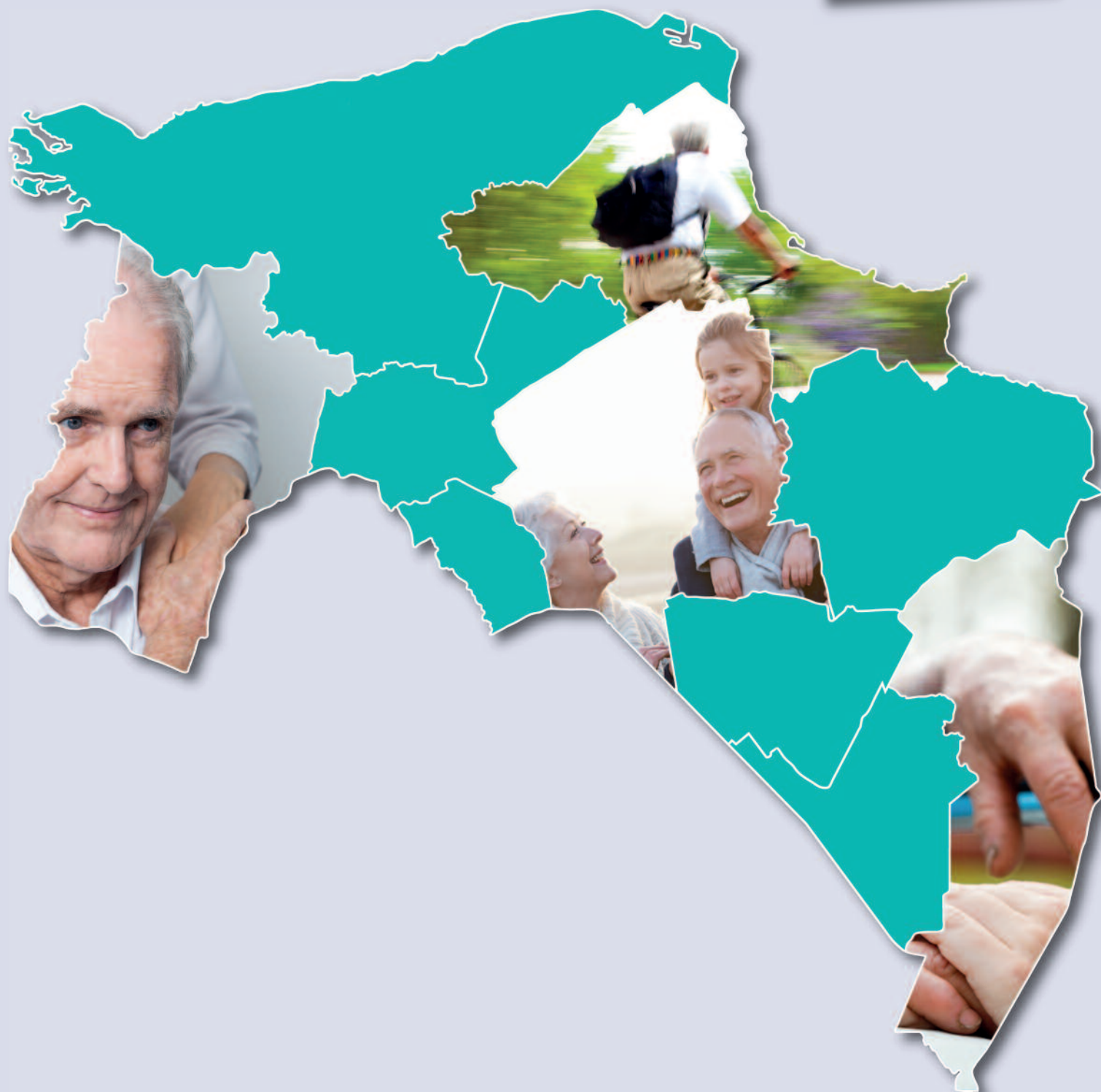


Gezondheidsprofiel ouderen 2016

GGD

Groningen

Samen werken aan gezondheid





Gezondheidsprofiel ouderen 2016

Resultaten Gezondheidsmonitor 2016



Inhoudsopgave

	Kernpunten	5
1.	Inleiding	9
2.	Methode	11
3.	Dagelijks functioneren en leefstijl	
3.1	Overgewicht en beweging	15
3.2	Alcoholgebruik	20
3.3	Roken	24
3.4	Algemene en Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen	26
4.	Kwaliteit van leven	
4.1	Ervaren geluk	30
4.2	Ervaren gezondheid	32
4.3	Inkomen	34
4.4	Tevredenheid over woonomgeving en verhuiscwensen	36
5.	Mentaal welbevinden	
5.1	Psychische gezondheid	38
5.2	Eigen regie	41
5.3	Nare gebeurtenissen in de thuissituatie	43
6.	Lichaamsfuncties	
6.1	Chronische ziekten	45
6.2	Lichamelijke beperkingen	48
6.3	Zorggebruik en tevredenheid bereikbaarheid zorgverleners	50
6.4	Mantelzorg ontvangen	53
7.	Meedoen	
7.1	Eenzaamheid	57
7.2	Mantelzorg geven	59
7.3	Vrijwilligerswerk	63
7.4	Bereidheid vrijwillige ondersteuning	65
8.	Literatuurlijst	66

Colofon

Het Gezondheidsprofiel Ouderen 2016 is een uitgave van GGD Groningen.

De informatie uit deze rapporten mag u gebruiken, downloaden, kopiëren en vrij verspreiden, maar niet voor commerciële doeleinden.

Zorg daarbij altijd voor de bronvermelding: GGD Groningen (2017). Gezondheidsprofiel ouderen 2016.

Redactie epidemiologie

Daniëlle van de Kamp, 06-11531667

(danielle.van.de.kamp@ggd.groningen.nl)

Jan Broer, 06-27064638

(jan.broer@ggd.groningen.nl)

Advies en Beleid Publieke Gezondheid, GGD

Vormgeving rapport

Dion de Poel

Correspondentie

GGD Groningen

Epidemiologie

Postbus 584

9700 AN Groningen

Versie

1.0: september 2017

1.1: december 2017; bewerking paragraaf 3.4.1, grafiek 4.1.2, grafiek 4.1.3 en grafiek 4.1.4.

Kernpunten

Algemeen

Gezondheid wordt vaak gekoppeld aan klachten, ziekte en zorg. Daarom is de afgelopen jaren geprobeerd om het accent te verleggen van ziekte en zorg naar gedrag en gezondheid. Om de gezondheid te behouden en te verbeteren is het belangrijk om aandacht te hebben voor dat wat goed gaat. Ook bij ouderen is gedrag van grote invloed op de huidige en toekomstige gezondheid. Weliswaar is het aantal (chronische) ziekten de afgelopen jaren toegenomen, maar dit weerspiegelt zich niet in de ervaren gezondheid. De meeste ouderen ervaren hun gezondheid als goed. Immers, hoe gezond iemand zich voelt wordt niet alleen bepaald door een ziekte of aandoening. Aandacht van het sociaal netwerk kan de ervaren gezondheid bevorderen. Dit is één van de aspecten uit het perspectief van positieve gezondheid. Uit dit rapport blijkt dat ouderen kennelijk vaak goed kunnen omgaan met de beperkingen die zich aandienen bij het ouder worden. Twee derde van de Groninger ouderen tot 75 jaar voelt zich (zeer) gezond. Zes op de tien ouderen voelt zich altijd of meestal gelukkig. Gemiddeld geven ouderen als rapportcijfer een ruime acht voor hun woonomgeving. Veel ouderen doen vrijwilligerswerk en verlenen mantelzorg. Eigenlijk gaat het best goed met de Groninger ouderen. Zoals u verder in dit rapport zult lezen, gaat het niet alleen maar goed. Er blijven ook aandachtspunten voor verbetering. Er bestaan forse verschillen tussen gemeenten als we kijken naar leeftijdsopbouw, inkomen, opleidingsniveau en of ouderen al dan niet alleen wonen. Deze factoren hebben veel invloed op de gezondheid en leefstijl van de ouderen.

Dagelijks functioneren en leefstijl

- Tussen 2002 en 2016 is het percentage Groningse ouderen met matig overgewicht licht gedaald. Ouderen in de provincie Groningen hebben vaker (ernstig) overgewicht dan ouderen elders in Nederland. Het percentage Groningse ouderen met ondergewicht is (zeer) laag. Ouderen van 75 tot en met 79 jaar hebben vooral te

maken met overgewicht en ouderen van 70 tot en met 74 jaar hebben vaker obesitas. Laagopgeleide ouderen en ouderen met een lager inkomen hebben vaker matig overgewicht of obesitas. Matig overgewicht komt iets meer voor onder getrouwde of samenwonende ouderen. Opvallend is dat het percentage ouderen met obesitas sterk daalt vanaf 85 jaar. Het percentage ouderen met overgewicht is het hoogst in Oost-Groningen en het laagst in de regio Haren. Obesitas komt het meest voor in Noord-Oost Groningen, maar ook in het Westerkwartier. In de regio Haren hebben relatief weinig ouderen obesitas.

- Groningse ouderen bewegen minder dan de gemiddelde Nederlandse ouderen. In 2016 voldoen ouderen in de provincie Groningen minder vaak aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen dan in 2012. Laagopgeleide ouderen, ouderen met een laag inkomen en alleenstaande ouderen voldoen minder vaak aan de beweegnorm. Vanaf de leeftijd van 80 jaar gaan ouderen minder bewegen. Het percentage ouderen dat voldoende beweegt, is het hoogst in de regio Haren en lager in Noord-Oost Groningen en de regio Groningen en Ten Boer.
- Ten opzichte van 2012 is het percentage ouderen dat overmatig alcohol drinkt licht afgenomen in de provincie Groningen. Groningse ouderen drinken minder vaak overmatig alcohol dan ouderen elders in Nederland. Ouderen met een hoog opleidingsniveau, met een (zeer) hoog inkomen en die getrouwd zijn of samenwonen, drinken vaker overmatig alcohol. Vanaf de leeftijd van 80 jaar wordt er minder vaak overmatig alcohol gedronken. Overmatig alcoholgebruik komt het meest voor in de regio Haren en het minst in de regio Oldambt.
- Tussen 2006 en 2012 is het percentage zware drinkers onder Groningse ouderen toegenomen. In 2016 is het percentage ouderen dat zwaar drinkt in de provincie Groningen nauwelijks veranderd. Ouderen die alleen lager onderwijs hebben afgerond en ouderen met een zeer hoog inkomen zijn vaak zware drinkers. In de leeftijd

van 65 tot en met 69 jaar wordt het zwaarst gedronken. Het percentage zware drinkers onder ouderen is het hoogst in de regio's Veendam en Pekela en het laagst in de regio Midden-Groningen.

- Ouderen in Groningen roken vaker dan elders in Nederland. Met name ouderen met een (zeer) laag inkomen, ouderen die alleen lager onderwijs hebben afgerond en alleenstaande ouderen roken vaker. Met het ouder worden neemt het percentage rokers sterk af, hetgeen deels verklaard wordt door een hoger sterfterisico onder rokers. Daarnaast stoppen ouderen op hogere leeftijd vaker met roken vanwege gezondheidsklachten. In de regio Groningen en Ten Boer zijn er meer ouderen die roken dan in de ommelanden.
- Het percentage ouderen met beperkingen die betrekking hebben op de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) of Huishoudelijke Dagelijkse levensverrichtingen (HDL) neemt toe naarmate de leeftijd van ouderen stijgt. Ouderen met een laag opleidingsniveau, een (zeer) laag inkomen en alleenstaande ouderen hebben vaker één of meerdere ADL- of HDL-beperkingen. ADL- en HDL-beperkingen komen vaker voor onder ouderen in Noord-Oost Groningen en het minst vaak onder ouderen in de regio BMW.
- De zelfredzaamheid van ouderen in de financiële administratie is lager onder ouderen met een hoge leeftijd en ouderen die alleen lager onderwijs hebben afgerond.

Kwaliteit van leven

- In het afgelopen decennium is het ervaren geluk onder Groningse ouderen licht toegenomen. Getrouwde of samenwonende ouderen, ouderen met een zeer hoog inkomen, ouderen in de jongste leeftijdscategorie en ouderen die havo, vwo of mbo hebben afgerond voelen zich vaker gelukkig. In de regio's Groningen en Ten Boer en Oldambt voelen ouderen zich het minst gelukkig.
- Tot de leeftijd van 75 jaar voelt twee derde van de ouderen zich (zeer) gezond. De helft van de 80-plussers ervaart zijn of haar gezondheid als matig of (zeer) slecht. Ouderen met een laag opleidingsniveau, een (zeer) laag inkomen en die alleenstaand zijn, ervaren hun gezondheid als minder goed. De ervaren gezondheid is het hoogst onder ouderen in de regio Haren en lager onder ouderen in Noord-Oost Groningen.
- Het percentage ouderen dat moeite heeft om rond te komen is in 2016 gedaald in de provincie Groningen. Ouderen in de leeftijd van 65 tot en met 69 jaar en alleenstaanden hebben vaker moeite om rond te komen. Ouderen in Noord-Oost Groningen hebben meer moeite

om rond te komen van het huishoudinkomen en ouderen in de regio Haren hebben het minst vaak moeite om rond te kunnen komen.

- Ouderen met een zeer hoog inkomen zijn vaker tevreden over hun woonomgeving. De waardering voor de eigen woonomgeving is het hoogst onder ouderen in de regio Haren. Onder ouderen zijn 85-plussers minder geneigd te verhuizen. Getrouwde of samenwonende ouderen willen vaker verhuizen. Het percentage ouderen dat wil verhuizen in de komende jaren is het hoogst in de regio's DAL, Oldambt en Westerwolde.

Mentaal welbevinden

- In 2016 is het percentage Groningse ouderen met een hoog risico op angst- of een depressiestoornis lager dan in 2012. In de provincie Groningen hebben ouderen een iets lager risico op een angststoornis of een depressie dan ouderen elders in Nederland. Alleenstaande ouderen, 80-plussers, ouderen met een (zeer) laag inkomen en ouderen met een laag opleidingsniveau hebben een verhoogde kans op een angst- of een depressiestoornis. Het percentage ouderen met een hoog risico op een angststoornis of een depressie is het hoogst in de regio DAL en het laagst in de regio Haren.
- Ouderen in de provincie Groningen ervaren meer regie over hun leven dan ouderen elders in Nederland. Er wordt minder eigen regie ervaren op een hoge leeftijd, bij een laag opleidingsniveau, bij een (zeer) laag inkomen en bij alleenstaanden. Het percentage ouderen dat onvoldoende regie ervaart over hun leven is het hoogst in de regio Oldambt en het laagst in de regio Haren.
- De meest voorkomende nare gebeurtenis in de thuissituatie is psychisch geweld. Psychisch geweld thuis komt het vaakst voor onder 65-74 jarigen en 80-84 jarigen. Hoogopgeleide ouderen maken vaker psychisch geweld mee in hun eigen huis. Het percentage ouderen dat thuis psychisch geweld heeft meegemaakt is het hoogst in de regio Midden-Groningen en het laagst in de regio Oldambt.

Lichaamsfuncties

- Groningse ouderen hebben vaker een chronische ziekte dan ouderen elders in Nederland. Tussen 2006 en 2012 is het percentage Groningse ouderen met één of meerdere chronische ziekte(n) toegenomen. In 2016 is er sprake van een afname van chronische ziekten onder ouderen. Echter de co-morbiditeit (twee of meerdere chronische ziekten) is wel gestegen onder ouderen. Chronische ziek-

ten komen vaker voor op een hogere leeftijd, bij alleenstaande ouderen, bij laagopgeleide ouderen en ouderen met een (zeer) laag inkomen. Het percentage ouderen met tenminste één chronische ziekte is het hoogst in de regio's DAL en Oldambt en het laagst in de regio Haren.

- Het percentage ouderen met een gehoor-, gezichts-, of mobiliteitsbeperking neemt sterk toe met de leeftijd. Laagopgeleide ouderen, ouderen met een (zeer) laag inkomen en alleenstaande ouderen hebben vaker een lichamelijke beperking. In Noord-Oost Groningen hebben ouderen vaker een lichamelijke beperking en in de regio Haren hebben ouderen het minst vaak een lichamelijke beperking.
- Het huisartsenbezoek onder ouderen is in de periode 2010-2016 niet tot nauwelijks veranderd in de provincie Groningen. Het percentage Groningse ouderen dat een medisch specialist heeft bezocht is licht gestegen ten opzichte van 2012, maar dit percentage is lager dan in 2010. Het gebruik van de thuiszorg door ouderen in de provincie Groningen is gedaald in de periode 2010-2016. Ouderen van 75 jaar of ouder hebben vaker contact met een huisarts. In de leeftijdscategorie van 75 tot en met 79 jaar bezoeken ouderen vooral een medisch specialist. Naarmate de leeftijd stijgt, neemt het tandartsbezoek of het bezoek aan een mondhygiënist af. Ouderen hebben meer contact met de thuiszorg naarmate hun leeftijd stijgt. De bereikbaarheid van de huisarts is licht verbeterd ten opzichte van 2010, terwijl de bereikbaarheid van de medisch specialist is gedaald. Ouderen zijn het minst tevreden over de bereikbaarheid van de doktersdienst in de provincie Groningen en het meest tevreden over de bereikbaarheid van de tandarts of mondhygiënist.
- Wat betreft de actuele mantelzorg die ontvangen wordt door Groningse ouderen is het verschil met Nederland minimaal. Het percentage ouderen dat het afgelopen jaar mantelzorg heeft ontvangen in de provincie Groningen is licht gedaald ten opzichte van 2012. Naarmate de leeftijd stijgt, neemt het percentage ouderen dat mantelzorg ontvangt toe. Met name ouderen die alleen lager onderwijs hebben afgerond, ouderen met een laag inkomen en alleenstaande ouderen ontvangen mantelzorg. Het percentage ouderen dat momenteel mantelzorg ontvangt is hoger in Noord-Oost Groningen (met uitzondering van Veendam en Pekela) en in de regio Groningen en Ten Boer en het laagst in de regio Haren. Mantelzorg aan ouderen wordt vooral ontvangen van de kinderen en de echtgeno(o)t(e) of partner, afhankelijk van de leeftijd. Het merendeel van de Groningse ouderen ontvangt in totaal 1-10 uur per week mantelzorg. Getrouwde of samenwonende ouderen ontvangen vaker 21 uur of meer

per week aan mantelzorg. Ruim een kwart van de ouderen heeft in 2016 aangegeven dat zij het aantal uren dat zij aan mantelzorg krijgen onvoldoende vinden, dat is meer dan in 2012. In de regio Groningen en Ten Boer vinden ouderen vaker dat zij onvoldoende mantelzorg ontvangen dan in de ommelanden.

Meedoen

- Het percentage (zeer) ernstig eenzame ouderen in de provincie Groningen is sinds 2010 licht toegenomen. De kans op eenzaamheid neemt toe naarmate de leeftijd stijgt. Vanaf de leeftijd van 80 jaar neemt de ernstige eenzaamheid duidelijk toe. Laagopgeleide ouderen, ouderen met een (zeer) laag inkomen en alleenstaande ouderen voelen zich vaker ernstig eenzaam. Het percentage ouderen dat zich ernstig eenzaam voelt is het hoogst in de regio Oldambt en het laagst in de regio Westerkwartier.
- Ouderen in de leeftijd van 65 tot en met 69 jaar zijn vaker mantelzorger. Getrouwde of samenwonende ouderen, ouderen met een hoog opleidingsniveau en ouderen met een zeer hoog inkomen geven vaker mantelzorg. In de regio Stadskanaal is het percentage mantelzorgers onder ouderen het hoogst en in de regio Westerwolde is het percentage het laagst. De mantelzorg die door ouderen wordt gegeven bestaat met name uit het bieden van gezelschap, troost en afleiding, begeleiding en/of vervoer en hulp in de huishouding. Mantelzorgers maken vaker een warme maaltijd klaar en bieden hulp bij de persoonlijke verzorging naarmate zij ouder worden. De overbelasting die Groningse ouderen als mantelzorger ervaren is licht gedaald ten opzichte van 2012. Ouderen in de provincie Groningen voelen zich iets minder vaak overbelast als mantelzorger ten opzichte van ouderen elders in Nederland. Naarmate de leeftijd stijgt, neemt de ervaren overbelasting toe onder mantelzorgers. Ouderen met een (zeer) hoog inkomen voelen zich het minst overbelast als mantelzorger. Het percentage ouderen dat zich overbelast voelt als mantelzorger is het hoogst in de regio Midden-Groningen en het laagst in de regio Stadskanaal.
- Sinds 2010 is het percentage ouderen dat vrijwilligerswerk doet in de provincie Groningen licht toegenomen. Naarmate de leeftijd stijgt, neemt het percentage vrijwilligers onder ouderen af. Het percentage vrijwilligers is het hoogst in de regio BMW en lager in Oost-Groningen.
- De bereidheid om vrijwillig ondersteuning te bieden is groot onder ouderen. Ongeveer de helft van de ouderen in de provincie Groningen is bereid om hulp te bieden. De bereidheid om iemand vrijwillig te ondersteunen neemt af met de leeftijd. Het percentage ouderen dat

bereid is om vrijwillig ondersteuning te bieden is het hoogst in de regio Haren en het laagst in de regio Oldambt.

1 | Inleiding

Gezond oud worden wordt steeds belangrijker, omdat het aantal ouderen de komende decennia sterk blijft toenemen. Overeenkomstig met het landelijk gemiddelde is 18% van de volwassenen in de provincie Groningen ouder dan 65 jaar en 8% is ouder dan 75 jaar. Voor de provincie Groningen geldt dat er met in name Noord-Oost Groningen en Haren veel ouderen wonen. Hoe gezond en gelukkig voelen Groningse ouderen zich? Hoe staat het met het zelfstandig kunnen uitvoeren van alledaagse activiteiten? Hoe staat het met de leefstijl van ouderen, zoals het drinken van alcohol en voldoende bewegen? Zijn er veranderingen vergeleken met het onderzoek van vier jaar geleden? En hoe zit het met de landelijke cijfers en met de cijfers van de verschillende regio's binnen de provincie Groningen? Dit rapport geeft antwoord op deze en andere vragen.

Gemeenten hebben de wettelijke taak om de gezondheid van hun inwoners in kaart te brengen, zoals is vastgelegd in de Wet Publieke Gezondheid. GGD Groningen voert deze taak onder andere uit door elke vier jaar een gezondheidsenquête af te nemen, de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen. Evenals voorgaande jaren zijn er in 2016 extra vragen opgenomen in de vragenlijst voor ouderen, inwoners van 65 jaar en ouder. De GGD heeft op deze wijze lokale informatie kunnen verzamelen over de gezondheidssituatie, de leefstijl en het welzijn van ouderen, en welke factoren hierop van invloed zijn. Bij dit grootschalige onderzoek werken alle GGD'en in Nederland samen met het RIVM en het CBS. Zo zijn de gezondheidsenquêtes van de GGD en het CBS op elkaar afgestemd om tot een eenduidige landelijke dataverzameling te komen. Door deze samenwerking levert het onderzoek ook landelijke gegevens op waarmee de provincie Groningen zich kan vergelijken. In totaal kregen 449.951 inwoners van 65 jaar en ouder in Nederland een gezondheidsenquête van de GGD in de brievenbus. Hiervan waren 12.882 ouderen woonachtig in de provincie Groningen. De resultaten zijn uitgewerkt in dit rapport.

Resultaten als basis voor beleid

Met ingang van 2015 hebben gemeenten meer verantwoordelijkheden gekregen ten aanzien van de zorg en ondersteuning voor ouderen. Het huidige ouderenbeleid streeft ernaar de redzaamheid te vergroten, zodat ouderen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. De groep zelfstandig wonende ouderen groeit en de verschillen in behoefte aan ondersteuning en zorg zijn groot. Uit onderzoek blijkt dat de diversiteit onder ouderen enorm is voor wat betreft vitaliteit, kwetsbaarheid, chronische aandoeningen en de behoefte aan preventie, ondersteuning en zorg (Gezondheidsraad, 2009; Doekhie, 2014). Gemeenten hebben baat bij gezonde, zelfstandige en

actieve ouderen. Deze ouderen kunnen mee blijven doen in de samenleving als zij zelfredzaam zijn en regie ervaren over hun leven. Daarnaast hebben zij minder hulp nodig op tal van gebieden. Het bevorderen van zelfredzaamheid van ouderen is daarom belangrijk. De resultaten van dit onderzoek kunnen gemeenten gebruiken bij het vormgeven van hun gemeentelijk gezondheidsbeleid en het inzetten van interventies.

Leeswijzer

In het eerste hoofdstuk wordt beschreven op welke wijze het onderzoek is uitgevoerd. Vervolgens worden per hoofdstuk de gezondheidsthema's gepresenteerd. De zes dimensies van positieve gezondheid zijn als leidraad gebruikt bij de weergave van de resultaten. Alleen informatie over de dimensie 'Zingeving' ontbreekt, aangezien er nog geen vragen over dit domein zijn opgenomen in de huidige Gezondheidsmonitor. De hoofdstukken kennen een gelijke opbouw: eerst wordt in kaders achtergrondinformatie en de relevantie van het thema voor ouderen besproken. Vervolgens worden de uitkomsten met betrekking tot elk thema besproken. De figuren geven patronen en relaties weer voor de determinanten leeftijd, burgerlijke staat, opleidingsniveau en inkomen. Voor zover mogelijk zijn de resultaten uit 2016 vergeleken met de gegevens uit eerdere rondes van de Gezondheidsmonitor (2012, 2010 en 2006) en met landelijke gegevens. In deze laatste editie van de Gezondheidsmonitor zijn nieuwe onderwerpen geïntroduceerd. Bijvoorbeeld 'eigen regie' en 'nare gebeurtenissen in de thuissituatie'. De regionale cijfers in dit rapport worden gepresenteerd in de vorm van een geografische kaart.

2 | Methode

Steekproef en vragenlijst

De Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen is in het najaar van 2016 uitgevoerd via een (schriftelijke) vragenlijst die per post is verstuurd en schriftelijk of via het internet kon worden ingevuld. De Groningers die waren uitgenodigd om deel te nemen aan de Gezondheidsmonitor hebben maximaal twee keer een herinneringsbrief ontvangen. Ouderen konden in 2016 voor het eerst de vragenlijst digitaal invullen.

Middels een willekeurige steekproef zijn er in totaal 12.882 inwoners van 65 jaar en ouder en woonachtig in de provincie Groningen geselecteerd. Van hen hebben 7.596, oftewel 59%, de vragenlijst ingevuld. In 2016 was de respons onder ouderen hoger dan die van de vorige meting in 2012 (53%). Vermoedelijk heeft de mogelijkheid om de vragenlijst ook digitaal in te vullen er toe geleid dat de respons is toegenomen.

Voor het opstellen van de vragenlijst is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de standaardvraagstellingen van de Lokale- en Nationale Gezondheidsmonitor Volwassenen (GGD GHOR NL, RIVM, TNO). GGD'en gebruiken in de gezondheidsenquête waar mogelijk landelijke uniforme vraagstellingen. Voor de groep volwassenen van 19 tot en met 64 jaar en voor de groep van 65 jaar en ouder zijn er kleine verschillen in de vragenlijst. Voor ongeveer 90% komen ze overeen. Zo kregen personen van 65 jaar en ouder aanvullende vragen over het ontvangen van mantelzorg, een vraag over beperkingen in alledaagse activiteiten en een vraag over nare gebeurtenissen in de thuissituatie.

Deelname CBS respondenten

Het CBS heeft in het kader van het Permanent Onderzoek van de Leefsituatie (POLS) gelijktijdig met GGD Groningen vragen voorgelegd aan Groningers die identiek zijn aan de vragen in de Gezondheidsmonitor. Deze aanvullende gegevens van 199 Groningse ouderen zijn eveneens gebruikt voor deze rapportage.

Weging voor non-respons

In het databestand zijn bepaalde subgroepen over- of ondervertegenwoordigd. Om die reden heeft GGD Groningen de uitkomsten gewogen voor non-respons. Dit betekent dat er per gemeente wordt gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw, het geslacht en andere factoren. Groepen die in de data onder- of oververtegenwoordigd zijn, worden zodanig gewogen dat ze overeenkomen met de feitelijke samenstelling van de bevolking van de 23 afzonderlijke gemeenten in het jaar 2016. Op deze manier zijn de resultaten representatief voor de provincie Groningen.

Ten opzichte van 85-minners is de respons onder 85-plussers uit de provincie Groningen laag: 46% van de ouderen in de hoogste leeftijdscategorie stuurde de vragenlijst ingevuld terug (zie tabel 2.1). Onder 70-79 jarigen was de deelname het hoogst, daarvan heeft 62% van de respondenten deelgenomen.

