

Ouderenonderzoek Drenthe 2007

herziene versie

Ouderenonderzoek Drenthe 2007

colofon

auteurs:
C.A. Bos
N. van Zanden
N. Campman

uitgave:
GGD Drenthe,
herziene versie, april 2008

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	4
2.	Lichamelijke gezondheid	5
2.1	Ervaren gezondheid	
2.2	Vastgestelde chronische aandoeningen	
2.2.1	Diabetes	
2.3	Functionele beperkingen	
2.4	Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen	
2.5	Vallen	
2.6	Overgewicht	
2.7	Sporten en bewegen	
2.8	Samenvatting	
3.	Psychische gezondheid	11
3.1	Welbevinden	
3.2	Angst en depressie	
3.3	Zich zorgen maken	
3.4	Eenzaamheid	
3.4.1	Sociale en emotionele eenzaamheid	
3.5	Ouderenmishandeling	
3.6	Samenvatting	
4.	Mantelzorg en vrijwilligerswerk	16
4.1	Het geven van mantelzorg	
4.2	Het krijgen van mantelzorg	
4.3	Vrijwilligerswerk	
4.4	Samenvatting	
5.	Wonen en woonomgeving	19
5.1	Huidige woonsituatie	
5.2	Veiligheid	
5.3	Informatievoorziening	
5.4	Samenvatting	
6.	Sociaal-economische gezondheidsverschillen	22
6.1	Algemeen	
6.1.1	Opleiding	
6.1.2	Inkomen	
6.2	Lichamelijke gezondheid en SEGV	
6.3	Psychische gezondheid en SEGV	
6.4	Hulp en (mantel)zorg en SEGV	
6.5	Woonomgeving en SEGV	
6.6	Samenvatting	
7	Aanbevelingen	28
7.1	Algemene aanbevelingen	
7.2	Risicogroepen	
7.3	Lichamelijke gezondheid	
7.4	Psychische gezondheid	
7.5	Mantelzorg en vrijwilligerswerk	
7.6	Wonen en woonomgeving	
	Bijlage Vragenlijst	34

1. Inleiding

Vergeleken met volwassenen jonger dan 65 jaar, hebben ouderen meer gezondheidsproblemen, een lagere sociaaleconomische positie en een lagere participatiegraad.

Ook ouderen willen zelf hun leven inrichten. Het is dus van belang te weten wat hun belemmeringen daarbij zijn. Beleid kan de belemmeringen vervolgens opheffen, dan wel compensatie bieden.

Ouderen vormen echter geen homogene groep. Relatief jonge ouderen zijn vitaal vergeleken met de hoogbejaarden. Ze zijn gemiddeld hoger opgeleid en kampen met minder gezondheidsproblemen. Dit brengt met zich mee dat deze groep andere behoeften heeft dan degenen die ouder zijn dan 75 jaar. Ander onderscheid is ook van belang voor beleid: tussen vrouwen en mannen, tussen verschillende inkomensgroepen en opleidingsniveaus.

Het voorliggende Ouderenonderzoek 2007 brengt één en ander gedetailleerd in beeld.

Het onderzoek is uitgevoerd onder zelfstandig wonende ouderen van 65 tot en met 90 jaar in alle Drentse gemeenten.

In Drenthe wonen meer ouderen dan gemiddeld in Nederland: 16,5% van de Drentse bevolking is 65 jaar of ouder, tegen 14,5% landelijk.

Van de Drentse ouderen is 56% vrouw en 45% man. Aanzienlijk meer mannen (79%) dan vrouwen (53%) wonen samen met een partner.

Gemeenten hebben op basis van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) een taak op het gebied van gezondheidsbevordering en collectieve preventie. De gemeenten leggen om de vier jaar hun voornemens ten aanzien van het lokaal preventief gezondheidsbeleid vast in de Nota Lokaal Gezondheidsbeleid. Om die nota vorm te geven, is inzicht nodig in de gezondheidstoestand van de bevolking en de factoren die daarop van invloed zijn.

Dit inzicht in de gezondheidssituatie van de lokale bevolking wordt verkregen door de onderzoeken die de GGD Drenthe in de provincie uitvoert. Naast een sterfteanalyse doet de GGD Drenthe onderzoek naar de gezondheid en gezondheidsdeterminanten bij jongeren, volwassenen en ouderen. Tezamen biedt dat informatie waarmee de gemeenten hun eigen gezondheidsbeleid vorm kunnen geven.

De thematisch gegroepeerde resultaten van dit Ouderenonderzoek 2007 staan beschreven in de hoofdstukken 2 t/m 6 en worden steeds afgesloten met een zeer korte samenvatting.

Het hoofdstuk Aanbevelingen vervolgens bevat beleidsaanbevelingen per onderwerp.

Voor specifieke toepassingen, aanbevelingen en adviezen, verwijzen we ook naar de beleidsadviezen per gemeente die GGD Drenthe samenstelt.

2. Lichamelijk gezondheid

Gezondheid kan worden omschreven als een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden. De fysieke en sociale omgeving, de leefstijl en biologische factoren bepalen de gezondheid.

De gezondheidstoestand van een groep kan op verschillende manieren beschreven worden, bijvoorbeeld aan de hand van sterftcijfers en levensverwachting, het vóórkomen van ziekten en aandoeningen en de invloed van ziekten en aandoeningen op de kwaliteit van leven.

Onderdeel van de vragenlijst van het Ouderenonderzoek Drenthe is een aantal vragen om de gezondheidstoestand van de oudere bevolking in Drenthe te beschrijven. Het betreft onder andere de ervaren gezondheid, het vóórkomen van een door een arts vastgestelde aandoening, lichamelijke beperkingen en de kwaliteit van leven.

2.1 Ervaren gezondheid

Ervaren gezondheid, ook wel subjectieve gezondheid genoemd, weerspiegelt het oordeel over de eigen gezondheid. Ervaren gezondheid is een samenvattende maat van alle gezondheidsaspecten: de lichamelijke en de geestelijke.

Bijna 71% van de ouderen in Drenthe vindt de eigen gezondheid goed. 26% vindt de gezondheid matig en 4% vindt hun eigen gezondheid slecht. Meer vrouwen (33%) dan mannen (24%) vindt de eigen gezondheid matig of slecht. Dit geldt zowel voor de leeftijdsgroep 65-74 jaar en 75-90 jaar. Ter vergelijking: het percentage ouderen in Drenthe dat de eigen gezondheid matig of slecht vindt (29%), is lager dan dat in de regio Tiel (33%), in Flevoland (31%) en in Twente (31%), maar ligt boven dat van Brabant (28%).

Tabel 1. Ervaren gezondheid naar geslacht en leeftijd

	<i>(zeer) goed</i>	<i>matig/slecht</i>
<i>mannen</i>	76%	24%
<i>vrouwen</i>	67%	33%
<i>65-74 jaar</i>	79%	21%
<i>75-90 jaar</i>	62%	38%
<i>Drenthe</i>	71%	29%

2.2 Vastgestelde chronische aandoeningen

In de vragenlijst van het Ouderenonderzoek Drenthe is aan de respondenten gevraagd of ze voor 18 verschillende chronische aandoeningen kunnen aangeven of ze deze gedurende de afgelopen 12 maanden hebben gehad en of de aandoeningen ook door een arts zijn vastgesteld.

Het blijkt dat 26% van de ouderen één chronische aandoening heeft en 41% twee of meer.

33% heeft geen chronische aandoening. Verhoudingsgewijs hebben meer mannen (35%) dan vrouwen (31%) en meer 65-74 jarigen (39%) dan 75-90 jarigen (25%) geen enkele aandoening.

Het percentage ouderen in Drenthe met een chronische aandoening, 67%, is lager dan het percentage ouderen met een chronische aandoening in Twente (75%) en Flevoland (74%) en Brabant (69%).

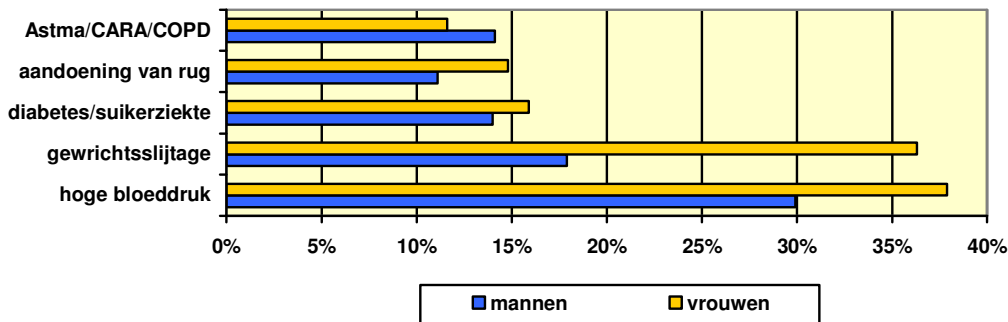
Astma/CARA/COPD, kanker en hartinfarct komen vaker voor bij mannen dan bij vrouwen.

Migraine, hoge bloeddruk, hardnekkige darmstoornissen, onvrijwillig urineverlies, ernstige rugaandoeningen, gewrichtsslijtage, chronische gewrichtsontsteking, aandoeningen aan de nek of schouder of aan elleboog, pols of hand komen meer voor bij vrouwen.

Hoge bloeddruk komt het meest voor. 38% van de 75-90 jarigen en 31% van de ouderen van 65-74 jaar heeft hoge bloeddruk. In totaal heeft 34% van de ouderen in Drenthe hoge bloeddruk. Dit is

vergelijkbaar met het percentage ouderen met hoge bloeddruk in Twente (33%), in Brabant (32%) en is iets hoger dan in Flevoland (29%).

Figuur 1. De vijf meest voorkomende chronische aandoeningen naar geslacht



Een chronische aandoening kan een beperking opleveren voor de dagelijkse bezigheden. Van de ouderen met een chronische aandoening geeft 18% aan sterk belemmerd te zijn, ruim 53% voelt zich licht belemmerd en 29% voelt zich daardoor niet belemmerd.

Vrouwen voelen zich vaker belemmerd door een chronische aandoening dan mannen: 75% tegen 66%. Met de leeftijd stijgt het percentage ouderen met minimaal één chronische aandoening die zich belemmerd voelen: 65-74 jaar 65%, 75-90 jaar 77%.

2.2.1 Diabetes

Diabetes, suikerziekte, is een ernstige chronische ziekte. Belangrijke oorzaken zijn overgewicht, lichamelijke inactiviteit en ongezonde voeding. Zonder een passende leefstijl en goede behandeling, krijgen patiënten vaak complicaties, waaronder hart- en vaatziekten en aantasting van het zenuwstelsel. In Nederland hebben meer dan 600.000 mensen diabetes. Dit aantal zal de komende twintig jaar met een derde toenemen. Deze groei wordt veroorzaakt door de vergrijzing van de bevolking en de toename van overgewicht. Diabetes is dan ook speerpunt in het beleid van het ministerie van VWS.

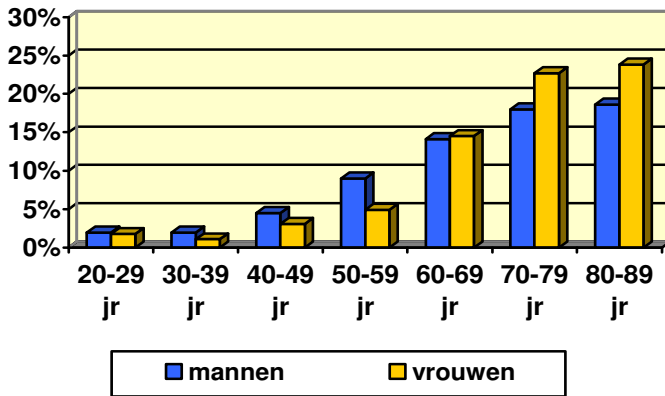
In Drenthe heeft 15% van de ouderen diabetes. In 1991 was dat 13%, in 2002 14%. Ter vergelijking: in Brabant heeft 13% van ouderen diabetes.

In Drenthe hebben verhoudingsgewijs meer 75-90 jarigen (17%) dan 65-74 jarigen (14%) diabetes. Ouderen met diabetes hebben een slechtere ervaren gezondheid en zijn vaker psychisch ongezond. Ze hebben vaker een mobiliteitsbeperking en/of een ADL / HDL beperking.

Combinatie van gegevens uit het volwassenonderzoek van GGD Drenthe en het ouderenonderzoek, geeft een beeld van de toename van diabetes met de leeftijd.

Ook te zien valt dat mannen op jongere leeftijd vaker diabetes hebben en vrouwen op oudere leeftijd.

Figuur 2. Percentage volwassenen en ouderen naar leeftijd en geslacht dat diabetes heeft



2.3 Functionele beperkingen

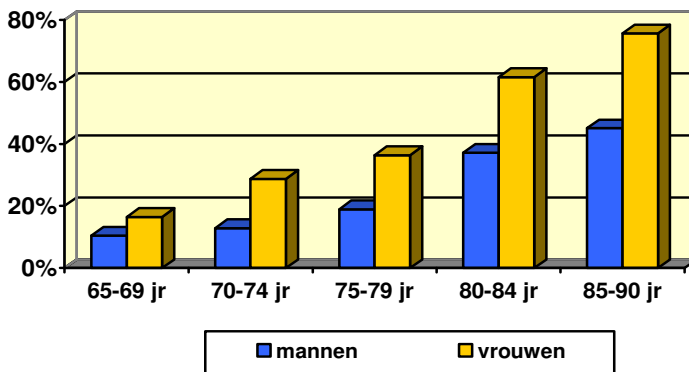
Een gezondheidsaspect bij ouderen is de zelfredzaamheid. Die heeft te maken met het kunnen uitvoeren van lichamelijke functies en dagelijkse routineactiviteiten, zoals lopen, tillen, bukken. In het onderzoek is gevraagd of ouderen moeite hebben met het verrichten van achttien verschillende activiteiten. Deze activiteiten zijn uitgesplitst in elf algemene dagelijkse levensactiviteiten (ADL), zoals eten en drinken, toilet bezoeken, zich verplaatsen en lichaamsverzorging, en zeven huishoudelijke levensactiviteiten (HDL), waaronder schoonmaakwerk, maaltijden klaarmaken en boodschappen doen.

Daarnaast is gevraagd naar mobiliteitsbeperkingen. In dit onderzoek zijn dat: niet iets van de grond kunnen oppakken, niet een stuk te kunnen lopen zonder te pauzeren, niet een volle boodschappentas kunnen dragen over een kortere afstand.

30% van de ouderen heeft een mobiliteitsbeperking; bij de meesten betreft dat het dragen. Vrouwen hebben meer dan mannen een mobiliteitsbeperking: 38% tegen 19%.

Zoals blijkt uit onderstaande figuur, neemt het percentage ouderen met een mobiliteitsbeperking toe met de leeftijd.

Figuur 3. Percentage mannen en vrouwen naar leeftijd met een mobiliteitsbeperking



17% van de ouderen heeft een beperking bij de algemene dagelijkse levensactiviteiten (ADL) en 39% bij de huishoudelijke dagelijkse levensactiviteiten (HDL). Deze functionele beperkingen nemen toe met de leeftijd en betreffen meer vrouwen dan mannen; zie tabel 2.

Tabel 2. Percentage ouderen naar leeftijd en geslacht met een ADL- of HDL-beperking

	geslacht		leeftijd				
	mannen	vrouwen	65-69 jr	70-74 jr	75-79 jr	80-84 jr	85-89 jr
ADL-beperking	12%	21%	6%	12%	15%	31%	45%
HDL-beperking	36%	42%	18%	28%	40%	65%	82%

Eenvoudige algemene dagelijkse activiteiten zoals eten en drinken en handen en gezicht wassen, kunnen de meeste ouderen zelfstandig doen. Moeilijker wordt het bij de trap op- of afgaan of het verzorgen van de voeten. 20% van de ouderen heeft moeite om in en uit bed te komen, 23% van de ouderen heeft moeite met opstaan uit een stoel, eveneens 23% heeft moeite om zich buitenshuis te verplaatsen en 40% heeft moeite met traplopen.

Een deel van de ouderen die moeite hebben met dingen uit de ADL-categorie, kan die alleen met behulp van anderen uitvoeren. Ruim 5% van de ouderen kan alleen trap op- of aflopen met behulp van anderen en 4% kan zich alleen volledig wassen met behulp van anderen.

Met huishoudelijk werk (HDL) hebben meer ouderen moeite. Ongeveer een kwart van de ouderen heeft moeite met boodschappen doen, licht schoonmaakwerk of bed opmaken en 60% heeft moeite met zwaar huishoudelijk werk.

Bij huishoudelijk werk hebben ouderen ook vaker hulp nodig dan bij het uitvoeren van de algemene dagelijkse activiteiten. Wassen en strijken kan 13% van de ouderen niet zonder hulp, 25% heeft hulp nodig bij zwaar schoonmaakwerk.

