

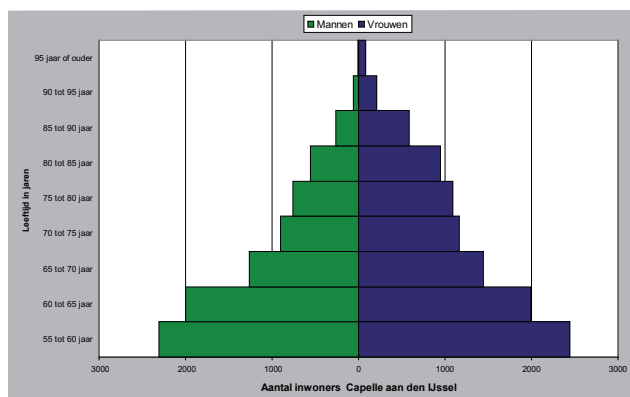
Inleiding

Gemeenten dragen zorg voor het monitoren, signaleren en voorkómen van gezondheidsproblemen bij ouderen. Deze factsheet bevat informatie die ondersteunend kan zijn bij deze taken.

De informatie heeft betrekking op ouderen vanaf 55 jaar. Deze factsheet is een verdieping van de gezondheidsenquête 2008/2009 van de GGD Rotterdam-Rijnmond. Aan dit onderzoek hebben alleen zelfstandig wonende ouderen deelgenomen. Niet-zelfstandig wonende ouderen hebben over het algemeen een slechtere gezondheid dan zelfstandig wonende ouderen. Van alle 65-plussers woont landelijk bijna 5% in een verzorgingshuis of een verpleeghuis. Van de 80-plussers is dat bijna 15% (1).

Als referentie worden cijfers gepresenteerd van de hele regio Rotterdam-Rijnmond zonder de stad Rotterdam. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met landelijke bevindingen.

De gemeente Capelle aan den IJssel had op 1 januari 2008 65.022 inwoners. De grijze druk is 23% tegen 24% landelijk. Er wonen in Capelle aan den IJssel 18.000 mensen van 55 jaar en ouder. Naarmate de leeftijd stijgt, neemt het aandeel vrouwen toe (figuur 1). In de toekomst zal Capelle aan den IJssel te maken krijgen met een vergrijzende bevolking. De sterkste toename is zichtbaar bij de groep van 65 tot 75 jaar; deze groep zal tot 2025 met 66% toenemen, maar ook de groep van 75 jaar en ouder zal met 40% stijgen (2).



Figuur 1 Geslachts- en leeftijdsopbouw van ouderen in Capelle aan den IJssel

Achtergrondkenmerken

Alleenstaande ouderen hebben over het algemeen een minder goede gezondheid dan ouderen die gehuwd zijn of samenwonen. Daarnaast geldt dat ouderen met minder inkomen en/of een lagere opleiding vaker gezondheidsproblemen hebben dan ouderen met een hoger inkomen en/of hogere opleiding. 12% van de 55- tot 65-jarigen in Capelle aan den IJssel is alleenstaand, van de ouderen van 65 tot 75 jaar is dit 20% en van de 75-plussers 40%. Van deze alleenstaande 75-plussers is tweederde vrouw.

Ouderen die werken ervaren vaker een goede gezondheid dan ouderen die niet werken. Van de ouderen onder de 65 jaar heeft 53% een betaalde baan.

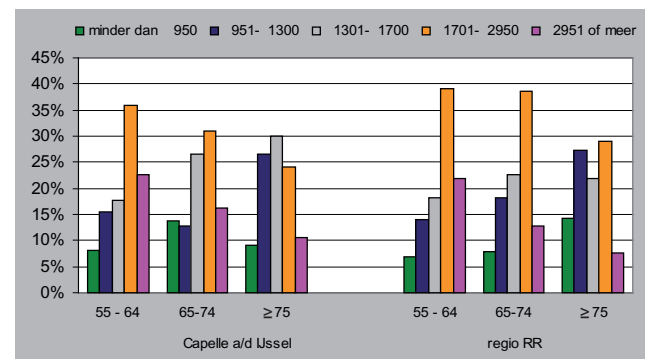
Factsheet

april 2011

De gezondheid van ouderen in Capelle aan den IJssel

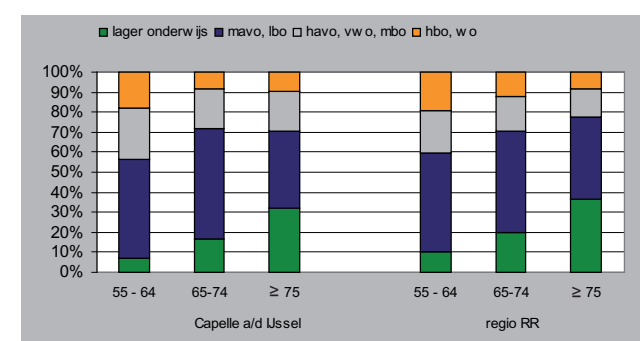
Van de 65-plussers is dit slechts 3%.

