoudens in dezelfde straat vergelijkbare demografische en socio-economische kenmerken hebben, zoals opleidings- en inkomensniveau.⁽²²⁾

Een overzicht van de vervangingsprocedure is opgenomen in figuur 2. Deze procedure is, met uitzondering van de vijf voorkomende gevallen die staan beschreven onder paragraaf 2.4.4, altijd gevolgd. Voor controle op de uitvoering van het protocol is bij non-respons een formulier door de interviewer ingevuld. Hierop staat vermeld welke pogingen ondernomen zijn om respons te verkrijgen en wat de reden is voor afwijking van het initiële adres. Op bovenstaande wijze zijn in de periode van 12 januari 2013 t/m 25 februari 2013 in totaal 3.000 personen geïnterviewd.



Figuur 2. Overzicht procedure vervanging initiële adres

2.4.6 KWALITEITSCONTROLE GEGEVENSVERZAMELING

Tijdens de veldwerkperiode is een procedure gebruikt om de kwaliteit van de werkzaamheden van de interviewers te garanderen. Deze procedure bestaat uit twee gedeelten: het controleren van de ingevulde vragenlijsten en het benaderen van respondenten voor controle van het veldwerk.

De interviewers meldten zich wekelijks met de ingevulde vragenlijsten bij de afdeling Veldwerk van het CBS, waar de vragenlijsten zijn gecontroleerd op compleetheid en consistentie. Bij het ontbreken van compleetheid en/of consistentie zijn de betreffende vragenlijsten weer ter hand gesteld aan de betreffende interviewer voor aanpassing. In geval van onduidelijkheden met betrekking tot het handschrift of verbeteringen van een antwoordkeuze heeft de interviewer dit zelf gecorrigeerd. Indien de vragenlijst niet compleet was beantwoord, nam de interviewer opnieuw contact op met de respondent. De interviewers zijn uitbetaald per compleet ingevulde en gecontroleerde vragenlijst.

Ter controle van het veldwerk zijn van iedere interviewer per week twee respondenten telefonisch benaderd. Dit betreft ongeveer 450 van de 3.000 respondenten. Aan de respondenten zijn vragen gesteld over tevredenheid over de benaderwijze, over het interview en de selectie van de respondent binnen het huishouden. In vier gevallen bleek dat in plaats van degene die het eerstvolgende jarig was, de oudste persoon in het huishouden is geïnterviewd. De betreffende

interviewers zijn daarop aangesproken. Tijdens de controle zijn geen andere afwijkingen van de procedure gevonden.

2.4.7 DATAVERWERKING

Ingevulde vragenlijsten zijn handmatig door medewerkers van het CBS ingevoerd in een database van het softwareprogramma SPSS versie 21.0. Deze database is dusdanig ontwikkeld dat controle plaats vindt op verwerkingsfouten. Zo kunnen voor mannelijke respondenten geen vrouwspecifieke vragen worden ingevuld en is rekening gehouden met zogenaamde 'skips' in de vragenlijst voor vragen die niet op iedere respondent van toepassing zijn.

Controle en opschoning op het databestand vond plaats aan de hand van vooraf gedefinieerde validatieregels, waarin 'skips' en verwerkingsfouten opnieuw gecontroleerd zijn. Fouten zijn gecontroleerd door middel van de originele vragenlijst of, in een enkel geval, is opnieuw contact opgenomen met de respondent. Het uiteindelijke opgeschoonde databestand voor het interview gedeelte van de NGE 2013 bestaat uit 3.000 respondenten en 347 variabelen.

2.5 DE FYSIEKE METINGEN

2.5.1 PROTOCOL

Naast de zelfgerapporteerde gezondheid geven fysieke metingen belangrijke aanvullende informatie over de gezondheidstoestand van de bevolking doordat deze het verschil weergeven tussen de door de respondenten ervaren gezondheid en de feitelijke informatie na een lichamelijk onderzoek. De basismetingen hiervoor, zoals aanbevolen door de WHO⁽⁵⁾ en de Europese Commissie⁽²³⁾ betreffen het gewicht, de lengte, de middelomtrek, de bloeddruk, het totaal- en HDL-cholesterol en het nuchter bloedglucose of het geglyceerd hemoglobine (HbA1c). In de NGE 2013 zijn de metingen van gewicht, lengte, middelomtrek en bloeddruk uitgevoerd conform het protocol van de European Health Examination Survey (EHES).⁽²⁴⁾

Het bleek bij het organiseren van de fysieke metingen (zie volgende paragraaf) niet mogelijk om op de locatie van VIC bloedbuizen ten behoeve van het cholesterol- en de bloedglucosemeting af te nemen. Daarom is gekozen om bloedglucose ter plaatse te meten door middel van glucosemeters en de meting van cholesterol achterwege te laten. Voor de bepaling van de bloedglucose is gebruik gemaakt van gekalibreerde glucosemeters en bijbehorende strips (Accu-chek, Roche). De metingen zijn uitgevoerd volgens het bijgesloten protocol van de fabrikant.

2.5.2 ORGANISATIE

De fysieke metingen zijn onder eindverantwoordelijkheid van VIC op de VIC locatie in Otrobanda uitgevoerd door de wetenschappelijke staf en een aantal laatstejaars medische studenten van de St. Martinus University. Hiertoe zijn twee ruimtes bij VIC ingericht tot een wachtkamer en een intakekamer en is één ruimte ingericht met drie afgeschermd werkstations waar de respondenten zijn gemeten. Benodigheden voor de metingen, zoals een stadiometer, sphygmomanometer, stethoscopen, meetlinten, bloedglucosemeters en de strips zijn ter beschikking gesteld door de St. Martinus University. Gekalibreerde weegschalen zijn ter beschikking gesteld door de afdeling Jeugdgezondheidszorg van het Ministerie van GMN.

Het protocol voor de fysieke metingen alsook de organisatie ervan is afgestemd met en akkoord bevonden door de inspecteur Gezondheidszorg van het Ministerie van GMN.

2.5.3 GEGEVENSVERZAMELING

Respondenten zijn na het interview verzocht deel te nemen aan de fysieke metingen. Indien akkoord vulde de interviewer het formulier 'verzoek lichamelijk onderzoek' en het middelste gedeelte van de, tijdens het interview, verstrekte brochure NGE 2013 in. Daarna is de respondent verteld over de locatie en het tijdstip waarop de metingen plaatsvonden. Het van de interviewer ontvangen formulier 'verzoek lichamelijk onderzoek', waarin de contactgegevens en roepnaam van de respondent staan vermeld, is door VIC geregistreerd in een Excel-bestand 'registratie lichamelijk onderzoek'. Het middelste gedeelte van de brochure NGE 2013 is door de respondent meegenomen naar VIC om zich aan te melden voor de fysieke metingen.

De gegevensverzameling voor de fysieke metingen vond plaats van maandag t/m donderdag van 15.00 tot 17.00 uur in de periode van 28 januari 2013 t/m 18 april 2013. Respondenten konden tijdens het spreekuur binnenlopen of een afspraak maken via het telefoonnummer dat in de brochure NGE 2013 staat vermeld. De fysieke metingen hebben uitsluitend in de middag plaatsgevonden vanwege de beschikbaarheid van de laatstejaars studenten. Hierdoor is de keuze gemaakt om de 'random' bloedglucose te meten, waarbij geen rekening wordt gehouden of de respondent nuchter is of niet.

Na aanmelding bij de intakemedewerker is het respondentnummer geregistreerd op het uitkomstenformulier (bijlage F). Van de respondenten die het middelste gedeelte van de brochure NGE 2013 niet bij zich hadden, is het respondentnummer opgezocht in het Excel-bestand 'registratie

lichamelijk onderzoek'. Na registratie zijn enkele achtergrondvragen gesteld ter controle van de respondent. Daarnaast zijn ook vragen gesteld ter interpretatie van de resultaten, zoals het recente gebruik van medicijnen voor diabetes of hoge bloeddruk en over zwangerschap bij vrouwen. De fysieke metingen zijn, onder de supervisie van een arts, uitgevoerd door laatstejaars medische studenten die vooraf conform het eerder genoemde EHES-protocol zijn getraind. Bij verhoogde waarden van de bloeddruk en/of bloedglucose is de respondent aangeraden om contact op te nemen met zijn/haar huisarts.

2.5.4 RESPONS VERHOGENDE MAATREGELEN

De volgende maatregelen zijn genomen om een zo hoog mogelijk deelname aan de fysieke metingen te realiseren:

INFORMATIE

De respondenten konden bellen met VIC in het geval ze vragen hadden over de fysieke metingen. In de brochure NGE 2013 die de respondent tijdens het interview ontving, staat naast nadere informatie over de fysieke metingen, ook het telefoonnummer, het e-mailadres en de website van VIC vermeld. Op de hoofdpagina van de website stond het persbericht voor de start van de NGE 2013.

TERUGKOPPELING RESULTATEN

Respondenten ontvingen de resultaten van de fysieke metingen direct na het onderzoek.

HERINNERING

Ongeveer drie weken na de start van het veldwerk zijn respondenten die hebben aangegeven mee te willen doen aan de fysieke metingen, maar nog niet waren geweest, telefonisch herinnerd. Hiervoor is gebruik gemaakt van de informatie op de verzoekformulieren die door de interviewers zijn ingevuld. De respondent kon zich vervolgens op afspraak laten meten, waarmee de tijdsbelasting tot het minimale werd gereduceerd.

2.6 ANALYSE VAN DE NETTO RESPONS

2.6.1 ANALYSE RESPONS EN VERVANGING

Non-respondenten zijn personen die geselecteerd zijn voor deelname aan het onderzoek maar die, om uiteenlopende redenen, niet geïnterviewd zijn. In de NGE 2013 is in feite geen sprake van non-respondenten, omdat gekozen is om non-respondenten door middel van een systematisch protocol te vervangen door personen die wel respondeerden. Van traditionele non-responscorrectie is dan ook in feite geen sprake.

Wel is het wenselijk om inzicht te krijgen in het eventuele verschil tussen de respondenten die initieel zijn geselecteerd en de vervangen respondenten. Dit is gedaan door te onderzoeken, op basis van waarschijnlijkheid, of een significant verschil aanwezig is tussen de twee groepen voor de variabelen geslacht en leeftijd. Leeftijd is verdeeld in één 7-jaarcategorie (18 t/m 24 jarigen), vijf 10-jaarcategorieën en één categorie 75-plussers. Uit dit onderzoek is gebleken dat het enige verschil tussen de twee voorgenoemde groepen is dat in de groep die is vervangen significant minder jonge mannen aanwezig zijn dan in de direct responderende groep. Omdat in de NGE 2013 gebruik gemaakt wordt van weging van de resultaten (paragraaf 2.7) en het verschil tussen beide groepen hiermee wordt gecorrigeerd, is statistisch gezien geen bezwaar om de groepen samen te voegen.

De statistische toets die gebruikt is om de twee groepen met elkaar te vergelijken is de chi-kwadraat (χ^2) toets. Om visueel inzicht te verkrijgen in de verschillen tussen de groepen is gebruik gemaakt van mozaïekdiagrammen.⁽²⁵⁾ Tabel 2 toont een overzicht van de respons en vervanging tijdens de interviews.

Tabel 2

Interviews: initiële respons en vervanging non-respons in de NGE 2013

	n	%
Uit te zetten steekproef	3.000	100
Totaal benaderde adressen	3.000	
Initiële respons	1.803	60,1
Vervanging non-respons	1.197	39,9
- <i>Onbewoond adres</i>	181	15,1
- <i>Drie maal geprobeerd</i>	707	59,1
- <i>Weigering</i>	184	15,4
- <i>Adres onvindbaar/niet bestaand</i>	125	10,4
Totaal respons interviews	3.000 respondenten	

NGE = Nationale Gezondheidsenquête

2.6.2 ANALYSE RESPONS EN NONRESPONS FYSIEKE METINGEN

Van de 3.000 geïnterviewde respondenten, gaven 1.492 (49,7%) respondenten aan mee te willen doen aan de fysieke metingen. Uit telefonisch contact ter herinnering aan de fysieke metingen bleek dat 95 respondenten om uiteenlopende redenen alsnog afzagen van deelname aan het onderzoek. Redenen die hierbij zijn genoemd zijn verblijf in het buitenland, geen vervoer en een ongunstig tijdstip van de metingen. Daarnaast konden 243 respondenten niet worden bereikt. Van de 1.154 respondenten met wie een afspraak is gemaakt, hebben uiteindelijk 401 respondenten daadwerkelijk deelgenomen aan de fysieke metingen. De overige zijn niet op afspraak verschenen. De respons voor de fysieke metingen betreft 26,9% van de 1.492 personen die zich hebben opgegeven (tabel 3).

Tabel 3

Fysieke metingen: respons en non-respons in de NGE 2013

	n	%
Aanmeldingen	1.492	100
Respons	401	26,9
Non-respons	1.091	73,1
- Niet op komen dagen na afspraak	748	68,6
- Weigering	96	8,8
- Niet bereikbaar	247	22,6
Totaal respons fysieke metingen	401 respondenten	

NGE = Nationale Gezondheidsenquête

2.6.3 ANALYSE LEEFTIJD EN GESLACHT

Tabel 4 toont de verhouding van mannen en vrouwen in het interview gedeelte van de NGE 2013 ten opzichte van de bevolkingscijfers van 2012. Het gaat hier over de door het CBS aangepaste bevolkingscijfers voor 2012 gebaseerd op de Censusgegevens van 2011. Hiertoe zijn de Censusgegevens van 2011 aangepast met recente bevolkingsgegevens uit het bestand van Kranshi, zoals geboorte-, sterfte- en migratiecijfers.

Deze vergelijking laat zien dat ten opzichte van de volwassen bevolking in 2012 meer vrouwelijke respondenten in de NGE 2013 zijn geïnterviewd.

Tabel 4

Verhouding van vrouwelijke en mannelijke respondenten in de NGE 2013 ten opzichte van de Curaçaose bevolkingscijfers 2012

Geslacht	NGE 2013		Bevolkingscijfers 2012		Verskil
	n	%	n	%	%punt
Mannen	1.081	36,0	51.354	44,0	-8,0
Vrouwen	1.919	64,0	65.388	56,0	8,0
Totaal	3.000	100,0	116.742	100,0	

NGE = Nationale Gezondheidsenquête

Uit de verhouding van de leeftijdscategorieën in de NGE 2013 ten opzichte van de bevolkingscijfers van 2012 blijkt dat mannen en vrouwen van 55 jaar en ouder zijn oververtegenwoordigd in de NGE 2013 (tabel 5). Dit is vooral het geval voor mannen en vrouwen van 65-74 jaar. Mannen en vrouwen van 18-54 jaar zijn juist wat minder vertegenwoordigd in de NGE 2013.

Tabel 5

Verhouding van leeftijdscategorieën in de NGE 2013 ten opzichte van de Curaçaose bevolkingscijfers 2012

	NGE 2013		Bevolkingscijfers 2012		Verskil
	n	%	n	%	% punt
Mannen					
18-24 jaar	69	6,4	6.178	12,0	-5,6
25-34 jaar	76	7,0	7.080	13,8	-6,8
35-44 jaar	124	11,5	9.035	17,6	-6,1
45-54 jaar	202	18,7	10.833	21,1	-2,4
55-64 jaar	251	23,2	8.923	17,4	5,8
65-74 jaar	214	19,8	5.857	11,4	8,4
75 jaar en ouder	145	13,4	3.448	6,7	6,7
Totaal mannen	1.081	100,0	51.354	100,0	
Vrouwen					
18-24 jaar	76	4,0	6.464	9,9	-5,9
25-34 jaar	171	8,9	9.076	13,9	-5,0
35-44 jaar	292	15,2	11.586	17,7	-2,5
45-54 jaar	382	19,9	13.998	21,4	-1,5
55-64 jaar	406	21,2	11.186	17,1	4,1
65-74 jaar	343	17,9	7.593	11,6	6,3
75 jaar en ouder	249	13,0	5.485	8,4	4,6
Totaal vrouwen	1.919	100,0	65.388	100,0	

NGE = Nationale Gezondheidsenquête

De responsanalyse op geslacht en leeftijd laat een zeer consistent beeld zien, namelijk dat de respons onder vrouwen hoger is dan onder mannen en de respons onder 55-plussers hoger is dan onder de jongere leeftijdscategorieën. Hierbij wordt opgemerkt dat ongelijke trekkingkansen door de gehanteerde steekproeftrekking aanwezig zijn, omdat deze is gebaseerd op huishoudens en niet op personen. De trekkingkans is daardoor afhankelijk van het aantal volwassenen binnen een

huishouden. Zo heeft een persoon in een eenpersoonshuishouden bijvoorbeeld een vier keer grotere kans om geselecteerd te worden dan in een huishouden waar vier volwassenen woonachtig zijn. De over-representatie van vrouwen in de NGE 2013 kan (gedeeltelijk) worden verklaard doordat meer vrouwen aangeven alleen te wonen (28% van de vrouwelijke respondenten) dan mannen (22% van de mannelijke respondenten). In de NGE 2013 wordt gebruik gemaakt van weging van de resultaten (paragraaf 2.7), waarmee het verschil in geslacht en leeftijd wordt gecorrigeerd naar de Curaçaose bevolking.

2.6.4 ANALYSE SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

Tabel 6 toont de demografische en socio-economische kenmerken van de respondenten in de NGE 2013. Zoals uit de tabel blijkt, is 79,1% van de respondenten geboren in Curaçao. Veertig procent (39,8%) van de respondenten is getrouwd. Verder heeft een kwart van de respondenten (25,8%) geen formele opleiding of alleen de basisschool afgerond. De meeste respondenten zijn in loondienst of werken als zelfstandige (45,1%). Bijna de helft van de respondenten (45,5%) heeft een netto maandinkomen van minder dan NAF. 2.000,-.

Tabel 6

Demografische en socio-economische kenmerken van de respondenten in de NGE 2013

Kenmerk	Opties	Totaal (%)
Geboorteland	Curaçao	79,1
	Aruba, Bonaire, Saba, St. Eustatius of St. Maarten	3,3
	Nederland	4,1
	Ander Caribisch eiland	6,2
	Zuid-Amerika	4,5
	Overige	2,8
Burgerlijke staat	Ongehuwd	37,7
	Gehuwd (inclusief geregistreerd partnerschap)	39,8
	Weduwe/weduwnaar	11,4
	Gescheiden	11,0
Opleiding	Geen formeel onderwijs	2,9
	Primair (basisschool)	22,9
	Laag secundair (o.a. VMBO, onderbouw HAVO/ VWO)	36,7
	Hoog secundair (o.a. bovenbouw HAVO/ VWO, MBO)	19,6
	Postsecundair niet-tertiair (MBO+, propedeuse HBO)	9,5
	Eerste fase tertiair (o.a. HBO en WO)	7,0
	Tweede fase tertiair (postdoctoraal, o.a. Dr., RA)	1,5
Arbeidssituatie	In loondienst of zelfstandige	45,1
	Werkeloos	11,2
	Student	2,9
	Met pensioen of niet langer bezig met bedrijf	37,5
	Langdurig arbeidsongeschikt	0,5
	Vrijwilligerswerk	0,2
	Huisvrouw/-man	2,5
Netto maandinkomen	Lager dan NAf. 2.000	45,5
	NAf. 2.000 - NAf. 4.999	39,8
	NAf. 5.000 - NAf. 9.999	8,7
	NAf. 10.000 en hoger	3,2
	Niet gerapporteerd	2,8

Dr. = Doctor; HAVO = Hoger algemeen voortgezet onderwijs; MBO = Middelbaar beroepsonderwijs; Nederlands Antilliaanse florijn = NGE = Nationale Gezondheidsenquête; RA = Registeraccountant; VMBO = Voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs; VWO = Voorbereidend wetenschappelijk onderwijs

2.7 DE WEGING

2.7.1 WEGEN VOOR EEN BETERE REPRESENTATIVITEIT

Verschillen in de verhouding tussen de doelpopulatie zijnde de volwassen, niet-geïstitutionaliseerde Curaçaose bevolking, en de respondenten kunnen de representativiteit van de resultaten verminderen. Voor de NGE 2013 is gebruik gemaakt van weging om te corrigeren voor een onjuiste representativiteit en voor onnauwkeurige uitkomsten. Door het toekennen van een gewicht aan iedere respondent, wordt de ongelijke verdeling in de NGE 2013 verminderd en de representativiteit verhoogd. De volgende paragrafen beschrijven de toegepaste methode voor het bepalen van de gewichten.

2.7.2 HET BEPALEN VAN DE GEWICHTEN

Voor het bepalen van de gewichten is gebruik gemaakt van poststratificatie. Poststratificatie is een bekende en frequent toegepaste weegmethode. De populatie wordt volgens deze methode in een aantal strata (ofwel categorieën) verdeeld. Binnen een bepaald stratum krijgen alle waargenomen elementen uit de steekproef hetzelfde gewicht toebedeeld. Dat gewicht wordt verkregen door de fractie bevolkingselementen in dat bepaalde stratum te delen door de fractie steekproefelementen in dat stratum. De strata bestaan uit de twee variabelen geslacht en leeftijd, waarbij leeftijd verdeeld is in één 7-jaarcategorie (18 t/m 24 jarigen), vijf 10-jaarscategorieën en één categorie 75-plussers. Gegevens voor deze variabelen over de volwassen bevolking zijn gebaseerd op de eerder genoemde bevolkingscijfers voor het jaar 2012.

Onderzocht is of meer variabelen dan alleen leeftijd en geslacht (bijvoorbeeld opleiding en burgerlijke staat) opgenomen konden worden in het weegmodel. Dit was niet mogelijk, omdat sommige strata binnen deze variabelen dan onvoldoende waarnemingen zouden bevatten.

Met de weging van de resultaten is de mogelijke vertekening door de overtegenwoordiging van ouderen en vrouwelijke respondenten in de NGE 2013 verminderd. Zo krijgen jongeren, van wie de representatie in de NGE 2013 naar verhouding minder is in vergelijking met de bevolkingscijfers van 2012, een hoger gewicht toegekend dan de oudere respondenten. Dit onder de aanname dat de uitkomstvariabelen van de jonge respondenten in de NGE 2013 niet verschillen van de jonge respondenten die niet hebben deelgenomen. Vrouwen krijgen daarentegen weer een lager toegekend gewicht dan mannen, omdat zij in verhouding meer hebben deelgenomen aan de NGE 2013.

2.8 ANALYSE VAN DE RESULTATEN

2.8.1 ANALYSE EN SIGNIFICANTIES

Ten behoeve van de analyses in dit rapport is gebruikt gemaakt van frequenties en gemiddelden van de gewogen resultaten. De resultaten zijn geanalyseerd met het softwareprogramma SPSS versie 21.0. De resultaten van de indicatoren worden over het algemeen gepresenteerd in relatie tot geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Opleidingsniveau geldt als een belangrijke indicator voor de socio-economische status ofwel de positie van personen in de maatschappij met het daaraan verbonden aanzien en prestige.⁽²⁶⁾

In de figuren worden de gewogen resultaten met hun betrouwbaarheidsinterval gepresenteerd. Een betrouwbaarheidsinterval geeft de spreiding om een resultaat aan en geeft aan hoe precies de schatting is. De resultaten in dit rapport hebben een betrouwbaarheidsinterval van 95%. Dit betekent dat als het hetzelfde onderzoek vele keren herhaald zou worden, het resultaat in 95% van de gevallen in het betrouwbaarheidsinterval voorkomt. De betrouwbaarheidsintervallen zijn berekend met het softwareprogramma STATA/SE versie 12.0.

Met de chi-kwadraat toets (χ^2) is nagegaan of een statistisch significant verschil tussen de resultaten in verschillende categorieën aanwezig is, zoals mannen en vrouwen of hoog- en laagopgeleiden. Op die manier wordt duidelijk of daadwerkelijk een verschil tussen de categorieën aanwezig is of dat het een toevalstreffer is. Voor het vergelijken van gemiddelden is de Student's t-toets gebruikt. Bij alle gebruikte toetsen werd een significantieniveau van kleiner dan 5,0% ($p < 0.05$) gehanteerd.

Omwille van de leesbaarheid van de tekst is het significantieniveau niet steeds weergegeven. Wel is bij vergelijkingen tussen categorieën steeds aangegeven of een verschil significant is of niet. Ook is het significantieniveau af te lezen uit de figuren in dit rapport. Het verschil tussen twee groepen is statistisch significant wanneer beide 95%-betrouwbaarheidsintervallen elkaar niet overlappen. In paragraaf 2.10 is een voorbeeld gegeven hoe de significantie tussen verschillende categorieën af te lezen is uit een figuur.

2.8.2 VERGELIJKINGEN

Om de resultaten van de NGE 2013 in een perspectief te plaatsen is ervoor gekozen, om daar waar mogelijk en toepasselijk, de resultaten van de NGE 2013 te vergelijken met de resultaten uit eerdere Curaçaose of internationale onderzoeken. Indien de vraagstelling en definitie van de indicator overeen komen met eerdere onderzoeken in Curaçao ^(1; 27; 28) worden de gegevens daar waar van toepassing in de tekst vergeleken. Voor de internationale vergelijking met de EHIS-landen is gebruik gemaakt van de database van Eurostat. ⁽⁶⁾ Niet van alle 20 Europese landen die hebben meegedaan met de eerste ronde van de EHIS zijn de resultaten van de indicatoren beschikbaar. In dit rapport zijn daarom alleen de resultaten van de landen vergeleken die wel beschikbaar zijn. Dit kan per indicator verschillen. Indien de methode, de vraagstelling en definitie van de indicator ook overeen komen met resultaten in Nederland ^(29; 30) en de Verenigde Staten ⁽³¹⁾, worden deze ook gepresenteerd.

Vanzelfsprekend is het ook van groot belang om Curaçao met andere Caribische landen met een vergelijkbaar profiel als Curaçao te kunnen vergelijken. Uit regionale gezondheidsonderzoeken in Aruba ⁽³²⁾, Guatemala ⁽³³⁾, Jamaica ⁽³⁴⁾ en Bermuda ⁽³⁵⁾ blijkt dat de regionale resultaten niet of niet direct vergelijkbaar zijn met de NGE 2013. De belangrijkste redenen hiervoor zijn dat gegevens op specifieke onderwerpen gedateerd of niet beschikbaar zijn, vraagstellingen verschillen en dat andere definities voor indicatoren worden gebruikt en/of andere onderzoeksmethoden worden gehanteerd. Dit is de reden dat geen regionale vergelijkingen opgenomen zijn in dit rapport maar deze regionale vergelijking voor zover mogelijk en relevant op te nemen in een specifiek themarapport over internationale vergelijkingen.

2.9 KWALITEIT VAN DE RESULTATEN

2.9.1 PUBLICATIEGRENZEN

De richtlijn die voor de NGE 2013 is gebruikt gaat ervan uit dat minimaal 30 waarnemingen nodig zijn om een bepaald resultaat -nauwkeurig- te kunnen waarnemen. ⁽³⁶⁾ Deze richtlijn wordt gebruikt om te voorkómen dat op grond van de resultaten conclusies worden getrokken op basis van (te) weinig respondenten. Deze zijn niet betrouwbaar en worden daarom niet gepubliceerd.

2.9.2 ITEM NON-RESPONS

‘Item non-respons’ is gedefinieerd als het ontbreken van het antwoord op een vraag in de vragenlijst. Over het algemeen is de respons op de vragen zeer goed, mede als gevolg van het ontwerp van de vragenlijst, de strikte controle op de ingevulde vragenlijsten en het opschoningsproces. Zodoende geven slechts drie vragen een relatief hoge ‘item non-respons’ van meer dan 1%, te weten de vraag over het inkomen van het huishouden, over de lengte en over het gewicht (tabel 7).

Tabel 7

Item non-respons op de vragen met meer dan 1% non-respons in de NGE 2013

Vraag	Onderwerp	Item non-respons			
		Vrouwen (n)	Mannen (n)	Totaal (n)	Totaal (%)
BF. 12	Huishoudinkomen	51	34	85	2,8
BMI. 1	Lengte in cm	300	123	423	14,1
BMI. 2	Gewicht in kg	262	116	378	12,6

NGE = Nationale Gezondheidsenquête

De ‘item non-respons’ op de vraag over het netto huishoudeninkomen in de NGE 2013 valt betrekkelijk lager uit dan in de Census 2011 (>10%)⁽³⁷⁾ en andere internationale onderzoeken, waar een ‘item non-respons’ van 20% tot en met 40% wordt gevonden.⁽³⁸⁾ Dit komt vermoedelijk omdat in de NGE 2013 het antwoord van de respondent geblindeerd aan de interviewer kon worden gegeven door middel van een antwoordkaart. Op de antwoordkaart staan de inkomenscategorieën vermeld. De respondent hoeft slechts de letter behorende bij de betreffende categorie aan te geven.

Uit de ontbrekende antwoorden op de vragen over lengte en gewicht blijkt dat een relatief groot gedeelte van de bevolking dit niet wist. Zij hebben gekozen voor de optie ‘weet ik niet’.

In de uiteindelijke resultaten van dit rapport is de ‘item non-respons’ niet meegenomen in de berekeningen van de resultaten.

2.9.3 PROXY-INTERVIEWS

Uitgangspunt is dat personen die geselecteerd zijn voor deelname aan de enquête, zelf antwoord geven op de vragen in de enquête. In sommige gevallen antwoordde echter een ander persoon (al dan niet een lid van het huishouden) in naam van de geselecteerde respondent, die wel tijdens het interview aanwezig is. In dit geval is sprake van het gebruik van een proxy. Een proxy vervangt de

geselecteerde persoon niet, maar antwoord in zijn of haar plaats (bijvoorbeeld in het geval van doof- of slechthorendheid).

In totaal zijn in de NGE 2013 59 (2%) van de 3.000 interviews afgenomen door een proxy. Gezien het kleine aantal proxy-interviews en het feit dat geen aanwijzingen zijn gevonden dat de uitkomsten verschillen van niet-proxyinterviews, is ervoor gekozen de gegevens uit deze interviews mee te nemen voor de berekening van de resultaten in dit rapport.

2.10 PRIVACY EN OMGAAN MET GEGEVENS

Bij ieder onderzoek waarin personen zijn betrokken is het ethische vraagstuk een fundamenteel uitgangspunt. Dit betekent dat de deelnemers beschermd dienen te worden om niet alleen hun fysieke en geestelijke gezondheid te waarborgen, maar ook hun privacy en informatiebehoefte.

Op de ingevulde vragenlijst en het uitkomstenformulier voor de fysieke metingen is informatie gevraagd die herleidbaar is naar een deelnemer. Deze informatie was nodig voor controle van het proces en/of de koppeling van de resultaten van de gezondheidsenquête aan de resultaten van de fysieke metingen. De resultaten zijn geanonimiseerd ingevoerd in een databestand.

Om de privacy te waarborgen hebben de interviewers en datatypisten van het CBS een geheimhoudingsverklaring getekend. Ingevulde vragenlijsten en uitkomstenformulieren worden minimaal 10 jaar op een afgesloten plaats bewaard bij het CBS en VIC.

De handelingen in de fysieke metingen gebeuren zonder groot risico op blijvende schade bij de respondenten. Het protocol voor de fysieke metingen alsook de organisatie ervan is afgestemd met en akkoord bevonden door de inspecteur Gezondheidszorg van het Ministerie van GMN. Bij verhoogde waarden van de bloeddruk en/of bloedglucose tijdens de fysieke meting, is de betreffende respondent geattendeerd om contact op te nemen met zijn/haar huisarts. Hierbij is met nadruk aan de respondent verteld dat de bevinding tijdens de fysieke meting niet geschikt is om een diagnose te stellen, maar dat een nader onderzoek door een huisarts aangeraden wordt.

2.11 DEFINITIES EN INTERPRETATIE VAN DE RESULTATEN

LEEFTIJD

Bij de indeling naar leeftijd is uitgegaan van de leeftijd op de datum van het interview. Classificatie in leeftijdscategorieën heeft plaatsgevonden volgens de richtlijnen van Eurostat.⁽⁶⁾

OPLEIDING

Classificatie van de opleiding heeft plaatsgevonden volgens de richtlijnen van de ISCED (International Standard Classification of Education), waarin de vergelijking met de Nederlandse onderwijsniveaus afkomstig is van het CBS Nederland.⁽³⁹⁾ Tabel 8 toont de onderverdeling van de onderwijsniveaus in de categorieën laag, middel en hoog.

Tabel 8

Classificatie onderwijsniveaus in categorieën in de NGE 2013

Classificatie onderwijsniveau	Categorie NGE 2013
1. Geen formeel onderwijs	Laag
2. Primair onderwijs	
3. Laag secundair onderwijs	Middel
4. (Hoger) secundair onderwijs	Hoog
5. Postsecundair niet-tertiair onderwijs	
6. Eerste fase tertiair onderwijs	
7. tweede fase tertiair onderwijs	

NGE = Nationale Gezondheidsenquête

PREVALENTIE

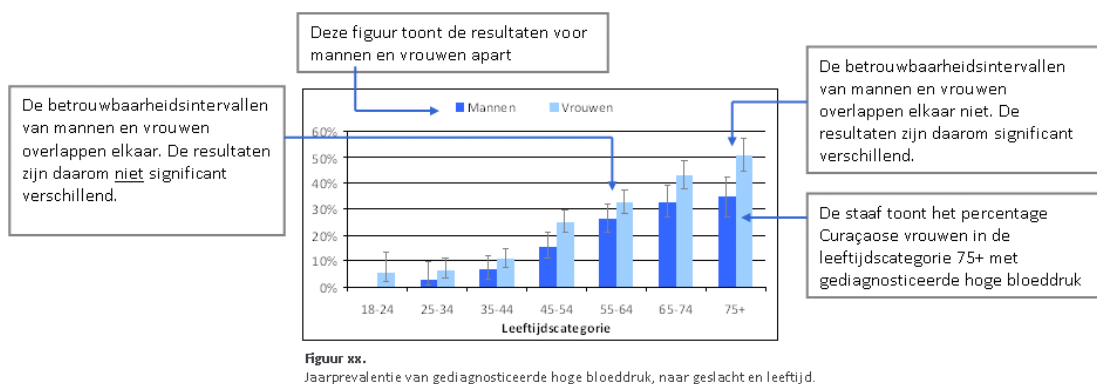
De prevalentie is het percentage (ziekte)gevallen dat op een bepaald moment (puntprevalentie) of in een bepaalde periode (jaarprevalentie) aanwezig is onder de bevolking.

DE RESULTATEN ZIJN REPRESENTATIEF VOOR DE VOLWASSEN BEVOLKING IN CURAÇAO

Alle resultaten in dit rapport zijn gewogen naar de volwassen bevolking van Curaçao in december 2012 en daardoor representatief voor de niet-geïstitutionaliseerde bevolking van 18 jaar en ouder.

INTERPRETATIE VAN DE FIGUREN

Figuur 3 toont een voorbeeld hoe de figuren in dit rapport geïnterpreteerd dienen te worden.



Figuur 3. Interpretatie van de figuren in dit rapport

AFRONDING

De percentages in dit rapport zijn afgerond naar één decimaal. Tijdens de berekeningen zijn onafgeronde waarden gebruikt. Door de afronding en de weging kan het voorkomen dat de percentages in een bepaalde categorie niet precies tot 100% optellen.

DE RESULTATEN TONEN RELATIES, NIET EEN CAUSAAL VERBAND TUSSEN OORZAAK EN GEVOLG

De NGE 2013 presenteert een beeld van de gezondheid van de volwassen Curaçaose bevolking in de periode januari 2013 t/m april 2013. Het onderzoek kan gebruikt worden om relaties tussen verschillende factoren, zoals de relatie tussen gezondheidsstatus en het opleidingsniveau, te bekijken. Het kan echter niet worden gebruikt om causale verbanden tussen oorzaak en gevolg te leggen. We weten immers niet of mensen met een laag opleidingsniveau zieker worden, of dat zieke mensen juist een lager opleidingsniveau hebben door andere oorzaken.

GEZONDHEIDS STATUS

De gezondheidsstatus toont de mate van voorkomen van ziekten en aandoeningen onder de bevolking. Het geeft daarmee een beeld weer van hoe gezond de volwassenen in Curaçao zijn.

De volgende hoofdstukken beschrijven de beleving van de lichamelijke en geestelijke gezondheid, de prevalentie van veel voorkomende ziekten en het voorkomen van lichamelijke beperkingen.

3. SUBJECTIEVE GEZONDHEID

3.1 INLEIDING

De zelfgerapporteerde gezondheid is een veelgebruikte indicator voor de gezondheidsbeleving. De indicator meet de subjectieve beleving van de fysieke en geestelijke gezondheid van een persoon. De meting is subjectief omdat de respondent zelf een oordeel geeft over zijn gezondheidstoestand. Om dit te meten is uitgegaan van gezondheid over het algemeen en niet de gezondheid op het moment van het interview. De reden hiervoor is om de invloed van tijdelijke gezondheidsproblemen, zoals een verkoudheid of buikgriep, te beperken.

Een zelfgerapporteerde slechte gezondheid hangt nauw samen met symptomen en fysieke klachten, maar ook met een medische diagnose.⁽⁴⁰⁾ Het is een goede voorspeller voor toekomstig gebruik van de gezondheidszorg en mortaliteit.⁽⁴¹⁻⁴³⁾ De zelfgerapporteerde gezondheid is daarmee een nuttige indicator om risicogroepen te detecteren en de zorgbehoefte van de bevolking in te schatten.

3.2 METHODE EN DEFINITIES

De interviewer stelde de volgende vraag ter beoordeling van de subjectieve gezondheid:

Hoe beschrijft u uw eigen gezondheid over het algemeen? (*Heel goed/ Goed/ Matig/ Slecht/Heel slecht*)

De indicator is berekend aan de hand van de aanbevelingen van de European Community Health Indicators Monitoring (ECHIM) door de percentages respondenten die 'heel goed' en 'goed' antwoorden samen te nemen.⁽⁴⁴⁾

3.3 RESULTATEN SUBJECTIEVE GEZONDHEID

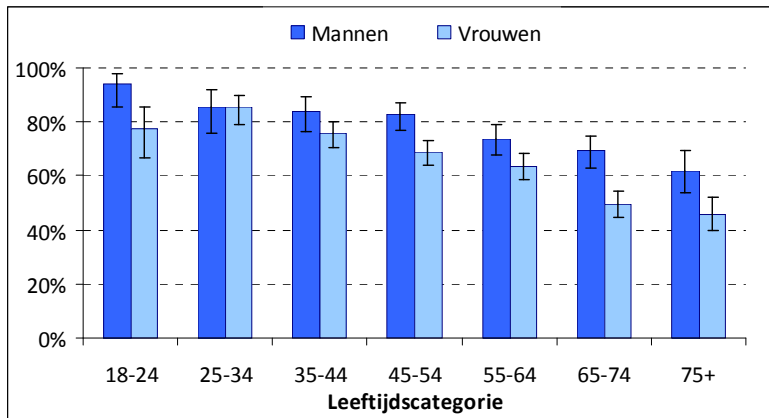
BIJNA 75% VAN DE VOLWASSENEN ZEGT IN GOEDE GEZONDHEID TE ZIJN

De meeste volwassenen (73,4%) beoordelen hun gezondheid als goed tot heel goed. Dit komt overeen met 85.675 inwoners van 18 jaar en ouder. De overige volwassenen beoordelen hun gezondheid als matig (24,4%) of als slecht tot zeer slecht (2,2%). In Census 2011, met een onderzoekspopulatie van 15 jaar en ouder, beoordeelde 85,6% zijn gezondheid als goed tot heel goed.⁽²⁷⁾

MANNEN VOELEN ZICH GEZONDER DAN VROUWEN

De verdeling van de zelfgerapporteerde gezondheid naar geslacht en leeftijd, is weergegeven in figuur 4. Deze figuur maakt duidelijk dat mannen in de leeftijdscategorieën van 18 t/m 24 jaar en van 45 jaar en ouder hun gezondheid significant positiever ervaren dan vrouwen in deze leeftijdscategorieën.

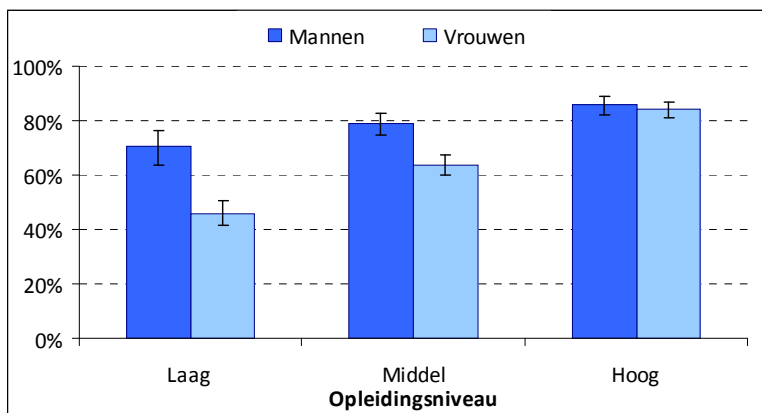
Daarnaast is ook te zien dat de subjectieve gezondheid verslechterd met de leeftijd. Waar 85,7% van de personen van 18 t/m 24 jaar hun gezondheid nog als goed tot heel goed omschrijven, daalt dit percentage naarmate de leeftijd toeneemt. In de leeftijdscategorie van 75 jaar en ouder, geeft nog 52,1% van de volwassenen aan in een goede tot heel goede gezondheid te verkeren.



Figuur 4. Percentage met een goede tot zeer goede subjectieve gezondheid, naar geslacht en leeftijd

HOOG OPGELEIDEN ERVAREN HUN GEZONDHEID BETER DAN LAAG OPGELEIDEN

Verschillende onderzoeken tonen aan dat het percentage personen dat hun gezondheid als goed/heel goed ervaart stijgt naarmate het opleidingsniveau stijgt. ⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾ Dit geldt ook voor de volwassenen in Curaçao (figuur 5). Vrouwen met een laag en middelbaar opleidingsniveau geven significant minder aan dat ze in een goede gezondheid verkeren (55,6% en 70,7% respectievelijk) dan vrouwen met een hoog opleidingsniveau (84,9%). Bij mannen is het verschil in de subjectieve gezondheid alleen significant tussen de mannen met een laag en een hoog opleidingsniveau.



Figuur 5. Percentage met een goede tot hele goede subjectieve gezondheid, naar geslacht en opleiding

4. LANGDURIGE ZIEKTEN EN AANDOENINGEN

4.1 INLEIDING

Het lijden aan een langdurige ziekte of aandoening (hierna: langdurige ziekte) heeft specifieke gevolgen voor de gezondheidsbeleving, het dagelijks functioneren en het gebruik van de gezondheidszorg. Voor het gezondheidsbeleid is het daarom belangrijk om te weten hoe vaak bepaalde ziekten voorkomen (de prevalentie) en wat voor invloed dat heeft op de medische consumptie.⁽⁴⁸⁾ Personen die lijden aan langdurige ziekten maken namelijk vaker gebruik van de zorgvoorzieningen, wat hogere zorguitgaven tot gevolg heeft.⁽⁴⁹⁾

Wel dient rekening te worden gehouden met de beperkingen van een gezondheidsenquête voor het schatten van de prevalenties van ziekten. Het gaat immers om informatie die de respondent zelf geeft. Dat houdt in dat een ziekte onder- of overgerapporteerd kan worden als de respondent onvoldoende medische kennis heeft. Bepaalde begrippen als allergie, depressie en diabetes betekenen niet altijd hetzelfde voor de respondent als voor een arts of een wetenschapper. Vooral oudere personen interpreteren de gevraagde begrippen anders dan bedoeld.⁽⁵⁰⁾

4.2 METHODE EN DEFINITIES

De interviewer stelde de volgende vraag ter beoordeling van langdurige ziekten:

Lijdt u aan één of andere langdurige ziekte of langdurig gezondheidsprobleem? Bij langdurige ziekten of gezondheidsproblemen gaat het dan om ziekten of problemen die zes maanden of langer bestaan of verwacht worden te bestaan. *(Ja/Nee)*

Daarna is een lijst met ziekten opgelezen, waarbij de respondent aangaf daar wel of niet aan te lijden. De ziekten die onderdeel uitmaken van de gezondheidsenquête staan vermeld in tabel 9. De lijst is gebaseerd op de vragenlijst van de European Health Interview Survey (EHIS). De EHIS is als basis gebruikt omdat veel aandoeningen die vaak voorkomen in Europa ook in Curaçao prevalent zijn.⁽¹⁾ De lijst is aangevuld met dengue en dengue-achtige symptomen, wat specifiek is voor het Caribisch gebied. De aandoeningen in de lijst betreffen voornamelijk langdurige gezondheidsproblemen, met uitzondering van dengue. Deze laatste kan echter wel chronische complicaties tot gevolg hebben.⁽⁵¹⁾

Tabel 9

Overzicht van de bevraagde ziekten en aandoeningen in de NGE 2013

	Ziekte of aandoening
a.	Astma (inclusief allergische astma)
b.	Longziekte, zoals chronische bronchitis/chronisch obstructieve longziekte (COPD/ emfyseem)
c.	Hartaanval (myocardinfarct)
d.	Andere hartaandoening
e.	Hoge bloeddruk
f.	Beroerte (herseneninfarct)
g.	Reumatoïde artritis (gewrichtsontsteking)
h.	Hernia of andere chronische rugaandoeningen
i.	Diabetes mellitus
j.	Allergie, zoals voedselallergie, loopneus, huiduitslag of oogontsteking
k.	Maagzweer
l.	Leveraandoening, zoals cirrose of hepatitis
m.	Hoog cholesterol
n.	Kanker (inclusief leukemie en lymfoom)
o.	Migraine
p.	Chronische depressie (langer dan 3 maanden)
q.	Andere geestelijke aandoeningen
r.	Blijvend letsel of gebrek als gevolg van een ongeval
s.	Cataract (vertroebeling van de ooglens)
t.	Nierstenen
u.	Nieraandoening
v.	Osteoporose
w.	Dengue of dengue-achtige symptomen
w.	Gynaecologische problemen, zoals cysten, onvruchtbaarheid (vrouwen)
y.	Menstruatieproblemen, zoals een onregelmatige cyclus (vrouwen)
z.	Prostaatproblemen (mannen)

NGE = Nationale Gezondheidsenquête

Indien op een ziekte met 'ja' is beantwoord, is de vraag gesteld of de ziekte door een arts is vastgesteld. Indien dat ook bevestigend is beantwoord, is gevraagd of de respondent de afgelopen twaalf maanden aan de ziekte heeft geleden.