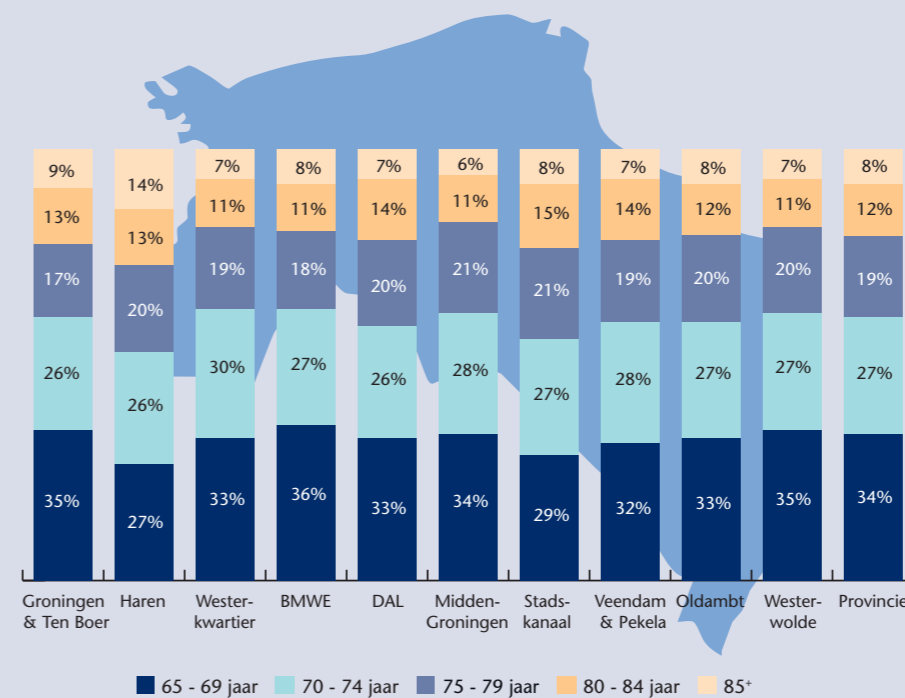
Gemeente	65-69 jaar		70-74 jaar		75-79 jaar		80-84 jaar		85+		Totaal	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
Appingedam	92	62%	80	59%	65	64%	57	58%	28	48%	322	60%
Bedum	62	50%	70	56%	47	64%	30	64%	13	35%	222	55%
Bellingwedde	95	68%	88	68%	46	55%	19	40%	17	39%	265	59%
Delfzijl	122	62%	105	62%	85	60%	63	58%	35	45%	410	59%
Eemsum	119	62%	109	65%	64	52%	44	58%	39	49%	375	59%
Groningen	123	54%	106	58%	77	66%	57	62%	41	51%	404	58%
Grootegast	74	64%	71	70%	40	52%	36	57%	13	33%	234	59%
Haren	103	58%	115	62%	88	65%	53	56%	63	56%	422	60%
Hoogezand	112	55%	105	53%	90	65%	51	60%	29	37%	387	55%
Leek	119	59%	127	64%	84	59%	39	49%	45	56%	414	59%
Loppersum	79	64%	73	66%	46	70%	29	62%	12	33%	239	62%
De Marne	90	65%	74	60%	53	71%	36	60%	29	63%	282	64%
Marum	57	56%	58	57%	41	61%	20	47%	14	45%	190	55%
Menterwolde	82	56%	92	71%	55	62%	25	57%	15	47%	269	61%
Oldambt	126	62%	115	62%	84	57%	51	53%	34	47%	410	58%
Pekela	73	47%	90	59%	45	54%	42	55%	18	37%	268	52%
Slochteren	107	58%	94	57%	66	66%	38	59%	18	42%	323	58%
Stadskanaal	107	55%	116	61%	79	56%	57	58%	33	44%	392	56%
Ten Boer	61	67%	44	65%	27	71%	14	61%	16	52%	162	65%
Veendam	129	58%	102	56%	78	66%	63	65%	29	38%	401	58%
Vlagtwedde	138	61%	105	66%	94	68%	55	58%	38	47%	430	61%
Winsum	131	68%	101	66%	58	66%	42	66%	23	56%	355	66%
Zuidhorn	134	64%	135	62%	75	65%	48	65%	28	47%	420	62%
Provincie	2335	60%	2175	62%	1487	62%	969	58%	630	46%	7596	59%

Tabel 2.1. Deelname naar gemeente en leeftijd, 2016 (aantallen en %)

Achtergrondkenmerken van de deelnemers

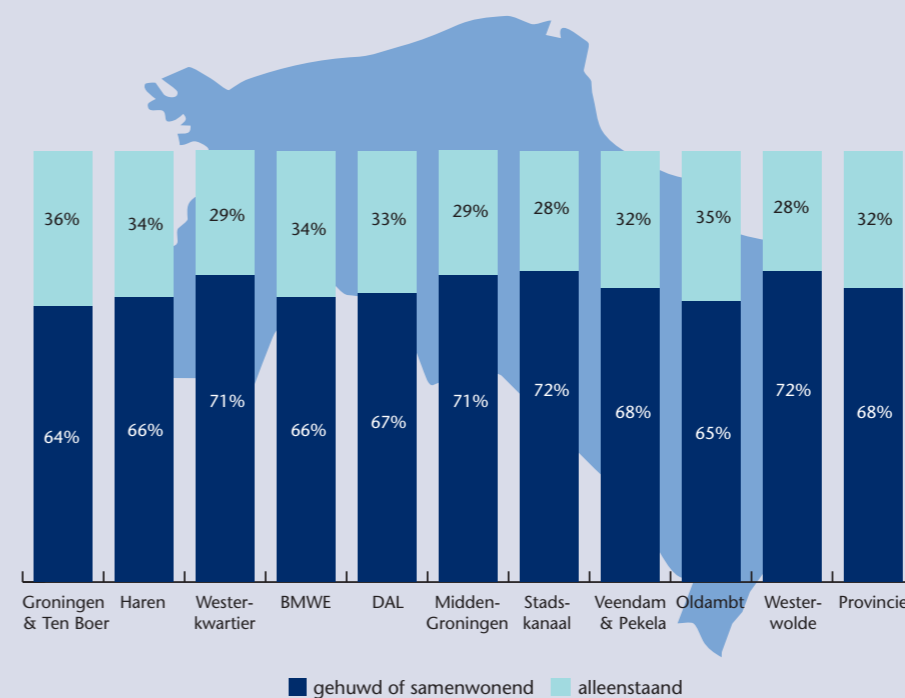
De volgende vier achtergrondkenmerken hebben veel invloed op de gezondheid en leefstijl van ouderen: leeftijd, burgerlijke staat, opleidingsniveau en inkomen. Uit onderstaande grafieken blijkt dat er grote verschillen zijn tussen de regio's wat betreft de achtergrondkenmerken.

In de regio Haren wonen relatief veel ouderen met een hoge leeftijd en in de regio Midden-Groningen wonen relatief weinig 80-plussers (zie grafiek 2.2).



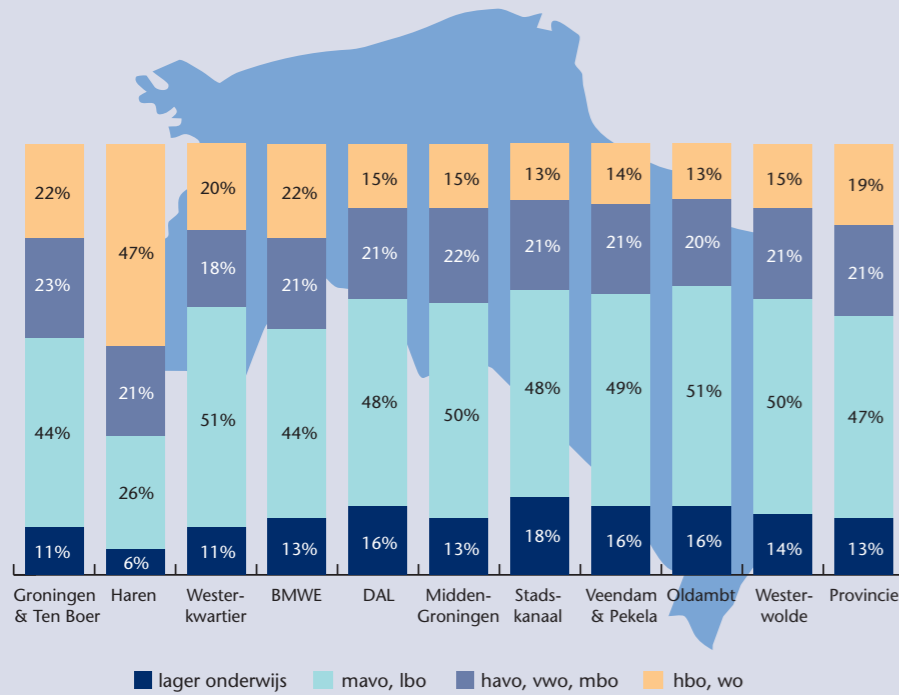
Grafiek 2.2 Achtergrondkenmerken naar regio en leeftijd, 2016 (%)

Alleenstaande ouderen wonen met name in de regio's Groningen en Ten Boer en Oldambt. In de regio's Westerwolde en Stadskanaal wonen relatief veel getrouwde of samenwonende ouderen (zie grafiek 2.3).



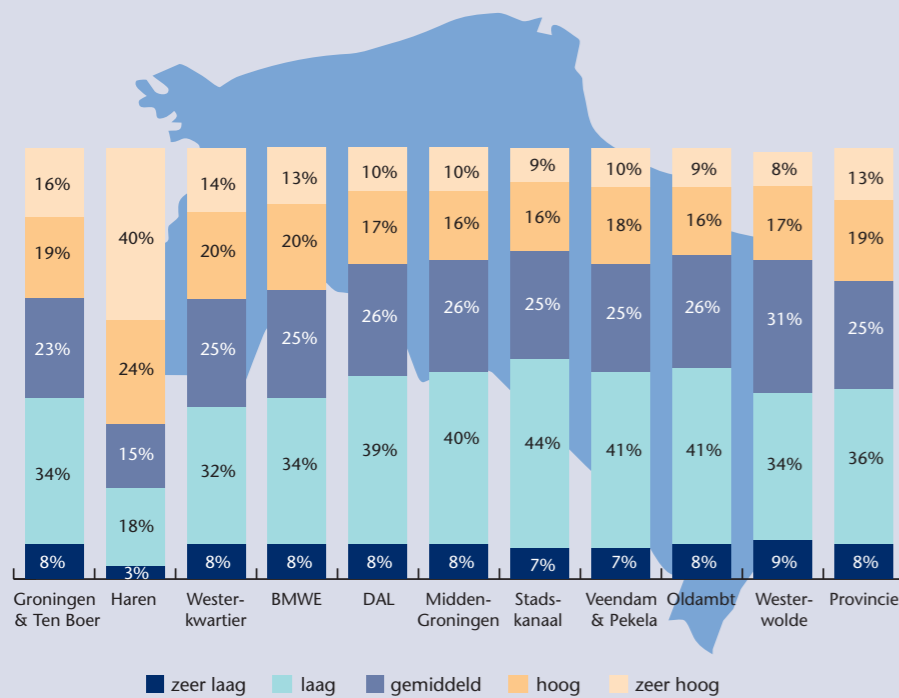
Grafiek 2.3 Achtergrondkenmerken naar regio en burgerlijke staat, 2016 (%)

In de regio's Stadskanaal, DAL, Veendam en Pekela en Oldambt wonen relatief veel laagopgeleide ouderen en in de regio Haren wonen relatief weinig laagopgeleide ouderen (zie grafiek 2.4).



Grafiek 2.4 Achtergrondkenmerken naar regio en opleidingsniveau, 2016 (%)

Ouderen met een (zeer) laag inkomen wonen vooral in de regio's Stadskanaal, Oldambt, Veendam en Pekela, Midden-Groningen en in de regio DAL. In de regio Haren wonen relatief weinig ouderen met een (zeer) laag inkomen (zie grafiek 2.5).



Grafiek 2.5 Achtergrondkenmerken naar regio en inkomen, 2016 (%)



Dagelijks functioneren en leefstijl

3.1 | Overgewicht en beweging

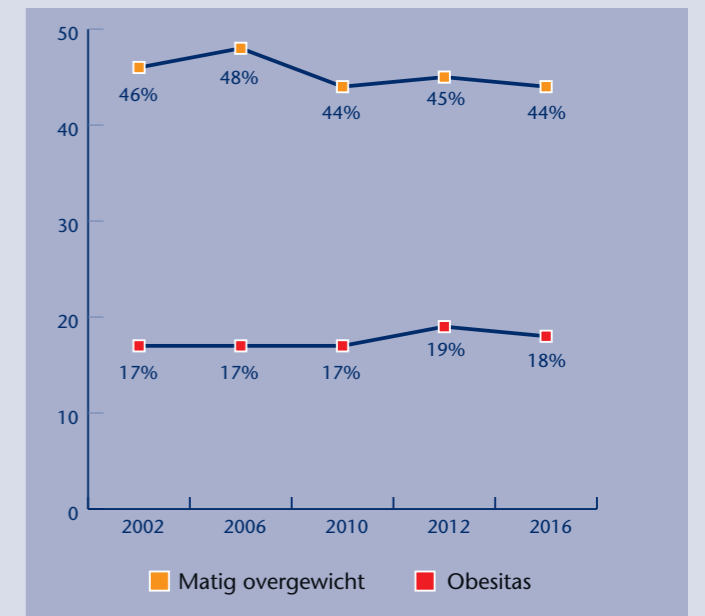


Een gezond gewicht is belangrijk voor het behouden van een goede gezondheid. Overgewicht en obesitas (ernstig overgewicht) kunnen leiden tot verschillende ziekten en aandoeningen, waaronder diabetes, hart- en vaatziekten, beroerten, kanker en psychische klachten (in't Panhuis-Plasmans et al., 2012; Gezondheidsraad, 2003). Mensen met overgewicht leven gemiddeld 5,1 jaar korter in goede gezondheid (Visscher & Seidell, 2001; Hoeymans et al., 2010). Een gezond voedingspatroon levert gezondheidswinst op en leidt ertoe dat de sterftekans aan diverse aandoeningen wordt verminderd (Knoops et al., 2004). Voor ouderen is gezonde voeding extra relevant, omdat zij relatief vaak al (chronische) ziekten of aandoeningen hebben.

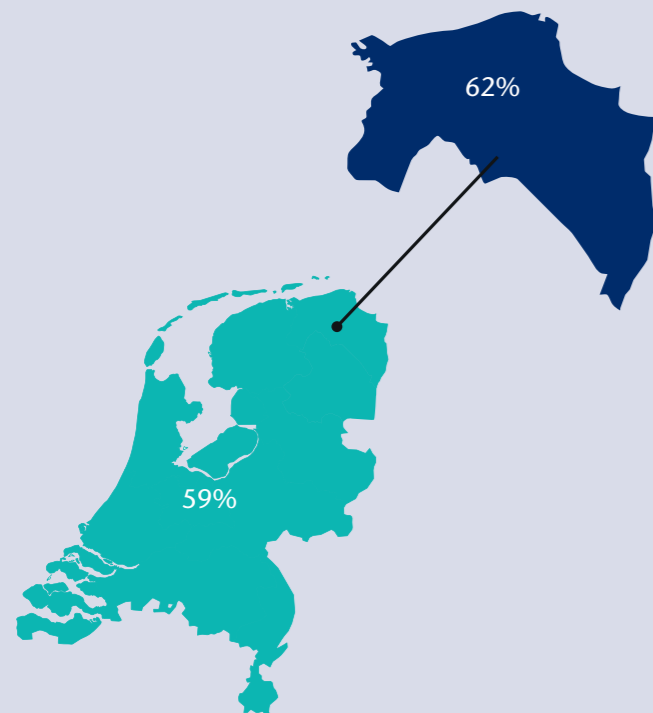
Ouderen die voldoende bewegen voelen zich fitter en hebben minder kans op verschillende ziekten, waaronder coronaire hartziekten, diabetes, beroerte en osteoporose (US DHHS, 1996; PAGAC, 2008, Wendel-Vos, 2010). De kans op overgewicht wordt kleiner als mensen regelmatig bewegen. Regelmatig bewegen bevordert de gezondheid van ouderen en voorkomt een achteruitgang van het functioneren, de (zelf)redzaamheid en participatie in de maatschappij (Wijlhuizen & Chorus, 2010). Zelfs als ouderen van 75 jaar of ouder regelmatig gaan bewegen, levert dit nog steeds een toename van de levensverwachting op (Nied & Franklin, 2002). Voldoende bewegen kan ook het verloop van een aantal chronische aandoeningen gunstig beïnvloeden (Stiggelbout et al., 1998; PAGAC, 2008) en het verkleint het risico op valincidenten. Er wordt geadviseerd om minimaal een half uur per dag gedurende 5 dagen per week matig-intensief te bewegen (Nederlandse Norm Gezond Bewegen; Stiggelbout et al., 1998; PAGAC, 2008).

3.1.1 Overgewicht

Tussen 2002 en 2016 is het percentage ouderen met matig overgewicht in de provincie Groningen licht gedaald; van 46% in 2002 naar 44% in 2016 (zie grafiek 3.1.1). Sinds 2002 is het percentage Groningse ouderen met obesitas nauwelijks veranderd.



Grafiek 3.1.1 Trend in matig overgewicht en obesitas onder ouderen in de provincie Groningen, in de periode 2002-2016 (%)



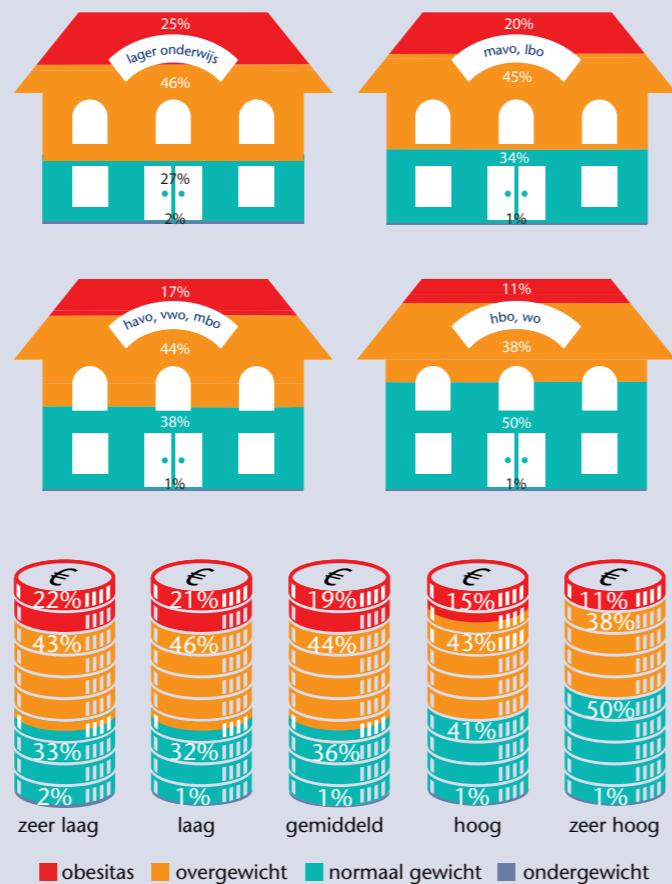
Afbeelding 3.1.2 (Ernstig) overgewicht onder ouderen in de provincie Groningen t.o.v. Nederland, 2016 (%)

In 2016 heeft gemiddeld 59% van de ouderen in Nederland overgewicht, waarvan 17% obesitas heeft (zie afbeelding 3.1.2). Ten opzichte van het landelijk gemiddelde hebben ouderen in de provincie Groningen vaker overgewicht (62%) en qua obesitas zijn de verschillen klein (18%).

Matig overgewicht komt het vaakst voor onder ouderen van 75 tot en met 79 jaar (46%) en obesitas onder ouderen van 70 tot en met 74 jaar (21%). Opvallend is dat het percentage obesitas onder ouderen sterk afneemt vanaf 85 jaar (11%; zie grafiek 3.1.3).

Het percentage ouderen met ondergewicht is laag en verschilt niet tot nauwelijks binnen de verschillende leeftijdsgroepen.

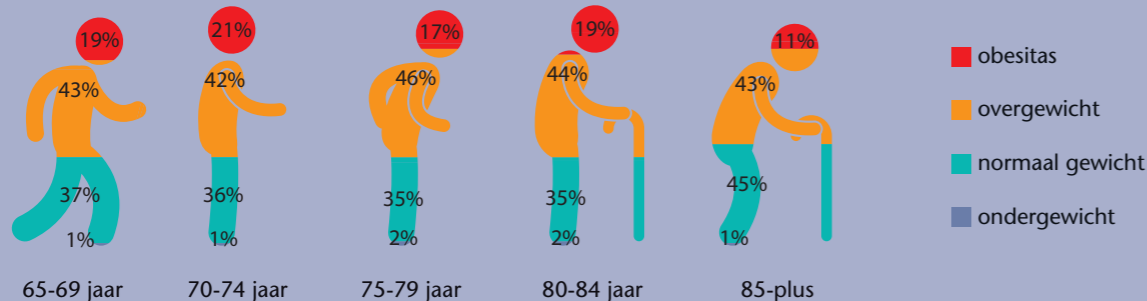
Ouderen die alleen lager onderwijs hebben afgerond hebben vaker matig overgewicht of obesitas (71%) dan ouderen die een hogere opleiding hebben afgerond (49%). Obesitas komt onder laagopgeleide ouderen ruim twee keer zo vaak voor als onder hoogopgeleiden (zie grafiek 3.1.4).



Grafiek 3.1.4 Ondergewicht, overgewicht en obesitas onder ouderen naar opleidingsniveau en inkomen, provincie Groningen, 2016 (%)

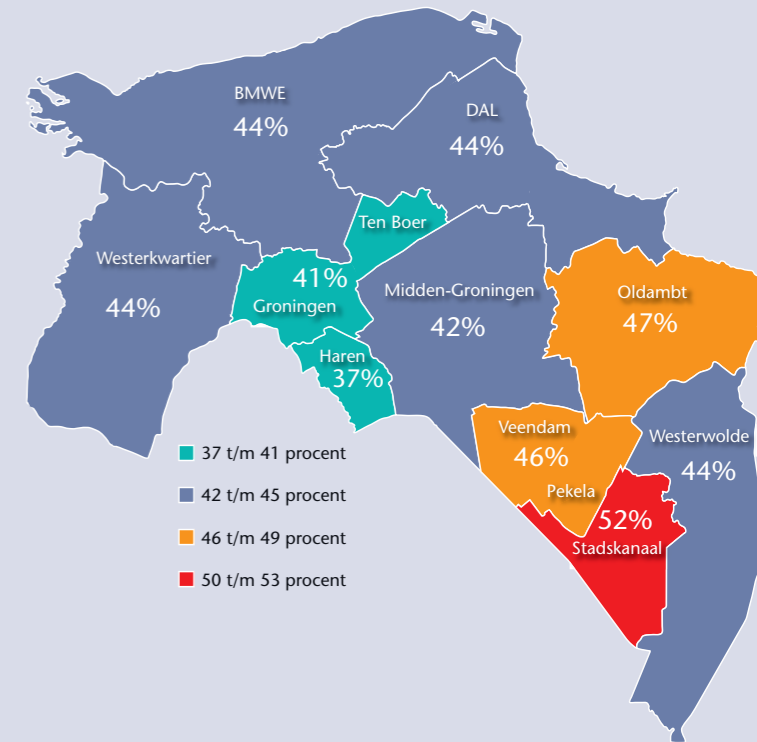
Ouderen met een (zeer) laag inkomen hebben vaker matig overgewicht dan ouderen in de hoogste inkomensklasse. Obesitas komt onder ouderen met een (zeer) laag inkomen twee keer zo vaak voor als onder de ouderen met een hoger inkomen (zie grafiek 3.1.4).

Het percentage ouderen met matig overgewicht is iets hoger onder ouderen die getrouwd zijn of samenwonen. Samenwonende of getrouwde ouderen hebben bijna even vaak obesitas als alleenstaande ouderen (18-19%).

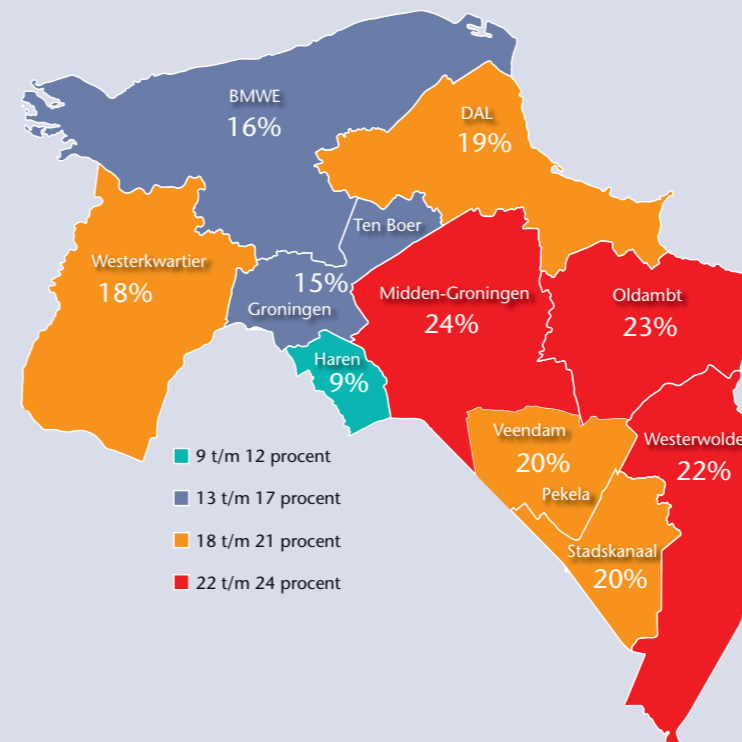


Grafiek 3.1.3 Ondergewicht, overgewicht en obesitas onder ouderen naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)

Matig overgewicht onder ouderen komt verhoudingsgewijs het vaakst voor de regio's Stadskanaal, Oldambt en Veendam en Pekela (zie afbeelding 3.1.5). In de regio Haren hebben relatief weinig ouderen matig overgewicht. Obesitas komt naar verhouding het vaakst voor onder ouderen in Noord-Oost Groningen, maar ook in het Westerkwartier (zie afbeelding 3.1.6). In de regio Haren hebben relatief weinig ouderen obesitas.



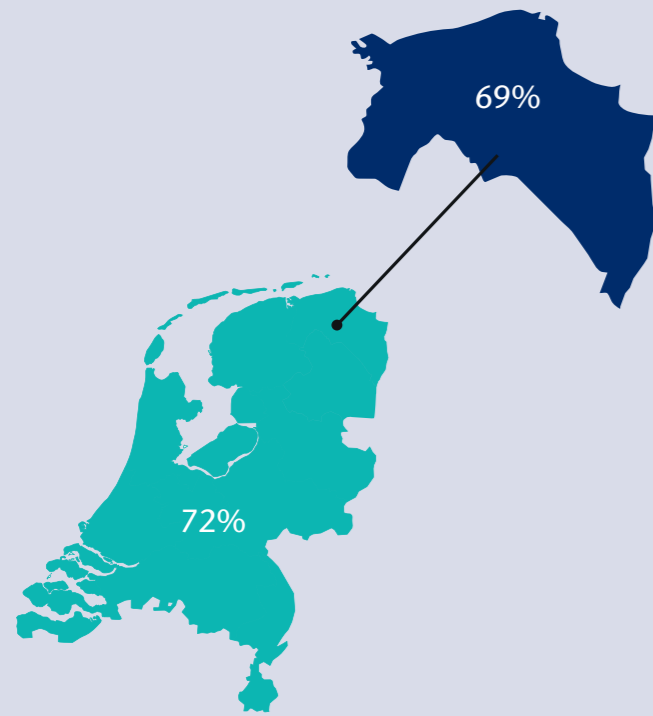
Afbeelding 3.1.5 Ouderen met matig overgewicht naar regio, provincie Groningen, 2016 (%)



Afbeelding 3.1.6 Ouderen met obesitas naar regio, provincie Groningen, 2016 (%)

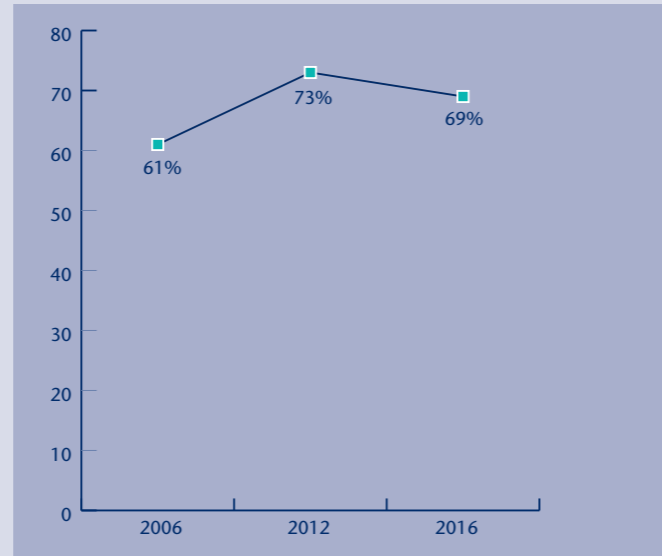
3.1.2 Beweging

Groningse ouderen bewegen minder vaak dan de gemiddelde Nederlander; 69% beweegt voldoende. Landelijk voldoet gemiddeld 72% van de ouderen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) in 2016 (zie afbeelding 3.1.7).



Afbeelding 3.1.7 Ouderen die voldoen aan de NNGB in de provincie Groningen t.o.v. Nederland, 2016 (%)

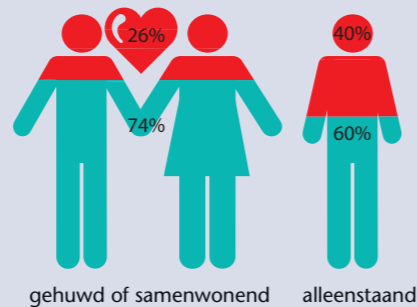
In de afgelopen vier jaar zijn Groningse ouderen minder gaan bewegen; in 2012 voldeed nog 73% van de ouderen in de provincie Groningen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (zie grafiek 3.1.8). Echter, ten opzichte van 2006 zijn er in 2016 meer ouderen die voldoende bewegen.



Grafiek 3.1.8 Trend in beweging onder ouderen in de provincie Groningen in 2006, 2012 en 2016 (%)

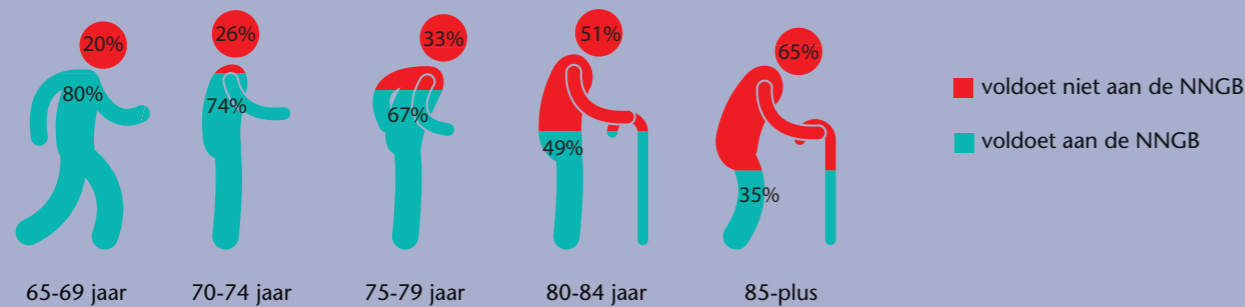
Ouderen in de leeftijd van 65 tot en met 69 jaar voldoen het vaakst aan de beweegnorm (80%; zie grafiek 3.1.9). Het percentage ouderen dat voldoende beweegt is het laagst onder 85-plussers (35%). Met het ouder worden nemen de functiebeperkingen toe en daarmee ook de mogelijkheid om voldoende te kunnen bewegen. Ook zijn 85-plussers ten opzichte van 2012 nog minder gaan bewegen (2012: 47%).

Alleenstaande ouderen voldoen minder vaak aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen dan getrouwde of samenwonende ouderen (zie grafiek 3.1.10).