Naarmate ouderen hun eigen gezondheid slechter vinden, neemt hun zelfredzaamheid af. Van de ouderen die hun eigen gezondheid goed vinden, heeft 6% een ADL- en 24% een HDL-beperking. Van wie de eigen gezondheid matig of slecht vindt, heeft 44% een ADL- en 75% een HDL-beperking. Voor chronische aandoeningen geldt hetzelfde. Van de ouderen zonder een chronische aandoening heeft 6% een ADL- en 17% een HDL-beperking. Van de ouderen met minstens één chronische aandoening heeft 21% een ADL-beperking en 44% een HDL-beperking.

2.4 Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen

Slaap- en kalmeringsmiddelen zijn na bloedverdunners de meest gebruikte medicijnen door ouderen. De meest voorkomende indicaties voor het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zijn slapeloosheid, angst en depressieve gevoelens. Naast het feit dat slaap- en kalmeringsmiddelen verslavend zijn, kunnen bijwerkingen van invloed zijn op gezondheid en welbevinden.

Gevraagd is naar gebruik in de twee weken voorafgaande aan het beantwoorden van de vragen. 22% van de vrouwen en 10% van de mannen heeft in die tijd slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt op doktersvoorschrift. Het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen is onder 65-74 jarigen (13%) lager dan onder 75-90 jarigen (21%).

61% van de ouderen die slaap- of kalmeringsmiddelen gebruiken, gebruikt deze middelen langer dan twee jaar.

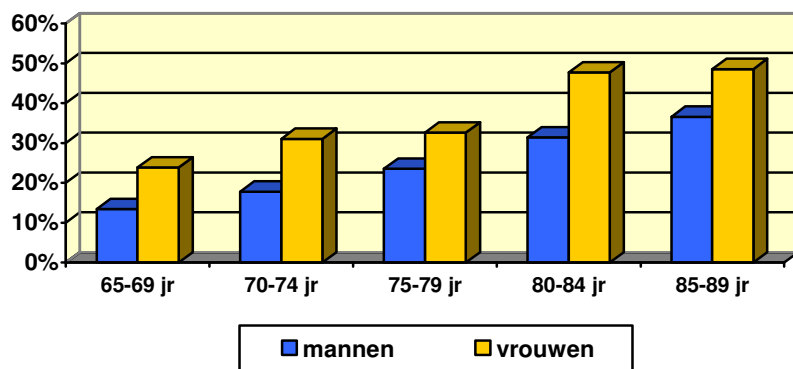
Met toenemende psychische ongezondheid neemt het percentage gebruikers van slaap- of kalmeringsmiddelen toe. De percentages gebruikers per categorie zijn: psychisch gezond 12%, psychisch licht ongezond 34%, psychisch matig ongezond 43% en psychisch ernstig ongezond 64%.

2.5 Vallen

Jaarlijks overlijden in Nederland ongeveer 1700 mensen van 55 jaar en ouder aan de gevolgen van een val. Per jaar worden 31.000 senioren opgenomen in een ziekenhuis na een valongeval. Driekwart van deze slachtoffers is vrouw en tweederde van de slachtoffers is 75 jaar of ouder.

In Drenthe is 29% van de ouderen het afgelopen jaar wel eens gevallen, meer vrouwen dan mannen. Met toenemende leeftijd stijgt het percentage ouderen, zowel mannen als vrouwen, dat het afgelopen jaar wel eens is gevallen, zoals te zien is in figuur 4.

Figuur 4. Percentage mannen en vrouwen naar leeftijd dat het afgelopen jaar wel eens is gevallen



Gevraagd is ook waar men gevallen was het afgelopen jaar. In het huis: 38%, om het huis: 20% en elders: 43%.

Meer vrouwen vallen in huis dan mannen, 42% tegen 30%. Om het huis is het andersom: 32% mannen tegen 13% vrouwen.

Ruim een derde (36%) van de ouderen die het afgelopen jaar wel eens zijn gevallen, heeft daarbij lichamelijk letsel opgelopen. Dit betekent dat 10% van alle ouderen in Drenthe afgelopen jaar lichamelijk letsel opliep als gevolg van vallen.

Verhoudingsgewijs hebben meer vrouwen (39%) dan mannen (30%) en meer oudere ouderen (75-90 jaar: 39%) dan jongere ouderen (65-74 jaar: 32%) lichamelijk letsel opgelopen bij hun val.

Van de ouderen die letsel hebben opgelopen bij hun val, is 43% behandeld door de huisarts en is 34% behandeld op de eerste (spoedeisende) hulp afdeling van een ziekenhuis. Van alle ouderen met letsel bij een val is 23% behandeld door een fysiotherapeut.

2.6 Overgewicht

Overgewicht en vooral ernstig overgewicht hebben consequenties voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid.

Gemeten naar de body mass index (BMI, kg/m²), worden ouderen (anders dan volwassenen en anders dan kinderen) ingedeeld in drie groepen: ondergewicht, normaal gewicht en overgewicht. Bij ouderen is sprake van overgewicht bij een BMI van boven de 30. Ernstig overgewicht hoort ook daarbij.

Van de ouderen in Drenthe heeft 15% overgewicht. Dit komt overeen met het percentage ouderen met overgewicht in Twente, maar ligt onder dat in Flevoland (18%) en boven dat in Brabant (13%). In Drenthe hebben meer vrouwen (17%) dan mannen (12%) overgewicht.

Het percentage ouderen met overgewicht blijft met toenemende leeftijd ongeveer gelijk.

Verhoudingsgewijs vinden meer ouderen met overgewicht hun eigen gezondheid matig of slecht (44%), dan ouderen met een normaal gewicht (26%).

Zulke verschillen zijn er ook te vinden ten aanzien van ADL en HDL beperkingen, mobiliteitsbeperkingen en de chronische aandoeningen diabetes, hoge bloeddruk, astma/COPD, aandoeningen van de rug en gewrichtsslijtage.

2.7 Sporten en bewegen

In het Ouderenonderzoek is gevraagd naar de vormen van sport en lichaamsbeweging die men regelmatig doet.

Van de ouderen in Drenthe fietst 75% regelmatig, 69% wandelt regelmatig, 16% doet regelmatig bewegingsoefeningen, en 14% gaat regelmatig zwemmen. Ruim 26% van de respondenten doet regelmatig aan een andere vorm van sporten of bewegen.

Tabel 3. *Percentage ouderen naar geslacht, leeftijd en opleidingsniveau dat regelmatig aan sport of een andere vorm van bewegen doet*

	geslacht		leeftijd		opleidingsniveau		
	mannen	vrouwen	65-74 jr	75-90 jr	laag	midden	hoog
<i>fietsen</i>	81%	71%	83%	66%	76%	75%	73%
<i>wandelen</i>	68%	69%	72%	64%	67%	76%	72%
<i>bewegingsoefeningen</i>	10%	22%	14%	19%	17%	14%	15%
<i>zwemmen</i>	10%	17%	16%	11%	13%	15%	17%

Van de ouderen die regelmatig sporten en bewegen, doet 8% dat minder dan 1 uur per week, 17% ongeveer 1 uur per week, 36% 2-4 uur per week, 29% 5-10 uur per week en 10% meer dan 10 uur per week.

Van de ouderen die niet sporten of een andere vorm van lichaamsbeweging doen, doet 35% dat omdat ze er geen zin in hebben en ongeveer een kwart (26%) vanwege een slechte gezondheid.

Samenvatting

- Een kwart (26%) van de ouderen vindt de eigen gezondheid matig en 4% vindt de eigen gezondheid slecht.
- 67% van de ouderen heeft een chronische aandoening. Hoge bloeddruk is de meest voorkomende chronische aandoening en 15% van de ouderen heeft suikerziekte.
- Veel ouderen hebben een beperking: 30% heeft een mobiliteitsbeperking, 17% heeft een beperking op het gebied van algemene dagelijkse levensactiviteiten (ADL), zoals eten, drinken en lichaamsverzorging en 39% heeft een beperking op het gebied van huishoudelijke levensactiviteiten (HDL), zoals schoonmaakwerk en het klaarmaken van maaltijden.
- 13% van de 65-74 jarigen en 21% van de 75-90 jarigen heeft de afgelopen 2 weken slaap- en/of kalmeringsmiddelen gebruikt. Van deze ouderen gebruikt 61% de slaap- en/of kalmerings-middelen al langer dan twee jaar.
- In Drenthe is 29% van de ouderen het afgelopen jaar wel eens gevallen. 36% van de ouderen die gevallen zijn, heeft daarbij lichamelijk letsel opgelopen. Vallen met letsel overkomt jaarlijks één op de tien van alle ouderen in Drenthe.
- 12% van de oudere mannen en 17% van de oudere vrouwen heeft overgewicht.

3. Psychische gezondheid

Volgens de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO) voelen psychisch gezonde personen zich goed, autonoom en competent. Bij een optimale psychische gezondheid is er sprake van succesvol functioneren: productieve activiteiten, bevredigende relaties met anderen en de mogelijkheid tot aanpassen en omgaan met tegenslagen.

Mensen met een slechte psychische gezondheid hebben last van psychische klachten of psychische stoornissen, zoals gevoelens van angst, depressie en stress. Dit beïnvloedt het functioneren.

Er is een duidelijk verband tussen lichamelijke en geestelijke gezondheid. Daarom is preventie en vroeg opsporen van psychische klachten van groot belang voor een goede lichamelijke gezondheid. Eén op de zes Nederlanders heeft psychische klachten. Vrouwen zijn vaker psychisch ongezond dan mannen. Gehuwden en samenwonenden hebben over het algemeen een betere psychische gezondheid.

Psychische problematiek is het grootst onder ouderen. Landelijk is ruim een kwart (27%) van de ouderen boven de 75 jaar psychisch ongezond.

Het aantal personen in Drenthe met psychische problemen ligt onder het landelijk gemiddelde.

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens beschreven: 'welbevinden', 'angst en depressie', 'zorgen maken over problemen' en 'eenzaamheid'.

3.1 Welbevinden

Mensen met een goede gezondheid voelen zich over het algemeen gelukkiger. Gemoedstoestand en ervaren gezondheid hangen direct met elkaar samen. Mensen die zich gelukkig voelen kunnen meestal ook beter overweg met problemen en ziekten en herstellen sneller.

Dit ouderenonderzoek meet het psychisch welbevinden met behulp van de Mental Health Inventory (MHI-5). Dit is een standaard vragenstel die landelijk gebruikt wordt, bestaande uit vijf vragen: over zenuwachtigheid, in de put zitten, zich rustig voelen, neerslachtigheid en zich gelukkig voelen.

Bij psychische ongezondheid kan er sprake zijn van psychosociale klachten of psychische stoornissen. De mate van psychische gezondheid heeft vier categorieën: psychisch gezond, psychisch licht ongezond, psychisch matig gezond en psychisch ernstig ongezond.

De vragen betreffen het welbevinden in de maand voorafgaand aan het onderzoek.

In Drenthe voelt 11% van de ouderen zich psychisch licht ongezond, 2% psychisch matig ongezond en 2% psychisch ernstig ongezond. In totaal voelt dus 15% van de ouderen zich psychisch ongezond. Dit percentage ligt onder dat van andere regio's in Nederland. In Brabant voelde 20% van de ouderen in de maand voorafgaand aan het onderzoek psychisch ongezond, in Flevoland 25%, in Twente 18%.

Er zijn verschillen tussen mannen en vrouwen en eveneens naar leeftijd en burgerlijke staat, zoals blijkt uit tabel 4.

Tabel 4. Psychische ongezondheid naar geslacht, leeftijd, burgerlijke staat en opleidingsniveau

	<i>indeling psychische ongezondheid</i>			<i>totaal psychisch ongezond</i>
	<i>licht ongezond</i>	<i>matig ongezond</i>	<i>ernstig ongezond</i>	
<i>mannen</i>	9%	1%	1%	12%
<i>vrouwen</i>	12%	3%	3%	18%
<i>65-74 jaar</i>	9%	2%	1%	11%
<i>75-90 jaar</i>	14%	3%	4%	20%
<i>gehuwd</i>	9%	1%	2%	12%
<i>verweduwd</i>	16%	4%	4%	24%

Psychisch ongezonde ouderen bezoeken vaker de huisarts of een medisch specialist, gebruiken vaker slaap- en of kalmeringsmiddelen en hebben vaker een mobiliteits- of ADL-/HDL-beperving.

3.2 Angst en depressie

Depressie is een speerpunt in het beleid van het ministerie van VWS voor de komende jaren. Per jaar lijden 737.000 volwassenen in Nederland aan depressie. Depressie kenmerkt zich door een depressief gevoel of duidelijk verminderde algemene interesse het grootste deel van de dag, gedurende minimaal twee weken. Angst en depressie behoren tot de meest voorkomende psychische klachten en staan in de top-10 van aandoeningen met de grootste ziektelast. Het ouderenonderzoek meet aan de hand van tien vragen het niveau van angst- en depressieve klachten gedurende de afgelopen maand.

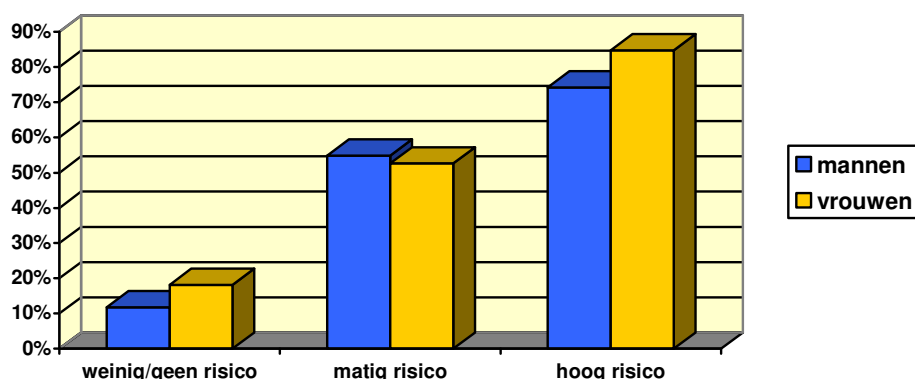
Ongeveer een kwart van de ouderen in Drenthe (24%) heeft een matig risico en 4% een hoog risico voor een angststoornis of depressiestoornis. Zoals blijkt uit de volgende tabel, hebben verhoudingsgewijs meer vrouwen dan mannen een risico op angst- en depressiestoornissen. Het risico op angst- en depressiestoornissen neemt toe met de leeftijd.

Tabel 5. Mate van risico voor angst en depressiestoornissen naar geslacht en leeftijd

	geslacht		leeftijd in jaren					totaal
	mannen	vrouwen	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	
weinig of geen risico	77%	68%	81%	76%	71%	63%	50%	72%
matig risico	21%	28%	18%	20%	26%	33%	43%	24%
hoog risico	3%	4%	2%	4%	4%	5%	7%	4%

Bij stijging van het risico op angst- en depressiestoornissen, neemt de ervaren gezondheid sterk af, zo blijkt uit de onderstaande grafiek.

Figuur 5. Percentage mannen en vrouwen dat hun eigen gezondheid matig of slecht vindt naar mate van risico op angst en depressiestoornissen



Ouderen met een chronische aandoening hebben een hoger risico op angst- en depressiestoornissen: 11% van de ouderen zonder chronische aandoening heeft een matig of hoog risico, tegen 31% van de ouderen met minimaal één chronische aandoening.

Als de chronisch aandoeningen ook belemmeringen opleveren, is de kans op angst- en depressiestoornissen nog groter. Van de ouderen die belemmeringen in het dagelijkse leven ondervinden door een chronische aandoening, heeft 45% een matig of hoog risico op angst- en depressiestoornissen.

Het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen neemt toe met stijging van het risico op angst- en depressiestoornissen.

3.3 Zich zorgen maken

Een vijfde van de ouderen in Drenthe (20%) heeft een probleem dat hen dag en nacht bezighoudt. Dit percentage komt ongeveer overeen met wat gevonden is bij ouderenonderzoek in Twente (19%), maar is veel hoger dan in de regio Tiel (6%).

In Drenthe hebben meer 75-plussers dan 65-74 jarigen een probleem dat hen uit de slaap houdt. Ook vrouwen en alleenstaanden hebben vaker problemen.

Aan degenen met een probleem is gevraagd aan te kruisen waar dit probleem mee te maken heeft.

De top 5 van problemen bestaat uit:

- lichamelijke gezondheid (12%)
- zorgen om kind(eren) (7%)
- zorgen om partner (6%)
- eenzaamheid (5%)
- overlijden van naaste (5%)

Vrouwen en ouderen hebben vaker problemen op alle onderwerpen dan mannen.