De indicatoren uit de vragenlijst worden als volgt berekend aan de hand van de aanbevelingen van de ECHIM:⁽⁴⁴⁾

- Het percentage gevallen van langdurige ziekten of een langdurig gezondheidsprobleem over het algemeen in de afgelopen twaalf maanden (jaarprevalentie).
- Het percentage gevallen van specifieke, door een arts gediagnosticeerde, chronische aandoeningen in de afgelopen twaalf maanden (jaarprevalentie).

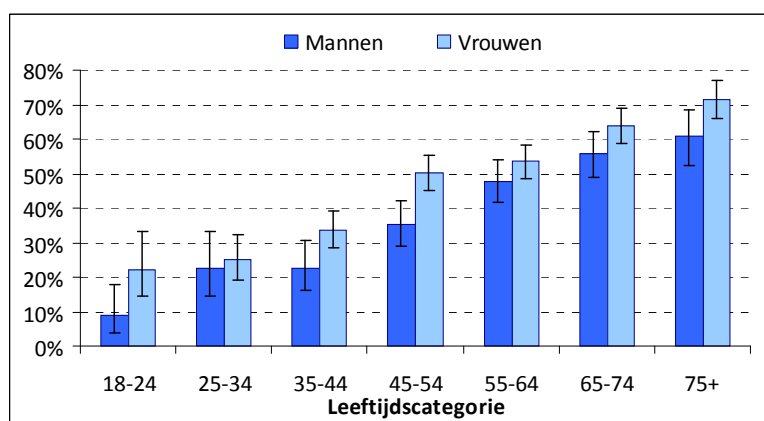
Naast de zelfgerapporteerde ziekten is bij 401 respondenten ook de bloedglucose en de bloeddruk gemeten tijdens de fysieke metingen. Door het vergelijken van de resultaten uit de interviews en de fysieke metingen bij deze respondenten, kan een indicatie verkregen worden van het verschil in de zelfgerapporteerde diabetes en bloeddruk en de bloedglucose en bloeddruk die daadwerkelijk gemeten is.

4.3 RESULTATEN LANGDURIGE ZIEKTEN

VIER OP DE TIEN VOLWASSENEN GEVEN AAN EEN LANGDURIGE ZIEKTE TE HEBBEN

Veertig procent (40,3%) van de volwassen bevolking rapporteert aan één of meerdere langdurige ziekte(n) of langdurige gezondheidsproblemen te lijden (hierna: langdurige ziekte). Dit komt overeen met 47.047 volwassenen.

Het percentage personen met een langdurige ziekte hangt duidelijk samen met de leeftijd. In de leeftijdscategorie van 18 t/m 24 jaar geeft 15,7% van de personen aan een langdurige ziekte te lijden, terwijl het bij 75-plussers gaat het om 67,4% van de personen. Vrouwen van 45 t/m 54 jaar geven daarnaast significant vaker aan een langdurige ziekte te lijden dan mannen in dezelfde leeftijdscategorie (figuur 6).

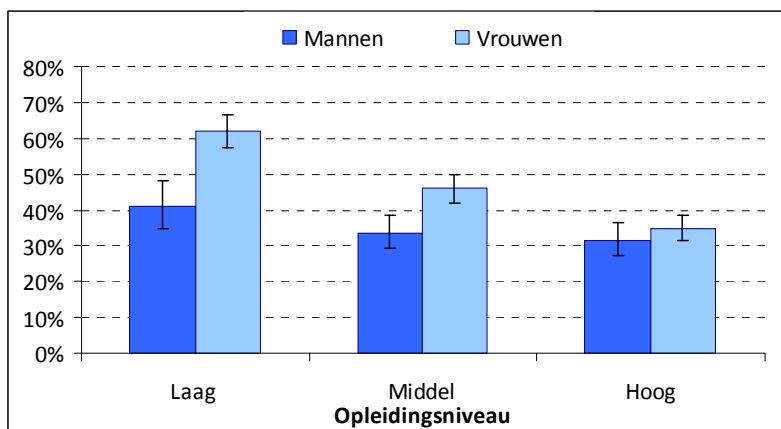


Figuur 6. Percentage met één of meerdere langdurige ziekten, naar geslacht en leeftijd

DE KANS OP EEN LANGDURIGE AANDOENING DAALT NAARMATE HET OPLEIDINGSNIVEAU VAN EEN PERSOON HOGER IS

Verskillende onderzoeken tonen aan dat laagopgeleiden vaker één of meerdere langdurige ziekten hebben dan hoogopgeleiden. ^(46; 47; 52) Figuur 7 toont de samenhang tussen een langdurige ziekte en het opleidingsniveau, waaruit blijkt dat dit ook voor vrouwen in Curaçao het geval is. Laag- en

middelbaar opgeleide vrouwen hebben significant vaker één of meerdere langdurige ziekten dan hoogopgeleide vrouwen. In de mate van het voorkomen van langdurige ziekten is tussen mannen en vrouwen met een hoog opleidingsniveau, in tegenstelling tot de lagere opleidingsniveaus, geen verschil.



Figuur 7. Percentage met één of meerdere langdurige ziekten, naar opleiding en geslacht

4.4 RESULTATEN SPECIFIEKE ZIEKTEN EN GEZONDHEIDSPROBLEMEN

De prevalentie die hier berekend wordt, is gericht op de aanwezigheid van de ziekten en aandoeningen (hierna: ziekten) in de afgelopen twaalf maanden, de zogenaamde jaarprevalentie.

DE MEEST VOORKOMENDE ZIEKTEN BIJ MANNEN

Bij mannen is de meest gerapporteerde ziekte hoge bloeddruk (15,4%), gevolgd door diabetes (8,6%), hoog cholesterol (7,4%) en allergieën (6,0%). Voor de overige ziekten bedraagt de prevalentie minder dan 5% (tabel 10). Bij mannen van 65 jaar en ouder liggen de prevalenties een stuk hoger. In deze categorie geeft 33,5% aan last te hebben van een hoge bloeddruk. Andere ziekten die in deze leeftijdscategorie met een prevalentie van meer dan 10% voorkomen zijn diabetes (19,2%), hoog cholesterol (14,2%), cataract (12,6%) en prostaatproblemen (11,7%). Van de overige bevroegde ziekten bedraagt de prevalentie minder dan 10%.

DE MEEST VOORKOMENDE ZIEKTEN BIJ VROUWEN

Bij vrouwen is de meest gerapporteerde ziekte hoge bloeddruk, waar 23,5% aan lijdt. Andere ziekten waar meer dan 10% van de vrouwen aan lijden zijn allergie (13,8%) en hoog cholesterol (12,2%). Van de vrouwen zegt 9,7% aan diabetes te lijden (tabel 10). Vrouwen van 65 jaar en ouder geven aan het

meest last te hebben van een hoge bloeddruk. Bijna de helft (46,4%) van de vrouwen in deze leeftijdscategorie geeft dit aan. Daarnaast heeft 25,6% diabetes, 22,6% een verhoogd cholesterol, 21,7% cataract en 11,6% reumatoïde artritis. De prevalentie van de overige ziekten bedraagt minder dan 10%.

Tabel 10

Jaarprevalentie van specifieke aandoeningen, naar geslacht

Ziekte	Mannen (%)	Vrouwen (%)	Totaal (%)
Hoge bloeddruk	15,4	23,5	19,9
Allergie, zoals voedselallergie, loopneus, huiduitslag of oogontsteking	6,0	13,8	10,3
Hoog cholesterol	7,4	12,2	10,1
Diabetes mellitus	8,6	9,7	9,3
Cataract (vertroebeling van de ooglens)	3,6	6,4	5,1
Migraine	1,1	7,2	4,5
Blijvend letsel of gebrek als gevolg van een ongeval	4,3	3,9	4,1
Hernia of andere chronische rugaandoeningen	3,9	3,5	3,7
Reumatoïde artritis (gewrichtsontsteking)	1,7	4,8	3,4
Astma (inclusief allergische astma)	1,2	5,0	3,3
Andere hartaandoening	2,7	3,6	3,2
Maagzweer	1,8	2,0	1,9
Longziekte, zoals chronische bronchitis/chronisch obstructieve longziekte (COPD/ emfyseem)	1,1	2,3	1,8
Osteoporose	0,4	2,0	1,3
Chronische depressie (langer dan 3 maanden)	0,5	1,7	1,2
Andere geestelijke aandoeningen	1,1	0,9	1,0
Nierstenen	1,0	0,8	0,9
Hartaanval (myocardinfarct)	1,3	0,6	0,9
Kanker (inclusief leukemie en lymfoom)	0,5	1,1	0,8
Dengue of dengue-achtige symptomen	1,1	0,6	0,8
Beroerte (herseninfectie)	0,8	0,6	0,7
Nieraandoening	0,5	0,5	0,5
Leveraandoening, zoals cirrose of hepatitis	0,5	0,2	0,3
Prostaatproblemen	2,7	-	-
Menstruatieproblemen, zoals een onregelmatige cyclus	-	6,4	-
Gynaecologische problemen, zoals cysten, onvruchtbaarheid	-	3,8	-

- = niet van toepassing

DE VIER MEEST PREVALENTIE ZIEKTEN

De vier meest gerapporteerde ziekten bij zowel vrouwen als mannen zijn hoge bloeddruk, diabetes, hoog cholesterol en allergieën. Deze ziekten worden in de volgende paragrafen verder geanalyseerd en besproken.

4.5 RESULTATEN HOGE BLOEDDRUK

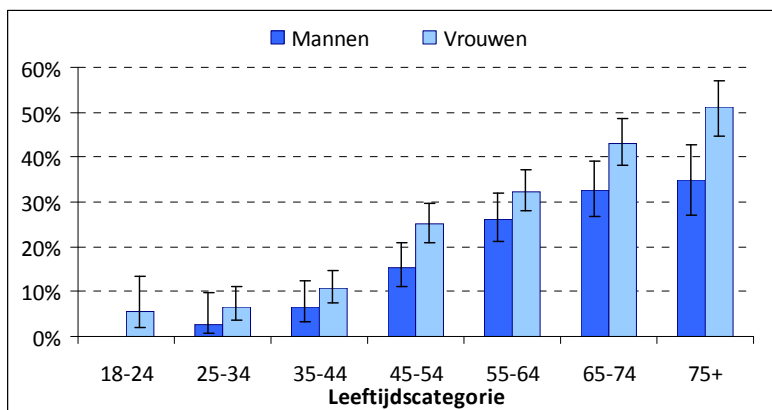
Hoge bloeddruk, ook wel hypertensie genoemd, kan hart en nieren beschadigen. Het geeft ook een verhoogd risico op hartziekte, beroerte en nierfalen. Bij een te hoge bloeddruk is de druk op de bloedvaten hoger dan normaal, waardoor het hart harder moet werken om het bloed rond te pompen in het lichaam.

Hoge bloeddruk wordt veroorzaakt door zogenaamde levensstijlfactoren, zoals obesitas, een hoge inname van zout en alcohol, stress en een gebrek aan lichaamsbeweging.⁽⁵³⁾

ÉÉN OP DE VIJF VOLWASSENEN HEEFT EEN HOGE BLOEDDRUK

Van de volwassen bevolking rapporteert 19,9% aan hoge bloeddruk te lijden. Dit komt overeen met 23.266 inwoners van 18 jaar en ouder. In de Census 2011 is een prevalentie van 17,4% gevonden onder de bevolking van 15 jaar en ouder.⁽²⁷⁾ In 1993/1994 bedroeg de prevalentie voor hoge bloeddruk onder de bevolking van 18 jaar en ouder 14,5%.⁽¹⁾

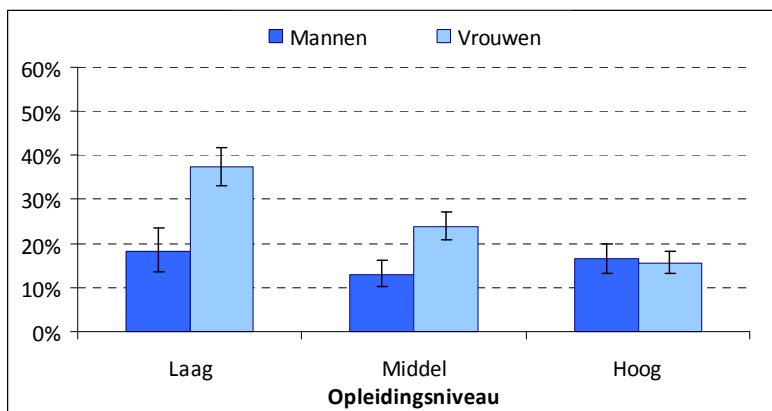
Het aantal personen met de diagnose hoge bloeddruk stijgt met de leeftijd (figuur 8). Bij personen van 75 jaar en ouder heeft 44,8% de afgelopen twaalf maanden aan hoge bloeddruk geleden. Het percentage vrouwen met hoge bloeddruk in de leeftijdscategorieën van 45 t/m 54 jaar en 75 jaar en ouder is significant hoger dan het percentage mannen met hoge bloeddruk in deze leeftijdscategorieën.



Figuur 8. Jaarprevalentie van gediagnosticeerde hoge bloeddruk, naar geslacht en leeftijd

HOGE BLOEDDRUK KOMT HET VAAKST VOOR BIJ VROUWEN MET EEN LAGE OPLEIDING

Het percentage vrouwen met een hoge bloeddruk is met 37,4% het hoogst onder laag opgeleide vrouwen (figuur 9). Naarmate het opleidingsniveau van de vrouw stijgt, daalt het percentage vrouwen met een hoge bloeddruk significant tot 15,6%. Bij mannen lijkt het opleidingsniveau geen rol te spelen in de prevalentie van hoge bloeddruk. Onder de hoog opgeleiden is het percentage hoge bloeddruk bij vrouwen en mannen vrijwel gelijk.



Figuur 9. Jaarprevalentie van gediagnosticeerde hoge bloeddruk, naar geslacht en opleiding

BLOEDDRUKBEPALING TIJDENS DE FYSIEKE METINGEN

De bloeddruk is tijdens de fysieke metingen in drievoud (in triplo) bij de respondenten gemeten. De prevalentie van hoge bloeddruk (hypertensie) is per respondent berekend door het gemiddelde te berekenen van de triplo-waarden. Dit is gedaan voor zowel de diastolische druk (onderdruk) als voor de systolische druk (bovendruk). Voor de classificatie is de onderverdeling van de European Health Examination Survey (EHES) aangehouden (tabel 11).⁽²³⁾

Medisch gezien is sprake van hypertensie als de bovendruk hoger is dan 140 mmHg en/of als de onderdruk hoger is dan 90 mmHg.⁽⁵⁴⁾ Hypertensie wordt volgens de EHES-classificatie onderverdeeld in graad 1-, graad 2- en graad 3 hypertensie naarmate de gemeten bloeddruk hoger is. Bij graad 3 hypertensie is kans op een hypertensieve crisis aanwezig, die kan worden gecompliceerd door acute schade aan de hersenen, hart, nieren, grote bloedvaten en de ogen.^(54;55)

In totaal is bij 45,6% van de volwassenen een graad 1, graad 2 of graad 3 hoge bloeddruk gemeten. Dit komt overeen met 53.234 personen. Tabel 11 toont de percentages gemeten bloeddruk voor de verschillende categorieën volgens de EHES classificatie.

Tabel 11

Referentiewaarden en resultaten gemeten bloeddruk tijdens de fysieke metingen (n=401)

Bloeddruk categorie	Bloeddruk waarden		Resultaten fysieke meting
	Diastolisch (mmHg)	Systolisch (mmHg)	Percentage (%)
Beneden normaal	<80	<120	14,2
Normaal	80-84	120-129	18,1
Hoog normaal	85-89	130-139	22,2
Graad 1 hypertensie	90-99	140-159	27,5
Graad 2 hypertensie	100-109	160-179	12,6
Graad 3 hypertensie	≥110	≥180	5,5

Van personen die zowel aan het interview als aan de fysieke metingen hebben deelgenomen geeft 37,2% (24,7%+10,8%+1,7%) aan nog nooit aan hoge bloeddruk te hebben geleden, terwijl bij hen tijdens de fysieke meting een graad 1, graad 2 of graad 3 hypertensie is gemeten (tabel 12). Met enige voorzichtigheid suggereert deze bevinding dat bij ongeveer vier op de tien personen die denken dat ze geen hoge bloeddruk hebben, wel sprake kan zijn van hoge bloeddruk. Bij 1,7% kan zelfs sprake zijn van een graad 3 hypertensie.

Tabel 12

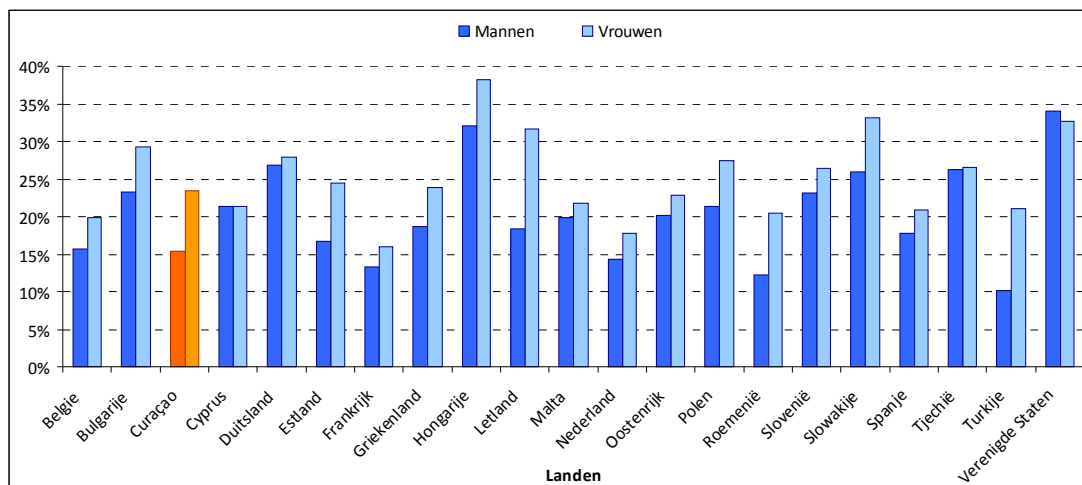
Percentage personen die zeggen ja/nee aan hoge bloeddruk te lijden tijdens de interviews ten opzichte van de gemeten bloeddruk tijdens de fysieke metingen (n=401)

Gezondheidsenquête: lijdt u of heeft u ooit geleden aan hoge bloeddruk?	Fysieke metingen: percentage (%) gemeten bloeddruk					
	Beneden normaal	Normaal	Hoog normaal	Graad 1 hypertensie	Graad 2 hypertensie	Graad 3 hypertensie
Ja	4,5	6,3	21,6	35,1	18,0	14,4
Nee	17,8	20,6	24,4	24,7	10,8	1,7

Van de volwassenen die zegt aan hoge bloeddruk te lijden is bij 67,5% (35,1%+18,0%+14,4%) ook tijdens de fysieke meting hypertensie gemeten (tabel 12). Aan deze personen is gevraagd of ze de afgelopen twee weken voorafgaand aan de fysieke meting medicijnen voor hoge bloeddruk hebben ingenomen die voorgeschreven zijn door hun arts. Hiervan antwoordt 80,5% wel medicijnen te hebben ingenomen, terwijl 19,5% zegt geen medicijnen te hebben gebruikt. Alle personen met een te hoge bloeddrukmeting zijn na de fysieke metingen aangeraden om naar hun huisarts te gaan.

DE PREVALENTIE VAN HOGE BLOEDDRUK IN CURAÇAO IN VERGELIJKING MET 20 ANDERE LANDEN

Figuur 10 geeft de prevalentie van zelfgerapporteerde hoge bloeddruk weer in Curaçao en 20 andere landen. Hieruit blijkt dat de prevalentie van hoge bloeddruk in Curaçao bij benadering gemiddeld is.



Figuur 10. Jaarprevalentie van zelfgerapporteerde hoge bloeddruk per land, naar geslacht
 A) Prevalenties van de Europese landen, m.u.v. Nederland, komen uit de EHIS, 2008-2009. Data beschikbaar via Eurostat. ⁽¹⁰⁾ Betreft respondenten van 25 jaar en ouder. B) Nederlandse prevalenties beschikbaar via CBS Statline. ⁽³⁰⁾ Betreft respondenten van 12 jaar en ouder. C) Prevalenties van de Verenigde Staten komen van CDC, High Blood Pressure Facts. ⁽⁵⁶⁾ Betreft respondenten van 20 jaar en ouder.

4.6 RESULTATEN DIABETES

De diagnose diabetes wordt gesteld door middel van verhoogde bloedglucosewaarden (hyperglycaemie). Onbehandelde hyperglycaemie leidt tot schade en potentieel functieverlies van organen, voornamelijk de ogen, nieren, zenuwen, hart en bloedvaten. Twee typen diabetes worden onderscheiden; diabetes type 1 en diabetes type 2. Diabetes type 1 is het gevolg van een auto-immuunziekte waarin de cellen van de pancreas die belangrijk zijn voor de productie van insuline worden vernietigd. Diabetes type 2 diabetes (ouderdomsdiabetes) wordt gekarakteriseerd door insuline-resistentie, dat wil zeggen dat het lichaam ongevoelig is voor insuline en dat te weinig insuline wordt geproduceerd. Diabetes type 2 diabetes is de meeste voorkomende vorm van diabetes. In Nederland is dit type diabetes verantwoordelijk voor 90% van alle diabetes-gevallen. ⁽⁵⁷⁾

Diabetes verhoogt het risico op hart- en vaatziekten substantieel. Mannen met diabetes type 2 lopen één tot vier keer meer risico op hart- en vaatziekten dan mannen zonder de ziekte. Het risico voor vrouwen is zelfs tot vijf keer groter. ⁽⁵⁸⁾ Overgewicht en een overmatige vetophoping in de buik

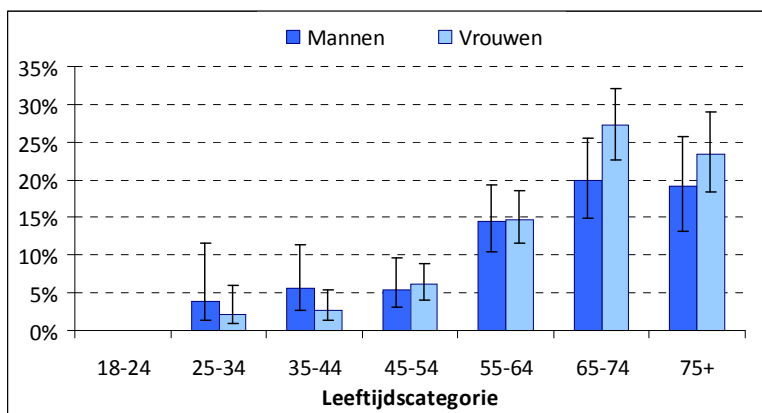
(abdominale obesitas) zijn risicofactoren voor diabetes. ⁽⁵⁹⁾ In de NGE 2013 is geen onderscheid gemaakt tussen beide types diabetes.

BIJNA 1 OP DE 10 VOLWASSENEN LIJDT AAN DIABETES

Negen procent (9,3%) van de volwassen bevolking geeft aan de diagnose diabetes van hun dokter te hebben gekregen. Dit komt overeen met 10.813 personen. In de Census 2011 is een prevalentie van 7,9% gevonden. ⁽²⁷⁾ De prevalentie van diabetes in 1993/1994 was 5,6%. ⁽¹⁾

BIJNA 1 OP DE 4 PERSONEN VAN 65 JAAR EN OUDER HEEFT DIABETES

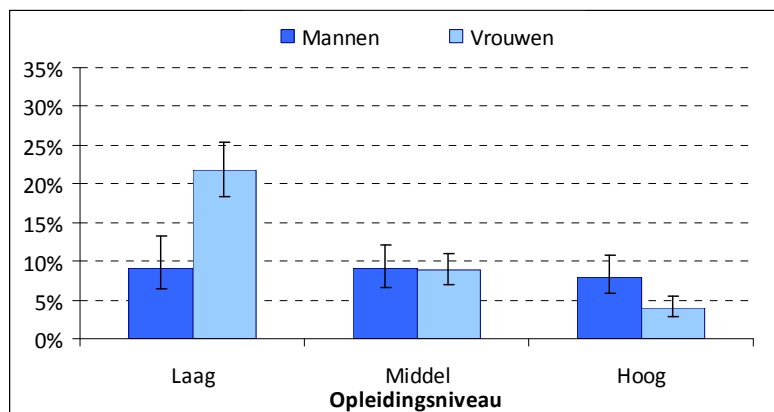
Het percentage personen met diabetes stijgt met de leeftijd (figuur 11). Bij personen in de leeftijdscategorie van 65 t/m 74 jaar is de prevalentie van diabetes 24,0%. In de leeftijdscategorie van 18 t/m 24 jaar rapporteert niemand aan diabetes te lijden. Dit komt overeen met de lage prevalentie van (jeugd)diabetes (0,4%) onder 15-24-jarigen gemeten tijdens de Census 2011. ⁽²⁷⁾



Figuur 11. Jaarprevalentie van gediagnosticeerde diabetes, naar geslacht en opleiding

DIABETES KOMT HET MEESTE VOOR BIJ VROUWEN MET EEN LAGE OPLEIDING

In West-Europese landen hebben lager opgeleiden een hogere kans om diabetes te krijgen. ⁽⁶⁰⁾ In tegenstelling tot deze landen, wordt deze relatie in Curaçao alleen bij vrouwen gevonden (figuur 12). Bij vrouwen is het percentage laag opgeleiden met diabetes (21,8%) significant hoger dan bij de middel- (8,9%) en hoogopgeleide vrouwen (4,0%). Voor mannen zijn de verschillen tussen laag, middel en hoog opgeleiden niet significant.



Figuur 12. Jaarprevalentie van gediagnosticeerde diabetes, naar geslacht en opleiding

BLOEDGLUCOSEBEPALING TIJDENS DE FYSIEKE METINGEN

De bloedglucosebepaling tijdens de fysieke metingen, als indicatie voor diabetes, is gemeten door middel van de ‘random’ bloedglucose. Bij een ‘random’ bloedglucosemeting wordt geen rekening gehouden met wanneer de persoon voor het laatst gegeten heeft. Deze meting gaat uit van een recente maaltijd en heeft daarom hogere referentiewaarden voor de bloedglucose dan bij een nuchtere bloedglucosemeting. Voor de classificatie is de onderverdeling van de American Diabetes Association (ADA) gebruikt (tabel 13).⁽⁶¹⁾

Tijdens de fysieke metingen is bij 4,1% van de volwassenen een ‘random’ bloedglucosewaarde hoger dan 200 mg/dl gemeten, wat volgens de ADA als diabetes gecategoriseerd wordt (tabel 14). Bij 9,3% is pre-diabetes gemeten. Er is geen significant verschil tussen het percentage pre-diabetes bij mannen en vrouwen, 9,2% vs. 9,3% respectievelijk. Dit geldt ook voor de categorie diabetes; bij mannen is dit percentage 4,0% en bij vrouwen 4,2%.

Tabel 13

Referentiewaarden en resultaten gemeten ‘random’ bloedglucose tijdens de fysieke metingen (n=401)

Categorie	Bloedglucosewaarden	Percentage (%)
Laag	<70 mg/dl	0,4
Normaal	70-139 mg/dl	86,2
Pre-diabetes	140-200 mg/dl	9,3
Diabetes	>200 mg/dl	4,1

Van de personen die zowel aan de interviews als aan de fysieke metingen hebben deelgenomen, geeft 0,9% aan nog nooit aan diabetes te hebben geleden, terwijl bij hen tijdens de fysieke meting een ‘random’ bloedglucosewaarde van hoger dan 200 mg/dl (diabetes) is gemeten (tabel 14). Bij

6,6% is een waarde van 140-200 mg/dl (pre-diabetes) gemeten, terwijl deze personen aangeven nog nooit aan diabetes te hebben geleden. Bij de 92,3% die aangeeft niet aan diabetes te lijden en nooit aan te hebben geleden, is een normale 'random' bloedglucosewaarde gemeten.

Tabel 14

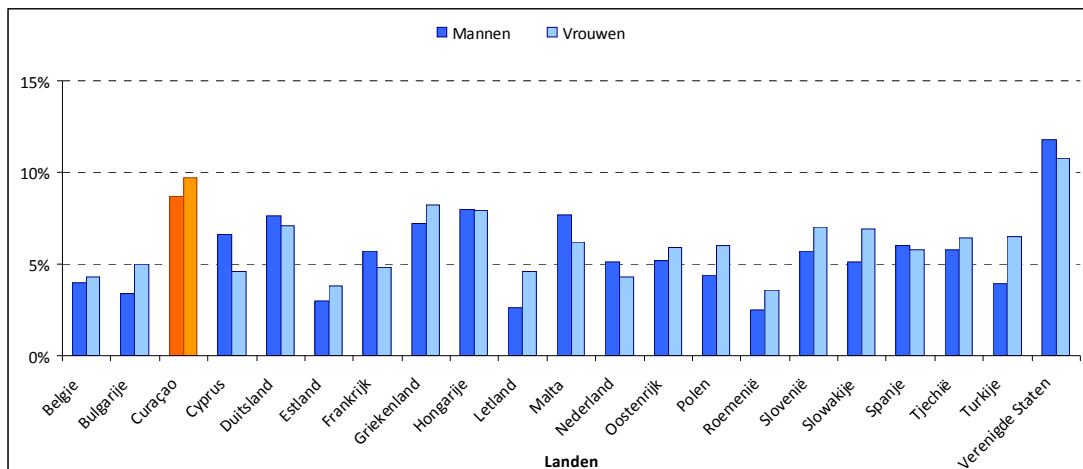
Percentage personen die zeggen ja/nee aan diabetes te lijden tijdens de interviews ten opzichte van de gemeten 'random' bloedglucosewaarde tijdens de fysieke metingen (n=401)

Gezondheidsenquête: lijdt u of heeft u ooit geleden aan diabetes?	Fysieke metingen: percentage (%) gemeten 'random' bloedglucosewaarde			
	Laag	Normaal	Pre-diabetes	Diabetes
Ja	2,9	31,7	39,3	26,1
Nee	0,2	92,3	6,6	0,9

Bij personen die in de afgelopen twaalf maanden aan diabetes hebben geleden, is bij 39,3% een 'random' bloedglucosewaarde van 140-200 mg/dl (pre-diabetes) gemeten. Bij 26,1% is een waarde van hoger dan 200 mg/dl (diabetes) gemeten. Met enige voorzichtigheid kan dit suggereren dat deze personen de medicatievoorschriften niet specifiek hebben opgevolgd. Personen met 'random' bloedglucosewaarden van 140 mg/dl en hoger zijn na de fysieke metingen aangeraden om naar hun huisarts te gaan.

DE PREVALENTIE VAN DIABETES IN CURAÇAO IS HOOG IN VERGELIJKING MET ANDERE LANDEN

Figuur 13 geeft de prevalentie van diabetes weer van verschillende landen. Hieruit blijkt bij benadering dat Curaçao, in vergelijking met de weergegeven landen, na de Verenigde Staten de hoogste prevalentie diabetes heeft.



Fig

uur 13. Jaarprevalentie van zelfgerapporteerde diabetes per land, naar geslacht

A) Prevalenties van de Europese landen, m.u.v. Nederland, komen uit de EHIS, 2008-2009. Data beschikbaar via Eurostat. ⁽¹⁰⁾ Betreft respondenten van 15 jaar en ouder. B) Nederlandse prevalenties beschikbaar via CBS Statline, 2011. ⁽³⁰⁾ Betreft respondenten van 12 jaar en ouder. C) Prevalenties van de Verenigde Staten komen van CDC, National Diabetes Fact Sheet 2011. ⁽⁶²⁾ Betreft respondenten van 20 jaar en ouder.

4.5 RESULTATEN HOOG CHOLESTEROL

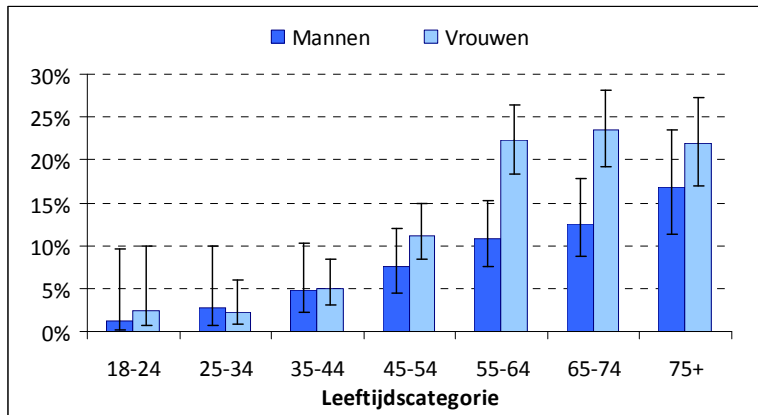
Een hoog cholesterol, ook wel hypercholesterolemie genoemd, verhoogt de kans op hartziekte en beroerte. De belangrijkste oorzaak van te hoge cholesterolniveaus in het bloed is een voedingspatroon met veel verzadigde vetten. Ook obesitas, weinig lichamelijke beweging en de genetische achtergrond van een persoon kunnen hieraan bijdragen. ⁽⁶³⁾

ÉÉN OP DE TIEN VOLWASSENEN HEEFT EEN VERHOOGD CHOLESTEROL

Van de volwassen bevolking geeft 10,1% aan gediagnosticeerd te zijn met een verhoogd cholesterol. Dit komt overeen met 11.781 personen.

VERHOOGDE CHOLESTEROLWAARDEN KOMEN VOORAL VOOR BIJ 55-PLUSSERS

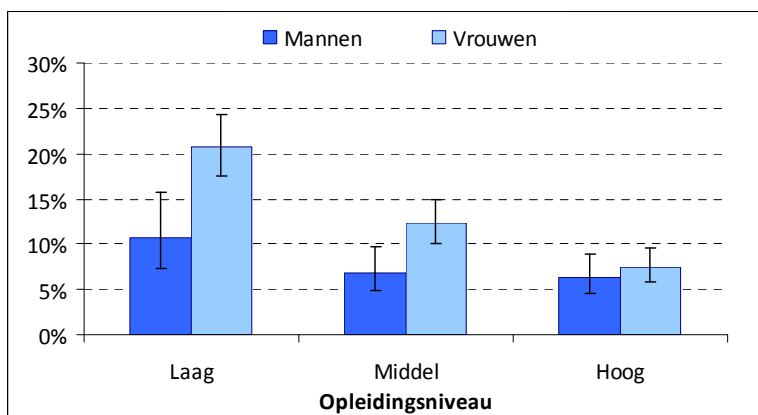
De prevalentie van verhoogde cholesterolwaarden neemt, net als de prevalentie van hoge bloeddruk en diabetes, toe met de leeftijd (figuur 14). In de leeftijdscategorie van 55 t/m 64 en 65 t/m 74 jaar hebben significant meer vrouwen een verhoogd cholesterol dan mannen in dezelfde leeftijdscategorieën. In de leeftijdscategorie van 55 t/m 64 jarigen is het percentage vrouwen met een verhoogd cholesterol (22,2%) twee keer hoger dan het percentage mannen met een verhoogd cholesterol in dezelfde leeftijdscategorie (11,1%).



Figuur 14. Jaarprevalentie van gediagnosticeerde hypercholesterolemie, naar geslacht en leeftijd

VERHOOGD CHOLESTEROL KOMT HET MEESTE VOOR BIJ VROUWEN MET EEN LAGE OPLEIDING

Het percentage vrouwen met een verhoogd cholesterol is significant hoger onder laag opgeleide vrouwen (20,8%) (figuur 15). Naarmate het opleidingsniveau van de vrouw stijgt, daalt de prevalentie verhoogd cholesterol tot 12,4% bij middel- en 7,5% bij hoogopgeleide vrouwen. Dit in tegenstelling tot Nederland, waar geen significante verschillen tussen hoog- en laagopgeleiden worden gevonden.⁽⁶⁴⁾ Bij mannen blijkt het opleidingsniveau geen rol te spelen in de prevalentie van verhoogd cholesterol. Ook is het percentage verhoogd cholesterol onder hoog opgeleide vrouwen en mannen vrijwel gelijk.



Figuur 15. Jaarprevalentie van gediagnosticeerde hypercholesterolemie, naar geslacht en opleiding

4.6 RESULTATEN ALLERGIE

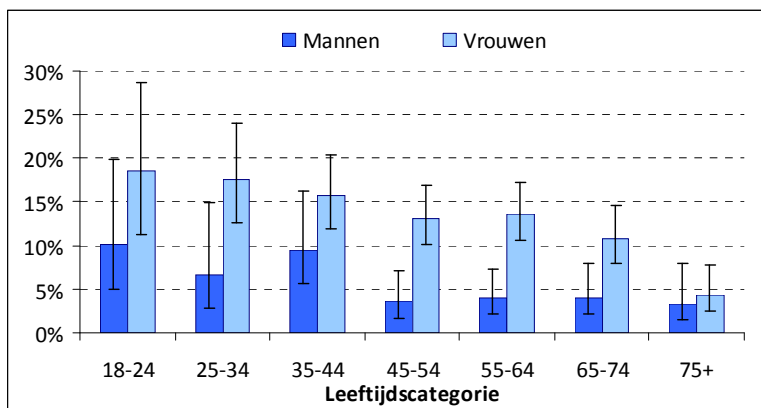
Een allergie is een vorm van overgevoeligheid van het lichaam, waarbij het immuunsysteem op stoffen (allergenen) reageert die in principe onschadelijk zijn. De overgevoeligheid voor bepaalde stoffen kan leiden tot het ontstaan van allergische ziekten. Allergie zoals bevraagd in de NGE 2013 betreft allergieën als hooikoorts, voedselallergie, huiduitslag of oogontsteking, maar niet allergische astma.

ÉÉN OP DE TIEN VOLWASSENEN HEEFT LAST VAN ALLERGIE

Tien procent (10,3%) van de volwassen bevolking geeft aan de diagnose allergie van hun dokter te hebben gekregen. Dit komt overeen met 12.080 personen.

VOORAL VROUWEN HEBBEN LAST VAN ALLERGIEËN

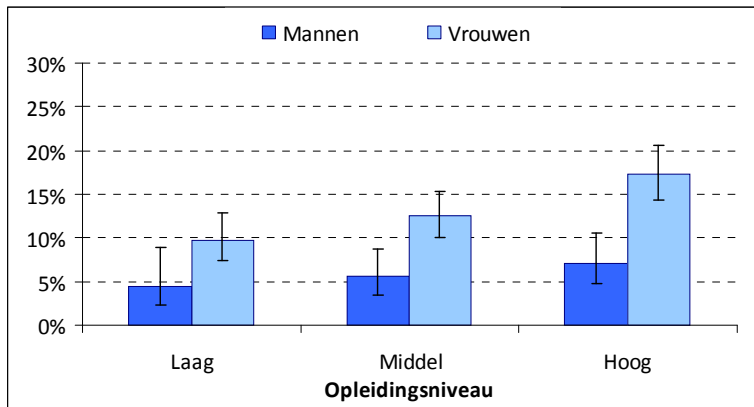
Het percentage vrouwen met een allergie in de leeftijdscategorieën van 45 t/m 74 jaar is significant hoger dan het percentage mannen met een allergie in deze leeftijdscategorieën (figuur 16). Verder neemt het percentage vrouwen dat een allergie rapporteert af naarmate de leeftijd toeneemt. Zo is de prevalentie bij 18 t/m 24-jarige vrouwen 18,6%, terwijl deze bij vrouwen van 75 jaar en ouder 4,3% bedraagt. Bij mannen blijkt de allergie prevalentie geen verband te hebben met leeftijd.



Figuur 16. Jaarprevalentie van gediagnostiseerde allergie, naar geslacht en leeftijd

ALLERGIEËN KOMEN VOORAL VOOR BIJ HOOG OPGELEIDE VROUWEN

Het percentage vrouwen met een allergie is het hoogst onder hoog opgeleide vrouwen (17,2%). Naarmate het opleidingsniveau daalt, daalt ook het percentage vrouwen met een allergie. Bij laag opgeleide vrouwen is de prevalentie van allergie 9,7%. Bij mannen is het verschil tussen laag, middel en hoog opgeleiden niet significant (figuur 17).



Figuur 17. Jaarprevalentie van gediagnosticeerde allergie, naar geslacht en opleiding

5. FUNCTIONELE BEPERKINGEN

5.1 INLEIDING

In 1960 bedroeg de levensverwachting in Curaçao bij de geboorte 70,4 jaar voor mannen en 74,4 jaar voor vrouwen. In 2011 is deze levensverwachting gestegen naar 73,9 jaar voor mannen en 80,7 jaar voor vrouwen. Verwacht wordt dat door een gezondere leefstijl en medische (technologische) ontwikkelingen de levensverwachting in de toekomst zal blijven stijgen.⁽⁶⁵⁾

Een stijging van de levensverwachting draagt eraan bij dat het aandeel ouderen in de bevolking toeneemt. Waar in 1960 het aantal personen van 65 jaar en ouder 4,3% van de bevolking uit maakte, is dit percentage in 2011 gestegen tot 13,8%.⁽²⁷⁾ Een groeiende levensverwachting wil overigens niet per definitie zeggen dat de 65-plussers in de bevolking in goede gezondheid zijn. Integendeel zelfs, een toename van de levensverwachting gaat gepaard met een toename van het aantal personen met (functionele) beperkingen in de bevolking.⁽⁶⁶⁾

Omdat de prevalentie van functionele beperkingen toeneemt met de leeftijd, is het van belang om inzicht te krijgen in de aard en mate van deze beperkingen. Dit geldt zeker voor landen die vergrijzen, zoals Curaçao. De aanwezigheid van functionele beperkingen speelt een belangrijke rol in de mate van zelfredzaamheid van ouderen. Bij (ernstige) meervoudige beperkingen groeit namelijk de behoefte aan hulp bij het uitvoeren van basisactiviteiten, zoals de behoefte aan thuiszorg, en is een toename van de vraag naar institutionalisering in verzorgings- en verpleeghuizen.⁽⁶⁶⁾

De resultaten van de NGE 2013 geven een onderschatting van de feitelijke prevalentie van functionele beperkingen onder de bevolking. De reden hiervoor is dat in de NGE 2013 alleen personen die woonachtig zijn op een woonadres zijn geïnterviewd. Dit terwijl onder personen die geïnstitutionaliseerd zijn, zoals in verpleeg- en verzorgingshuizen, de meeste meervoudige functionele beperkingen en hulpbehoevenden voor komen.⁽⁶⁷⁾ Geïnstitutionaliseerde personen krijgen echter al 24-uurs zorg, zowel op het gebied van de gezondheid als van welzijn. Dit in tegenstelling tot functioneel beperkte personen die thuis wonen en aangewezen zijn op thuiszorg en/of mantelzorgers.

5.2 METHODE EN DEFINITIES

Voor het in kaart brengen van (de gevolgen van) langdurige functionele beperkingen, stelde de interviewer een aantal vragen over functionele beperkingen op het gebied van zien, horen, mobiliteit en dagelijkse handelingen (zoals het kauwen van hard voedsel en het oppakken van een pen). Deze handelingen worden gezamenlijk basisactiviteiten genoemd.