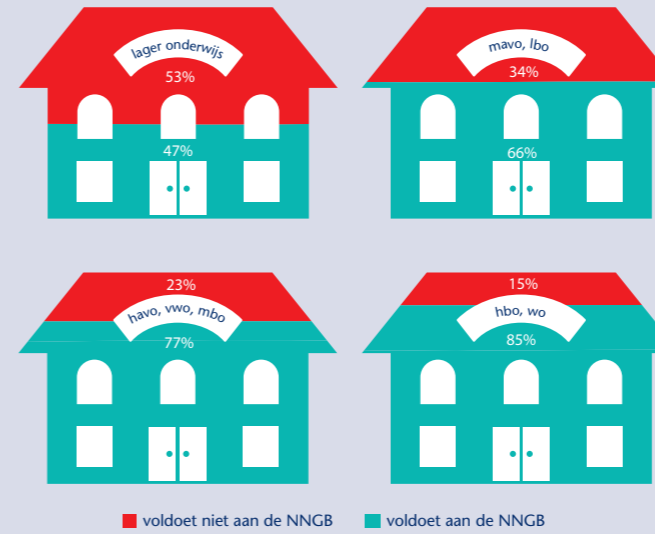


Grafiek 3.1.10 Ouderen die voldoen aan de NNGB naar burgerlijke staat, provincie Groningen, 2016 (%)

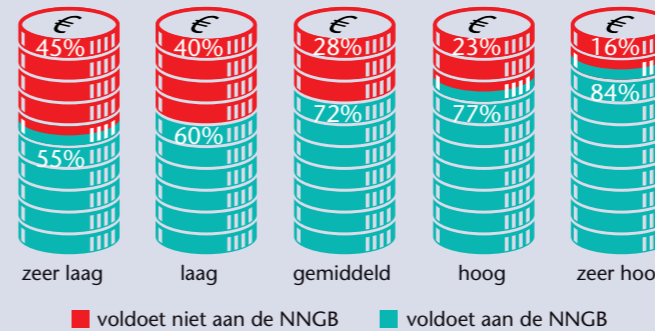
■ voldoet niet aan de NNGB
■ voldoet aan de NNGB



Grafiek 3.1.9 Ouderen die voldoen aan de NNGB naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)



Grafiek 3.1.11 Ouderen die voldoen aan de NNGB naar opleidingsniveau, provincie Groningen, 2016 (%)



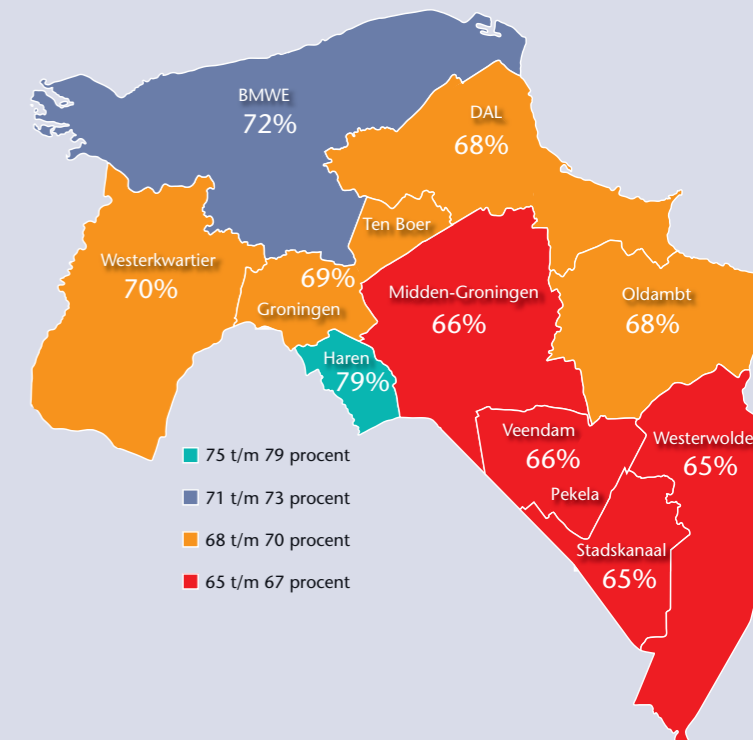
Grafiek 3.1.12 Ouderen die voldoen aan de NNGB naar inkomen, provincie Groningen, 2016 (%)

■ voldoet niet aan de NNGB
■ voldoet aan de NNGB

Ouderen die alleen lager onderwijs hebben afgerond voldoen minder vaak aan de NNGB (47%) dan ouderen die een hogere opleiding hebben afgerond (85%; zie grafiek 3.1.11).

Ouderen met een (zeer) laag inkomen voldoen minder vaak aan de NNGB (55%) dan ouderen in de hoogste inkomensklasse (84%; zie grafiek 3.1.12).

In de regio Haren voldoen relatief veel ouderen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen en in Noord-Oost Groningen en de regio Groningen en Ten Boer voldoen relatief weinig ouderen aan de beweegnorm (zie afbeelding 3.1.13).



Afbeelding 3.1.13 Ouderen die voldoen aan de NNGB naar regio, provincie Groningen, 2016 (%)

■ 75 t/m 79 procent
■ 71 t/m 73 procent
■ 68 t/m 70 procent
■ 65 t/m 67 procent



3.2 | Alcoholgebruik

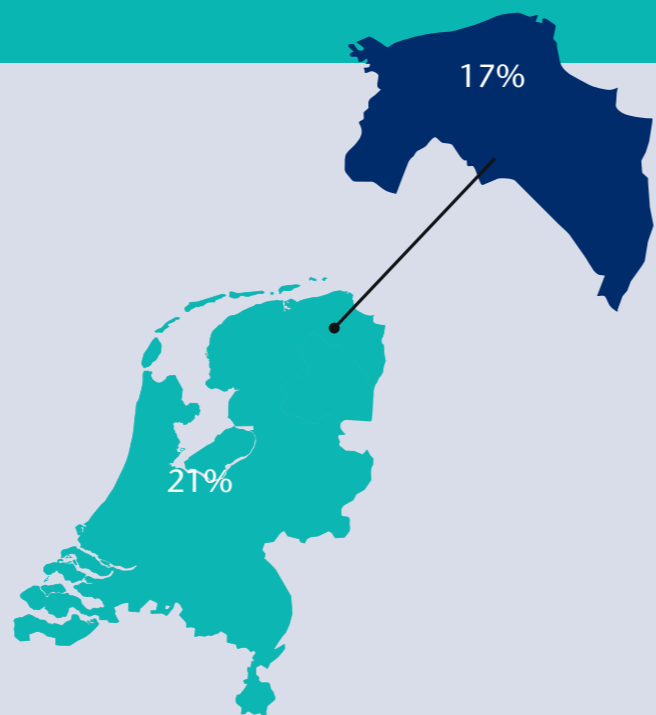


De Gezondheidsraad (2015) geeft als advies: "Drink geen alcohol of in ieder geval niet meer dan één glas per dag." Voor de gezondheid is geen alcohol drinken in alle gevallen beter dan wel alcohol drinken. Aan het drinken van alcohol zijn namelijk verschillende risico's verbonden. Alcoholgebruik hangt samen met ongeveer zestig verschillende aandoeningen (Cargiulo, 2007; Anderson & Baumberg, 2006), het verhoogt het risico op verschillende soorten kanker (borstkanker, slokdarmkanker, mond- en keelkanker) en het heeft invloed op bijna alle organen in het lichaam. Alcohol is na het roken van tabak de belangrijkste vermijdbare oorzaak van sterfte (Kahn, 2016). Over het algemeen geldt: 1) Hoe hoger de totale consumptie van alcohol, hoe groter het risico op schade en 2) Hoe meer alcohol per keer wordt gedronken, des te ernstiger de schade (de aandoening of verwonding). Alcoholgebruik heeft niet alleen invloed op de gebruiker zelf, maar ook op de omgeving. Naar schatting is 20% van de verkeersdoden gerelateerd aan alcohol (Houwing et al., 2014). Ook speelt alcohol vaak een rol bij (huiselijk) geweld (OM, 2017). Van alle leeftijdsgroepen verdragen ouderen alcohol het slechtste. Dit komt door veranderingen in het lichaam die ontstaan door het ouder worden, zoals een verminderde werking van de lever en nieren, waardoor de alcoholconcentratie in het bloed sneller omhoog gaat (Alcoholinfo.nl, 2010). Ook kan overmatig alcoholgebruik het risico op (val)ongelukken vergroten en kan een combinatie met medicijnen gevaarlijk zijn.

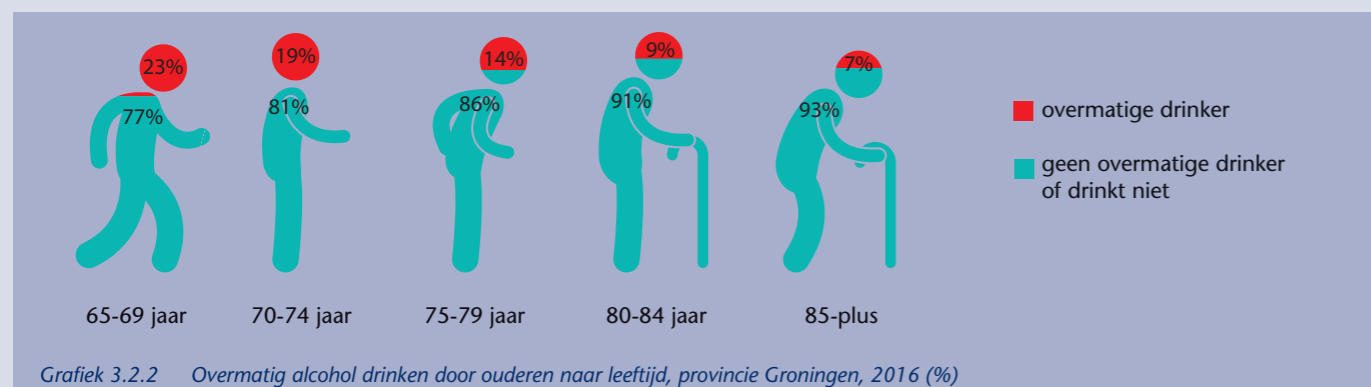
3.2.1 Overmatig alcoholgebruik

Driekwart van de Groningse ouderen heeft het afgelopen jaar wel eens alcohol gedronken. In 2016 drinkt 17% van de ouderen in de provincie Groningen overmatig. Overmatig drinken betekent: gemiddeld meer dan 14 glazen alcohol per week voor mannen en meer dan 7 glazen per week voor vrouwen. Door ouderen elders in Nederland wordt er gemiddeld vaker overmatig alcohol gedronken (21%) dan in Groningen (zie afbeelding 3.2.1).

Naar verhouding drinken weinig 80-plussers overmatig alcohol (7-9%). Onder ouderen van 65 tot en met 69 jaar wordt het vaakst overmatig alcohol gedronken (23%; zie grafiek 3.2.2).

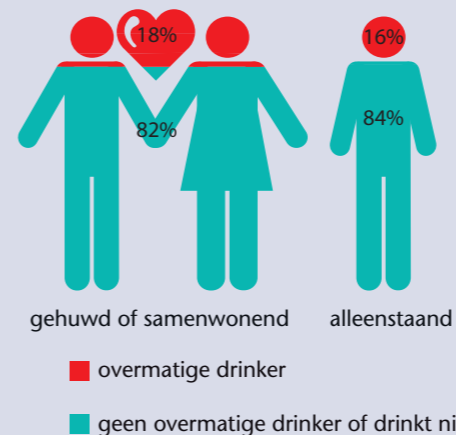


Afbeelding 3.2.1 Ouderen die overmatig alcohol drinken in de provincie Groningen t.o.v. Nederland, 2016 (%)



Grafiek 3.2.2 Overmatig alcohol drinken door ouderen naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)

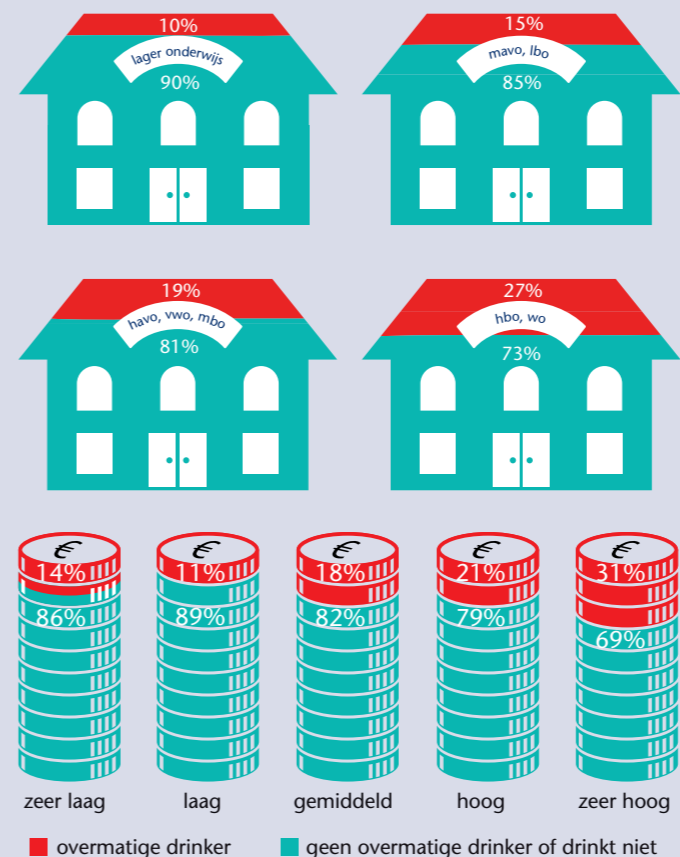
Het percentage ouderen dat overmatig alcohol drinkt, is iets hoger onder ouderen die getrouwd zijn of samenwonen (18% versus 16%; zie grafiek 3.2.3).



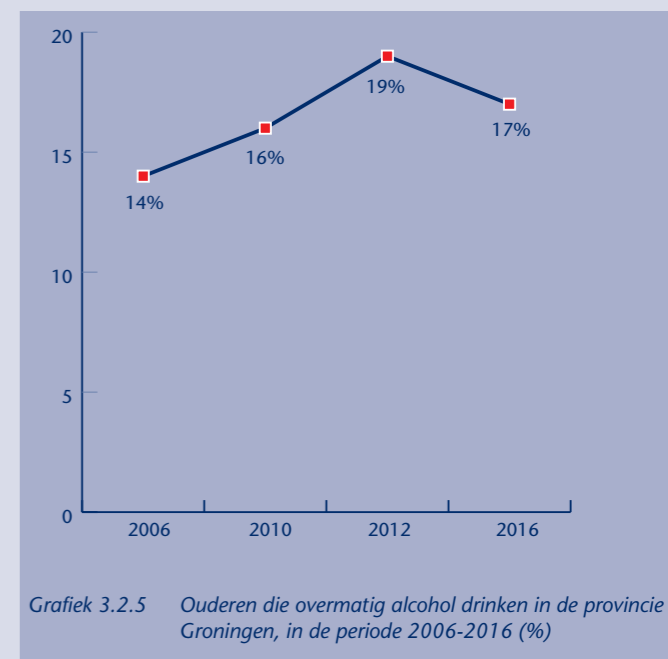
Grafiek 3.2.3 Overmatig alcohol drinken door ouderen naar burgerlijke staat, provincie Groningen, 2016 (%)

Overmatig alcoholgebruik komt onder hoogopgeleiden bijna drie keer zo vaak voor als onder laagopgeleiden (zie grafiek 3.2.4).

Ouderen met een (zeer) hoog inkomen drinken vaker overmatig (31%) dan ouderen in de laagste inkomensklasse (14%; zie grafiek 3.2.4).



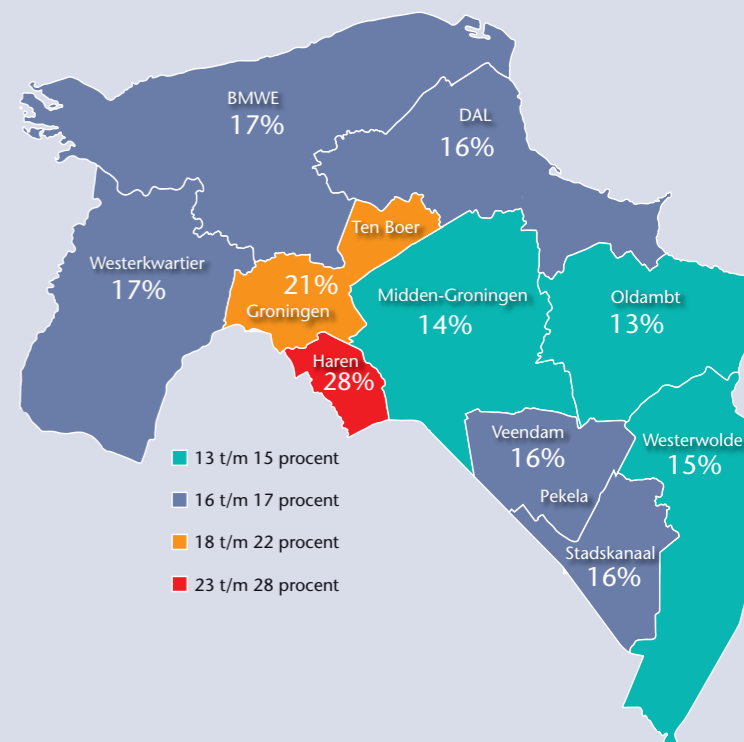
Grafiek 3.2.4 Overmatig alcohol drinken door ouderen naar opleidingsniveau en inkomen, provincie Groningen, 2016 (%)



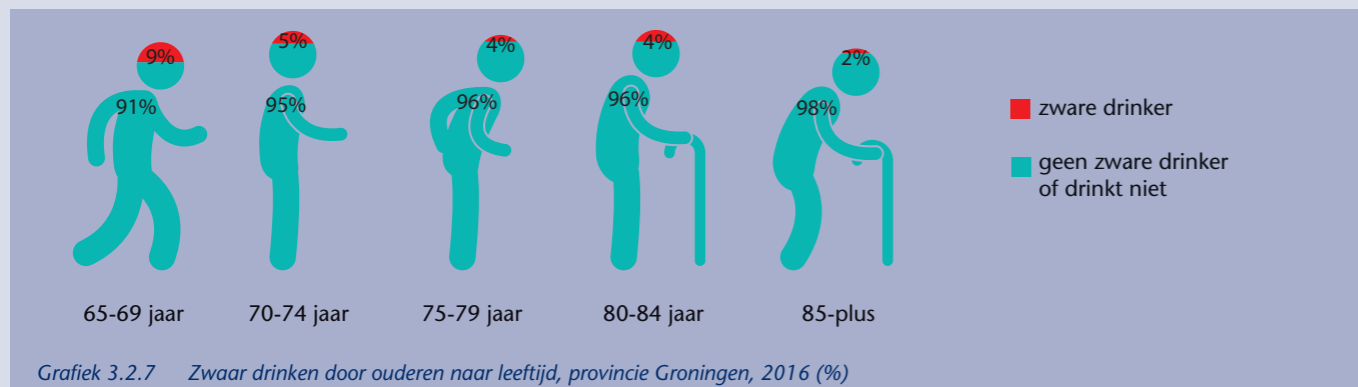
Grafiek 3.2.5 Ouderen die overmatig alcohol drinken in de provincie Groningen, in de periode 2006-2016 (%)

In de periode van 2006 tot en met 2012 is het overmatig alcoholgebruik onder ouderen in de provincie toegenomen van 14% in 2006 tot 19% in 2012 (zie grafiek 3.2.5). Echter, in 2016 is het percentage ouderen dat overmatig alcohol drinkt licht gedaald ten opzichte van 2012 tot 17%.

Vooraf in de regio Haren wordt vaker overmatig alcohol gedronken door ouderen (28%). In de regio Oldambt wordt het minst vaak overmatig gedronken (13%; zie afbeelding 3.2.6).



Afbeelding 3.2.6 Ouderen die overmatig alcohol drinken naar regio, provincie Groningen, 2016 (%)



3.2.2 Zwaar alcoholgebruik

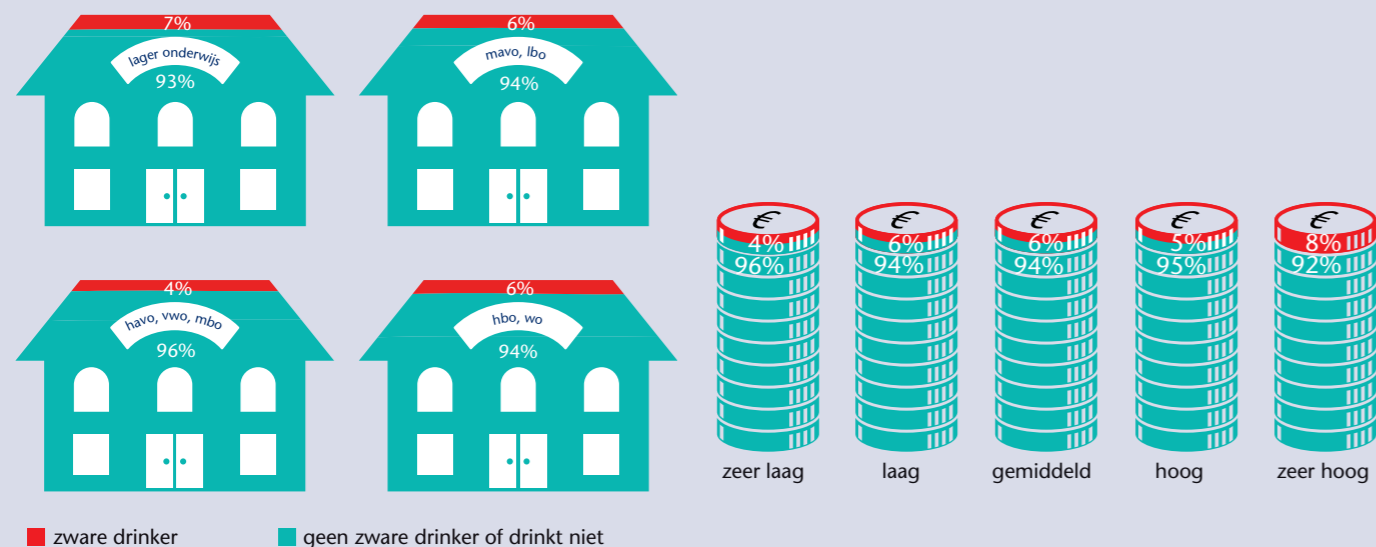
In 2016 is zes procent van de Groningse ouderen een zware drinker. Dit zijn personen die gemiddeld minstens 1 keer per week 6 of meer (voor mannen) of 4 of meer (voor vrouwen) glazen alcohol op één dag drinken. Door ouderen elders in Nederland wordt er gemiddeld even vaak zwaar gedronken als in de provincie Groningen.

Vooraf in de leeftijd van 65 tot en met 69 jaar wordt er vaak zwaar gedronken (9%). Onder 85-plussers wordt nauwelijks zwaar gedronken (zie grafiek 3.2.7).

Het percentage ouderen dat zwaar alcohol drinkt, is gelijk onder getrouwde of samenwonende ouderen en onder alleenstaande ouderen (6%).

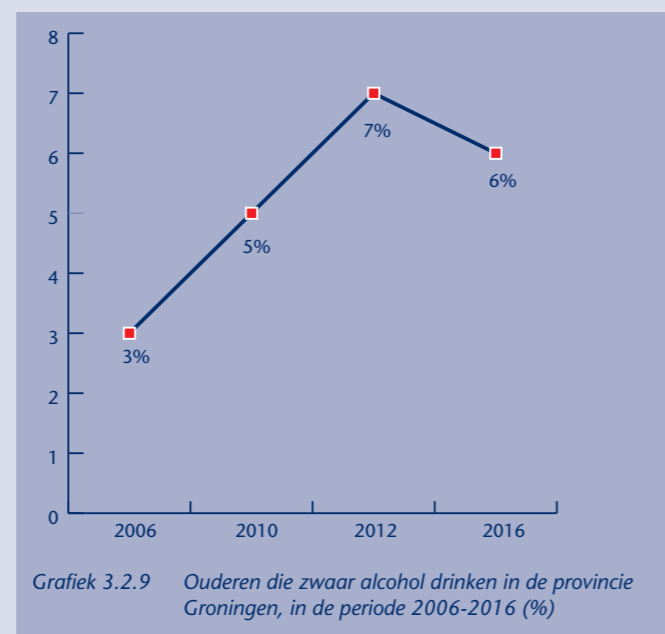
Ouderen die havo, vwo of mbo hebben afgerond drinken naar verhouding minder vaak zwaar dan ouderen met een ander opleidingsniveau (zie grafiek 3.2.8).

Ouderen met een zeer hoog inkomen drinken vaker zwaar (8%) dan ouderen in de laagste inkomensklasse (4%; zie grafiek 3.2.8).



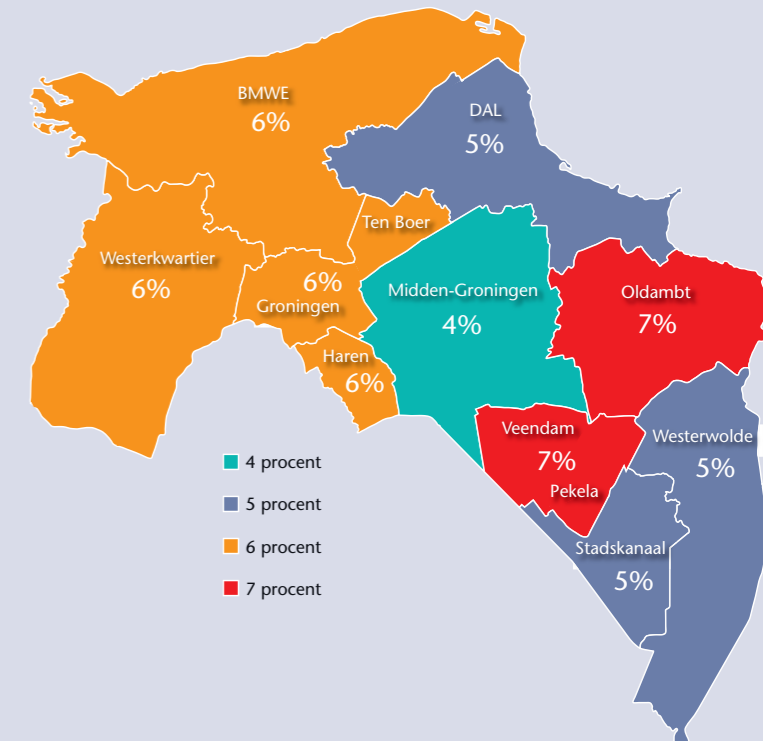
Grafiek 3.2.8 Zwaar drinken door ouderen naar opleidingsniveau en inkomen, provincie Groningen, 2016 (%)

Tussen 2006 en 2012 is het percentage zware drinkers onder de oudere bevolking in de provincie Groningen toegenomen van 3% in 2006 tot 7% in 2012 (zie grafiek 3.2.9). Sinds 2012 is het percentage Groningse ouderen dat zwaar drinkt nauwelijks veranderd.



Grafiek 3.2.9 Ouderen die zwaar alcohol drinken in de provincie Groningen, in de periode 2006-2016 (%)

In de regio Veendam en Pekela en de regio Oldambt wordt er door ouderen naar verhouding vaker zwaar gedronken (7%). In de regio Midden-Groningen wordt er door ouderen het minst vaak zwaar gedronken (4%; zie afbeelding 3.2.10).



Afbeelding 3.2.10 Ouderen die zwaar alcohol drinken naar regio, provincie Groningen, 2016 (%)



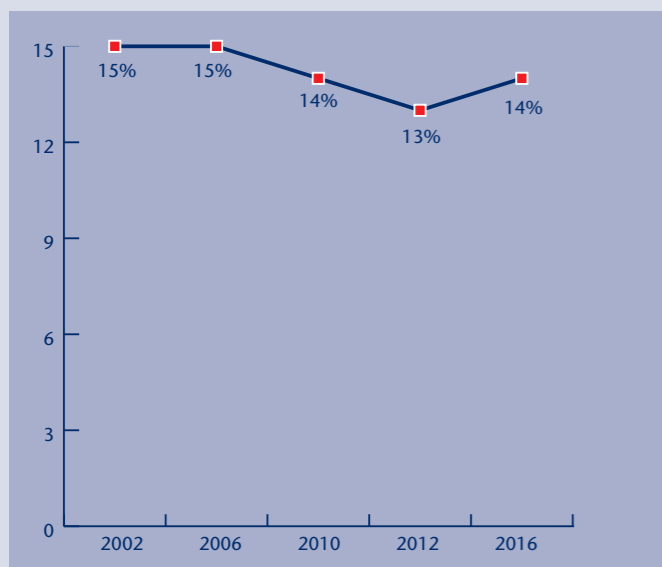
3.3 Roken



Roken vergroot het risico op verschillende ziekten, zoals longkanker, mondholte- en keelkanker en hart- en vaatziekten (RIVM, 2016). Longkanker wordt bijvoorbeeld in 91% van de gevallen veroorzaakt door roken; bij 85% van de gevallen van COPD is roken de oorzaak. Ook typische ouderdomsaandoeningen, zoals gezichtsstoornissen, heupfracturen en een verminderd cognitief functioneren zijn gerelateerd aan roken (Nooyens et al., 2008). Voor de omgeving heeft roken ook schadelijke gevolgen, vooral bij kinderen. Bij passief meeroken neemt het risico op longkanker met 30% toe (Gezondheidsraad, 2003).

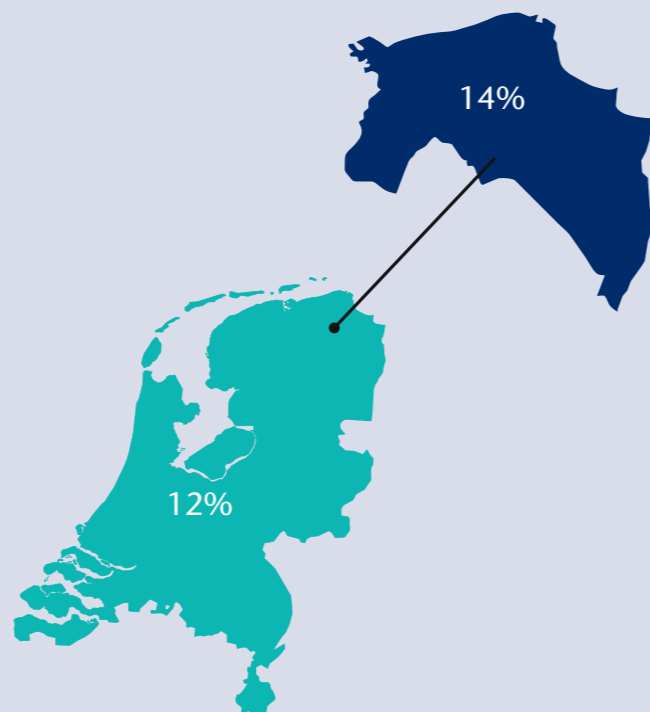
Ten opzichte van niet-rokers sterven rokers in Nederland gemiddeld 4,1 jaren eerder en leven zij 4,6 jaren langer met gezondheidsklachten (Hoeymans et al., 2010). Ouderen die op hun 65^e stoppen met roken, winnen nog 1,9 gezonde levensjaren en overlijden gemiddeld 1,5 jaar later (CZM, 2010). Stoppen met roken is dus ook op oudere leeftijd gunstig, zowel voor de ex-roker zelf als voor de mensen in de leefomgeving.

Tussen 2002 en 2016 is het percentage rokers onder ouderen in de provincie Groningen nauwelijks veranderd. In 2016 rookte 14% van de Groningse ouderen (zie grafiek 3.3.1).

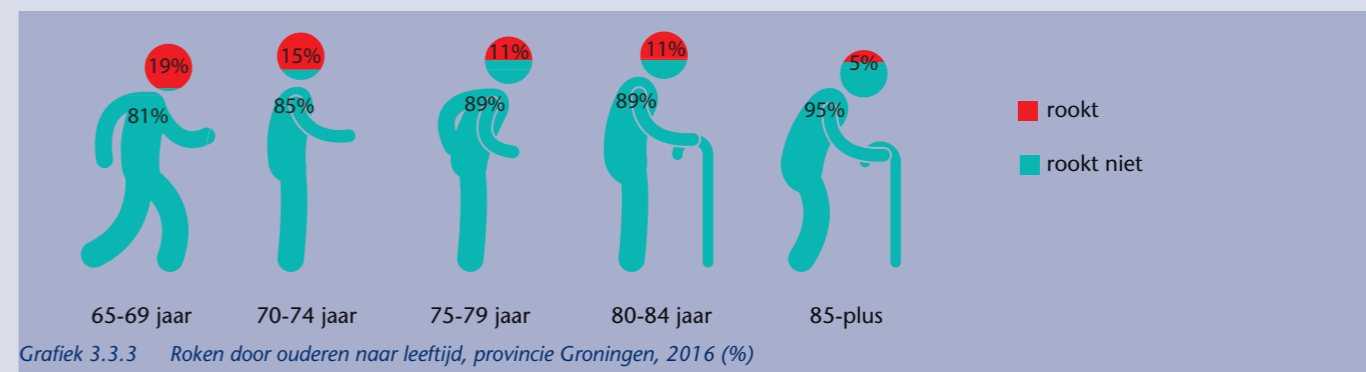


Grafiek 3.3.1 Ouderen die roken in de provincie Groningen, in de periode 2002-2016 (%)

In Nederland rookte in 2016 12% van de ouderen. Ten opzichte van het landelijk gemiddelde roken ouderen in de provincie Groningen vaker (14%; zie afbeelding 3.3.2).