3.4 Eenzaamheid

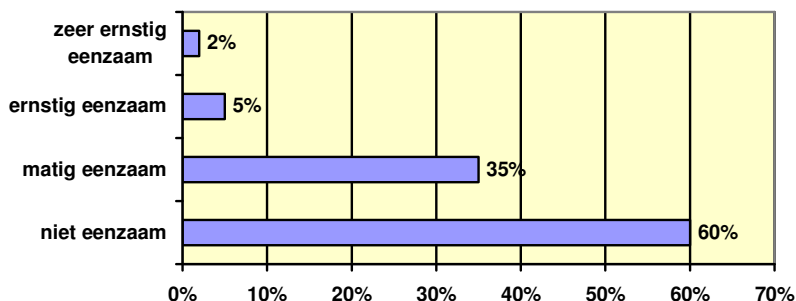
Sociale relaties zijn van invloed op de gezondheid. De gezondheid zelf speelt ook een rol bij het aangaan of onderhouden van sociale relaties. Wanneer een persoon minder goed fysiek functioneert, psychische klachten heeft of beperkt is door chronische ziekten kan dit leiden tot minder sociale contacten en uiteindelijk tot eenzaamheid.

Eenzaamheid is een probleem voor het welzijn, maar wordt ook steeds meer gezien als een gezondheidsprobleem. Eenzaamheid komt voor onder alle leeftijdsgroepen, maar in het bijzonder onder ouderen, onder meer vanwege een afnemende gezondheid en het wegvallen van sociale relaties.

Eenzaamheid is gemeten met behulp van 11 vragen. Dit leidt tot de volgende vier scores die de mate van eenzaamheid weergeven: niet eenzaam, matig eenzaam, zeer eenzaam en zeer ernstig eenzaam. Daarnaast kan er ook een verdeling tussen emotionele eenzaamheid en sociale eenzaamheid worden afgeleid. Van emotionele eenzaamheid is sprake als ouderen weinig of geen contacten hebben die vertrouwd zijn, waarmee diepere gevoelens en gedachten gedeeld kunnen worden. Sociale eenzaamheid is gekoppeld aan het ontbreken van contacten met vrienden.

Ruim 40% van de ouderen in Drenthe is eenzaam. 35% is matig eenzaam, 5% ernstig eenzaam en 2% zeer ernstig eenzaam. Het percentage eenzame ouderen in Drenthe ligt onder dat in andere regio's: Brabant 48%; Tiel 44%, Flevoland 44%.

Figuur 6. Procentuele verdeling ouderen naar mate van eenzaamheid



Meer vrouwen (7%) voelen zich ernstig eenzaam dan mannen (4%), maar in de andere categorieën matig eenzaam en zeer ernstig eenzaam is er geen noemenswaardig verschil tussen mannen en vrouwen.

Eenzaamheid neemt toe met de leeftijd. Van de 65-69 jarigen voelt 34% zich eenzaam, tegen 59% van de 85-90 jarigen. In elke leeftijdsgroep voelen verhoudingsgewijs meer vrouwen zich eenzaam dan mannen.

Eenzaamheid komt niet alleen voor bij alleenstaanden. Van de gehuwd samenwonende ouderen in Drenthe voelt 33% zich eenzaam. Bij de niet-alleenstaanden voelen mannen zich vaker eenzaam dan vrouwen.

Ouderen met één chronische aandoening zijn minder vaak eenzaam dan gemiddeld: 34% tegen 40% voor alle ouderen in Drenthe. Ouderen met meer dan één chronische aandoening, zijn vaker eenzaam dan gemiddeld.

Belemmeringen in het dagelijkse functioneren door een chronische ziekte versterken wel de kans op eenzaamheid.

75% van de ouderen die psychisch ongezond zijn voelt zich eenzaam, voor psychisch gezonde ouderen is dat 35%.

Tabel 6. *Eenzaamheid naar mate van belemmering in dagelijks leven en geestelijk gezondheid*

	niet eenzaam	wel eenzaam
<i>mate van belemmering in dagelijkse bezigheden</i>		
- heeft geen chronische ziekte	68%	32%
- niet belemmerd door chronische ziekte	68%	32%
- licht belemmerd door chronische ziekte	54%	46%
- sterk belemmerd door chronische ziekte	41%	59%
<i>geestelijke gezondheid</i>		
- geestelijk gezond	65%	35%
- geestelijk licht ongezond	27%	73%
- geestelijk matig ongezond	24%	76%
- geestelijk ernstig ongezond	15%	85%

3.4.1 Sociale en emotionele eenzaamheid

De scores van de vragenlijst onderscheiden de emotionele eenzaamheid en de sociale eenzaamheid. De emotionele eenzaamheid is vooral gevoelig voor wijzigingen in de partnerstatus, de sociale eenzaamheid is een indicator voor het bredere sociale netwerk en gevoelig voor veranderingen daarin.

Er is verschil tussen mannen en vrouwen. Meer vrouwen dan mannen zijn emotioneel eenzaam: van alle ouderen in Drenthe is 17% van de vrouwen en 11% van de mannen emotioneel eenzaam.

De emotionele eenzaamheid neemt, zowel bij mannen als vrouwen, toe met de leeftijd.

De sociale eenzaamheid neemt alleen bij vrouwen af met de leeftijd.

De ervaren gezondheid van emotioneel en sociaal eenzame ouderen is slechter dan die van de ouderen die niet emotioneel of sociaal eenzaam zijn.

3.5 **Ouderenmishandeling**

Kenmerken bij ouderenmishandeling zijn met name verwaarlozing, schending van rechten en financiële uitbuiting.

Ouderenmishandeling is gelieerd aan huiselijk geweld. Per definitie wordt de mishandeling uitgevoerd door een bekende: partner, één van de kinderen, mantelzorger of huisvriend. Er is een afhankelijkheidsrelatie. Het gaat om psychisch, lichamelijk en seksueel misbruik.

De betrouwbaarheid van de beantwoording van vragen over mishandeling staat onder druk van de zorgafhankelijkheid, de loyaliteit jegens dader, angst voor opname in verpleeg-/verzorgingshuis, gebrek aan assertiviteit of het ontbreken van geestelijke vermogens (reden waarom bekenden helpen bij het invullen van de vragenlijst).

2% van de ouderen in Drenthe heeft de afgelopen 12 maanden met ouderenmishandeling te maken gehad. Vergelijkbaar onderzoek in Flevoland komt daar uit op 7 %. Er is geen verschil in frequentie van mishandeling bij mannen of vrouwen.

Ouderen die het afgelopen jaar zelf met ouderenmishandeling te maken hebben gehad, vinden hun eigen gezondheid slechter dan de ouderen die geen slachtoffer zijn (48% tegen 29%), ze zijn vaker psychisch ongezond (38% tegen 15%), ze hebben vaker een matig of hoog risico op angst- en depressiestoornissen (59% tegen 27%) en zijn vaker eenzaam (64% tegen 41%).

Bij 71% van de ouderen die het afgelopen jaar zelf te maken hebben gehad met ouderenmishandeling, is de mishandeling één maal voorgekomen in dat jaar.

Daders van ouderenmishandeling waren het afgelopen jaar in 11% van de gevallen zoon of dochter, 8% schoonzoon of schoondochter, 7% de (ex-)partner, 14% een ander familielid. In de andere gevallen, de meerderheid, betrof het meestal een andere bekende, die geen familie is.

De helft van de ouderen die te maken heeft gehad met ouderenmishandeling heeft het voorval met iemand anders of een instantie besproken.

Samenvatting

- Van de ouderen in Drenthe, is 12% van de mannen en 18% van de vrouwen psychisch ongezond.
Van de verweduwde ouderen is bijna een kwart (24%) psychisch ongezond, tegen 12% van de gehuwde ouderen.
- Psychisch ongezonde ouderen bezoeken vaker de huisarts of een medisch specialist.
Ook gebruiken ze vaker slaap- en/of kalmeringsmiddelen en hebben vaker een mobiliteits- of ADL-/HDL-beperking.
- Ongeveer een kwart van de ouderen in Drenthe (24%) heeft een matig risico en 4% heeft een hoog risico voor angst- of depressiestoornissen.
- Een vijfde van de ouderen heeft een probleem dat hen dag en nacht bezighoudt. De eigen gezondheid en zorg om de kinderen worden het meest genoemd als probleem.
- 42% van de ouderen is eenzaam: 35% is matig eenzaam, 7% is ernstig of zeer ernstig eenzaam.
Met toenemende leeftijd neemt het percentage ouderen dat zich eenzaam voelt toe.
Beperkingen in het dagelijks functioneren door een chronische ziekte versterkt de kans op eenzaamheid.
- 2% van de ouderen heeft de afgelopen 12 maanden te maken gehad met ouderenmishandeling.

4. Mantelzorg en vrijwilligerswerk

Mantelzorg is de zorg die familieleden, vrienden, buren en/of kennissen vrijwillig en onbetaald verlenen aan personen met lichamelijke, verstandelijke of psychische beperkingen. Het takenpakket van mantelzorgers is divers. Het betreft huishoudelijke hulp, maar ook hulp bij persoonlijke verzorging en psychosociale begeleiding komen regelmatig voor.

Het geven en het ontvangen van mantelzorg wordt in dit hoofdstuk beschreven.

Daarnaast wordt aandacht besteedt aan vrijwilligerswerk. Een belangrijk verschil tussen mantelzorg en vrijwilligerswerk is dat het laatste meestal gedaan wordt vanuit een georganiseerd verband; er is in beginsel geen persoonlijke band tussen (hulp)verlener en ontvanger. Een vrijwilliger is meer gericht op de werkzaamheden, terwijl bij de mantelzorger vaak een moreel plichtsgevoel speelt. Meer dan mantelzorg geven, is het doen van vrijwilligerswerk graadmeter voor de mate van maatschappelijke participatie die van belang is voor het welzijn en welbevinden van ouderen.

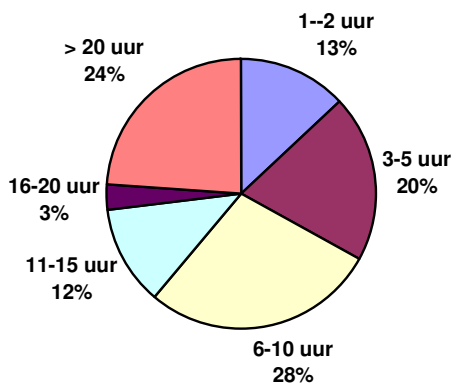
4.1 Het geven van mantelzorg

Van alle Drentse ouderen geeft 16% mantelzorg. Verhoudingsgewijs geven iets meer vrouwen (17%) dan mannen (15%) mantelzorg. Het geven van mantelzorg neemt af met de leeftijd. Van de 65-69 jarigen geeft ruim 19% mantelzorg, van de 75-79 jarigen 13% en van de 85-89 jarigen 9%.

Ouderen die mantelzorg geven, vinden hun eigen gezondheid over het algemeen beter dan degenen die geen mantelzorg geven.

Aan degenen die mantelzorg geven, is gevraagd hoeveel uur per week zij dat doen en hoe belastend zij het vinden. Bijna een kwart van de mantelzorgers verleent meer dan 20 uur per week mantelzorg.

Figuur 7. Aantal uren per week dat mantelzorg wordt gegeven



Mantelzorg bestaat uit verschillende activiteiten. Gezelschap houden en troost en afleiding bieden komen het meest voor, het is een activiteit van 46% van ouderen die mantelzorg verlenen. Daarnaast biedt 37% hulp in de huishouding, 33% assisteert en begeleidt bij vervoer, 25% helpt met geldzaken en 16% bereidt warme maaltijden.

Van de ouderen die mantelzorg geven, voelt 10% (mannen: 8%, vrouwen: 12%) zich hier tamelijk zwaar tot zwaar mee belast. De ervaren belasting neemt toe met de leeftijd: 7% van de 65-69 jarigen voelt zich zwaar belast, tegen 14% van de 75-79 jarigen en 33% van de 85-89 jarigen.

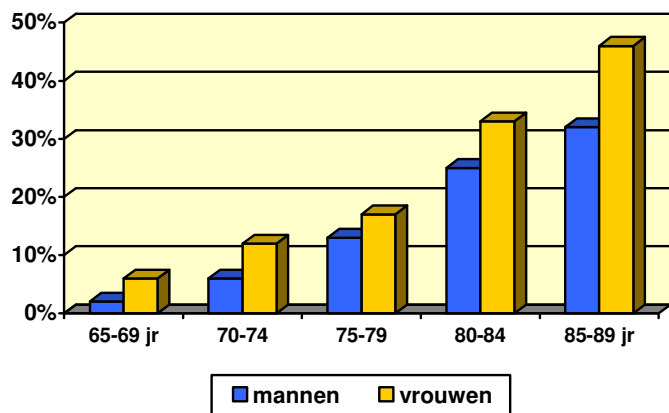
4.2 Het krijgen van mantelzorg

In het jaar voorafgaand aan het onderzoek heeft ongeveer één op de zes ouderen (15%) mantelzorg ontvangen. 13% ontvangt op dit moment nog steeds mantelzorg.

Meer vrouwen (19%) dan mannen (11%) kregen het afgelopen jaar mantelzorg. Dit geldt voor alle leeftijdsgroepen. Het percentage ouderen dat mantelzorg ontvangt neemt toe met de leeftijd. Van de

ouderen van 65-74 jaar heeft 6% het afgelopen jaar mantelzorg ontvangen, van de ouderen van 75-90 jaar 25% (zie figuur 8).

Figuur 8. Percentage ouderen naar geslacht dat het afgelopen jaar mantelzorg heeft ontvangen

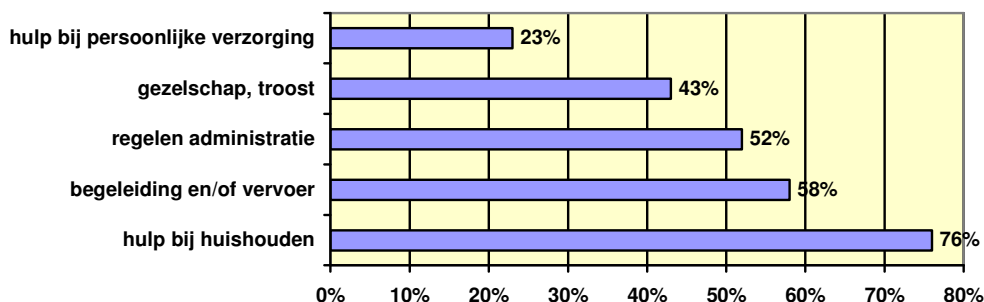


Zoals verwacht, ontvangen ouderen die lichamelijk beperkt zijn vaker mantelzorg dan ouderen die niet beperkt zijn. Van de ouderen met een ADL-beperking heeft 46% het afgelopen jaar mantelzorg ontvangen, tegen 9% van de ouderen zonder ADL-beperking. De percentages bij mobiliteitsbeperking zijn 36% en 7%.

Ook psychisch ongezonde ouderen en ouderen met een risico voor angst- en depressiestoornissen ontvangen vaker mantelzorg. Per categorie: psychisch gezond 11%, psychisch licht ongezond 29%, psychisch matig ongezond 35% en psychisch ernstig ongezond 57%. Van de ouderen met weinig of geen risico voor angst- en depressiestoornissen heeft 9% het afgelopen jaar mantelzorg ontvangen, tegen 47% van de ouderen met een hoog risico voor angst- en depressiestoornissen.

76% van de ouderen die mantelzorg hebben ontvangen, hebben hulp in de huishouding. De percentages voor andere soorten hulp staan in onderstaande grafiek.

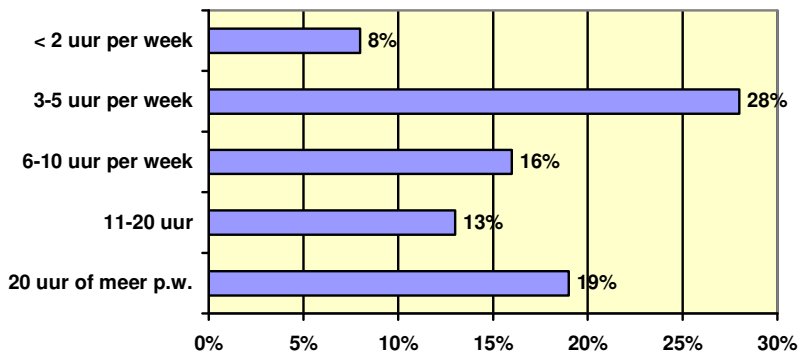
Figuur 9. Ontvangen van mantelzorg naar soort in percentages



Mantelzorg wordt voornamelijk van de kinderen en van de echtgenoot of partner verkregen. Meer dan de helft (53%) van de ouderen die mantelzorg ontvangt, krijgt dat (onder andere) van de kinderen, ruim een derde (38%) ontvangt deze zorg van de echtgenoot of partner en ruim een kwart van vrienden, burens of kennissen.