De indicatoren voor functionele beperkingen zijn berekend aan de hand van de aanbevelingen van de ECHIM.⁽⁴⁴⁾ Gekeken wordt naar het percentage van de bevolking dat één of meerdere beperkingen in het uitvoeren van basisactiviteiten rapporteert. Beperkingen op het gebied van zien of horen worden berekend inclusief eventueel gebruik van hulpmiddelen zoals een bril, lenzen of een gehoorapparaat. Een brildragend persoon die aan geeft zonder enige moeite te kunnen lezen, wordt dus niet als beperkt op het gebied van zien beschouwd. Beperkingen in de mobiliteit worden juist berekend exclusief het gebruik van hulpmiddelen, zoals een wandelstok of een trapleuning.

Personen zijn matig beperkt als ze weliswaar alle activiteiten op de gebieden van zien, horen, mobiliteit en dagelijkse handelingen zelf kunnen doen, maar dit voor één of meerdere activiteiten met enige moeite. Personen zijn ernstig beperkt als ze één of meerdere basisactiviteiten met veel moeite of helemaal niet zelf kunnen doen.

5.3 RESULTATEN FUNCTIONELE BEPERKINGEN

RUIM 42.844 VOLWASSENEN MET FUNCTIONELE BEPERKINGEN

Van de volwassen bevolking geeft 36,7% aan beperkingen te ervaren op de gebieden van zien, horen, mobiliteit of dagelijkse handelingen zoals het kauwen van hard voedsel en/of het oppakken van kleine voorwerpen. Dit komt overeen met 42.844 personen. Bij 57,9% van deze personen gaat het om matige beperkingen en bij 42,1% van deze personen gaat het om ernstige beperkingen. Onder de laatste groep vallen onder andere personen die volledig blind zijn (0,2% van de bevolking) en personen die volledig doof zijn (0,1% van de bevolking).

Op basis van de verschillen tussen de geslachten, hebben significant minder mannen (11,0%) dan vrouwen (19,0%) één of meerdere ernstige beperkingen in het uitvoeren van de basisactiviteiten. Dit komt overeen met 5.649 mannen en 12.424 vrouwen van 18 jaar en ouder (tabel 15). Alle vormen van ernstige beperkingen, met uitzondering van ernstige beperkingen in het horen, komen

significanter vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. In 1993/1994 bedroegen de prevalenties voor ernstige beperkingen in het zien 4,7% en het horen 1,4% voor de beide geslachten gezamenlijk.⁽¹⁾

Tabel 15

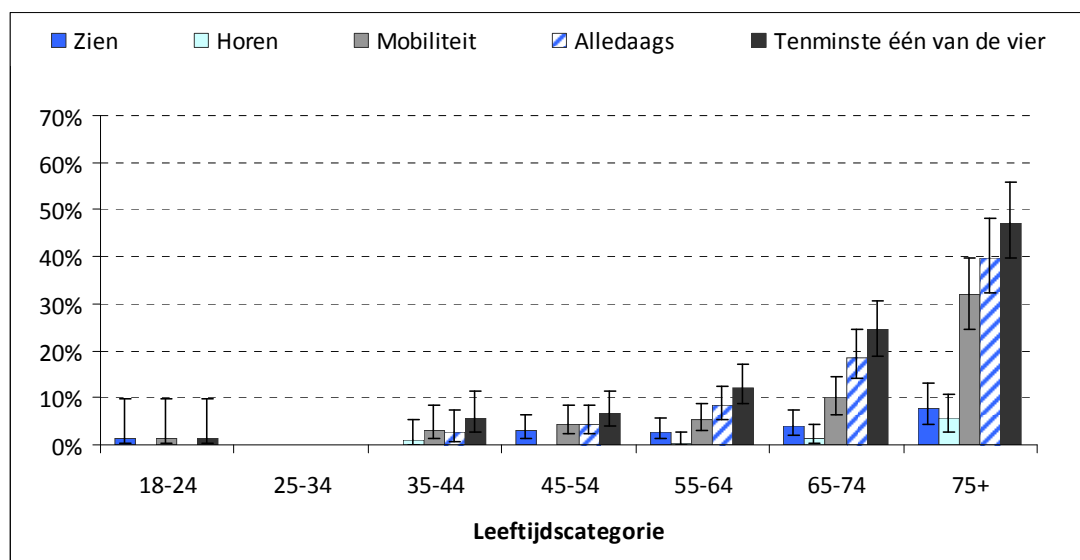
Prevalentie van ernstige functionele beperkingen, naar geslacht

	Mannen (%)	Vrouwen (%)	Totaal (%)
Zien	2,5	4,4	3,6
Horen	0,8	1,1	1,0
Mobiliteit	5,8	12,1	9,3
Alledaagse activiteiten	7,6	13,9	11,1
Tenminste één van de vier	11,0	19,0	15,4

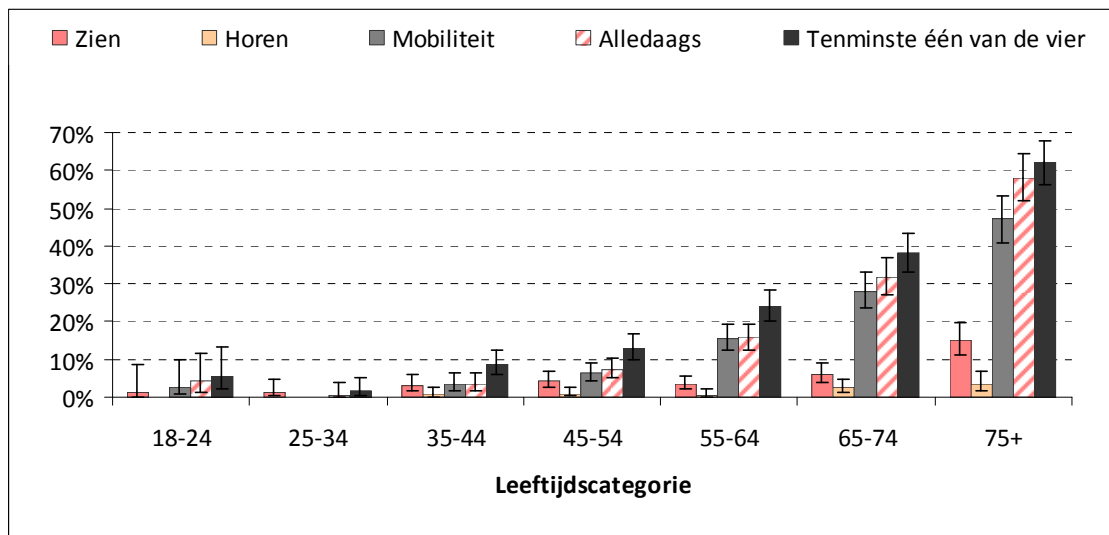
ERNSTIGE BEPERKINGEN NEMEN STERK TOE MET DE LEEFTIJD

Figuur 18 (mannen) en figuur 19 (vrouwen) tonen de prevalenties van ernstige functionele beperkingen naar leeftijd voor mannen en vrouwen. Hieruit wordt duidelijk dat voor beide geslachten de prevalentie van ernstige beperkingen sterk toeneemt naarmate de personen ouder worden.

Uit de figuren blijkt ook dat ernstige beperkingen op de gebieden van zien en horen bij beide geslachten evenveel voorkomen indien wordt gecorrigeerd voor leeftijd. Ernstige beperkingen op de gebieden van mobiliteit en dagelijkse activiteiten blijken significant verschillend te zijn tussen vrouwen en mannen van 55 jaar en ouder.



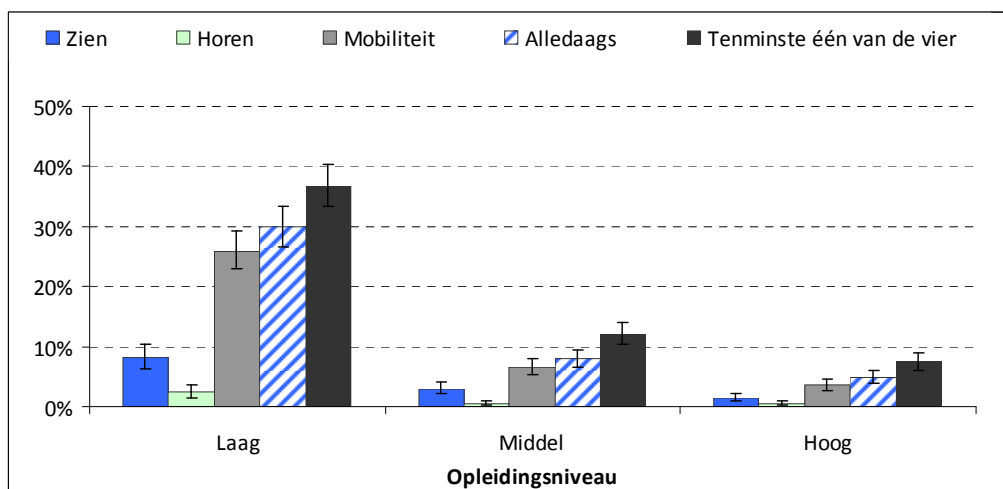
Figuur 18. Percentage mannen met ernstige beperkingen in het uitvoeren van basisactiviteiten, naar leeftijd (n=1.320)



Figuur 19. Percentage vrouwen met ernstige beperkingen in het uitvoeren van basisactiviteiten, naar leeftijd (n=1.680)

MEER BEPERKINGEN ONDER LAAGOPGELEIDEN

Tussen het opleidingsniveau en het hebben van ernstige beperkingen bestaat een duidelijke relatie. Voor beide geslachten geldt, hoe lager het opleidingsniveau, hoe meer personen functionele beperkingen rapporteren (figuur 20). De prevalentie van één of meerdere ernstige beperkingen onder personen met een laag opleidingsniveau (36,8%) is significant hoger dan onder personen met een middelbaar (12,1%) en hoog opleidingsniveau (7,4%).



Figuur 20. Percentage met ernstige beperkingen in het uitvoeren van basisactiviteiten, naar opleiding

6. GEESTELIJKE GEZONDHEID

6.1 INLEIDING

De geestelijke of psychische gezondheid maakt samen met de lichamelijke gezondheid een integraal onderdeel uit van de gezondheidstoestand en de kwaliteit van leven van een persoon. Een goede geestelijke gezondheid is meer dan alleen de afwezigheid van psychische klachten. Door de WHO is een goede geestelijke gezondheid gedefinieerd als een staat waarin ieder persoon zijn potentieel kan realiseren, kan omgaan met moeilijke momenten en op een productieve manier een bijdrage kan leveren aan de maatschappij.⁽⁶⁸⁾

Psychische klachten, en in ernstige gevallen psychische stoornissen, hebben een directe invloed op de lichamelijke gezondheid. Depressie heeft bijvoorbeeld een verhoogde kans op kanker en hartziekten tot gevolg.^(69; 70) Personen met psychische klachten tonen daarnaast vaker gedrag dat schadelijk is voor hun gezondheid, zoals overmatig gebruik van alcohol⁽⁷¹⁾ en drugs,⁽⁷²⁾ dan personen zonder psychische klachten. Een slechte geestelijke gezondheid is ook de grootste risicofactor voor zelfdoding, waaraan wereldwijd jaarlijks één miljoen personen overlijden.⁽⁷³⁾

6.2 METHODE EN DEFINITIES

Voor de beoordeling van de geestelijke of psychische gezondheid is gebruik gemaakt van een aangepaste versie van de RAND Short Form-36.⁽⁷⁴⁾ Deze vragenlijst wordt vaak gebruikt om de geestelijke gezondheidstoestand onder de bevolking te meten. De aangepaste versie is overgenomen van de EHIS.⁽⁶⁾ Dit instrument is niet geschikt om psychische problemen te diagnosticeren, maar het geeft een algemene indicatie over de beleving van de geestelijke gezondheidstoestand door de respondenten.

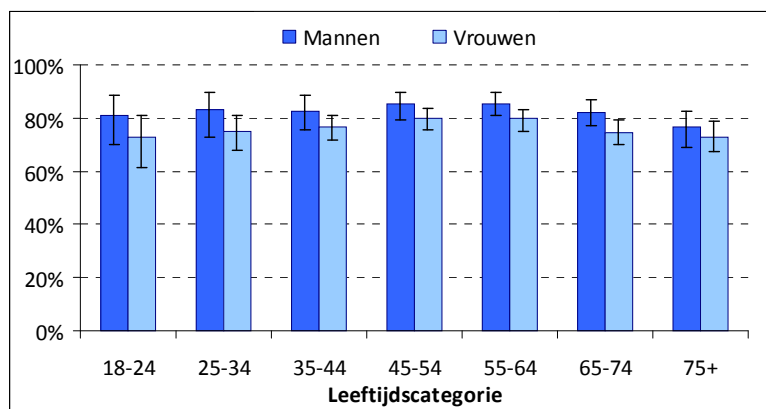
De indicatoren voor geluk/levenslust, psychische klachten en vitaliteit zijn bepaald conform de ECHIM.⁽⁴⁴⁾ Voor zowel psychische klachten en vitaliteit is per respondent een totaalscore berekend. Een persoon wordt in de categorie psychische klachten opgenomen als de totaalscore 60 of minder bedraagt. Personen die hoger scoren dan 60 geven aan zich vaker vredig, kalm en gelukkig te voelen in de afgelopen vier weken.⁽⁷⁵⁾ Vitaliteit wordt gezien als een maat voor energie en veerkracht. Een persoon wordt in de categorie lage vitaliteit opgenomen als de totaalscore 62 of minder bedraagt. Personen die hoger scoren dan 62 geven aan zich vaker energiek en levenslustig te voelen in de afgelopen vier weken.⁽⁷⁵⁾ De indicatoren voor de positieve en negatieve beleving van de eigen geestelijke gezondheid en de prestatie op het werk zijn bepaald door middel van frequentieanalyse.

6.3 RESULTATEN GEESTELIJKE GEZONDHEID

ACHT OP DE TIEN VOLWASSENEN VOELT ZICH GELUKKIG EN LEVENSLUSTIG

Acht op de tien (79,5%) volwassenen geeft aan zich gelukkig en levenslustig te voelen. Dit komt overeen met 92.869 inwoners van 18 jaar en ouder. Zeventien procent (17,4%) geeft aan zich enigszins gelukkig en levenslustig te voelen en 3,1% voelt zich enigszins ongelukkig tot zo ongelukkig dat het leven geen zin meer heeft. Deze laatste groep komt overeen met 3.563 personen van 18 jaar en ouder.

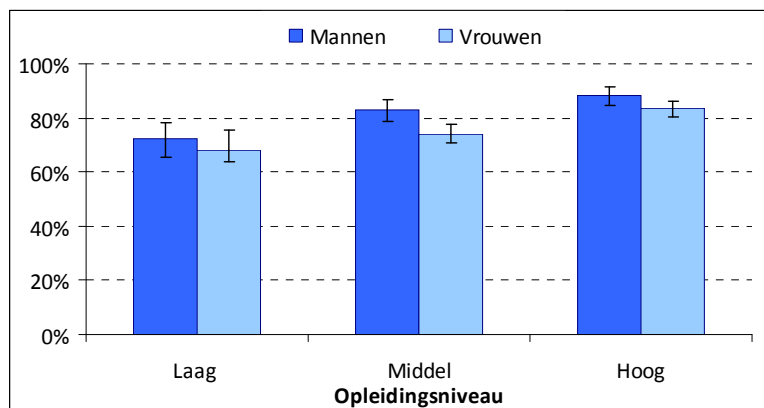
Uit figuur 21 blijkt dat het verschil in de beleving van geluk en levenslust tussen mannen en vrouwen niet significant is. Dit geldt voor alle leeftijdscategorieën. Daarnaast valt het op dat het ervaren van geluk en levenslust nagenoeg gelijk blijft over de verschillende leeftijdscategorieën.



Figuur 21. Percentage dat zich beschrijft als gelukkig en levenslustig, naar geslacht en leeftijd

HOOGOPGELEIDEN BESCHRIJVEN ZICHTZELF VAKER ALS GELUKKIG EN LEVENSLUSTIG

Het ervaren van geluk en levenslustigheid is significant hoger bij de hoogopgeleiden in vergelijking met de laagopgeleiden (figuur 22). Dit geldt zowel bij de mannen als bij de vrouwen. Bij de mannen varieert het percentage van 72,4% bij de laagopgeleiden tot 88,5% bij de hoogopgeleiden. Bij vrouwen zijn deze percentages 68,2% en 83,5%.



Figuur 22. Percentage dat zich beschrijft als gelukkig en levenslustig, naar opleiding en geslacht

DE VOLWASSEN BEVOLKING VOELT ZICH MEER POSITIEF DAN NEGATIEF

Uit tabel 16 blijkt dat gemiddeld 84,3% van de volwassenen (variërend van 79,9% tot 87,8%) aangeeft dat zij hun geestelijke of psychische gezondheid gedurende de afgelopen vier weken als positief hebben ervaren. Daarnaast blijkt dat gemiddeld 4,0% van de volwassenen (variërend van 2,9% tot 6,4%) aangeeft dat zij hun geestelijke of psychische gezondheid gedurende de afgelopen vier weken als minder positief of negatief hebben ervaren. Mannen ervaren hun geestelijke gezondheid significant positiever dan vrouwen. Daarnaast zeggen mannen ook significant minder vaak negatieve gevoelens te ervaren.

Tabel 16

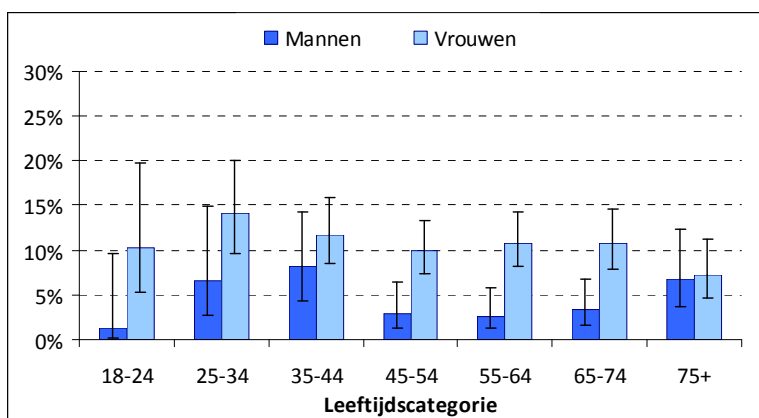
Beleving van de geestelijke gezondheid in de afgelopen vier weken (de gehele tijd of het merendeel van de tijd), naar geslacht

	Mannen (%)	Vrouwen (%)	Totaal (%)
Hoe vaak in de afgelopen vier weken voelde u zich... (positieve beleving)			
Levenslustig	87,7	81,8	84,0
Kalm en rustig	88,9	82,5	85,3
Vol energie	86,8	74,5	79,9
Gelukkig	90,9	85,4	87,8
Hoe vaak in de afgelopen vier weken voelde u zich... (negatieve beleving)			
Zenuwachtig	2,5	5,7	4,3
Zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken	1,9	3,7	2,9
Neerslachtig en somber	1,9	4,5	3,4
Helemaal uitgeput	1,9	3,7	2,9
Moe	3,3	8,9	6,4

ACHT PROCENT VAN DE VOLWASSENEN HEEFT PSYCHISCHE KLACHTEN

Onder psychische klachten wordt verstaan het last hebben van zenuwachtigheid, in de put zitten, neerslachtigheid en somberheid en het verminderd ervaren van kalmte, rust en geluk.

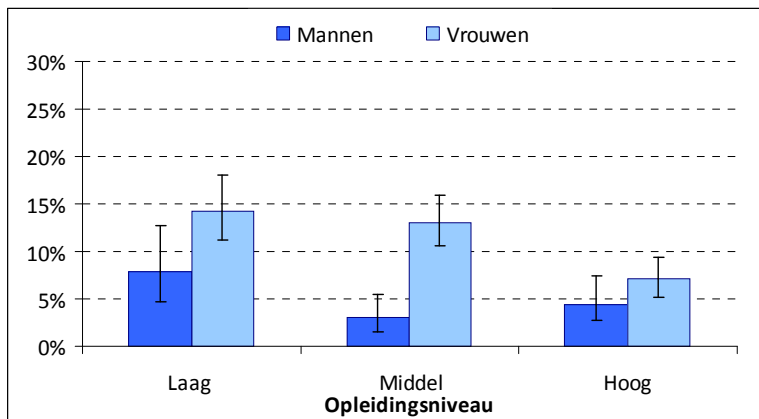
Acht procent (8,1%) van de volwassen bevolking geeft aan psychische klachten te ervaren. Deze komen gemiddeld meer voor in de leeftijdscategorieën van 25 t/m 44 jaar. Psychische klachten komen bij vrouwen (10,9%) gemiddeld 2,5 keer meer voor dan bij mannen (4,4%). Figuur 23 toont dat in de leeftijdscategorieën tussen 45 t/m 74 jaar het verschil tussen beide geslachten significant is.



Figuur 23. Percentage met psychische klachten, naar geslacht en leeftijd

PSYCHISCHE KLACHTEN HET VAAKST ONDER LAAGOPGELEIDE VROUWEN

In Nederland rapporteren laag opgeleiden vaker psychische klachten dan personen met een hoge opleiding.⁽⁷⁶⁾ In Curaçao blijkt dit alleen voor vrouwen het geval te zijn (figuur 24). Bij vrouwen is het percentage laag (14,3%) en middelbaar opgeleiden (13,0%) met psychische klachten significant hoger dan bij hoog opgeleiden (7,1%). Bij mannen blijkt opleidingsniveau geen rol te spelen in de mate van voorkomen van psychische klachten.

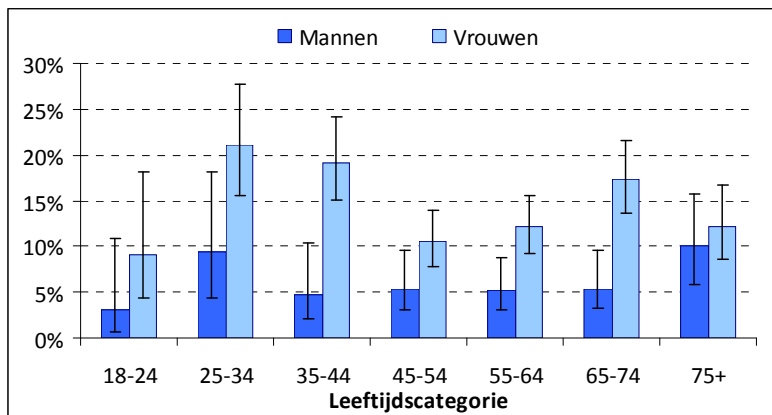


Figuur 24. Percentage met psychische klachten, naar geslacht en opleiding

ÉÉN OP DE NEGEN VOLWASSENEN HEEFT EEN LAGE VITALITEIT

Onder een lage vitaliteit wordt verstaan een verminderde levenslust en energie, uitgeput zijn en last hebben van moeheid. Elf procent (10,7%) van de volwassenen geeft aan een lage vitaliteit te ervaren. Dit komt overeen met 12.493 personen. Lage vitaliteit komt, evenals psychische klachten, 2,5 keer vaker voor bij vrouwen dan bij mannen.

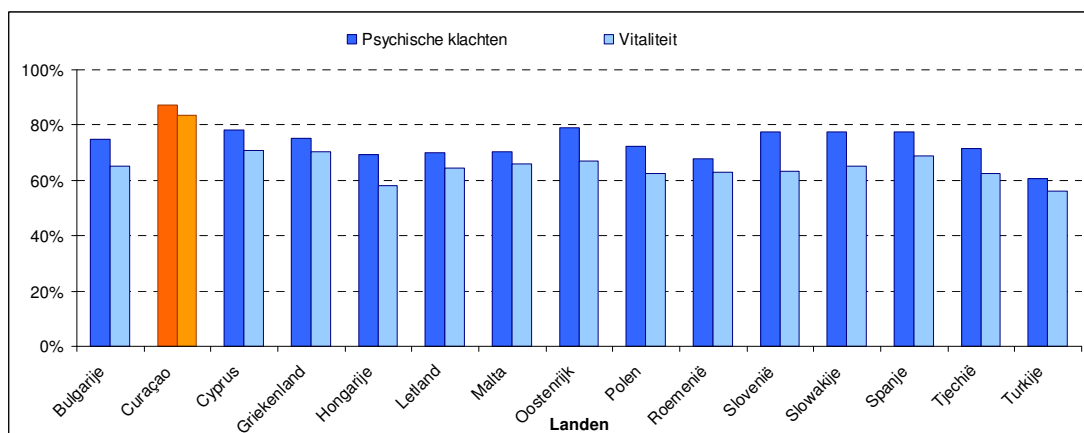
Figuur 25 laat zien dat het percentage vrouwen met een lage vitaliteit het hoogst is onder de 25 t/m 35 jarigen, namelijk 21,0%. Voor mannen is dit in de leeftijdscategorie 75-plussers, 10,1% van hen rapporteert een lage vitaliteit. Figuur 25 laat verder zien dat de mate waarin een lage vitaliteit voorkomt verschillend is onder mannen en vrouwen. Het percentage vrouwen dat een lage vitaliteit rapporteert in de leeftijdscategorieën van 35 t/m 44 jaar, 55 t/m 64 jaar en 65 t/m 75 jaar is significant hoger dan het percentage mannen dat een lage vitaliteit rapporteert in eenzelfde leeftijdscategorie. Geen significante relatie wordt gevonden tussen vitaliteit en opleidingsniveau.



Figuur 25. Percentage met een lage vitaliteit, naar geslacht en leeftijd

DE GEMIDDELDE CURAÇAOSE VOLWASSENE HEEFT MINDER PSYCHISCHE KLACHTEN EN MEER VITALITEIT VERGELEKEN MET ANDERE LANDEN

Figuur 26 geeft de gemiddelde scores voor psychische klachten en vitaliteit weer van Curaçao en andere landen. Hieruit blijkt dat Curaçao, in vergelijking met 14 andere landen, bij benadering het hoogst scoort. Hoe hoger de score voor de indicator psychische klachten, hoe vaker personen aangegeven hebben zich vredig, kalm en gelukkig te voelen in de afgelopen vier weken. Een hoge score voor de indicator vitaliteit geeft aan dat personen vaker gerapporteerd hebben zich energiek en levenslustig te voelen in de afgelopen vier weken.



Fig

uur 26. Percentage met zelfgerapporteerde psychische klachten en vitaliteit per land

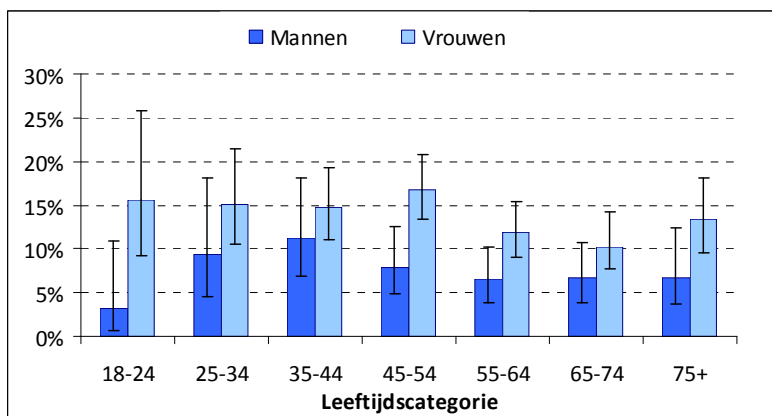
A) Prevalenties van de Europese landen, komen uit de EHIS, 2008-2009. Data beschikbaar via Eurostat. ⁽¹⁰⁾

Betreft respondenten van 15 jaar en ouder.

EMOTIONELE STRESS OF PROBLEMEN LAAT 11,3% VAN DE VOLWASSENEN MINDER PRESTEREN IN HUN WERK IN DE AFGELOPEN VIER WEKEN

Van de volwassen bevolking heeft 11,3% als gevolg van emotionele stress of problemen in de afgelopen vier weken minder gepresteerd op hun werk of tijdens andere dagelijkse activiteiten dan ze hadden gewild. Dit komt overeen met 13.198 volwassenen. Daarnaast zegt 9,8% hun werk of andere dagelijkse activiteiten minder accuraat te hebben uitgevoerd ten gevolge van emotionele stress of problemen.

Figuur 27 toont de percentages personen die zeggen in de afgelopen vier weken een mindere werkprestatie te hebben geleverd door emotionele stress en problemen. De figuur laat zien dat vrouwen in alle leeftijdscategorieën een mindere werkprestatie zeggen te hebben geleverd door hun geestelijke gezondheidstoestand dan mannen. Dit verschil is echter alleen in de leeftijdscategorie van 45 t/m 54 jaar significant.



Figuur 27. Percentage dat in de afgelopen vier weken op het werk of bij andere dagelijkse activiteiten minder presteerde dan gewild door emotionele stress of problemen, naar geslacht en leeftijd

Determinanten van gezondheid

Onder determinanten van gezondheid worden alle factoren verstaan die de gezondheid van de bevolking kunnen beïnvloeden. Dit zijn persoonsgebonden factoren zoals het lichaamsgewicht, leefstijlfactoren zoals lichaamsbeweging en overmatig alcoholgebruik en omgevingsfactoren zoals de woonomgeving. In de volgende hoofdstukken zijn de determinanten beschreven die een grote invloed op ziekte en gezondheid van de bevolking hebben.

7. OVERGEWICHT

7.1 INLEIDING

Onder overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas) wordt verstaan abnormale of buitensporige ophopingen van vet die de gezondheid kunnen beïnvloeden.⁽⁷⁶⁾ De 'Body Mass Index' (BMI) is de meest gebruikte manier om te bepalen of sprake is van overgewicht, normaal gewicht, of ondergewicht. Bij de interpretatie van de BMI op individueel niveau wordt echter geen rekening gehouden met lichaamsbouw, zoals de verhouding vet-, bot- en spierweefsel. Daarnaast wordt ook geen rekening gehouden met risicofactoren die door overgewicht toenemen, zoals hoge bloeddruk en hoog cholesterol. Op individueel niveau moet BMI dan ook worden gezien als een ruwe indicator voor overgewicht, omdat het niet correspondeert met hetzelfde percentage vetweefsel tussen verschillende personen. Desalniettemin is de BMI op internationaal niveau de meest gebruikte indicator voor overgewicht. Epidemiologische studies tonen aan dat bij een BMI-waarde van ≥ 25 kg/m² de kans op ziekten en overlijden toeneemt.⁽⁷⁶⁾

Aangezien BMI geen rekening houdt met de vetverhouding is de middelomtrek, die een goede indicatie geeft voor de hoeveelheid opgeslagen abdominaal vetweefsel (buikvet), gemeten. Bij een verhoogde middelomtrek is sprake van abdominale obesitas, welke zichtbaar is als vetophoping in de buik. Abdominale obesitas is een sterkere risicofactor voor metabole complicaties ten gevolge van overgewicht zoals hoge bloeddruk, diabetes en stoornissen in de bloedstolling, dan BMI.⁽⁷⁷⁾

7.2 METHODE EN DEFINITIES

Voor de berekening van de BMI is door de interviewer gevraagd naar de lengte zonder schoenen (in centimeters) en het gewicht zonder kleren of schoenen (in kilogram). De BMI is per respondent berekend met behulp van de volgende formule:⁽⁴⁴⁾

$$BMI = \frac{\text{Gewicht (kg)}}{\text{Lengte (m)}^2}$$

Vervolgens zijn de waarden geclassificeerd volgens tabel 17.

Tabel 17

Classificatie BMI in de NGE 2013

BMI categorie	BMI waarde
Ondergewicht	<18,5 kg/m ²
Normaal	≥18,5 – <25,0 kg/m ²
Overgewicht	≥25,0 – <30,0 kg/m ²
Obesitas	≥30,0 kg/m ²

BMI = Body Mass Index;

NGE = Nationale Gezondheidsenquête

Tijdens de fysieke metingen is lengte in centimeters en het gewicht in kilogrammen gemeten. Hieruit is de BMI berekend volgens de voorgenoemde methode. De middelomtrek is gemeten tussen de bovenkant van het bekken en de onderkant van de onderste rib. Voor de classificatie van de middelomtrek wordt de onderverdeling van de EHES aangehouden⁽²³⁾, zoals weergegeven in tabel 18. Voor mannen en vrouwen gelden andere normwaarden.

Tabel 18

Classificatie middelomtrek in de NGE 2013

Categorie	Middelomtrek waarde	
	Vrouwen	Mannen
Normaal	<80 cm	<94 cm
Pre-obesitas	80-87 cm	94-101 cm
Abdominaal obesitas	≥88 cm	≥102 cm

NGE = Nationale Gezondheidsenquête

7.3 RESULTATEN OVERGEWICHT

DE GEMIDDELDE VOLWASSENE HEEFT OVERGEWICHT

De gemiddelde zelfgerapporteerde BMI-waarde voor de volwassen bevolking bedraagt 27,8 kg/m². Deze waarde wordt geclassificeerd als overgewicht. Dit gemiddelde ligt significant hoger bij vrouwen (28,4 kg/m²) dan bij mannen (27,2 kg/m²).

OVERGEWICHT KOMT HET MEESTE VOOR BIJ MANNEN EN OBESITAS BIJ VROUWEN

De zelfgerapporteerde prevalenties geven aan dat mannen (39,3%) significant vaker overgewicht hebben dan vrouwen (34,7%). Het omgekeerde is het geval voor obesitas, significant meer vrouwen (32,6%) zijn obees dan mannen (23,3%). In totaal heeft 62,6% van de mannen en 67,3% van de vrouwen overgewicht of obesitas. Dit komt overeen met 32.148 mannen en 43.941 vrouwen van 18 jaar en ouder.

Significant meer mannen (35,6%) dan vrouwen (30,8%) hebben een BMI in de categorie ‘normaal’. Dit komt overeen met 18.282 mannen en 20.140 vrouwen van 18 jaar en ouder. Het percentage ondergewicht ligt voor mannen en vrouwen nagenoeg gelijk, 1,7% en 2,0% respectievelijk.

Tabel 19 toont de prevalenties van overgewicht en obesitas naar geslacht en leeftijd. Bij mannen en vrouwen is het percentage overgewicht en obesitas procentueel het laagst in de leeftijdscategorie 18 t/m 24 jaar. In tegenstelling tot Nederland, waar laag opgeleiden vaker obesitas hebben dan hoog opgeleiden,⁽⁷⁸⁾ wordt in Curaçao voor de prevalentie van obesitas geen significante relatie gevonden tussen de BMI-waarde en het opleidingsniveau.

Tabel 19

Percentage overgewicht en obesitas, naar geslacht en leeftijd (n=2.406)

Leeftijdscategorie (jaren)	Mannen (%)		Vrouwen (%)		Totaal (%)	
	Overgewicht ≥ 25 - <30 kg/m ²	Obesitas ≥ 30 kg/m ²	Overgewicht ≥ 25 - <30 kg/m ²	Obesitas ≥ 30 kg/m ²	Overgewicht ≥ 25 - <30 kg/m ²	Obesitas ≥ 30 kg/m ²
18-24	16,2	10,8	21,4	34,0	18,7	22,0
25-34	40,7	27,2	34,2	25,7	37,0	26,3
35-44	41,5	28,3	35,0	36,3	38,1	32,5
45-54	37,4	28,5	36,7	35,4	37,0	32,3
55-64	45,2	21,6	38,5	33,1	41,6	27,7
65-74	47,2	20,0	35,9	32,4	41,2	26,6
75+	41,2	11,7	30,7	25,0	35,1	19,6
Alle leeftijden	39,3	23,3	34,7	32,6	36,8	28,3

BMI-BEPALING EN METING MIDDELOMTREK TIJDENS DE FYSIEKE METINGEN

De lengte en het gewicht zijn tijdens de fysieke meting bepaald. Vervolgens is de BMI volgens de methode zoals beschreven in paragraaf 7.2 berekend. Naast lengte en gewicht is ook de middelomtrek, als een maat voor abdominale obesitas, bepaald tijdens de fysieke metingen zoals beschreven in paragraaf 7.2. Deze indicator geeft het risico op cardiovasculaire complicaties beter aan dan de BMI.⁽⁷⁷⁾

FYSIEKE METINGEN TONEN DAT 67,7% VAN DE VOLWASSENEN OVERGEWICHT HEEFT

De gemiddelde berekende BMI-waarde voor de volwassen bevolking bedraagt 28,1 kg/m². Deze waarde wordt geclassificeerd als overgewicht. Dit gemiddelde ligt hoger bij vrouwen (28,3 kg/m²) dan bij mannen (27,6 kg/m²). In de CHS 1993/1994 was de gemiddelde BMI 26,0 kg/m² voor mannen en 28,3 kg/m² voor vrouwen. Voor beiden geslachten was de gemiddelde BMI-waarde 27,3.

Tabel 20 toont de percentages voor de verschillende BMI-categorieën volgens de EHES-classificatie naar geslacht. Tijdens de fysieke metingen is bij 67,7% van de volwassenen, op basis van de gemeten lengte en gewicht, een BMI van 25 kg/m² of meer berekend. Bij 35,7% van de volwassenen is sprake van overgewicht, terwijl bij 32,0% sprake is van obesitas. In de CHS 1993/1994 was de prevalentie van obesitas 27,4%.⁽⁸⁰⁾ Ondergewicht en een normale BMI-waarde komen voor bij respectievelijk 2,6% en 29,7% van de personen.

Tabel 20

Classificatie BMI en percentage per BMI categorie gemeten tijdens de fysieke metingen, naar geslacht (n=401)

BMI categorie	BMI waarden	Mannen (%)	Vrouwen (%)	Totaal (%)
Ondergewicht	<18,5 kg/m ²	1,7	4,0	2,6
Normaal	≥18,5 – <25,0 kg/m ²	28,4	29,4	29,7
Overgewicht	≥25,0 – <30,0 kg/m ²	44,5	29,0	35,7
Obesitas	≥30,0 kg/m ²	25,4	37,5	32,0

BMI = Body Mass Index

De fysieke metingen laten zien dat, in overeenstemming met de zelfgerapporteerde BMI-waarden, meer mannen (44,5%) overgewicht hebben dan vrouwen (29,0%). Bij obesitas is het omgekeerde het geval; meer vrouwen (37,5%) zijn obees dan mannen (25,4%). Eenzelfde patroon, dat overgewicht meer onder mannen voorkomt en obesitas meer onder vrouwen, wordt ook in de CHS 1993/1994 en in Nederland gezien.^(81; 82)

In 1993/1994 bedroeg de prevalentie van overgewicht, gebaseerd op de gemeten lengte en gewicht, 37,3% voor mannen en 31,8% voor vrouwen. Voor obesitas waren deze percentages 18,7% voor mannen en 36,2% voor vrouwen.⁽⁸²⁾ Hieruit blijkt dat, voor zover vergelijkbaar, de prevalentie van overgewicht en obesitas voor mannen is gestegen, terwijl dit voor vrouwen relatief constant is gebleven.

Van de personen die zowel aan de gezondheidsenquête als aan de fysieke metingen hebben deelgenomen categoriseert tussen de 62,5% en 89,5% zichzelf tijdens het interview in dezelfde klasse van BMI die berekend is tijdens de fysieke metingen (tabel 21). Uit tabel 21 blijkt ook dat een minderheid, variërend van 2,3% tot 34,4%, zijn lengte en/of gewicht niet goed kende tijdens de NGE 2013, waardoor de BMI die berekend is volgens de gezondheidsenquête niet overeenkomt met de daadwerkelijke BMI die berekend is op basis van de gemeten lengte en gewicht tijdens de fysieke metingen.

Tabel 21

Percentage personen met BMI berekend op basis van de interviews ten opzichte van BMI berekend op basis van de fysieke metingen (n=401)

Interviews: berekend BMI	Fysieke metingen: percentage (%) berekend BMI			
	Ondergewicht <18,5 kg/m ²	Normaal ≥18,5-<25 kg/m ²	Overgewicht ≥25-<30 kg/m ²	Obesitas ≥30 kg/m ²
Ondergewicht	78,7	21,3	0	0
Normaal	2,3	62,5	34,4	0,8
Overgewicht	0	12,4	62,6	25,0
Obesitas	0	0	10,5	89,5

BMI = Body Mass Index

METING VAN DE MIDDELOMTREK TOONT DAT 53,1% VAN DE VOLWASSENEN ABDOMINAAL OBESITAS HEEFT

Abdominale obesitas komt voor bij 53,1% van de volwassen bevolking. Significant meer vrouwen (65,3%) dan mannen (37,7%) zijn abdominaal obees. Tabel 22 geeft een overzicht van de percentages voor de verschillende categorieën middelomtrek.

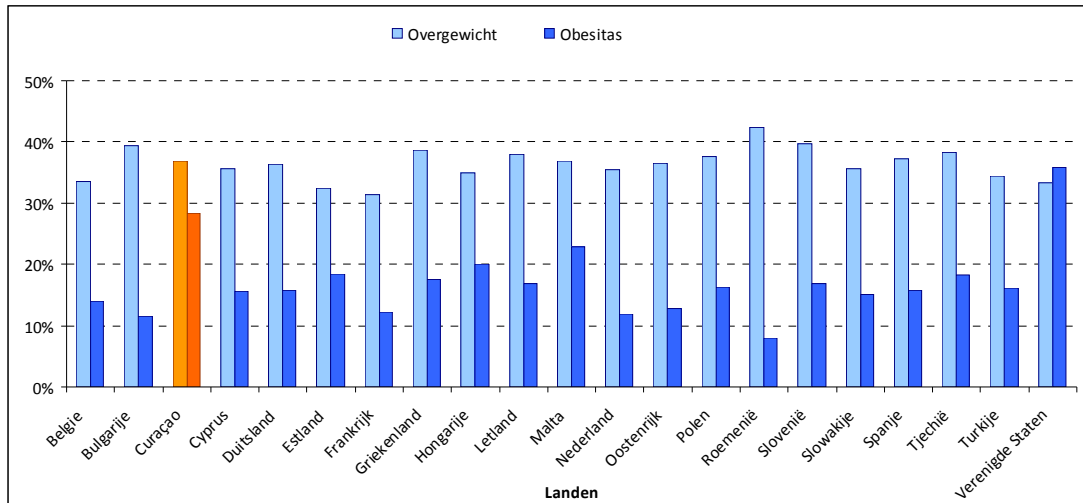
Tabel 22

Classificatie middelomtrek en percentage per middelomtrek categorie gemeten tijdens de fysieke metingen, naar geslacht (n=401)

Categorie	Middelomtrek waarde		Mannen (%)	Vrouwen (%)	Totaal (%)
	Mannen	Vrouwen			
Normaal	<80 cm	<94 cm	38,9	14,5	25,3
Pre-obees	80-87 cm	94-101 cm	23,4	20,3	21,6
Abdominaal obees	≥88 cm	≥102 cm	37,7	65,3	53,1

IN VERGELIJKING MET ANDERE LANDEN IS DE PREVALENTIE VAN OBESITAS IN CURAÇAO RELATIEF HOOG

Figuur 28 geeft de zelfgerapporteerde prevalentie van overgewicht en obesitas weer van verschillende landen. Hieruit blijkt dat de prevalentie van overgewicht in Curaçao ongeveer vergelijkbaar is met de andere 20 landen. De prevalentie van obesitas in Curaçao is echter, na de Verenigde Staten, het hoogste.



Figuur 28. Zelfgerapporteerde prevalentie overgewicht en obesitas per land

A) Prevalenties van de Europese landen, m.u.v. Nederland, komen uit de EHIS, 2008-2009. Data beschikbaar via Eurostat. ⁽¹⁰⁾ Betreft respondenten van 15 jaar en ouder. B) Nederlandse prevalenties beschikbaar via CBS Statline 2011. ⁽³⁰⁾ Betreft respondenten van 12 jaar en ouder. C) Prevalenties van de Verenigde Staten komen van CDC, fact sheet Overweight and Obesity. ⁽⁸³⁾ Betreft respondenten van 18 jaar en ouder.

8. LICHAAMSBEWEGING

8.1 INLEIDING

Veel onderzoeken tonen de gunstige effecten aan van regelmatige lichaamsbeweging op de gezondheid: het vermindert de kans op cardiovasculaire aandoeningen, diabetes en depressie en bepaalde vormen van darmkanker.⁽⁸⁴⁾ Regelmatige lichaamsbeweging leidt ook tot een toename van de arbeidsproductiviteit doordat werknemers die voldoende bewegen minder ziektedagen opnemen.⁽⁸⁵⁾

8.2 METHODE EN DEFINITIES

Ter beoordeling van de hoeveelheid intensieve lichaamsbeweging is door de interviewer gevraagd op hoeveel van de afgelopen zeven dagen minstens 10 minuten aan intensieve lichaamsbeweging, zoals joggen, fitness, en tennissen, is besteed. Vervolgens is dezelfde vraag gesteld voor lichte vormen van lichaamsbeweging, zoals wandelen, stretchen en licht zwemmen. Tot slot is aan de personen die de afgelopen week inactief waren gevraagd wat de reden hiervoor was, waarbij gekozen kon worden uit verschillende opties.