Oudere mensen hebben vaker een lager inkomen. Tegelijkertijd geven minder senioren in de hoogste leeftijdsgroep aan dat zij niet kunnen rondkomen. Van de inwoners van 55 tot 65 jaar kan 16% niet rondkomen en ontvangt 24% maximaal €1.300 per maand. Van de inwoners van 75 en ouder kan 8% op dit moment niet rondkomen en ontvangt 36% maximaal €1.300 per maand.



Figuur 2 Netto inkomen per maand naar leeftijd

Het opleidingsniveau van ouderen in Capelle aan den IJssel is ongeveer vergelijkbaar met het opleidingsniveau in de rest van de regio (figuur 3).

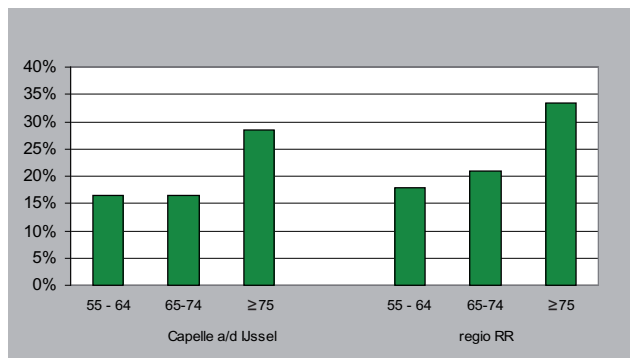


Figuur 3 Opleiding naar leeftijd

Ervaren gezondheid

Het aandeel ouderen dat de gezondheid als matig of slecht ervaart, stijgt snel met het oplopen van de leeftijd. Gaat het op de leeftijd van 55 tot 65 jaar nog om 17%, na het 75e levensjaar ervaart bijna 30% de gezondheid als matig of slecht. Voor het hele werkgebied is de trend vergelijkbaar (figuur 4).

Opvallend is dat slechts 7% van de ouderen van 55 tot 65 met een betaalde baan een matig tot slechte gezondheid ervaart, tegenover 26% zonder betaalde baan



Figuur 4 Ervaren gezondheid matig tot slecht naar leeftijd

Belemmeringen voor maatschappelijke participatie

80% van de ouderen heeft één of meer chronische aandoeningen, zoals gewrichtsslijtage, hoge bloeddruk, diabetes, astma of een hartaandoening. 56% van de ouderen met een chronische aandoening geeft aan hierdoor belemmerd te worden in dagelijkse bezigheden. In onderstaande tabel staan deze cijfers per leeftijd weergegeven.

Tabel 1 Chronische aandoeningen

Leeftijd	55-64	65-74	75+
Aandoening			
Chronische aandoening	72%	85%	91%
Beperkt door chronische aandoening	47%	60%	70%

Veel ouderen krijgen problemen met het gehoor en/of het gezichtsvermogen. Wanneer iemand zelfs met bril of contactlenzen of een hoorapparaat problemen met zien of horen ervaart, vormt dit een belemmering voor deelname aan de maatschappij.

In Capelle aan den IJssel heeft 6% van de inwoners van 55 jaar en ouder gehoorproblemen. 5% van de ouderen ervaart problemen met zien, ondanks hulpmiddelen.

Over het algemeen hebben mannen van 55 jaar en ouder vaker een gehoorbeperking dan vrouwen. Vrouwen rapporteren juist vaker problemen met zien. Zowel problemen met horen als met zien nemen toe na het 75e levensjaar.

Gehoorbeperkingen komen vaker voor bij Surinaamse, Turkse en Marokkaanse ouderen.