19% van de ouderen die mantelzorg ontvangen, krijgt die meer dan 20 uur per week (zie figuur 10).

Figuur 10. Aantal uren per week ontvangen mantelzorg



4.3 Vrijwilligerswerk

Onder vrijwilligerswerk wordt verstaan: onbetaald werk dat in georganiseerd verband (bijvoorbeeld binnen sportvereniging, kerkbestuur, ouderenbonden) wordt uitgevoerd. Ruim een kwart (26%) van de ouderen doet vrijwilligerswerk, mannen meer dan vrouwen. Met toenemende leeftijd neemt het percentage ouderen dat vrijwilligerswerk doet af.

Tabel 7. Percentagse ouderen naar geslacht, leeftijd en opleidingsniveau die vrijwilligerswerk doen

	doet vrijwilligerswerk
<i>mannen</i>	30%
<i>vrouwen</i>	23%
<i>65-69 jaar</i>	40%
<i>70-74 jaar</i>	32%
<i>75-79 jaar</i>	23%
<i>80-84 jaar</i>	9%
<i>85-90 jaar</i>	6%

Het meeste vrijwilligerswerk wordt gedaan voor de kerk of andere religieuze levensbeschouwelijk organisaties. Van de ouderen die vrijwilligerswerk doen, doet 36% dit voor de kerk, 25% voor een hobby en/of gezelligheidsvereniging en 23% voor organisaties in de verzorging, welzijnszorg en hulpverlening.

De grootste groep (44%) van oudere vrijwilligers besteedt 2 tot 4 uur per week aan vrijwilligerswerk, 21% doet dit 5 tot 10 uur per week.

Samenvatting

- Van alle ouderen geeft 16% mantelzorg. Van hen ervaart 10% dat als een tamelijk zware of zware belasting. Gezelschap houden en troost en afleiding bieden is de meest voorkomende vorm.
- Bijna evenveel mannen als vrouwen geven mantelzorg. Vrouwen ontvangen vaker mantelzorg dan mannen.
- Eén op de zes ouderen (15%) heeft het afgelopen jaar mantelzorg ontvangen. Voor driekwart van hen betrof dat in ieder geval huishoudelijke hulp. Vooral ouderen met een lichamelijke beperking ontvangen mantelzorg.
- Ongeveer een kwart van de ouderen verricht vrijwilligerswerk, meer mannen (30%) dan vrouwen (23%).

5. Wonen en woonomgeving

Over het algemeen willen ouderen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. De beschikbaarheid van zorg- of dienstverlening in of in de nabijheid van de woning is belangrijk als lichamelijke en andere beperkingen een rol gaan spelen.

In de vragenlijst van het ouderenonderzoek zijn vragen gesteld over de huidige woning, over verhuiscriteria, over omstandigheden waaronder men toch in de huidige woning zou willen blijven wonen en over voorzieningen en diensten die nodig zijn om in de huidige woning te kunnen blijven wonen.

Ook de woonomgeving speelt een rol, evenals de veiligheid, de vervoersmogelijkheden en de relatie met anderen in de buurt.

5.1 Huidige woonsituatie

Ruim 60% van de ouderen woont in een eengezinswoning, 16% woont op een flat of etage, 9% woont op een boerderij en 9% woont in een seniorenwoning. 1% van de ouderen woont in een aanleunwoning, een woonzorgvoorziening of verzorgingshuis.

De ouderen is de vraag voorgelegd of ze binnen twee jaar willen verhuizen. 63% van alle ouderen wil beslist niet verhuizen, 20% wil 'misschien wel' verhuizen, 4% 'beslist wel'. 1% heeft al een andere woonruimte gevonden en gaat binnenkort verhuizen en 12% weet het nog niet.

Naar leeftijd noch geslacht zijn er wezenlijke verschillen in de beantwoording van de vraag of men binnen twee jaar wil verhuizen.

Ruim 60% van de ouderen die in een eengezinswoning of op een boerderij wonen, willen beslist niet binnen twee jaar verhuizen. Voor ouderen in een seniorenwoning is dat 68%, op een flat of etage 73%, in een serviceflat 76%, in een woon-zorgcombinatie 82%, in een verzorgingshuis 85% en in een aanleunwoning 87%.

Van de ouderen die mogelijk binnen twee jaar willen verhuizen, wil 62% in de huidige woonplaats blijven, 19% wil verhuizen naar een andere kern met meer voorzieningen binnen dezelfde gemeente, 7% wil verhuizen naar een andere gemeente, met meer voorzieningen.

Ouderen die in een flat, seniorenwoning of aanleunwoning wonen, hebben vaker een beperking, hebben vaker een chronische aandoening en ontvangen vaker mantelzorg dan ouderen die in een eengezinswoning of op een boerderij wonen.

Tabel 8. Percentages ouderen met chronische aandoening / beperkingen / mantelzorg, naar type woning

	<i>heeft chronische aandoening</i>	<i>heeft een ADL-beperking</i>	<i>heeft een HDL-beperking</i>	<i>heeft een mobiliteitsbeperking</i>	<i>ontvangt mantelzorg</i>
<i>eengezinswoning</i>	63%	10%	31%	22%	12%
<i>flat/etage</i>	79%	31%	54%	41%	21%
<i>boerderij</i>	65%	12%	31%	20%	13%
<i>seniorenwoning</i>	72%	29%	55%	50%	20%
<i>aanleunwoning</i>	88%	63%	91%	79%	58%

Twee van de drie ouderen (65%) die willen verhuizen, willen in de nieuwe woonsituatie gebruik kunnen maken van maaltijdverzorging en huishoudelijke hulp, geleverd door een nabijgelegen dienstencentrum, bejaarden- of verzorgingshuis.

Een andere vraag in het onderzoek is welke voorzieningen en diensten ouderen nodig hebben om te kunnen blijven wonen in de huidige woning. De antwoorden staan in de volgende tabel.

Tabel 9. Voorzieningen en diensten die nodig zijn om in huidige woning te kunnen blijven wonen

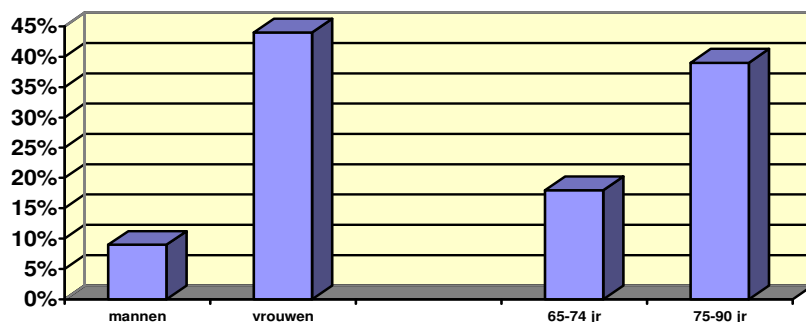
	<i>ja, nodig en maak er al gebruik van</i>	<i>ja, nodig, maar maak hier geen gebruik van</i>
<i>hulp bij klussen in huis</i>	18%	16%
<i>hulp bij onderhoud van de tuin</i>	19%	13%
<i>hulp in de huishouding</i>	30%	9%
<i>hulp bij persoonlijke verzorging</i>	6%	3%
<i>hulp bij de zorg van mijn partner</i>	5%	3%
<i>hulp bij mijn administratie</i>	23%	6%
<i>goed bereikbare voorzieningen</i>	27%	8%
<i>vervoersmogelijkheden</i>	21%	9%
<i>maaltijdvoorziening aan huis</i>	6%	5%
<i>hulpmiddelen</i>	15%	4%
<i>woningaanpassing</i>	16%	7%

5.2 Veiligheid

Onveiligheid of gevoel van onveiligheid belemmeren de maatschappelijke participatie van ouderen. Objectieve veiligheid, de kans dat een persoon slachtoffer wordt van criminaliteit, wordt onderscheiden van subjectieve veiligheid, zijnde de beleving van veiligheid en onveiligheid. In de vragenlijst voor het ouderenonderzoek zijn twee vragen gesteld over de subjectieve veiligheid: Durft u als het donker is nog de straat op? Voelt u zich wel eens onveilig - en zo ja, waar en waarom?

Van alle ouderen durft 28% niet meer de straat op te gaan als het donker is. Zoals blijkt uit onderstaande grafiek zijn er grote verschillen naar geslacht en leeftijd. 9% van de mannen en 44% van de vrouwen durft niet de straat op te gaan als het donker is.

Figuur 11. Percentage ouderen naar geslacht en leeftijd dat niet meer de straat op durft te gaan als het donker is



Van alle ouderen in Drenthe voelt 11% (meer vrouwen dan mannen) zich wel eens onveilig. De meesten ervaren dat 's avonds buitenshuis: 8% van de betreffende mannen en 20% van de betreffende vrouwen.

5.3 Informatievoorziening

Zowel in het ouderenonderzoek uit 2002 als in dit onderzoek, is ouderen gevraagd of ze weten waar informatie te krijgen is over bepaalde onderwerpen. In tabel 10 staan de resultaten van beide onderzoeken weergegeven. Opvallend is dat in 2007 de ouderen over nagenoeg alle onderwerpen vaker informatie weten te vinden.

Tabel 10. *Percentage ouderen die weten waar ze informatie kunnen halen over onderstaande onderwerpen in 2002 en 2007*

	<i>Totaal 2002</i>	<i>Totaal 2007</i>
<i>Maaltijdvoorziening (tafeltje-dek-je)</i>	70%	69%
<i>Vervoersvoorziening</i>	61%	67%
<i>Woningaanpassing</i>	57%	65%
<i>Huursubsidie</i>	57%	64%
<i>Personenalarmering</i>	43%	54%
<i>Uitleen van verpleegartikelen en hulpmiddelen</i>	76%	80%
<i>Kwijtschelding van gem. belastingen</i>	51%	60%
<i>Bijzondere bijstand</i>	44%	55%
<i>Vergoeding van kosten in het kader van WVG</i>	42%	54%
<i>Aanschaf van hulpmiddelen</i>	60%	70%
<i>Pas 65</i>	76%	78%
<i>Huisbezoek door vrijwilligers</i>	33%	42%
<i>Meer bewegen voor ouderen (MBvO)</i>	44%	55%
<i>Gezellige activiteiten voor ouderen</i>	63%	69%
<i>Vormingsactiviteiten voor ouderen</i>	45%	54%
<i>Persoonsgebonden budget bij ziekte/zorgbehoefte</i>	34%	50%

Samenvatting

- 63% van de ouderen geeft aan dat ze binnen twee jaar beslist niet willen verhuizen.
- Van de ouderen die willen verhuizen, wil 65% in hun nieuwe woonsituatie gebruik kunnen maken van de diensten van een nabijgelegen dienstencentrum voor huishoudelijke hulp en maaltijdverzorging.
- 9% van de mannen en 44% van de vrouwen, in totaal 28% van alle ouderen, durft niet de straat op te gaan als het donker is. Tevens voelt 11% van de ouderen zich wel eens onveilig.
- Vergeleken met 5 jaar geleden, weten ouderen beter hoe ze aan informatie kunnen komen over zorg en regelingen die op ouderen zijn gericht.

6. Sociaal-economische gezondheidsverschillen

6.1 Algemeen

Het staat vast dat er in Nederland belangrijke gezondheidsverschillen zijn tussen personen met een verschillende sociaaleconomische status. Deze sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) zijn bijna altijd in het nadeel van de mensen met de laagste sociaaleconomische status (SES). Mannen en vrouwen met een lage SES leven een aantal jaren korter dan mannen en vrouwen met een hogere SES. Daarnaast leven personen met een lage SES aanzienlijk langer in minder goede gezondheid.

De slechtere gezondheid van mensen met een lage SES is deels te verklaren door grotere gezondheidsrisico's in leefstijl, in werk- en in leefomgeving. Negatieve selectie is een andere verklaring: juist een slechtere gezondheid kan er toe leiden dat een persoon tot een lagere SES-groep gaat behoren.

De sociaaleconomische status van personen wordt bepaald door hun positie in de gelaagde structuur van onze maatschappij. Daarvoor gelden drie indicatoren: opleiding, beroep en inkomen.

In veel onderzoek wordt SES echter alleen gedefinieerd met behulp van het opleidingsniveau, omdat deze indicator goed meetbaar is en op individueel niveau nauwelijks verandert na het 30^e levensjaar. Bovendien is uit onderzoek gebleken dat opleidingsniveau meer invloed heeft op gezondheid en leefstijl dan inkomen. Mensen met een lage opleiding worden derhalve beschouwd als mensen met een lage SES.

In dit hoofdstuk wordt eerst het opleidingsniveau van de ouderen besproken en komen de vragen uit de vragenlijst aan de orde over het inkomen van de ouderen. Dan wordt de relatie van de SES beschreven met de lichamelijke en psychische gezondheid en met de zorg en de woonomgeving.

6.1.1 Opleiding

Er zijn verschillen in opleidingsniveau tussen mannen en vrouwen, tussen de leeftijdsgroepen 65-74 jaar en 75-90 jaar en tussen de drie Drentse regio's.

42% van de vrouwen en 28% van de mannen heeft geen onderwijs of alleen lager onderwijs gevolgd. Meer mannen (19%) dan vrouwen (8%) hebben een opleiding van hoger onderwijs afgerond. Van de ouderen van 65-74 jaar heeft 26% alleen lager onderwijs, tegen 46% van de ouderen van 75-90 jaar.

Tabel 11. Opleidingsniveau naar geslacht leeftijd en regio

	<i>geen opleiding lager onderwijs</i>	<i>(M)ULO lager beroeps- onderwijs</i>	<i>HBS, MMS middelbaar beroeps- onderwijs</i>	<i>universiteit hoger beroeps- onderwijs</i>
<i>mannen</i>	28%	36%	18%	19%
<i>vrouwen</i>	42%	41%	10%	8%
<i>65-74 jaar</i>	26%	44%	15%	15%
<i>75-90 jaar</i>	46%	32%	12%	10%
<i>Nrd & Midden Drenthe</i>	28%	41%	16%	15%
<i>Zuidwest Drenthe</i>	36%	39%	13%	11%
<i>Zuidoost Drenthe</i>	45%	34%	11%	10%
<i>alle ouderen in Drenthe</i>	36%	38%	14%	13%

Ter vergelijking: het percentage ouderen in Drenthe met niet meer dan basisonderwijs, 36%, ligt boven dat van Twente (33%) en onder dat van de regio Tiel (40%).

De SES naar opleidingsniveau is onderverdeeld in drie categorieën, te weten:

- lage SES - lager onderwijs (geen opleiding gevolgd of alleen lagere school afgerond),
- midden SES - lager voortgezet onderwijs (een afgeronde ULO, MULO of LBO-opleiding), hoger voortgezet onderwijs (middelbaar beroepsonderwijs, HBS, MMS, Gymnasium)
- hogere SES - hoger onderwijs (HBO of een academische opleiding).

Analyses laten zien dat er voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen in veel gevallen eerder sprake van een tweedeling van de SES dan een driedeling.

Om die reden wordt de SES in dit hoofdstuk ingedeeld in twee groepen: lage SES (ouderen met hoogstens basisonderwijs) en hogere SES (alle ouderen die een vorm van voortgezet onderwijs hebben gevolgd).

Van de ouderen in Drenthe heeft 36% van de ouderen een lage SES en 64% een hogere SES.

Er zijn verschillen in SES naar geslacht, leeftijd en regio. Van de mannen heeft 28% een lage SES en 72% een hogere SES. Deze percentages bedragen voor vrouwen respectievelijk 42% en 58%.

6.1.2 Inkomen

De eerste vraag hierover in het onderzoek was of het (gezamenlijk inkomen) alleen bestaat uit AOW. Vervolgens is gevraagd of men het afgelopen jaar moeite heeft gehad om met het inkomen van het huishouden rond te komen en zo ja, op welke terreinen bezuinigd is. Tenslotte is gevraagd naar het netto maandinkomen van het huishouden: het bedrag dat maandelijks op bank- of girorekening wordt ontvangen. Het zijn inkomsten uit arbeid, pensioen, AOW, uitkeringen of alimentatie, zonder eventuele vakantie-uitkeringen.

De gebruikte inkomenscategorieën zijn gebaseerd op de door het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) omschreven beleidsmatige armoedegrens, waarbij een grens wordt gebruikt voor zowel gehuwde of samenwonende als alleenstaande ouderen. Volgens het SCP leeft 7% van de mensen ouder dan 65 jaar onder de armoedegrens.

21% van de ouderen in Drenthe heeft alleen AOW als inkomen. Ter vergelijking: in Brabant 23%.