Het aantal normen en richtlijnen voor indicatoren op het gebied van lichamelijke activiteit is omvangrijk. Bovendien zijn deze normen en richtlijnen nog volop in ontwikkeling en worden ze regelmatig geactualiseerd. Dit is tevens het geval voor de gezondheidsindicator 'lichamelijke activiteit' van de ECHIM.⁽⁴⁴⁾ Om deze redenen worden in deze paragraaf geen internationale normwaarden gebruikt. Ook Nederland heeft verschillende normen en richtlijnen voor lichamelijke (in)activiteit, zoals de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, de fitnorm, de combinorm, de norm voor lichamelijke inactiviteit, voor sedentair gedrag en de Richtlijn Sportdeelname Onderzoek.⁽⁸⁶⁾ Het gebruik van verschillende normen en richtlijnen zorgt ervoor dat de resultaten van verschillende onderzoeken op het gebied van lichamelijke activiteit moeilijk te vergelijken zijn.

8.3 RESULTATEN LICHAAMSBEWEGING

BIJNA DE HELFT VAN DE VOLWASSENEN HEEFT NIET AAN LICHAAMSBEWEGING GEDAAN IN DE 7 DAGEN VOOR HET INTERVIEW

Van de volwassenen hebben 47,0% niet aan lichaamsbeweging gedaan in de 7 dagen voorafgaande aan het interview. Procentueel is het aantal inactieven in Curaçao hoger dan in Nederland, waar in 2011 10% van de personen van 18 jaar en ouder geen enkele dag aan lichaamsbeweging heeft gedaan.⁽⁸⁶⁾ Van de 53,0% volwassenen die wel aan lichaamsbeweging hebben gedaan heeft 13,7% zowel aan intensieve als aan lichte vormen van lichaamsbeweging gedaan, 11,1% heeft uitsluitend aan intensieve vormen van lichaamsbeweging gedaan en 28,2% uitsluitend aan lichte vormen. Mannen hebben significant vaker één of meerdere dagen minimaal 10 minuten aan lichaamsbeweging gedaan (60,1%) dan vrouwen (39,9%).

Tabel 23 toont het percentage volwassenen naar de mate van lichaamsbeweging in de 7 dagen voorafgaande aan het interview naar leeftijd. Hieruit blijkt dat meer dan de helft van de 25 t/m 34 jarigen en 75-plussers geen enkele dag minimaal 10 minuten heeft bewogen.

Tabel 23

Percentage mate van lichaamsbeweging in de afgelopen 7 dagen, naar leeftijd

Leeftijdscategorie (jaren)	Lichaamsbeweging in de afgelopen 7 dagen, voor zowel intensieve en/of lichte vormen	
	Actief (%) (1 of meerdere dagen minimaal 10 minuten)	Inactief (%) (geen enkele dag minimaal 10 minuten)
18-24	58,8	41,2
25-34	49,0	51,0
35-44	55,5	44,5
45-54	53,1	46,9
55-64	57,4	42,6
65-74	52,3	47,7
75+	37,6	62,4
Alle leeftijdscategorieën	53,0	47,0

LAAGOPGELEIDEN ZIJN VAKER INACTIEF DAN HOOGOPGELEIDEN

De mate van lichaamsbeweging in de 7 dagen voorafgaande aan het interview is gerelateerd aan het opleidingsniveau. Personen met een laag opleidingsniveau (59,4%) zijn significant vaker inactief geweest dan personen met een middel (48,5%) en een hoog opleidingsniveau (39,2%).

REDENEN VOOR INACTIVITEIT

Personen die de 7 dagen voor het interview inactief zijn geweest is gevraagd naar de reden voor hun inactiviteit. Dit betreft personen die inactief waren voor zowel de intensieve als de lichte vormen van lichaamsbeweging.

Het grootste percentage van de mensen die inactief zijn geweest (44,3%) geeft als reden voor hun inactiviteit aan geen tijd of energie te hebben. Daarnaast zegt 14,2% aan een blessure, handicap of ziekte te lijden, 13,0% geeft aan te lui te zijn en 12,9% zegt dat een andere reden de oorzaak is geweest voor hun inactiviteit. Voor de overige gevraagde redenen is de prevalentie kleiner dan 10%. De redenen van inactiviteit staan geïllustreerd in tabel 24.

Tabel 24

Percentage redenen voor inactiviteit in de 7 dagen voorafgaande het interview (n=1.409)

Redenen	Inactieven (%)
Ik had niet genoeg tijd of energie	44,3
Ik heb een blessure/handicap/ziekte	14,2
Ik ben gewoon te lui	13,0
Ik ben er te oud voor	6,1
Ik houd niet van lichaamsbeweging	4,0
Ik heb geen lichaamsbeweging nodig	3,8
Het kost te veel geld	1,6
Andere redenen	12,9

9. EETGEWOONTEN

9.1 INLEIDING

Voeding levert het lichaam energie, bouwstoffen en regulerende stoffen, die gezamenlijk voedingsstoffen of nutriënten worden genoemd. Nutriënten zijn nodig om nieuwe cellen te kunnen vormen en om de structuur en functie van de cellen in het lichaam te onderhouden. Nutriënten zijn bijvoorbeeld eiwitten, koolhydraten, vitaminen en vetten. Gezonde voeding bevat qua samenstelling en hoeveelheid voldoende nutriënten voor een optimale gezondheid. Een goede balans tussen de verschillende nutriënten is hierbij belangrijk.⁽⁸⁷⁾

De gunstige invloed van groente en fruit in het voedingspatroon op de gezondheid is alom bekend. Het eten van voldoende groente en fruit hangt onder andere samen met een afname van het risico op hart- en vaatziekten⁽⁸⁸⁾ en sommige vormen van kanker.⁽⁸⁹⁾

Naast gezonde voeding bestaat ook voeding die minder gezond is. Het eten van maaltijden buiten de deur kan leiden tot een verhoogd risico op obesitas en diabetes doordat de porties groter zijn en het voedsel vaak een hoge energiewaarde heeft.^(90; 91) Vooral fast food en afgehaald eten, maar ook zoete frisdranken, hebben een zeer lage voedingswaarde. De keuze voor fast food in plaats van gezonde voeding blijkt samen te hangen met het aanbod van fast food restaurants op wijkniveau.^(92; 93) Een groter aanbod leidt tot een slechter eetpatroon en verhoogde prevalentie van obesitas.

9.2 METHODE EN DEFINITIES

Ter beoordeling van de eetgewoonten is gevraagd naar de frequentie van het eten van fruit (met uitzondering van vruchtensap en ingeblikt fruit), groente of salade (met uitzondering van groentesap en aardappelen) en fast food of afgehaald eten. Ook is, indien niet dagelijks fruit en groente of salade wordt gegeten, gevraagd naar de belangrijkste reden daarvoor, waarbij de keuze was uit verschillende opties.

De indicatoren voor het eten van fruit en groente zijn berekend aan de hand van de aanbevelingen van de ECHIM.⁽⁴⁴⁾ Gekeken wordt naar het percentage van de bevolking dat dagelijks fruit of groente eet. Ook is gekeken naar:

- De meest voorkomende redenen dat niet dagelijks groente en fruit wordt gegeten.
- Het percentage van de bevolking dat minimaal vier keer per week fast food eet.

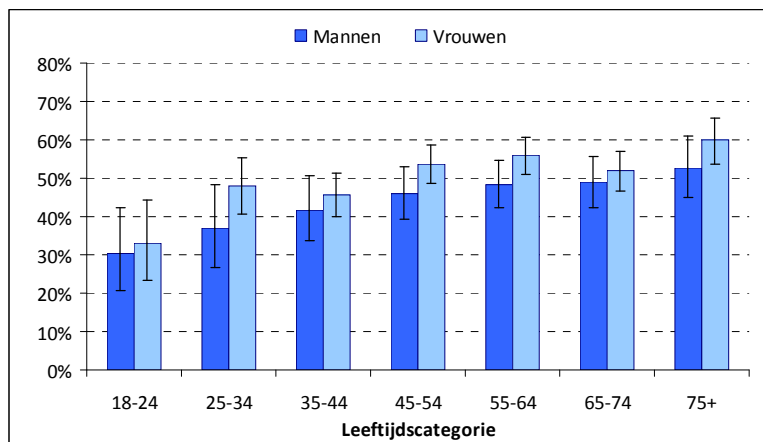
9.3 RESULTATEN EETGEWOONTEN

BIJNA 1 OP DE 2 VOLWASSENEN EET DAGELIJKS FRUIT

Van de volwassenen geeft 47,1% aan dagelijks fruit te eten. Fruitsappen en ingeblikt fruit zijn hierbij uitgezonderd. Dit percentage is nauwelijks veranderd ten opzichte van 1993/1994. Destijds gaf de helft van de bevolking aan dagelijks fruit te eten.⁽¹⁾

De overige 52,9% van de bevolking geeft aan niet dagelijks fruit te eten. Dit komt overeen met 61.692 inwoners van 18 jaar en ouder. Hiervan geeft 32,9% aan minder dan één keer per dag maar wel vier keer per week fruit te eten, 39,7% eet minder dan viermaal per week maar wel minstens één keer per week fruit, 22,7% geeft aan minder dan wekelijks fruit te eten en 4,7% eet nooit fruit. Dit laatste komt overeen met 2.899 personen.

Figuur 29 toont hoe het eten van fruit varieert met de leeftijd en het geslacht. Het patroon voor mannen en vrouwen is vergelijkbaar. Het dagelijkse eten van fruit is het laagst in de leeftijdscategorie van 18 t/m 24 jaar (30,2% voor mannen en 33,1% voor vrouwen) en stijgt gradueel naarmate de leeftijd stijgt. Vanaf de leeftijdscategorie van 45 t/m 54 jaar eet gemiddeld meer dan 50% van de volwassen bevolking dagelijks fruit.



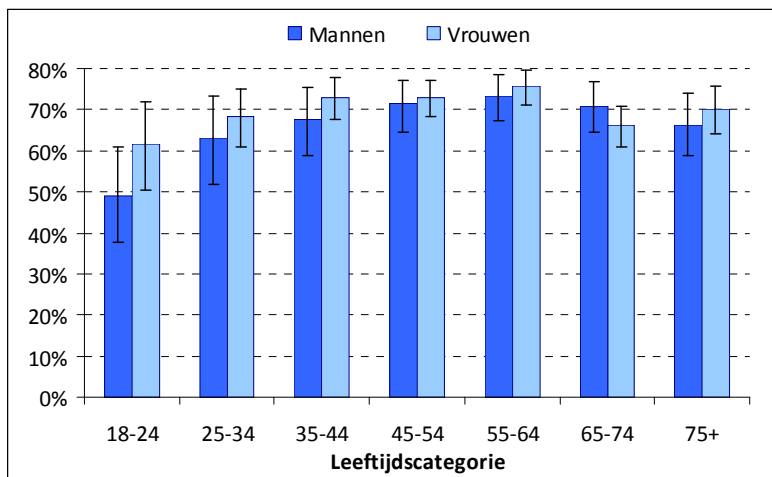
Figuur 29. Percentage dat dagelijks fruit eet (met uitzondering van vruchtensappen en ingeblikt fruit), naar geslacht en leeftijd

MEER DAN 2 OP DE 3 VOLWASSENEN EET DAGELIJKS GROENTE OF SALADE

Van de volwassenen eet 69,0% dagelijks groente of salade (hierna: groente), met uitzondering van groentesap en aardappelen. Dit komt overeen met 80.589 personen. Het percentage personen dat dagelijks groente eet ligt daarmee hoger dan het percentage dat dagelijks fruit eet (47,1%). In 1993/1994 gaf 63,1% van de bevolking aan dagelijks groente te eten.

Van de volwassen bevolking eet 31,0% niet dagelijks groente, wat overeen komt met 36.155 personen. Hiervan eet 40,6% minder dan één keer per dag maar wel minstens 4 maal per week groente, 38,2% eet minder dan viermaal per week maar wel minstens één keer per week, 16,4% minder dan wekelijks en 4,8% eet nooit groente. Dit laatste komt overeen met 1.750 personen van 18 jaar en ouder.

Figuur 30 toont de relatie tussen het dagelijks eten van groente naar leeftijd en geslacht. Tussen beide geslachten worden geen significante verschillen gevonden. Verder valt op dat het dagelijks eten van groente het minst vaak voorkomt in de leeftijdscategorie van 18 t/m 24 jaar (49,1% voor mannen en 61,7% voor vrouwen). Vanaf de leeftijdscategorie van 25 t/m 34 jarigen eet tussen de 60% en 75% van de volwassenen dagelijks groente.



Figuur 30. Percentage dat dagelijks groente eet (met uitzondering van groentesap en aardappelen), naar geslacht en leeftijd

HOOGOPGELEIDEN ETEN MEER FRUIT EN GROENTE

Tussen het opleidingsniveau en de dagelijkse consumptie van fruit en groente is een duidelijke relatie. De dagelijkse consumptie van fruit en groente neemt significant toe naarmate het opleidingsniveau hoger is. De dagelijkse consumptie van fruit varieert van 37,6% bij laagopgeleide personen tot 55,4% bij hoogopgeleide personen. De dagelijkse consumptie van groente varieert van 59,3% bij laagopgeleide personen tot 75,6% bij hoogopgeleide personen. Het gegeven dat hoogopgeleiden relatief meer fruit en groente eten dan laagopgeleiden wordt ook gevonden onder de Nederlandse bevolking.⁽⁹⁴⁾

FRUIT EN GROENTE ZIJN TE DUUR VOLGENS NIET-DAGELIJKSE ETERS

Aan personen die niet dagelijks fruit en/of groente eten is gevraagd naar de reden hiervoor (tabel 25). De meest genoemde reden is dat fruit (42,8%) en groente (38,9%) te duur zijn.

Tabel 25

Percentage redenen voor het niet dagelijks eten van fruit (n=1.583) en groente (n=929)

Redenen	Fruit (%)	Groente (%)
Fruit/groente is te duur	42,8	38,9
Ik ben er niet aan gewend om fruit/groente te eten	18,0	15,3
Ik houd niet van de smaak	7,4	11,6
Waar ik doorgaans mijn inkopen doe kan ik fruit/groente moeilijk vinden	3,6	4,1
Mijn leven is te hectisch om aan gezond eten te denken	3,5	3,4
Ik weet niet hoe ik fruit/groente moet eten/bereiden	0,2	1,3
Andere redenen	24,6	25,4

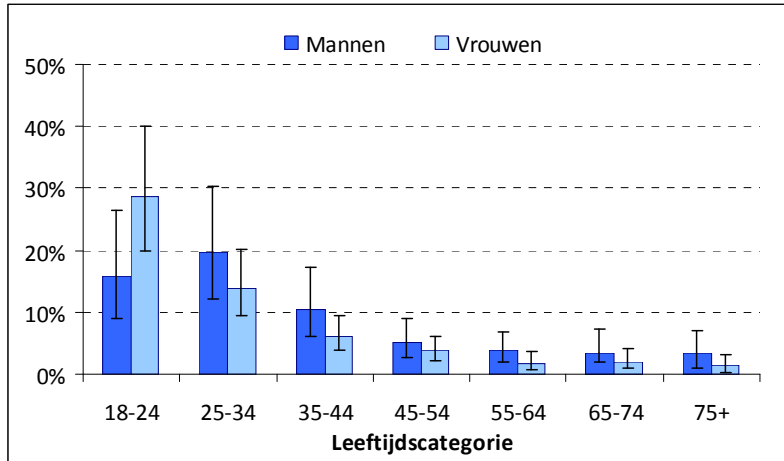
PERSONEN VAN 18 T/M 34 JAAR ETEN RELATIEF MEER FAST FOOD

Van de volwassenen geeft 23,8% aan nooit fast food te eten. De overige 76,2% geeft aan dit wel te doen. Dit komt overeen met 88.957 personen. Hiervan eet 65,7% wel fast food, maar doet dit niet wekelijks, 23,9% eet minder dan viermaal per week maar wel minstens één keer per week fast food, 7,1% eet minimaal vier keer per week maar niet dagelijks fast food en 3,3% zegt dit dagelijks te eten. Dit laatste komt overeen met 3.852 personen.

Van de volwassen bevolking geeft 8,0% aan vier keer in de week of vaker fast food te eten. In de staat Michigan, Verenigde Staten, geeft ook 8,0% van de bevolking (18 t/m 64 jaar) aan minimaal vier keer per week fast food te eten⁽⁹⁵⁾.

Figuur 31 laat het percentage personen zien dat vier keer in de week of vaker fast food eet naar leeftijd en geslacht. Voor vrouwen is dit percentage het hoogst bij de 18 t/m 24-jarigen (28,7%) en

voor mannen is dit het hoogst in de leeftijdscategorie van 25 t/m 34 jaar (19,8%). In de oudere leeftijdscategorieën daalt het percentage dat vier keer in de week of vaker fast food eet tot gemiddeld 2,2% in de oudste leeftijdsgroep (75 en ouder).



Figuur 31. Percentage dat vier keer per week of vaker fast food eet, naar geslacht en leeftijd

HET ETEN VAN FAST FOOD IS NIET GERELATEERD AAN OPLEIDINGSNIVEAU

In tegenstelling tot Nederland waar het eten van fast food significant toeneemt naarmate het opleidingsniveau lager wordt, ^(96; 97) is het eten van fast food in Curaçao niet gerelateerd aan het opleidingsniveau. Het hoogste percentage personen dat vier keer in de week of vaker fast food eet, is in de groep met een middelbare opleiding (9,6%). Voor laagopgeleiden is dit percentage 4,1% en voor hoogopgeleiden 8,3%.

10. ROKEN

10.1 INLEIDING

Van alle risicofactoren voor de gezondheid is het roken van tabak zonder meer de belangrijkste vermijdbare oorzaak van ziekte en mortaliteit in de wereld. ⁽⁹⁸⁾ Talloze studies hebben aangetoond dat roken de kans op longkanker verhoogt en, als alle soorten kanker in beschouwing worden genomen, aan de basis ligt van ongeveer één op de drie gevallen van kanker. ⁽⁹⁹⁾

Het roken van tabak speelt ook een belangrijke rol bij het ontstaan van onder andere hart- en vaatziekten, chronische ademhalingsproblemen en longemfyseem. ⁽⁹⁹⁾ Roken tijdens de zwangerschap draagt daarnaast bij tot een laag geboortegewicht en een grotere kans op wiegendood. ⁽¹⁰¹⁾

Wereldwijd wordt het aantal mensen dat jaarlijks overlijdt aan de gevolgen van roken geschat op 6 miljoen, van wie 600.000 niet-rokers die worden blootgesteld aan de tabaksrook van anderen, ook wel (passief) meeroken genoemd. ⁽¹⁰²⁾ Dat is de reden dat veel landen beleidsmatige beperkingen hebben gesteld aan het tabaksgebruik door het ophogen van accijnzen, het vermelden van de gezondheidsconsequenties op de verpakking, het verbieden van reclames en het verbieden van tabaksgebruik in openbare ruimten.

10.2 METHODE EN DEFINITIES

Respondenten zijn tijdens het interview gevraagd naar hun huidige rookgebruik, waarbij onderscheid is gemaakt tussen dagelijkse rokers, niet-dagelijkse rokers en niet-rokers. Niet-rokers zijn daarnaast gevraagd naar het voormalig tabaksgebruik. Tevens zijn vragen gesteld over de soort en hoeveelheid tabaksproducten die gebruikt worden (of werden) en de leeftijd waarop begonnen is met roken. Ook is berekend het percentage zware rokers (≥ 20 sigaretten per dag). Voor vrouwen is bepaald wat het percentage vrouwen is dat aan geeft gerookt te hebben tijdens de zwangerschap.

10.3 RESULTATEN ROKEN

ZESTIEN PROCENT (15,5%) VAN DE VOLWASSENEN ROOKT

Van de volwassenen geeft 15,5% aan te roken. Dit komt overeen met 18.133 personen. In 1993/1994 rookte 17,1% van de volwassen bevolking. ⁽¹⁾ Niet iedereen die rookt, rookt dagelijks. Van de volwassenen zegt 10,8% dagelijks te roken (alle soorten tabaksproducten). Dit is meer dan het

percentage dagelijkse rokers dat in de Census 2011 is gevonden (8,5%). Mannen zijn significant vaker dagelijkse rokers dan vrouwen (14,1% en 7,0% respectievelijk).

Aan de volwassenen die niet roken, 84,5% van de bevolking, is gevraagd of ze ooit gedurende één jaar of langer hebben gerookt. Van de huidige niet-rokers geeft 17,4% aan dat ze vroeger hebben gerookt.

SIGARETTEN WORDEN HET MEEST GEROOKT

Van de huidige rokers geeft 79,4% aan sigaretten te roken. Shag wordt door 14,2% gerookt en sigaren door 12,3%. Pijptabak wordt door 0,2% gebruikt en 1,5% rookt een ander tabaksproduct. Tabel 26 geeft een overzicht van het gebruik van de verschillende tabaksproducten naar geslacht. Omdat een roker verschillende tabaksproducten kan gebruiken, tellen de totalen niet op tot 100%.

Tabel 26

Percentage gebruik per tabaksproduct, naar geslacht (n=466)

Tabaksproduct	Mannen (%)	Vrouwen (%)	Totaal (%)
Sigaretten	75,3	85,1	79,4
Shag	22,4	14,2	14,2
Sigaren	10,3	14,9	12,3
Pijptabak	0,4	0,0	0,2
Andere soort	2,6	0,0	1,5

DE MEERDERHEID VAN DE ROKERS ROOKT MINDER DAN 10 TABAKSPRODUCTEN PER DAG

Aan de huidige rokers is gevraagd om een schatting te geven van het aantal tabaksproducten dat zij per dag roken. De meerderheid van de rokers rookt minder dan 10 tabaksproducten per dag (68,4% voor mannen en 78,5% voor vrouwen). Een relatief klein gedeelte rookt meer dan 20 tabaksproducten per dag, 5,9% van de mannen en 2,0% van de vrouwen (tabel 27). Deze groep wordt aangemerkt als zware roker.

Tabel 27

Aantal gerookte tabaksproducten per dag, naar geslacht (n=466)*

Aantal	Mannen (%)	Vrouwen (%)	Totaal (%)
<10 per dag	68,4	78,5	72,6
10 t/m 20 per dag	25,7	19,5	23,1
>20 per dag	5,9	2,0	4,3

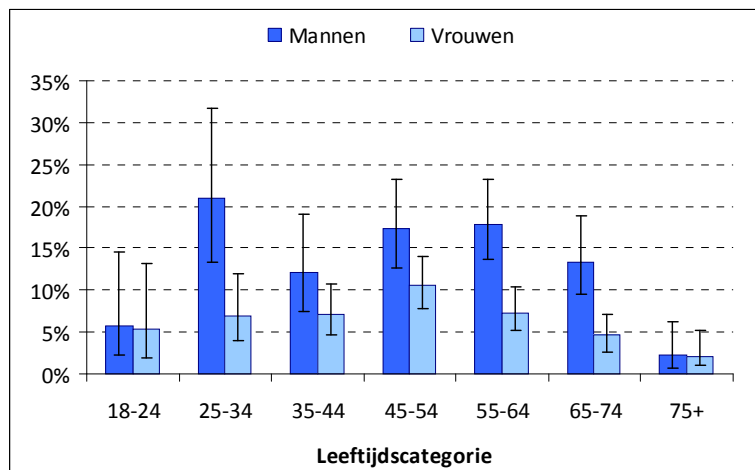
*Alle soorten tabaksproducten zijn geïncludeerd: sigaretten, shag, sigaren, pijptabak, andere tabaksproducten

ROKEN EN ZWANGERSCHAP

Aan vrouwelijke rokers (huidige en vroegere rokers) die ooit zwanger zijn geweest (n=117) is gevraagd of zij gerookt hebben tijdens een zwangerschap. Tweeëntachtig procent (81,7%) geeft aan helemaal niet te hebben gerookt tijdens de zwangerschap. Van de overige vrouwen heeft 10,8% gerookt tijdens de zwangerschap maar niet dagelijks en 7,5% heeft wel dagelijks gerookt tijdens de zwangerschap.

DAGELIJKSE ROKERS VAN SIGARETTEN EN SHAG

Conform de indicator van de ECHIM is het aantal dagelijkse rokers van sigaretten en shag berekend. Het percentage volwassenen dat dagelijks sigaretten en shag rookt is 10,1%. Dit komt overeen met 11.791 personen van 18 jaar en ouder. Figuur 32 toont de percentages van de volwassen bevolking die dagelijks sigaretten en shag roken naar leeftijd en geslacht. Hieruit blijkt dat het percentage mannen dat dagelijks sigaretten en/of shag rookt in de leeftijdscategorieën van 25 t/m 34 jaar, 55 t/m 64 jaar en 65 t/m 74 jaar significant hoger is dan het percentage vrouwen dat dagelijks sigaretten en/of shag rookt in dezelfde leeftijdscategorieën.

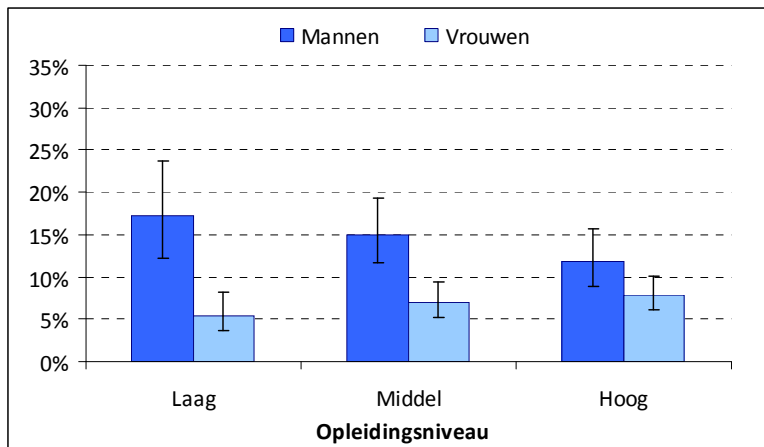


Figuur 32. Percentage dat dagelijks sigaretten en shag rookt, naar geslacht en leeftijd

HET DAGELIJKS ROKEN VAN SIGARETTEN EN/OF SHAG IS NIET AFHANKELIJK VAN HET OPLEIDINGSNIVEAU

In tegenstelling tot in Nederland, waar laag opgeleiden significant meer roken dan hoog opgeleiden ⁽¹⁰³⁾, is het percentage rokers van sigaretten en shag in Curaçao niet afhankelijk van het opleidingsniveau (figuur 33). Wel roken laag- en middelbaar opgeleide mannen in vergelijking met

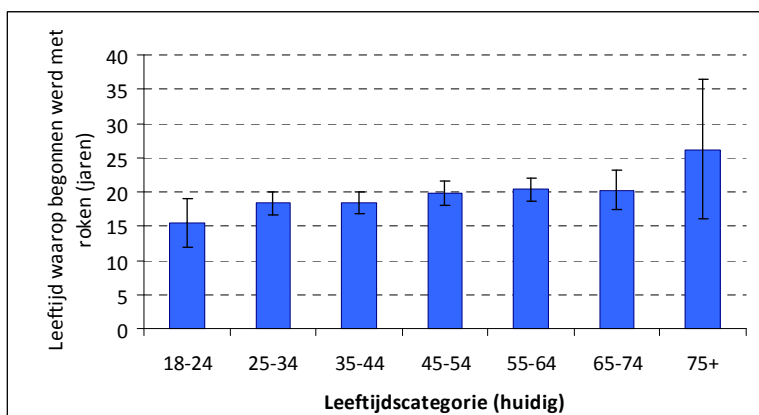
vrouwen van hetzelfde opleidingsniveau significant meer. Bij hoogopgeleiden is dit verschil in geslacht niet aanwezig.



Figuur 33. Percentage dat dagelijks sigaretten en shag rookt, naar geslacht en opleiding

GEMIDDELDE LEEFTIJD WAAROP MET ROKEN IS BEGONNEN DOOR HUIDIGE ROKERS VAN SIGARETTEN EN SHAG

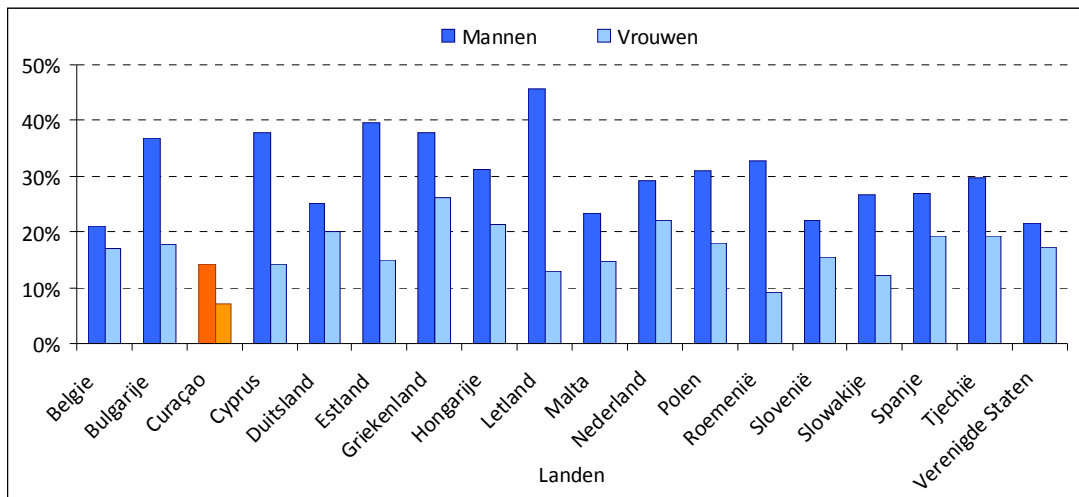
De gemiddelde leeftijd waarop begonnen wordt met roken neemt geleidelijk af naarmate de personen jonger zijn (zie figuur 34). De gemiddelde leeftijd waarop de huidige rokers van sigaretten en shag in de leeftijdscategorie van 18 t/m 24 jarigen zijn begonnen met roken is 16,7 jaar. In de leeftijdscategorie van 75 jaar en ouder is de gemiddelde leeftijd waarop is begonnen met roken 24,6 jaar. Dit verschil is echter statistisch niet significant.



Figuur 34. Gemiddelde leeftijd waarop huidige dagelijkse rokers van sigaretten en shag met roken zijn begonnen, naar leeftijd (n=304)

IN VERGELIJKING MET ANDERE LANDEN WORDT IN CURAÇAO RELATIEF WEINIG GEROOKT

Figuur 35 geeft de prevalentie van dagelijks roken weer van verschillende landen. Uit de figuur blijkt dat de prevalentie van dagelijks tabaksgebruik in Curaçao, voor zowel mannen als vrouwen, het laagste is van de 21 vergeleken landen.



Figuur 35. Zelfgerapporteerde prevalentie dagelijkse rokers per land, naar geslacht
 A) Prevalenties van de Europese landen, m.u.v. Nederland, komen uit de EHIS, 2008-2009. Data beschikbaar via Eurostat. ⁽¹⁰⁾ Betreft respondenten van 15 jaar en ouder en dagelijkse rokers van sigaretten en shag. B) Nederlandse prevalenties beschikbaar via CBS Statline 2011. ⁽³⁰⁾ Betreft respondenten van 12 jaar en ouder en dagelijkse rokers van alle tabaksproducten. C) Prevalenties van de Verenigde Staten komen van CDC, fact sheet Smoking & Tobacco use. ⁽¹⁰⁴⁾ Betreft respondenten van 18 jaar en ouder en dagelijkse rokers van alle tabaksproducten.

11. ALCOHOL

11.1 INLEIDING

Het drinken van alcohol is een algemeen maatschappelijk geaccepteerd verschijnsel. Vanuit het gezondheidsperspectief zijn twee alcohol gerelateerde problemen van belang. De eerste is (chronisch) overmatig alcoholgebruik, waarbij de kans op afhankelijkheid (verslaving) van alcohol groot is. De tweede is alcoholvergiftiging, dat verwijst naar de consumptie van een grote hoeveelheid alcohol in een relatief korte tijdsperiode. Bij jongeren wordt dit laatste ook wel 'binge-drinking' genoemd.

De gezondheidsrisico's als gevolg van (chronisch) overmatig alcoholgebruik en/of alcoholvergiftiging zijn aanzienlijk en kunnen direct of indirect van aard zijn. Directe gezondheidsrisico's omvatten onder andere een verhoogde kans op levercirrose, verschillende vormen van kanker, onomkeerbare neurologische stoornissen, hart- en vaatziekten, neuro-psychiatrische aandoeningen alsook het verergeren van reeds bestaande problemen zoals depressie. Onder indirecte gezondheidsrisico's van overmatig alcoholgebruik vallen bijvoorbeeld een verhoogde kans op verkeersongeval, agressie, seksueel risicogedrag, sociale en werk-gerelateerde problemen.⁽¹⁰⁵⁾

Naast de bovengenoemde risico's van overmatig alcoholgebruik, kan het gebruik van alcohol ook positieve effecten op de gezondheid hebben. Het matig gebruik van wijn vermindert de kans op dementie, hart- en vaatziekten en diabetes.⁽¹⁰⁶⁻¹⁰⁸⁾

11.2 METHODE EN DEFINITIES

Aan de respondenten is gevraagd naar de frequentie van het alcoholgebruik in de afgelopen twaalf maanden. Aan personen die antwoordden wekelijks alcohol te drinken, is daarna gevraagd naar het aantal consumpties bier, wijn of andere drank per dag van de week. Daarna is gevraagd naar de frequentie waarmee 6 of meer consumpties op één gelegenheid zijn gedronken in de afgelopen twaalf maanden.

Vervolgens zijn door de interviewer vragen gesteld om het (chronisch) overmatig alcoholgebruik te bepalen. Dit wordt bepaald door middel van de zogenaamde CAGE-vragen, een veelgebruikte methode voor de screening op alcoholisme.⁽¹⁰⁹⁾ De vier CAGE-vragen gaan over het beheersen van de drinkgewoonte, het ergeren van naasten, schuldgevoelens over de drinkgewoonte en het drinken om ontweningsverschijnselen te beheersen. Tot slot stelde de interviewer vragen over het

besturen van een voertuig na alcoholgebruik en naar de leeftijd waarop begonnen is met alcoholgebruik.

De prevalentie van overmatig alcoholgebruik is berekend aan de hand van de gemiddelde hoeveelheid alcoholische consumpties per week. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen vrouwen (>2 consumpties per dag) en mannen (>3 consumpties per dag).⁽⁴⁴⁾

Het chronisch overmatige alcoholgebruik wordt bepaald door middel van de hierboven beschreven CAGE-methode. Als een respondent minimaal 2 van de 4 CAGE-vragen met een 'ja' beantwoordt, is sprake van chronisch overmatig alcoholgebruik.

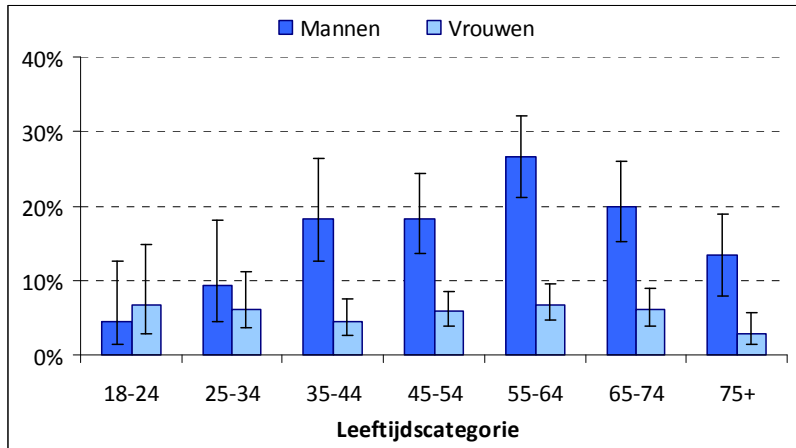
11.3 RESULTATEN ALCOHOL

ZES OP DE TIEN VOLWASSENEN HEEFT HET AFGELOPEN JAAR ALCOHOL GEDRONKEN

Van de volwassenen geeft 38,2% aan de afgelopen twaalf maanden geen alcohol te hebben gedronken. Dit komt overeen met 44.595 personen. De volwassenen die aangeven in de afgelopen twaalf maanden wel alcohol te hebben gedronken (61,8%) komen overeen met 72.147 personen. Van deze personen zegt 68,6% maandelijks alcohol te drinken, 14,5% drinkt wekelijks alcohol, 12,2% drinkt meerdere malen per week en 4,7% drinkt iedere dag alcohol.

Kijkend naar de verschillen tussen beide geslachten is het percentage mannen dat aangeeft de afgelopen twaalf maanden alcohol te hebben gedronken (70,9%) significant hoger dan het percentage vrouwen (54,8%). In 1993/1994 waren deze percentages 81,0% voor mannen en 61,3% voor vrouwen.⁽¹⁾ Mannen geven significant vaker aan meerdere malen per week of dagelijks alcohol te drinken (11,9% en 4,8% respectievelijk) dan vrouwen (4,1% en 1,5% respectievelijk).

Figuur 36 toont de percentages personen die twee of meer keer per week alcohol zeggen te drinken naar leeftijd en geslacht. Uit de figuur blijkt dat bij mannen een relatie is tussen alcoholgebruik en leeftijd. Het percentage mannen dat twee of meer keer per week alcohol drinkt in de leeftijdscategorie van 55 t/m 64 jaar is significant hoger dan het percentage mannen dat twee keer of meer per week alcohol drinkt in de leeftijdscategorieën van 18 t/m 34 jaar en 75-plussers. Bij vrouwen is geen relatie gevonden tussen alcoholgebruik en leeftijd. Mannen in de leeftijdscategorieën vanaf 35 jaar drinken significant vaker twee keer of meer per week alcohol dan vrouwen in dezelfde leeftijdscategorieën.



Figuur 36. Percentage dat aangeeft 2 keer in de week of vaker alcohol te hebben gedronken in de afgelopen twaalf maanden, naar geslacht en leeftijd

MEER HOOG DAN LAAG OPGELEIDE VROUWEN DRINKEN ALCOHOL

Het percentage vrouwen dat aangeeft in de afgelopen twaalf maanden twee dagen of meer per week alcohol te hebben gedronken stijgt met het opleidingsniveau. Vrouwen met een hoog opleidingsniveau (8,4%) geven significant vaker aan alcohol te drinken dan vrouwen met een laag opleidingsniveau (2,7%). Bij mannen ligt dit anders. Van de laag opgeleide mannen drinkt 16,5% twee dagen of meer per week alcohol. Bij middelbaar opgeleide mannen is dit percentage 13,5%. Onder hoog opgeleiden drinkt 20,4% twee dagen of meer per week alcohol. In Nederland wordt voor beide geslachten bij hoog opgeleiden een significant hogere alcoholconsumptie gevonden dan bij laag opgeleiden.⁽¹¹⁰⁾

OVERMATIG ALCOHOLGEBRUIK

Overmatig alcoholgebruik is bepaald op basis van het aantal alcoholische consumpties dat gemiddeld per dag is gedronken. Overmatig alcoholgebruik is gedefinieerd als gemiddeld meer dan 3 glazen alcohol per dag (in een week) voor mannen en meer dan 2 glazen alcohol per dag (in een week) voor vrouwen.

Van de volwassen bevolking drinkt 2,6% overmatig alcohol. Significant meer mannen (4,4%) dan vrouwen (1,2%) drinken overmatig alcohol. Tabel 28 toont het percentage overmatig alcoholgebruik van de volwassen bevolking naar leeftijd en geslacht. Hieruit blijkt dat het percentage overmatig alcoholgebruik procentueel het hoogst is in de leeftijdscategorie van 55 t/m 64 jarigen. Bijna zes (5,7%) procent van de mannen in deze leeftijdscategorie geeft aan gemiddeld meer dan drie glazen alcohol per dag te drinken.

Tabel 28

Percentage overmatig alcoholgebruik, naar geslacht en leeftijd

	Mannen (%)	Vrouwen (%)
Leeftijdscategorie (jaren)	Overmatig alcoholgebruik (>3 glazen alcohol per dag)	Overmatig alcoholgebruik (>2 glazen alcohol per dag)
18-24 jaar	3,1	1,2
25-34 jaar	2,7	1,3
35-44 jaar	5,6	1,3
45-54 jaar	5,0	1,7
55-64 jaar	5,7	1,7
65-74 jaar	4,6	0,5
75+	1,1	0
Alle leeftijdscategorieën	4,4	1,2

Van de volwassen bevolking drinkt 19,4% wekelijks of vaker alcohol. Dit komt overeen met 22.648 personen. Van de vrouwen die wekelijks of vaker alcohol drinken, drinkt 11,7% overmatig. Voor mannen die wekelijks of vaker alcohol drinken is dit percentage 14,4%. Dit verschil is niet significant. Dit betekent dat vrouwen en mannen die wekelijks of vaker alcohol drinken even vaak overmatig alcohol drinken. Overmatig alcoholgebruik heeft geen relatie met het opleidingsniveau.

CHRONISCH OVERMATIG ALCOHOLGEBRUIK

Chronisch overmatig alcoholgebruik is bepaald door middel van de CAGE-vragen, een methode om de afhankelijkheid van alcohol te bepalen. Van de volwassen bevolking geeft 0,7% een positief antwoord op minimaal 2 van de 4 vragen. Dit suggereert dat deze personen afhankelijk zijn van alcohol. Dit percentage is significant hoger onder mannen (1,3%) dan onder vrouwen (0,3%). Deze percentages komen overeen met 656 mannen en 214 vrouwen van 18 jaar en ouder.

Het percentage mannen dat aangeeft afhankelijk te zijn van alcohol heeft een relatie met het opleidingsniveau. Mannen met een laag opleidingsniveau zijn significant vaker afhankelijk van alcohol dan mannen met een hoog opleidingsniveau (4,5% en 0,6% respectievelijk). Bij de vrouwen is geen significante relatie gevonden met het opleidingsniveau.

ALCOHOLVERGIFTIGING (BINGE-DRINKING)

Een andere manier om het problematisch alcoholgebruik onder de volwassen bevolking te bepalen, is door het percentage personen te berekenen dat meer dan 6 consumpties tijdens één gelegenheid drinkt. Het drinken van deze hoeveelheden in een relatief korte tijdsperiode verhoogd de kans op alcoholvergiftiging en wordt onder jongeren ook wel 'binge-drinking' genoemd.

Van de volwassen bevolking geeft 6,4% aan één of meerdere keren per maand meer dan 6 glazen alcohol te drinken tijdens één gelegenheid. Dit komt overeen met 7.471 personen. Bij de mannen (12,0%) ligt dit percentage significant hoger dan bij de vrouwen (2,0%). Ook indien uitsluitend gekeken wordt naar de personen die minimaal wekelijks alcohol drinken (n=579), zijn hiervan significant meer mannen (39,4%) 'binge-drinker' dan vrouwen (18,0%).

Tabel 29 laat zien dat het percentage 'binge-drinkers' onder mannen in de leeftijdscategorieën van 25 t/m 54 jaar het hoogst is. Van de mannen in deze leeftijdscategorieën drinkt gemiddeld 15,4% één of meerdere keren per maand meer dan 6 glazen alcohol tijdens één gelegenheid. Het percentage 'binge-drinkers' onder mannen is met 3,4% het laagst in de leeftijdscategorie van 75 jaar en ouder. Bij vrouwen varieert het percentage 'binge-drinkers' van 3,0% in de leeftijdscategorie van 25 t/m 34 jarigen tot 0,7% in de leeftijdscategorie van 75 jaar en ouder.