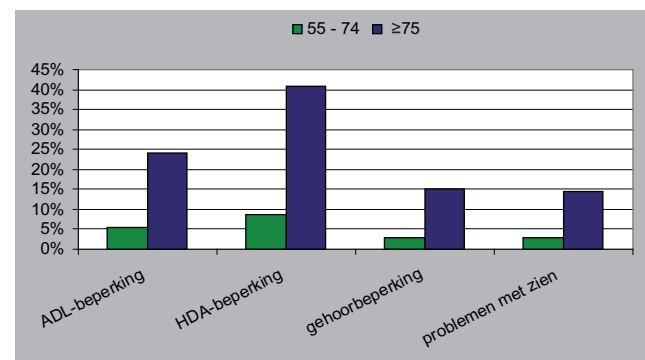
Onder inwoners van niet-Nederlandse herkomst komt een beperking bij het zien vaker voor.

Laagopgeleide ouderen en ouderen die moeite hebben met rondkomen hebben vaker gehoorproblemen of problemen met zien.

Bij een zorgvraag wordt vaak onderscheid gemaakt in belemmeringen bij Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL, zich wassen, eten en drinken en zich verplaatsen) en belemmeringen bij Huishoudelijke Dagelijkse Activiteiten (HDA, dagelijkse boodschappen doen, afwassen en stofzuigen).

Vrouwen hebben vaker dan mannen beperkingen in ADL en HDA.

Voor na het 75e levensjaar nemen beide vormen van beperking toe (figuur 5). Ouderen van niet-Nederlandse herkomst en ouderen met alleen lager onderwijs ervaren vaker beperkingen in ADL en HDA dan autochtone en hoogopgeleide ouderen. Ook ouderen die aangeven dat zij moeite hebben met rondkomen rapporteren meer beperkingen.



Figuur 5 Beperkingen in Capelle aan den IJssel naar leeftijd

ADL: Algemene dagelijkse levensverrichtingen

HDA: Huishoudelijke dagelijkse activiteiten

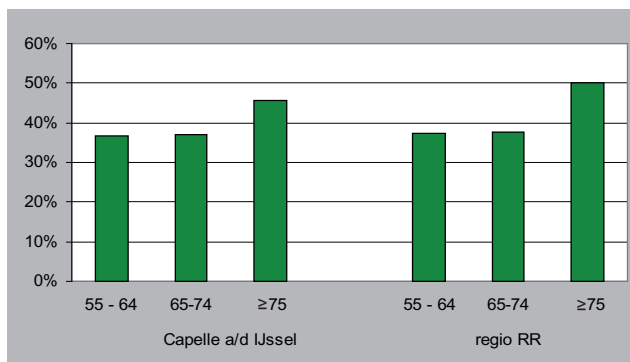
Hulp in de huishouding en bij de persoonlijke verzorging

9% van de 55-plussers ontvangt hulp bij de persoonlijke verzorging en 16% ontvangt hulp in de huishouding. Vrouwen van 55 jaar en ouder, 75-plussers, ouderen van Surinaamse, Turkse en Marokkaanse herkomst ontvangen vaker hulp in de huishouding en bij de persoonlijke verzorging. Ook ouderen die aangeven dat zij moeite hebben met rondkomen ontvangen vaker hulp.

Depressie

5% van de 55-plussers heeft het afgelopen jaar een door een arts gediagnosticeerde depressie gehad. 11% van de inwoners gebruikt op dit moment medicijnen voor angst, depressie, spanning of stress. 38% van de inwoners van 55 en ouder loopt het risico om een depressie of angststoornis te ontwikkelen. In het algemeen komen depressies en angststoornissen vaker voor onder vrouwen dan onder mannen.

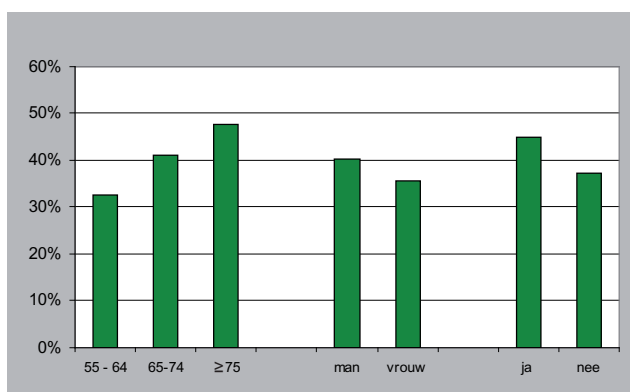
Ouderen met een betaalde baan lopen minder risico om een depressie of angststoornis te ontwikkelen. Een risico op angststoornis of depressie neemt toe na het 75e levensjaar (figuur 6).