In Drenthe bestaat het inkomen bij meer vrouwen (24%) dan mannen (17%) alleen uit AOW.

Van de ouderen van 75-90 jaar heeft 24% een inkomen dat alleen bestaat uit AOW, tegen 19% van de ouderen van 65-74 jaar.

Van de ouderen in Drenthe moet 7% rondkomen van een maandelijks inkomen van minder dan € 900 en 25% moet rondkomen van een nettobedrag tussen €901 en €1300. 31% van de ouderen heeft een inkomen van minder dan €1300.

3% van de Drentse ouderen heeft maandelijks een netto inkomen van meer dan €3500.

De percentages ouderen met een inkomen onder de €1300 verschillen per regio. In Zuidoost Drenthe is dat 36%, in Zuidwest Drenthe is dat 33% en in Noord en Midden Drenthe is dat 27%.

Totaal 41% van de ouderen in Drenthe 'kan met moeite rondkomen van het inkomen' of 'moet goed opletten met uitgaven'.

Moeite om rond te komen hebben alleenstaande vrouwen, met of zonder thuiswonende kinderen, vaker dan gehuwde of samenwonende vrouwen met of zonder thuiswonende kinderen: 15% tegen 9%. Bij mannen is er geen verschil tussen de huishoudsamenstellingen.

In de leeftijdscategorie 65-75 jaar heeft 13% moeite om met het gezamenlijke huishoudinkomen rond te komen, in de leeftijdscategorie 75-90 jaar is dat 9%.

Gemeten naar SES (volgens opleidingsniveau): van ouderen met lage SES heeft 15% moeite met rondkomen, met hogere SES 9%.

De dingen waarop ouderen het vaakst bezuinigen, zijn: vakanties (8%), kleding (6%), abonnementen (7%), vrijetijdsbesteding (5%), kapper (4%).

6.2 Lichamelijk gezondheid en SEGV

De ervaren gezondheid van ouderen met een lage SES is slechter dan die van mensen met een hoge SES. Van de ouderen met een lage SES vindt 41% de eigen gezondheid matig of slecht, tegen 22% van de ouderen met een hogere SES.

Dit verschil in gezondheidsbeleving wordt weerspiegeld in de gezondheidsbeleving in de Drentse regio's. In Noord en Midden Drenthe vindt 27% van de ouderen hun eigen gezondheid matig of slecht, tegen 29% van de ouderen in de regio Zuidwest Drenthe en 33% van de ouderen in de regio Zuidoost Drenthe.

Totaal heeft 74% van de ouderen met een lage SES een chronische aandoening, tegen 64% van de ouderen met een hogere SES. Het verschil zit in de percentages ouderen met meer dan één chronische aandoening: met lage SES is dat 50%, met hogere SES 37%.

De volgende chronische aandoeningen komen vaker voor bij ouderen met een lage SES dan bij ouderen met een hogere SES: diabetes, hartinfarct, hoge bloeddruk, vernauwing van bloedvaten in buik of benen, astma, ernstige of hardnekkige aandoening van de rug, gewrichtsslijtage en onvrijwillig urineverlies.

Ouderen met een lage SES hebben vaker functionele beperkingen. Van de ouderen met een lage SES heeft 26% een ADL-beperking, tegen 12% van de ouderen met een hogere SES. Ook hebben ouderen met een lage SES vaker een mobiliteitsbeperking of een beperking bij de huishoudelijke activiteiten.

Bijna 15% van de ouderen heeft overgewicht. Er is een duidelijk verschil in het percentage ouderen met overgewicht bij lage en hogere SES. Van de mannen met een lage SES heeft 18% overgewicht, tegen 9% van de mannen met een hogere SES. Deze percentages bedragen voor vrouwen met een lage en hogere SES respectievelijk, 22% en 13%.

Ouderen met een lage SES gebruiken relatief vaker slaap- en/of kalmeringsmiddelen, maar dat geldt voor vrouwen, niet voor mannen. Meer vrouwen met een lage SES gebruiken slaap- en/of kalmeringsmiddelen en over een langere periode dan vrouwen met een hogere SES. Bij mannen is er geen verschil tussen lage en hogere SES.

Ook bij valincidenten geldt het verschil naar SES alleen voor vrouwen. Meer vrouwen met een lage SES (39%) zijn het afgelopen jaar wel eens gevallen dan vrouwen met een hogere SES (31%), bij mannen zijn de percentages bijna gelijk: 23% en 21%.

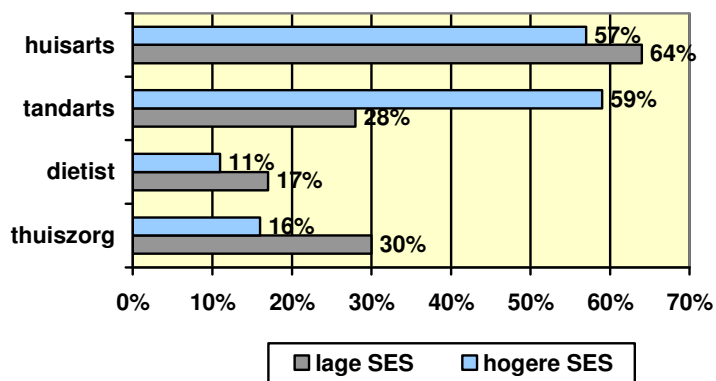
Tabel 12. Gezondheidsindicatoren naar sociaal economische status

	<i>geen opleiding of lager onderwijs</i>	<i>minimaal ULO of lager beroeps onderwijs</i>
	<i>lage SES</i>	<i>hogere SES</i>
<i>vindt eigen gezondheid matig of slecht</i>	41%	22%
<i>heeft chronische aandoening</i>	74%	64%
<i>heeft een ADL-beperking</i>	26%	12%
<i>heeft een HDL-beperking</i>	51%	32%
<i>heeft een mobiliteitsbeperking</i>	45%	20%
<i>gebruikt slaap-/kalmeringsmiddelen</i>	19%	15%
<i>afgelopen jaar wel eens gevallen</i>	33%	26%
<i>heeft overgewicht</i>	21%	11%

Verhoudingsgewijs zijn niet meer ouderen met een lage SES dan ouderen met een hogere SES het afgelopen jaar bij een medisch specialist geweest. Ook hebben ze niet vaker contact gehad met een fysiotherapeut, een maatschappelijk werker, de GGZ of met een lokale Stichting Welzijn Ouderen.

Meer ouderen met lage SES hebben contact met huisarts, diëtist, thuiszorg en ouderenadviseur. Ouderen met hogere SES bezoeken vaker de tandarts en alternatieve genezers.

Figuur 12. Gebruik van enkele medische en zorg voorzieningen naar SES



6.3 Psychische gezondheid en SEGV

Meer ouderen met lage SES zijn psychisch ongezond dan ouderen met hogere SES: 22% tegen 12%. Het verschil geldt zowel mannen als vrouwen.

Tabel 13. Indicatoren voor psychische gezondheid naar geslacht en sociaal economische status

	<i>geen opleiding of lager onderwijs</i>	<i>minimaal ULO of lager beroeps onderwijs</i>
	<i>lage SES</i>	<i>hogere SES</i>
<i>is psychisch ongezond</i>	22%	12%
<i>matig risico op angst/depressie</i>	32%	20%
<i>hoog risico op angst/depressie</i>	7%	2%
<i>eenzaamheid</i>	48%	38%
<i>hoge sociale eenzaamheid</i>	31%	28%
<i>hoge emotionele eenzaamheid</i>	20%	11%

Ouderen met een lage SES hebben een groter risico op angst- en depressiestoornissen dan ouderen met een hogere SES: 38% tegen 23%.

Meer ouderen met een lage SES (23%) hebben een probleem dat hen dag en nacht bezighoudt dan ouderen met een hogere SES (18%). Dit verschil is geheel terug te voeren op vrouwen, bij mannen is hierin geen verschil.

Ouderen met lage SES zijn vaker eenzaam. Dit verschil tekent zich ook regionaal af: in Noord en Midden Drenthe voelt 39% zich eenzaam, in Zuidwest Drenthe is dit 40% en in Zuidoost Drenthe is dit 46%.

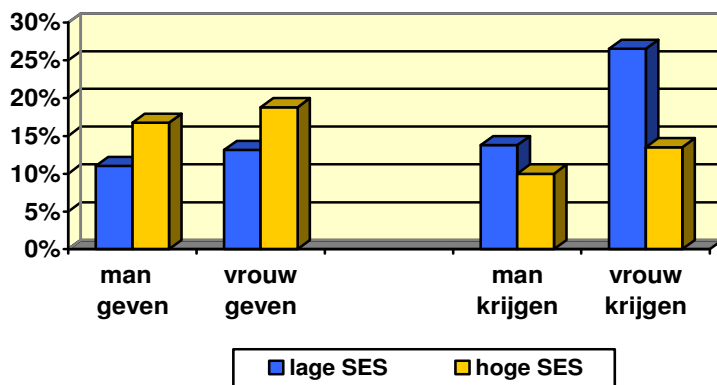
Tussen lage en hogere SES is er geen verschil in sociale eenzaamheid (het ontbreken van contacten met vrienden). Wel in emotionele eenzaamheid (afwezigheid van personen om diepere gevoelens mee te delen): lage SES 20% tegen hogere SES 11%.

6.4 Hulp en (mantel)zorg en SEGV

Ruim 22% van de ouderen met een lage SES heeft het afgelopen jaar mantelzorg ontvangen, tegen 12% van de ouderen met een hogere SES. Ouderen met een lage SES krijgen de mantelzorg vaker van de kinderen, ouderen met een hogere SES krijgen de mantelzorg vaker van hun partner en vrienden.

Van de ouderen met een lage SES heeft 12% het afgelopen jaar mantelzorg gegeven, tegen 18% van de ouderen met een hogere SES. Ouderen met een hogere SES geven vaker hulp in de vorm van gezelschap en begeleiding bij vervoer.

Figuur 13. Percentage mannen en vrouwen met lage en hogere SES dat mantelzorg geeft en dat mantelzorg krijgt



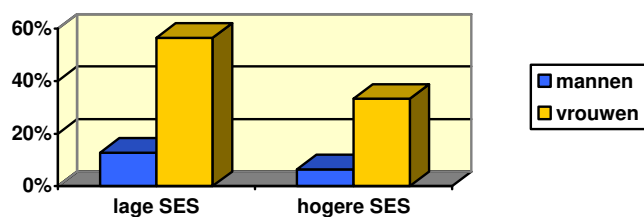
6.5 Woonomgeving en SEGV

Van de ouderen met een lage SES woont 18% in een senioren- of aanleunwoning. Dit percentage bedraagt voor ouderen met een hogere SES 6%. Ouderen met een hogere SES wonen vaker in een eengezinswoning dan ouderen met een lage SES (66% tegen 53%).

27% van alle ouderen durft 's avonds met donker niet de straat op te gaan. Dit percentage ligt voor ouderen met een lage SES op 41% en ouderen met een hogere SES op 20%.

11% van de ouderen voelt zich wel eens onveilig. Er is hier geen verschil tussen lage en hogere SES.

Figuur 14. Percentage ouderen naar SES dat 's avonds met donker niet de straat op durft te gaan



Samenvatting

- 36% van de Drentse ouderen heeft een lage SES. Hun opleidingsniveau is ten hoogste basisonderwijs .
- De sociaaleconomische gezondheidsverschillen tussen ouderen in Drenthe blijken duidelijk uit de volgende tabel.

	<i>lage SES</i>	<i>hogere SES</i>
<i>ervaren gezondheid matig of slecht</i>	41%	22%
<i>mobilitateitsbeperking</i>	45%	20%
<i>functionele beperking (ADL)</i>	26%	12%
<i>functionele beperking (HDL)</i>	51%	32%
<i>overgewicht</i>	21%	11%
<i>psychisch ongezond</i>	22%	12%

- De verschillen tussen lage en hogere SES uiten zich in o.a. gebruik van thuiszorg, mantelzorg en bewoning van senioren- en aanleunwoningen.
- Ondanks de grote gezondheidsverschillen tussen ouderen met lage en hogere SES, is er geen verschil in gebruik van medisch specialisten, fysiotherapie, GGZ, maatschappelijk werk en ouderenwelzijnsinstellingen.

7. Aanbevelingen

De aanbevelingen zijn tot stand gekomen op basis van de resultaten van het ouderenonderzoek uitgevoerd door de epidemiologen van GGD Drenthe. Achtereenvolgens komen aan bod: de algemene aanbevelingen, aanbevelingen m.b.t. risicogroepen, m.b.t. lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid, mantelzorg en vrijwilligerswerk en wonen en woonomgeving.

GGD Drenthe werkt in de aparte gemeentelijke beleidsadviezen de aanbevelingen per gemeente uit, beschrijft toepassingen en adviseert op interventieniveau.

Voor de thema's overgewicht, roken en depressie zijn door respectievelijk het Voedingscentrum, Stivoro en het Trimbos Instituut handleidingen ontwikkeld met landelijke richtlijnen voor beleid. De GGD adviseert om deze te gebruiken bij het maken van beleid.

7.1 Algemene aanbevelingen

Onderstaande beleidsaanbevelingen ten aanzien van gezondheid en ouderen sluiten aan op de adviezen voor lokaal beleid uit 'Gezondheidsbeleid in Drenthe'.

Stimuleer een integrale aanpak

Integrale aanpak is belangrijk voor effectief lokaal gezondheidsbeleid. Een groot deel van de doelgroep ouderen heeft te maken met de WMO. Uit de resultaten van het ouderenonderzoek blijkt dat veel ouderen fysieke, sociale of psychische beperkingen hebben. Een koppeling van WMO-beleid en Volksgezondheidsbeleid is essentieel voor gemeentelijk ouderenbeleid.

Prioriteit risicogroepen: kwetsbare ouderen: ouderen met lage SES en oudere vrouwen

Oudere vrouwen en ouderen met een lage SES hebben de meeste gezondheidsproblemen. Voor deze kwetsbare ouderen is een intensieve benadering van belang. Participatie en empowerment – een proces waarbij mensen of groepen meer invloed krijgen op gebeurtenissen of situaties die belangrijk voor hen zijn – zijn hierbij belangrijke termen. Goede voorzieningen in de buurt zijn essentieel.

Terugdringen van ongezond gedrag met als doel het verbeteren van de kwaliteit van leven

Voor veel van de gezondheidsproblemen (zowel lichamelijk als geestelijk) bij ouderen geldt dat leefstijlprogramma's op het gebied van overgewicht, gezonde voeding, bewegen, roken en alcoholgebruik een positief effect kunnen hebben op de gezondheidsbeleving. Hierbij moet onderscheid gemaakt worden tussen de jongere ouderen en oudere ouderen.

Voor jongere ouderen geldt dat het terugdringen van ongezond gedrag nog een daadwerkelijk effect kan hebben op een winst in gezonde levensjaren, terwijl voor oudere ouderen geldt dat het met name effect heeft op de kwaliteit van leven. Leeftijden zijn hierbij moeilijk te specificeren, dit is afhankelijk van het individu.

Bevorder effectieve preventie

Kies, voor zover mogelijk, voor effectief bewezen preventieprogramma's. Tevens is het van belang dat deze programma's structureel worden aangeboden en worden ingebed in de keten van zorg.

Bevorder afstemming en samenwerking, zorg voor regie

Voor de inbedding van preventieprogramma's in de keten van hulpverlening is het van belang dat de gemeente inzet op goede afstemming en samenwerking in Drenthe. Duidelijke regie is hierin essentieel.

7.2 Risicogroepen

Ouderen blijven steeds langer gezond en zijn steeds vaker welvarend, vitaal en onafhankelijk. Vanuit de overheid wordt een actieve bijdrage van hen verwacht. Lang niet alle ouderen zijn dus kwetsbaar, zoals lange tijd verondersteld werd.

Toch blijven er kwetsbare ouderen, bijvoorbeeld ouderen met veel beperkingen en een lage SES, die aandacht verdienen. Maatwerk ter ondersteuning van deze risicogroepen is hierbij van groot belang. Met de invoering van de WMO zijn de gemeenten verantwoordelijk geworden om dit maatwerk te leveren.

Kwetsbaarheid

Kwetsbaarheid is een breed begrip. Mensen zijn kwetsbaar wanneer zij te maken hebben met zowel een hoge draaglast (beperkingen door gezondheidstoestand en mate van zelfredzaamheid), als met een lage draagkracht (weinig regie over het eigen leven, alleenwonend, laag inkomen).

Welke factoren precies bepalen dat iemand kwetsbaar is, verschilt per individu. Uit dit onderzoek blijkt dat vooral ouderen met een lage SES en oudere vrouwen kwetsbaar zijn. Deze groepen zijn risicogroepen voor het krijgen van gezondheidsproblemen.