Afbeelding 3.3.2 Ouderen die roken in de provincie Groningen t.o.v. Nederland, 2016 (%)

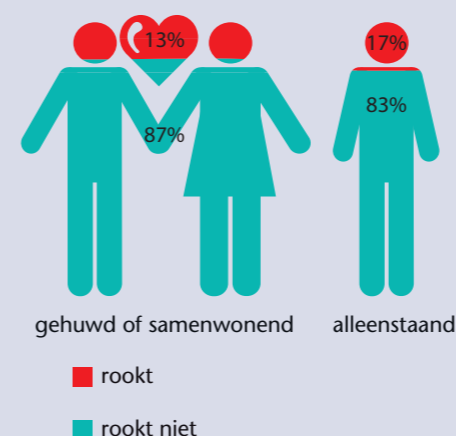


Grafiek 3.3.3 Roken door ouderen naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)

In de leeftijd van 65 tot en met 69 jaar wordt er veel gerookt in vergelijking met de andere ouderen. Onder 85-plussers wordt relatief weinig gerookt (zie grafiek 3.3.3).

Ouderen met een zeer laag inkomen roken relatief vaker (21%) dan ouderen in de andere inkomensklassen (12-15%; zie grafiek 3.3.6).

Het percentage ouderen dat rookt, is hoger onder alleenstaande ouderen (zie grafiek 3.3.4).

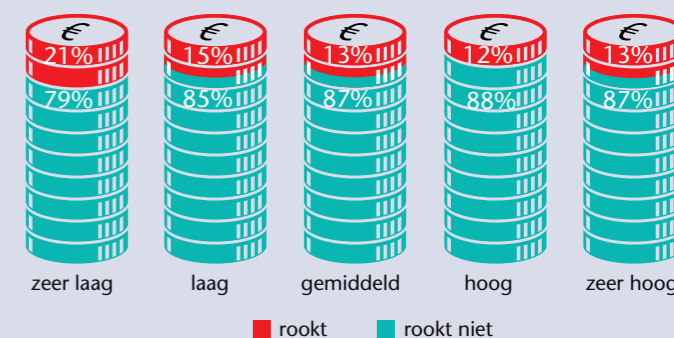


Grafiek 3.3.4 Roken door ouderen naar burgerlijke staat, provincie Groningen, 2016 (%)

Ouderen die alleen lager onderwijs hebben afgerond roken naar verhouding het meest vergeleken met ouderen die een hoger opleidingsniveau hebben afgerond (zie grafiek 3.3.5).

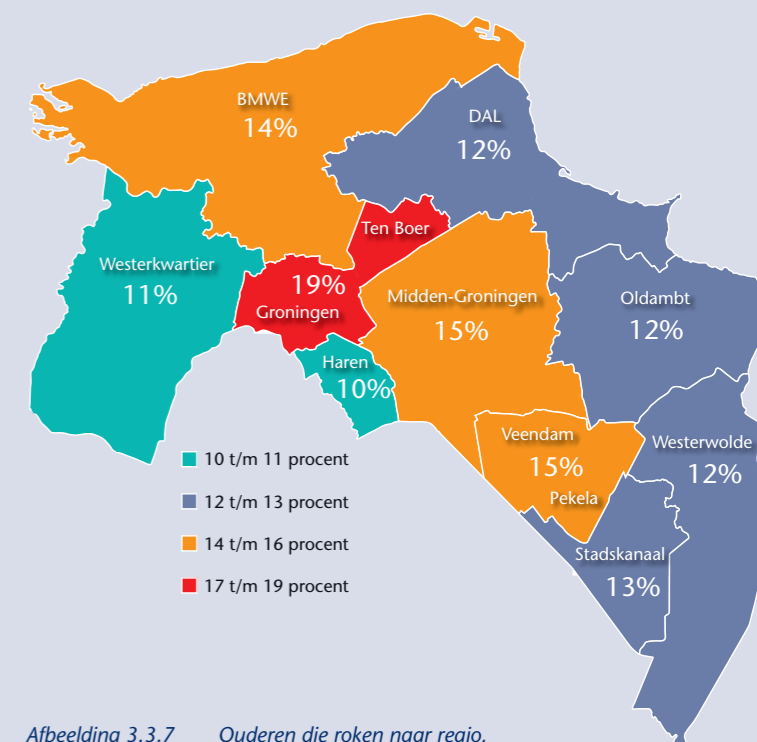


Grafiek 3.3.5 Roken door ouderen naar opleidingsniveau, provincie Groningen, 2016 (%)



Grafiek 3.3.6 Roken door ouderen naar inkomen, provincie Groningen, 2016 (%)

In de regio Groningen en Ten Boer zijn er relatief meer ouderen die roken dan in De Ommelanden (zie afbeelding 3.3.7).



Afbeelding 3.3.7 Ouderen die roken naar regio, provincie Groningen, 2016 (%)



Dagelijks functioneren en leefstijl

3.4 | Algemene en Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen

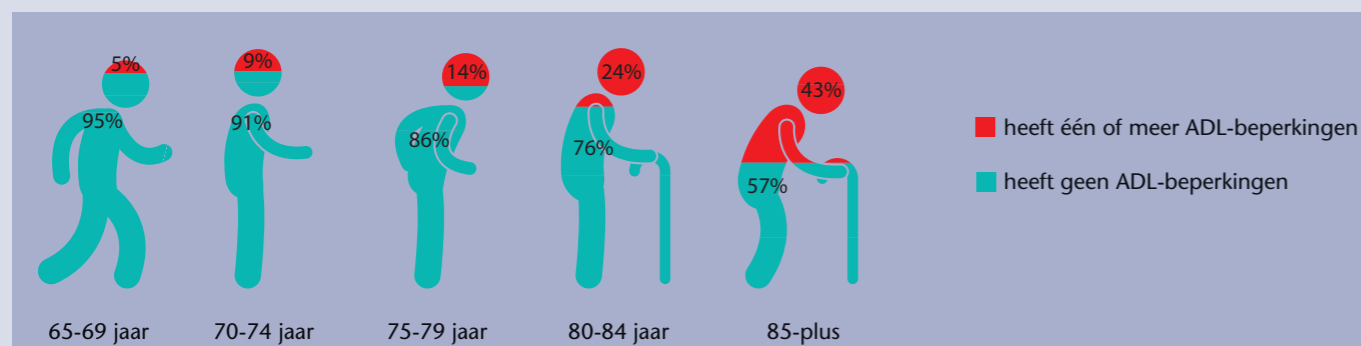


Het zelfstandig kunnen uitvoeren van alledaagse (huishoudelijke) levensverrichtingen is een belangrijke indicator van gezondheid en het niveau van functioneren. Ouder worden gaat vaak gepaard met een achteruitgang in het lichamelijk functioneren, ouderen zijn vaak minder mobiel en na een ziekte of ongeval herstellen ze minder goed (Gezondheidsraad, 2009). Bij beperkingen in het uitvoeren van alledaagse activiteiten (ADL) gaat het om beperkingen bij het traplopen, aankleden, het in en uit bed komen en zich volledig wassen. Beperkingen bij het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten (HDL) zijn onder andere: licht schoonmaakwerk, bed opmaken en kleding wassen en strijken. Mensen met een ADL- of HDL- beperking zijn meestal minder zelfstandig en hebben vaker hulp nodig. De belangrijkste oorzaken voor ADL- en HDL-beperkingen zijn chronische ziekten zoals artrose, gewrichtsontsteking, overgewicht en rugaandoeningen (Van Gool et al., 2009).

3.4.1 Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL)

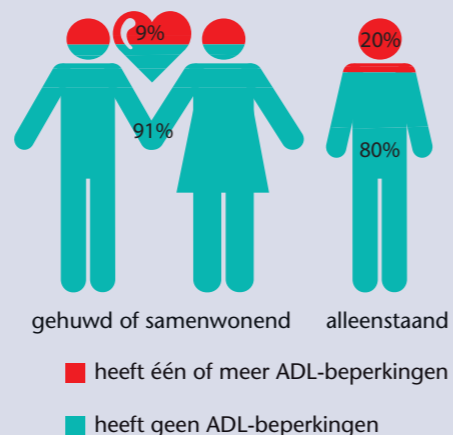
In de vragenlijst is een lijst van 10 dagelijkse activiteiten opgenomen waarbij ouderen konden aangeven of en in welke mate ze daar moeite mee hebben. Ouderen hebben een ADL-beperking als zij bij één of meerdere van deze 10 activiteiten hebben aangekruisd dat zij daar grote moeite mee hebben of dat zij het niet alleen kunnen. In 2016 heeft 13% van de ouderen in de provincie Groningen één of meerdere ADL-beperkingen en is minder zelfredzaam.

Naarmate de leeftijd stijgt, neemt het percentage ouderen met één of meerdere ADL-beperkingen toe. Ruim vier op de tien (43%) 85-plussers heeft één of meerdere ADL-beperkingen (zie grafiek 3.4.1).



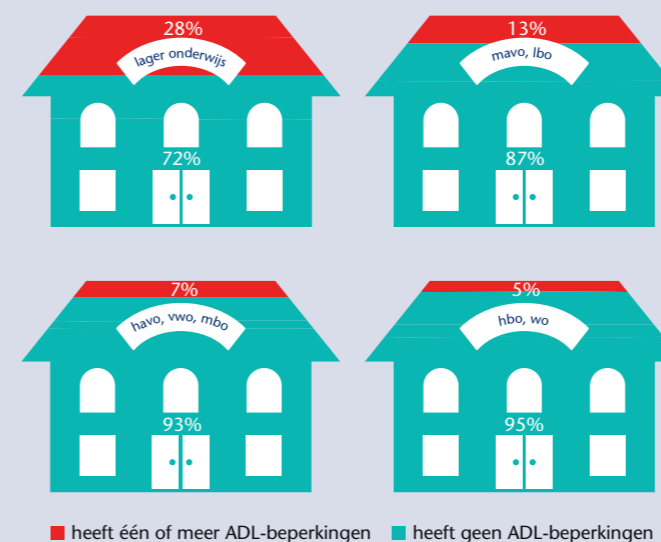
Grafiek 3.4.1 ADL-beperkingen onder ouderen naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)

Het percentage ouderen met één of meerdere ADL-beperkingen is hoger onder alleenstaande ouderen (zie grafiek 3.4.2).



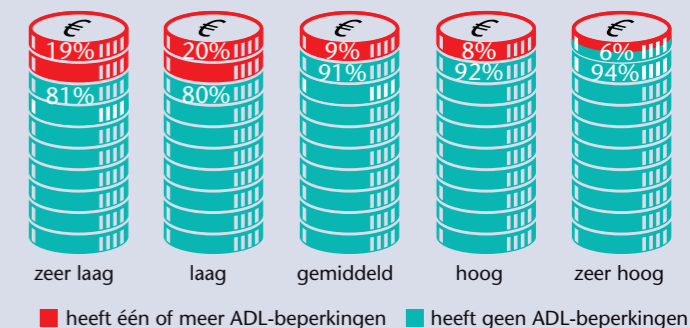
Grafiek 3.4.2 ADL-beperkingen onder ouderen naar burgerlijke staat, provincie Groningen, 2016 (%)

Laagopgeleide ouderen (alleen lager onderwijs afgerond) hebben vaker één of meerdere ADL-beperkingen vergeleken met ouderen die een hogere opleiding hebben afgerond (zie grafiek 3.4.3).



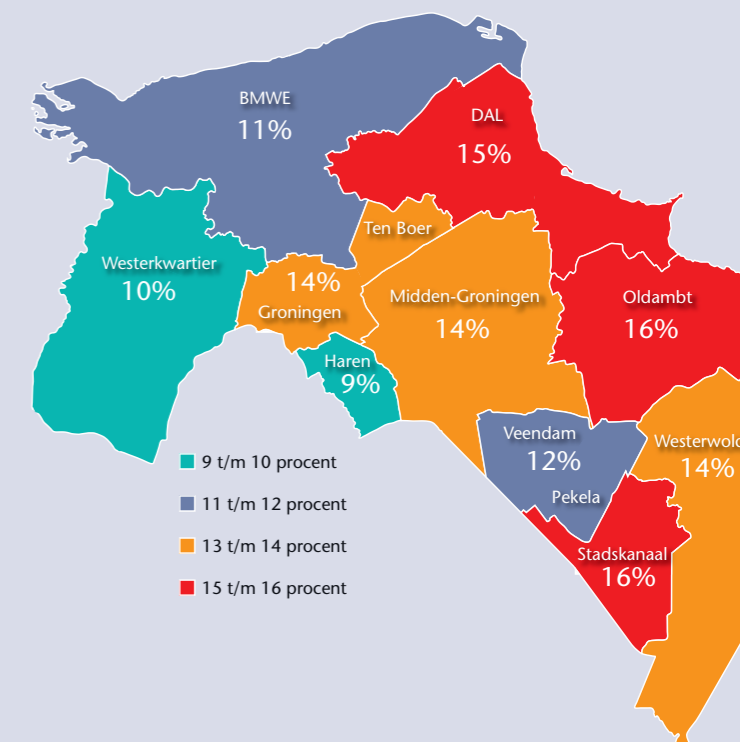
Grafiek 3.4.3 ADL-beperkingen onder ouderen naar opleidingsniveau, provincie Groningen, 2016 (%)

Ouderen met een (zeer) laag inkomen hebben vaker één of meerdere ADL-beperkingen dan ouderen in een hogere inkomensgroep (zie grafiek 3.4.4).

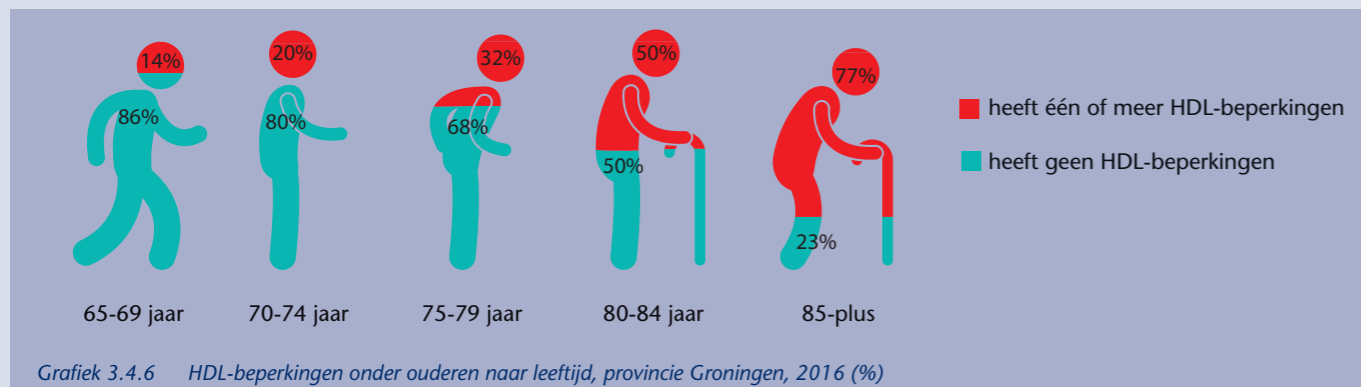


Grafiek 3.4.4 ADL-beperkingen onder ouderen naar inkomen, provincie Groningen, 2016 (%)

In de regio Stadskanaal, Oldambt en DAL wonen naar verhouding veel ouderen met één of meerdere ADL-beperkingen. Zestien procent van de ouderen in de regio Stadskanaal en Oldambt heeft één of meerdere ADL-beperkingen (zie afbeelding 3.4.5).



Afbeelding 3.4.5 ADL-beperkingen onder ouderen naar regio, provincie Groningen, 2016 (%)

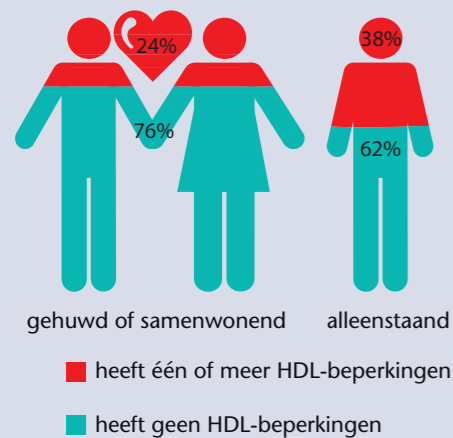


3.4.2 Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen (HDL)

In de vragenlijst is een lijst van 7 huishoudelijke activiteiten opgenomen waarbij ouderen konden aangeven of en in welke mate ze daar moeite mee hebben. Ouderen hebben een HDL-beperking als zij bij één of meerdere van deze 7 activiteiten hebben aangekruisd dat zij daar grote moeite mee hebben of dat zij het niet alleen kunnen. In de provincie Groningen heeft 29% van de ouderen één of meerdere HDL-beperkingen in 2016.

Naarmate de leeftijd stijgt, neemt het percentage ouderen dat één of meerdere HDL-beperkingen heeft toe. Ruim driekwart van de 85-plussers (77%) heeft één of meerdere HDL-beperkingen (zie grafiek 3.4.6).

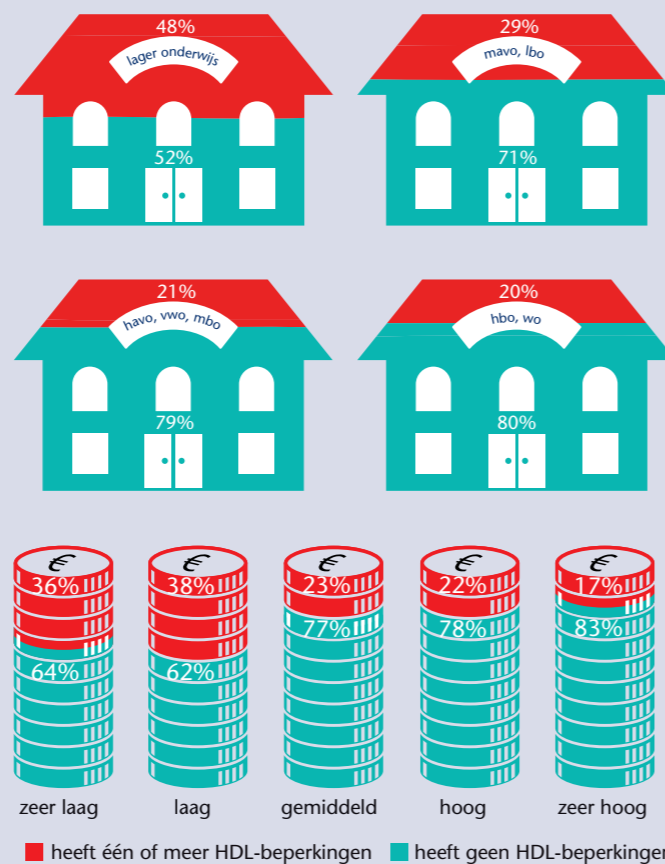
Alleenstaande ouderen hebben vaker één of meerdere HDL-beperkingen dan ouderen die getrouwd zijn of samenwonen (38% versus 24%; zie grafiek 3.4.7).



Grafiek 3.4.7 HDL-beperkingen onder ouderen naar burgerlijke staat, provincie Groningen, 2016 (%)

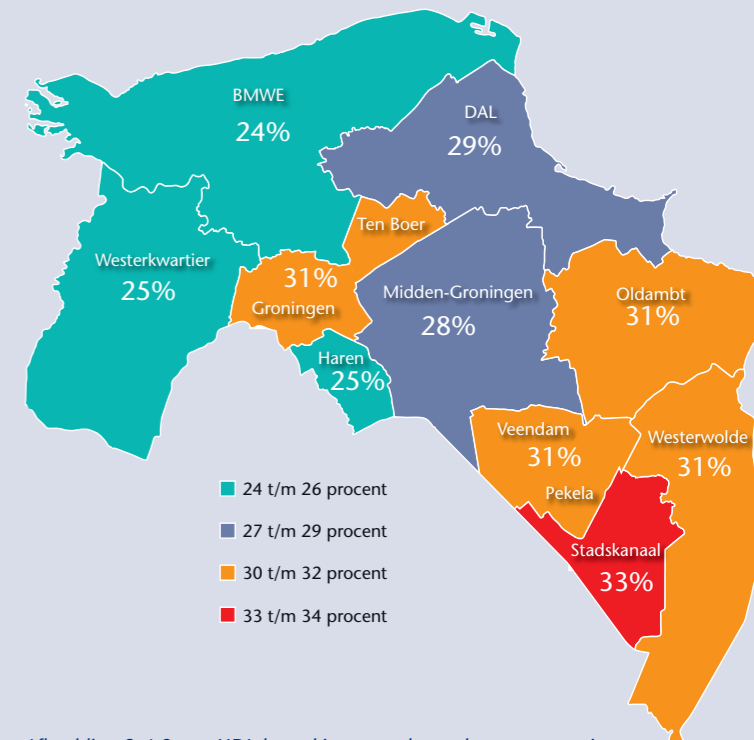
Bijna de helft van de ouderen die alleen lager onderwijs hebben afgerond heeft één of meerdere HDL-beperkingen, terwijl een vijfde van de hoogopgeleide ouderen één of meerdere HDL-beperkingen heeft (zie grafiek 3.4.8).

Ouderen met een (zeer) laag inkomen hebben vaker één of meerdere HDL-beperkingen dan ouderen in een hogere inkomensgroep (zie grafiek 3.4.8).



Grafiek 3.4.8 HDL-beperkingen onder ouderen naar opleidingsniveau en inkomen, provincie Groningen, 2016 (%)

In Oost-Groningen (met uitzondering van Midden-Groningen) en in de regio Groningen en Ten Boer wonen naar verhouding veel ouderen met één of meerdere HDL-beperkingen. Opvallend is dat er in de regio Haren relatief weinig ouderen zijn die een beperking hebben in hun huishoudelijke activiteiten, ondanks dat er verhoudingsgewijs veel 75-plussers in Haren wonen (zie afbeelding 3.4.9).



Afbeelding 3.4.9 HDL-beperkingen onder ouderen naar regio, provincie Groningen, 2016 (%)

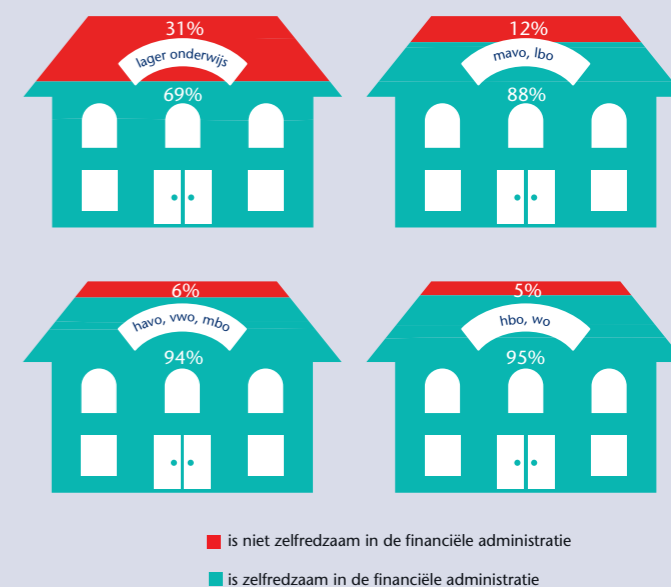
3.4.3 Zelfredzaamheid in de financiële administratie

In 2016 kan 12% van de ouderen in de provincie Groningen hun eigen financiële zaken niet zelfstandig afhandelen.

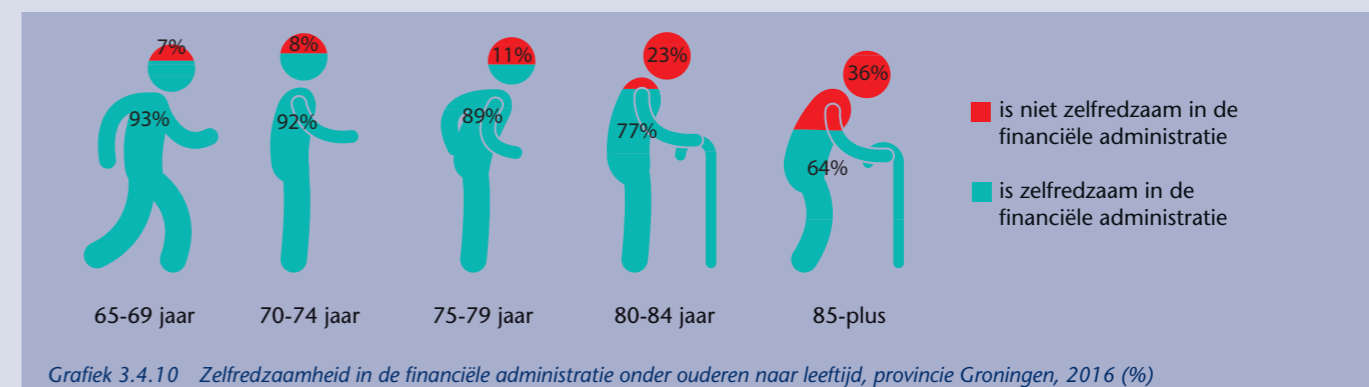
Naarmate de leeftijd stijgt, neemt het percentage ouderen dat niet zelfredzaam is in de financiële administratie toe. Ruim een derde (36%) van de 85-plussers kan hun eigen financiële zaken niet zelfstandig afhandelen (zie grafiek 3.4.10).

Laagopgeleide ouderen (alleen lager onderwijs afgerond) zijn vaker niet zelfredzaam in de financiële administratie vergeleken met ouderen die een hogere opleiding hebben afgerond (zie grafiek 3.4.11).

Er zijn nauwelijks regionale verschillen in de zelfredzaamheid van ouderen in de financiële administratie.



Grafiek 3.4.11 Zelfredzaamheid in de financiële administratie onder ouderen naar opleidingsniveau, provincie Groningen, 2016 (%)



Grafiek 3.4.10 Zelfredzaamheid in de financiële administratie onder ouderen naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)

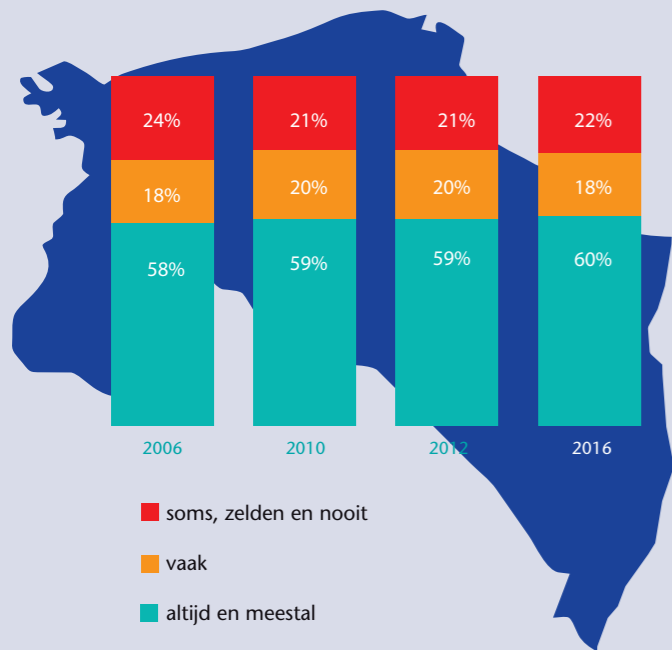


4.1 | Ervaren geluk



Geluk heeft betrekking op hoe mensen het leven ervaren (SCP, 2013). Geluk kan gedefinieerd worden als een gevoel van levensvoldoening of levenstevredenheid (Veenhoven, 1984, 2000). Het geluksgevoel heeft een sterke relatie met iemands ervaren gezondheid. Onder de mensen die de eigen gezondheid als (zeer) goed ervaren noemt 94% zich gelukkig en noemt slechts 1% zich ongelukkig (CBS, 2016). Van degenen die de eigen gezondheid als (zeer) slecht beoordelen, noemt 58% zich gelukkig en 16% noemt zich ongelukkig. Ouderen in Nederland ervaren over het algemeen een hoge mate van geluk. Een mogelijke verklaring voor de toename in het ervaren geluk, is dat de houding en mentaliteit van volwassenen verandert naarmate zij ouder worden (Stone, 2010). Ouderen zijn door levenservaring vaak emotioneel stabiel, ze relativeren makkelijker, leven meer in het moment en zijn zelfverzekerder. Daarnaast ervaren ouderen vaak minder stress, zorgen, angst en woede dan toen ze jonger waren (Blanchard-Fields, 2007; Carstensen, 2006; Scheibe & Carstensen, 2010).

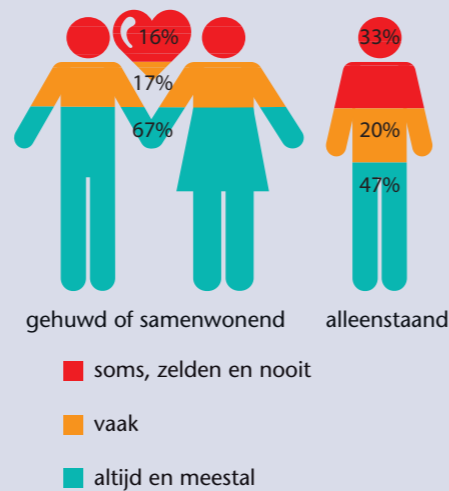
In de afgelopen tien jaar is het percentage ouderen dat zich altijd of meestal gelukkig voelt licht gestegen in de provincie Groningen; van 58% in 2006 naar 60% in 2016 (zie grafiek 4.1.1). Ook het percentage ouderen dat zich soms, zelden of nooit gelukkig voelt is licht afgenomen sinds 2006.



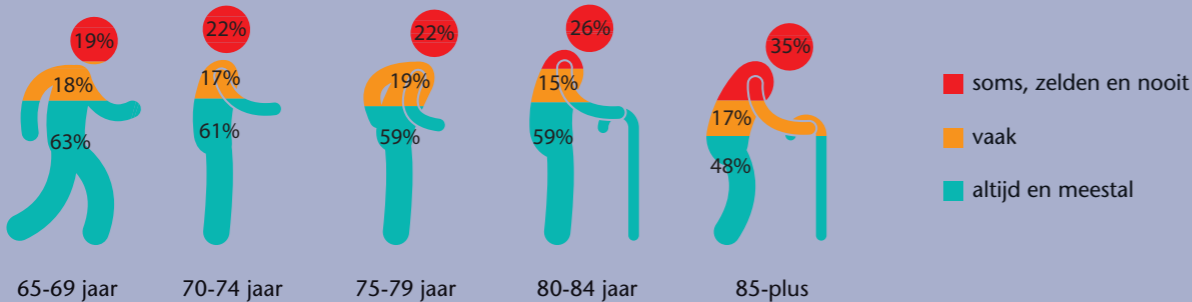
Grafiek 4.1.1 Ervaren geluk door ouderen in de provincie Groningen, 2006-2016 (%)

Naarmate de leeftijd stijgt, neemt het ervaren geluk af. Van de ouderen jonger dan 70 jaar voelt 63% zich altijd of meestal gelukkig; van de 85-plussers is dat 48% (zie grafiek 4.1.2).