Tabel 29

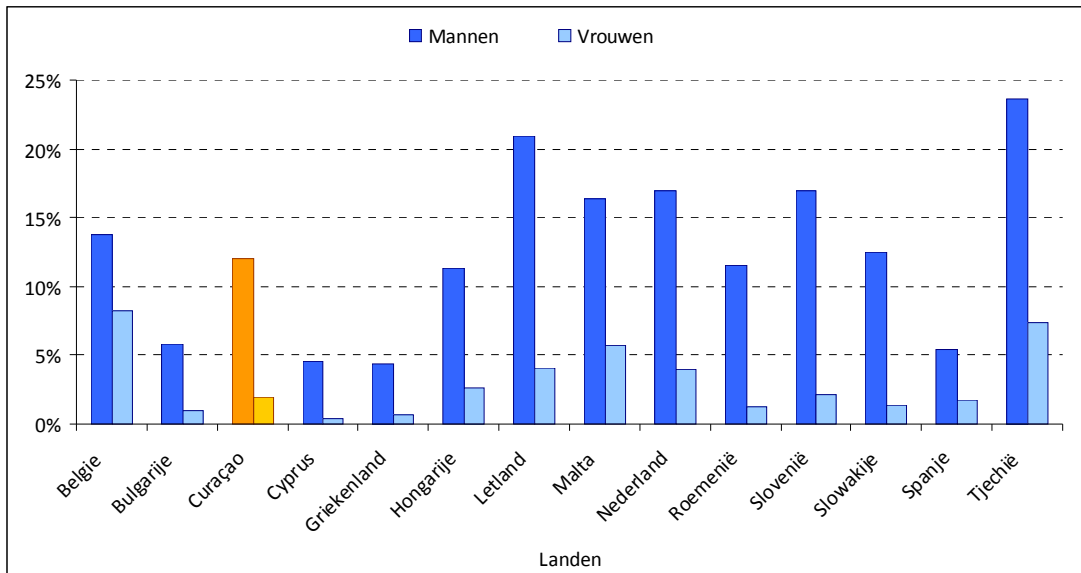
Percentage dat één of meerdere keren per maand 'binge-drinkt', naar geslacht en leeftijd

Leeftijdscategorie (jaren)	Eén of meerdere keren per maand meer dan 6 alcohol consumpties tijdens één gelegenheid (%)		
	Mannen	Vrouwen	Totaal
18-24 jaar	4,4	2,4	3,4
25-34 jaar	15,9	3,0	8,7
35-44 jaar	16,0	2,7	8,5
45-54 jaar	14,4	2,5	7,7
55-64 jaar	11,3	0,7	5,4
65-74 jaar	10,6	1,0	5,2
75+	3,4	0,7	1,7
Alle leeftijdscategorieën	12,0	2,0	6,4

Tussen het percentage ‘binge-drinkers’ en het opleidingsniveau is geen relatie gevonden. Dit in tegenstelling tot Nederland, waar gevonden wordt dat significant meer laag opgeleiden ‘binge-drinkers’ zijn dan hoog opgeleiden.⁽¹¹⁰⁾

IN VERGELIJKING MET ANDERE LANDEN IS DE PREVALENTIE VAN ‘BINGE-DRINKING’ IN CURAÇAO GEMIDDELD

Figuur 37 geeft het percentage van maandelijkse ‘binge-drinkers’ weer van verschillende landen. Hieruit blijkt dat het percentage maandelijkse ‘binge-drinkers’ in Curaçao gemiddeld is.



Figuur 37. Zelfgerapporteerd percentage maandelijkse ‘binge-drinkers’ per land, naar geslacht
 A) Prevalenties van de Europese landen, m.u.v. Nederland, komen uit de EHIS, 2008-2009. Data beschikbaar via Eurostat.⁽¹⁰⁾ Betreft respondenten van 15 jaar en ouder. B) Nederlandse prevalenties beschikbaar via CBS Statline 2011.⁽¹¹²⁾ Betreft respondenten van 12 jaar en ouder.

ACHT PROCENT VAN DE VOLWASSENEN RIJDT WEL EENS NA ALCOHOLGEBRUIK

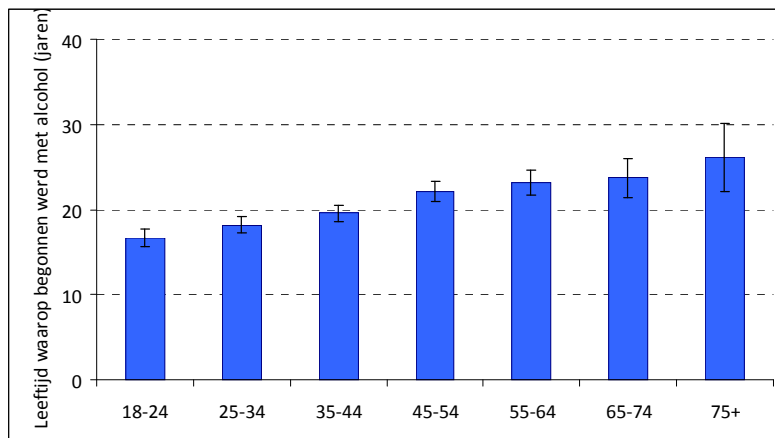
Van de volwassenen geeft 8,0% aan de afgelopen twee maanden na het drinken van alcohol een voertuig bestuurd te hebben. Dit percentage is significant hoger voor mannen (14,3%) dan voor vrouwen (3,1%). In de leeftijdscategorie van 35 t/m 44-jarige mannen ligt dit percentage het hoogst: 20,3% van de mannen in deze leeftijdscategorie zegt de afgelopen maanden na gebruik van alcohol een voertuig bestuurd te hebben.

Het percentage dat aan geeft in de afgelopen twee maanden na gebruik van alcohol een voertuig te hebben bestuurd is ook vergeleken met het opleidingsniveau. In het laagste opleidingsniveau is het percentage personen dat na het drinken van alcohol heeft gereden 7,0% voor de mannen en 0,5%

voor de vrouwen, terwijl bij het hoogste opleidingsniveau deze percentages respectievelijk 17,3% voor mannen en 6,5% voor vrouwen bedragen. Voor zowel vrouwen als mannen zijn deze verschillen, dat meer hoogopgeleiden dan laagopgeleiden na alcoholgebruik een voertuig hebben bestuurd, significant.

JONGEREN BEGINNEN STEEDS VROEGER ALCOHOL TE DRINKEN

De gemiddelde leeftijd waarop de personen van 18 t/m 24 jaar die maandelijks alcohol drinken aangeven begonnen te zijn met het drinken van alcohol is 16,7 jaar (figuur 38). De gemiddelde leeftijd stijgt tot gemiddeld 26,1 jaar bij personen in de leeftijdscategorie van 75 jaar en ouder. Dit verschil is significant en maakt duidelijk dat op steeds jongere leeftijd wordt begonnen met het drinken van alcohol.



Figuur 38. Gemiddelde leeftijd waarop wekelijkse drinkers zijn begonnen met het drinken van alcohol, naar leeftijd (n=580)

12. DRUGS

12.1 INLEIDING

De NGE 2013 maakt onderscheid tussen softdrugs en harddrugs. Onder softdrugs valt cannabis (hasj en marihuana), de meest gebruikte drug in Curaçao ⁽¹¹³⁾ en Europa ⁽¹¹⁴⁾. Hoewel het gebruik van cannabis minder gezondheidsproblemen veroorzaakt dan harddrugs, is het regelmatig gebruik ervan niet zonder gevolgen. Bij personen die hiervoor gevoelig zijn, kan het gebruik van softdrugs namelijk leiden tot depressieve periodes, angstperiodes en zelfs schizofrenie stimuleren. ⁽¹¹⁵⁾ Hoewel een lange tijd is aangenomen dat het gebruik van cannabis niet verslavend is, blijkt intussen dat bij intensief gebruik toch een psychische afhankelijkheid kan optreden. ⁽¹¹⁶⁾

Onder harddrugs vallen drugs zoals cocaïne, base, heroïne en ecstasy. Het gebruik van harddrugs brengt in vergelijking met softdrugs een grotere verslavingskans met zich mee en daarnaast ook een groter gezondheidsrisico, zowel psychisch als lichamelijk. ⁽¹¹⁷⁾

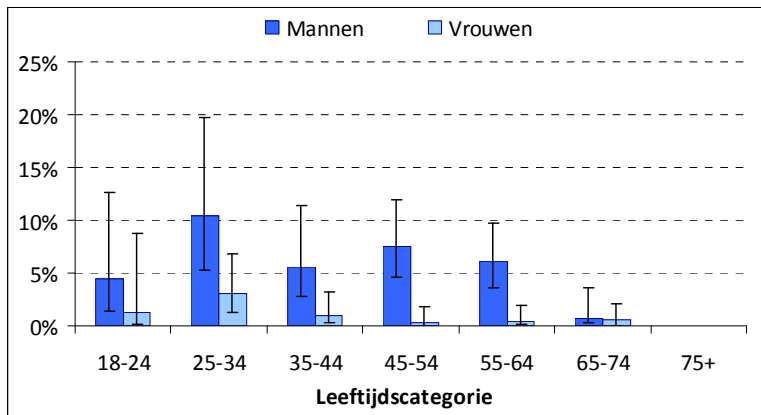
12.2 METHODE EN DEFINITIES

Voor de bepaling van het drugsgebruik is door de interviewer gevraagd naar het gebruik van soft- en harddrugs in de afgelopen twaalf maanden. Voor het berekenen van de indicator wordt het percentage personen dat de vraag bevestigend heeft beantwoord gerapporteerd. ⁽⁴⁴⁾

12.3 RESULTATEN DRUGS

DRIE PROCENT VAN DE VOLWASSENEN RAPPORTEERT SOFTDRUGSGEBRUIK

Van de volwassen bevolking geeft 3,0% aan minstens eenmaal in de twaalf maanden voorafgaand aan het interview softdrugs te hebben gebruikt. Dit komt overeen met 3.500 personen. In de leeftijdscategorieën van 45 t/m 54 jaar en 55 t/m 64 jaar is de jaarlijkse prevalentie van softdrugsgebruik significant hoger onder mannen dan onder vrouwen (figuur 39). In Nederland is de zelfgerapporteerde jaarprevalentie van cannabisgebruik voor personen van 15 t/m 64 jaar 7%. ⁽¹¹⁸⁾ In lijn met Nederlands onderzoek ⁽¹¹⁹⁾, wordt ook in Curaçao geen relatie gevonden tussen softdrugsgebruik en opleidingsniveau.



Figuur 39. Jaarprevalentie van softdrugsgebruik, naar geslacht en leeftijd

EEN HALF PROCENT VAN DE VOLWASSENEN RAPPOORTEERT HARDDRUGSGEBRUIK

Van de volwassenen geeft 0,5% aan harddrugs te hebben gebruikt in de afgelopen twaalf maanden. Dit komt overeen met 624 volwassenen. De zelfgerapporteerde prevalentie van harddrugsgebruik onder 15 t/m 64-jarigen in Nederland is 1,2% voor cocaïne en 0,1% voor opiaten. ⁽¹¹⁸⁾

13. WOONOMGEVING

13.1 INLEIDING

De inrichting van de woonomgeving heeft een belangrijke invloed op de gezondheid en het welbevinden van een persoon. Langdurige (enkele maanden tot jaren) blootstelling aan luchtvervuiling (fijn stof) leidt bijvoorbeeld tot een verminderde levensduur van ongeveer één jaar.⁽¹²⁰⁾ Daarnaast heeft geluidsoverlast een negatieve rol op leerprestaties en veroorzaakt het een verhoogd risico op hart- en vaatziekten.^(121; 122)

13.2 METHODE EN DEFINITIES

Respondenten zijn tijdens het interview gevraagd in welke mate ze in hun woonomgeving zijn blootgesteld aan verschillende vormen van overlast in de afgelopen twaalf maanden.

13.3 RESULTATEN WOONOMGEVING

Muggen zijn door volwassenen de meest genoemde vorm van overlast in de woonomgeving. Zevenentachtig procent (86,6%) van de volwassenen geeft aan enigszins of in meerdere mate hieraan blootgesteld te worden (tabel 30). In de CHS 1993/1994 was dit percentage 67,0%.

Tabel 30

Percentage die in de afgelopen twaalf maanden blootgesteld zijn naar vorm van overlast, op dalende grootteorde

Vormen van overlast	Blootgesteld (%)
Muggen	86,6
Knaagdieren	45,0
Vuil en afval	25,3
Geluidsoverlast	22,4
Luchtvervuiling (fijnstof, roet, stof van de Isla of andere bedrijven, rook)	19,6
Criminaliteit	13,9
Stank van de Isla	13,6

De percentages uit de NGE 2013 wijken niet veel af met die van 1993/1994 voor knaagdieren (41,1%), voor vuil en afval (25,6%) en voor stank van de raffinaderij Isla (11,7%).⁽¹⁾

GEBRUIK VAN DE GEZONDHEIDS ZORG

De gezondheidszorg is het geheel van zorgverleners en ondersteunend personeel, instellingen, genees- en hulpmiddelen en activiteiten die gericht zijn op het genezen van ziekte, ziek worden voorkómen en de gezondheid op pijl te houden.

De volgende hoofdstukken beschrijven de deelname aan preventieve activiteiten, het anticonceptiegebruik onder vrouwen, de contacten met verschillende zorgverleners en de ziekenhuisopnames.

14. PREVENTIE

14.1 INLEIDING

Dit hoofdstuk beschrijft de deelname van de volwassen bevolking aan preventieve activiteiten, zoals bloedglucosemeting, influenzavaccinatie en borstkankeronderzoek.

Het doel van preventie is zorgen dat personen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen. Preventie is ook (complicaties van) ziekten te voorkómen of in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen. Vaak zijn de preventieve activiteiten gericht op een specifieke doelgroep van personen die meer risico lopen door bijvoorbeeld hun geslacht, leeftijd of reeds gediagnosticeerde ziekte. Omdat anticonceptiemiddelen meestal worden gebruikt ter preventie van zwangerschap, komt dit onderwerp in dit hoofdstuk aan bod.

14.2 METHODE EN DEFINITIES

Om een indicatie te krijgen over de deelname van de volwassen bevolking aan preventieve activiteiten, stelde de interviewer vragen over de meting van het bloedsuikergehalte, de bloeddruk en de vaccinatie tegen het influenzavirus. Vrouwen zijn tevens gevraagd naar hun deelname aan borstkanker- en baarmoederhalskankeronderzoek. Tot slot is aan diabetici gevraagd of ze deel hebben genomen aan een klinisch oogonderzoek en aan een voetonderzoek ter voorkoming van complicaties door diabetes. Aan personen die aangaven deelgenomen te hebben aan een bepaalde preventieve activiteit, is gevraagd wanneer het onderzoek voor de laatste keer is verricht.

De indicatoren zijn berekend aan de hand van de aanbevelingen van de ECHIM⁽⁴⁴⁾ en de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) (tabel 31).⁽¹²³⁻¹³⁰⁾

Tabel 31

Richtlijnen doelgroep en frequentie voor preventieve activiteiten

Preventieve activiteit	Doelgroep	Frequentie
Bloedglucosemeting	Personen ≥ 45 jaar	Iedere drie jaar
Bloeddrukmeting	Personen ≥ 60 jaar	Iedere vijf jaar
Influenza vaccinatie	Personen ≥ 60 jaar	Jaarlijks
Borstkanker onderzoek	Vrouwen 50-75 jaar	Iedere twee jaar
Baarmoederkanker onderzoek	Vrouwen 30-60 jaar	Iedere vijf jaar
Klinisch oogonderzoek	Diabetici	Iedere twee jaar
Klinisch voetonderzoek	Diabetici	Jaarlijks

Aan vrouwelijke respondenten is gevraagd naar het gebruik van anticonceptiemiddelen in de afgelopen vier weken. Hierbij is een tiental methoden genoemd, waarbij de respondent aan gaf dit wel of niet gebruikt te hebben. De prevalentie van anticonceptiegebruik is bepaald aan de hand van het percentage vrouwen van 18 t/m 50 jaar dat zegt de afgelopen vier weken één of meerdere vormen van anticonceptie te hebben gebruikt. Daarnaast is voor de vrouwen die anticonceptiva gebruiken, ook gekeken naar de methoden die zijn gebruikt.

14.3 RESULTATEN PREVENTIEVE ACTIVITEITEN

BLOEDGLUCOSEMETING

Verhoogde bloedglucosewaarden kunnen, wel of niet vergezeld met symptomen zoals frequent urineren, vermagering en dorst, op diabetes (suikerziekte) duiden.⁽¹²⁴⁾

In totaal geeft 63,9% van de 45-plussers aan dat hun bloedglucosewaarde in het afgelopen jaar is gemeten. In de afgelopen 5 jaar is dat bij 80% gemeten. Geen significante verschillen zijn gevonden in relatie tot geslacht en opleidingsniveau.

BLOEDDRUKMETING

Een hoge bloeddruk, ofwel hypertensie, is een belangrijke risicofactor voor hart- en vaatziekten, beroerte en nierfalen.⁽¹³¹⁾ Van de 60-plussers geeft 87,3% aan dat hun bloeddruk in het afgelopen jaar gemeten is. Dit komt overeen met 28.334 personen van 60 jaar en ouder. Het percentage mannen in deze leeftijdscategorie bij wie de bloeddruk het afgelopen jaar is gemeten is significant lager dan het percentage vrouwen (85,5% en 88,7% respectievelijk). De bloeddruk van laag opgeleide 60-plussers is in het afgelopen jaar significant vaker gemeten dan van hoog opgeleiden (89,9% en 82,0% respectievelijk). Het aantal 60-plussers bij wie in de afgelopen 5 jaar de bloeddruk is gemeten bedraagt 95,2%.

INFLUENZAVACCINATIE

Bij gezonde personen kan het influenzavirus een luchtweginfectie veroorzaken die vanzelf overgaat. Complicaties van de infectie kunnen echter ontstaan bij personen met een risico-indicatie, zoals longziekten en diabetes.⁽¹²⁶⁾ Ook 60-plussers behoren tot de groep personen met een risico-indicatie en kunnen zich daarom ieder jaar laten vaccineren.⁽¹³²⁾

Tien procent (9,6%) van de 60-plussers geeft aan in het afgelopen griepseizoen (vanaf september 2012) gevaccineerd te zijn tegen het influenzavirus. Geen significante verschillen zijn gevonden in relatie tot geslacht en opleidingsniveau.

BORSTKANKERONDERZOEK

De aanwezigheid van borstkanker bij vrouwen van 50 t/m 75 jaar wordt periodiek onderzocht met behulp van borstfoto's (mammografie). Door vroegtijdige opsporing kan borstkanker eerder worden behandeld, waardoor de kans op genezing en overleving van de ziekte toeneemt.⁽¹²⁷⁾

De afgelopen twee jaar heeft 62,5% van de 50 t/m 75-jarige vrouwen deelgenomen aan een borstkankeronderzoek. Hoog opgeleide vrouwen nemen significant vaker deel aan dit onderzoek dan laag opgeleide vrouwen (69,4% en 59,7% respectievelijk).

BAARMOEDERHALSKANKERONDERZOEK

Een infectie met het Humaan Papilloma Virus (HPV) ligt aan de basis van 95% van de gevallen van baarmoederhalskanker.⁽¹³³⁾ De meeste infecties met het virus zijn onschuldig. Baarmoederhalskanker wordt gezien als een zeldzame complicatie van de zeer veel voorkomende infectie met HPV.⁽¹²⁸⁾

De afgelopen 3 jaar heeft 65,1% van de 30 t/m 60 jarige vrouwen deelgenomen aan een onderzoek naar baarmoederhalskanker. Hoog opgeleide vrouwen nemen significant vaker deel aan dit onderzoek dan laag opgeleide vrouwen (68,8% en 58,3% respectievelijk).

PERIODIEK ONDERZOEK BIJ DIABETICI

Een groot gedeelte van de zorg voor diabetici vindt plaats in de huisartsenpraktijk. De standaardzorg van de huisarts richt zich op het voorkomen of uitstellen van complicaties.⁽¹³⁴⁾ Deze complicaties ontstaan doordat een hoog glucoseniveau op de langere termijn schade toebrengt aan bloedvaten en het zenuwweefsel. Bijgevolg is diabetes de belangrijkste oorzaak van blindheid bij personen tussen de 20 en 75 jaar. Daarnaast wordt geschat dat bij 1 op de 15 diabetici door onvoldoende doorbloeding de voet of het onderbeen geamputeerd moet worden. Het aantal amputaties in Curaçao is 3,5 keer hoger dan in Nederland.⁽¹³⁵⁾ Door de bovenstaande complicaties die kunnen ontstaan bij diabetici worden de ogen en voeten van diabetici periodiek gecontroleerd tijdens een klinisch onderzoek. Andere complicaties die bij diabetici kunnen optreden zijn nierziekten, hartinfarcten en beroertes.⁽¹³⁶⁾

KLINISCH OOGONDERZOEK

Zesenzeventig procent (75,9%) van de diabetici heeft de afgelopen twee jaar aan een klinisch oogonderzoek deelgenomen. Geen significante verschillen zijn gevonden in relatie tot geslacht en opleidingsniveau.

KLINISCH VOETONDERZOEK

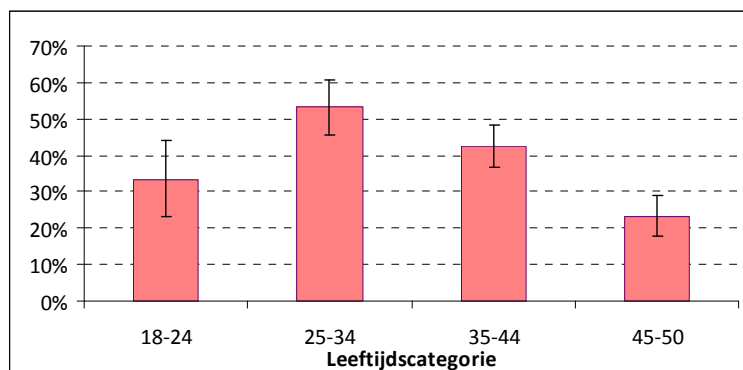
Dertig procent (30,0%) van de diabetici geeft aan het afgelopen jaar aan een klinisch voetonderzoek te hebben deelgenomen. Het percentage diabetici dat de afgelopen twee jaar aan een klinisch voetonderzoek heeft deelgenomen bedraagt 36,1%. Geen significante verschillen zijn gevonden in relatie tot geslacht en opleidingsniveau.

14.4 RESULTATEN ANTICONCEPTIEGEBRUIK ONDER VROUWEN

Anticonceptiemiddelen, ook wel voorbehoedsmiddelen genoemd, is een verzamelnaam voor methoden die de kans op zwangerschap voorkomen of minimaliseren. Dit kan met behulp van hormonale anticonceptie, dat werkt door middel van hormonen die de ovulatie blokkeren en/of de innesteling van een embryo in de baarmoeder belemmeren, of andere methoden zoals het condoom en onthouding.

NEGENENDERTIG PROCENT VAN DE VROUWEN VAN 18 T/M 50 JAAR GEBRUIKT ANTICONCEPTIE

Van de vrouwen van 18 t/m 50 jaar zegt 39,0% één of meerdere vormen van anticonceptie te gebruiken in de vier weken voorafgaande aan het interview. Dit komt overeen met 13.737 vrouwen. In de leeftijdscategorie van 25 t/m 34-jarigen is het gebruik van anticonceptie procentueel gezien het hoogst (53,2%) (figuur 40).



Figuur 40. Percentage vrouwen dat minstens één of meerdere vormen van anticonceptie gebruikt, naar leeftijd (n=904)

MEER HOGER OPGELEIDEN GEBRUIKEN ANTICONCEPTIE

Het percentage vrouwen dat anticonceptie gebruikt stijgt significant met het opleidingsniveau. Van de 18 t/m 50-jarige vrouwen in het laagste opleidingsniveau gebruikt 25,9% één of meerdere vormen van anticonceptie. Dit percentage is hoger bij vrouwen in het middelste (36,2%) en het hoogste opleidingsniveau (43,7%).

DE ANTICONCEPTIEPIL IS DE MEEST POPULAIRE ANTICONCEPTIEMETHODE

Het gebruik van de anticonceptiepil, al dan niet in combinatie met andere methoden, is in alle leeftijdscategorieën de meest gebruikte anticonceptiemethode (tabel 32). Vrouwen in de leeftijdscategorieën van 18 t/m 34 jaar gebruiken daarnaast vaker het condoom en de coïtus interruptus (terugtrekmethode) als anticonceptie. In de leeftijdscategorieën van 35 t/m 50 jaar gebruiken vrouwen, naast de anticonceptiepil, vaker een spiraal, condoom en overige anticonceptiemiddelen. Onthouding gedurende de vruchtbare periode is het hoogst onder de vrouwen in de leeftijdscategorie van 45 t/m 50 jaar.

Tabel 32

Percentage vrouwen die bepaalde vormen van anticonceptie gebruiken, naar leeftijd (n=353)

Methode	18-24 jaar (%)	25-34 jaar (%)	35-44 jaar (%)	45-50 jaar (%)	Totaal (%)
Anticonceptiepil	68,5	51,6	47,6	33,3	50,0
Spiraal (Mirena® of koper)	7,4	12,1	13,5	20,3	13,1
Implanteerstaafje (Implanon®)	0,0	0,8	3,2	8,3	2,8
Anticonceptiering (NuvaRing®)	0,0	0,8	2,4	0,0	1,1
Overige hormonale anticonceptie	0,0	2,4	5,6	4,2	3,4
Morning after pil	0,0	2,4	0,8	0,0	1,1
Coïtus interruptus	16,4	6,5	4,8	1,7	6,8
Condoom	48,1	24,2	16,7	13,3	23,9
Onthouding gedurende vruchtbare periode	12,7	5,6	7,9	13,6	7,9
Overige anticonceptiemethode	3,7	11,3	13,5	25,0	12,5

15. GEZONDHEIDSZORG

15.1 INLEIDING

Dit hoofdstuk gaat in op het zorggebruik door de volwassen bevolking. Aan de orde komen de ziektekostenverzekering(en), de contacten met zorgverleners en ziekenhuisopnamen.

Onder het contact met een zorgverlener valt niet alleen een bezoek aan de huisarts en een controle bij de tandarts, maar ook een operatie of een behandeling door een medisch specialist of een paramedicus. Verwijzingen door de huisarts naar andere zorgaanbieders, zoals een apotheek of laboratorium, worden eveneens besproken.

15.2 METHODE EN DEFINITIES

ZIEKTEKOSTENVERZEKERING

Respondenten is gevraagd of ze een ziektekostenverzekering hebben en zo ja, welke verzekering. Omdat alle publieke fondsen, behoudens de ambtenaren en gelijkgestelden, per 1 februari 2013 zijn geïntegreerd in de Basis Verzekering Ziektekosten (BVZ), worden de resultaten niet meer per verzekering gepresenteerd.

CONTACTEN MET ZORGVERLENERS

De interviewer stelde vragen over het contact met een huisarts, tandarts, medisch specialist of andere zorgverleners, waaronder paramedici, thuiszorg en alternatieve zorgverleners (zoals homeopaten en acupuncturisten). Ook zijn vragen gesteld over de toegankelijkheid van de zorg.

Personen die in de twaalf maanden voorafgaand aan het interview minstens één contact hadden met een huisarts zijn tevens gevraagd naar het aantal contacten met een huisarts in de afgelopen vier weken. Bovendien is gevraagd of de betrokkene tijdens het laatste consult is doorverwezen naar een andere zorgverlener.

Het gemiddeld aantal contacten met een huisarts per patiënt per jaar is berekend conform de richtlijnen van de ECHIM.⁽⁴⁴⁾ Het aantal contacten is geëxtrapoleerd van één maand naar twaalf maanden.

Internationale vergelijking van het huisartscontact in de afgelopen maand is gedaan met gegevens beschikbaar uit de EHIS, 2008-2009. Deze data is beschikbaar via Eurostat.⁽¹⁰⁾ Opgemerkt wordt dat

de internationale vergelijking van zorgcontact met een huisarts enkele beperkingen heeft omdat het zorgsysteem niet voor alle landen gelijk is. In sommige landen, zoals in Curaçao, heeft de huisarts een poortwachtersfunctie en is daarmee het eerste aanspreekpunt voor patiënten met een zorgvraag. Naast Curaçao hebben, binnen de weergegeven landen, ook huisartsen in Spanje en Slovenië een duidelijke poortwachtersfunctie naar andere zorgvormen, zoals de paramedici en de tweedelijnszorg. In de andere landen is directe toegang tot andere zorg(verleners) wel mogelijk.⁽¹³⁷⁾

Personen die in de twaalf maanden voorafgaand aan het interview minstens één contact hadden met een medisch specialist zijn tevens gevraagd naar het aantal contacten met een medisch specialist in de afgelopen twaalf maanden en naar de locatie waar de consulten plaatsvonden.

ZIEKENHUISOPNAMEN

De interviewer stelde de vraag of een ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden in de afgelopen twaalf maanden. Duidelijk is gesteld dat het hierbij ging om een opname waarbij één of meerdere overnachtingen in het ziekenhuis plaatsvonden. Alle soorten ziekenhuisopnamen vallen hier onder, met uitzondering van opnamen van vrouwen in verband met een bevalling zonder complicaties. Volwassenen die in de twaalf maanden voorafgaand aan het interview in een ziekenhuis zijn opgenomen, is vervolgens gevraagd naar het aantal opnamen en het aantal doorgebrachte nachten in het ziekenhuis. Ook is gevraagd naar de toegankelijkheid van en de tevredenheid over de ziekenhuiszorg.

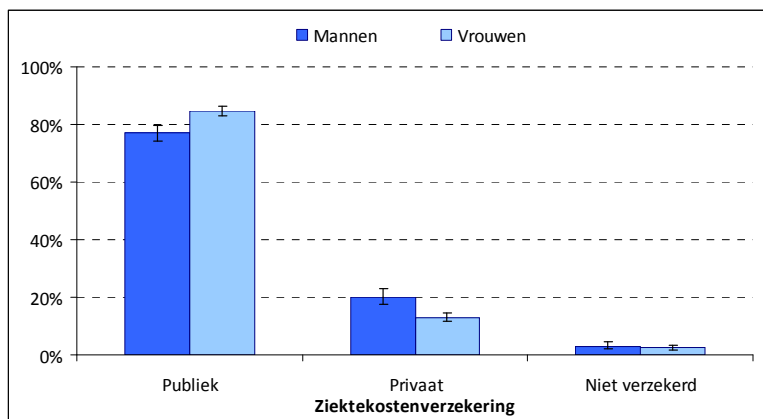
Voor de berekening van de indicator is het percentage van de bevolking genomen dat de afgelopen twaalf maanden is opgenomen en heeft overnacht. Ook zijn het gemiddelde aantal opnamen en de opnameduur (aantal nachten) berekend.

15.3 RESULTATEN ZIEKTEKOSTENVERZEKERING

Met ingang van 1 februari 2013 is de BVZ van kracht geworden. De BVZ is een uniformering van de publieke ziektekosten regelingen en fondsen zoals die tot 1 februari 2013 bestonden met uitzondering van de regeling voor ambtenaren en de zogenaamde gelijkgestelden. Alle publieke regelingen zijn ondergebracht bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Bij wet is de SVB als de uitvoeringsorganisatie aangewezen. De in december 2012 gepubliceerde cijfers over 2011 maken duidelijk dat 60% van in totaal NAf. 750 miljoen aan gezondheidszorguitgaven ten laste komen van de overheid.⁽¹³⁸⁾ Het overige gedeelte wordt voor 27% gefinancierd uit premie opbrengsten en voor 13% uit private middelen.

Nagenoeg alle volwassenen (97,3%) zijn verzekerd tegen ziektekosten. Dit komt overeen met 113.582 personen van 18 jaar en ouder. De resterende 2,7% is niet verzekerd. Van de personen die verzekerd zijn tegen ziektekosten, is 83,5% verzekerd via publieke regelingen en 16,5% via private regelingen.

Significant meer vrouwen dan mannen zijn publiek verzekerd (84,5% en 76,9% respectievelijk) (figuur 41). Het omgekeerde geldt voor de private verzekeringen. Significanter meer mannen (20,0%) dan vrouwen (13,1%) zijn verzekerd via een privéverzekering. Het aantal mannelijke en vrouwelijke onverzekerden is niet significant verschillend van elkaar.



Figuur 41. Percentage met een ziektekostenverzekering, naar geslacht

15.4 RESULTATEN CONTACTEN MET DE HUISARTS

Huisartsen vormen de spil van de eerstelijnszorg. De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor mensen met vragen of problemen over gezondheid en ziekte. In de NGE 2013 geeft 75,6% van de volwassenen aan dat zij informatie over gezondheid van de huisarts ontvangen. De huisarts biedt, op een toegankelijke manier diagnostische, therapeutische en preventieve medische zorg. ⁽²⁸⁾

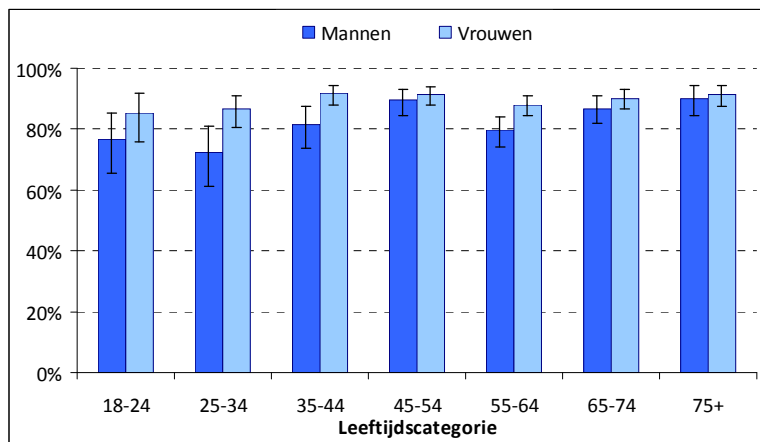
Van de volwassen bevolking zegt 98,8% de praktijk van de huisarts binnen 60 minuten te kunnen bereiken met zijn/haar gebruikelijke methode van vervoer, wat exact overeen komt met het gevonden percentage uit het onderzoek naar de eerstelijnsgezondheidszorg in Curaçao. ⁽²⁸⁾ Achtentachtig procent (88,3%) kan de praktijk van de huisarts binnen 30 minuten met zijn/haar gebruikte methode van vervoer bereiken. Van de volwassenen geeft 93,0% aan tamelijk tot zeer tevreden met de diensten van de huisartsen te zijn.

JAARLIJKS BEZOEKT 86,3% VAN DE VOLWASSENEN EEN HUISARTS

Van de volwassen bevolking zegt 86,3% het afgelopen jaar minstens eenmaal contact te hebben gehad met een huisarts. Voor 13,1% is het contact met een huisarts langer dan twaalf maanden geleden en 0,6% van de personen van 18 jaar en ouder zegt nog nooit contact met een huisarts te hebben gehad. In de CHS 1993/1994 had 80,1% van de personen minstens eenmaal contact met de huisarts in het afgelopen jaar.⁽¹⁾ Het percentage personen dat jaarlijks naar de huisarts gaat in Nederland is 71,3%.⁽¹⁴⁰⁾

Figuur 42 toont de relatie tussen contacten met de huisarts naar leeftijd en geslacht. Hieruit blijkt dat in de leeftijdscategorieën van 25 t/m 44 jaar en 55 t/m 64 jaar significant meer vrouwen contact hebben met de huisarts dan mannen. Tussen het contact met de huisarts en de leeftijd van de personen is echter geen duidelijke relatie. In de CHS 1993/1994 werd ook gevonden dat de leeftijd niet gerelateerd is aan het huisartsenbezoek.⁽¹⁾ Dit verschilt met de bevinding uit het eerstelijnsgezondheidsonderzoek van NIVEL, waaruit bleek dat ouderen in Curaçao vaker gebruik maken van de huisartsenzorg dan jongeren.⁽²⁸⁾ Ook in Nederland wordt gevonden dat ouderen vaker gebruik maken van de huisartsenzorg.⁽¹⁴⁰⁾

In de NGE 2013 is geen relatie gevonden tussen het contact met de huisarts en het opleidingsniveau van de respondenten. Procentueel gezien bezoeken evenveel hoogopgeleiden als laagopgeleiden de huisarts. Hieruit blijkt dat de toegang tot huisartsenzorg niet beïnvloed wordt door deze socio-economische indicator.



Figuur 42. Percentage met minstens één contact met de huisarts in de afgelopen twaalf maanden, naar geslacht en leeftijd

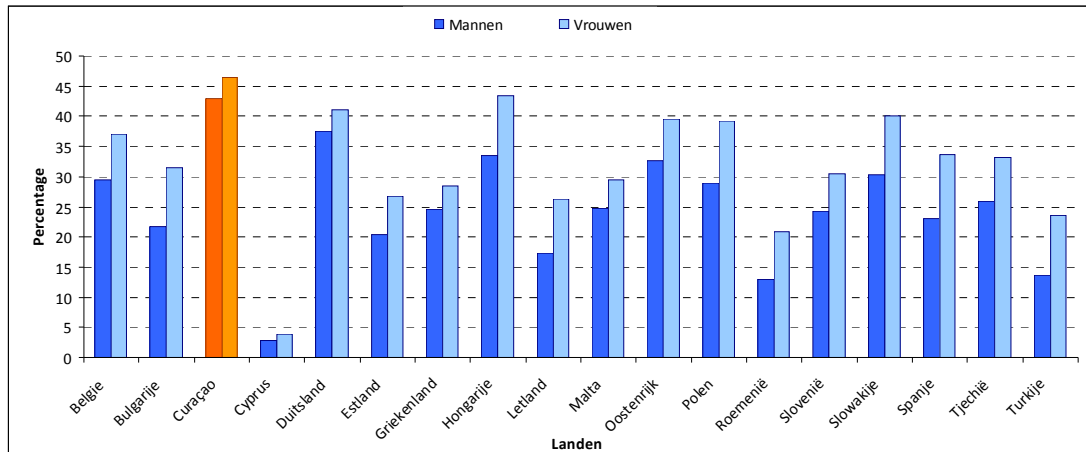
BIJNA DE HELFT (45%) VAN DE JAARLIJKSE HUISARTSBEZOEKERS HAD DE AFGELOPEN VIER WEKEN CONTACT MET EEN HUISARTS

Aan de respondenten die het afgelopen jaar contact hebben gehad met een huisarts is gevraagd naar het aantal consulten in de afgelopen maand. Meer dan de helft hiervan (55,1%) heeft de vier weken voorafgaand aan het interview geen contact gehad met de huisarts. Vijfenvoertig procent (44,9%) heeft wel contact gehad met de huisarts in de vier weken voorafgaande aan het interview. Dit komt overeen met 52.417 personen van 18 jaar en ouder. Hiervan had 75,9% eenmalig contact met de huisarts, 16,0% had tweemaal contact met de huisarts en 8,1% heeft de huisarts 3 keer of meer bezocht in de afgelopen maand. Geen significant verschil is gevonden tussen het percentage mannen en vrouwen dat de afgelopen maand contact heeft gehad met een huisarts.

Van de personen die in het afgelopen jaar contact hadden met een huisarts, is het gemiddelde aantal contacten met de huisarts in het afgelopen jaar 7,3 keer per persoon. In het onderzoek eerstelijnsgezondheidsonderzoek van NIVEL werd gevonden dat het gemiddeld aantal contacten per patiënt per jaar 5,3 bedraagt⁽²⁸⁾. Het gemiddeld aantal contacten in 1993/1994 bedroeg eveneens 5,3 keer per persoon.⁽¹⁾

VOLWASSENEN IN CURAÇAO HEBBEN RELATIEF GEZIEN VEEL CONTACT MET EEN HUISARTS IN VERGELIJKING MET ANDERE LANDEN

Figuur 43 geeft van verschillende landen het percentage jaarlijkse huisartsenbezoekers weer met huisartsencontact in de afgelopen maand. Hieruit blijkt dat het percentage huisartsenbezoekers in Curaçao het hoogst is in vergelijking met de andere 17 landen. In alle landen hebben meer vrouwen contact met hun huisarts dan mannen.



Figuur 43. Percentage jaarlijkse huisartsenbezoekers met huisartsencontact in de afgelopen vier weken
 A) Prevalenties van de Europese landen komen uit de EHIS, 2008-2009. Data beschikbaar via Eurostat. ⁽¹⁰⁾
 Betreft respondenten van 15 jaar en ouder.

DOORVERWIJZINGEN VAN DE HUISARTS TIJDENS LAATSTE CONSULT

Aan de personen die het afgelopen jaar contact hebben gehad met de huisarts is gevraagd naar eventuele verwijzingen door de huisarts naar een andere zorgverlener tijdens het laatste consult. Dit kan zijn in het kader van een behandeling van de huisarts, zoals de apotheek en het medisch laboratorium, of in het kader van een vervolgbehandeling door een andere zorgverlener, zoals een medisch specialist of een paramedicus. Tweeënnegentig procent (91,7%) van de volwassenen geeft aan tijdens hun laatste consult een verwijzing te hebben gekregen naar één of meerdere zorgverleners. De meest genoemde doorverwijzing (81,6%) is naar de apotheek (tabel 33).

Tabel 33

Percentage patiënten met doorverwijzing tijdens het laatste consult met de huisarts, op dalende grootteorde (n=2.414)

Zorgverlener	Patiënten met een doorverwijzing tijdens het laatste consult (%)
Apotheek	81,6
Medisch laboratorium	42,1
Medisch specialist	23,7
Radiologie afdeling	16,0
Fysiotherapeut	8,5
Ziekenhuis voor opname	2,2

De optelsom van percentages is groter dan 100%, omdat een respondent door de huisarts doorverwezen kan worden naar meer dan één zorgverlener.

15.5 RESULTATEN CONTACTEN MET MEDISCH SPECIALISTEN

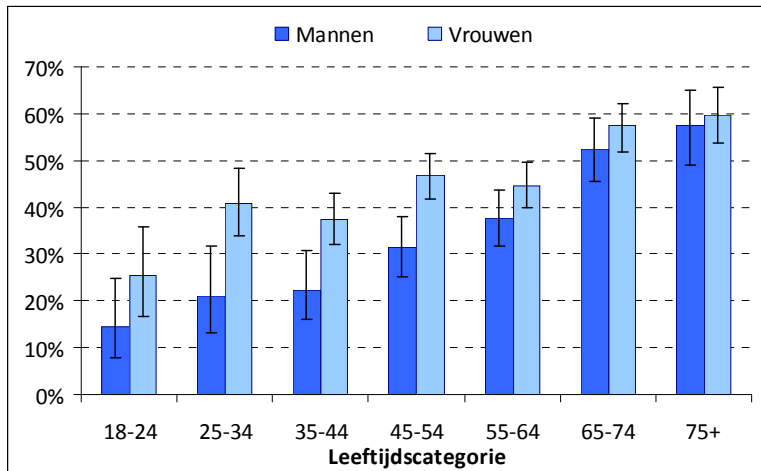
De zorg die medisch specialisten geven, wordt tweedelijns gezondheidszorg genoemd. Deze zorg is primair gericht op genezing van een aandoening of het bestrijden van symptomen. In de NGE 2013 geven 9 op de 10 volwassenen (88,9%) aan tamelijk tot zeer tevreden over de diensten van de medisch specialisten te zijn.

JAARLIJKS BEZOEKEN 38,5% VAN DE VOLWASSENEN EEN MEDISCH SPECIALIST

Van de volwassen bevolking heeft 38,5% het afgelopen jaar een consult bij een medisch specialist gehad. Dit komt overeen met 44.973 personen. Veertig procent (40,0%) van de volwassenen heeft langer dan één jaar geleden een consult bij een medisch specialist gehad. Van de volwassenen heeft 21,5% nog nooit een medisch specialist geraadpleegd. In 1993/1994 had 40,5% van de volwassen bevolking het afgelopen jaar een consult bij de medisch specialist.⁽¹⁾

Het percentage mannen dat in de afgelopen twaalf maanden voorafgaand aan het interview minstens één contact had met een medisch specialist bedraagt 31,5%. Voor vrouwen is dit percentage 44,0%. In de leeftijdscategorieën tussen de 25 t/m 54 jaar is het percentage vrouwen dat in de afgelopen twaalf maanden voorafgaand aan het interview contact had met een medisch specialist significant hoger dan het betreffende percentage mannen (figuur 44).

Voor beide geslachten geldt dat naarmate de leeftijd stijgt meer personen contact hebben met een medisch specialist. Tussen het contact met een medisch specialist en het opleidingsniveau is geen significante relatie gevonden. Hieruit blijkt dat de toegang tot de specialistische zorg niet wordt beïnvloed door deze socio-economische indicator.



Figuur 44. Percentage met minstens één contact met een medisch specialist in de afgelopen twaalf maanden, naar geslacht en leeftijd

AANTAL CONTACTEN MET EEN MEDISCH SPECIALIST

Het gemiddeld aantal contacten voor volwassenen die in de afgelopen twaalf maanden een medisch specialist hebben bezocht is 2,9 keer. Bijna zestien procent (15,7%) heeft vijf keer of meer contact met een medisch specialist gehad in de afgelopen twaalf maanden. Het gemiddeld aantal contacten met een medisch specialist in 1993/1994 bedroeg 2,0 keer per persoon.⁽¹⁾

Het gemiddeld aantal contacten met een medisch specialist is vergelijkbaar voor beide geslachten (3,0 keer voor mannen en 2,9 keer voor vrouwen). Tussen het aantal contacten met een medisch specialist en leeftijd is geen relatie aanwezig. De meeste contacten (3,6 keer) worden namelijk gerapporteerd door 25 t/m 34 jarigen. Het aantal contacten met een medisch specialist heeft geen significante relatie met het opleidingsniveau.

MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG VINDT VOORNAMELIJK PLAATS IN DE PRIVÉPRAKTIJK

In de CHS 1993/1994 werd gevonden dat bij het merendeel (68,4%) van de personen het contact met een medisch specialist plaats vond in de privépraktijk.⁽¹⁾ In de NGE 2013 is dit nog steeds het geval. Van het aantal personen dat in de afgelopen twaalf maanden medisch specialistische zorg heeft gekregen, vond het contact bij 83,7% plaats in de privépraktijk van de betreffende medisch specialist (tabel 34). De contacten met een medisch specialist die plaatsvinden in de poliklinieken van het St. Elisabeth Hospitaal (SEHOS) zijn ten opzichte van 1993/1994 gedaald van 24,5% naar 9,1% in 2013.

Tabel 34

Locatie waar contact met medisch specialist heeft plaatsgevonden (n=1.156)

Locatie	Contact met medisch specialist (%)
Privépraktijk	83,7
Polikliniek St. Elisabeth Hospitaal (SEHOS)	9,1
Kliniek Dr. J. Taams	5,7
Advent ziekenhuis	1,8
Polikliniek Isla	0,7
Pain Clinic	0,2

De optelsom van percentages is groter dan 100%, omdat een respondent op meerdere locaties contact gehad kan hebben met een medisch specialist.

Van het aantal personen dat in de afgelopen twaalf maanden specialistische zorg hebben gekregen, heeft bij 3,1% van de personen minstens één contact in het buitenland plaatsgevonden. Dit komt overeen met 1.378 personen van 18 jaar en ouder. Het merendeel, 68,3%, van deze contacten vond plaats in Venezuela, zoals ook het geval was in de CHS 1993/1994.

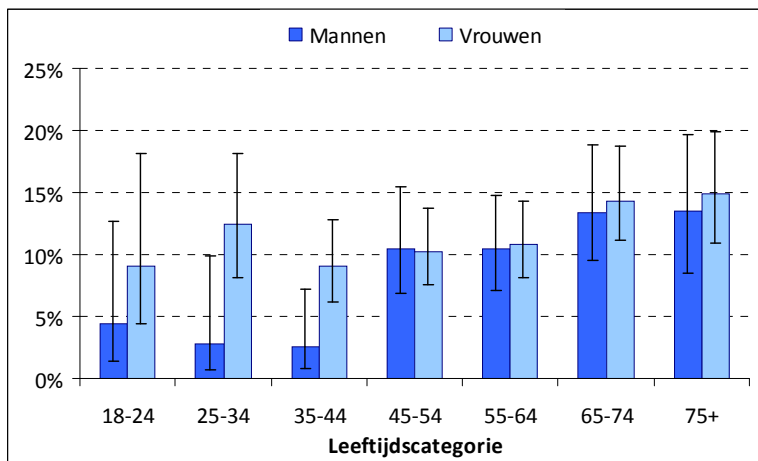
15.6 RESULTATEN ZIEKENHUISOPNAMEN

Onder ziekenhuiszorg valt zorg die gericht is op het behandelen en het genezen van acute en chronische lichamelijke aandoeningen die in de eerstelijnszorg of andere zorginstellingen niet kunnen worden gediagnosticeerd of behandeld. Deze paragraaf richt zich op klinische opnamen in een ziekenhuis waarbij minimaal één nacht in het ziekenhuis is doorgebracht.

Ziekenhuiszorg in Curaçao bestaat uit zorg geleverd door het SEHOS, Kliniek Dr. J. Taams en het Advent-ziekenhuis. Het SEHOS is het algemene ziekenhuis en biedt verreweg het grootste aanbod van zorg aan. Ook huisvest het SEHOS de enige afdeling spoedeisende hulp in Curaçao. Van de volwassenen zegt 59,1% deze afdeling binnen 30 minuten te kunnen bereiken met de voor hem/haar gebruikelijke manier van vervoer.

De meerderheid van de volwassen bevolking is tamelijk tot zeer tevreden met de diensten die worden aangeboden door de ziekenhuizen. Negenenzeventig procent (78,7%) is tevreden over de diensten van het SEHOS. Verder zegt 86,2% van de volwassenen tamelijk tot zeer tevreden te zijn met de diensten van de Kliniek Dr. J. Taams, het Advent-ziekenhuis en de Pain Clinic. De Pain Clinic is voor deze vraag onder ziekenhuizen gecategoriseerd. Meer mensen zijn ontevreden over de diensten van het SEHOS (13,8%) in vergelijking met de andere genoemde ziekenhuizen (2,8%). Van de volwassen bevolking geeft 72,8% aan het voor hem/haar dichtstbijzijnde ziekenhuis binnen 30 minuten te kunnen bereiken met de voor hem/haar gebruikelijke manier van vervoer.

Tien procent (9,7%) van de volwassen bevolking is het afgelopen jaar minimaal eenmaal opgenomen in een ziekenhuis (exclusief opname in verband met een ongecompliceerde bevalling). In 1993/1994 was dit percentage 8,1%.⁽¹⁾ Tussen mannen en vrouwen is geen significant verschil gevonden (figuur 45). Voor degenen die zijn opgenomen is het gemiddeld aantal opnamen in het afgelopen jaar 1,5 en de gemiddelde opnameduur 10,7 nachten. In 1993/1994 was de gemiddelde opnameduur 9,6 nachten.⁽¹⁾ Indien respondenten met een gemiddelde opnameduur van langer dan twee maanden buiten beschouwing worden gelaten, is de gemiddelde opnameduur in de NGE 2013 9,1 nachten.



Figuur 45. Percentage met minstens één ziekenhuisopname in de afgelopen twaalf maanden, naar geslacht en leeftijd

Het percentage van de volwassenen dat in het jaar voorafgaande aan het interview is opgenomen in een ziekenhuis is gerelateerd aan het opleidingsniveau. Laag opgeleide personen zijn significant vaker opgenomen in een ziekenhuis (13,5%) dan middelbaar (9,8%) en hoog opgeleiden (7,6%).

15.7 RESULTATEN CONTACTEN MET DE OVERIGE BEHANDELENDE ZORGVERLENERS

De overige behandelende zorgverleners zijn onder andere de paramedici, de thuiszorg en de alternatieve zorgverleners.

JAARLIJKS MAAKT 12,4% VAN DE VOLWASSENEN GEBRUIK VAN DE FYSIOTHERAPEUT

Van de overige behandelende zorgverleners vinden de meeste contacten plaats met een fysiotherapeut (inclusief oefentherapeut Cesar en Mensendieck). Twaalf procent (12,4%) van de volwassen bevolking heeft de afgelopen twaalf maanden gebruik gemaakt van de fysiotherapeutische zorg. Dit komt overeen met 14.527 personen. In 1993/1994 had 8,8% van de

bevolking het afgelopen jaar gebruikt gemaakt van een fysiotherapeut.⁽¹⁾ Het percentage van de bevolking dat in de afgelopen twaalf maanden gebruik heeft gemaakt van een fysiotherapeut of andere zorgverleners is opgenomen in de onderstaande tabel 35.

Tabel 35

Percentage zorggebruik per overige zorgverlener, naar dalende grootteorde

Zorgverlener	Zorggebruik (%)
Fysiotherapeut (inclusief oefentherapeut Cesar en Mensendieck)	12,4
Diëtist	4,2
Psycholoog of psychotherapeut	1,7
Kruidendokter	1,7
Homeopaat	1,6
Thuiszorg	1,4
Acupuncturist	1,3
Andere beoefenaar van alternatieve geneeskunde	0,9
Logopedist	0,2
Helderziende	0,2

15.8 RESULTATEN CONTACTEN MET DE TANDHEELKUNDIGE

Een regelmatig (jaarlijks) bezoek aan een tandheelkundige is een essentieel onderdeel voor een goede mondgezondheid en voorkomt gebits- en mondproblemen.⁽¹⁴¹⁾ Eenennegentig procent (90,8%) van de volwassenen geeft aan tamelijk tot zeer tevreden te zijn met de zorgverlening van de tandheelkundige.

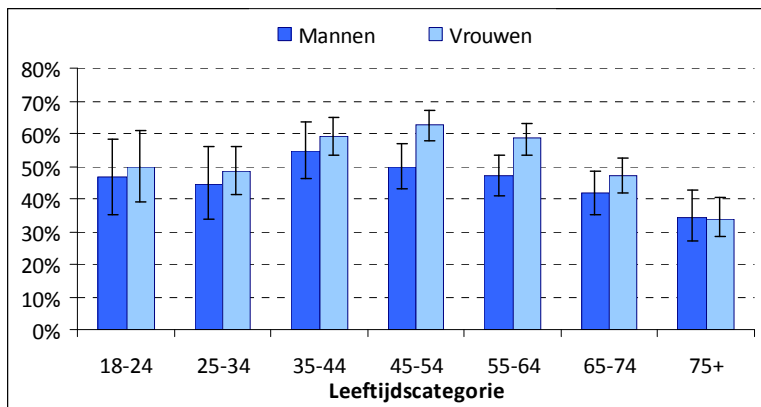
DE HELFT VAN DE VOLWASSEN BEVOLKING HEEFT HET AFGELOPEN JAAR EEN TANDHEELKUNDIGE BEZOCHT

Van de volwassenen heeft 50,9% in de afgelopen twaalf maanden een tandheelkundige bezocht. Dit komt overeen met 59.450 personen van 18 jaar en ouder. Dit percentage bedroeg in de CHS 1993/1994 42,0%.⁽¹⁾

Voor 27,9% van de volwassenen is het contact met een tandheelkundige tussen de één en vijf jaar geleden. Voor 18,1% is het langer dan vijf jaar geleden. Drie procent (3,1%) heeft nog nooit een tandheelkundige bezocht. Dit komt overeen met 3.608 personen.

Vrouwen hebben over het algemeen vaker dan mannen het afgelopen jaar een tandheelkundige bezocht (53,8% en 47,2% respectievelijk). Dit verschil is echter alleen significant in de leeftijdscategorieën tussen de 45 t/m 64 jaar. Het percentage tandheelkundige bezoek is het hoogst

onder de 35 t/m 54 jarigen, gemiddeld 57,2%. Van de 75-plussers is 34,1% het afgelopen jaar naar een tandheelkundige geweest (figuur 46).



Figuur 46. Percentage met minstens één contact met een tandheelkundige in de afgelopen twaalf maanden, naar geslacht en leeftijd

TANDHEELKUNDIG BEZOEK NEEMT TOE NAARMATE OPLEIDINGSNIVEAU STIJGT

Tussen het jaarlijks bezoek aan een tandheelkundige en het opleidingsniveau bestaat een relatie. Van de laag opgeleiden is 32,6% het afgelopen jaar naar een tandheelkundige geweest. Dit percentage neemt significant toe naarmate het opleidingsniveau hoger is. Meer middelbaar opgeleiden (48,2%) en hoog opgeleiden (62,8%) hebben het afgelopen jaar een bezoek gebracht aan een tandheelkundige. Hieruit blijkt dat de toegang tot tandheelkundige zorg wordt beïnvloed door deze socio-economische indicator.

TOEGANKELIJKHEID VAN DE TANDHEELKUNDIGE

Van de volwassen bevolking zegt 12,3% in de afgelopen twaalf maanden een tandheelkundige behandeling nodig te hebben gehad, maar dat dit niet heeft plaatsgevonden. Dit komt overeen met 14.328 personen van 18 jaar en ouder. De meest genoemde reden hiervoor is het ontbreken van het benodigde geld voor een behandeling (42,9%).

16. DISCUSSIE

INLEIDING

Dit rapport beschrijft de verantwoording van de gebruikte onderzoeksmethode en presenteert de belangrijkste resultaten van de Nationale Gezondheidsenquête (NGE) 2013. De resultaten bieden een breed en uniek inzicht in de gezondheidsstatus, de determinanten van gezondheid en het zorggebruik van de Curaçaose bevolking van 18 jaar en ouder. Dit rapport biedt daarmee de overheid, maar ook andere actoren in de publieke gezondheidszorg, informatie en aanknopingspunten voor het stellen van prioriteiten en het ontwikkelen van ‘evidence-based’ beleid op het gebied van de publieke gezondheidszorg.

De omvang van de NGE 2013 geeft niet de mogelijkheid in dit eerste rapport gedetailleerd in te gaan op alle resultaten. Om die reden is ervoor gekozen opvallende resultaten verder uit te werken in vervolpublicaties, zoals ‘fact sheets’ en themarapportages. Voorbeelden van themarapportages zijn:

- Ouderen (65-plussers)
- Geestelijke gezondheid
- Socio-economisch kwetsbare groepen
- Internationale vergelijkingen
- Overgewicht en obesitas

De NGE 2013 bestaat uit een interview gedeelte en uit fysieke metingen. In de maanden januari en februari 2013 zijn in totaal 3.000 volwassenen thuis geïnterviewd door interviewers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) met een vooraf vastgestelde vragenlijst. Van deze 3.000 respondenten hebben 401 personen deelgenomen aan fysieke metingen in de periode eind januari t/m april 2013. De fysieke metingen zijn uitgevoerd door de wetenschappelijke staf en een aantal laatstejaars medische studenten van de St. Martinus University. De respondenten in de NGE 2013 zijn representatief voor de volwassen bevolking bestaande uit 116.742 personen.

METHODOLOGIE

De NGE 2013 is het tweede grootschalige gezondheidsonderzoek onder de volwassen bevolking in Curaçao. De Curaçao Health Study (CHS), uitgevoerd in 1993/1994, was het eerste grootschalige gezondheidsonderzoek in Curaçao. ⁽¹⁾ Voor de NGE 2013 is aansluiting gezocht bij de ‘European

Health Interview Survey' (EHIS)-methode. Het doel van deze methode is om Europese landen en landen met een westers epidemiologisch profiel van adequate informatie te voorzien voor beleidsontwikkeling, -implementatie en -evaluatie.⁽⁷⁾ Om de onderwerpen in de EHIS-methode beter aan te laten sluiten op de regionale situatie, is de vragenlijst aangepast aan de richtlijnen van de World Health Organization (WHO) en de regionale Pan American Health Organization (PAHO). Ook zijn in de vragenlijst vragen opgenomen uit de CHS 1993/1994. Tot slot zijn vragen opgenomen om te kunnen voorzien in de informatiebehoefte van het voor de publieke gezondheidszorg verantwoordelijke Ministerie van Gezondheid, Milieu en Natuur (GMN). Door deze aanpak zijn de onderwerpen in de NGE 2013 gebaseerd op gevalideerde en gestandaardiseerde methoden uit Europa, de WHO, de PAHO en op de informatiebehoefte van de Curaçaose overheid.

Uit de ervaringen tijdens de NGE 2013 blijkt dat de EHIS-methode een goede methode is om de gezondheidsstatus, de determinanten van gezondheid en het gebruik van de gezondheidszorg in Curaçao te meten. Door het gebruik van de EHIS-methode wordt geprofiteerd van de expertise van vele Europese onderzoekers die de internationaal gevalideerde en gestandaardiseerde EHIS-methode hebben ontwikkeld. Bovendien zijn de richtlijnen, de vragenlijst en achtergronddocumentatie kosteloos beschikbaar. De opgedane ervaringen leiden tot de aanbeveling om de NGE in 2016 op dezelfde methode te baseren. Door de wettelijke verplichting voor de Europese lidstaten om voor de nationale gezondheidsenquêtes gebruik te maken van de EHIS-methode, zijn in 2016 bovendien (nog) meer indicatoren uit een groter aantal landen (30) beschikbaar.

STEKPROEFKADER

In de voorbereiding van de NGE 2013 is bekeken of de steekproeftrekking op basis van het adressenbestand van de Census 2011 plaats kon vinden. In dit bestand zijn een totaal van 54.940 huishoudens geregistreerd. Het adressenbestand van de Census 2011 bleek tijdens de steekproeftrekking voor de NGE 2013 echter nog niet beschikbaar te zijn. Om die reden is de basisregistratie adressen van de burgerlijke stand (Kranshi) als steekproefkader voor de NGE 2013 genomen. Deze registratie bevat in totaal 48.151 woonadressen. De gebruikte basisregistratie adressen is het meest recente en complete bestand dat ten tijde van de steekproeftrekking beschikbaar was en is daarmee de meest verantwoorde benadering van de huishoudens.

De verwachting is dat de basisregistratie adressen in 2013/2014 geactualiseerd wordt naar het adressenbestand van de Census 2011. Uitgaande van een steekproefkader van de NGE 2016

gebaseerd op de basisregistratie adressen zal alsdan het meest actuele en complete bestand worden genomen waarin het adressenbestand van de Census 2011 in ieder geval is verwerkt. Het heeft echter de voorkeur om in 2016, voor zover mogelijk, gebruik te maken van de personenadministratie als steekproefkader. Dit geeft de mogelijkheid om tijdens de steekproeftrekking reeds rekening te houden met bepaalde persoonskenmerken van de respondenten, zoals geslacht, leeftijd en etniciteit. In de eerste gezondheidsenquête is voor het steekproefkader ook gebruik gemaakt van de personenregistratie van de Census 1992. Ten tijde van de steekproeftrekking voor de NGE 2013 was het Census personenbestand 2011 echter nog niet beschikbaar.

ETNICITEIT

Een gezondheidsenquête is een belangrijke methode om te bepalen of de gezondheidsstatus en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor bepaalde minderheidsgroepen, bijvoorbeeld de Aziaten en migranten uit andere delen van de Caribbean, gelijk is aan die van andere bevolkingsgroepen. Bovendien draagt de etniciteit, ofwel de genetische achtergrond van een persoon, bij aan de kans op het ontwikkelen van een ziekte. Zo blijkt in de Verenigde Staten dat mannen met een Afro-Amerikaanse etniciteit tot 2,5 keer meer kans hebben om prostaatkanker te ontwikkelen dan andere bevolkingsgroepen.⁽¹⁴²⁾ Verder nemen vrouwen met een Aziatische etniciteit het minst deel aan preventieve activiteiten zoals cervixkankeronderzoek.⁽¹⁴³⁾ Of in Curaçao sommige bevolkingsgroepen ook een verhoogde kans hebben om bepaalde ziekten te ontwikkelen of om niet deel te nemen aan preventieve activiteiten, is nog niet bekend. Het aandeel van de minderheidsgroepen in de NGE 2013 is namelijk dusdanig klein dat hierover geen verantwoorde uitspraken gedaan kunnen worden.

Voor het vervolgonderzoek in 2016 is het door die reden wenselijk om specifieke minderheidsgroepen bijvoorbeeld de voorgenoemde Aziaten en migranten uit andere delen van de Caribbean, zoals Haïtianen en Jamaicanen, apart in de NGE 2016 te includeren. Zodoende wordt duidelijk of een goede gezondheid en de gezondheidszorg ook voor deze bevolkingsgroepen toegankelijk is of dat zij beleidsmatig extra aandacht behoeven.

FYSIEKE METINGEN

De uiteindelijke deelname van 26,9% van de 1.492 respondenten die zich hadden opgegeven voor de fysieke metingen is beperkt. De respons is echter wel groot genoeg om statistisch verantwoorde uitspraken te kunnen doen over de uitkomsten van de fysieke metingen. De beperkte respons is ondanks een maximale inzet om zoveel mogelijk respondenten deel te laten nemen aan de fysieke

metingen door de respondenten van relevante informatie te voorzien, telefonisch te herinneren aan de metingen en de resultaten direct beschikbaar te stellen. Twee mogelijke oorzaken voor de beperkte respons kunnen zijn de locatie waar de fysieke metingen zijn gehouden, namelijk Otrobanda, en het tijdstip van de metingen namelijk tussen 15.00 en 17.00 uur.

In de voorbereiding van de NGE 2013 is onderzocht om de metingen direct na de interviews thuis af te laten nemen of verspreid over verschillende locaties in Curaçao. Dit bleek echter organisatorisch niet mogelijk. De beperkte respons bij de fysieke metingen van de NGE 2013 leidt tot de aanbeveling om bij de voorbereiding van de NGE 2016 opnieuw te bekijken of de metingen tijdens het interview of op verschillende locaties in Curaçao kunnen worden uitgevoerd. De verwachting is dat dit de respons zal verhogen.

ZELFRAPPORTAGE

Omdat de resultaten gerapporteerd zijn door de respondenten, is het waarschijnlijk dat sommige resultaten in dit rapport overschat of onderschat zijn. Een reden hiervoor is dat respondenten geneigd zijn om op bepaalde vragen sociaal gewenste antwoorden te geven. Dit geldt bijvoorbeeld voor vragen over alcohol- en drugsgebruik. Deze vragen kunnen daarmee een onderschatting van de feitelijke situatie weergeven.⁽¹⁴⁴⁾ Het geven van sociaal gewenste antwoorden kan bij andere vragen juist leiden tot een overschatting van de resultaten. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat bij vragen over eetgewoonten respondenten de mate van gezond eetgedrag kunnen overschatten.⁽¹⁴⁵⁾

Een andere reden voor onder- of overschatting is dat in een gezondheidsenquête de aanname wordt gemaakt dat respondenten zich bepaalde gegevens accuraat kunnen herinneren, zoals een diagnose van een arts of een bezoek aan de dokter. Voorts is een reden dat respondenten niet met een bepaalde ziekte bekend zijn, omdat de ziekte (nog) niet is gediagnosticeerd bij de respondenten. Dit kan leiden tot een onderschatting van de feitelijke situatie.

INTERNATIONALE VERGELIJKINGEN

De resultaten van de NGE 2013 zijn voor zover mogelijk en relevant vergeleken met de eerste Curaçaose gezondheidsenquête uit 1993/1994 en de Census 2011. Tevens zijn de resultaten van de NGE 2013 in een internationaal perspectief geplaatst door ze, voor zover mogelijk en relevant, te vergelijken met landen met een westers epidemiologisch profiel die eerder de EHIS-methode implementeerden. Bovendien zijn de resultaten vergeleken met de resultaten van overeenkomstige onderzoeken in Nederland en de Verenigde Staten. Bij de internationale vergelijkingen doen zich wel

enige beperkingen voor. Zo bleken de ondergrenzen van de leeftijd tussen internationale onderzoeken te verschillen zonder dat het mogelijk was deze leeftijdsgrenzen aan te passen. Voor sommige internationaal vergeleken indicatoren in dit rapport, zoals de indicator voor hoge bloeddruk, hebben deze verschillen in de ondergrenzen van de leeftijd naar verwachting geen bepalende invloed omdat deze ziekten onder ouderen vaker voorkomen. Dit betekent dat in die gevallen de vergelijkingen in dit rapport alleen bij benadering kunnen plaatsvinden. Verder zijn voor sommige EHIS-landen (nog) niet alle gezondheidsindicatoren beschikbaar, waardoor deze niet kunnen worden vergeleken met alle EHIS-landen. Met het van kracht worden van de EHIS-wet in februari 2013, zijn alle 30 EU-landen verplicht om uiterlijk in 2015 volgens de EHIS-methode hun resultaten bij Eurostat aan te leveren. Hierdoor wordt de beschikbaarheid en vergelijkbaarheid van de gezondheidsindicatoren in de toekomst vergroot.

Vanzelfsprekend is het ook van groot belang om Curaçao met andere Caribische landen met een vergelijkbaar profiel als Curaçao te kunnen vergelijken. Uit verschillende regionale gezondheidsonderzoeken blijkt dat de regionale resultaten niet direct vergelijkbaar zijn met de NGE 2013. De belangrijkste redenen hiervoor zijn dat gegevens op specifieke onderwerpen gedateerd of niet beschikbaar zijn, vraagstellingen verschillen en dat andere definities voor indicatoren worden gebruikt en/of andere onderzoeksmethoden worden gehanteerd. Dit is de reden dat geen regionale vergelijkingen opgenomen zijn in dit rapport maar deze regionale vergelijking voor zover mogelijk en relevant op te nemen in een specifiek themarapport over internationale vergelijkingen.

CONCLUSIE

Met de publicatie van dit rapport is concreet, actueel en volledig invulling gegeven aan het doel van de NGE 2013 om te voorzien in de informatiebehoeften van de overheid op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg. De uitkomsten van de NGE 2013 geven een schat aan informatie voor beleidsontwikkeling, -implementatie en -evaluatie op het gebied van de publieke gezondheidszorg door de Curaçaose overheid.

De NGE vindt iedere 4 jaar plaats. Dit maakt het voor de Curaçaose overheid mogelijk om een 'evidence-based' en robuust volksgezondheidsbeleid te voeren dat aantoonbaar effectief is in het voorkómen van ziekten. Bovendien maakt de NGE het voor de overheid mogelijk veranderingen in de gezondheid en het gebruik van de gezondheidszorg in de tijd (temporaal) te kunnen blijven volgen en het beleid hierop vroegtijdig te kunnen afstemmen.

BRONVERMELDING

1. **Alberts, J.F., Gerstenbluth, I., Halabi, Y.T., Koopmans, P.C., O'Niel, J. & Van den Heuvel, W.J.A.** *The Curaçao Health Study. Methodology and main results.* Willemstad : ISOG 2000, 1996. ISBN 90-72156-36-7.
2. **Pan American Health Organization (PAHO).** *Strategic plan of action for the prevention and control of non-communicable diseases for countries of the Caribbean Community 2011-2015.* PAHO, WHO, CARICOM. 2011.
3. **European Union.** Implementing regulation (EC) No 1338/2008 of the European Parliament and of the Council on Community statistics on public health and health and safety at work, as regards statistics based on the European Health Interview Survey. *Commission regulation (EU) No. 141/2013.* 2013.
4. **World Health Organization (WHO).** World Health Survey Instrument and related documents. [Online] [Citaat van: 15 05 2013.] Bezocht in mei 2013.
<http://www.who.int/healthinfo/survey/instruments/en/index.html>.
5. **World Health Organization .** The STEPS instrument and support materials. *World Health Organization.* [Online] [Citaat van: 27 04 2013.]
6. **Eurostat.** European Health Interview Survey (EHIS), collection round 2008. *Eurostat, European Commission.* [Online] [Citaat van: 23 juni 2013.]
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/en/hlth_ehis_esms.htm.
7. **Bruin, A., Picavet, H.S.V. & Nossikov, A.** *Health interview Surveys; towards international harmonization of methods and instruments.* sl : WHO Regional Publications, European Series, 1996.
8. **Nosikov, A., Gudex, C.** *Developing common instruments for Health Surveys.* EUROHIS. 2003.
9. **Gauci, Dorothy.** *Synthesis report on use of EHIS quality assessment criteria.* Department of Health information and Research. Malta : sn, 2011.
10. **Eurostat.** Database Public Health. [Online] [Citaat van: 28 April 2013.]
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database.
11. **World Health Organization (WHO), regional office for Europe.** European Health for all database (HFA-DB). [Online] [Citaat van: 27 juni 2013.] <http://data.euro.who.int/hfadb/>.
12. **Technical Group Health.** *Background and rationale of the EHIS questions.* Directorate F: Social Statistics and Information Society. Unit F-5: Health and food safety statistics, European commission Eurostat. 2007.
13. **Rasmussen, N., Tafforeau, J., Lanoé, J.L., Salines, E., Krievkalne, D., Stokker. E., Asciak, R.P., Gerhardtová, A., Aromaa, A., Davidsson, G.** *European Health Interview Survey (EHIS) Questionnaire. English version.* European Commission Eurostat. 2006.

14. **Dewar, A. Woodgate-Jones, G., Wilmot, A. Betts, P. en Hand, C.** *Evaluation of modules for the European Health Interview Survey (EHIS), formal qualitative field testing.* Data collection methodology, Office for National Statistics. United Kingdom : sn, 2005.
15. **Taffereau, J., Lopez Cobo, M., Tolonen, H., Scheidt-Nave, C., Tinto, A.** *Guidelines for the development and criteria for the adaption of Health Survey Instruments.* European commission Eurostat. .
16. **Pan American Health Organization (PAHO).** *Minimum, optimum and optional dataset for Chronic Non Communicable Diseases, Violence and Injuries. Technical specifications.* PAHO, WHO. 2008.
17. **World Health Organization (WHO).** Global health indicators. [Online] [Citaat van: 01 June 2013.] Beschikbaar via: <http://www.who.int/whosis/indicators/en/>.
18. **Pan American Health Organization (PAHO).** Regional Core Health Data Initiative. [Online] [Citaat van: 02 June 2013.] <http://www1.paho.org/English/DD/AIS/coredata.htm>..
19. **World Health Organization (WHO).** STEPwise approach to surveillance. [Online] [Citaat van: 02 June 2013.] <http://www.who.int/chp/topics/en/>.
20. **Centraal Bureau voor de Statistiek Curaçao.** *Eerste resultaten Census 2011.* Willemstad : sn, 2012.
21. **Centraal Bureau voor de Statistiek Curaçao.** *Resultaten Arbeidskrachtenonderzoek (AKO) Curaçao.* Willemstad : sn, 2011.
22. **United Nations.** *Designing household survey Samples: practical guidelines.* Department of Economics and Social affairs. 2005. p. 51.
23. **EHES joint action.** European Health Examination Survey. [Online] [Citaat van: 29 juni 2013.] http://www.ehes.info/core_measurements.htm.
24. **Tolonen, H., Koponen, P.** *Report Core measurements.* National Institute for Health and Welfare. Finland : sn, 2013.
25. *Mosaic displays for multi-way contingency tables.* **Friendly, M.** 1994, Journal of American Statistical Association,, Vol. 89, pp. 190-200.
26. *Socioeconomic Status and Academic Achievement: A Meta-Analytic Review of Research.* **Sirin, S.R.** 417-453, New York : sn, 2005, Review of Educational Research, Vol. 75.
27. **Centraal Bureau voor de Statistiek Curaçao.** Main results of Census 2011. [Online] [Citaat van: 17 Juni 2013.] Beschikbaar via:
http://www.cbs.cw/index.php?option=com_jumi&fileid=31&t=19&Itemid=80.
http://www.cbs.cw/index.php?option=com_content&view=article&id=119&Itemid=83.
28. **Snoeijs, S., Boerma, W. & Schellevis, F.** *Evaluatie van de structuur van de zorgverlening in de eerstelijnsgezondheidszorg op Curaçao.* Utrecht : Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), 2012.
29. **Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.** Nationaal Kompas Volksgezondheid. [Online] [Citaat van: 25 juni 2013.] <http://www.nationaalkompas.nl/>.

30. **Centraal Bureau van Statistiek.** Statline. [Online] [Citaat van: 06 June 2013.] <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=81173ned&D1=2,16&D2=1-13&D3=0&D4=I&HD=130507-1941&HDR=G2,T&STB=G1,G3>.
31. **Center of Disease Control and Prevention.** Data and Statistics. [Online] [Citaat van: 25 juni 2013.] <http://www.cdc.gov/datastatistics/>.
32. **Department of Public Health and Central Bureau of Statistics.** *STEPS Aruba 2006 Chronic Disease Risk Factor Surveillance data book*. Oranjestad : sn, 2007.
33. **Pontaza, P.O., Ramírez-Zea, M., Barceló, A., Gil, E., Gregg, E., Meiners, M., Valdez, R., Florez, E.P. & Cafiero, E.** *Survey of Diabetes, Hypertension, and Chronic Disease Risk Factors*. Washington D.C. : PAHO, 2007.
34. **Wilks, R., Younger, N. & Tulloch-Reid, M.** *Jamaica Health and Lifestyle Survey 2007-8. Technical report*. 2008.
35. **Health maps ltd.** *Health Survey of Adults in Bermuda*. Bermuda Health Council and Ministry of Health. Bermuda : sn, 2011.
36. **Field, A.** *Discovering statistics using SPSS*. London : SAGE publications, 2005. ISBN 10 0-7619-4451-6.
37. **Kuijvenhoven, Leander.** *Persoonlijke communicatie*. April 2013.
38. *Income reporting in surveys: Cognitive issues and measurement error.* **Moore, J.C., Stinson, L.L., Welniak, Jr. E.J.** 1999, Cognition and survey research.
39. **Centraal Bureau voor de Statistiek.** *Standaard Onderwijsindeling 2006. Editie 2011-2012*.
40. **Ware, Jr J.E.** *SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide*. The Health Institute, New England Medical Cente. 1993.
41. *The association between self-rated health and mortality in different socioeconomic groups in the GAZEL cohort study.* **Singh-Manoux, A., Dugravot, A., Shipley, M.J., Ferrie, J.E., Martikainen, P., Goldberg, M. et al.** 6, 2007, Int J Epidemiol , Vol. 36, pp. 1222-1228.
42. *Self-reported health and survival in the longitudinal study of aging, 1984-1986.* **Grant, M.D., Piotrowski, Z.H. & Chappell, R.** 3, 1995, J Clin Epidemiol , Vol. 48, pp. 375-387.
43. *Self-perceived health and 5-year mortality risks among the elderly in Shanghai, China.* **Yu, E.S., Kean, Y.M., Slymen, D.J., Liu, W.T., Zhang, M. & Katzman, R.** 9, 1998, Am J Epidemiol , Vol. 147, pp. 880-890.
44. **European Community Health Indicator Monitoring (ECHIM).** *ECHI documentation sheets*. 2012. Beschikbaar via: <http://www.echim.org/indicators.html>.
45. **Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.** Nationaal Kompas Volksgezondheid. *Ervaren gezondheid: zijn er verschillen naar sociaaleconomische status?* [Online] [Citaat van: 25 juni 2013.] <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/ervaren-gezondheid/verschillen-sociaaleconomisch/>.

46. *The mediating effect of social relationships on the association between socioeconomic status and subjective health - results from the Heinz Nixdorf Recall cohort study.* **Vonneilich, N., Jöckel, K-H., Erbel, R., Klein, J., Dragano, N., Siegrist, J. & Von dem Knesebeck, O.** 285, 2012, BMC Public Health, Vol. 12.
47. **Wilkinson, R.G. & Marmot, M.G.** *Social determinants of health: the solid facts.* Geneva : World Health Organization, 2003. ISBN 978-9289013710.
48. *Seven chronic conditions: Their impact on US adults' activity levels and use of medical services.* **Verbrugge, L.M. & Patrick, D.L.** 1995, Am J Public Health, Vol. 85, pp. 173-182.
49. *Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs.* **Hoffman, C., Rice, D. & Sung, H.Y.** 18, 1996, JAMA, Vol. 276, pp. 1473-1479.
50. *Do health interview surveys yield reliable data on chronic illness among older respondents?* **Beckett, M., Weinstein, M., Goldman, N. & Yu-Hsuan, L.** 3, 2000, Am J Epidemiology, Vol. 151, pp. 315-323.
51. *Post-infectious fatigue syndrome in dengue infection.* **Seet, R.C.S., Quek, A.M.L. & Lim, E.C.H.** 2007, Journal of Clinical Virology, Vol. 38, pp. 1-6.
52. **Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu .** Nationaal Kompas Volksgezondheid. *Chronische ziekten en multimorbiditeit: zijn er verschillen naar sociaaleconomische status?* [Online] [Citaat van: 25 juni 2013.] <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/verschillen-sociaaleconomisch/>.
53. **Hartstichting.** Hoge bloeddruk. [Online] [Citaat van: 2013 juli 04.] http://www.hartstichting.nl/risicofactoren/hoge_bloeddruk/behandeling/.
54. **Nederlandse Internisten Vereniging.** *Richtlijn Hypertensieve crisis.* sl : Van Zuiden Communications B.V., 2010. ISBN: 978-90-8523-217-9.
55. **World Health Organization (WHO).** Q&As on hypertension. [Online] [Citaat van: 22 May 2013.] <http://www.who.int/features/qa/82/en/>.
56. **Centers for Disease Control and Prevention (CDC).** High Blood Pressure factsheet. [Online] [Citaat van: 06 June 2013.] <http://www.cdc.gov/bloodpressure/facts.htm>.
57. **Diabetes fonds.** Diabetes in cijfers. [Online] [Citaat van: 03 June 2013.] <http://www.diabetesfonds.nl/artikel/diabetes-cijfers>.
58. *Morbidity and mortality in the Framingham population. Sixteen year follow-up.* **Garcia, M.J., McNamara, P.M., Gordon, T. & Kannel, W.B.** 1974, Diabetes, Vol. 23, pp. 105-111.
59. **Klein, S., Allison, D.B., Heymsfield, S.B. et al.** *Waist circumference and cardiometabolic risk: a consensus statement from Shaping America's Health.*: sl : Association for Weight Management and Obesity Prevention; NAASO, The Obesity Society; the American Society for Nutrition and the American Diabetes Association.
60. *Lower educational level is a predictor of incident type 2 diabetes in European countries: The EPIC-InterAct study.* **Sacerdote, C. et al.** 4, Turin : sn, 2012, International Journal of Epidemiology , Vol. 41, pp. 1162-1173.

61. *Diagnosis and Classification of Diabetes*. **American Diabetes Association**. 1008, Diabetes Care, Vol. 31, pp. S55-S60.
62. **Centers for Disease control and Prevention (CDC)**. Diabetes Public Health Resource. [Online] [Citaat van: 07 June 2013.] <http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/factsheet11.htm>.
63. *Dyslipidaemia*. **Durrington, P.** 9385, Manchester : sn, 2003, The Lancet, Vol. 362, pp. 717–731.
64. **Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu**. Nationaal Kompas Volksgezondheid. *Serumcholesterol: zijn er verschillen naar sociaaleconomische status en etniciteit?* [Online] [Citaat van: 26 juni 2013.] <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/serumcholesterol/verschillen-sociaaleconomisch-en-etniciteit/>.
65. **Ter Bals, M.** *Life expectancies Curaçao, 1960 - 2011*. sl : Central Bureau of Statistics Curaçao, 2013. Excel-file.
66. **Gezondheidsraad**. *Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid*. 2009. publicatienr. 2009/07.
67. **Van Herten L.M., Oudshoorn K., Perenboom R.J.M., Mulder Y.M., Hoeymans F.H.G.M.** *Gezondheidstoestand van bewoners van instellingen: data voor het berekenen van de GLV*. sl : TNO Preventie en Gezondheid, 2002. PG/VGZ/2002.041.
68. **World Health Organization (WHO)**. Mental health: a state of well-being. [Online] 2011. [Citaat van: 05 June 2013.] http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/.
69. *Depression and cancer: Mechanisms and disease progression*. **Spiegel, D. & Giese-Davis, J.** 3, 2003, Biological Psychiatry, Vol. 53, pp. 269-282.
70. *Depression as a predictor for coronary heart disease: A review and meta-analysis*. **Rugulies, R.** 2001, American Journal of Preventive Medicine, Vol. 23, pp. 51-61.
71. *The relationship between depression alcohol use disorder and-coping motives for drinking among Canadian men and women*. **Massak, A. & Graham, K.**, 2009, Comorbidity of Depression and Alcohol Use Disorders. .
72. *The Relationship Between Depressive Symptom Levels and Subsequent Increases in Substance Use Among Youth With Severe Emotional Disturbance*. **Wu, P., Hoven, C.W. & Cook, J.A.** 4, 2008, J Stud Alcohol Drugs, Vol. 69, pp. 520-527.
73. **World Health Organization (WHO)**. Mental Health: Suicide prevention (SUPRE). [Online] [Citaat van: 07 June 2013.] http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html.
74. **Rand Health**. 36-Item Short Form Survey from the RAND Medical Outcomes Study. [Online] [Citaat van: 05 June 2013.] http://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/mos_core_36item.html.
75. **Van der Zee, K.I. & Sanderman, R.** *Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de Rand-36*. 2012. ISBN 90 72156 60 9.
76. **World Health Organization (WHO)**. Obesity and overweight. [Online] [Citaat van: 14 May 2013.] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.

77. *Abdominal obesity, waist circumference and cardio-metabolic risk: awareness among primary care physicians, the general population and patients at risk--the Shape of the Nations survey.* **Smith, S.C.Jr., Haslam, D.** 1, 2007, *Current Medical Research and Opinion*, Vol. 23, pp. 29-47.
78. **Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.** Nationaal Kompas Volksgezondheid. *Overgewicht: zijn er verschillen naar sociaal economische status?* [Online] [Citaat van: 26 juni 2013.] <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/overgewicht/overgewicht-zijn-er-verschillen-naar-sociaal-economische-status/>.
79. *Indices of abdominal obesity are better discriminators of cardiovascular risk factors than BMI : a meta-analysis.* **Lee, C.M.Y., Huxley, R.R., Wildman, R.P. & Woodward, M.** 7, 2008, *Journal of clinical epidemiology* , Vol. 61, pp. 646-653.
80. *Alarmingly high prevalence of obesity in Curaçao: data from an interview survey stratified for socioeconomic status.* **Grol, M.E.C., Eimers, J.M., Alberts, J.F., Bouter, L.M., Gerstenbluth, I., Halabi, Y., van Sonderen, E. & van den Heuvel, W.J.A.** 1997, *International Journal of Obesity*, Vol. 21, pp. 1002-1009.
81. **Van Bakel, A.M. van & Zantinge, E.M.** In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.* Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidsdeterminanten\Persoonsgebonden\Overgewicht, 23 november 2012. [Online] [Citaat van: 08 June 2013.]
82. **GGD Curaçao.** *Project obesitas preventie op Curaçao. Eindrapportage deelproject I.* Afdelingen Epidemiologie & Onderzoek, Voeding & Diëtetiek en Jeugdgezondheidszorg,. Willemstad : sn, 2008.
83. **Centers for Disease Control and Prevention (CDC).** *Overweight and Obesity.* [Online] [Citaat van: 23 May 2013.] <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/overwt.htm>.
84. *Health benefits of physical activity: the evidence.* **Warburton, D.E.R., Nicol, C.W. & Bredin, S.S.D.** 6, 2006, *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 174.
85. **Hildebrandt, V.H., Bernaards, C.M. & Stubbe, J.H.** *Trendrapport bewegen en gezondheid 2010/2011.* Leiden : TNO, 2013. ISBN 978-90-5986-416-0.
86. **Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.** Nationaal Kompas Volksgezondheid. *Normen van lichamelijke (in)activiteit.* [Online] [Citaat van: 17 Juni 2013.] <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/lichamelijke-activiteit/normen-van-lichamelijke-in-activiteit/>.
87. **Voedingscentrum.** *De schijf van vijf.* [Online] [Citaat van: 2013 juni 17.] <http://www.voedingscentrum.nl/nl/schijf-van-vijf/schijf.aspx>.
88. *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.** 13, 1999, *JAMA*, Vol. 282, pp. 1233-1239.
89. *Vegetables, fruit, and cancer prevention: a review.* **Steinmetz, K.A. & Potter, J.D.** 10, 1996, *J Am Diet Assoc*, Vol. 96, pp. 1027-1039.
90. *Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis.* **Pereira, M.A., Kartashov, A.I., Ebbeling, C.B., Van Horn, L., Slattery, M.L., Jacobs D.R.Jr. & Ludwig, D.S.** 9453, 2005, *The Lancet*, Vol. 365, pp. 36-42.

91. *Fast food consumption of US adults: impact on energy and nutrient intakes and overweight status.* **Bowman, S.A. & Vinyard, B.T.** 2, 2004, Journal of the American College of Nutrition, Vol. 23, pp. 163-168.
92. *Fast-food consumption, diet quality, and neighborhood exposure to fast food.* **Moore, L.V., Diez Roux, A.V., Nettleton, J.A., Jacobs, D.R. & Franco, M.** 1, 2009, Am J Epidemiol, Vol. 170, pp. 29-36.
93. *Weight status and restaurant availability: a multilevel analysis.* **Mehta NK, Chang VW.** 2, 2008, Am J Prev Med, Vol. 34, pp. 127-133.
94. **Van Rossum, C.T.M., Fransen, H.P., Verkaik-Kloosterman, J., Buurma-Rethans, E.J.M. & Ocke M.C.** *Dutch National Food Consumption Survey 2007-2010: Diet of children and adults aged 7 to 69 years.* Bilthoven : RIVM, 2007-2010. nr. 350050006.
95. *Fast-Food Consumption and Obesity Among Michigan Adults.* **Anderson, B., Rafferty, A.P., Lyon-Callo, S., Fussman, C. & Imes, G.** 4, 2011, Preventing Chronic Disease, Vol. 8.
96. *Socioeconomic status, dietary intake and 10 year trends: the Dutch National food Consumption Survey.* **Hulshof K.F., Brussaard J.H., Kruizinga A.G., Telman J. & Lowik M.R.** 1, 2003, Eur J Clin Nutr., Vol. 57, pp. 128-137.
97. *A multilevel study of socio-economic inequalities in food choice behaviour and dietary intake among the Dutch population: the GLOBE study.* **Giskes K., Turrell G., van Lenthe F.J., Brug J. & Mackenbach J.P.** 1, 2006, Public Health Nutr., Vol. 9, pp. 75-83.
98. **World Health Organization (WHO).** Factsheet tobacco. [Online] [Citaat van: 11 juni 2013.] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html>.
99. *Relationship between hand-rolled cigarettes and primary lung cancer: A Norwegian experience.* **Rolke, H.B., Bakke, P.S. & Gallefoss, F.** 2009, The clinical Respiratory Journal, Vol. 3, pp. 152-160.
101. *The epidemiology of smoking during pregnancy: smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes.* **Cnattingius, S.** 2, 2004, Nicotine and Tobacco research, Vol. 6, pp. 125-140.
102. **World Health Organization (WHO).** Tobacco. [Online] [Citaat van: 3 May 2013.] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>.
103. **Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.** Nationaal Kompas Volksgezondheid. *Roken: zijn er verschillen in rookgedrag naar sociaaleconomische status en etniciteit?* [Online] [Citaat van: 25 juni 2013.] <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/roken/verschillen-sociaaleconomisch-en-etniciteit/>.
104. **Center for Disease Control and Prevention.** Current Cigarette Smoking Among Adults — United States, 2011. [Online] [Citaat van: 26 June 2013.] http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6144a2.htm?s_cid=%20mm6144a2.htm_w.
105. **Marks, D.F., Murray, M., Evans, E. & Willig C.** *Health Psychology: Theory, Research and Practice.* London : Sage Publications, 2005.
106. *The health benefits of wine.* **German, J.B.** 2000, Annual review of Nutrition, Vol. 20, pp. 561-593.