Ouderen met een lage sociaal economische status (SES)

36% van de Drentse ouderen heeft een lage SES. Deze ouderen hebben basisonderwijs als hoogste voltooide opleiding. In vergelijking met alle ouderen: hun ervaren gezondheid is slechter, ze hebben meer beperkingen en meer chronische aandoeningen, ze hebben vaker overgewicht, ze zijn vaker psychisch ongezond en ze zijn vaker eenzaam.

Ouderen met een lage SES gebruiken meer thuiszorg en mantelzorg, maar zijn niet meer dan andere ouderen in beeld bij ouderenwelzijnsinstellingen, GGZ en maatschappelijk werk.

Voor de groep ouderen met een lage SES dient specifieke aandacht te zijn in het facetbeleid.

Oudere vrouwen

Naast ouderen met een lage SES, zijn oudere vrouwen een risicogroep voor het krijgen van gezondheidsproblemen. Hoe ouder, hoe ongezonder: vrouwen leven gemiddeld langer dan mannen en hebben daardoor relatief meer ongezonde levensjaren. Daarnaast hebben vrouwen vaker een hoge draaglast en lage draagkracht. Ze zijn vaker alleenstaand en hebben vaker een lage opleiding. Meer vrouwen dan mannen moeten rondkomen met enkel AOW.

Vrouwen hebben vaker overgewicht en vaker functionele en mobiliteitsbeperkingen. Ze hebben een hoger risico op psychische gezondheidsproblemen en voelen zich vaker onveilig.

De groep oudere vrouwen heeft specifieke aandacht nodig in het facetbeleid.

Kwetsbare ouderen en hun zorgvraag

Hoewel kwetsbare ouderen meer lichamelijk en psychische gezondheidsklachten hebben, valt op dat zij niet per definitie vaker hulp zoeken en professionele zorg krijgen. Ze hebben niet vaker dan ouderen met hogere SES contact met medisch specialisten, fysiotherapeut, maatschappelijk werk, GGZ of ouderenwelzijnstichtingen. Kwetsbare ouderen weten ook minder goed de informatie te vinden over financiële en andere ondersteuning waar ze een beroep op kunnen doen.

Vanuit het OGGz werkveld is bekend dat er een behoorlijke groep bestaat van kwetsbare ouderen die geen hulpvraag hebben en in isolement hun (veelal ongezonde) leven leiden. Voor deze groep zorgwekkende zorgmijders geldt dat signalering en melding van groot belang is. Vervolgens is een intensieve outreachende aanpak nodig om deze groep te helpen. De huidige OGGz structuur in Drenthe, met een centraal meldpunt en de OGGz netwerken, biedt belangrijke professionele ondersteuning voor een deel van deze kwetsbare doelgroep.

Aandachtspunten voor beleid

Kwetsbare ouderen hebben intensieve begeleiding nodig, meestal meer dan wat mantelzorgers kunnen bieden. Voor hen moeten de publieke voorzieningen goed toegankelijk zijn en tevens

aansluiten op de vraag van ouderen. De WMO loketten spelen hierin een belangrijke rol, maar ook de nabijheid van voorzieningen in de wijk waar ouderen wonen is van groot belang, voor het vergroten van de zelfredzaamheid.

Daarnaast is het versterken van de preventie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg een belangrijk aandachtspunt voor beleid. Landelijk zijn er verschillende projecten gericht op deze versterking, bijvoorbeeld de inzet van een leefstijladviseur in gezondheidscentra in Rotterdam en de interventie 'bewegen op recept' in Den Haag. In Drenthe wordt in Emmen een consultatiebureau voor ouderen opgezet. Van belang is dat er bij dergelijke initiatieven een duidelijke regie is en dat ernaar gestreefd wordt om zowel de preventieve voorzieningen als de zorgvoorzieningen in dezelfde ketenstructuur te plaatsen met afspraken m.b.t. signaleren, door- en terugverwijzen, monitoring en evaluatie.

7.3 Lichamelijke gezondheid

Uit het ouderenonderzoek komt naar voren dat 67% van de ouderen een chronische aandoening heeft.

Chronische aandoeningen

Eén op de drie ouderen heeft hoge bloeddruk en dat is een belangrijke risicofactor voor chronische aandoeningen, vooral voor hart- en vaatziekten, een categorie waarin hersenbloeding, herseninfarct, hartaandoeningen, bloedvatvernauwingen e.d. bij horen.

Dit maakt dat de preventie van hart- en vaatziekten (met daarin meegenomen de preventie van hoge bloeddruk) een belangrijk punt op de beleidsagenda zou moeten zijn. Landelijk bestaan effectief bewezen programma's die hiervoor ingezet kunnen worden, onder andere gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl en het verbeteren van integratie tussen zorg en preventie.

Diabetes is een andere chronische aandoening die veel voorkomt. 15% van de ouderen in Drenthe heeft diabetes en het neemt licht toe: van 13% in 1996, via 14% in 2002 naar 15% in 2007. Diabetes is een ernstige chronische ziekte. Zonder een passende leefstijl en goede behandeling krijgen veel patiënten complicaties: hart- en vaatziekten, blindheid, aantasting van nieren en zenuwstelsel. Naast het inzetten van leefstijladviezen om de ziekte te voorkómen, is het vooral belangrijk om bij diabetespatiënten de complicaties te voorkomen. Het integreren van activiteiten op het gebied van preventie en zorg is hierbij essentieel. Diabetespatiënten hebben veel zorg nodig, veelal uitgevoerd door de huisarts of diabetesverpleegkundige. Dit moet gecombineerd worden met bevordering van een gezonde leefstijl en 'diseasemanagement', het leren omgaan met de ziekte, om de kwaliteit van leven van diabetespatiënten te verbeteren en verdere complicaties te voorkomen.

Een laatste veel voorkomende chronische aandoening bij ouderen is gewrichtslijtage van heupen of knieën; 28% van de ouderen in Drenthe heeft daar last van. Vanuit het perspectief van gezondheidsbevordering biedt dit thema weinig aanknopingspunten. Echter, in het kader van zorgvoorzieningen en de WMO kan het belangrijke informatie zijn, met name omdat het de zelfredzaamheid van ouderen sterk kan beïnvloeden. Hierover meer in de volgende paragraaf.

Zelfredzaamheid

Een doel van de WMO is dat burgers zorg en ondersteuning in hun eigen omgeving organiseren, kortom zelfredzaamheid. Gemeenten dienen hierin te faciliteren. Zelfredzaamheid bij ouderen staat onder druk van lichamelijke beperkingen.

Een grote bedreiging voor de zelfredzaamheid van ouderen is vallen in en om het huis. Ruim eenderde (36 %) van de ouderen die afgelopen jaar wel eens gevallen zijn, heeft daarbij lichamelijk letsel opgelopen. Dit onderstreept het belang van valpreventie voor ouderen. In Drenthe wordt valpreventie op dit moment aangeboden door Stichting Icare en hier en daar lokaal door diverse welzijnsinstellingen. Van belang is dat er overzicht komt en dat ten minste per gemeente duidelijk is bij welke organisatie ouderen terecht kunnen voor valpreventie.

Andere factoren die de zelfredzaamheid beïnvloeden zijn mobiliteitsbeperkingen (drie op de tien ouderen in Drenthe hebben die) en beperkingen op het gebied van algemene of huishoudelijke dagelijkse levensactiviteiten ADL (17%) en HDL (39%). Volgens de WMO verdient het de voorkeur dat ADL- en HDL-beperkingen worden opgevangen door mantelzorgers. Wanneer dit niet mogelijk is, moet een oudere gemakkelijk toegang krijgen tot publieke voorzieningen. De gemeente is hier verantwoordelijk voor. Het realiseren van WMO loketten is een eerste stap. Afstemming tussen het WMO beleid en het volksgezondheidsbeleid kan verder de zelfredzaamheid vergroten.

Overgewicht

15% van de ouderen in Drenthe heeft overgewicht. Overgewicht en vooral ernstig overgewicht hangen samen met diabetes en hart- en vaatziekten.

Voor de jongere ouderen geldt dat het aanpassen van de leefstijl, in de vorm van meer bewegen en gezonde voeding, een daadwerkelijk gezondheidseffect heeft. Voor oudere ouderen geldt dat leefstijlverandering alleen moet worden geadviseerd indien dit zichtbaar de kwaliteit van leven (psychische gezondheid) voor deze oudere kan vergroten, bijvoorbeeld doordat de oudere meer grip op zijn leven ervaart door beweeglessen en een gezond dieet.

Slaap- en kalmeringsmiddelengebruik

Van de ouderen die slaap- en kalmeringsmiddelen gebruiken, gebruikt 61% die al langer dan twee jaar. Dat is zorgelijk. Het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen is bedoeld als korte interventie; wanneer mensen deze medicatie al langer dan twee jaar gebruiken, is er sprake van een verslaving. Afhankelijkheid, maar ook bijwerkingen zoals motorische stoornissen, kunnen schadelijk zijn en bijvoorbeeld valincidenten veroorzaken. 90% van de slaap- en kalmeringsmiddelen wordt middels herhalingsrecept verkregen, veelal zonder arts-patiënt contact. De huisarts en apotheker hebben een belangrijke rol in het voorkomen van chronisch gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen.

7.4 Psychische gezondheid

De geestelijke en lichamelijke gezondheid beïnvloeden elkaar. Preventie en vroege opsporing van psychische klachten is daarom van groot belang voor een goede lichamelijke gezondheid. Psychische klachten of stoornissen, zoals gevoelens van angst, depressie en stress, beïnvloeden het algehele functioneren. Psychisch ongezonde ouderen bezoeken vaker de huisarts of een medisch specialist, gebruiken vaker slaap- of kalmeringsmiddelen en hebben vaker functionele beperkingen. Psychische klachten ondermijnen de zelfredzaamheid. Het is dus van belang dat er goede ondersteuningsprogramma's zijn op het terrein van de geestelijke gezondheidsbevordering.

Depressie

Depressiepreventie is speerpunt in de nota 'Kiezen voor gezond leven' (2006) van de Rijksoverheid. Depressie is een veel voorkomende psychische stoornis waar met preventie en vroegsignalering aanzienlijke gezondheidswinst te boeken valt.

Ongeveer een kwart van de ouderen in Drenthe (24%) heeft een matig risico en 4% heeft een hoog risico voor angst- en depressiestoornissen. Belangrijke risicofactoren zijn weduwschap, weinig sociale steun (eenzaamheid), chronische ziekten, functionele beperkingen, lage opleiding en verlies van autonomie.

Een betere samenwerking tussen welzijnsorganisaties, eerste- en nuldelijn, GGD en GGZ in het aanpakken van depressie is wenselijk. Een ketenstructuur moet ontstaan, waarbij naast signalering met gebruik van gestandaardiseerde instrumenten en doorverwijzing ook gedacht wordt aan monitoring en evaluatie. GGZ Drenthe en Stichting Icare werken in Zuidoost Drenthe aan een depressieproject 'Beweeg je leven'; wanneer dit effectief blijkt, moet gekeken worden naar uitbreiding naar andere gemeenten en structurele inzet van de werkwijze.

Eenzaamheid

42% van de ouderen in Drenthe is eenzaam: 35% matig eenzaam, 7% ernstig of zeer ernstig eenzaam. Beperkingen in het dagelijks functioneren door een chronische ziekte vergroten de kans op eenzaamheid.

Voor preventie van eenzaamheid geldt hetzelfde als voor preventie van depressie, namelijk meer aandacht voor signalering. Eenzaamheid is nog veelal een verborgen probleem.

Voor het signaleren van eenzaamheid en risicofactoren dienen gestandaardiseerde instrumenten beschikbaar te zijn. Monitoring (op Drents of gemeenteniveau) van eenzame ouderen is een aanbeveling. Een centraal meldpunt kan overwogen worden.

Op dit moment zijn diverse organisaties in Drenthe actief in het voorkomen van eenzaamheid onder ouderen. Ouderenbezoeken (door vrijwilligers en door professionals vanuit Stichtingen Welzijn) worden hiervoor ingezet. Het verdient de aanbeveling om het huidige aanbod te structureren en te toetsen op effectiviteit en vraaggerichtheid. De gemeente dient hiertoe als regisseur op te treden of daartoe een organisatie aan te wijzen.

Daarnaast zijn er andere aandachtspunten. Gemeenten kunnen in integraal beleid de sociale integratie (o.a. via vergroting van de maatschappelijke participatie) en sociale steun bevorderen. Sociale steun heeft een bewezen positief effect op de gezondheid (o.a. kleinere kans op sterfte aan hart- en vaatziekten, betere prognose bij kanker). Voorbeelden zijn divers: lidmaatschappen van (sport-)clubs stimuleren, het ondersteunen van mantelzorgers en het versterken van initiatieven van netwerken van onderlinge steun, dagbesteding en intergeneratie-projecten.

Ouderenmishandeling

2% van de ouderen heeft de afgelopen 12 maanden te maken gehad met ouderenmishandeling. Deze ouderen vinden hun eigen gezondheid slechter dan overige ouderen, ze zijn vaker psychisch ongezond en ze zijn vaker eenzaam.

In Drenthe is in het verleden een consultatienetwerk ouderenmishandeling actief geweest, dat signalen gezamenlijk besprak en betrokkenen adviseerde. Binnen diverse organisaties zijn hiertoe aandachtsfunctionarissen opgeleid. Dit initiatief heeft helaas geen voortzetting gekregen, belangrijkste reden daarvoor was het beperkte aantal meldingen van ouderenmishandeling. Het vermoeden bestaat dat ook cijfers uit dit ouderenonderzoek een onderschatting geven van het aantal slachtoffers van ouderenmishandeling.

Aanbevolen wordt om de gebrekkige signalering te verbeteren. Mogelijk dient geïnvesteerd te worden in een adequaat signaleringsinstrument, mogelijk dient te worden geïnvesteerd in het doorbreken van het taboe op deze problematiek. Duidelijk is, mede gezien de meervoudige problematiek onder slachtoffers van ouderenmishandeling, dat de preventie van ouderenmishandeling hoog op de beleidsagenda van gemeenten en provincie moet staan.

7.5 Mantelzorg en vrijwilligerswerk

Van alle ouderen geeft 16% mantelzorg en ontvangt 15% mantelzorg. Voornamelijk ouderen met een lichamelijke beperking ontvangen mantelzorg.

In het kader van de WMO is mantelzorg een belangrijke factor in het bevorderen van de zelfredzaamheid van ouderen. Daarnaast kan mantelzorg van groot belang zijn bij het bevorderen van de psychische gezondheid; gezelschap houden en troost en afleiding bieden is dan ook de meest voorkomende vorm van mantelzorg.

Van de ouderen die mantelzorg geven, voelt 10% zich daarmee tamelijk zwaar tot zwaar belast. Ondersteuning van mantelzorgers is een gemeentelijke taak, die veelal wordt georganiseerd binnen een platform mantelzorgondersteuning. Het is van belang dat wanneer een mantelzorger de zorg niet meer aan kan, de overbelasting snel en adequaat wordt opgevangen vanuit de algemene voorzieningen binnen de WMO.

Hoewel 10% van de mantelzorgers aangeeft dat zij zich zwaar belast voelen, vinden ouderen die mantelzorg geven hun eigen gezondheid over het algemeen beter dan overige ouderen. Ook voor

ouderen die vrijwilligerswerk doen geldt dat hun ervaren gezondheid beter is en dat ze psychisch gezonder zijn.

Dit sterkt het beleid om mantelzorg en vrijwilligerswerk te stimuleren, op strikte voorwaarde dat overbelasting door mantelzorg voorkomen wordt.

7.6 Wonen en woonomgeving

63% van de ouderen in Drenthe wil beslist niet binnen twee jaar verhuizen. Van de ouderen die wel willen verhuizen, wil 65% in de nieuwe woonsituatie gebruik kunnen maken van de diensten van een nabijgelegen dienstencentrum voor huishoudelijke hulp en maaltijdverzorging.

Ouderen willen over het algemeen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. Daarvoor moet er zorg- en dienstverlening beschikbaar zijn in of in de buurt van de woning. Met dit gegeven kunnen de gemeenten rekening houden in het WMO-beleid.

Een veilig gevoel in de woonomgeving vergroot de zelfredzaamheid en de participatiegraad en gaat eenzaamheid tegen. 28% van de ouderen in Drenthe durft 's avonds niet de straat op te gaan.

Aanbevolen wordt om aandacht te hebben voor de reden van de onveiligheidsgevoelens bij ouderen en hen actief te betrekken bij het vinden van oplossingen.