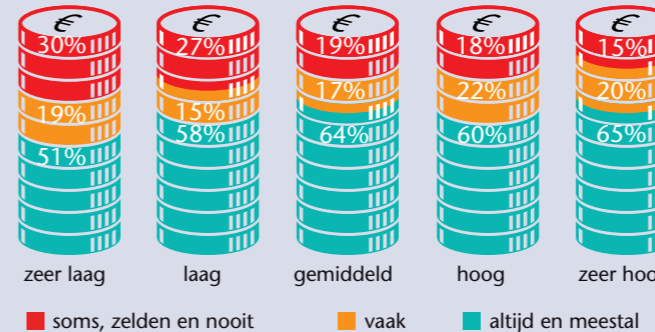
Het percentage ouderen dat zich altijd of meestal gelukkig voelt, is hoger onder ouderen die getrouwd zijn of samenwonen (zie grafiek 4.1.3).



Grafiek 4.1.3 Ervaren geluk door ouderen naar burgerlijke staat, provincie Groningen, 2016 (%)



Grafiek 4.1.2 Ervaren geluk door ouderen naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)

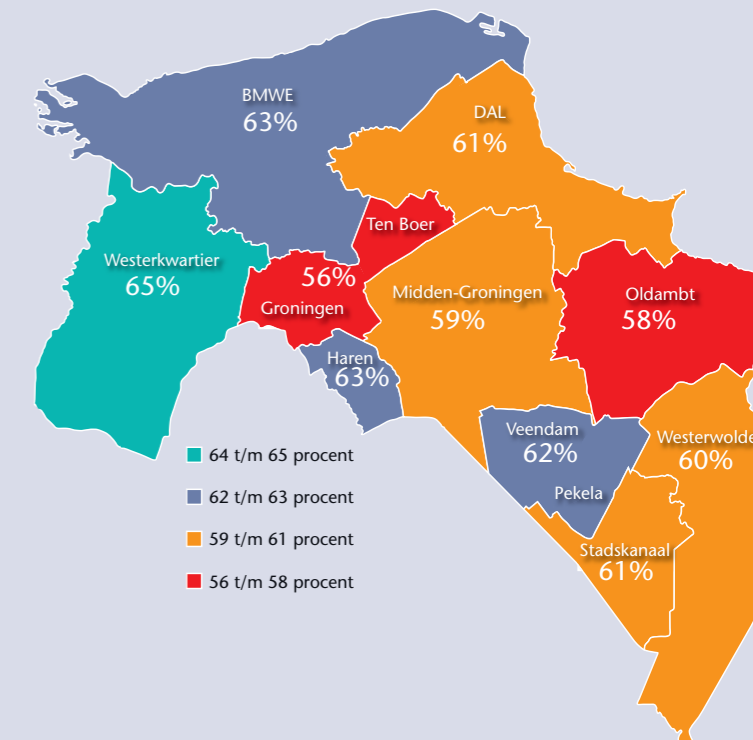


Grafiek 4.1.4 Ervaren geluk door ouderen naar opleidingsniveau en inkomen, provincie Groningen, 2016 (%)

lets meer dan de helft (53%) van de ouderen die alleen lager onderwijs hebben afgerond voelt zich altijd of meestal gelukkig. Ouderen die havo, vwo of mbo hebben afgerond voelen zich het vaakst gelukkig (zie grafiek 4.1.4).

Ouderen met een zeer hoog inkomen voelen zich vaker gelukkig (65%) dan ouderen in de laagste inkomensklasse (51%; zie grafiek 4.1.4).

In de regio Groningen en Ten Boer en Oldambt wonen relatief minder ouderen die zich altijd of meestal gelukkig voelen dan in De Ommelanden (zie afbeelding 4.1.5).



Afbeelding 4.1.5 Ouderen die zich altijd of meestal gelukkig voelen naar regio, provincie Groningen, 2016 (%)



4.2 | Ervaren gezondheid



Ervaren gezondheid wordt ook wel subjectieve gezondheid of gezondheidsbeleving genoemd. Het weerspiegelt het oordeel over de eigen gezondheid (RIVM, 2016). Dit oordeel is gebaseerd op veel verschillende gezondheidsaspecten, zoals de aanwezigheid van ziekten, maar ook factoren als (gezonde) leefstijl en psychosociale factoren (Peersman et al., 2012). Het hangt eveneens samen met geslacht, leeftijd, sociaaleconomische status en cultuur. Bij ouderen zijn chronische aandoeningen, lichamelijke beperkingen en de hoeveelheid zorggebruik van invloed op de mate waarin zij zich gezond voelen (Peersman et al., 2012; Simon et al., 2005).

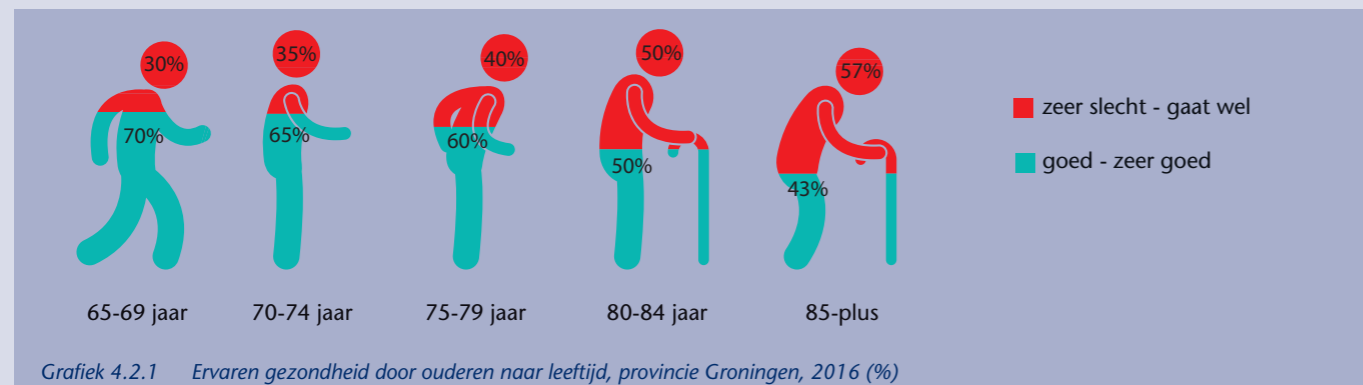
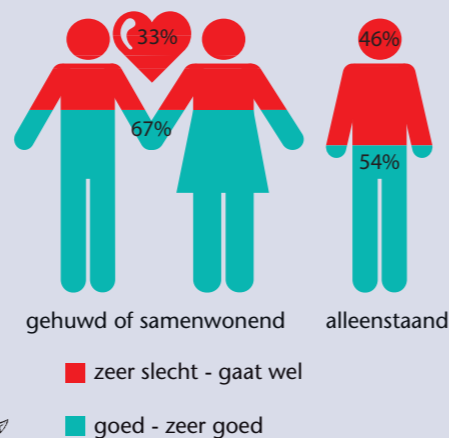
Ouderen leven vanaf hun 65^e jaar gemiddeld nog ruim 19 jaar (Van Duin & Garssen, 2010). Daarvan brengen ouderen gemiddeld 11 jaar door in goede ervaren gezondheid (CBS, StatLine, 2010; Zantinge, Van der Wilk, Van Wieren, & Schoemaker, 2011). Zelfredzame ouderen vinden een goede ervaren gezondheid bepalend voor hun kwaliteit van leven, terwijl kwetsbare ouderen voor hun kwaliteit van leven de grootste waarde hechten aan sociale contacten (Puts et al., 2007; Van Campen, 2011). Bij een groot deel van de mensen die hun gezondheid als (zeer) slecht ervaren, is er sprake van een chronische ziekte (RIVM, 2016). Hoe slechter een oudere zijn of haar eigen gezondheid ervaart, des te groter de kans op overlijden (Benyamini & Idler, 1999; DeSalvo et al., 2006).

Tussen 2012 en 2016 is het percentage Groningse ouderen dat hun gezondheid als (zeer) goed ervaart nauwelijks veranderd. In 2016 ervaart 62% van de ouderen in de provincie Groningen hun gezondheid als (zeer) goed. Gemiddeld in Nederland ervaart eveneens 62% van de ouderen hun gezondheid als (zeer) goed in 2016.

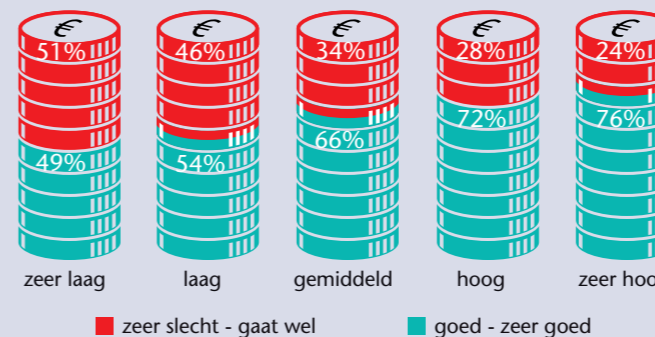
Naarmate de leeftijd stijgt, neemt de ervaren gezondheid af. Van de ouderen jonger dan 70 jaar ervaart 70% hun gezondheid als (zeer) goed. Van de 85-plussers ervaart 43% hun gezondheid als (zeer) goed (zie grafiek 4.2.1). Dit kan mede verklaard worden doordat ouderen in de provincie Groningen met een hoge leeftijd vaker laag opgeleid zijn dan de ouderen die jonger zijn.

Grafiek 4.2.2 Ervaren gezondheid door ouderen naar burgerlijke staat, provincie Groningen, 2016 (%)

Het percentage ouderen dat hun gezondheid als (zeer) goed ervaart is hoger onder ouderen die getrouwd zijn of samenwonen (zie grafiek 4.2.2).



Grafiek 4.2.1 Ervaren gezondheid door ouderen naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)

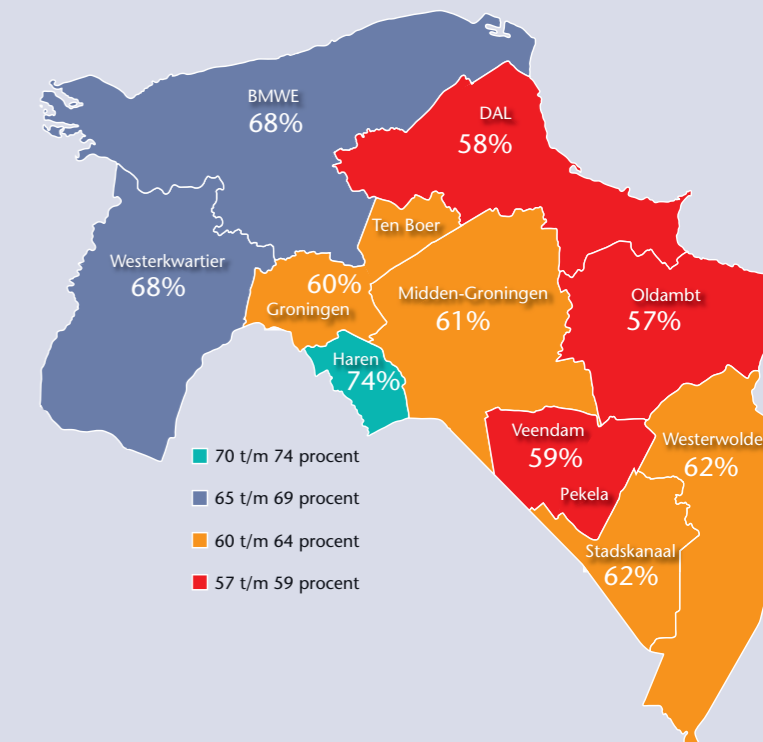


Grafiek 4.2.3 Ervaren gezondheid door ouderen naar opleidingsniveau en inkomen, provincie Groningen, 2016 (%)

Minder dan de helft (44%) van de ouderen die alleen lager onderwijs heeft afgerond ervaart zijn of haar gezondheid als (zeer) goed. Onder hoogopgeleiden (hbo en wo) ervaart driekwart van de ouderen zijn of haar gezondheid als (zeer) goed (zie grafiek 4.2.3).

Ouderen met een zeer hoog inkomen ervaren vaker hun gezondheid als goed (76%) dan ouderen in de laagste inkomensklasse (49%; zie grafiek 4.2.3).

In Noord-Oost Groningen en in de regio Groningen en Ten Boer ervaren relatief weinig ouderen hun gezondheid als (zeer) goed. Relatief veel ouderen in de regio Haren ervaren hun gezondheid als (zeer) goed, hetgeen gerelateerd is aan een hoog opleidingsniveau en een hoog inkomen (zie afbeelding 4.2.4).



Afbeelding 4.2.4 (Zeer) goede ervaren gezondheid door ouderen naar regio, provincie Groningen, 2016 (%)



4.3 | Inkomen

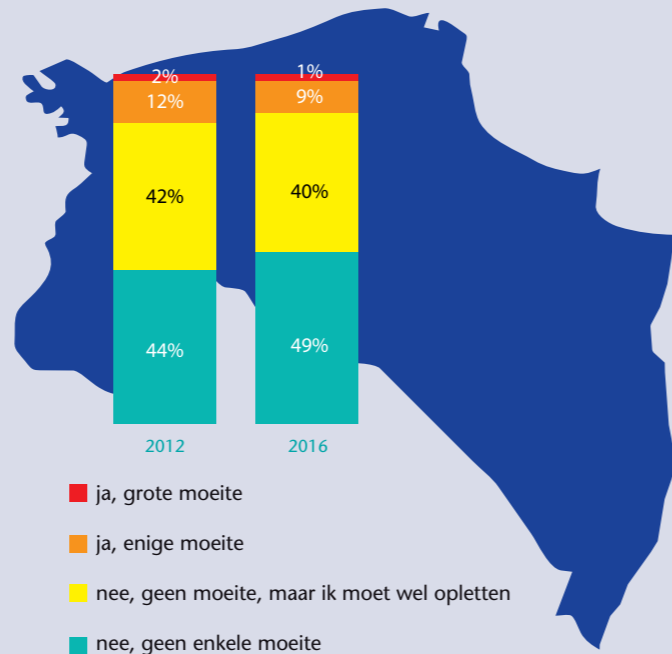


Mensen met een hoger inkomen hebben een betere ervaren gezondheid en een hogere (gezonde) levensverwachting (Knoops & Van den Brakel, 2010). Naarmate men ouder wordt verandert het uitgavenpatroon. Zo besteden ouderen bijvoorbeeld meer aan de (gezondheids)zorg, huishoudelijke hulp, stookkosten, contributies en abonnementen. De woonlasten worden daarentegen lager als ouderen hun koopwoning hebben afbetaald. De verwachting van het Nibud is dat de zorgkosten van ouderen in de toekomst nog meer zullen toenemen (Warnaar, Van der Schors, Siesling & Starink, 2016).

In de provincie Groningen heeft 9% van de ouderen in het afgelopen jaar enige moeite gehad en heeft 1% grote moeite gehad om van het huishoudinkomen rond te komen. De verschillen met ouderen elders in Nederland zijn minimaal. Gemiddeld in Nederland heeft 10% van de ouderen enige moeite en 2% heeft grote moeite om rond te komen.

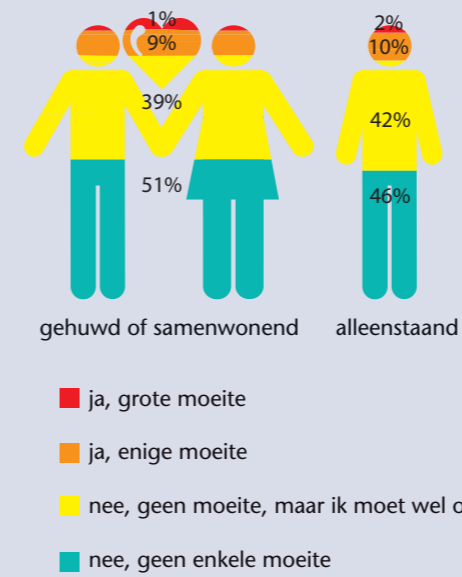
Ten opzichte van 2012 is het percentage ouderen dat enige of grote moeite heeft om rond te komen in de provincie Groningen gedaald (zie grafiek 4.3.1).

Het percentage ouderen dat enige of grote moeite heeft om rond te komen is het hoogst onder 65-69 jarigen (13%). Ouderen van 80 jaar en ouder hebben het minst vaak moeite om rond te komen van het huishoudinkomen (7-8%; zie grafiek 4.3.2). Onder volwassenen jonger dan 65 jaar heeft 16% enige moeite en 5% grote moeite om rond te komen van het huishoudinkomen.



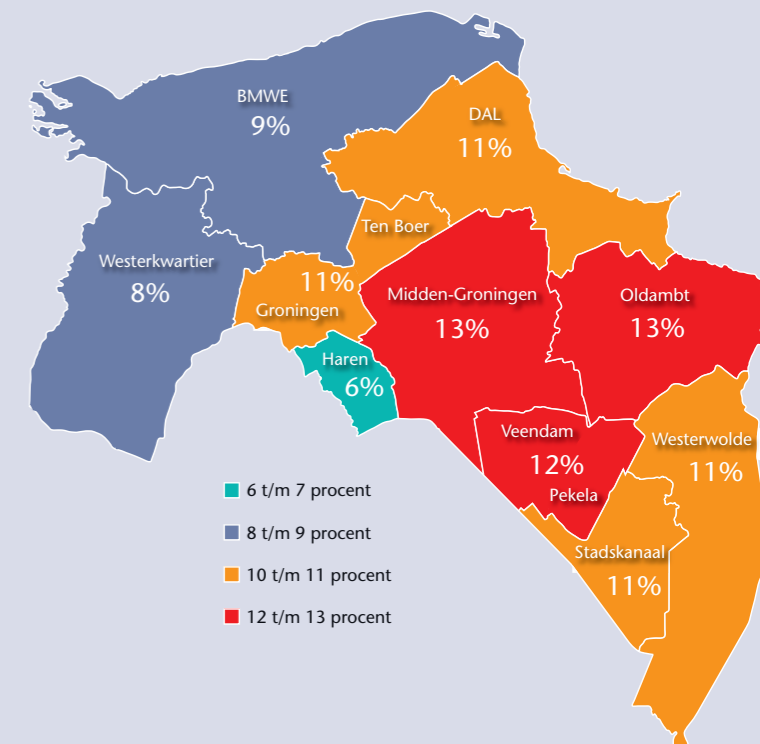
Grafiek 4.3.1 Ouderen die moeite hebben met rondkomen in de provincie Groningen, 2012-2016 (%)

Naar verhouding hebben alleenstaande ouderen iets meer moeite om rond te komen (zie grafiek 4.3.3).

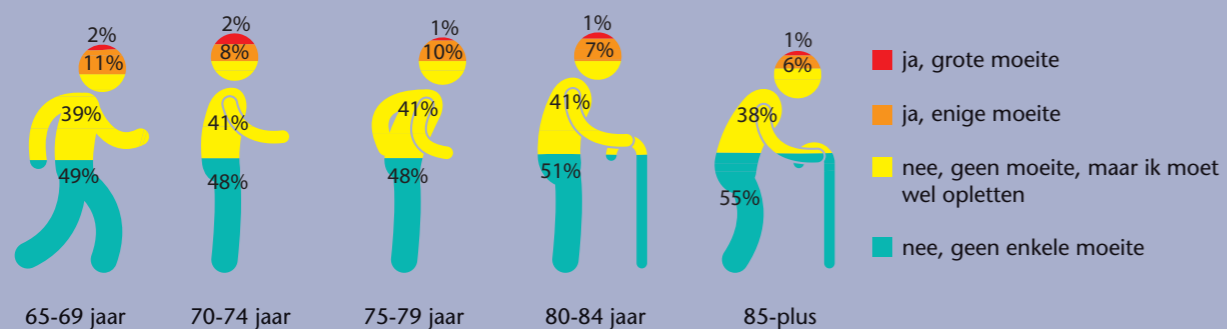


Grafiek 4.3.3 Ouderen die moeite hebben met rondkomen naar burgerlijke staat, provincie Groningen, 2016 (%)

Vooraf in Noord-Oost Groningen hebben relatief veel ouderen enige of grote moeite om rond te komen van het huishoudinkomen (zie afbeelding 4.3.4). In de regio Haren hebben naar verhouding weinig ouderen moeite om rond te komen.



Afbeelding 4.3.4 Ouderen die (enige of grote) moeite hebben met rondkomen naar regio, provincie Groningen, 2016 (%)



Grafiek 4.3.2 Ouderen die moeite hebben met rondkomen naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)



4.4 | Tevredenheid over de eigen woonomgeving en verhuiscwensen



De omgeving waarin mensen wonen en leven heeft invloed op het gedrag en kan gezond gedrag bevorderen (Staatsen et al., 2016). Doordat ouderen te maken kunnen krijgen met fysieke en mentale beperkingen, veranderen de eisen die ze stellen aan hun woonomgeving. De aanwezigheid van voorzieningen en de inrichting van de directe omgeving kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het woongenot van ouderen. Om mobiel te kunnen blijven is de beschikbaarheid van openbaar vervoer zeer belangrijk. Kortom, als de woonomgeving toegankelijk, veilig en aantrekkelijk is voor ouderen, zorgt dit ervoor dat ouderen kunnen (blijven) participeren (Penninx & Royers, 2007; RIVM, 2017).

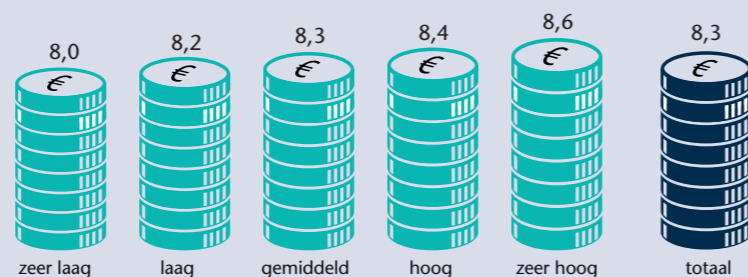
Twee op de drie ouderen denkt er wel eens over na om te verhuizen naar een levensloopbestendige woning. Echter de meesten van hen gaan niet over tot actie (Van Triest, 2014; ANBO & Woonz, 2016). Ouderen, met name 75-plussers, zijn minder geneigd om te verhuizen. De redenen hiervoor zijn dat zij opzien tegen de organisatorische kant van het verhuizen, het achterlaten van het oude huis en mogelijke lastenverhoging (ANBO & Woonz, 2016). Ook kan er sprake zijn van angst om na de verhuizing sociale contacten kwijt te raken (Van Triest, 2014; Zuidema, 2015). Ouderen die last hebben van ernstige lichamelijke beperkingen zijn juist eerder geneigd om te verhuizen (Penninx, & Royers, 2007).

4.4.1 Tevredenheid over de eigen woonomgeving

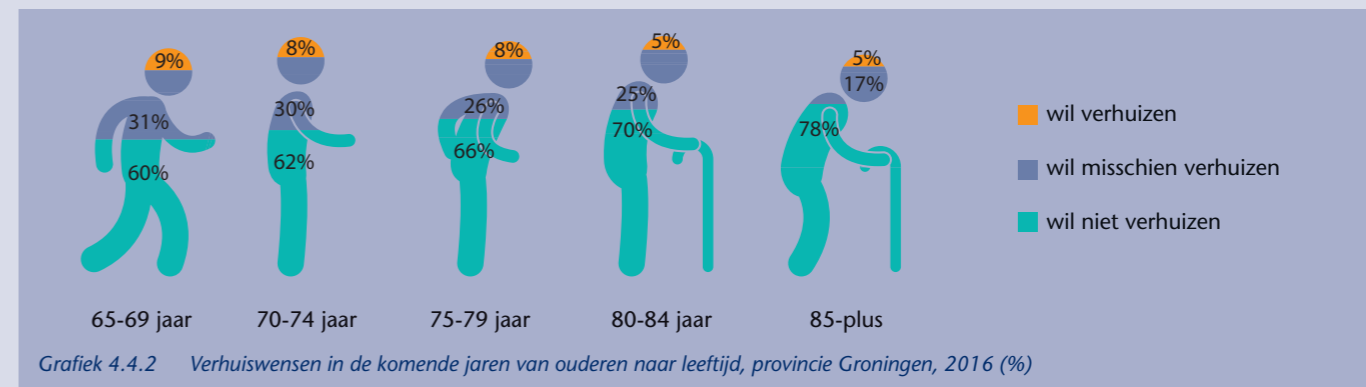
In totaal geven Groningse ouderen het rapportcijfer 8,3 voor hun eigen woonomgeving. Ouderen van 65-69 jaar zijn even vaak tevreden over hun woonomgeving als 85-plussers.

Ouderen met een hoog inkomen waarderen hun woonomgeving met een hoger rapportcijfer dan ouderen in de laagste inkomensklasse (zie grafiek 4.4.1).

In de provincie Groningen zijn ouderen tevreden over hun woonomgeving en geven gemiddeld een ruime acht als rapportcijfer. In de regio's Haren en Westerkwartier zijn ouderen het meest tevreden over hun woonomgeving. De verschillen tussen de regio's zijn echter klein.



Grafiek 4.4.1 Tevredenheid over woonomgeving onder ouderen naar inkomen, provincie Groningen, 2016 (gemiddeld rapportcijfer van 0-10)

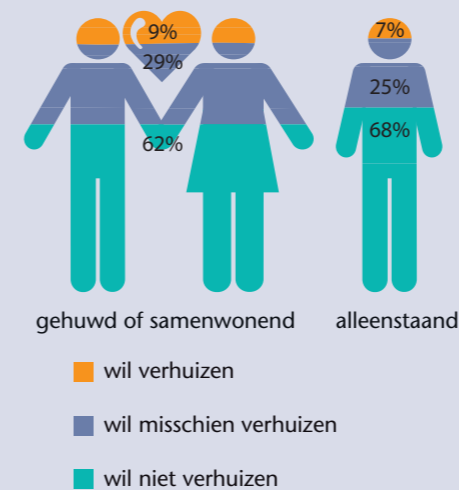


Grafiek 4.4.2 Verhuiscwensen in de komende jaren van ouderen naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)

4.4.2 Verhuiscwensen

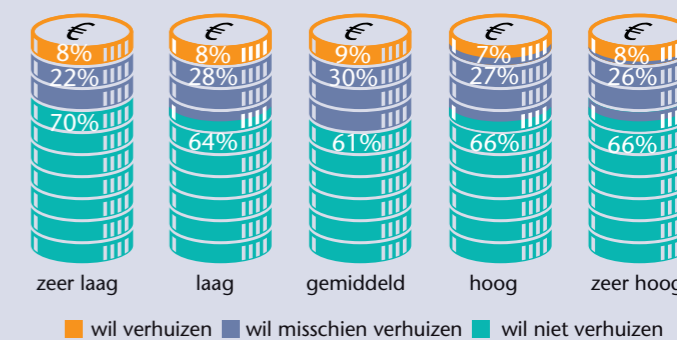
Naar verhouding zijn 85-plussers minder geneigd om te verhuizen (78%) dan 65-69 jarigen (60%). Eén op de tien Groningse ouderen in de leeftijd van 65 tot en met 69 jaar geeft aan te willen verhuizen in de komende jaren (zie grafiek 4.4.2).

Getrouwde of samenwonende ouderen willen iets vaker verhuizen dan alleenstaande ouderen (9% versus 7%; zie grafiek 4.4.3).



Grafiek 4.4.3 Verhuiscwensen in de komende jaren van ouderen naar burgerlijke staat, provincie Groningen, 2016 (%)

Er is geen duidelijk patroon herkenbaar in de verhuiscwensen naar inkomen (zie grafiek 4.4.4). Wel blijkt dat ouderen met een zeer laag inkomen minder geneigd zijn om te verhuizen.



Grafiek 4.4.4 Verhuiscwensen in de komende jaren van ouderen naar inkomen, provincie Groningen, 2016 (%)

In de regio's DAL, Oldambt en Westerwolde zijn ouderen iets vaker geneigd te verhuizen. De verschillen tussen de regio's zijn echter minimaal.

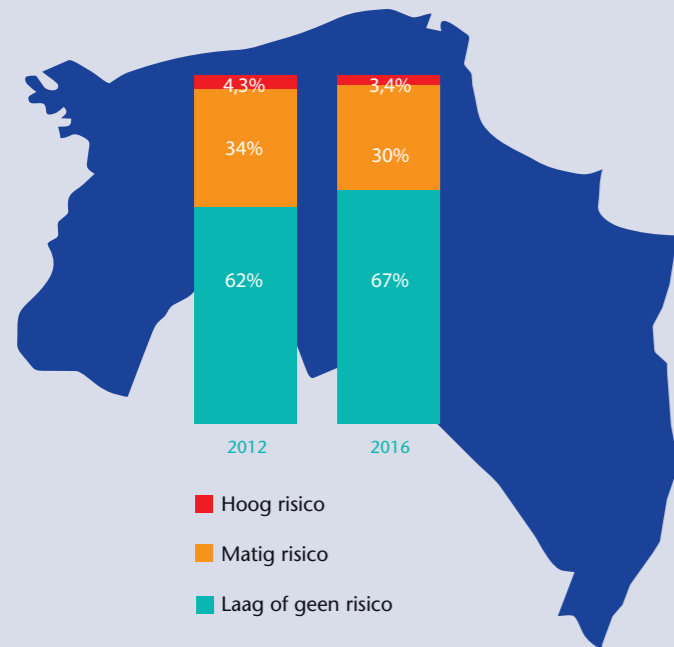


5.1 | Psychische gezondheid



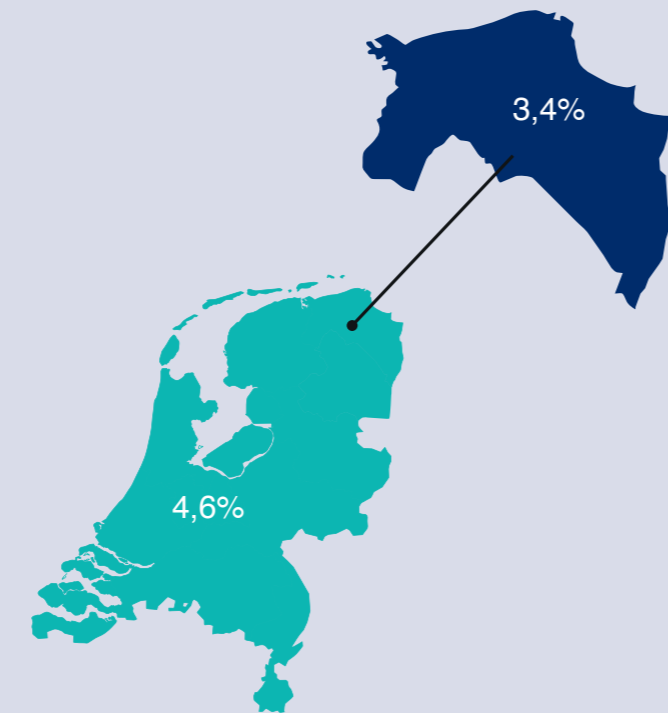
Psychisch gezonde mensen functioneren over het algemeen goed. Ze kunnen omgaan met tegenslagen, hebben goede relaties met anderen en zijn productief (Surgeon General, 1999). Psychische ongezondheid omvat klachten zoals gevoelens van angst, depressie, slaapproblemen en stress en kan verstrekkende gevolgen hebben zoals: fysieke klachten, sociaal isolement en zelfmoordneigingen (Kessler et al., 2005). Voor ouderen geldt dat er vanwege het ouder worden sprake kan zijn van een achteruitgang in het cognitief functioneren, hetgeen zorgt voor psychische klachten (Gezondheidsraad, 2009). Uit huisartsenregistraties blijkt dat dementie en depressie de meest voorkomende psychische stoornissen zijn onder ouderen (Zantinge et al., 2011). Ouderen die cognitief achteruitgaan krijgen meer moeite met het plannen en organiseren van activiteiten, kunnen lastiger hun aandacht ergens bijhouden en met nieuwe situaties omgaan. Hierdoor kunnen problemen ontstaan in het dagelijks leven en kunnen ook fysieke beperkingen versterkt worden (Gezondheidsraad, 2009; Stek, 2004). Ouderen brengen vanaf hun 65^e jaar gemiddeld nog 17 jaar door in goede geestelijke gezondheid (CBS, StatLine, 2010; Zantinge et al., 2011). Ouderen met psychische klachten, met name depressie en angststoornissen, hebben een slechtere kwaliteit van leven, ervaren hun gezondheid als minder goed en voelen zich minder vitaal. Ook zijn ze minder goed in staat hun dagelijkse bezigheden uit te voeren (Olatunji et al., 2007; Kessler et al., 2005).