107. *Alcohol Intake and Risk of Dementia*. **Luchsinger, J.A., Tang, M.X., Siddiqui, M., Shea, S. & Mayeux, R.** 4, 2004, *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol. 52, pp. 540–546.
108. *Moderate Wine Consumption in the Prevention of Metabolic Syndrome and its Related Medical Complications*. **Liu, L., Wang, Y., Lam, K.S.L. & Xu, A.** 2, 2008, Vol. 8, pp. 89-98.
109. *Does this patient have an alcohol problem?* **Kitchens J.M.** 22, 1994, *JAMA*, Vol. 272, pp. 1782-1787.
110. **Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu**. Nationaal Kompas Volksgezondheid . *Alcoholgebruik: zijn er verschillen naar sociaaleconomische status?* [Online] [Citaat van: 26 juni 2013.]
<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/alcoholgebruik/verschillen-sociaaleconomisch/>.
112. **Centraal Bureau voor de Statistiek**. Statline. *Leefstijl, preventief onderzoek; persoonskenmerken*. [Online] [Citaat van: 25 juni 2013.]
<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=81177NED&D1=0-1,4-5,8-12&D2=0-2,4-12,33-38&D3=0&D4=l&HD=130129-1609&HDR=G3,G2,T&STB=G1>.
113. **Fundashon pa Maneho di Adikshon**. Marihuana. [Online] [Citaat van: 3 May 2013.]
http://www.fma.an/pagina_id/3790/Marihuana.
114. **Thanki, D., Matias, J., Griffiths, P., Noor, A., Olszewski, D., Simon R. & Vicente, J.** Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway. *EMCDDA*. [Online] 2013. [Citaat van: 03 May 2013.] <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/daily-cannabis-use>.
115. *Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review*. **Moore, T.H.M., Lingford-Hughes, A., Barnes, R.E., Jones, P.B., Burke, M. & Lewis, G.** 9584, 2007, *The Lancet*, Vol. 370, pp. 319-328.
116. *Cannabis dependence, withdrawal and reinforcing effects among adolescents with conduct symptoms and substance use disorders*. **Crowley, T.J., Macdonald, M.J., Whitmore, E.A. & Mikulick, S.K.** 1, 1998, *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 50, pp. 27-37.
117. **Trimbos Instituut**. Alcohol, tabak en drugs. [Online] [Citaat van: 27 June 2013.]
<http://www.trimbos.nl/onderwerpen/alcohol-en-drugs>.
118. **Van Laar, M.W., Cruys, A.A.N., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Meijer, R.F., Croes, E.A. & Ketelaars, A.P.M.** *Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2011*. Utrecht. sl : Trimbos Instituut, 2012.
119. **Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu**. Nationaal Kompas Volksgezondheid . *Drugsgebruik: zijn er verschillen naar sociaaleconomische status en etniciteit?* [Online] [Citaat van: 25 juni 2013.]
<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/drugsgebruik/verschillen-sociaaleconomisch-en-etniciteit/>.
120. *Fine-particular air pollution and life expectancy in the United States*. **Pope, C.A., Ezatti, M., & Dockery, D.W.** 2009, *New England Journal of Medicine*, Vol. 360, pp. 376-386.

121. **World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe/ European Commission.** *Burden of disease from environmental noise. Quantification of healthy life years lost in Europe.* Copenhagen : sn, 2011.
122. **Gezondheidsraad.** *Over de invloed van geluid op de slaap en de gezondheid.* Den Haag : sn, 2004. 2004/14.
123. **Nederland Huisartsen Genootschap.** NHG-standaarden. [Online] [Citaat van: 04 June 2013.] <https://www.nhg.org/nhg-standaarden>.
124. **Nederlands Huisartsen Genootschap.** Diabetes mellitus type 2. [Online] 2006. [Citaat van: 29 May 2013.] <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/diabetes-mellitus-type-2>.
125. **Nederlandse Huisartsen Genootschap.** NHG-Standaard Hypertensie. [Online] [Citaat van: 29 May 2013.] http://www.pharmanord.nl/media/nl_pharmanord/pdf/NHG_standandaard_hypertensie.pdf.
126. **Nederlandse Huisartsen Genootschap.** Influenza en influenzavaccinatie. [Online] 2008. [Citaat van: 29 May 2013.] <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/influenza-en-influenzavaccinatie#idp8288>.
127. **Nederlands Huisartsen Genootschap.** Diagnostiek van mammacarcinoom. [Online] [Citaat van: 29 May 2013.] <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/diagnostiek-van-mammacarcinoom>.
128. **Nederlandse Huisartsen Genootschap.** Preventie en vroegdiagnostiek van cervixcarcinoom. [Online] 2009. [Citaat van: 29 May 2013.] <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/preventie-en-vroegdiagnostiek-van-cervixcarcinoom#idp168784>.
129. **Oogartsen.nl.** Wanneer en hoe vaak oogcontrole? [Online] [Citaat van: 29 05 2013.] http://www.oogartsen.nl/oogartsen/diabetes_mellitus_suikerziekte/netvliesafwijkingen_ogen/controle_onderzoek/.
130. **Nederlands Huisartsen Genootschap.** Voetonderzoek bij Diabetes Mellitus. [Online] [Citaat van: 29 May 2013.] <https://www.nhg.org/voetonderzoek>.
131. **Kumar, V., Abbas, A. & Fausto, N.** *Robbins and Cotran Pathologic basis of Disease.* 7. sl : Elsevier Inc., 2005. pp. 525-530. ISBN 0-8089-2302-1.
132. **Curaçaosche Huisartsen Vereniging.** Folder Griep Vaccinatie. [Online] [Citaat van: 26 juni 2013.] <http://www.chv-site.org/epidemiologie/influenza/384-griep-vaccinatie>.
133. **Kumar, V., Abbas, A. & Fausto, N.** *Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease.* 7. sl : Elsevier Inc., 2005. p. 1079. ISBN 0-8089-2302-1.
134. **Baan, C.A., Schoemaker, C.G., Jacobs-van der Bruggen, M.A.M., Hamberg-van Rheenen, H.H., Verkleij, H. & Heus, S.** *Diabetes tot 2025, preventie en zorg in samenhang.* Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). 260322004.
135. **Huurman, Dr. Jan.** *Inspecteur Gezondheidszorg.* 3 Mei 2013.

136. **Slotervaartziekenhuis.** Diabetes, lange termijncomplicaties (jaren). [Online] [Citaat van: 30 juni 2013.] <http://www.slotervaartziekenhuis.nl/diabetes/Waaromenhoebehandelen/Langetermijncomplicaties.aspx>.
137. **Boerma, W.** *Profiles of General Practice in Europe.* Utrecht : Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), 2003. ISBN 90-6905-626-7.
138. **Westerhof, R.H.E. & Felida, L.P.** *Zorgrekeningen Curaçao 2008-2011.* Willemstad : Volksgezondheid Instituut Curaçao, 2012. Te verkrijgen via: www.vic.cw.
139. **Centraal Bureau voor de Statistiek.** [Online] [Citaat van: 18 juli 2013.] <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2013/2013-3854-wm.htm>.
140. **Nationaal Kompas Volksgezondheid.** Huisartsenzorg: Hoe groot is het gebruik en waaruit bestaat het? [Online] [Citaat van: 01 juli 2013.] <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/eerstelijnszorg/huisartsenzorg/hoe-groot-is-het-gebruik-en-waaruit-bestaat-het/>.
141. *How often should we go to the dentist?* **Kay, E.J.** 7204, 1999, *BMJ*, Vol. 319, pp. 204-205.
142. **Centers for Disease Control and Prevention.** Prostate Cancer Rates by Race and Ethnicity. [Online] [Citaat van: 20 juli 2013.] <http://www.cdc.gov/cancer/prostate/statistics/race.htm>.
143. **Centers for Disease Control and Prevention.** Asian American Populations. [Online] [Citaat van: 19 juli 2013.] <http://www.cdc.gov/minorityhealth/populations/REMP/asian.html>.
144. *Sensitive questions in surveys.* **Tourangeau, R. & Yan, T.** 5, 2007, *Psychological Bulletin*, Vol. 133, pp. 859-883.
145. *Gender differences in social desirability and social approval bias in dietary self-report.* **Hebert, J.R., Ma, Y., Clemow, L., Ockene, I.S., Saperia, G. & Stanek, E.J.** 12, 1997, *American Journal Epidemiology*, Vol. 146, pp. 1046-1055.
146. **Caribbean Community Secretariat.** Regional Statistics. [Online] [Citaat van: 20 juli 2013.] <http://caricomstats.org/databases.html>.
147. **The World Bank.** Data, indicators. [Online] [Citaat van: 20 juli 2013.] <http://data.worldbank.org/indicator>.
148. **Centers for Disease Control and Prevention.** CDC Wonder. [Online] [Citaat van: 20 juli 2013.] <http://wonder.cdc.gov/WelcomeT.html>.

BIJLAGEN

Bijlage A: Gezondheidsindicatoren voor Curaçao en de geprefereerde gegevensverstrekkers

Bijlage B: Overzicht onderwerpen en aanpassingen voor vragenlijst NGE 2013

Bijlage C: Vragenlijst Nationale Gezondheidsenquête 2013

Bijlage D: Representatie respondenten per zone

Bijlage E: Brochure Nationale Gezondheidsenquête 2013

Bijlage F: Uitkomstenformulier fysieke metingen

BIJLAGE A: GEZONDHEIDSINDICATOREN CURAÇÃO

Op basis van inventariserend onderzoek is een voor Curaçao relevante selectie gemaakt uit de gezondheidsindicatoren van de 'World Health Organization' (WHO) ^(11; 17), de 'Pan American Health Organization' (PAHO) ^(2; 16; 18), de 'European Community Health Indicators Monitoring' (ECHIM) ⁽⁴⁴⁾, de 'Caribbean Community' (CARICOM) ⁽¹⁴⁶⁾, de World Bank ⁽¹⁴⁷⁾ en de 'Centers for Disease Control and Prevention' (CDC) wonder. ⁽¹⁴⁸⁾ Het Volksgezondheid Instituut Curaçao (VIC) verzamelt een aantal gegevens voor de gezondheidsindicatoren bij de primaire bron, zoals de zorgverzekeraars en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Daarnaast genereert VIC de gegevens op basis van eigen onderzoek, zoals de Nationale Gezondheidsenquête (NGE) en de zorgrekeningen.

1. Demografische en socio-economische factoren				
No.	Naam van de indicator	Definitie	Mogelijke gegevensbron	Geprefereerde periodiciteit gegevens
1	Totale bevolking per geslacht	Aantal inwoners, per geslacht, van de bevolking ongeacht zijn juridische status of nationaliteit in een bepaald jaar.	CBS	Jaarlijks
2	Leeftijdverdeling in bevolking	Leeftijdverdeling van de bevolking in een bepaald jaar.	CBS	Jaarlijks
3	Jaarlijkse bevolkingsgroei	De gemiddelde jaarlijkse verandering van de grootte van de bevolking.	CBS	Jaarlijks
4	Net migratie	Aantal personen die immigreren en emigreren in een bepaald jaar.	CBS	Jaarlijks
5	Bevolking naar beroep	Percentage van de bevolking naar beroepsgroep in een bepaald jaar.	CBS	Jaarlijks
6	Bevolking naar opleiding	Percentage van de bevolking verdeeld in drie klassen van het opleidingsniveau in een bepaald jaar.	CBS	Jaarlijks
7	Bevolking onder armoedegrens	Percentage van de volwassene inwoners die onder de landelijke armoedegrens wonen in een bepaald jaar.	CBS	Jaarlijks
8	Werkeloosheid	Percentage van de volwassene inwoners die werkloos zijn in een bepaald jaar.	CBS	Jaarlijks
9	Bevolkingsprojectie	Absolute getallen over de toekomstige omvang en structuur van de bevolking op basis van aannames voor de vruchtbaarheid, mortaliteit en migratie.	CBS	Jaarlijks
10	Geboortecijfer	Aantal levendgeborenen per 1.000 inwoners per jaar.	CBS	Jaarlijks
11	Sterfte cijfer	Aantal sterfgevallen per 1.000 inwoners per jaar.	CBS	Jaarlijks
12	Levensverwachting bij geboorte	De levensverwachting bij geboorte is het aantal jaren dat de pasgeborenen in een bepaald jaar kunnen verwachten te leven in dat gebied.	CBS	Jaarlijks
13	Aantal gezonde levensjaren	Verwachte resterende jaren in leven (voor een bepaalde leeftijd) zonder lange-termijn activiteit beperking.	CBS	Jaarlijks
14	Fertiliteitsratio	Gemiddeld aantal levendgeborene kinderen per vrouw in een bepaald jaar.	CBS	Jaarlijks
15	Bruto Nationaal Product	Waarde van alle goederen en diensten die worden geproduceerd in een bepaald jaar.	CBS	Jaarlijks
16	Telefonie	Aantal vaste lijnen en mobiele telefoons, per 100 inwoners, in een bepaald jaar.	CBS	Jaarlijks
17	Internet gebruikers	Aantal internetaansluitingen, per 100 inwoners, in een bepaald jaar.	Internet providers	Jaarlijks

2. Mortaliteit				
No.	Naam van de indicator	Definitie	Mogelijke gegevensbron	Geprefereerde periodiciteit gegevens
18	Neonatale sterfte	Het aantal sterfgevallen van baby's binnen vier weken na de bevalling per 1.000 levendgeborenen in een bepaald jaar.	CBS	Jaarlijks
19	Zuigelingensterfte	Het aantal sterfgevallen van zuigelingen (jonger dan één jaar oud bij overlijden) per 1.000 levendgeborenen in een bepaald jaar.	CBS	Jaarlijks
20	Kindersterfte	Het aantal sterfgevallen van kinderen (jonger dan vijf jaar oud bij overlijden) per 1.000 levendgeborenen in een bepaald jaar.	CBS	Jaarlijks
21	Kindersterfte naar oorzaak	Het aantal sterfgevallen van kinderen per oorzaak (jonger dan vijf jaar oud bij overlijden) per 1.000 levendgeborenen in een bepaald jaar.	CBS	Jaarlijks
22	Kraambedsterfte	Het aantal sterfgevallen van moeders t.g.v. baring per 1.000 levendgeborenen in een bepaald jaar.	CBS	Jaarlijks
23	Oorzaak sterfte	Sterfgevallen door specifieke ziekten of groepen ziekten (N=23) per 100.000 inwoners volgens ICD-10 code in een bepaald jaar.	Nader te bepalen	Jaarlijks

3. Morbiditeit en risicofactoren				
No.	Naam van de indicator	Definitie	Mogelijke gegevensbron	Geprefereerde periodiciteit gegevens
24	Infectieziekten	Incidentie van verschillende infectieziekten (N=25) per 100.000 inwoners in een bepaald jaar.	Laboratoria	Jaarlijks
25	Andere ziekten	Incidentie van alle maligne vormen van kanker (N=10) volgens ICD-10 code, per 100.000 inwoners, in een bepaald jaar.	ADC	Jaarlijks
26	Acuut hartinfarct	Incidentie van acuut myocardinfarct (niet-fatale en fatale) en coronaire overlijden per 100.000 inwoners in een bepaald jaar.	Zorgverzekeraars Ziekenhuizen	Jaarlijks
27	Beroerte (herseninfectie)	Incidentie van een beroerte (niet-fatale en fatale) per 100.000 inwoners in een bepaald jaar.	Zorgverzekeraars Ziekenhuizen	Jaarlijks
28	Artritis, reuma	Aantal personen die zijn gediagnosticeerd met artritis/reuma uitgedrukt per 100.000 inwoners en als percentage van de totale bevolking in een bepaald jaar.	Zorgverzekeraars Curreuma	Jaarlijks
29	Dementia	Aantal personen van 65-plussers die zijn gediagnosticeerd met dementie uitgedrukt per 100.000 inwoners en als percentage van de totale bevolking in een bepaald jaar.	Capriles kliniek Kas Hugenholtz Ziekenhuizen	Jaarlijks
30	Diabetes	Aantal personen die ooit zijn gediagnosticeerd met diabetes en zijn getroffen door deze aandoening de laatste 12 maanden per 100.000 inwoners en als percentage van de totale bevolking.	Zorgverzekeraars	Jaarlijks
31	Zelfgerapporteerde astma	Percentage personen die rapporteren ooit te zijn, door een arts, gediagnosticeerd met astma en zijn getroffen door deze aandoening in de afgelopen 12 maanden.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar

BIJLAGE A

No.	Naam van de indicator	Definitie	Mogelijke gegevensbron	Geprefereerde periodiciteit gegevens
32	Zelfgerapporteerde hoge bloeddruk	Percentage personen die rapporteren ooit te zijn, door een arts, gediagnosticeerd met hoge bloeddruk en zijn getroffen door deze aandoening in de afgelopen 12 maanden.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
33	Zelfgerapporteerde verhoogd cholesterol	Percentage personen die rapporteren ooit te zijn, door een arts, gediagnosticeerd met een verhoogde cholesterol en zijn getroffen door deze aandoening in de afgelopen 12 maanden.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
34	Zelfgerapporteerde beroerte	Percentage personen die rapporteren ooit te zijn, door een arts, gediagnosticeerd met beroerte en zijn getroffen door deze aandoening in de afgelopen 12 maanden.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
35	Zelfgerapporteerde hartaanval	Percentage personen die rapporteren ooit te zijn, door een arts, gediagnosticeerd met hartaanval en zijn getroffen door deze aandoening in de afgelopen 12 maanden.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
36	Zelfgerapporteerde longziekte (bv. chronische bronchitis, COPD)	Percentage personen die rapporteren ooit te zijn, door een arts, gediagnosticeerd met longziekte en zijn getroffen door deze aandoening in de afgelopen 12 maanden.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
37	Zelfgerapporteerde diabetes	Percentage personen die rapporteren ooit te zijn, door een arts, gediagnosticeerd met diabetes en zijn getroffen door deze aandoening in de afgelopen 12 maanden.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
38	Zelfgerapporteerde dementie	Percentage personen die rapporteren ooit te zijn, door een arts, gediagnosticeerd met dementie en zijn getroffen door deze aandoening in de afgelopen 12 maanden.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
39	Zelfgerapporteerde depressie	Percentage personen die rapporteren ooit te zijn, door een arts, gediagnosticeerd met depressie en zijn getroffen door deze aandoening in de afgelopen 12 maanden.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
40	Zelfgerapporteerde psychologisch lijden	Prevalentie van zelfgerapporteerde psychologisch lijden tijdens de afgelopen 4 weken per 100.000 inwoners in een bepaald jaar.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
41	Zelfgerapporteerde psychologisch welzijn	Prevalentie van zelfgerapporteerde psychische gezondheid tijdens de afgelopen 4 weken per 100.000 inwoners in een bepaald jaar.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
42	Zelfgerapporteerde chronische morbiditeit	Percentage personen die rapporteren aan één of meer langdurige ziekte of langdurig gezondheidsproblemen te lijden in een bepaald jaar.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
43	Zelfgerapporteerde algemene musculoskeletale pijn	Percentage personen die rapporteren aan algemene musculoskeletale pijn te lijden in een bepaald jaar.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
44	Zelfgerapporteerde langdurige limitaties in activiteiten	Percentage personen die rapporteren dat ze op lange termijn (≥ 6 maanden) beperkingen hebben in het uitvoeren van de dagelijkse activiteiten in een bepaald jaar.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
45	Zelfgerapporteerde psychische en sensorische functionele limitaties	Percentage personen die verklaren lichamelijke en zintuiglijke functionele beperkingen (met betrekking tot de mobiliteit, het spreken, het bijten/kauwen en behendigheid) te hebben in een bepaald jaar.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar

BIJLAGE A

No.	Naam van de indicator	Definitie	Mogelijke gegevensbron	Geprefereerde periodiciteit gegevens
46	Zelfgerapporteerde ongelukken (bedrijfsongeval, ongeval op school en ongeval thuis of in vrije tijd)	Percentage personen dat meldt een ongeval thuis, tijdens de vrijetijdsbesteding en/of op school te hebben gehad tijdens de afgelopen 12 maanden, wat resulteerde in een blijvend (in- of uitwendig) letsel en het percentage personen dat meldt een medische behandeling te hebben gezocht t.g.v. een ongeval thuis, tijdens de vrijetijdsbesteding, en / of op school in de afgelopen 12 maanden wat resulteerde in een blijvend (in- of uitwendig) letsel.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
47	Zelfgerapporteerde verkeersongelukken	Percentage personen die melden een verkeersongeval te hebben gekregen in de afgelopen 12 maanden, wat resulteerde in een blijvend (in- of uitwendig) letsel in een bepaald jaar en percentage personen dat meldt medische behandeling te hebben gezocht t.g.v. een verkeersongeval in de afgelopen 12 maanden, wat resulteerde in een blijvend (in- of uitwendig) letsel in een bepaald jaar.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
48	Zelfgerapporteerde gezondheid	Percentage personen die hun gezondheid als (heel) goed beoordelen in een bepaald jaar.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
49	Zelfgerapporteerde sociale ondersteuning	Percentage personen die melden dat ze geen of alleen 1 persoon hebben op wie ze kunnen rekenen als ze ernstige persoonlijke problemen hebben in een bepaald jaar.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
50	Zelfgerapporteerde alcohol consumptie	Percentage mensen die rapporteren overmatig alcohol te drinken in de bevolking en zware alcohol drinkers in een bepaald jaar.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
51	Zelfgerapporteerde regelmatige rokers	Percentage personen die rapporteren dagelijks sigaretten en/of shag te roken in een bepaald jaar.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
52	Zelfgerapporteerd gebruik van illegale drugs	Prevalentie van het zelfgerapporteerde gebruik van bepaalde illegale psychoactieve drugs in een bepaald jaar.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
53	Zelfgerapporteerde Body Mass Index	Prevalentie van personen met overgewicht en obesitas in een bepaald jaar.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
54	Zelfgerapporteerde lichamelijke activiteiten	Percentage personen die rapporteren gezondheid bevorderende fysieke activiteiten te hebben uitgevoerd in een bepaald jaar.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
55	Zelfgerapporteerd voedingspatroon	Percentage mensen die rapporteren dagelijks fruit en/of groente en/of fast food te eten in een bepaald jaar.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
56	Drinkwatervoorziening	Aandeel van de bevolking met toegang tot een waterbron in een bepaald jaar.	Aqualectra	Jaarlijks
57	Geboortegewicht	Het aantal laag geboortegewicht per 100 levendgeborenen in een bepaald jaar.	Jeugdgezondheidszorg CBS	Jaarlijks
58	Borstvoeding	Percentage zuigelingen met borstvoeding na 3 maanden en na 6 maanden in een bepaald jaar.	Jeugdgezondheidszorg	Jaarlijks
59	Kinderen met ondervoeding	Percentage kinderen onder de 5 jaar met matige en ernstige voedingstekorten in een bepaald jaar.	Jeugdgezondheidszorg	Jaarlijks

4. Gebruik van gezondheidszorg				
No.	Naam van de indicator	Definitie	Mogelijke gegevensbron	Geprefereerde periodiciteit gegevens
60	Aantal operaties	Het aantal chirurgische operaties en procedures in ziekenhuizen, inclusief dag opnames, acuut en electief operaties, per 100.000 inwoners volgens (N=11) ICD-9 codes.	Ziekenhuizen Zorgverzekeraars	Jaarlijks
61	Ontslagen uit ziekenhuis	Het aantal ziekenhuisontslagen uit alle ziekenhuizen tijdens een bepaald kalenderjaar, per 100.000 inwoners volgens (N=25) ICD-10 codes.	Ziekenhuizen Zorgverzekeraars	Jaarlijks
62	Ziekenhuis dag opnames	Het aantal dag opnames in alle ziekenhuizen tijdens een bepaald kalenderjaar, per 100.000 inwoners volgens (N=25) ICD-10 codes.	Ziekenhuizen Zorgverzekeraars	Jaarlijks
63	Mobiliteit patiënten	Absoluut aantal en het percentage buitenlandse patiënten onder alle patiënten die worden ontslagen uit het ziekenhuis.	Ziekenhuizen	Jaarlijks
64	Dialyse patiënten	Percentage personen die gedialyseerd worden in een bepaald jaar.	SEHOS Caribbean Medic Healthcare Systems N.V.	Jaarlijks
65	Amputaties door diabetes	Percentage amputaties bij diabetici in een bepaald jaar.	Zorgverzekeraars	Jaarlijks
66	Medicijnen gebruik	Percentage van de bevolking die gebruikt maakt van door een arts voorgeschreven medicijn(en) en antibiotica voor een aantal ziekten in een bepaald jaar.	Zorgverzekeraars	Jaarlijks
67	Zelfgerapporteerde huisarts bezoeken	Gemiddeld aantal zelfgerapporteerde bezoeken aan de huisarts per persoon per jaar, in een bepaald jaar.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
68	Zelfgerapporteerde tandarts bezoeken	Gemiddeld aantal zelfgerapporteerde bezoeken aan de tandarts per persoon per jaar, in een bepaald jaar.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
69	Zelfgerapporteerde medisch specialist bezoeken	Gemiddeld aantal zelfgerapporteerde bezoeken aan de medisch specialist per persoon per jaar, in een bepaald jaar.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
70	Zelfgerapporteerde influenza vaccinatie bij ouderen	Percentage ouderen die rapporteren influenza vaccin te hebben ontvangen tijdens de laatste 12 maanden.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
71	Zelfgerapporteerde medicijnen gebruik	Percentage van de bevolking die rapporteren gebruikt te hebben gemaakt van door een arts voorgeschreven medicijn(en) voor astma, COPD, hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten, diabetes, spanning / angst en depressie in de afgelopen 2 weken, in een bepaald jaar.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
72	Zelfgerapporteerd gebruik van contraceptieve methoden	Prevalentie van het zelfgerapporteerde gebruik van contraceptieve methoden onder vrouwen in een bepaald jaar.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
73	Zelfgerapporteerde borstkankerscreening	Proportie vrouwen van 50-75 jaar die rapporteren een borstkanker screening test te hebben gedaan in de afgelopen twee jaar.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar

BIJLAGE A

No.	Naam van de indicator	Definitie	Mogelijke gegevensbron	Geprefereerde periodiciteit gegevens
74	Zelfgerapporteerde cervixkankerscreening	Proportie vrouwen van 30-60 jaar die rapporteren een baarmoederhalskanker screening test te hebben gedaan in de afgelopen drie jaar.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
75	Zelfgerapporteerde bloeddrukmeting	Proportie mensen van 60 jaar en ouder die rapporteren hun bloeddruk te hebben laten gemeten in het afgelopen jaar.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
76	Zelfgerapporteerde bloedglucosemeting	Proportie mensen van 45 jaar en ouder die rapporteren hun bloedglucose te hebben laten gemeten in het afgelopen jaar.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
77	Zelfgerapporteerd oogonderzoek bij diabetici	Percentage diabetici die rapporteren een oogonderzoek te hebben ondergaan in de afgelopen 2 jaar.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
78	Zelfgerapporteerd voetonderzoek bij diabetici	Percentage diabetici die rapporteren een voetonderzoek te hebben ondergaan in het afgelopen jaar.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar
79	Toegankelijkheid van zorg	Percentage mensen die rapporteren onvervulde behoefte aan medisch onderzoek of behandeling in een bepaald jaar door de volgende drie redenen: financiële barrières, wachttijden en te ver reizen.	VIC (NGE)	Elke 4 jaar

5. Organisatie van gezondheidszorg

No.	Naam van de indicator	Definitie	Mogelijke gegevensbron	Geprefereerde periodiciteit gegevens
80	Aantal zorgverleners	Totaal aantal (praktiserende) artsen, tandartsen, verpleegkundigen en paramedici per 100.000 inwoners in een bepaald jaar.	Zorgverzekeraars	Jaarlijks
81	Beschikbaarheid medische technologieën	Aantal computer tomografische scanners (CT-eenheden) en magnetic resonance imaging units (MRI-eenheden) per 100.000 inwoners in een bepaald jaar.	Ziekenhuizen	Jaarlijks
82	Dekking zorgverzekering	Percentage van de bevolking met elke vorm van ziektekostenverzekering in een bepaald jaar.	Zorgverzekeraars	Jaarlijks
83	Vaccinatiegraad bij kinderen	Percentage zuigelingen die volledig zijn gevaccineerd tegen de belangrijke besmettelijke kinderziekten, in een bepaald jaar.	Jeugdgezondheidszorg	Jaarlijks
84	Ziekenhuisbedden	Totaal aantal ziekenhuisbedden per 100.000 inwoners in een bepaald jaar.	Ziekenhuizen	Jaarlijks

6. Zorguitgaven				
No.	Naam van de indicator	Definitie	Mogelijke gegevensbron	Geprefereerde periodiciteit gegevens
85	Totale uitgaven aan gezondheidszorg	Totale nationale uitgaven voor de totale, publieke en private gezondheidssector in een bepaald jaar, uitgedrukt als percentage van het bruto binnenlands product (BBP) en uitgedrukt in miljoenen lokale valuta en in miljoenen Purchasing Power Parity \$ (PPP\$).	VIC (Zorgrekeningen)	Jaarlijks
86	Totaal out-of-pockets (OOP)	Totale uitgaven aan de gezondheidszorg, die niet afkomstig zijn van publieke of private verzekeraars en de overheid, in een bepaald jaar. Ook wel directe, niet via verzekeringspremies, uitgaven van burgers aan gezondheidszorg.	VIC (Zorgrekeningen)	Jaarlijks
87	Totale overheidsuitgaven gezondheidszorg	Totale uitgaven aan de gezondheidszorg, door de overheid, in een bepaald jaar.	VIC (Zorgrekeningen)	Jaarlijks
88	Totale private uitgaven gezondheidszorg	Totale uitgaven aan de gezondheidszorg, door de private sector, particuliere verzekeraars en out of pockets, in een bepaald jaar.	VIC (Zorgrekeningen)	Jaarlijks
89	Totale gezondheidszorguitgaven via sociale (publieke) verzekeringen	Totale uitgaven aan gezondheidszorg via sociale verzekeringen, in een bepaald jaar.	VIC (Zorgrekeningen)	Jaarlijks
90	Gezondheidszorguitgaven door overheid per capita	Totale gezondheidszorguitgaven door de overheid per hoofd van de bevolking in een bepaald jaar.	VIC (Zorgrekeningen)	Jaarlijks
91	Gezondheidszorguitgaven per capita	Uitgaven aan gezondheidszorg per hoofd van de bevolking in een bepaald jaar.	VIC (Zorgrekeningen)	Jaarlijks

BIJLAGE B

BIJLAGE B: OVERZICHT ONDERWERPEN EN AANPASSINGEN VOOR VRAGENLIJST NGE 2013

Module	Onderwerp (aantal vragen)	Origine van vraag (vragen)	Aanpassingen
Achtergrondfactoren			
01 Achtergrondfactoren	Geslacht (1) Leeftijd (1) Etnische achtergrond (1) Geboorteland (1) Burgerschap (1) Samenstelling huishouden (1) Burgerlijke staat (1) Samenwonend (1) Opleiding (1) Arbeidssituatie (2) Inkomen huishouden (1)	EHIS EHIS CHS 1993/1994 EHIS EHIS EHIS EHIS EHIS EHIS EHIS	Antwoordopties d.m.v. Census 2011 Antwoordopties d.m.v. Census 2011 Antwoordopties d.m.v. Census 2011 Gesloten vraag gemaakt Antwoordopties d.m.v. Census 2011
Gezondheidstoestand			
02 Functionele beperkingen	Sensorische functionele beperkingen (5) Lichamelijke functionele beperkingen (6) Hulp ontvangen(1) Hulp nodig (1)	EHIS EHIS EHIS EHIS	Antwoordopties voor reductie moeilijkheid Antwoordopties voor reductie moeilijkheid
03 Gezondheids-toestand	Ervaren gezondheid (1) Chronische aandoeningen (1) Beperkingen in dagelijkse activiteiten (1) Ziekte-specifieke morbiditeit (78) Ziekte-specifiek medicijngebruik (26) Gebruik anticonceptie (10) Ongevallen en verwondingen (8)	EHIS EHIS EHIS EHIS EHIS EHIS EHIS	Enkele items voor dekking Curaçao In module opgenomen voor reductie moeilijkheid Enkele items voor dekking Curaçao Antwoordopties voor reductie moeilijkheid
04 Lijden & gevoelens	Lichamelijke pijn (20) Psychologische stress en welzijn (9) Ervaren geluk (1) Invloed psyche op werk (2) Sociale kring (1) Informatie over de gezondheid (9)	ECHIM EHIS ECHIM ECHIM EHIS EHIS	
Determinanten van gezondheid			
05 Body Mass Index	Lengte en gewicht (2)	EHIS	
06 Lichaamsbeweging	Lichaamsbeweging (4) Reden geen beweging (1)	EHIS CHS 1993/1994	Voor reductie moeilijkheid Gesloten vraag gemaakt
07 Eetgewoonten	Consumptie van fruit (1) Reden niet-dagelijkse consumptie fruit(1) Consumptie van groente (1) Reden niet-dagelijkse cons. groente (1) Consumptie van fast-food (1) Consumptie van drankjes (1)	EHIS VIC EHIS VIC VIC VIC	Op verzoek van Ministerie van GMN Op verzoek van Ministerie van GMN Op verzoek van Ministerie van GMN Op verzoek van Ministerie van GMN
08 Omgeving	Leefomgeving (7)	EHIS	Enkele items voor dekking Curaçao
09 Roken	Tabaksgebruik (4) Leeftijd start tabaksgebruik (1) Roken tijdens de zwangerschap (1)	EHIS PAHO/ WHO ECHIM	SM.3 antwoorden in thickbox
10 Alcohol	Alcoholgebruik (5) Afhankelijkheid alcohol (5) Leeftijd start alcoholgebruik (1)	EHIS ECHIM PAHO	AL.1/2 voor reductie moeilijkheid Al.4 Toegevoegd optie 'rijden onder invloed'
11 Drugs	Drugsgebruik (2)	EHIS	Voor reductie moeilijkheid

BIJLAGE B

Module	Onderwerp (aantal vragen)	Origine van vraag (vragen)	Aanpassingen
Gezondheidszorg			
12 Gezondheidszorg	Ziekenhuisopnames (4) Consultaties met tandheelkundigen (1) Consultaties met huisarts (2) Specificaties consultaties met huisarts (8) Consultaties met med. specialisten (2) Locatie consultatie med. specialist (1) Reden consultatie buitenland (1) Bezoek specifieke zorgverleners (6) Bezoek alternatieve zorgverleners (5) Geografische toegankelijkheid (4) Onvoorziene behoeften zorgverleners (2) Onvoorziene behoeften tandarts (2)	EHIS EHIS EHIS CHS 1993/1994 EHIS VIC CHS 1993/1994 EHIS EHIS PAHO EHIS EHIS	Enkele items voor dekking buitenland Enkele items voor dekking Curaçao Op verzoek van Ministerie van GMN Gesloten vraag gemaakt Thuiszorg geïncludeerd, 4 opties verwijderd Helderziende geïncludeerd Gebaseerd op richtlijn PAHO Aangepast voor zorgverleners Aangepast voor tandartsen
13 Preventie	Bloedsuiker meting (2) Bloeddruk meting (2) Influenza vaccinatie (3) Borst kanker screening (2) Cervix kanker screening (2) Oogonderzoek voor diabetici (2) Voetonderzoek voor diabetici (2)	EHIS EHIS EHIS EHIS EHIS PAHO PAHO	Gebaseerd op richtlijn PAHO Gebaseerd op richtlijn PAHO
14 Tevredenheid en verzekering	Tevredenheid met zorgvoorzieningen (6) Dekking ziektekostenverzekering (2)	EHIS EHIS	Enkele items voor dekking Curaçao Antwoordopties d.m.v. Census 2011

CHS = Curaçao Health Study

ECHIM = European Community Health Indicator Monitoring

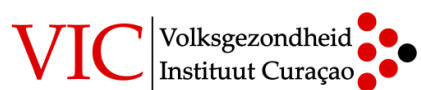
EHIS = European Health Interview Survey

GMN = Gezondheid, Milieu en Natuur

PAHO = Pan American Health Organization

VIC = Volksgezondheid Instituut Curaçao

- Nederlandse versie -



BIJLAGE C

IN TE VULLEN VÓÓR HET INTERVIEW

Naam en achternaam interviewer:.....

Datum interview: |__|_|_|_|_|_|_|_|_| (dd/mm/jj)

Respondentnummer |__|_|_|_|_|_|

Telefoonnummer:

Geo code:

Plaats/Gebied:

BEGIN VAN HET INTERVIEW

INTERVIEWER VRAAGT: WELK MEERDERJARIG (> 18 JAAR OF OUDER) LID VAN DIT HUISHOUDEN ZAL ALS EERSTE JARIG ZIJN?

Indien er meerdere meerderjarige leden van het huishouden aanwezig zijn, wordt voor deze enquête diegene die als eerste jarig zal zijn, geïnterviewd.

IN TE VULLEN NA HET INTERVIEW

Omstandigheden tijdens het interview:

- Alleen met de respondent
- Anderen aanwezig, maar hebben het interview niet beïnvloed
- Anderen aanwezig, en hebben het interview ook beïnvloed
- Een derde heeft voor de respondent geantwoord

Het interview werd uitgevoerd

- In één sessie
- In meerdere sessies

Duur interview: |__| uur en |__| minuten

ACHTERGRONDFACTOREN

Ik wil graag met enkele vragen van algemene aard beginnen. Bij het beantwoorden van sommige vragen kunt u gebruik maken van de showcards. Weet u bij een vraag niet zeker welk antwoord u moet kiezen, kies dan het antwoord dat in uw geval toch het beste past.

BF.1 Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw

BF.2 Hoe oud bent u?

|__|__|__| jaar oud

BF.3 Wat is uw etnische achtergrond?

(Indien gemengd, vink dan maximaal 2 hokjes aan)

- Afro-Caribisch (Zwart)
- Latijns-Amerikaans
- Arabisch of Caribisch Arabisch
- Aziatisch of Caribisch Aziatisch
- Indisch
- Kaukasisch (Blank of Blank-Caribisch)
- Ander

BF.4 Wat is uw geboorteland?

- Curaçao
- Ander Nederlands-Caribisch eiland
- Nederland
- Ander Caribisch eiland
- Zuid-Amerikaans land
- Ander land

BF.5 Welk burgerschap heeft u? KIES SLECHTS ÉÉN CATEGORIE.

- Burgerschap van Curaçao
- Burgerschap van een ander Nederlands-Caribisch eiland
- Burgerschap van Nederland
- Burgerschap van een ander Caribisch eiland
- Burgerschap van een Zuid-Amerikaans land
- Burgerschap van een ander land

Vervolgens wil ik u graag enkele vragen stellen met betrekking tot uw huishouden.

BF.6 Hoeveel leden telt uw huishouden, uzelf inbegrepen?

|__|__| meerderjarigen en |__|__| kinderen

BF.7 Wat is uw burgerlijke staat?

- Ongehuwd, nooit getrouwd geweest
- Gehuwd (incl. geregistreerd partnerschap)
- Weduwe/weduwenaar, niet hertrouwd
- Gescheiden en niet hertrouwd (inclusief scheiding van tafel en bed en ontbonden geregistreerd partnerschap)

BF.8 Mag ik vragen of u met iemand in het huishouden, getrouwd of niet, samenwoont?

- Ja, getrouwd
- Ja, als partner
- Nee

Nu volgen er enkele vragen met betrekking tot uw opleiding en huidige arbeidssituatie.

INTERVIEWER: **STEL DE VOLGENDE VRAAG AAN DE RESPONDENT EN GEBRUIK DE SHOWCARD ALS HULPMIDDEL BIJ HET KIEZEN VAN DE JUISTE CATEGORIE.**

BF.9 Wat is uw hoogst genoten opleiding waarvoor u een certificaat, diploma of academische graad heeft behaald?

- Geen formeel onderwijs
- Basisschool
- Lager secundair onderwijs
- (Hoger) secundair onderwijs
- Postsecundair niet-tertiair
- Eerste fase van het tertiair onderwijs
- Tweede fase van het tertiair onderwijs

BF.10 Hoe omschrijft u uw huidige arbeidssituatie?

- In loondienst of zelfstandige (inclusief onbetaald werk voor familiebedrijf of -holding, stage of betaalde stage, ook indien niet werkende i.v.m. zwangerschaps-/bevallings-/vaderschapsverlof, arbeidsongeschiktheid of vakantie) → DOOR NAAR BF.12
- Werkeloos
- Leerling, student, aanvullende opleiding, onbetaalde werkervaringplek
- Met (vervroegd) pensioen of niet langer bezig met bedrijf
- Langdurig arbeidsongeschikt (inclusief door langdurige ziekte of gezondheidsprobleem)
- Vrijwilligerswerk
- Huisvrouw/-man

BF.11 Heeft u ooit betaald werk verricht of met winstoogmerk gewerkt?

- Ja
- Nee

BIJLAGE C

Nu wil ik u graag enkele vragen stellen met betrekking tot uw huishoudelijk inkomen.

INTERVIEWER: GEEF DE SHOWCARD AAN DE RESPONDENT EN LAAT HEM/HAAR EEN CATEGORIE KIEZEN.

BF.12 Hou rekening met alle inkomensbronnen van zowel uzelf als de andere leden van het huishouden, zoals salarissen, uitkeringen en subsidies. Kunt u aangeven welke letter een benadering van de totale netto maandinkomens-klasse van uw huishouden aangeeft (dus na belastingen, sociale premies etc.). *KIES SLECHTS ÉÉN CATEGORIE.*

- A
- B
- C
- D
- E
- F
- G
- H
- I
- J
- K
- L

MODULE LICHAAMELIJKE BEPERKINGEN

Nu wil ik u vragen om bij het beantwoorden van de volgende vragen te denken aan situaties die u in uw dagelijks leven meemaakt. Hou a.u.b. geen rekening met lichamelijke beperkingen van tijdelijke aard.

PL.1 Draagt u een bril of contactlenzen?

- Ja →DOOR NAAR OPMERKING 1
- Nee
- Ik ben blind/kan helemaal niets zien →DOOR NAAR PL.4

Opmerking 1

INTERVIEWER LEEST VOOR: 'BEANTWOORD DE VOLGENDE VRAGEN A.U.B. UITGAANDE VAN DE MANIER WAAROP U NORMAAL UW BRIL OF CONTACTLENZEN GEBRUIKT'.

PL.2 Bent u in staat de krant te lezen?

- Ja, zonder enige moeite
- Met enige moeite
- Met veel moeite
- Helemaal niet

PL.3 Bent u in staat om het gezicht van iemand 4 meter verderop (aan de overkant van de weg) te zien?

- Ja, zonder enige moeite
- Met enige moeite
- Met veel moeite
- Helemaal niet

PL.4 Draagt u een gehoorapparaat?

- Ja →DOOR NAAR OPMERKING 2
- Nee
- Ik ben volledig doof →DOOR NAAR PL.6, volgende pagina

Opmerking 2

INTERVIEWER LEEST VOOR: 'BEANTWOORD DE VOLGENDE VRAGEN A.U.B. UITGAANDE VAN DE MANIER WAAROP U NORMAAL UW GEHOORAPPARAAT GEBRUIKT'.

PL.5 Bent u in staat een gesprek met 3 of meer andere personen te volgen?