Bijlage Vragenlijst Gezondheidsonderzoek Drenthe 2007

Gezondheidsonderzoek Drenthe 2007

Voor u ligt de vragenlijst van het gezondheidsonderzoek. De GGD Drenthe en de gemeente stellen het zeer op prijs als u deze vragenlijst invult. Met behulp van uw antwoorden kunnen de zorg en voorzieningen beter op de wensen en de behoeften van de inwoners van Drenthe worden afgestemd.

Eind 2007 kunt u de resultaten van het onderzoek bekijken op de website van de GGD Drenthe, www.ggddrenthe.nl

BELANGRIJKE TOELICHTING

Lees voordat u begint met invullen onderstaande toelichting door.

- De vragenlijst niet kreuken (de vragenlijst wordt geautomatiseerd verwerkt).
- De vragenlijst invullen met zwarte of blauwe pen (geen rode pen, geen potlood of viltstift).
- Neemt u voor het invullen van de vragenlijst rustig de tijd. Als u de vragenlijst te lang vindt om in één keer in te vullen kunt u de vragenlijst ook in twee of drie keer invullen. Wij stellen het wel op prijs als u de vragenlijst helemaal invult.
- Het gaat om uw eigen antwoorden. Wanneer u de vragen niet zelf kunt lezen of invullen mag iemand anders u helpen met het invullen van de vragen. U moet dan wel zelf de antwoorden geven.
- Wilt u iedere vraag beantwoorden, tenzij anders aangegeven.
- Bij elke vraag mag één antwoord ingevuld worden, tenzij er staat: *meerdere antwoorden mogelijk*. Plaats steeds een kruis in het hokje bij het antwoord van uw keuze.
- Als u klaar bent met invullen doet u de vragenlijst in de antwoordenveloppe en plakt deze dicht. De enveloppe kan zonder postzegel in de brievenbus.
- Het onderzoek is anoniem, dat wil zeggen dat bij binnenkomst uw naam en adres direct worden gescheiden van de vragenlijst. Niemand kan later zien wat u geantwoord heeft. Met uw gegevens wordt zeer zorgvuldig en vertrouwelijk omgegaan.
- Het invullen:
Voorbeeld: Kan de gulden nog bij de bank worden ingewisseld tegen euro's?
 Ja
 Nee (= goed ingevuld)

Als u zich vergist bij het invullen maak dan het hokje van het goede antwoord helemaal zwart (de computer leest het hokje dat het meest zwart is)

Voorbeeld: Kan de gulden nog bij de bank worden ingewisseld tegen euro's?

- Ja
 Nee (= goed ingevuld)

- Bij enkele vragen is het de bedoeling dat u een getal invult. Er is dan voor elk cijfer een apart hokje gemaakt.

Voorbeeld: Hoeveel kilo weegt u?

6 9 kilogram

Wilt u a.u.b. géén streepjes of komma's zetten (dus bijv. geen halve kilo's)

EERST STELLEN WE U EEN AANTAL ALGEMENE VRAGEN

1. Wat is uw geslacht?

- man
 vrouw

2. Wat is uw geboortjaar?

19

3. Wat is uw postcode?

4. Wat is uw burgerlijke staat?

- gehuwd/geregistreerd partnerschap
 samenwonend
 ongehuwd, nooit gehuwd geweest
 gescheiden, gescheiden levend
 weduwe/weduwnaar

5. Hoe is uw huishouden samengesteld?

- alleenstaand, zonder thuiswonende kind(eren)
 alleenstaand, met thuiswonende kind(eren)
 gehuwd/samenwonend, zonder thuiswonende kind(eren)
 gehuwd/samenwonend, met thuiswonend kind(eren)
 inwonend bij kind en zijn/haar gezin
 anders

DE VOLGENDE VRAGEN GAAN OVER UW GEZONDHEID EN WELBEVINDEN

6. Hoeveel kilo weegt u (zonder kleren)?

kilogram *(halve kilo's naar boven afronden)*

7. Hoe lang bent u (zonder schoenen)?

centimeter

8. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

- uitstekend
 zeer goed
 goed
 matig
 slecht

9. Heeft u vorig jaar in oktober of november ook een grieprik gekregen?

- ja
 nee

10. De volgende vragen gaan over bezigheden die u zou kunnen doen op een doorsnee dag. Wilt u bij iedere bezigheid aangeven of u op dit moment door uw gezondheid **ernstig, een beetje of helemaal niet beperkt** wordt bij deze bezigheden?

	ja, ernstig beperkt	ja, een beetje beperkt	nee, helemaal niet beperkt
Matige inspanning, zoals het verplaatsen van een tafel, stofzuigen, fietsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een paar trappen oplopen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. De volgende vragen gaan over uw lichamelijke gezondheid en uw dagelijkse activiteiten.

a. Heeft u gedurende de **afgelopen 4 weken** minder bereikt dan u zou willen ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid?

- ja
 nee

b. Was u gedurende de **afgelopen 4 weken** beperkt in het soort werk of andere bezigheden ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid?

- ja
 nee

12. Nu volgen vragen over emotionele problemen en uw dagelijkse activiteiten.

a. Heeft u gedurende de **afgelopen 4 weken** minder bereikt dan u zou willen ten gevolge van emotionele problemen (zoals depressieve of angstige gevoelens)?

- ja
 nee

b. Deed u gedurende de **afgelopen 4 weken** uw werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig als gewoonlijk ten gevolge van emotionele problemen (zoals depressieve of angstige gevoelens)?

- ja
 nee

13. In welke mate bent u de **afgelopen 4 weken** door pijn gehinderd in uw normale werk, zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk?

- helemaal niet
 een klein beetje
 nogal
 veel
 heel erg veel

14. Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen u de **afgelopen 4 weken** gehinderd bij uw sociale activiteiten (zoals vrienden of familie bezoeken)?

- altijd
- meestal
- vaak
- soms
- zelden
- nooit

15. De volgende vragen gaan over hoe u zich voelt en hoe het met u ging de **afgelopen 4 weken**. Wilt u a.u.b. bij elke vraag het antwoord geven dat het best benadert hoe vaak u zich zo voelde? *(graag op elke regel een hokje aankruisen)*

Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken:	altijd	meestal	vaak	soms	zelden	nooit
Was u erg zenuwachtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zat u zo in de put, dat niets u kon opvrolijken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelde u zich kalm en rustig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Had u veel energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelde u zich somber en neerslachtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was u een gelukkig mens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Heeft u een probleem dat u dag en nacht bezig houdt?

- ja
- nee → **ga verder met vraag 18**

17. Zo ja, wilt u aangeven waar dit probleem mee te maken heeft?

(er zijn meerdere antwoorden mogelijk)

- a. mijn lichamelijke gezondheid (onzekerheid over ziekte, pijn)
- b. mijn geestelijke gezondheid (bijvoorbeeld (angst voor) dementie en depressie)
- c. gebrek aan zorg (ik kan mezelf niet meer goed redden)
- d. zorgen om mijn partner
- e. zorgen om mijn kinderen
- f. overlijden van een naaste
- g. mijn woning/huisvesting
- h. alleen zijn, eenzaamheid
- i. financiële zorgen
- j. angst voor de toekomst
- k. onveilig voelen
- l. veranderingen in de maatschappij
- m. een ander probleem

-
- 18.** Hoe vaak heeft u de afgelopen 2 weken slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt op doktersvoorschrift zoals oxazepam (Seresta), temazepam (Normison), diazepam (Stesolid), zopiclon (Imovane) of zolpidem (Stilnoct)?
- 5 à 7 keer per week
 - 3 à 4 keer per week
 - 1 à 2 keer per week
 - 1 keer in de afgelopen 2 weken
 - 0 keer
 - ik gebruik geen slaap- en kalmeringsmiddelen → **ga verder met vraag 20**
- 19.** Hoe lang gebruikt u al slaap- of kalmeringsmiddelen op doktersvoorschrift?
- 0 tot 3 maanden
 - 3 maanden tot 1 jaar
 - 1 tot 2 jaar
 - 2 jaar of langer

20. Wilt u bij de volgende ziekten en aandoeningen aankruisen of u die heeft of in de **afgelopen 12 maanden** heeft gehad.

	nee	ja, <u>niet</u> door arts vastgesteld	ja, door arts vastgesteld
Beroerte, hersenbloeding, herseninfarct of TIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus/suikerziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartinfarct	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een andere ernstige hartaandoening (zoals hartfalen of angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een vorm van kanker (kwaadaardige aandoening)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vernauwing van de bloedvaten in de buik of benen (geen spataderen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma, chronische bronchitis, longemfyseem of CARA/COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernstige of hardnekkige darmstoornissen langer dan 3 maanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronisch eczeem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onvrijwillig urineverlies (incontinentie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernstige of hardnekkige aandoening van de rug (incl. hernia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische gewrichtsontsteking (ontstekingsreuma, chronische reuma, reumatoïde artritis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere ernstige of hardnekkige aandoening van de nek of schouder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere ernstige of hardnekkige aandoening van elleboog, pols of hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere langdurige ziekte of aandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. In welke mate wordt u hierdoor belemmerd bij het uitvoeren van dagelijkse bezigheden of in uw vrijetijdsbesteding?

- sterk belemmerd
 licht belemmerd
 niet belemmerd

n.v.t., ik heb in de afgelopen 12 maanden geen van bovenstaande aandoeningen gehad.

22. De onderstaande vragen gaan over eventuele psychische klachten. Wilt u alle onderstaande vragen beantwoorden door het juiste antwoord aan te kruisen?
Alle vragen gaan over **de afgelopen maand** (op elke regel een hokje aankruisen)

Hoe vaak gedurende de afgelopen maand	altijd	meestal	soms	af en toe	nooit
Voelde u zich erg vermoeid zonder duidelijke reden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelde u zich zenuwachtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was u zo zenuwachtig dat u niet tot rust kon komen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelde u zich hopeloos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelde u zich rusteloos of ongedurig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelde u zich zo rusteloos dat u niet meer stil kon zitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelde u zich somber of depressief?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Had u het gevoel dat alles veel moeite kostte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelde u zich zo somber dat niets hielp om u op te vrolijken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vond u zichzelf afkeurenswaardig, minderwaardig of waardeloos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Bent u het afgelopen jaar wel eens gevallen?
- ja, één keer
 - ja, twee keer
 - ja, meer dan twee keer
 - nee → **ga verder met vraag 27**

Indien u gedurende het afgelopen jaar vaker dan één keer bent gevallen, dan gaan de onderstaande vragen over de laatste val.

24. Waar bent u gevallen?
- thuis
 - om het huis
 - elders

25. Heeft u lichamelijk letsel opgelopen door deze val?
- ja
 - nee → **ga verder met vraag 27**

26. Bent u behandeld u voor dit letsel en door wie? (er zijn meerdere antwoorden mogelijk)

- a. nee, ik ben niet behandeld voor letsel
- b. door de huisarts
- c. door een fysiotherapeut
- d. op de eerste (spoedeisende) hulp afdeling van ziekenhuis
- e. ik ben opgenomen in een ziekenhuis
- f. anders

27. Bij de volgende vragen gaat het erom wat u normaal kunt doen. Het gaat **niet** om tijdelijke problemen (van voorbijgaande aard).

(graag op elke regel een hokje aankruisen)

	ja, zonder moeite	ja, met enige moeite	ja, met grote moeite	nee, dat kan ik niet
Kunt u een voorwerp van 5 kg (bijvoorbeeld een volle boodschappentas) 10 meter dragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u als u staat, buigen en iets van de grond oppakken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u 400 meter aan een stuk lopen, zonder stil te staan (zo nodig met stok)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Hieronder staan enkele handelingen waar sommige mensen moeite mee hebben. Wilt u telkens aangeven of u het zonder moeite, met enige moeite, met grote moeite of alleen met hulp van anderen kan doen?

(graag op iedere regel een hokje aankruisen)

	zonder moeite	met enige moeite	met grote moeite	alleen met hulp van anderen
Eten en drinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gaan zitten en opstaan uit een stoel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In en uit bed stappen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aan- en uitkleden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zich verplaatsen naar een andere kamer op dezelfde verdieping?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De trap op- en aflopen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De woning verlaten en binnen gaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zich verplaatsen buitenshuis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het gezicht en handen wassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zich volledig wassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ontbijt of lunch klaarmaken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bed opmaken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licht schoonmaakwerk in huis doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een maaltijd bereiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boodschappen doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleding wassen en strijken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwaar schoonmaakwerk in huis doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DE VOLGENDE VRAGEN GAAN OVER UW SOCIALE CONTACTEN

29. Bent u actief lid van een vereniging of club (gaat u naar vergaderingen, doet u mee aan activiteiten, sport etc.?)

- ja
 nee

30. Er volgen nu enkele uitspraken. Wilt u van elk van de volgende uitspraken aangeven in hoeverre die op u, zoals u de laatste tijd bent, van toepassing is?
(graag op iedere regel het antwoord aankruisen dat op u van toepassing is)

	ja	min of meer	nee
Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik dagelijks met mijn probleempjes terecht kan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik mis een echt goede vriend of vriendin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ervaar een leegte om mij heen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik mis gezelligheid om mij heen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik mis mensen om mij heen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaak voel ik me in de steek gelaten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wanneer ik daar behoefte aan heb, kan ik altijd bij mijn vrienden terecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Hieronder wordt een aantal stellingen gegeven over mensen in de buurt waar u woont. Wilt u aangeven in hoeverre u het eens bent met deze stellingen?
(graag op iedere regel het antwoord aankruisen dat op u van toepassing is)

	helemaal mee eens	beetje mee eens	niet eens/ niet oneens	beetje mee oneens	helemaal mee oneens
De mensen in mijn buurt helpen elkaar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De mensen in mijn buurt voelen zich verbonden met elkaar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De mensen in mijn buurt zijn te vertrouwen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De mensen in mijn buurt kunnen in het algemeen slecht met elkaar opschieten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ga liever niet om met de mensen die in mijn buurt wonen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Als mensen die nooit eenzaam zijn 1 punt krijgen en mensen die altijd eenzaam zijn 10 punten, hoeveel punten zou u zichzelf dan geven? (kruis het juiste hokje aan)

nooit eenzaam									altijd eenzaam
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VRAGEN 33 t/m 36 GAAN OVER HET GEVEN VAN MANTELZORG

“Mantelzorg is de zorg die u geeft aan of ontvangt van een bekende uit uw omgeving, zoals uw partner, ouders, kinderen, bureu of vrienden, als deze persoon of u voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. Deze zorg kan bestaan uit het huishouden doen, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer, geldzaken regelen, enzovoorts. Mantelzorg wordt niet betaald.

(NB. Een vrijwilliger vanuit een vrijwilligerscentrale is geen mantelzorger).

33. Geeft u momenteel mantelzorg of heeft u de **afgelopen 12 maanden** mantelzorg gegeven?
- ja, ik geef die mantelzorg nu nog
 - ja, maar ik geef die mantelzorg nu niet meer → **ga verder met vraag 36**
 - nee → **ga verder met vraag 37**

34. Hoeveel uur mantelzorg geeft u momenteel gemiddeld per week?

incidenteel (niet elke week)

gemiddeld uren per week (inclusief reistijd)
(graag hele uren invullen)

35. Uit welke activiteiten bestaat deze mantelzorg voornamelijk?

(er zijn meerdere antwoorden mogelijk)

- a. hulp in de huishouding (boodschappen, schoonmaken)
- b. klaarmaken van de warme maaltijden
- c. hulp bij persoonlijke verzorging (wassen, aankleden)
- d. hulp bij medische verzorging
- e. gezelschap, troost, afleiding, enz.
- f. begeleiding en/of vervoer (bij bezoek aan arts, kapper, enz.)
- g. regeling geldzaken en/of andere administratie
- h. andere zaken

36. Sommige mensen voelen zich erg belast door de verzorging van een ander. Zij vinden de zorg zwaar en moeilijk vol te houden. Voor andere mensen geldt dat minder. Alles bij elkaar genomen, hoe belast voelt/voelde u zich met het geven van mantelzorg?
- niet of nauwelijks belast
 - enigszins belast
 - tamelijk zwaar belast
 - zeer zwaar belast
 - overbelast (kan de zorg eigenlijk niet meer volhouden)

VRAGEN 37 t/m 40 GAAN OVER HET ONTVANGEN VAN MANTELZORG

37. Heeft u de afgelopen 12 maanden vanwege uw gezondheid mantelzorg gekregen?
- ja, en ik krijg die mantelzorg nu nog
 - ja, maar ik krijg die mantelzorg nu niet meer → **ga verder met vraag 41**
 - nee → **ga verder met vraag 41**

38. Waaruit bestaat deze mantelzorg? (er zijn meerdere antwoorden mogelijk)
- a. hulp in de huishouding (boodschappen, schoonmaken)
 - b. klaarmaken van de warme maaltijden
 - c. hulp bij persoonlijke verzorging (wassen, aankleden)
 - d. hulp bij medische verzorging
 - e. gezelschap, troost, afleiding, enz.
 - f. begeleiding en/of vervoer (bij bezoek aan arts, kapper, enz.)
 - g. regeling geldzaken en/of andere administratie
 - h. andere zaken

39. Van wie krijgt u momenteel deze hulp? (er zijn meerdere antwoorden mogelijk)
- a. echtgeno(o)t(te) of partner
 - b. kinderen
 - c. (schoon) ouders
 - d. andere familieleden
 - e. burenvrienden/kennissen

40. Hoeveel uur mantelzorg krijgt u momenteel gemiddeld per week?
- incidenteel (niet elke week)
 - gemiddeld uren per week (inclusief reistijd)
(graag hele uren invullen)

DE VOLGENDE VRAGEN GAAN OVER VRIJWILLIGERSWERK

Onder vrijwilligerswerk wordt verstaan: onbetaald werk dat in georganiseerd verband (bijvoorbeeld binnen sportvereniging, kerkbestuur, ouderenbonden) wordt uitgevoerd.