Ten opzichte van 2012 is het percentage ouderen met een risico op een angst- of een depressiestoornis in de provincie Groningen licht gedaald (zie grafiek 5.1.1).

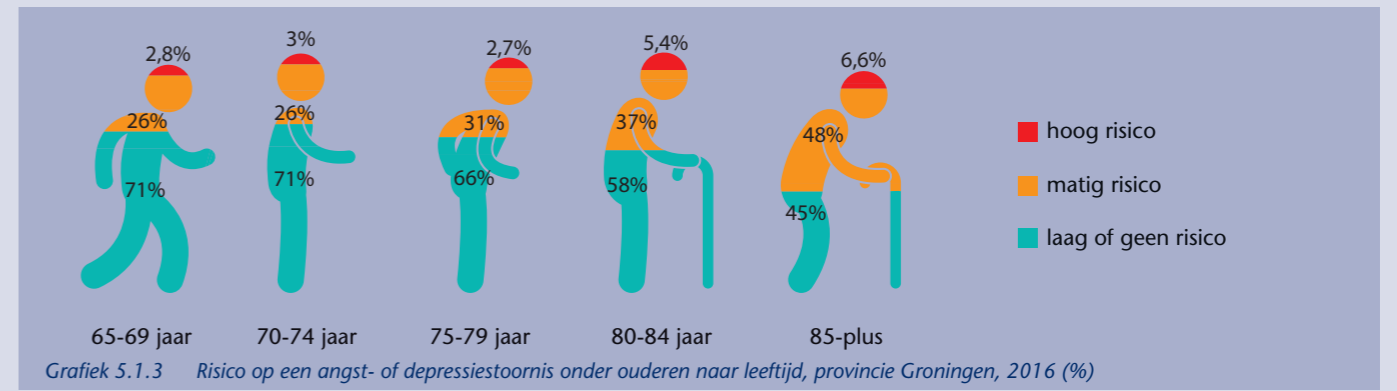


Grafiek 5.1.1 Risico op een angst- of depressiestoornis onder ouderen in de provincie Groningen, 2012-2016 (%)

In de provincie Groningen hebben ouderen een iets minder hoog risico op een angst- of een depressiestoornis dan gemiddeld in Nederland (zie afbeelding 5.1.2). In 2016 heeft 3,4% van de Groningse ouderen een hoog risico op een angst- of depressiestoornis, terwijl 4,6% van de ouderen elders in Nederland een hoog risico heeft op een angststoornis of een depressie.



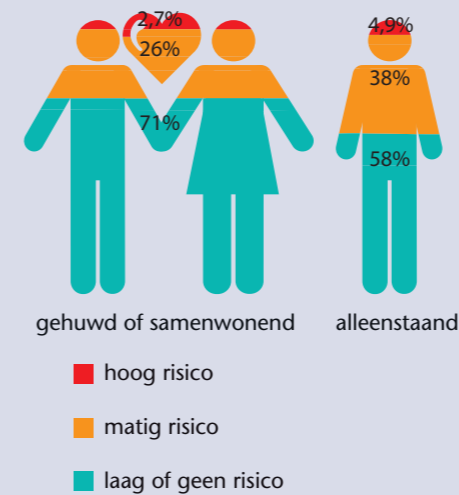
Afbeelding 5.1.2 Ouderen met een hoog risico op een angst- of depressiestoornis in de provincie Groningen t.o.v. Nederland, 2016 (%)



Grafiek 5.1.3 Risico op een angst- of depressiestoornis onder ouderen naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)

In de leeftijdscategorie van 85 jaar en ouder is het risico op een angst- of depressiestoornis het hoogst (zie grafiek 5.1.3). Ouderen van 65 tot en met 74 jaar hebben het laagste risico op een angst- of depressiestoornis.

Het percentage ouderen dat een hoog risico heeft op een angst- of depressiestoornis is bijna twee keer zo hoog onder alleenstaande ouderen (zie grafiek 5.1.4).



Grafiek 5.1.4 Risico op een angst- of depressiestoornis onder ouderen naar burgerlijke staat, provincie Groningen, 2016 (%)

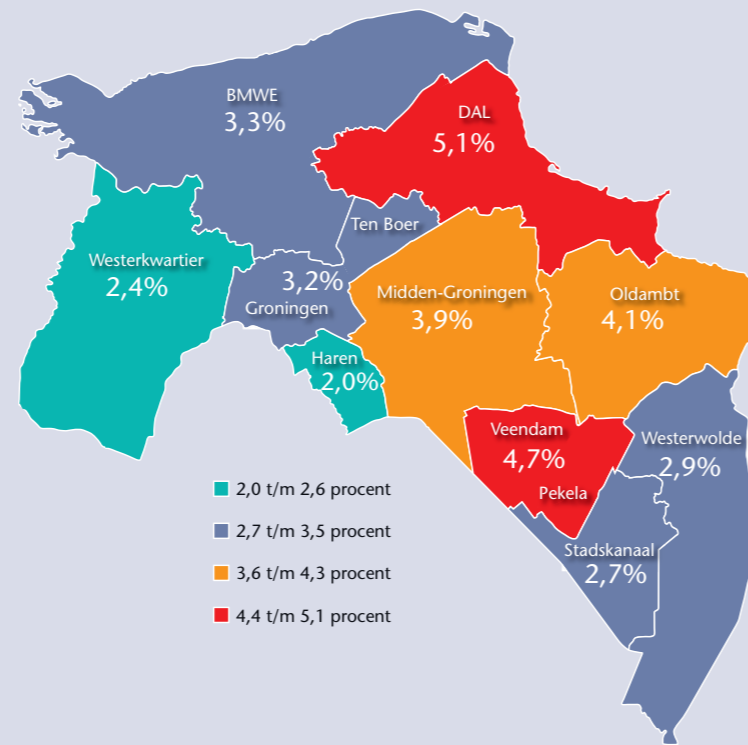
Laagopgeleiden (alleen lager onderwijs afgerond) hebben twee tot vijf keer zo vaak een hoog risico op een angst- of depressiestoornis als ouderen die een hogere opleiding hebben afgerond (zie grafiek 5.1.5).

Ouderen met een hoog inkomen hebben minder vaak een hoog risico op een angst- of depressiestoornis (1%) dan ouderen in de laagste inkomensklasse (4%; zie grafiek 5.1.5).



Grafiek 5.1.5 Risico op een angst- of depressiestoornis onder ouderen naar opleidingsniveau en inkomen, provincie Groningen, 2016 (%)

In de regio's DAL en Veendam en Pekela hebben relatief veel ouderen een hoog risico op een angststoornis of een depressie (zie afbeelding 5.1.6). In de regio Haren en de regio Westerkwartier hebben relatief weinig ouderen een hoog risico op een angststoornis of een depressie.



Afbeelding 5.1.6 Ouderen met een hoog risico op een angst- of depressiestoornis naar regio, provincie Groningen, 2016 (%)



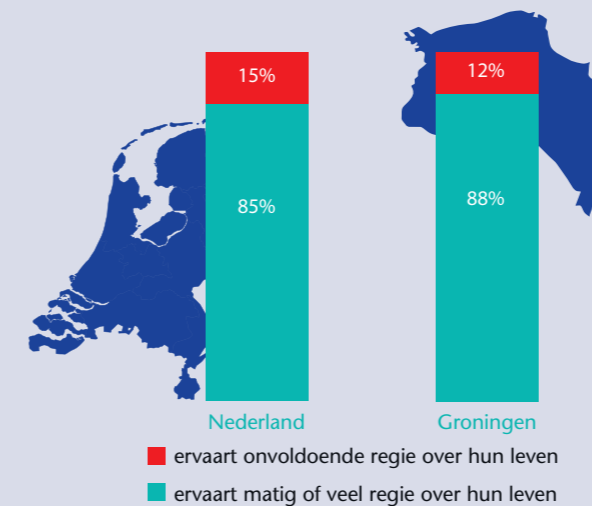
Mentaal welbevinden

5.2 | Eigen regie



Eigen regie is het vermogen om je eigen leven en noodzakelijke ondersteuning zelf te regelen en het praktische vermogen om jezelf te redden in lichamelijk, sociaal en psychisch opzicht (Zorgvoorbeter, 2016). Van Nederlandse burgers en patiënten wordt steeds meer verwacht dat zij een actieve rol op zich nemen in de zorg voor hun eigen gezondheid en die van hun naasten. Eigen regie onder ouderen kan bijdragen aan het verminderen van de gevolgen van ziekten of beperkingen en het kan zorggebruik voorkomen. Juist ouderen krijgen vaak te maken met (veelal negatieve) veranderingen in hun leven waardoor zij de grip op zichzelf en de situatie kunnen verliezen, zoals toenemende gezondheidsproblemen (lichamelijke of mentale beperkingen), het verlies van geliefden of een noodgedwongen verhuizing. De manier waarop zij daarmee omgaan en welke steun zij hierin krijgen is mede bepalend voor hun kwaliteit van leven (Vilans, 2007; Gezondheidsraad, 2009).

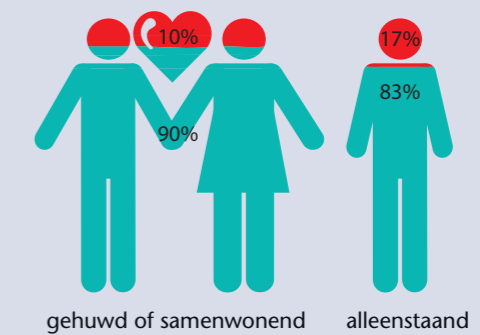
In de provincie Groningen ervaren naar verhouding meer ouderen eigen regie over hun leven ten opzichte van Nederland (zie grafiek 5.2.1). Het gaat om ongeveer 1 op de 9 ouderen.



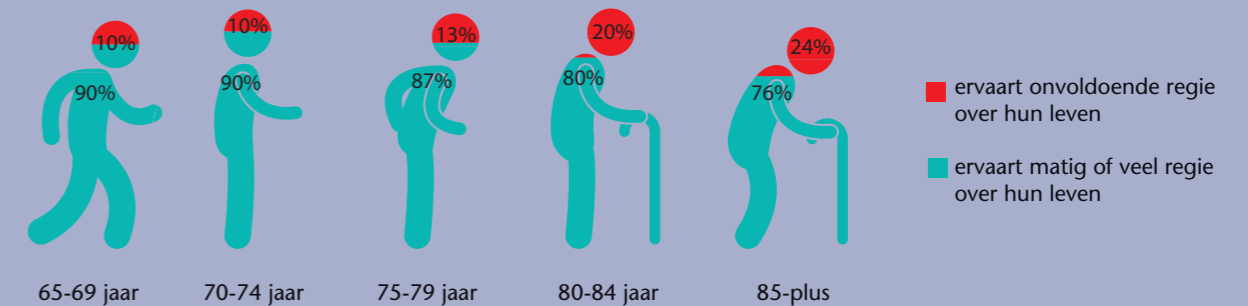
Grafiek 5.2.1 Ouderen die onvoldoende regie over hun leven ervaren, Nederland en provincie Groningen, 2016 (%)

Een kwart van de 85-plussers ervaart onvoldoende regie over hun leven, terwijl onder 65-69 jarigen 1 op de 10 ouderen onvoldoende eigen regie ervaart (zie grafiek 5.2.2).

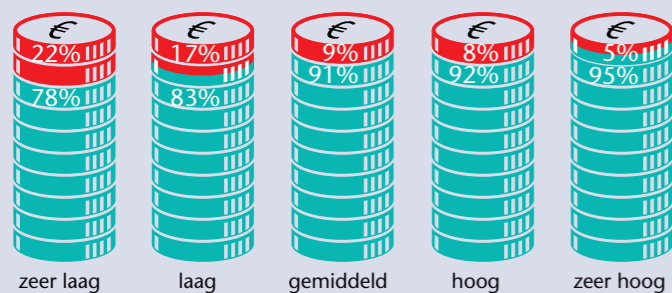
Het percentage ouderen dat onvoldoende regie ervaart over hun leven, is hoger onder alleenstaande ouderen (zie grafiek 5.2.3).



Grafiek 5.2.3 Ouderen die onvoldoende regie over hun leven ervaren naar burgerlijke staat, provincie Groningen, 2016 (%)



Grafiek 5.2.2 Ouderen die onvoldoende regie over hun leven ervaren naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)



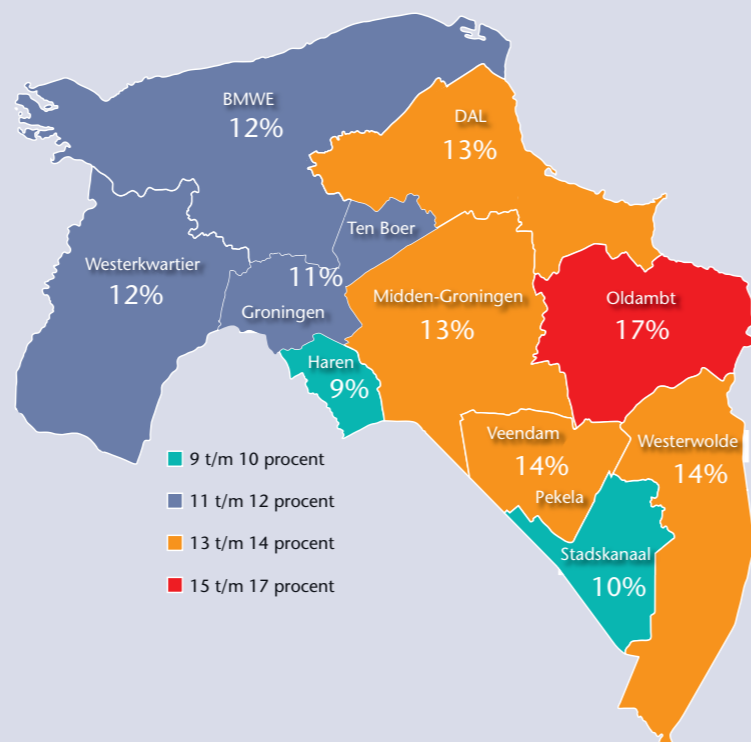
■ ervaart onvoldoende regie over hun leven
■ ervaart matig of veel regie over hun leven

Grafiek 5.2.4 Ouderen die onvoldoende regie over hun leven ervaren naar opleidingsniveau en inkomen, provincie Groningen, 2016 (%)

Een kwart van de laagopgeleiden (alleen lager onderwijs afgerond) ervaart onvoldoende regie over zijn of haar leven (zie grafiek 5.2.4). Nog geen 1 op de 10 hoogopgeleide ouderen ervaart onvoldoende regie.

Ouderen met een zeer laag inkomen ervaren vaker onvoldoende regie over hun leven (22%) dan ouderen in de hoogste inkomensklasse (5%; zie grafiek 5.2.4).

In de regio Haren ervaren relatief weinig ouderen onvoldoende regie over hun leven (9%) en in de regio Oldambt ervaren relatief veel ouderen onvoldoende eigen regie (17%; zie afbeelding 5.2.5). Ondanks dat er in de regio Stadskanaal veel 75-plussers wonen, ervaren verhoudingsgewijs veel ouderen matig of veel eigen regie over hun leven.



Afbeelding 5.2.5 Ouderen die onvoldoende regie ervaren over hun leven naar regio, provincie Groningen, 2016 (%)



Mentaal welbevinden

5.3 | Nare gebeurtenissen in de thuissituatie

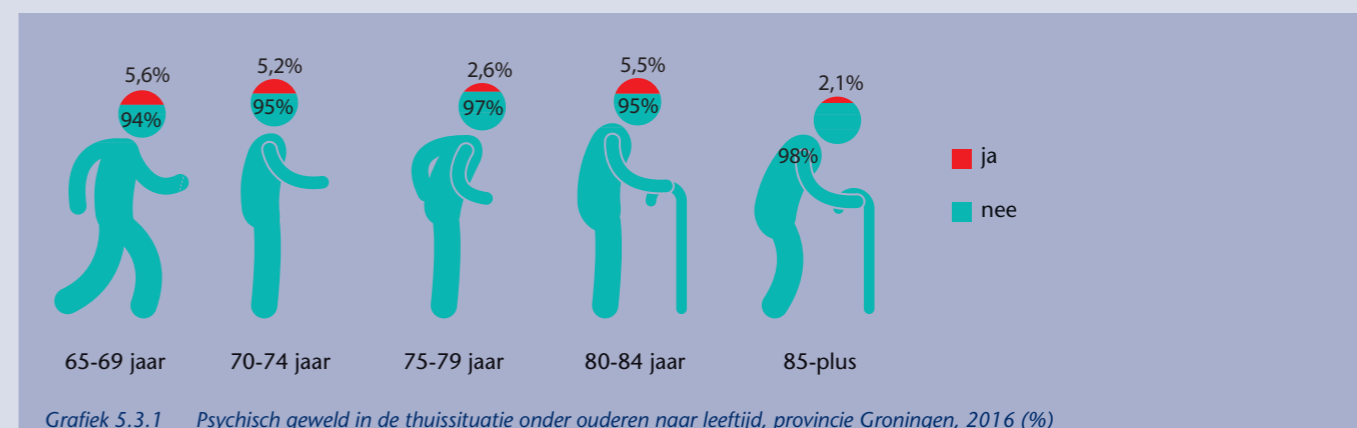


Ouderenmishandeling gaat over het handelen of nalaten van handelen van al degenen die in een terugkerende persoonlijke of professionele relatie met de oudere staan, waarbij de oudere lichamelijke-, psychische-, en/of materiele schade ondervindt. Daarnaast is de oudere gedeeltelijk of volledig afhankelijk van de desbetreffende persoon. We noemen dit ook wel nare gebeurtenissen. Er zijn vijf vormen van nare gebeurtenissen in de thuissituatie: lichamelijk geweld, psychisch geweld, verwaarlozing, financiële uitbuiting en seksueel misbruik (VWS, 2011). Psychisch geweld gaat om het herhaaldelijk getreiterd worden, gekleineerd worden, beledigd worden, uitgescholden worden of het psychisch onder druk gezet worden. Deze psychisch nare gebeurtenissen kunnen mogelijk leiden tot gevoelens van angst, woede, verdriet, schuchterheid, verwardheid, apathie en wantrouwen bij ouderen. Daarnaast kunnen ouderen last krijgen van slaap- en of eetproblemen (Goes, Schakenraad, & Daru, 2016). Er kan sprake zijn van opzettelijke mishandeling, maar dit is niet altijd het geval. Soms kunnen mensen de zorg voor hun naasten niet meer aan. Door overbelasting van de verzorger kan mantelzorg langzaam overgaan in verwaarlozing, verkeerde behandeling of mishandeling. Dit wordt ook wel ontspoorde mantelzorg genoemd (Klerk et al., 2015). Een aantal risicofactoren kunnen de kans op ouderenmishandeling vergroten: een sociaal isolement (gebrek aan sociale controle), eenzaamheid, zorgafhankelijkheid, langer zelfstandig wonen en minder professionele zorg en ondersteuning (Goes, Schakenraad, & Daru, 2016).

Er zijn zes vragen gesteld over nare gebeurtenissen in de thuissituatie in het voorafgaande jaar. Eén daarvan ging over psychisch geweld in de thuissituatie. Psychisch geweld omvat beledigd zijn, getreiterd zijn, gekleineerd zijn of uitgescholden zijn. In 2016 is psychisch geweld de meest voorkomende nare gebeurtenis die Groningse ouderen in het afgelopen jaar hebben meegemaakt in de thuissituatie (4,6%). Relatief weinig ouderen in de provincie Groningen hebben thuis te maken met lichamelijk geweld, verwaarlozing in de verzorging, financiële benadeling, beperking in de vrijheid of hebben een ongewenste seksuele benadering in de thuissituatie meegemaakt (0,3 - 0,9%).

Psychisch geweld thuis komt relatief vaak voor onder de leeftijdscategorie 65-74 jarigen en 80-84 jarigen (zie grafiek 5.3.1).

Getrouwde of samenwonende ouderen maken in de thuissituatie even vaak psychisch geweld mee als alleenstaande ouderen.



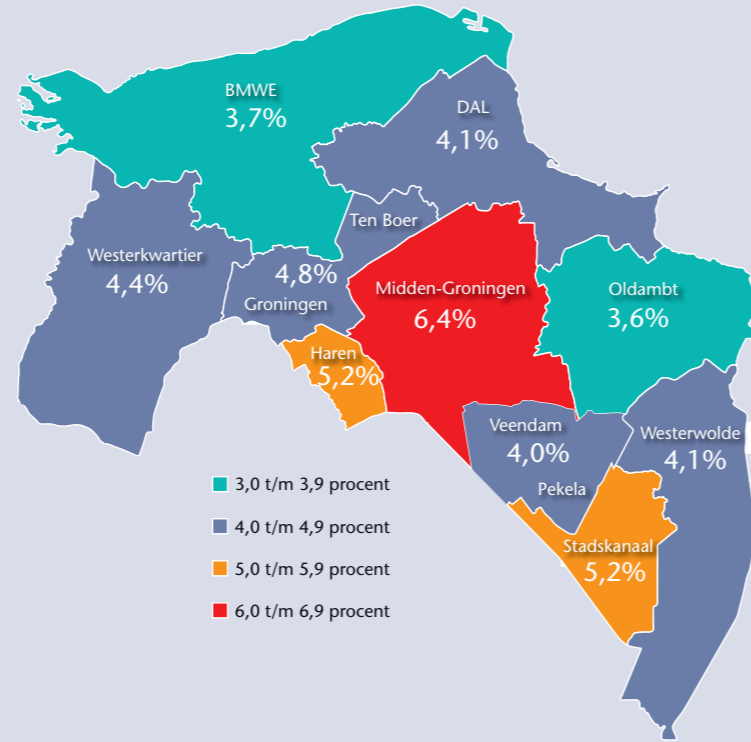
Grafiek 5.3.1 Psychisch geweld in de thuissituatie onder ouderen naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)

Het meemaken van psychisch nare gebeurtenissen in de thuis-situatie wordt relatief vaak benoemd door hoogopgeleide ouderen (5,6%; zie grafiek 5.3.2).



Grafiek 5.3.2 Psychisch geweld in de thuissituatie onder ouderen naar opleidingsniveau, provincie Groningen, 2016 (%)

In de regio Midden-Groningen hebben relatief veel ouderen in de thuissituatie psychisch geweld meegemaakt (6,4%) en in de regio Oldambt hebben relatief weinig ouderen psychisch geweld meegemaakt (3,6%).

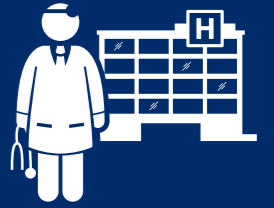


Afbelding 5.3.3 Psychisch geweld in de thuissituatie onder ouderen naar regio, provincie Groningen, 2016 (%)



Lichaamsfuncties

6.1 | Chronische ziekten

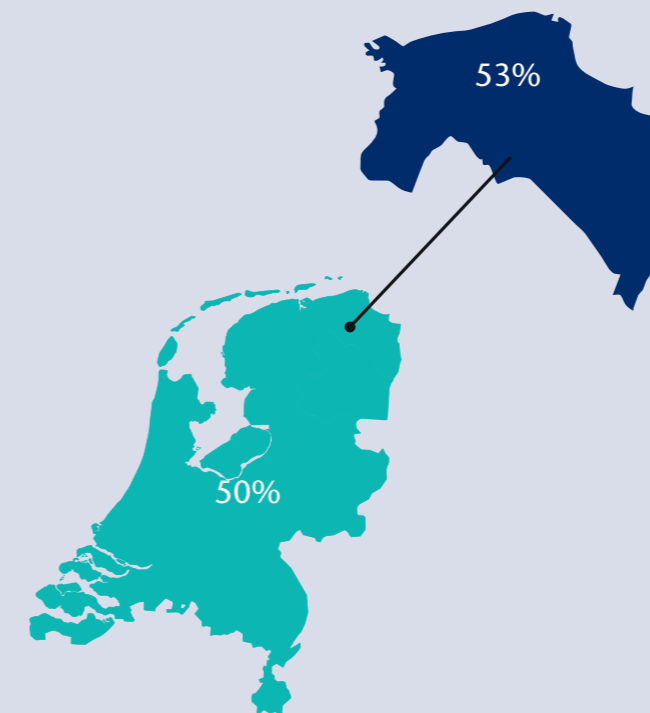


Een chronische ziekte is een ziekte waarbij over het algemeen geen uitzicht is op volledig herstel (RIVM, 2016). Ouder worden gaat gepaard met een achteruitgang in het lichamelijk functioneren en met het ontstaan van ouderdomsziekten en aandoeningen (Zantinge et al., 2011). Veelvoorkomende chronische ziekten bij ouderen zijn: gezichtsstoornissen, coronaire hartziekten, artrose, diabetes mellitus en slechthorendheid (Gezondheidsraad, 2009). Ouderen met één of meerdere chronische ziekte(n) hebben een verminderde kwaliteit van leven in vergelijking met mensen zonder een chronische ziekte (RIVM, 2013). De levensverwachting in Nederland blijft stijgen, maar de gezonde levensverwachting stijgt veel langzamer. Het aantal jaren dat ouderen te maken hebben met chronische ziekten en aandoeningen en/of waarin ze volledig hulpbehoevend zijn neemt toe (Peeck & Vink, 2016; Van der Lucht & Polder, 2010). Ouderen brengen vanaf hun 65e jaar gemiddeld nog 4 jaar door zonder chronische ziekten (CBS, StatLine, 2010; Zantinge et al., 2011). Bij gezond ouder worden gaat het niet alleen om het voorkomen, uitstellen en behandelen van ziekten en aandoeningen, maar vooral om het voorkomen en terugdringen van beperkingen in het functioneren (Zantinge et al., 2011). Een gezonde leefstijl levert een positieve bijdrage aan het voorkomen of het verergeren van een chronische ziekte (Zantinge et al., 2011).

Groningers van 65 jaar en ouder hebben vaker een chronische ziekte dan de gemiddelde Nederlander (50%; zie afbeelding 6.1.1). Ruim de helft van de ouderen (53%) in de provincie Groningen heeft sinds 6 maanden of langer minimaal één chronische ziekte.

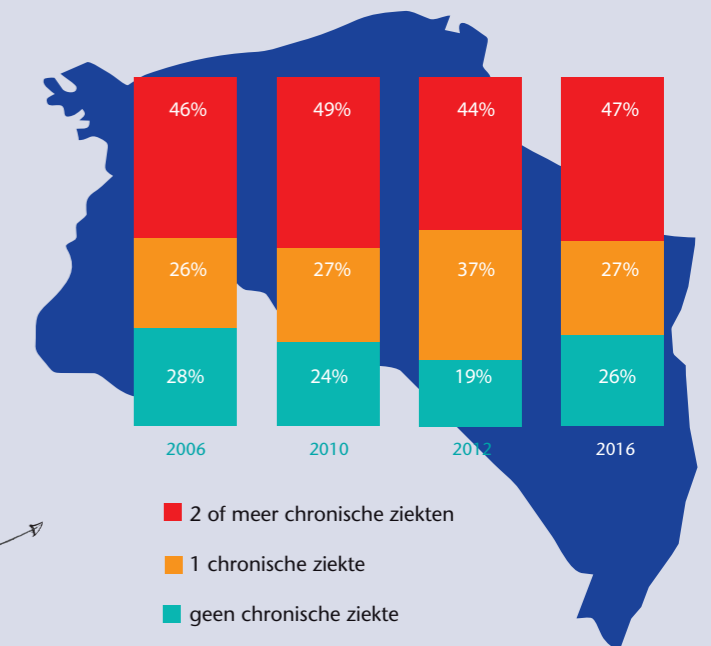
In het afgelopen jaar is 74% van de Groningse ouderen voor één of meerdere chronische ziekten onder behandeling geweest van een huisarts of medisch specialist (zie grafiek 6.1.2). In totaal heeft 27% van de Groningse ouderen minimaal één chronische ziekte; bijna de helft (47%) heeft er zelfs twee of meer in 2016.

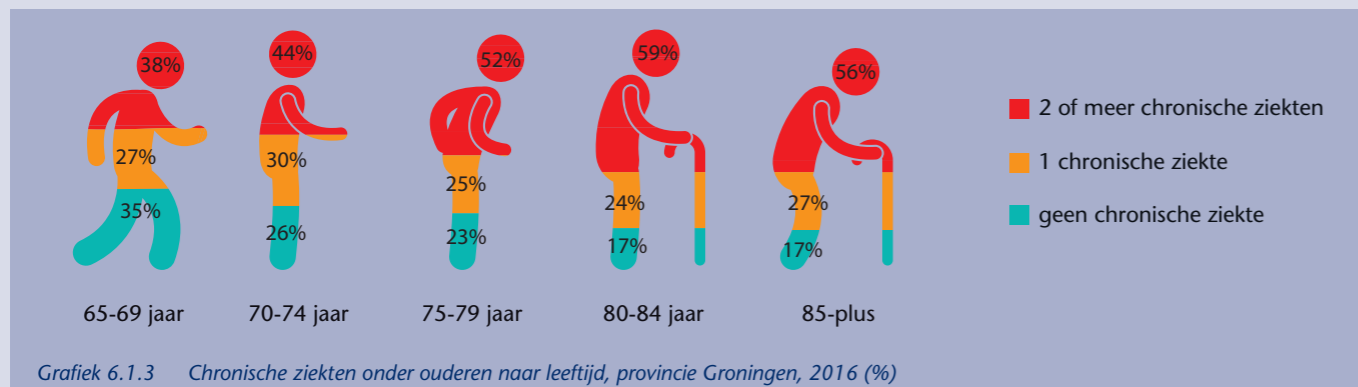
Tussen 2006 en 2012 is het percentage Groningse ouderen met één of meerdere chronische ziekten toegenomen van 72% in 2006 tot 81% in 2012, waarna er in 2016 sprake is van een afname tot 74% (zie grafiek 6.1.2). Daarentegen hebben ouderen vaker twee of meer chronische ziekten (co-morbiditeit) in 2016 vergeleken met 2012.