- Ja, zonder enige moeite
- Met enige moeite
- Met veel moeite
- Helemaal niet

PL.6 Bent u in staat om zonder een wandelstok, een ander soort hulpmiddel of hulp van iemand anders, 500 meter op vlak terrein te lopen?

- Ja, zonder enige moeite
- Met enige moeite
- Met veel moeite
- Helemaal niet

PL.7 Bent u in staat om zonder een wandelstok, een ander soort hulpmiddel of hulp van iemand anders, en zonder gebruik te maken van de trapleuning, een trap van de ene verdieping naar de andere op en af te lopen?

- Ja, zonder enige moeite
- Met enige moeite
- Met veel moeite
- Helemaal niet

PL.8 Bent u in staat om zich zonder hulp te buigen en te knielen?

- Ja, zonder enige moeite
- Met enige moeite
- Met veel moeite
- Helemaal niet

PL.9 Bent u in staat om minstens 10 meter te lopen terwijl u een 5 kilo wegende boodschappentas in uw armen draagt?

- Ja, zonder enige moeite
- Met enige moeite
- Met veel moeite
- Helemaal niet

PL.10 Bent u in staat om zonder hulp met uw vingers kleine voorwerpen, bijvoorbeeld een pen, op te rapen en te gebruiken?

- Ja, zonder enige moeite
- Met enige moeite
- Met veel moeite
- Helemaal niet

PL.11 Bent u in staat om zonder hulpmiddelen (zoals een kunstgebit) hard voedsel, een harde appel bijvoorbeeld, af te bijten en te kauwen?

- Ja, zonder enige moeite
- Met enige moeite
- Met veel moeite
- Helemaal niet

Bij het beantwoorden van de volgende vragen moet u denken aan dagelijkse activiteiten zoals huishoudelijke taken en zelfverzorging, bijvoorbeeld inkopen doen, douchen, koken, eten en naar het toilet gaan.

PL.12 Krijgt u bij het huishouden of bij uw zelfverzorging hulp vanwege lichamelijke beperkingen die u daarbij hinderen?

- Ja, minstens bij één bezigheid
- Nee, ik krijg daarbij geen hulp
- Niet van toepassing; ik heb geen hulp nodig → DOOR NAAR MODULE, HS,
volgende pagina

PL.13 Heeft u (meer) hulp nodig bij het huishouden of bij uw zelfverzorging?

- Ja, minstens bij één bezigheid
- Nee

Nu wil ik het graag hebben over uw gezondheid. Bij het beantwoorden van sommige vragen kunt u gebruik maken van showcards. Weet u bij een vraag niet zeker welk antwoord u moet kiezen, kies dan het antwoord dat in uw geval toch het beste past.

HS.1 Hoe beschrijft u uw eigen gezondheid in het algemeen? *KIES SLECHTS ÉÉN CATEGORIE.*

- Heel goed
- Goed
- Matig
- Slecht
- Heel slecht

HS.2 Lijdt u aan één of andere langdurige ziekte of langdurig gezondheidsprobleem? [Bij langdurige ziekten of gezondheidsproblemen gaat het dan om ziekten of problemen die 6 maanden of langer bestaan of verwacht worden te bestaan].

- Ja
- Nee

HS.3 In hoeverre heeft een gezondheidsprobleem u in de afgelopen 6 maanden bij normale dagelijkse activiteiten beperkt? *KIES SLECHTS ÉÉN CATEGORIE.*

Werd u, volgens u ...

- Ernstig beperkt
- Beperkt, maar niet ernstig
- Helemaal niet beperkt

Nu zal ik u een lijst ziekten en aandoeningen voorlezen. Kunt u a.u.b. aangeven of u aan één of meer van deze ziekten en aandoeningen lijdt of heeft geleden?

Kunt u aangeven of u ooit heeft geleden aan ...

INTERVIEWER: **LEES DE CATEGORIEËN HARDOP.** STEL VRAGEN HS.5, HS.6 EN HS.7 BIJ IEDERE ZIEKTE/GEZONDHEIDSPROBLEEM DIE DE RESPONDENT AANGEEFT.

BIJLAGE C

	HS.4 Lijdt u of heeft u ooit geleden aan één of meer van de volgende ziekten en aandoeningen?		HS.5 Is deze ziekte/aandoening door een arts vastgesteld?		HS.6 Heeft u <u>in de afgelopen 12 maanden</u> aan deze ziekte/aandoening geleden?		HS.7 Heeft u <u>in de afgelopen 2 weken</u> geneesmiddelen gebruikt ter behandeling van deze ziekte/aandoening? (alleen op recept van een arts)	
	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
a. Astma (inclusief allergische astma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Longziekte, zoals chronische bronchitis/chronisch obstructieve longziekte (COPD/emfyseem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hartaanval (Myocardinfarct)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Andere hartaandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Beroerte (herseninfectie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Reumatoïde artritis (gewrichtsontsteking)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Hernia of andere chronische rugaandoeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Allergie, bijv. voedselallergie, loopneus, huiduitslag of oogontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Maagzweer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Leveraandoening, bijv. cirrose of hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Hoog cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BIJLAGE C

	HS.4 Lijdt u of heeft u ooit geleden aan één of meer van de volgende ziekten en aandoeningen?		HS.5 Is deze ziekte/aandoening door een arts vastgesteld?		HS.6 Heeft u in de afgelopen 12 maanden aan deze ziekte/aandoening geleden?		HS.7 Heeft u in de afgelopen 2 weken geneesmiddelen gebruikt ter behandeling van deze ziekte/aandoening? (alleen op recept van een arts)	
	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
n. Kanker (inclusief leukemie en lymfoom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Migraine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Chronische depressie (langer dan 3 maanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Andere geestelijke aandoeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Blijvend letsel of gebrek als gevolg van een ongeval	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Cataract (vertroebeling van de ooglen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Nierstenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. Nieraandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w. Dengue of dengue symptomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x. (vrouwen) Gynaecologische problemen, zoals cysten onvruchtbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y. (vrouwen) Menstruatieproblemen, zoals onregelmatige cyclus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
z. (mannen) Prostaatproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BIJLAGE C

INTERVIEWER: DE VOLGENDE VRAAG IS ALLEEN VOOR VROUWEN BESTEMD.

HS.8 Heeft u in de afgelopen 4 weken de volgende voorbehoedsmiddelen gebruikt?

INTERVIEWER: LEES DE CATEGORIEËN HARDOP.

	Ja	Nee
a) Anticonceptiepil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Implanteerstaafje (Implanon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Anticonceptiering (NuvaRing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Anticonceptiespiraal (Intrauterine device)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ander hormonaal voorbehoedsmiddel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Morning-afterpil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Coïtus interruptus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Condoom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Onthouding gedurende vruchtbare periode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Andere anticonceptiemethode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nu zal ik u een lijst ongevallen voorlezen. Kunt u a.u.b. aangeven of u in de afgelopen 12 maanden één of meer van zulke ongevallen heeft gehad?

INTERVIEWER: LEES DE CATEGORIEËN HARDOP. STEL VRAAG HS.10 BIJ IEDER ONGEVAL DIE DE RESPONDENT AANGEEFT.

Soort ongeval	HS.9 Heeft u in de afgelopen 12 maanden één of meer van de volgende ongevallen gehad met blijvend (in- of uitwendig) letsel als gevolg?		HS.10 Heeft u als gevolg van dit ongeval een arts of verpleegkundige geraadpleegd, of de afdeling spoedeisende hulp van een ziekenhuis bezocht?	
	Ja	Nee	Ja	Nee
Verkeersongeval	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedrijfsongeval	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ongeval op school	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ongeval thuis of in vrije tijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De volgende vragen hebben te maken met lichamelijke pijn die u eventueel de afgelopen week heeft gehad.

INTERVIEWER: LEES DE CATEGORIEËN HARDOP.

Pijnplek	SF. 1 Heeft u de afgelopen week op meer dan 4 verschillende dagen op de volgende plekken pijn gehad die u heeft belemmerd in uw dagelijkse activiteiten?		SF.2 Heeft deze pijn 3 maanden of langer geduurd?	
	Ja	Nee	Ja	Nee
Hoofd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schouder(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bovenrug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ellebogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pols/polsen/hand(en)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onderrug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heup(en)/bovenbeen/-benen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knie(ën)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enkels/voet/voeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BIJLAGE C

De volgende vragen gaan over hoe u zich voelt en hoe het met u in de afgelopen 4 weken gegaan is. Geef bij iedere vraag a.u.b. het antwoord aan dat het beste beschrijft hoe u zich in die tijd heeft gevoeld.

INTERVIEWER: GEEF DE SHOWCARD AAN DE RESPONDENT EN LEES DE CATEGORIEËN HARDOP.

Hoe vaak in de afgelopen 4 weken ...

	De hele tijd	Meestal	Soms	Heel af en toe	Nooit
SF.3 Voelde u zich levenslustig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SF.4 Voelde u zich erg zenuwachtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SF.5 Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SF.6 Voelde u zich kalm en rustig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SF.7 Voelde u zich vol energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SF.8 Voelde u zich neerslachtig en somber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SF.9 Voelde u zich helemaal uitgeput?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SF.10 Voelde u zich gelukkig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SF.11 Voelde u zich moe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SF.12 Beschrijft u zich als iemand die:

- Gelukkig en levenslustig is
- Enigszins gelukkig is
- Enigszins ongelukkig is
- Ongelukkig en weinig levenslustig is
- Zo ongelukkig is dat het leven geen zin heeft

SF.13 Heeft u in de afgelopen 4 weken, als gevolg van emotionele stress of emotionele problemen (zoals depressie of angst), in uw werk of andere dagelijkse activiteiten minder gepresteerd dan u had gewild?

- Ja
- Nee

SF.14 Heeft u de afgelopen 4 weken, als gevolg van emotionele stress of emotionele problemen (zoals depressie of angst), uw werk of andere dagelijkse activiteiten minder accuraat uitgevoerd?

- Ja
- Nee

BIJLAGE C

SF.15 Met hoeveel personen in uw leven bent u zo vertrouwd dat u op hen kunt rekenen wanneer u met een ernstig persoonlijk probleem zit?

- Geen
- 1 of 2
- 3 t/m 5
- Meer dan 5

SF.16 Waar haalt u informatie vandaan over gezondheid?

INTERVIEWER: LEES DE CATEGORIEËN HARDOP.

	Ja	Nee
a) Uw huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Andere professionele zorgverleners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Gezondheidsvoorlichtingscampagnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Op het werk/op school	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Brochures op het consultatiebureau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Familie/vrienden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Media (krant, radio, TV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Boeken/tijdschriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MODULE BMI

De volgende vragen gaan over uw lengte en gewicht.

BMI.1 Wat is uw lengte wanneer u geen schoenen aan heeft?

|__|__|__| cm

- Weet het niet

BMI.2 Wat is uw gewicht zonder kleren of schoenen?

|__|__|__| kg

- Weet het niet

De volgende vragen gaan over de tijd die u de afgelopen 7 dagen aan lichaamsbeweging heeft besteedt.

PE.1 Op hoeveel van de afgelopen 7 dagen heeft u ten minste 10 minuten aan intensieve lichaamsbeweging besteed? (Het gaat hier om activiteiten waardoor u veel harder dan normaal gaat ademhalen, bijv. fitness, tennissen, joggen en dansen, maar ook graven, uw huis schilderen, etc.)

|__| Dagen per week INDIEN NUL→GA DAN DOOR NAAR PE.3

PE.2 Hoeveel tijd heeft u de afgelopen 7 dagen totaal besteed aan intensieve lichaamsbeweging?

|__|__| uur |__|__| minuten

Nu gaat het om lichte vormen van lichaamsbeweging, zoals wandelen, stretchen en licht zwemmen.

PE.3 Op hoeveel van de afgelopen 7 dagen heeft u ten minste 10 minuten aan lichte vormen van lichaamsbeweging besteed?

(Het gaat hier om activiteiten waarbij u nog in staat bent om een gesprek te voeren)

|__| Dagen per week INDIEN NUL→GA DAN DOOR NAAR PE.5

PE.4 Hoeveel tijd heeft u de afgelopen 7 dagen totaal besteed aan lichte vormen van lichaamsbeweging?

|__|__| uur |__|__| minuten

PE.5 Indien u deze week helemaal niet aan lichaamsbeweging heeft gedaan, wat was daar de reden van?

KIES SLECHTS ÉÉN CATEGORIE.

- Ik had niet genoeg tijd of energie
- Ik hou niet van lichaamsbeweging
- Ik ben gewoon te lui
- Lichaamsbeweging heb ik niet nodig
- Het kost te veel geld
- Ik heb een blessure/handicap/ziekte
- Ik ben er te oud voor
- Andere reden

De volgende vragen gaan over uw consumptie van groente en fruit

FH.1 Hoe vaak eet u fruit (met uitzondering van vruchtensap en ingeblikt fruit)?

- Minstens eens per dag
- Minder dan één keer per dag maar minstens 4 maal per week
- Minder dan 4 maal per week, maar minstens eens per week
- Minder dan eens per week
- Nooit

FH.2 Indien u niet dagelijks fruit eet, wat is de belangrijkste reden daarvoor?

KIES SLECHTS ÉÉN CATEGORIE.

- Waar ik doorgaans mijn inkopen doe kan ik die moeilijk vinden
- Ik hou niet van de smaak
- Ik weet niet hoe ik fruit moet bereiden/eten
- Fruit is te duur
- Ik ben er niet aan gewend om fruit te eten
- Mijn leven is te hectisch om aan gezond eten te denken
- Andere reden
- Niet van toepassing; ik eet elke dag fruit

FH.3 Hoe vaak eet u groente of salade (met uitzondering van groentesap en aardappelen)?

- Minstens eens per dag
- Minder dan één keer per dag maar minstens 4 maal per week
- Minder dan 4 maal per week, maar minstens eens per week
- Minder dan eens per week
- Nooit

FH.4 Indien u niet dagelijks groente eet, wat is de belangrijkste reden daarvoor?

KIES SLECHTS ÉÉN CATEGORIE.

- Waar ik doorgaans mijn inkopen doe kan ik die moeilijk vinden
- Ik hou niet van de smaak
- Ik weet niet hoe ik groente moet bereiden/eten
- Groente is te duur
- Ik ben er niet aan gewend om groente te eten
- Mijn leven is te hectisch om aan gezond eten te denken
- Andere reden
- Niet van toepassing; ik eet elke dag groente

BIJLAGE C

FH.5 Hoe vaak eet u fast-food of afgehaald eten? Chinese en Surinaamse restaurants, Subway, etc. inbegrepen.

- Minstens eens per dag
- Minder dan één keer per dag maar minstens 4 maal per week
- Minder dan 4 maal per week, maar minstens eens per week
- Minder dan eens per week
- Nooit

FH.6 Wat drinkt u het vaakst?

MAXIMAAL 3 HOKJES AANVINKEN.

- Water
- Thee
- Koffie
- Koolzuurhoudende frisdrank, bijv. cola, pop, etc.
- Niet-koolzuurhoudende frisdrank, bijv. sap, ijsthee, etc.
- Bier
- Andere alcoholische dranken
- Melk (incl. chocolade- of aardbeiensmaak)
- Ander soort drank

MODULE OMGEVING

De volgende vragen gaan over uw leefomgeving.

EN.1 In hoeverre bent u in de afgelopen 12 maanden thuis aan de volgende omstandigheden blootgesteld geweest?

INTERVIEWER: GEEF DE SHOWCARD AAN DE RESPONDENT EN LEES DE CATEGORIEËN HARDOP.

	Ze er blootgesteld	Enigszins blootgesteld	Niet blootgesteld
Muggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knaagdieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vuil/afval	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geluidoverlast (bijv. wegverkeer, vliegtuigverkeer, fabrieken, burens, dieren, restaurants/bars/disco's)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Criminaliteit (bijv. inbraak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luchtvervuiling (fijnstof, roet, stof van de Isla, rook)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stank van de Isla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De volgende vragen gaan over uw tabaksgebruik.

SM.1 Rookt u tegenwoordig?

- Ja, dagelijks →DOOR NAAR SM.3
- Ja, maar niet dagelijks
- Helemaal niet

SM.2 Heeft u ooit gedurende één jaar of langer dagelijks of bijna dagelijks (sigaretten, sigaren, pijptabak) gerookt?

- Ja →LEES OPMERKING 3 VOOR
- Nee →DOOR NAAR AL.1, volgende pagina

Opmerking 3

INTERVIEWER LEEST VOOR: **BEANTWOORD DE VOLGENDE VRAGEN A.U.B. VOLGENS UW VROEGERE ROOKGEWOONTE.**

SM.3 Welk tabaksproduct rookt(e) u dagelijks?

	Ja	Nee
· Sigaretten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Shag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Sigaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Pijptabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Ander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SM.4 Hoeveel sigaretten, sigaren of pijpen rookt(e) u gemiddeld per dag?

- Minder dan 10 per dag
- Tussen 11 en 20 per dag
- Tussen 21 en 30 per dag
- Meer dan 31 per dag

SM.5 Hoe oud was u toen u begon te roken? Indien u het niet meer zeker weet, kunt u dit ook benaderen.

|__|__| jaar oud

INTERVIEWER: DE VOLGENDE VRAAG IS UITSLUITEND VOOR VROUWEN BESTEMD

SM.5 Indien u ooit zwanger bent geweest, heeft u ooit tijdens zwangerschap gerookt?

- Ja, dagelijks
- Ja, maar niet dagelijks
- Helemaal niet

De volgende vragen gaan over uw alcoholgebruik in de afgelopen 12 maanden.

AL.1 Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden alcoholische dranken van welk type dan ook gedronken (inclusief bier, wijn en Ponche Crema)?

- Nooit →DOOR NAAR DR.1, pagina 24
- Maandelijks of minder →DOOR NAAR DR.1, pagina 24
- Wekelijks of minder
- 2 tot 3 maal per week
- 4 tot 6 maal per week
- Elke dag

AL.2 Hoeveel van de volgende alcoholische dranken drinkt u over het algemeen in een normale week? Begin bij maandag en geef het aantal voor elke dag één voor één aan.

BIER	Aantal flesjes
Maandag	
Dinsdag	
Woensdag	
Donderdag	
Vrijdag	
Zaterdag	
Zondag	

WIJN	Aantal glazen
Maandag	
Dinsdag	
Woensdag	
Donderdag	
Vrijdag	
Zaterdag	
Zondag	

LIKEUR EN ANDERE ALCOHOLISCHE DRANKJES (inclusief cocktails en Ponche Crema)	Aantal glaasjes
Maandag	
Dinsdag	
Woensdag	
Donderdag	
Vrijdag	
Zaterdag	
Zondag	

BIJLAGE C

AL.3 Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden 6 of meer drankjes bij één gelegenheid gedronken?

- Nooit
- Minder dan maandelijks
- Maandelijks
- Wekelijks
- Dagelijks of bijna dagelijks

AL.4 Hier volgen verschillende mogelijke uitwerkingen van uw drinkgewoonte. Kunt u a.u.b. aangeven welke situaties bij u van toepassing zijn?

- | | Ja | Nee |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Heeft u stappen ondernomen om uw drinkgewoonte te beheersen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Ergeren uw naasten zich soms aan uw drinkgewoonte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Heeft u vanwege uw drinkgewoonte wel eens schuldgevoelens? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Drinkt u wel eens om onthoudingsverschijnselen te beheersen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Heeft u in de afgelopen 2 maanden na alcoholisch drankgebruik een voertuig bestuurd? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

AL.5 Hoe oud was u toen u alcohol begon te drinken? Indien u het niet meer zeker weet, kunt u dit ook benaderen.

|__|__| jaar oud

MODULE DRUGS

Hier volgen enkele vragen over drugsgebruik, bijvoorbeeld cannabis (marihuana), cocaïne, etc.

DR.1 Heeft u in de afgelopen 12 maanden soft drugs zoals cannabis/hasj/ marihuana gebruikt?

- Ja
- Nee

DR.2 Heeft u in de afgelopen 12 maanden hard drugs zoals cocaïne, base, ecstasy enz. gebruikt?

- Ja
- Nee

MODULE GEZONDHEIDSZORG

Nu volgen enkele vragen over het gebruik van voorzieningen voor de gezondheidszorg. Het gaat hier uitsluitend om het gebruik van dergelijke voorzieningen in verband met uw eigen gezondheid. Bezoeken aan ziekenhuizen, dokters, de tandarts enzovoorts voor uw kind of iemand anders tellen NIET mee.

De volgende groep vragen gaat over hoelang u in een ziekenhuis opgenomen bent geweest. Hieronder vallen alle soorten ziekenhuizen, zoals het Sehos, de Caprileskliniek en de Taamskliniek. Bezoeken aan de afdeling spoedeisende hulp of aan een medisch specialist in het ziekenhuis tellen NIET mee.

INTERVIEWER: BIJ VROUWEN TOEVOEGEN: TIJD DOORGEBRACHT IN HET ZIEKENHUIS I.V.M. BEVALLINGEN TELT OOK NIET MEE. WEL INDIEN WEGENS COMPLICATIES NA DE BEVALLING.

HC.1 Bent u in de afgelopen 12 maanden in een ziekenhuis opgenomen, oftewel, heeft u één of meer nachten in het ziekenhuis doorgebracht?

- Ja
- Nee → DOOR NAAR HC.5

HC.2 Hoe vaak werd u in de afgelopen 12 maanden in een ziekenhuis opgenomen? Alle opnames die in deze periode eindigden, tellen mee.

|__|__| opnames

HC.3 Hoe vaak werd u in de afgelopen 12 maanden in een ziekenhuis of kliniek in het buitenland opgenomen? Alle opnames die in deze periode eindigden, tellen mee.

|__|__| opnames

HC.4 Hoeveel nachten heeft u bij deze opname(s) in totaal in een ziekenhuis doorgebracht?

|__|__|__| nachten

De volgende vraag gaat over bezoeken aan tandartsen, orthodontisten of andere tandheelkundigen.

HC.5 Wanneer heeft u voor het laatst een tandarts of orthodontist voor uzelf bezocht (oftewel, niet voor uw kind, uw man/vrouw, etc.)?

- Minder dan 12 maanden geleden
- 12 maanden geleden of meer
- 5 jaar geleden of meer
- Nooit

De volgende groep vragen gaat over bezoeken aan uw huis- of familiearts. Noem a.u.b. zowel consulten in de huisartsenpraktijk als visites bij u thuis en telefoonconsulten.

HC.6 Wanneer heeft u voor het laatst een consult of visite van een huisarts gehad in verband met uw eigen gezondheid?

- Minder dan 12 maanden geleden
- 12 maanden geleden of meer → DOOR NAAR HC.11, volgende pagina
- Nooit → DOOR NAAR HC.11, volgende pagina

HC.7 Hoe vaak heeft u in de afgelopen vier weken in verband met uw eigen gezondheid een huisarts geraadpleegd?

|__|__| maal [HELEMAAL NIET = 0]

HC.8 Heeft de huisarts u bij uw laatste consult doorverwezen naar:

	Ja	Nee
▪ Een medisch specialist voor behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Een apotheek voor medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Een laboratorium voor onderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Een röntgenafdeling voor röntgenfoto's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Een ziekenhuis voor opname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Een fysiotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HC.9 Werd u bij uw laatste bezoek door uw eigen huisarts geholpen?

- Ja
- Nee
- Ik heb geen eigen huisarts

HC.10 Indien bij dit consult u niet door uw eigen huisarts bent geholpen, wat was daarvan de reden?

- Mijn eigen huisarts was tijdens openingstijden afwezig
- Het was in het weekeinde of 's nachts
- Ik wilde graag een tweede opinie
- Ik heb meer vertrouwen in de andere huisarts
- Andere reden

De volgende vragen gaan over consulten met medisch specialisten en chirurgen, inclusief consulten in een praktijk of ziekenhuis (de afdeling spoedeisende hulp en de polikliniek). Contacten met medisch specialisten of chirurgen gedurende ziekenhuisopnames tellen NIET mee.

HC.11 Wanneer heeft u voor het laatst een medisch specialist of chirurg in verband met uw eigen gezondheid geraadpleegd?

- Minder dan 12 maanden geleden
- 12 maanden geleden of meer →DOOR NAAR HC.15, volgende pagina
- Nooit →DOOR NAAR HC.15, volgende pagina

HC.12 Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden in verband met uw eigen gezondheid een specialist geraadpleegd?

|__| |__| maal [HELEMAAL NIET = 0]

HC.13 Waar vond het consult met de medisch specialist plaats?

MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK.

- Polikliniek SEHOS →DOOR NAAR HC.15, volgende pagina
- Praktijk van de medisch specialist →DOOR NAAR HC.15, volgende pagina
- Advent Ziekenhuis →DOOR NAAR HC.15, volgende pagina
- Taamskliniek →DOOR NAAR HC.15, volgende pagina
- Pain Clinic →DOOR NAAR HC.15, volgende pagina
- Polikliniek Isla →DOOR NAAR HC.15, volgende pagina
- Spoedeisende hulp (SEHOS) →DOOR NAAR HC.15, volgende pagina
- Buitenland:
 - Colombia
 - Venezuela
 - Nederland
 - De Verenigde Staten
 - Elders

HC.14 Om welke reden heeft u een medisch specialist in het buitenland benaderd in plaats van één hier op Curaçao? KIES SLECHTS ÉÉN CATEGORIE

- Ik heb een ziekte/aandoening die niet op Curaçao kan worden behandeld
- Ik had meer vertrouwen in de medische expertise in het buitenland
- Ik wilde graag de mening van een buitenlandse specialist
- Ik was toen met vakantie of voor mijn werk in het buitenland
- Andere reden

HC.15 Heeft u in de afgelopen 12 maanden in verband met uw eigen gezondheid één van de volgende personen/instanties bezocht of van hun diensten gebruik gemaakt?

INTERVIEWER: LEES DE CATEGORIEËN HARDOP.

	Ja	Nee
Medisch laboratorium/ röntgenafdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thuiszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysiotherapeut of andere fysische therapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diëtist/voedingsdeskundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spraaktherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psycholoog of psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BIJLAGE C

HC.16 Heeft u in de afgelopen 12 maanden in verband met uw eigen gezondheid één van de volgende personen bezocht of van hun diensten gebruik gemaakt?

INTERVIEWER: LEES DE CATEGORIEËN HARDOP.

	Ja	Nee
Homeopaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acupuncturist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kruidendokter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helderziende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere beoefenaar van alternatieve geneeskunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De volgende vragen gaan over hoe lang u moet reizen om bij de zorgvoorzieningen te komen.

HC.17 Hoe lang duurt het, met uw gebruikelijke wijze van vervoer, om bij de volgende zorgvoorzieningen te komen?

INTERVIEWER: GEEF DE SHOWCARD AAN DE RESPONDENT EN LEES DE CATEGORIEËN HARDOP.

	<30 minuten	1 uur of minder	Meer dan 1 uur	Niet van toepassing
Uw huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het dichtstbijzijnde ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De intensive care-afdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisch pediatrisch centrum (JGZ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HC.18 Heeft u in de afgelopen 12 maanden op enig moment geen medische behandeling gezocht terwijl u die echt nodig gehad? (M.u.v. de tandarts)

- Ja, in minstens één geval
- Nee, dat is nooit gebeurd → DOOR NAAR HC.20

HC.19 Wat was de voornaamste reden dat u geen behandeling heeft gezocht?

- Ik had er geen geld voor (te duur of niet door verzekering gedekt)
- De wachttijd was te lang
- Ik had door het werk, kindercare of zorg voor anderen geen tijd
- Het ligt te ver weg/geen vervoer
- Ik ben bang voor operaties/behandelingen
- Ik hou er niet van om naar de dokter te gaan
- Andere reden

HC.20 Bent u in de afgelopen 12 maanden op enig moment niet naar de tandarts geweest terwijl u echt een tandheelkundige behandeling nodig gehad?

- Ja, in minstens één geval
- Nee, dat is nooit gebeurd →DOOR NAAR MODULE, PA, volgende pag.

HC.21 Wat was de voornaamste reden dat u geen tandheelkundige behandeling heeft gezocht?

- Ik had er geen geld voor (te duur of niet door verzekering gedekt)
- De wachttijd was te lang
- Ik had door het werk, kinderopvang of zorg voor anderen geen tijd
- Het ligt te ver weg/geen vervoer
- Ik ben bang voor operaties/behandelingen
- Ik hou er niet van om naar de tandarts te gaan
- Andere reden

MODULE PREVENTIE

Nu wil ik u graag enkele vragen stellen met betrekking tot uw bloedsuikergehalte. Dat wordt door een professionele zorgverlener gemeten aan de hand van een bloeddruppel van uw vinger, of door een laboratorium aan de hand van een bloedmonster.

PA.1 Is uw bloedsuikergehalte ooit door een professionele zorgverlener gemeten?

- Ja
- Nee →DOOR NAAR PA.3

PA.2 Wanneer werd uw bloedsuikergehalte voor het laatst gemeten?

- Binnen de laatste 12 maanden
- 1-5 jaar geleden
- Meer dan 5 jaar geleden

Nu wil ik u graag enkele vragen stellen met betrekking tot uw bloeddruk. Die wordt door een professionele zorgverlener gemeten door een bandje om uw blote arm te plaatsen en die dan op te blazen.

PA.3 Is uw bloeddruk ooit door een professionele zorgverlener gemeten?

- Ja
- Nee →DOOR NAAR PA.5

PA.4 Wanneer werd uw bloeddruk voor het laatst door een professionele zorgverlener gemeten?

- Binnen de laatste 12 maanden
- 1-5 jaar geleden
- Meer dan 5 jaar geleden

BIJLAGE C

Nu wil ik u graag enkele vragen stellen met betrekking tot de grieprik. Dat is een prikje dat u misschien heeft gekregen om te voorkomen dat u griep krijgt.

PA.5 Heeft u ooit een grieprik gekregen?

- Ja
- Nee →DOOR NAAR PA.8, volgende pagina

PA.6 Wanneer heeft u voor het laatst een grieprik gekregen?

- Sinds begin dit jaar
- Vorig jaar
- Eerder dan vorig jaar →DOOR NAAR PA.8

PA.7 Mag ik vragen in welke maand dat was?

|__|__| Maand

- Weet niet

INTERVIEWER: DE VOLGENDE VRAGEN ZIJN ALLEEN VOOR **VROUWEN** BESTEMD. BIJ **MANNEN**, DOORGAAN NAAR PA.12, volgende pagina

De volgende vragen gaan over mammografie. Dat is een procedure waarbij een professionele zorgverlener bij u een röntgenfoto maakt van één of beide borsten.

PA.8 Werd bij u ooit een röntgenfoto gemaakt van één of beide borsten?

- Ja
- Nee →DOOR NAAR PA.10

PA.9 Wanneer werd bij u voor het laatst een röntgenfoto gemaakt van één of beide borsten?

- Binnen de laatste 12 maanden
- Langer dan 1 jaar, maar niet langer dan 2 jaar geleden
- Langer dan 2 jaar, maar niet langer dan 3 jaar geleden
- Niet binnen de laatste 3 jaar

Nu wil ik u graag enkele vragen stellen met betrekking tot de PAP-test. Dat is een ingreep waarbij een professionele zorgverlener een uitstrijkje cellen van uw baarmoederhals neemt.

PA.10 Is er bij u ooit een uitstrijkje van de baarmoederhals gemaakt?

- Ja
- Nee →DOOR NAAR PA.12

PA.11 Wanneer werd bij u voor het laatst een uitstrijkje van de baarmoederhals gemaakt?

- Binnen de laatste 12 maanden
- Langer dan 1 jaar, maar niet langer dan 2 jaar geleden
- Langer dan 2 jaar, maar niet langer dan 3 jaar geleden

- Niet binnen de laatste 3 jaar

DE VOLGENDE VRAGEN ZIJN VOOR DIABETICI BESTEMD. BIJ NIET-DIABETICI, DOORGAAN NAAR DE VOLGENDE MODULE

De volgende vragen gaan over klinische oogonderzoeken. Dat is een onderzoek waarbij een professionele zorgverlener u onder andere vraagt om een reeks steeds kleinere letters van een kaart af te lezen.

PA.12 Is er bij u ooit een klinisch oogonderzoek verricht?

- Ja
- Nee → DOOR NAAR PA.14

PA.13 Wanneer werd bij u voor het laatst een klinisch oogonderzoek verricht?

- Binnen de laatste 12 maanden
- Langer dan 1 jaar, maar niet langer dan 2 jaar geleden
- Langer dan 2 jaar, maar niet langer dan 3 jaar geleden
- Niet binnen de laatste 3 jaar

De volgende vragen gaan over klinische voetonderzoeken. Dat is een onderzoek waarbij een professionele zorgverlener uw voeten onderzoekt om te bepalen of er sprake is van één of andere afwijking.

PA.14 Is er bij u ooit een klinisch voetonderzoek verricht?

- Ja
- Nee → DOOR NAAR DE VOLGENDE MODULE, SI, volgende pagina

PA.15 Wanneer werd bij u voor het laatst een klinisch voetonderzoek verricht?

- Binnen de laatste 12 maanden
- Langer dan 1 jaar, maar niet langer dan 2 jaar geleden
- Langer dan 2 jaar, maar niet langer dan 3 jaar geleden
- Niet binnen de laatste 3 jaar

Vervolgens wil ik u graag enkele vragen stellen met betrekking tot uw tevredenheid met de gezondheidszorg op Curaçao.

SI.1 Hoe tevreden bent u over het algemeen met de diensten die door de volgende zorgaanbieders worden aangeboden?

INTERVIEWER: GEEF DE SHOWCARD AAN DE RESPONDENT EN LEES DE CATEGORIEËN HARDOP.

	Ze er te vre den	Ta me lijk te vre den	No ch te vre den no ch	Ta me lijk on te vre den	Ze er on te vre den
Taams, Advent, Pain Clinic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
St. Elisabeth Hospitaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandartsen, orthodontisten en andere tandheelkundigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisch specialisten en chirurgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huisartsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thuiszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SI.2 Bent u gedekt door een ziektekostenverzekering?

- Ja
- Nee

SI.3 Wat voor dekking heeft u?

KIES SLECHTS ÉÉN CATEGORIE.

- SVB
- BZV
- PP (Pro Pauper)
- FZOG
- Bedrijfsverzekering
- Privé verzekering
- Niet van toepassing; ik ben niet verzekerd

→ EINDE VAN DE ENQUÊTE

BIJLAGE D

BIJLAGE D: REPRESENTATIE RESPONDENTEN PER ZONE

Zone	Huishoudens in steekproefkader (n)	Respondenten in NGE 2013 (%)	Zone	Huishoudens in steekproefkader (n)	Respondenten in NGE 2013 (%)
Westpunt	242	6,6	Roosendaal	613	6,9
Lagun	101	7,9	Asiento	3	0,0
St. Christoffel	0		Groot Kwartier	840	5,6
Flip	145	6,2	Mahaai	1.087	6,0
Tera Pretu	100	3,0	Sta. Rosa	1.447	5,7
Lelienberg	144	6,3	Kwarchi	637	6,6
Soto	477	6,1	Montana Abao	1.370	6,6
Pannekoek	108	6,5	Labadera	843	6,2
Wacao	93	8,6	Seru Lora	959	6,5
Barber	639	6,1	Zeelandia	301	6,3
St. Willibrordus	255	6,7	Nieuwe Haven	0	
Tera Cora	1.349	6,5	Dok	2	0,0
Meiberg	14	0,0	Schottegat	0	
Souax	1.233	6,3	Wishi	720	7,1
St. Michiel	1.758	6,0	Habaai	433	6,2
Piscadera	352	8,8	Mundo Nobo	947	5,2
Hato	12	16,7	Domi	523	6,3
Fortuna	985	6,3	Otrabanda	749	6,1
Rancho	946	6,3	Punda	131	6,1
Ronde Klip	275	6,5	Scharloo	232	6,0
Brievengat	1.735	6,1	Parera	139	6,5
Maria maai	434	6,5	Berg Altena	1.106	6,2
Muizenberg	926	6,0	Salinja	991	6,5
Sta. Maria	1.219	6,8	Dominguito	1.180	6,4
Mahuma	1.812	6,0	Rooi Santoe	706	6,7
Groot Piscadera	809	5,9	Koraal Specht	916	6,3
Paradijs	614	5,7	Steenrijk	1.431	6,2
Wanapa	1.409	6,0	Koraal Partir	1.207	6,3
Buena Vista	1.441	6,2	Montagne Rey	1.323	5,9
Kanga/Dein	712	5,9	Seru Grandi	596	5,9
Suffisant	1.265	6,0	Spaanse Water	1.057	6,2
Mon Repos	1.066	6,2	Oostpunt	349	6,3
Bonam	2.636	6,5	Onbekend	7	0,0

Het totaal aantal huishoudens in het steekproefkader, de adressenadministratie van Kranshi, bedraagt 48.151. De representativiteit van de NGE 2013 is met 3.000 respondenten daarmee 6,2%.

Voor meer informatie
over VIC ga naar
www.vic.cw

Informatie over de Nationale Gezondheidsenquête Curaçao 2013



VIC | Volksgezondheid
Instituut Curaçao

Wat gebeurt er met mijn gegevens en hoe worden ze gebruikt?

Aan de hand van uw antwoorden op de vragen en van anderen komen we te weten hoe het staat met de gezondheidstoestand van de Curaçaose bevolking.

Deze gegevens kunnen bijvoorbeeld gebruikt worden om prioriteiten voor de toekomst vast te stellen. Ook kunnen ze gebruikt worden om te bekijken of preventieprogramma's het gewenste positieve effect hebben op uw gezondheid en van andere burgers.

De Nationale Gezondheidsenquête beantwoordt brede vragen zoals: 'wat is het percentage van de bevolking met lichamelijke klachten?', maar ook hele specifieke vragen, zoals: 'wat is de reden dat bepaalde burgers niet iedere dag groente en fruit eten?'.

De belangrijkste resultaten uit dit onderzoek worden voor u beschikbaar gesteld op de website van Volksgezondheid Instituut Curaçao (VIC) op www.vic.cw.



Welke stappen zijn er genomen om de privacy en vertrouwelijkheid van de gegevens die u geeft te beschermen?

Door het onderstaande wordt uw privacy gewaarborgd.

- Wetgeving over het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) regelt dat alle medewerkers van het CBS een geheimhoudingsverplichting hebben.
- U krijgt een uniek respondentnummer toegewezen, waarmee uw identiteit niet is te achterhalen en u na het afnemen van het interview volstrekt anoniem blijft.
- Uw telefoonnummer wordt alleen gevraagd om u tijdens de onderzoeksperiode te benaderen over uw ervaringen tijdens het interview. Dit is namelijk belangrijk om te weten voor de betrouwbaarheid van dit onderzoek. Ook kunt u ter herinnering benaderd worden als u heeft aangegeven deel te willen nemen aan het lichamenlijk onderzoek.
- Gegevens zoals uw adres en telefoonnummer worden niet gebruikt voor de verwerking van de resultaten.
- Alle resultaten worden gepubliceerd op een samengevat niveau (bijv. op geslacht of op leeftijdscategorie). De resultaten zijn dan ook niet te herleiden naar de personen die hebben deelgenomen aan het onderzoek.

Uw deelname aan het lichamelijk onderzoek?

Om een completer beeld te krijgen van uw gezondheid vragen we u om deel te nemen aan een gratis lichamelijk onderzoek.

Dit onderzoek bestaat uit het meten van uw gewicht, uw lengte, uw bloeddruk en uw bloedsuikerniveau en duurt maximaal 15 minuten. De resultaten van het onderzoek krijgt u direct mee.

Het onderzoek wordt uitgevoerd door de medische faculteit van de St. Martinus Universiteit en vindt plaats bij Volksgezondheid Instituut Curaçao (VIC) in Otrobanda.

Voor het lichamelijk onderzoek bent u vanaf 28 januari a.s. van harte welkom op

**maandag, dinsdag, woensdag
of donderdag van
15.00 tot 17.00 uur**

Bel voor meer informatie met 839-2173.



Bezoekadres

Martinus Academisch Centrum Curaçao
Molenplein z/n (ingang busstation), Otrobanda

Contactinformatie

Tel: (+599-9-) 839-2169

Of kijk op onze website op: www.vic.cw

Respondent number | _ | _ | _ | _ |

Nickname | _____ |

Man/ vrouw

BIJLAGE F: UITKOMSTENFORMULIER FYSIEKE METINGEN

HEALTH EXAMINATION SURVEY 2013	
Respondent number	_ _ _ _ _ _ _
Nick name	_____
<p><i>First, I would like to check some general information with you. That way, we can make sure that the results of this examination match with your interview records.</i></p>	
1	What is your gender or sex?
▪	Male ? Female ?
2	What is your date of birth?
	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	dd mm yy
3	What is your age?
	_ _ _ _ years
4	What is your country of birth?
▪	Curacao ?
▪	Another island of the Dutch Caribbean ?
▪	The Netherlands ?
▪	Another island in the Caribbean ?
▪	South America ?
▪	Born in another country ?
<p><i>Now, I would like to ask you some questions that are important for the interpretation of the physical exam.</i></p>	
5	During the past two week, have you been treated for raised blood pressure with medication prescribed by your doctor.
▪	Yes ? No ?
6	Today, have you taken insulin or other medication that have been prescribed by your doctor for raised blood glucose (suku).
▪	Yes ? No ?
7	During the past 4 hours, have you had anything to eat or drink, other than water?
▪	Yes ? No ?
8	WOMEN ONLY Are you pregnant?
▪	Yes ? No ?
<p><i>Thank you for your answers. You may wait a moment for the doctor to call you in.</i></p>	

Number di partisipante/ <i>Respondent number</i>	_ _ _ _ _
Number di tim/ <i>Team number</i>	_ _
Fecha di eksaminashon/ <i>Examination date</i>	_ _ _ dia/ <i>day</i> _ _ _ luna/ <i>month</i>
Tempu di eksaminashon/ <i>Time of examination</i>	_ _ _ ora/ <i>hours</i> _ _ _ minüt/ <i>minutes</i>
Haltura i peso/ <i>Height and weight</i>	
Haltura/ <i>Height</i>	_ _ _ _ _ cm
Peso/ <i>Weight</i> <i>If too large for scale 999</i>	_ _ _ _ _ kg
BMI (Body mass index)	_ _ _ _ _
Sintura i hep/ <i>Waist and hip</i>	
Sirkunferensia sintura/ <i>Waist circumference</i>	_ _ _ _ _ cm
Sirkunferensia hep/ <i>Hip circumference</i>	_ _ _ _ _ cm
Preshon di sanger/ <i>Blood pressure</i>	
Midí di kashèt/ <i>Cuff size used</i>	Chickí/ <i>Small</i> ? Mediano/ <i>Medium</i> ? Grandi/ <i>Large</i> ?
Midishon 1/ <i>Reading 1</i>	_ _ _ _ _ Systolic (mmHg)
	_ _ _ _ _ Diastolic (mmHg)
Midishon 2/ <i>Reading 2</i>	_ _ _ _ _ Systolic (mmHg)
	_ _ _ _ _ Diastolic (mmHg)
Midishon 3/ <i>Reading 3</i>	_ _ _ _ _ Systolic (mmHg)
	_ _ _ _ _ Diastolic (mmHg)
Suku di sanger/ <i>Blood sugar</i>	
Gloukoma arbitrario/ <i>Random blood glucose</i>	_ _ _ _ _ . _ _ _ mg/dl
Si mas ku 200 mg/dl, pidi/ <i>If higher than 200 mg/dl, ask:</i> Durante e 4 simannan pasa, bo tabatin:/ <i>During the last 4 weeks, have you been:</i> - Mas set ku normal?/ <i>More thirsty than usual?</i> - Mas hamber ku normal?/ <i>More hungry than usual?</i> - Mas kansa ku normal?/ <i>More tired than usual?</i> - Eksperensia mas oriná ku normal?/ <i>Experienced more frequent urination?</i>	Si/ <i>Yes</i> ? Nò/ <i>No</i> ? Si/ <i>Yes</i> ? Nò/ <i>No</i> ? Si/ <i>Yes</i> ? Nò/ <i>No</i> ? Si/ <i>Yes</i> ? Nò/ <i>No</i> ?
Danki pa bo partipashon!/ <i>Thank you for your participation!</i>	

De Nationale Gezondheidsenquête 2013 (NGE 2013) geeft u een actueel en breed inzicht in hoe volwassenen in Curaçao hun gezondheid ervaren en in het gebruik dat zij van de gezondheidszorg maken. Ook geeft de NGE 2013 een overzicht van de mate van voorkomen van ziekten in Curacao en welke factoren de gezondheid van de volwassenen beïnvloeden.

De NGE 2013 is een publicatie van het Volksgezondheid Instituut Curaçao (VIC) in samenwerking met het Centraal Bureau voor de Statistiek en de St. Martinus University. Digitale versies van deze en andere publicaties zijn gratis te verkrijgen via de website van VIC: www.vic.cw.