41. Doet u vrijwilligerswerk?
- nee → **ga verder met vraag 44**
 - ja
42. Hoeveel uur per week besteedt u (gemiddeld) in totaal aan vrijwilligerswerk bij een vereniging of organisatie (bijvoorbeeld bij sportvereniging, kerkbestuur, ouderenbond)?
- half uur of minder
 - ongeveer 1 uur per week
 - 2-4 uur per week
 - 5-10 uur per week
 - 11-20 uur per week
 - 21-40 uur per week
 - meer dan 40 uur per week
 - ik doe geen vrijwilligerswerk
-
43. Als u vrijwilligerswerk doet, wilt u dan aankruisen bij wat voor soort organisatie en/of vereniging u dat doet? (er zijn meerdere antwoorden mogelijk)
- a. onderwijs en/of kinderopvang
 - b. verzorging/welzijnszorg en/of hulpverlening (bijv. vrijwillige hulp in een zorginstelling, Rode Kruis, Zonnebloem, dagbesteding gehandicapten)
 - c. sociaal cultureel werk (bijv. buurtvereniging, organisatie dorpsactiviteit, scouting)
 - d. kerk, religieuze of levensbeschouwelijke organisatie
 - e. belangen-, politieke-, ideële organisaties en/of actiegroep (bijv. ouderenbond, natuurorganisatie, dierenbescherming, cliëntenraad, patiëntenvereniging)
 - f. hobby en/of gezelligheidsvereniging (bijv. vrouwenvereniging, volkstuinvereniging, autoclub)
 - g. kunst, cultuur en/of media organisatie (bijv. dorpskrant, toneel, muziek en museum)
 - h. sport en/of recreatievereniging
 - i. overige verenigingen/organisaties waar u vrijwilligerswerk kunt doen

VRAGEN OVER ZORGGEBRUIK EN VOORZIENINGEN

44. Heeft u in de **afgelopen 2 maanden** over uzelf contact gehad met een huisarts?
(Bezoek aan huisarts, huisbezoek en telefonisch consult; met contact wordt niet bedoeld telefonisch contact voor het aanvragen van een herhaalrecept)
- ja
 - nee

45. Heeft u in de **afgelopen 12 maanden** over uzelf contact gehad met één van de volgende zorgverleners/instellingen?

	nee	ja
Medisch specialist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandarts of mondhygiënist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diëtist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysiotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thuiszorg (wijkverpleegkundige, gezinsverzorgende, Alfahulp)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GGZ (instellingen voor geestelijke gezondheidszorg)/ RIAGG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maatschappelijk Werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vrijgevestigd psycholoog/psychiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alternatieve genezers/behandelaars (homeopaat, acupuncturist, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouderenadviseur/Seniorenadviseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stichting Welzijn Ouderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Weet u waar u moet zijn als u informatie wilt hebben over:

	nee	ja
Maaltijdvoorziening (tafeltje-dek-je)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vervoersvoorziening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Woningaanpassing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huursubsidie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personenalarmering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uitleen van verpleegartikelen en hulpmiddelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kwijtschelding van een aantal gemeentelijke belastingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bijzondere bijstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergoeding van kosten in het kader van woningaanpassing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanschaf van hulpmiddelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas 65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huisbezoek door vrijwilligers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegen voor ouderen (MbvO, zwemmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gezellige activiteiten voor ouderen (bijv. kaarten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vormingsactiviteiten voor ouderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persoonsgebonden budget bij ziekte en/of zorgbehoefte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DE VOLGENDE VRAGEN GAAN OVER HOE BEKENDEN MET ELKAAR KUNNEN OMGAAN

- 47.** Is het in de **afgelopen 12 maanden** wel eens voorgekomen dat:
(wilt u bij elke regel een hokje aankruisen)

	nee	ja
Een bekende u heeft beledigd, getreiterd, gekleineerd of uitgescholden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U door een bekende geslagen, geschopt, geknepen of op een andere manier met lichamelijk geweld geconfronteerd werd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een bekende u niet wilde helpen met persoonlijke verzorging (helpen met wassen, naar toilet gaan) ondanks dat die persoon wist dat u die hulp nodig had?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een bekende u financieel heeft benadeeld? (geld of eigendommen weggenomen, iets aangeschaft op uw kosten zonder uw toestemming)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een bekende uw vrijheid heeft beperkt of uw privacy heeft geschonden? (door het achterhouden van uw post, u te verbieden het huis uit te gaan of u te verbieden te telefoneren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indien u bij vraag 47 nergens het hokje 'ja' heeft aangekruist, kunt u verder gaan met vraag 51.

- 48.** Indien u bij vraag 47 minstens éénmaal 'ja' heeft aangekruist, kunt u dan aangeven hoe vaak een voorval of de voorvallen die u heeft aangekruist zijn voorgekomen?
- het is één keer voorgekomen
 - ongeveer één keer per maand
 - 2 – 3 keer per maand
 - bijna elke week
 - bijna elke dag
 - niet van toepassing: ik heb nergens 'ja' aangekruist

- 49.** Indien u bij vraag 47 minstens éénmaal 'ja' heeft aangekruist, kunt u dan aangeven wie de pleger van het voorval (of de voorvallen) was?
(er zijn meerder antwoorden mogelijk)
- mijn partner of ex-partner
 - zoon of dochter
 - schoonzoon of schoondochter
 - ander familielid
 - iemand die mij mantelzorg verleend
 - professionele hulpverlener
 - een andere bekende
 - niet van toepassing: ik heb nergens 'ja' aangekruist

- 50.** Indien u bij vraag 47 minstens éénmaal 'ja' heeft aangekruist, heeft u dan ook met iemand of met een instantie over het voorval (de voorvallen) gesproken?
- ja
 - nee
 - niet van toepassing: ik heb nergens 'ja' aangekruist

HIERONDER STAAN ENKELE VRAGEN OVER SPORTEN EN BEWEGEN

51. Aan welke vorm(en) van sport en/of lichaamsbeweging doet u regelmatig *(er zijn meerdere antwoorden mogelijk)*?
- a. fietsen
 - b. wandelen
 - c. bewegingsoefeningen (bijv. Meer Bewegen voor Ouderen)
 - d. zwemmen
 - e. een andere vorm van sporten/bewegen
-
52. Hoe vaak doet u aan sport en/of lichaamsbeweging?
- half uur of minder per week
 - ongeveer 1 uur per week
 - 2-4 uur per week
 - 5-10 uur per week
 - 11-20 uur per week
 - 21-40 uur per week
53. Indien u niet regelmatig deelneemt aan sport- en/of lichaamsbeweging, wat is daarvoor de reden?
- een slechte gezondheid
 - financieel niet mogelijk
 - geen tijd
 - geen zin
 - geen mogelijkheden in de buurt
 - een andere reden
 - ik doe wel regelmatig aan sport- en/of lichaamsbeweging
-
54. Zou u meer willen bewegen of sporten?
- ja
 - nee
 - weet ik niet

DE VOLGENDE VRAGEN GAAN OVER UW WONING EN UW WOONOMGEVING

55. In wat voor woning woont u?
- eengezinswoning (rijtjeshuis, twee onder een kap, vrijstaand, bungalow)
 - flat/etage/appartement
 - boerderij/woning met tuinderij
 - senioren- of bejaardenwoning
 - serviceflat
 - aanleunwoning bij verzorgingshuis
 - verzorgingshuis
 - woonzorg combinatie (bijvoorbeeld, zorgsteunpunt, woonzorgcomplex)
 - anders

-
- 56.** Wilt u binnen twee jaar verhuizen?
- beslist niet → **ga verder met vraag 61**
 - misschien wel
 - beslist wel
 - ik heb al andere woonruimte gevonden, ik ga al verhuizen
 - weet niet
-
- 57.** Waarheen zou u willen verhuizen?
- ik wil in mijn huidige woonplaats blijven wonen
 - ik wil naar een plaats, in dezelfde gemeente, met meer voorzieningen verhuizen
 - ik wil naar een andere gemeente, met meer voorzieningen, verhuizen
 - anders
-
- 58.** Wat is de reden van uw verhuiscens? *(er zijn meerdere antwoorden mogelijk)*
- a. ik ervaar teveel overlast in mijn buurt
 - b. ik wil dichterbij mijn familie/kinderen wonen
 - c. ik wil dichterbij openbaar vervoer wonen
 - d. ik wil naar een kleiner huis of een huis zonder trap
 - e. ik wil naar een huis dat aangepast is voor bewoning door oudere mensen
 - f. ik wil meer verzorging aan huis, bijvoorbeeld door een nabij gelegen verzorgingstehuis
 - g. een andere reden
- 59.** Onder welke omstandigheden zou u toch in uw huidige woning willen blijven wonen? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- a. geen enkele, ik wil in ieder geval verhuizen
 - b. aanpassingen in huis, bijvoorbeeld een traplift of verhoogd toilet
 - c. meer verzorging aan huis
 - d. alarmering in huis
 - e. meer huishoudelijke hulp of maaltijden aan huis
 - f. er zou dichterbij een halte voor openbaar vervoer moeten komen
 - g. een andere reden
-
- 60.** Wilt u in uw nieuwe woonsituatie gebruik kunnen maken van diensten van een nabijgelegen dienstencentrum, bejaarden- of verzorgingstehuis, zoals huishoudelijke hulp of maaltijdverzorging?
- ja
 - ja, ik denk het wel
 - nee

61. Wilt u aankruisen welke voorzieningen of diensten u nodig heeft om te kunnen blijven wonen zoals u nu woont? En als u een voorziening/dienst nodig heeft of u daar al gebruik van maakt?

Voorzieningen en diensten	ja, nodig en maak hier al gebruik van	ja, nodig, maar maak hier geen gebruik van	nee, niet nodig/niet van toepassing
Hulp bij klussen in huis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hulp bij onderhoud van de tuin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hulp in de huishouding (bijv. schoonmaken en boodschappen doen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hulp bij persoonlijke verzorging (bijv. wassen en aankleden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hulp bij de zorg van mijn echtgeno(o)t(e)/ partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hulp bij mijn persoonlijke administratie (bijv. invullen formulieren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Financiële ondersteuning of advies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goed bereikbare voorzieningen (bijv. winkels, postkantoor, huisarts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vervoersmogelijkheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begeleiding bij vrijetijdsbesteding (bijv. bij sportbeoefening, culturele activiteiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maaltijdvoorziening aan huis (tafeltje-dek-je)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hulpmiddelen (bijv. rollator)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Woningaanpassing (bijv. beugels in wc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dagopvang en/of dagbehandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bezoek aan huis voor gezelligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. Als het donker is, durft u dan nog de straat op te gaan?

- ja
 nee

63. Voelt u zich wel eens onveilig?

- ja
 nee → **ga verder met vraag 66**
 weet niet/geen mening

64. Waar en wanneer voelt u zich wel eens onveilig?

	ja, vaak	ja, soms	zelden	nee
Overdag binnenshuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overdag buitenshuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
's Avonds binnenshuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
's Avonds buitenshuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
's Nachts binnenshuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
's Nachts buitenshuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Indien u zich **buitenshuis** wel eens onveilig voelt, waarom voelt u zich dan onveilig?

(er zijn meerder antwoorden mogelijk)

- a. groepen jongeren
- b. bang om slachtoffer te worden van een misdrijf
- c. afwezigheid van toezicht
- d. verkeersonveiligheid
- e. berichten over onveiligheid
- f. overlast van omwonenden
- g. ik vind het buiten te druk
- h. te veel rommel/straatvuil
- i. de krant/tv zegt dat het onveilig is
- j. te weinig verlichting
- k. te weinig toezicht politie
- l. een andere reden

66. Heeft u wel eens problemen met vervoer waardoor u ergens niet naartoe gaat, waar u wel naar toe had willen gaan?

- ja, soms
- ja, (bijna) altijd
- nee → **ga verder met vraag 68**

67. Welke van de onderstaande redenen veroorzaken uw problemen met vervoer?

(er zijn meerdere antwoorden mogelijk)

- a. anderen hebben geen tijd om mij te brengen
- b. ik durf niet meer zo goed auto te rijden
- c. ik durf niet meer te fietsen
- d. de bushalte ligt te ver van mijn huis
- e. de bus stopt te ver van mijn reisdoel
- f. ik vind het openbaar vervoer onveilig
- g. ik vind het te ingewikkeld om met het openbaar vervoer (bus/trein) te reizen
- h. ik ben lichamelijk niet in staat om met het openbaar vervoer te reizen
- i. het gebruik van mijn rollator of rolstoel levert problemen op bij het vervoer
- j. ik moet te lang wachten op de belbus of deeltaxi
- k. ik vind de gewone taxi te duur
- l. een andere reden

TOT SLOT NOG EEN AANTAL ALGEMENE VRAGEN

- 68.** Bestaat uw (gezamenlijk) inkomen alleen uit AOW?
- ja
 - nee
-
- 69.** Heeft u het afgelopen jaar moeite gehad om van het inkomen van uw huishouden rond te komen?
- nee, geen enkele moeite → **ga verder met vraag 71**
 - nee, geen moeite, maar ik moet wel opletten op mijn uitgaven
 - ja, enige moeite
 - ja, grote moeite
-
- 70.** Op welke terreinen bezuinigt u wel eens als gevolg van onvoldoende inkomen?
*Indien u nergens op bezuinigt, kunt u dat bij het eerste hokje aankruisen
(meerdere antwoorden mogelijk)*
- a. op geen enkel terrein
 - b. auto of kosten voor vervoer
 - c. uitgaan/vrijtijdsbesteding (sport, hobby's, e.d.)
 - d. krant of andere abonnementen
 - e. huisvesting/reparaties aan woning
 - f. bezoek aan tandarts/andere medische voorzieningen
 - g. kapper
 - h. cadeautjes
 - i. stookkosten
 - j. telefoneren
 - k. kleding
 - l. voeding
 - m. vakantie
 - n. anders
- 71.** Wat is het **netto** maandinkomen van uw huishouden? (Netto is het bedrag dat u maandelijks op uw bank- of girorekening krijgt. Dit zijn inkomsten uit arbeid, pensioen, AOW, uitkeringen of alimentatie. Eventuele vakantie-uitkering niet meerekenen).
- minder dan € 900,-
 - € 901,- tot en met € 1.300,-
 - € 1.301,- tot en met € 1.750,-
 - € 1.751,- tot en met € 3.050,-
 - € 3.051,- tot en met € 3.500,-
 - € 3.501,- of meer
 - wil ik niet zeggen

72. Heeft uw huishouden in de laatste 12 maanden achterstand gehad in de betaling van:
(meerdere antwoorden mogelijk)

	ja	nee
huur of hypotheek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
afbetaling van gekochte goederen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de gas en/of lichtrekening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de telefoonrekening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
afbetaling van schulden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOG EEN DRIETAL LAATSTE ALGEMENE VRAGEN

73. Wat is het geboorteland van uzelf, uw vader en uw moeder?

Geboorteland	uzelf	uw vader	uw moeder
Nederland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suriname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nederlandse Antillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aruba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nederlands Indië	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Turkije	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marokko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
een ander land	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74. Wat is uw **hoogst voltooide** opleiding? (een opleiding afgerond met diploma of voldoende getuigschrift)

- geen opleiding (lager onderwijs niet afgemaakt)
- lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
- lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO)
- middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO)
- middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals mts, meao, BOL, BBL, INAS)
- hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)
- hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- anders

75. Hoe heeft u deze vragenlijst ingevuld?

- zelfstandig
- met behulp van mijn partner
- met behulp van een ander familielid, vriend(in) of buren
- met behulp van een medewerker van een ouderenbond of Stichting Welzijn Ouderen
- met behulp van iemand anders

Dit is het einde van de vragenlijst.

Hartelijk bedankt voor het invullen van deze vragenlijst!