Afbelding 6.1.1 Ouderen die minimaal één chronische ziekte hebben in de provincie Groningen t.o.v. Nederland, 2016 (%)

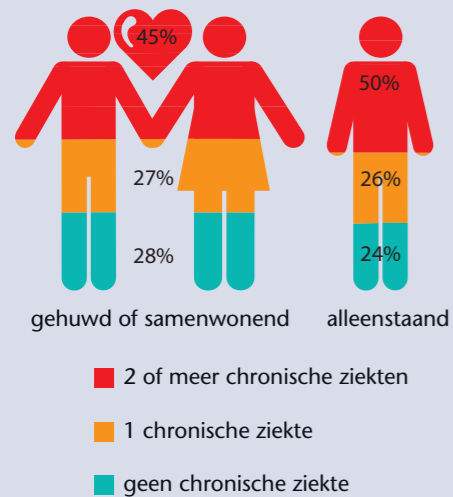
Grafiek 6.1.2 Chronische ziekten onder ouderen in de provincie Groningen, 2006-2016 (%)





Van de ouderen tussen de 65 jaar en 69 jaar heeft 65% minimaal één chronische ziekte(n) (zie grafiek 6.1.3). Het percentage ouderen met één of meer chronische ziekten neemt toe naarmate de leeftijd stijgt. In de provincie Groningen heeft 83% van de 80-plussers ten minste één chronische ziekte.

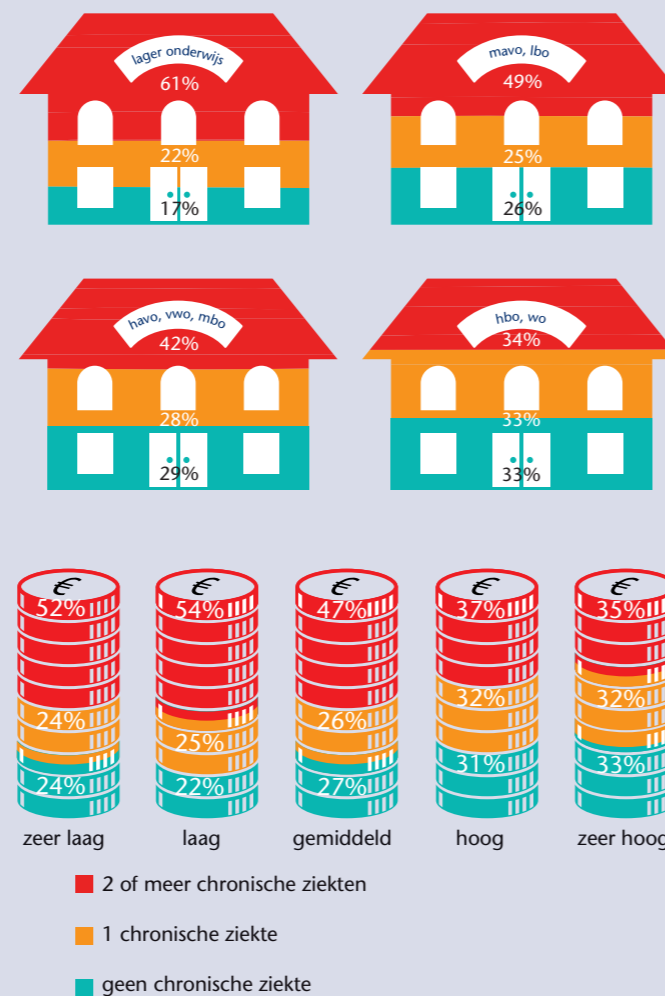
Alleenstaande ouderen hebben vaker een chronische ziekte dan ouderen die getrouwd zijn of samenwonen (zie grafiek 6.1.4).



Grafiek 6.1.4 Chronische ziekten onder ouderen naar burgerlijke staat, provincie Groningen, 2016 (%)

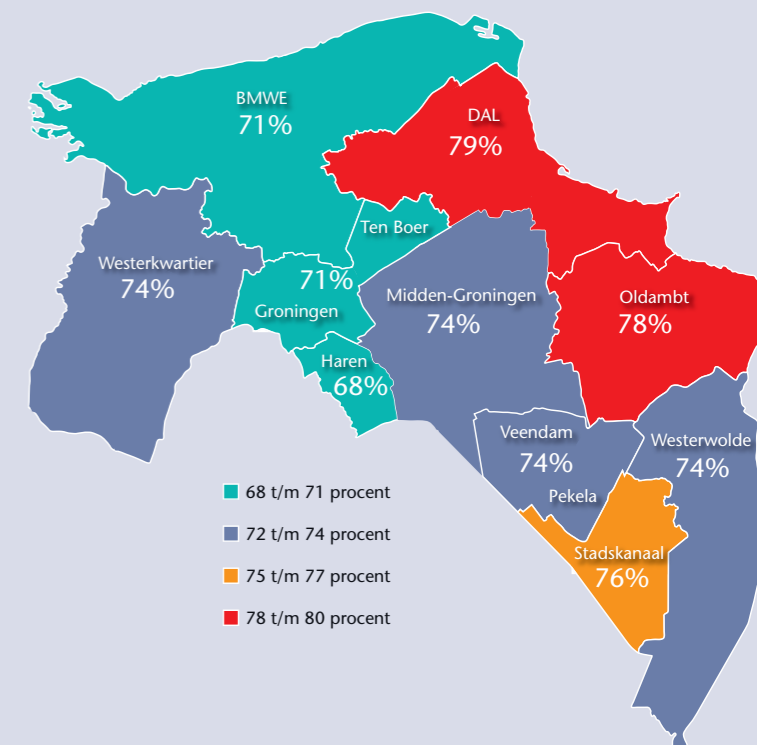
Hoogopgeleide ouderen hebben twee keer zo vaak géén chronische ziekte als laagopgeleide ouderen (zie grafiek 6.1.5). Bovendien hebben ouderen met een laag opleidingsniveau twee keer zo vaak meerdere chronische ziekten.

Het inkomensniveau heeft een minder uitgesproken relatie met chronische ziekten dan het opleidingsniveau (zie grafiek 6.1.5).



Grafiek 6.1.5 Chronische ziekten onder ouderen naar opleidingsniveau en inkomen, provincie Groningen, 2016 (%)

In de regio's DAL en Oldambt hebben relatief veel ouderen tenminste één chronische ziekte en in de regio Haren hebben relatief weinig ouderen één of meerdere chronische ziekten (zie afbeelding 6.1.6).



Afbeelding 6.1.6 Ouderen die minimaal één chronische ziekte hebben naar regio, provincie Groningen, 2016 (%)



6.2 | Lichamelijke beperkingen



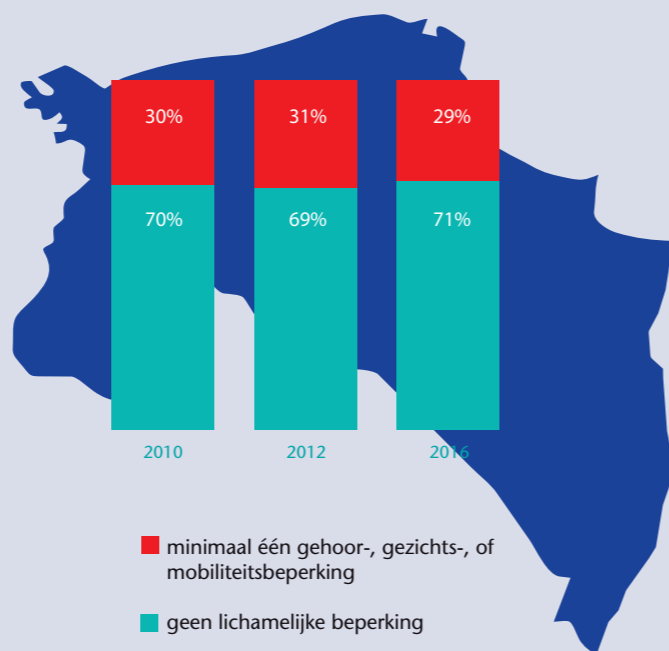
Ouderen wonen steeds langer zelfstandig. Het aantal ouderen in Nederland groeit snel, maar het aantal ouderen in een verzorgings- of verpleeghuis of een andere (zorg)instelling daalt (CBS, 2011). Mensen die ouder worden, worden in toenemende mate geconfronteerd met lichamelijke beperkingen (Zantinge et al., 2011). Problemen met bewegen komen het vaakst voor, gevolgd door beperkingen in het zien en in het horen (CBS, 2008). Ouderen worden vaak minder mobiel en na een ziekte of ongeval herstellen ze minder goed (Gezondheidsraad, 2009). Mobiliteitsbeperkingen kunnen ook ontstaan door het hebben van een chronische ziekte (Zantinge et al., 2011). Lichamelijke beperkingen verminderen de zelfstandigheid van ouderen en kunnen een beroep op dagelijkse ondersteuning en professionele hulp noodzakelijk maken. Ouderen brengen vanaf hun 65^e jaar gemiddeld nog 12 jaar door zonder lichamelijke beperkingen (CBS, StatLine, 2010; Zantinge et al., 2011). Ouderen met lichamelijke beperkingen hebben een lagere kwaliteit van leven (Netuveli et al., 2006), een minder goede ervaren gezondheid en ze ervaren een minder goede psychische gezondheid (CBS, 2015).

Er zijn vragen gesteld over langdurige beperkingen in het praten, horen, lezen van kleine letters, gezichten herkennen, een zwaar voorwerp dragen en over beperkingen in het bukken om iets op te pakken.

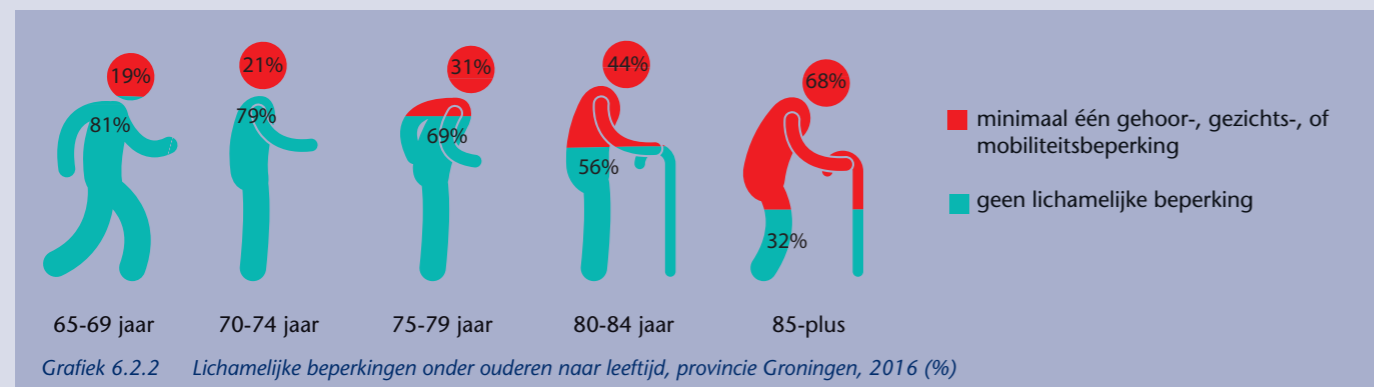
In 2016 heeft bijna een derde van de ouderen (29%) in de provincie Groningen minimaal één lichamelijke beperking in het horen, zien of in de mobiliteit. De meeste Groningse ouderen ervaren een mobiliteitsbeperking (22%). Het verschil met de gemiddelde oudere in Nederland is klein (28% heeft tenminste één lichamelijke beperking).

Tussen 2010 en 2016 is het percentage Groningse ouderen met één of meerdere lichamelijke beperkingen niet tot nauwelijks veranderd (zie grafiek 6.2.1).

Het percentage ouderen met een gehoor-, gezichts-, of mobiliteitsbeperking neemt sterk toe met de leeftijd (zie grafiek 6.2.2). In de provincie Groningen heeft 68% van de 85 plussers tenminste één lichamelijke beperking, vergeleken met 19% bij de 65-69 jarigen.



Grafiek 6.2.1 Lichamelijke beperkingen onder ouderen in de provincie Groningen, 2010-2016 (%)



Grafiek 6.2.2 Lichamelijke beperkingen onder ouderen naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)

Alleenstaande ouderen hebben vaker een gehoor-, gezichts-, of mobiliteitsbeperking dan ouderen die getrouwd zijn of samenwonen (zie grafiek 6.2.3).

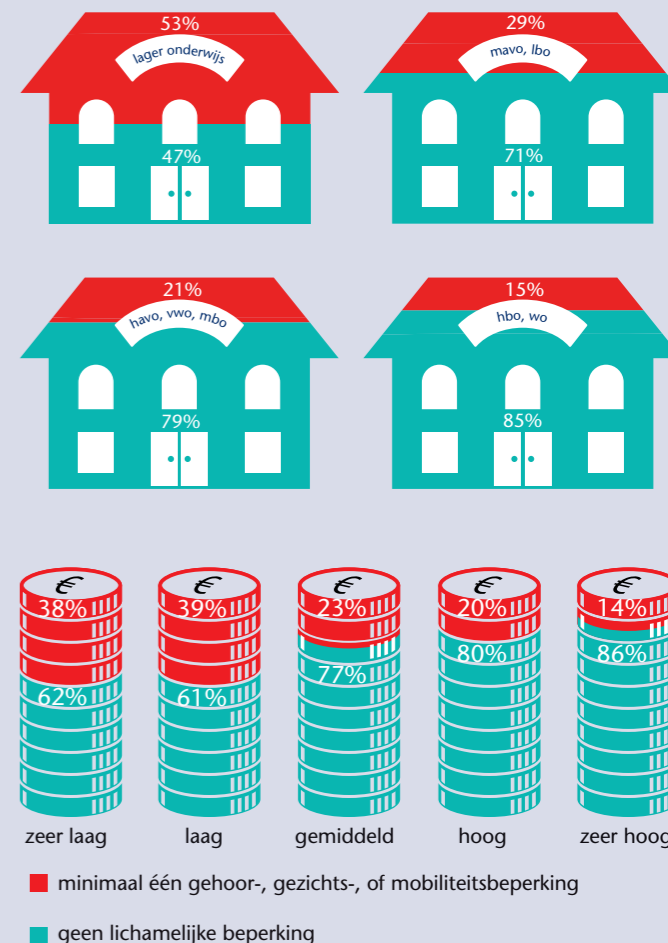


Grafiek 6.2.3 Lichamelijke beperkingen onder ouderen naar burgerlijke staat, provincie Groningen, 2016 (%)

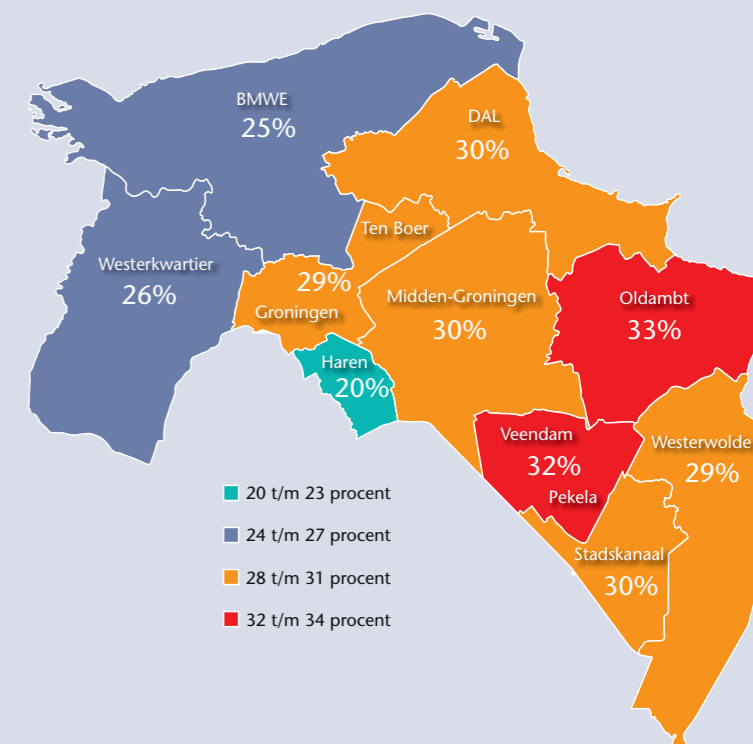
Laagopgeleide ouderen hebben ruim drie keer zo vaak één of meerdere lichamelijke beperkingen als ouderen die een hogere opleiding hebben afgerond (zie grafiek 6.2.4).

Ouderen met een zeer hoog inkomen hebben minder vaak een lichamelijke beperking (14%) dan ouderen in de laagste inkomensklasse (38%; zie grafiek 6.2.4).

In Noord-Oost Groningen hebben relatief veel ouderen ten minste één lichamelijke beperking (33%, zie afbeelding 6.2.5). Ondanks dat de regio Haren vergrijsd is, hebben verhoudingsgewijs weinig ouderen een lichamelijke beperking (20%).



Grafiek 6.2.4 Lichamelijke beperkingen onder ouderen naar opleidingsniveau en inkomen, provincie Groningen, 2016 (%)



Afbeelding 6.2.5 Ouderen die minimaal één gehoor-, gezichts-, of mobiliteitsbeperking hebben naar regio, provincie Groningen, 2016 (%)



6.3 | Zorggebruik en tevredenheid bereikbaarheid zorgverleners

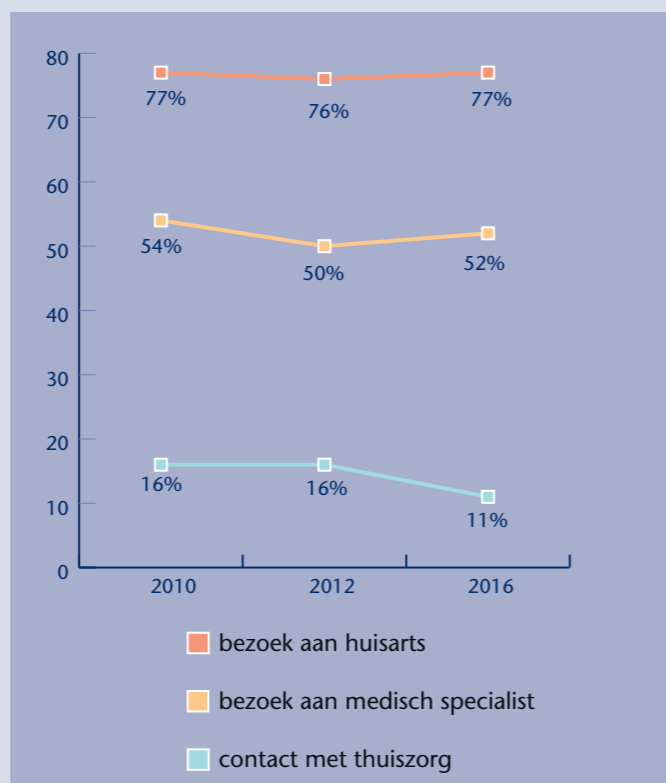


De huisarts is in Nederland vaak het eerste aanspreekpunt voor mensen met vragen over of problemen met de gezondheid. Huisartsen hebben ook een belangrijke poortwachtersrol in het zorgstelsel, zij kunnen patiënten doorverwijzen naar bijvoorbeeld een medisch specialist (Cardol et al., 2004). Ook helpen ze patiënten vaak op weg naar de overige (eerstelijns)zorgverlening zoals een diëtist, fysiotherapeut, psycholoog of thuiszorg (NHG, 2002). Het aantal contacten met de huisarts geeft een indicatie van het gebruik van eerstelijnszorg. Aandoeningen en klachten die de huisarts het vaakst ziet in het contact met ouderen zijn een hoge bloeddruk, diabetes mellitus, urineweginfectie, gewrichtsklachten, COPD en slapeeloesheid (LINH, 2007). Er hebben niet alleen relatief méér ouderen contact met de huisarts, de medisch specialist en de fysiotherapeut in vergelijking met jongere leeftijdsgroepen, maar er is ook sprake van een intensiever zorggebruik (Griens, Lukaart, & Van der Vaart, 2010). Ouderen hebben hierdoor intensiever contact met zowel de huisarts, specialist als fysiotherapeut (Griens, Lukaart, & Van der Vaart, 2010). Weinig ouderen vinden de weg naar de geestelijke gezondheidszorg (Bierman et al., 2007). Ouderen met psychische problemen maken veelvuldig gebruik van huisartsenzorg (Depla et al., 2005).

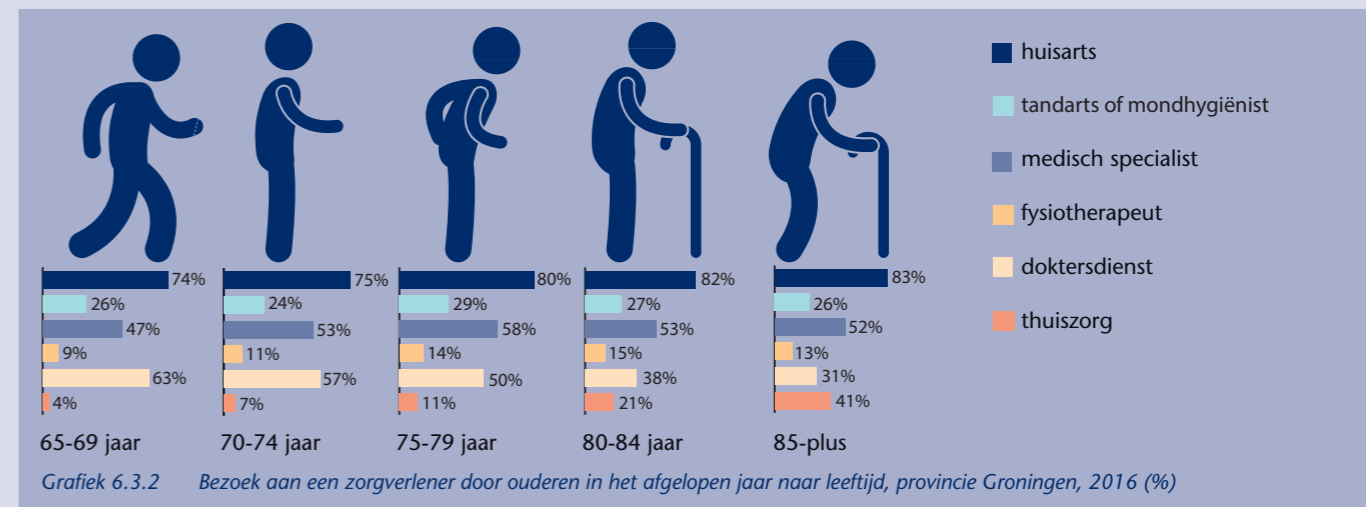
6.3.1 Zorggebruik

Tussen 2010 en 2016 is het percentage Groningse ouderen dat een huisarts heeft bezocht nauwelijks veranderd (zie grafiek 6.3.1). Ten opzichte van 2012 bezochten iets meer ouderen een medisch specialist, echter dit percentage is lager dan in 2010. In 2016 is het percentage ouderen dat contact heeft gehad met de thuiszorg gedaald.

In 2016 heeft ruim de helft van de ouderen in de provincie Groningen een tandarts of mondhygiënist bezocht in de afgelopen 12 maanden. Een kwart van de ouderen ging naar een fysiotherapeut in het afgelopen jaar. De diëtist is door 6% van de Groningse ouderen bezocht. De GGZ is door 3% van de ouderen in de provincie Groningen bezocht. Relatief weinig ouderen in de provincie Groningen hebben contact gehad met het sociaal team van de gemeente (2%) of met een alternatief behandelaar (3%).



Grafiek 6.3.1 Bezoek aan een zorgverlener door ouderen in het afgelopen jaar, provincie Groningen, 2010-2016 (%)

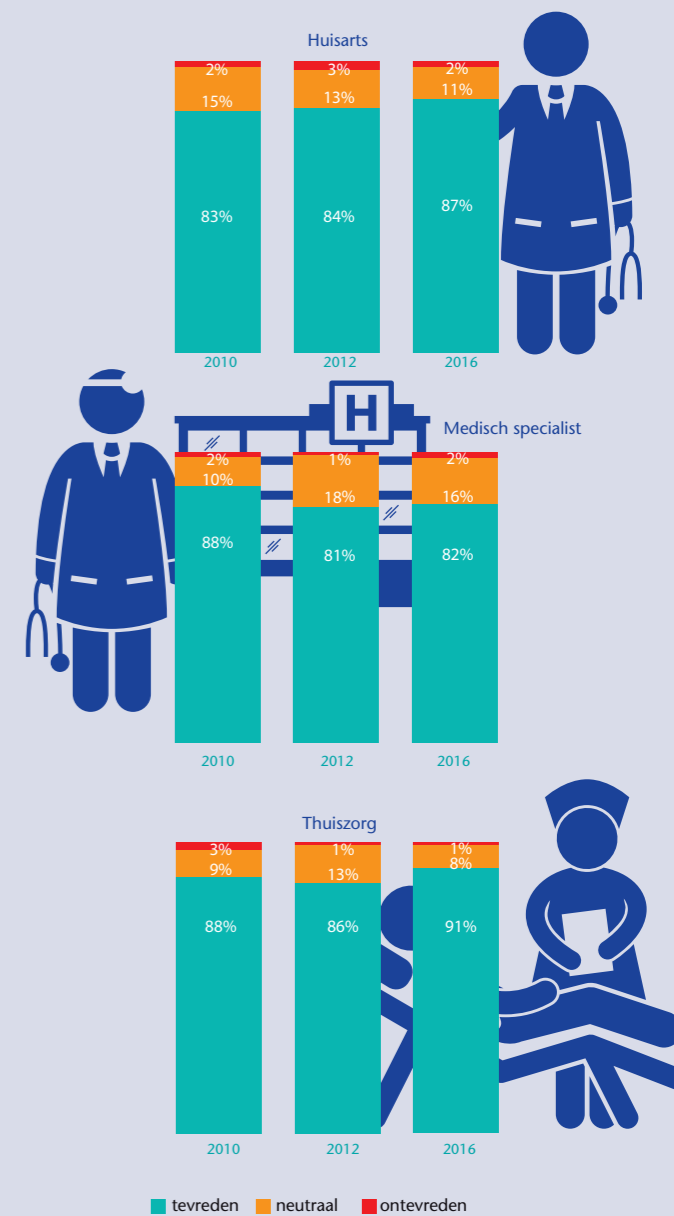


Het percentage ouderen dat de huisarts of de doktersdienst heeft bezocht in het afgelopen jaar is hoger onder 75-plussers vergeleken met ouderen in de leeftijd van 65 tot en met 74 jaar (zie grafiek 6.3.2).

Groningse ouderen in de leeftijdscategorie van 75 tot en met 79 jaar hebben de meeste contacten met een medisch specialist. Het tandartsbezoek of het bezoek aan een mondhygiënist neemt af, naarmate de leeftijd van ouderen stijgt. Het contact met de thuiszorg neemt vooral toe bij 80-plussers. Toch heeft minder dan de helft van de 85-plussers contact met de thuiszorg.

6.3.2 Tevredenheid bereikbaarheid zorgverleners

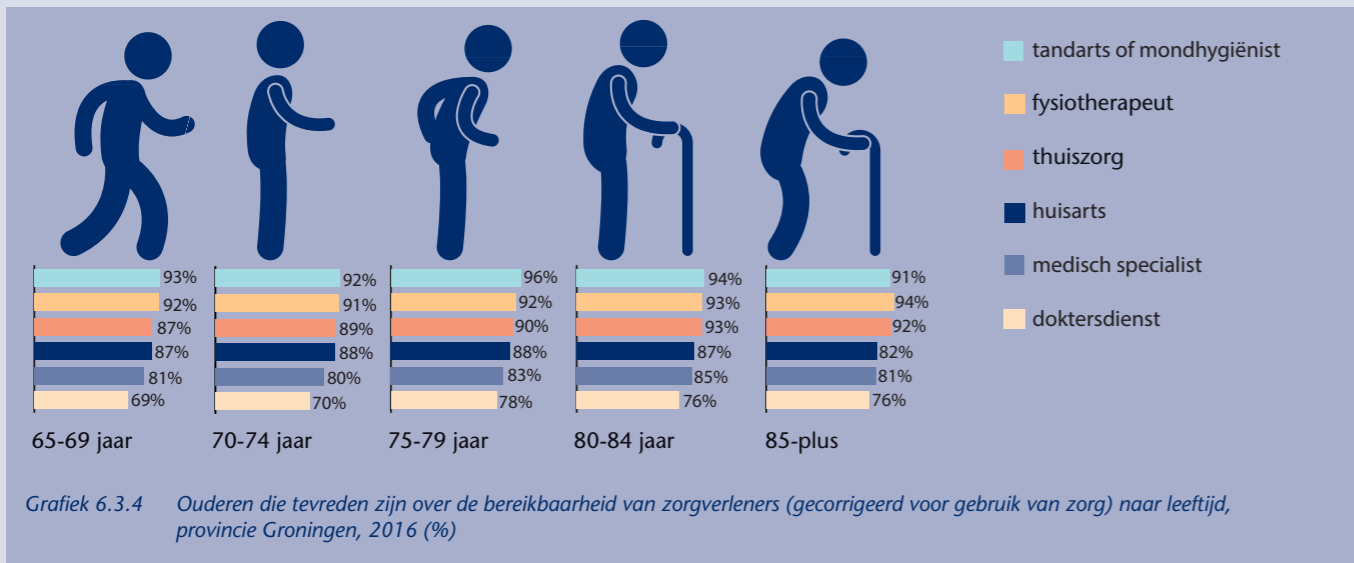
Ouderen in de provincie Groningen zijn tevreden over de bereikbaarheid van de zorgverleners in het voorafgaande jaar. In rangorde is de tevredenheid het grootst over de tandarts of mondhygiënist, fysiotherapeut, thuiszorg, huisarts, medisch specialist en doktersdienst (zie grafiek 6.3.4). In 2016 is bijna negen op de tien Groningse ouderen tevreden over de bereikbaarheid van de huisarts. Vergeleken met 2010 is dit een lichte verbetering (zie grafiek 6.3.3). Over de bereikbaarheid van de medisch specialist zijn ouderen in Groningen iets minder tevreden. In 2016 is acht op de tien ouderen in de provincie Groningen tevreden over de bereikbaarheid van de medisch specialist. Vergeleken met 2010 is de bereikbaarheid achteruit gegaan. Iets meer dan 40% van de ouderen in de provincie Groningen is tevreden over de bereikbaarheid van de thuiszorg. Vergeleken met 2010 zijn Groningse ouderen iets vaker tevreden met de bereikbaarheid van de thuiszorg.