Figuur 6 Risico op depressie of angststoornis naar leeftijd

Eenzaamheid

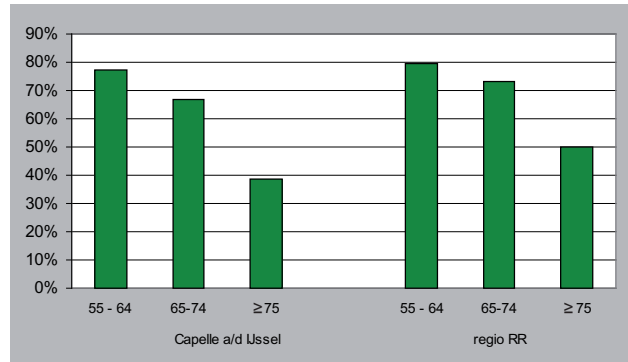
Gevoelens van eenzaamheid komen veel voor bij ouderen. 38% van de 55-plussers in Capelle aan den IJssel is in meer of mindere mate eenzaam, 7% is ernstig eenzaam. Deze cijfers wijken niet af van die van de rest van de regio. Iets meer vrouwen dan mannen voelen zich eenzaam. De kans op eenzaamheid neemt toe met oplopende leeftijd en bij verlies van naasten (figuur 7). De GGD brengt een aparte factsheet uit over eenzaamheidsproblematiek in het werkgebied.



Figuur 7 Eenzaamheid in Capelle aan den IJssel naar leeftijd, geslacht en het hebben van problemen door verlies van naaste(n)

Bewegen

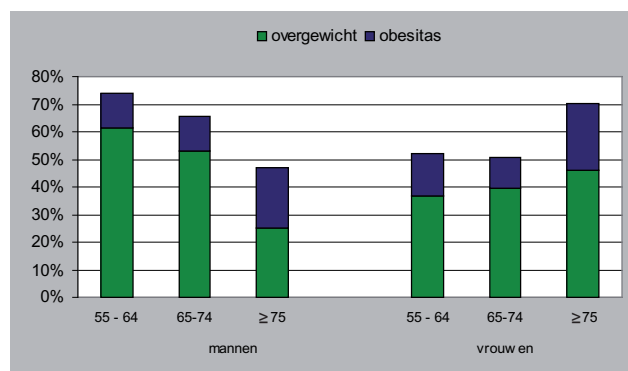
De Nederlandse Norm Gezond Bewegen voor ouderen (55+) is een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit op tenminste vijf, bij voorkeur alle dagen van de week. Voor niet-actieven, zonder of met beperkingen, is elke extra hoeveelheid lichaamsbeweging meegenomen. Vooral na de 75 lukt het minder ouderen om aan deze norm te voldoen. 75-plussers uit Capelle aan den IJssel voldoen minder vaak aan de beweegnorm dan 75-plussers uit de regio (figuur 8)



Figuur 8 Percentage ouderen dat voldoet aan de beweegnorm

Overgewicht

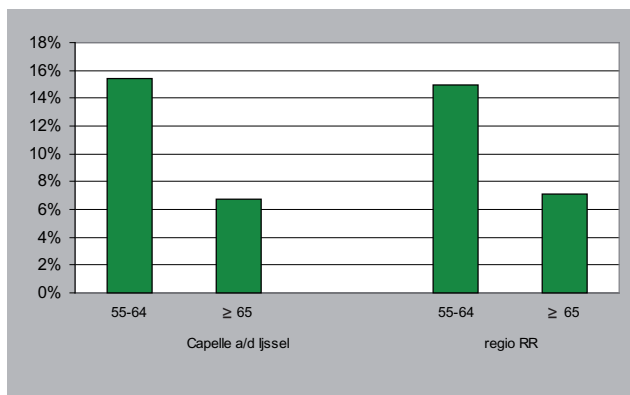
60% van de 55-plussers in Capelle aan den IJssel heeft overgewicht, waarvan 15% ernstig (obesitas). Deze percentages liggen op het niveau van de gehele regio, waar 61% overgewicht heeft, waarvan 16% obesitas. Mannen hebben vaker matig overgewicht dan vrouwen. Bij mannen neemt het aandeel inwoners met overgewicht af vanaf het 75e levensjaar (figuur 9). Obesitas komt vaker voor bij ouderen van niet-Nederlandse herkomst. Hoe lager de opleiding, des te groter de kans op obesitas. Obesitas komt ook vaker voor naarmate ouderen meer moeite hebben om rond te komen van hun inkomen.



Figuur 9 Overgewicht in Capelle aan den IJssel naar leeftijd en geslacht

Alcohol

De GGD brengt een aparte factsheet uit over ouderen en het gebruik van alcohol. Om die reden staan in deze factsheet alleen gegevens over overmatig alcoholgebruik. Van overmatig alcoholgebruik is sprake als mannen meer dan 21 glazen alcohol per week drinken en vrouwen meer dan 14 glazen per week. Over het algemeen neemt overmatig alcoholgebruik af met de leeftijd (figuur 10).



Figuur 10 Overmatig alcoholgebruik naar leeftijd

Landelijke trends

In Nederland stijgt de gemiddelde levensverwachting nog steeds. In 2008 bedroeg de resterende levensverwachting op 65-jarige leeftijd voor mannen 17,3 jaar en voor vrouwen 20,5 jaar. Naar verwachting neemt deze toe tot 18,6 jaar voor mannen en 21,5 jaar voor vrouwen in 2025. Als epidemiologische trends uit het verleden zich voortzetten, zullen er vooral veel nieuwe gevallen komen van diabetes, hartziekten, astma en chronische bronchitis/emfyseem, en in iets mindere mate beperkingen van het bewegingsapparaat (artrose, heupfractuur). De belangrijkste doodsoorzaken op dit moment zijn coronaire hartziekten, beroerte en dementie (1, 3).

Kwetsbare groepen

Als basis voor ouderenbeleid heeft de GGD de belangrijkste gezondheidsthema's en relevante achtergrondkenmerken op een rij gezet. Het zijn vooral ouderen uit meer kwetsbare groepen die gezondheidsklachten rapporteren: alleenstaand, laag opgeleid, met een beperkt inkomen en/of van niet-Nederlandse herkomst. Veel aandoeningen verergeren na het 75e levensjaar. Na het 85e levensjaar gebeurt hetzelfde. Vanwege kleine aantallen 85-plussers in de enquête kan dit voor Capelle aan den IJssel niet met cijfers worden getoond.

Omdat vrouwen gemiddeld een hogere leeftijd bereiken, zijn zij in deze groep oververtegenwoordigd. Door het beleid te richten op de meest kwetsbare groepen kan de meeste gezondheidswinst worden behaald.

Interventies

Veel gezondheidsproblemen zijn mede het gevolg van een ongezonde leefstijl onder ouderen. Een ongezond voedingspatroon, te weinig beweging, overmatig alcoholgebruik en roken kunnen leiden tot gezondheidsproblemen. Ook bij ouderen leveren gedragsveranderingen gezondheidswinst op. Zelfs als ouderen hun gedrag pas na hun 65e aanpassen blijkt dit nog effectief te zijn. Ouderen die voldoende bewegen, niet roken, matig alcohol gebruiken en een dieet rijk aan onverzadigd vet en groente en fruit volgen, hebben een lager risico om te overlijden aan coronaire hartziekten, cardiovasculaire ziekten, kanker en andere aandoeningen dan ouderen die deze leefstijl niet of slechts gedeeltelijk volgen.

Er zijn veel preventieactiviteiten voor ouderen.

De nadruk van deze interventies ligt op beweging, gezonde voeding, valpreventie, depressie en eenzaamheid.

Er is nog weinig bekend over het bereik en de effectiviteit van deze interventies. Van slechts enkele interventies zijn de effecten wetenschappelijk onderzocht (1).

Het Centrum Gezond Leven beheert een databank met interventies en gegevens over hun werkbaarheid: www.loketgezondleven.nl.

Meer informatie

Deze factsheet en andere rapportages kunt u terugvinden op: www.gezondheidsatlasrotterdamrijnmond.nl

Bron en verwijzingen

Voor deze factsheet is gebruik gemaakt van gegevens van de gezondheidsenquête 2008/2009.

1. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, www.nationaalkompas.nl versie 4.2, 9 december 2010.
2. CBS StatLine, 2009.
3. Berg Jeths A. van den, Timmermans J., Hoeymans N., Woittiez I. Ouderen nu en in de toekomst: gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020. RIVM-rapport nr. 270502001. Bilthoven/Den Haag: RIVM/SCP, 2004.

Colofon

Dit is een uitgave van de GGD Rotterdam-Rijnmond.
April 2011

Auteurs:

Bianca Stam b.stam@ggd.rotterdam.nl
Aye de Kuijer a.dekuijer@ggd.rotterdam.nl
Fré Kreuger f.kreuger@ggd.rotterdam.nl