Grafiek 6.3.3 Mate van tevredenheid onder ouderen over de bereikbaarheid van de huisarts, medisch specialist en thuiszorg (gecorrigeerd voor gebruik van zorg), provincie Groningen, 2010-2016 (%)



6.4 | Mantelzorg ontvangen



In 2016 is (bijna) 9 op de 10 Groningse ouderen tevreden over de bereikbaarheid van de huisarts, de tandarts/mondhygiënist, de fysiotherapeut en de thuiszorg (zie grafiek 6.3.4).

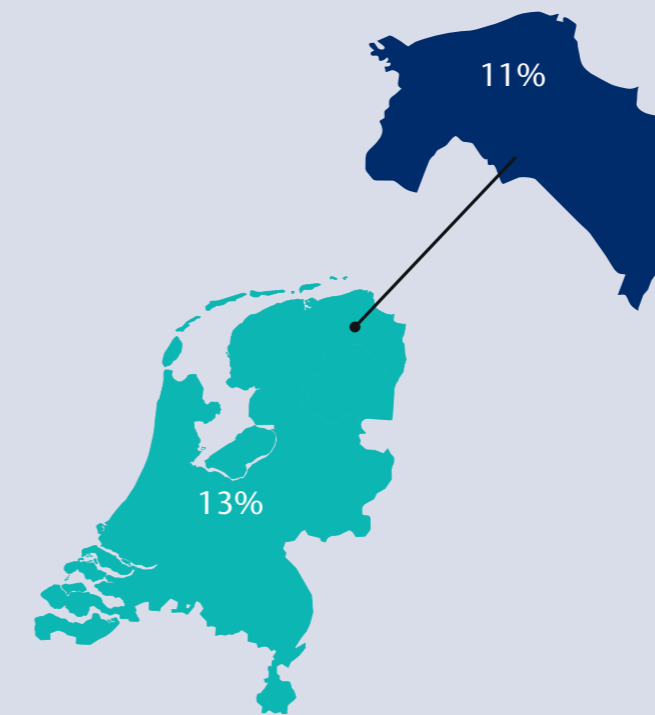
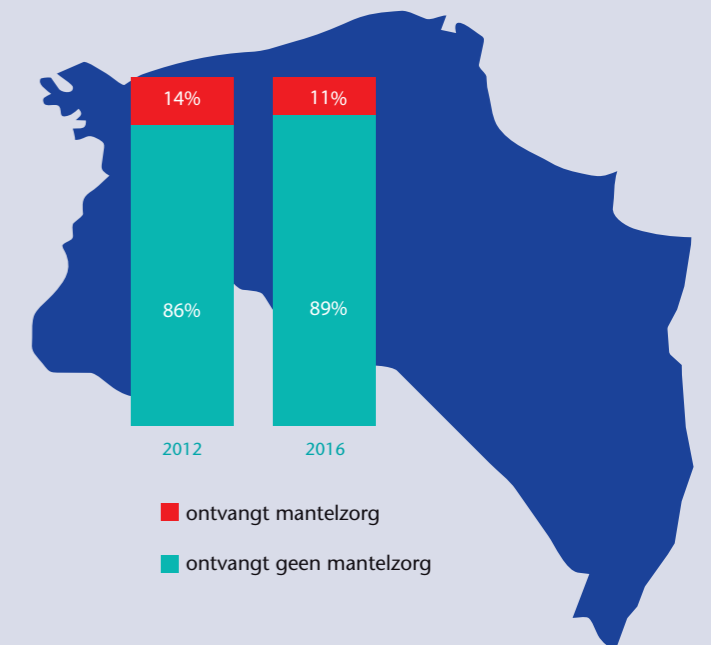
Ouderen zijn het minst tevreden over de bereikbaarheid van de doktersdienst in de provincie Groningen en het meest tevreden over de bereikbaarheid van de tandarts/mondhygiënist. Ouderen van 85 jaar en ouder zijn iets minder vaak tevreden over de bereikbaarheid van de huisarts dan de ouderen jonger dan 85 jaar. De tevredenheid over de bereikbaarheid van de medisch specialist en de fysiotherapeut is vergelijkbaar onder ouderen van alle leeftijden.

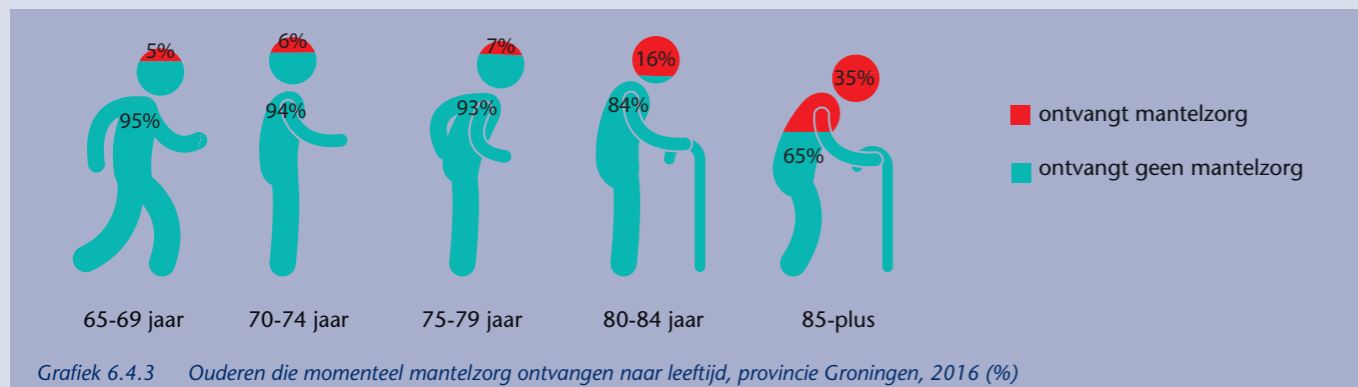
De hoeveelheid steun die mensen van hun omgeving krijgen neemt af met het ouder worden (Savelkoul, 2008). Mantelzorg is onbetaalde zorg die iemand geeft aan familie of bekenden die een hulpbehoefte hebben vanwege een langdurige ziekte, handicap of aandoening (Zantinge et al., 2011; De Boer & De Klerk, 2013). Ouderen zijn terughoudend en selectief in het vragen van hulp aan hun informele netwerk (met uitzondering van partners). Lichte hulp, zoals hulp bij administratie, hand- en spandiensten in huis en het regelen van allerlei zaken, wordt veelal wel van de eigen kinderen geaccepteerd. Door geleidelijke afname van de gezinsgrootte en de afstand waarop kinderen van hun ouders wonen, neemt ook de mogelijkheid om mantelzorg te ontvangen af. Het verdere informele netwerk (o.a. buren, vrienden) wordt echter bij voorkeur alleen incidenteel ingeschakeld, met name voor praktische zaken (De Bruin, 2016).

6.4.1 Mantelzorg ontvangen

In 2016 heeft 11% van de ouderen in de provincie Groningen in het afgelopen jaar mantelzorg ontvangen. Ten opzichte van 2012 is het percentage ouderen dat het afgelopen jaar mantelzorg heeft ontvangen in de provincie Groningen gedaald (zie grafiek 6.4.1). In Nederland hebben gemiddeld meer ouderen in het afgelopen jaar mantelzorg ontvangen (13%; zie afbeelding 6.4.2).

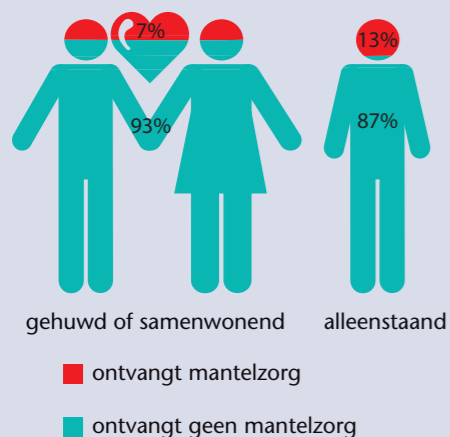
Momenteel ontvangt 9% van de Groningse ouderen mantelzorg. Het verschil met Nederland is minimaal (10%).





Naarmate de leeftijd stijgt, neemt het percentage ouderen dat mantelzorg ontvangt toe. Ruim een derde van de 85-plussers ontvangt mantelzorg (35%; zie grafiek 6.4.3).

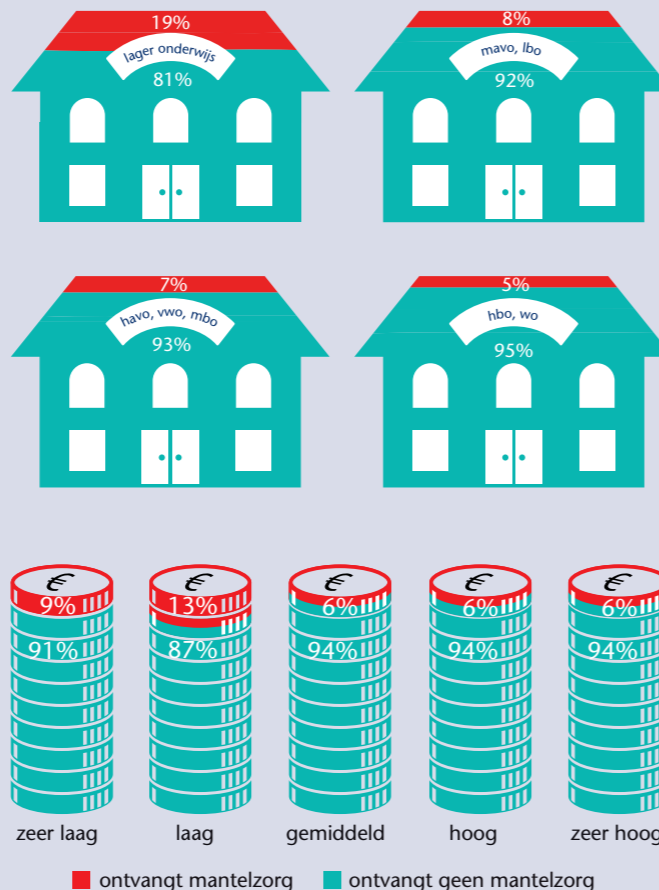
Het percentage ouderen dat mantelzorg ontvangt, is hoger onder alleenstaande ouderen (zie grafiek 6.4.4).



Grafiek 6.4.4 Ouderen die momenteel mantelzorg ontvangen naar burgerlijke staat, provincie Groningen, 2016 (%)

Laagopgeleide ouderen (alleen lager onderwijs afgerond) ontvangen vier keer zo vaak mantelzorg vergeleken met ouderen die een hogere opleiding hebben afgerond (zie grafiek 6.4.5).

Ouderen met een hoger inkomen ontvangen minder vaak mantelzorg dan ouderen in een lage inkomensgroep (zie grafiek 6.4.5).



Grafiek 6.4.5 Ouderen die momenteel mantelzorg ontvangen naar opleidingsniveau en inkomen, provincie Groningen, 2016 (%)

In Noord-Oost Groningen en in de regio Groningen en Ten Boer ontvangen relatief veel ouderen mantelzorg, met uitzondering van de regio Veendam en Pekela (zie afbeelding 6.4.6). Naar verhouding ontvangen relatief weinig ouderen in de regio Haren en BMWE mantelzorg.

6.4.2 Persoon van wie mantelzorg wordt ontvangen

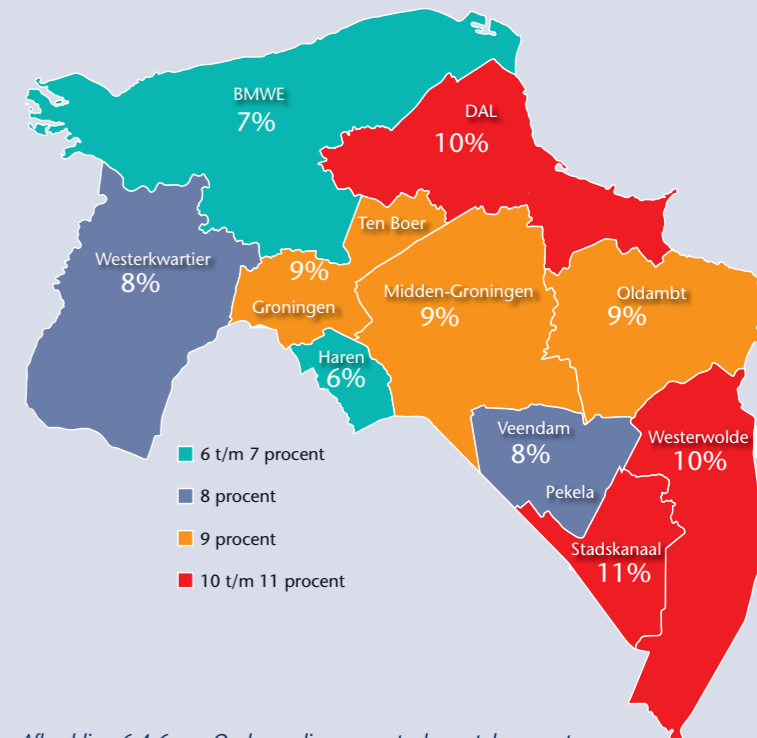
Ook is aan de ouderen gevraagd van wie zij mantelzorg ontvangen. Mantelzorg aan ouderen wordt vooral ontvangen van de kinderen en de echtgeno(o)t(e) of partner, afhankelijk van de eigen leeftijd.

Naarmate de leeftijd stijgt, neemt het percentage ouderen dat mantelzorg van hun kinderen ontvangt toe (zie grafiek 6.4.7). Andersom is het zo dat 85-plussers minder vaak mantelzorg ontvangen van hun echtgeno(o)t(e) of partner dan 65-69 jarigen.

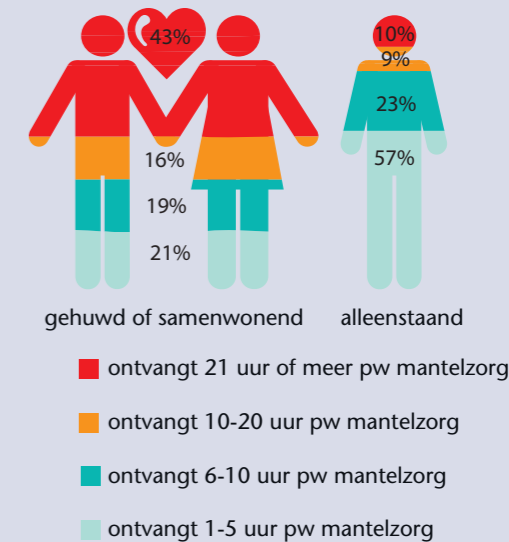
6.4.3 Aantal uren mantelzorg ontvangen en of dit voldoende is

Ouderen hebben eveneens de vraag voorgelegd gekregen hoeveel uur per week zij mantelzorg ontvangen en of dit aantal uren voldoende is of niet. Het merendeel van de Groningse ouderen ontvangt in 2016 in totaal 1-10 uur per week mantelzorg (61%). In de provincie Groningen ontvangt 26% van de ouderen per week 21 uur of meer mantelzorg.

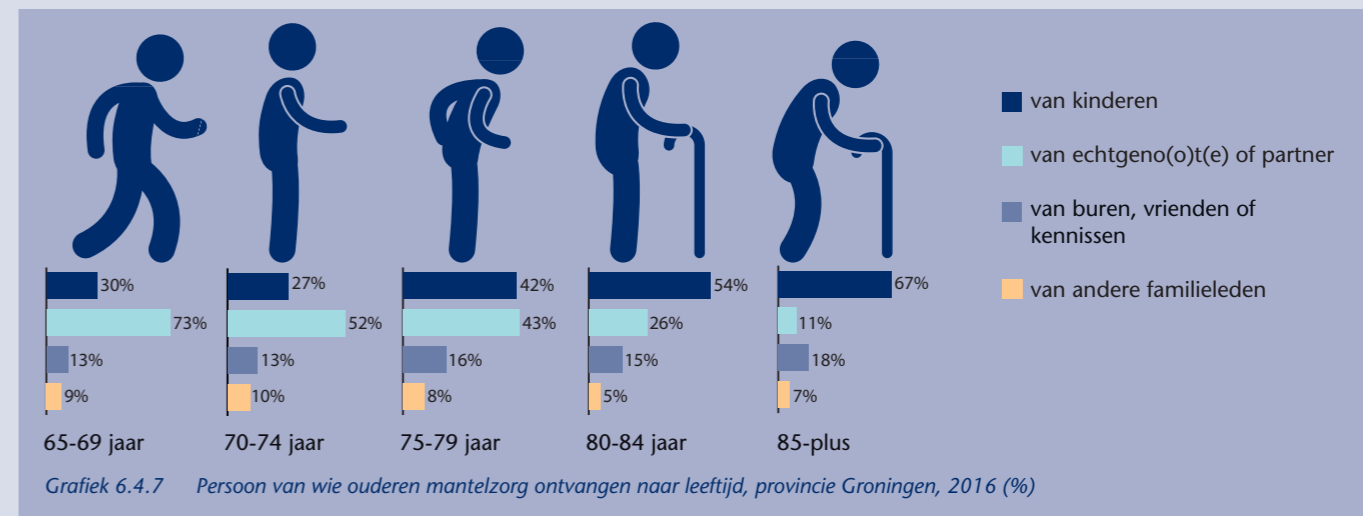
Het percentage ouderen dat 21 uur of meer per week aan mantelzorg ontvangt, is hoger onder getrouwde of samenwonende ouderen (zie grafiek 6.4.8). Getrouwde of samenwonende ouderen verlenen vaak mantelzorg aan elkaar.



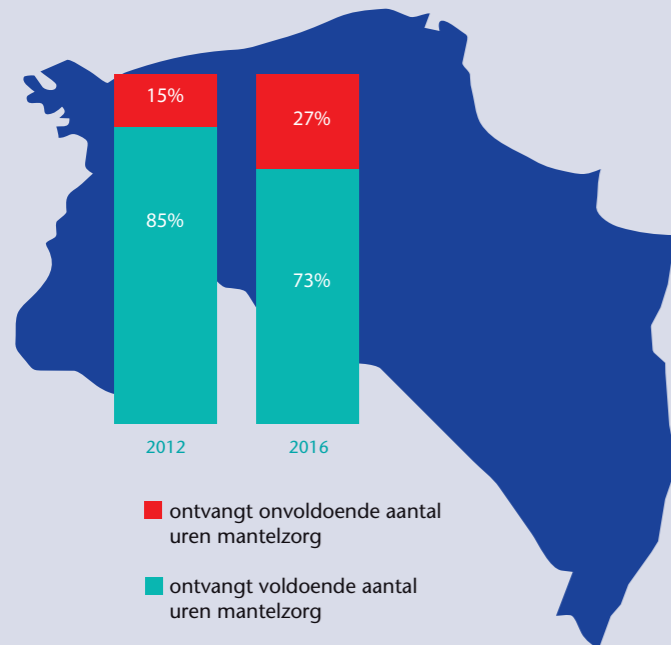
Afbeelding 6.4.6 Ouderen die momenteel mantelzorg ontvangen naar regio, provincie Groningen, 2016 (%)



Grafiek 6.4.8 Aantal uren mantelzorg ontvangen onder ouderen naar burgerlijke staat, provincie Groningen, 2016 (%)



Grafiek 6.4.7 Persoon van wie ouderen mantelzorg ontvangen naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)

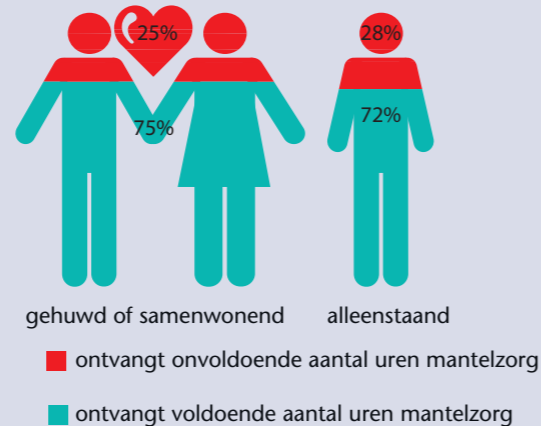


Grafiek 6.4.9 Onvoldoende aantal uren mantelzorg onder ouderen in de provincie Groningen, 2012-2016 (%)

Het percentage Groningse ouderen dat vindt dat zij onvoldoende mantelzorg hebben ontvangen is ten opzichte van 2012 gestegen (zie grafiek 6.4.9). In 2016 vindt ruim een kwart (27%) van de ouderen die mantelzorg ontvangen in de provincie Groningen dat dit onvoldoende is.

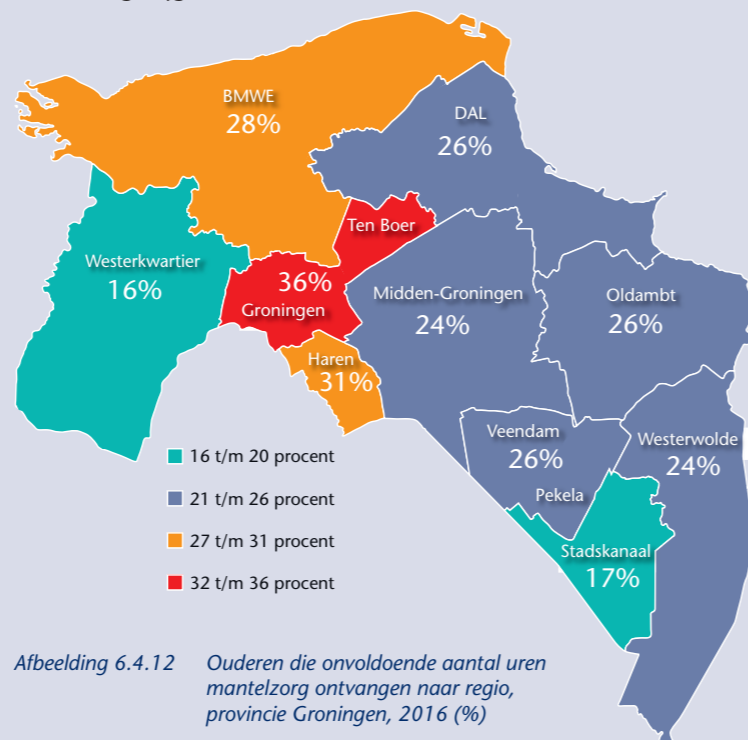
Met name ouderen van 70 tot en met 74 jaar en 80 tot en met 84 jaar vinden het aantal uren mantelzorg dat zij ontvangen onvoldoende (34-35%; zie grafiek 6.4.10).

Het percentage ouderen dat vindt dat zij onvoldoende mantelzorg ontvangen, is iets hoger onder alleenstaande ouderen (zie grafiek 6.4.11).

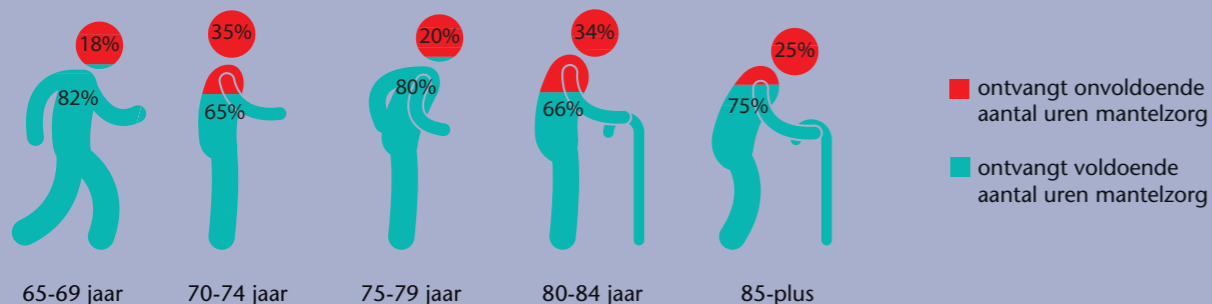


Grafiek 6.4.11 Onvoldoende aantal uren mantelzorg onder ouderen naar burgerlijke staat, provincie Groningen, 2016 (%)

In de regio Groningen en Ten Boer vinden relatief veel ouderen dat zij onvoldoende aantal uren mantelzorg ontvangen (36%; zie afbeelding 6.4.12). In de regio Westerkwartier vinden relatief weinig ouderen dat zij onvoldoende mantelzorg krijgen (16%).



Afbeelding 6.4.12 Ouderen die onvoldoende aantal uren mantelzorg ontvangen naar regio, provincie Groningen, 2016 (%)



Grafiek 6.4.10 Onvoldoende aantal uren mantelzorg onder ouderen naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)



Meedoen

7.1 | Eenzaamheid

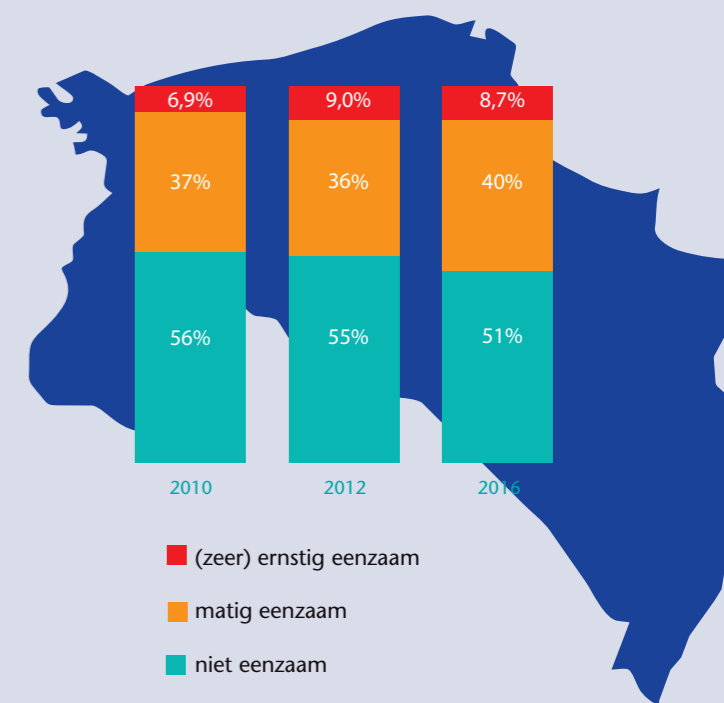


Eenzaamheid is een negatieve situatie, die gekenmerkt wordt door de ervaring van gemis en teleurstelling. Gevoelens van eenzaamheid kunnen leiden tot mentale gezondheidsklachten en fysieke klachten, waaronder een depressie en hart- en vaatziekten (Gierveld-De Jong, & Van Tilburg, 2007). Naarmate mensen ouder worden, neemt de grootte van hun sociale netwerk af door het overlijden van geliefden en leeftijdsgenoten of door het wegvallen van werk of andere bezigheden (Zantinge et al., 2011). Toch blijkt dat ouderen jonger dan 80 jaar zich niet vaker (ernstig) eenzaam voelen dan jongere mensen (Zantinge et al., 2011). Dit komt mogelijk doordat de wensen en verwachtingen ten aanzien van sociale relaties die ouderen hebben veranderen naarmate ze ouder worden. Daarnaast trekken ouderen zich vaker terug uit sociale verbanden en zijn ze meer op zichzelf (Dykstra, 2005; Zantinge et al., 2011). Ouderen die wel eenzaam zijn maken intensiever gebruik van ons zorgsysteem. Aan de ene kant omdat ze daadwerkelijk meer klachten hebben, aan de andere kant omdat ze de zorg gebruiken als vervanging voor andere contacten (Schoenmakers, Van Tilburg, & Fokkema, 2013).

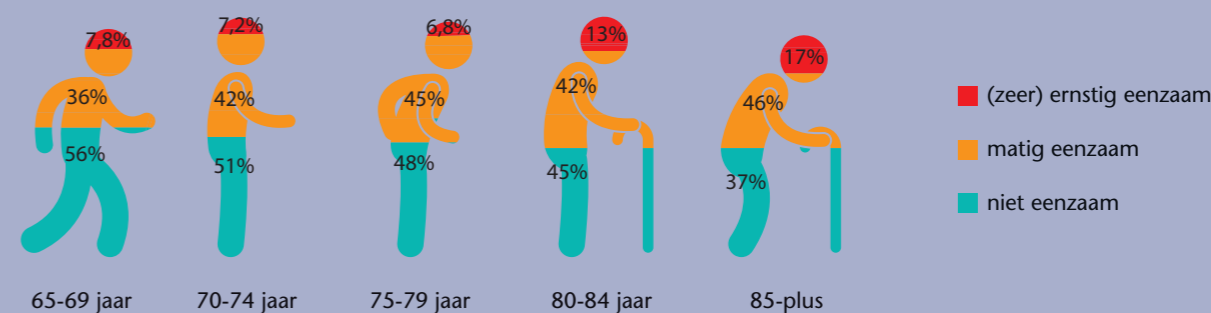
Sinds 2010 is het percentage (zeer) ernstig eenzame ouderen in de provincie Groningen licht toegenomen (zie grafiek 7.1.1). In 2016 voelt 40% van de Groningse ouderen zich matig eenzaam en 8,7% voelt zich (zeer) ernstig eenzaam.

Groningers van 65 jaar en ouder voelen zich ongeveer even vaak (zeer) ernstig eenzaam als de gemiddelde Nederlandse ouderen (9,4%).

Naarmate de leeftijd stijgt, neemt de kans op (zeer) ernstige eenzaamheid toe (zie grafiek 7.1.2). In 2016 voelt 13% van de ouderen van 80 tot en met 84 jaar zich (zeer) ernstig eenzaam en van de 85-plussers is 17% (zeer) ernstig eenzaam.

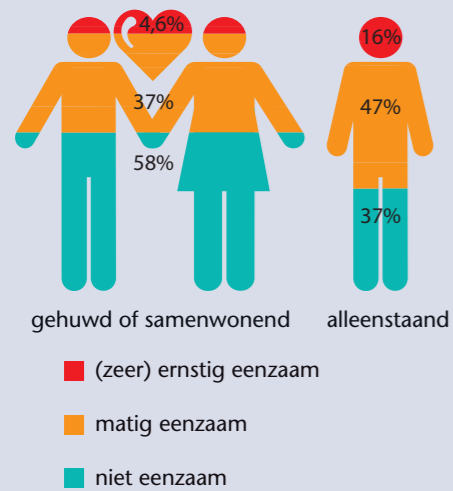


Grafiek 7.1.1 Mate van eenzaamheid onder ouderen in de provincie Groningen, 2010-2016 (%)



Grafiek 7.1.2 Mate van eenzaamheid onder ouderen naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)

Het percentage ouderen dat zich ernstig eenzaam voelt, is hoger onder alleenstaande ouderen (zie grafiek 7.1.3).

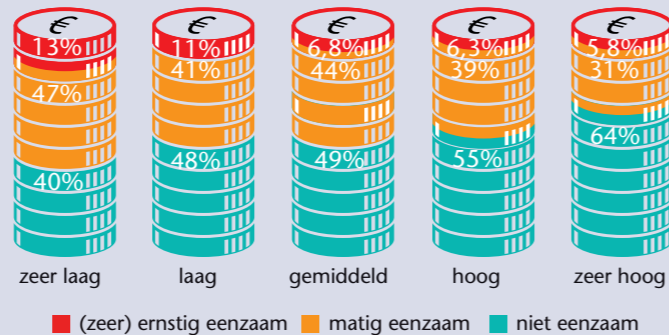


Grafiek 7.1.3 Mate van eenzaamheid onder ouderen naar burgerlijke staat, provincie Groningen, 2016 (%)

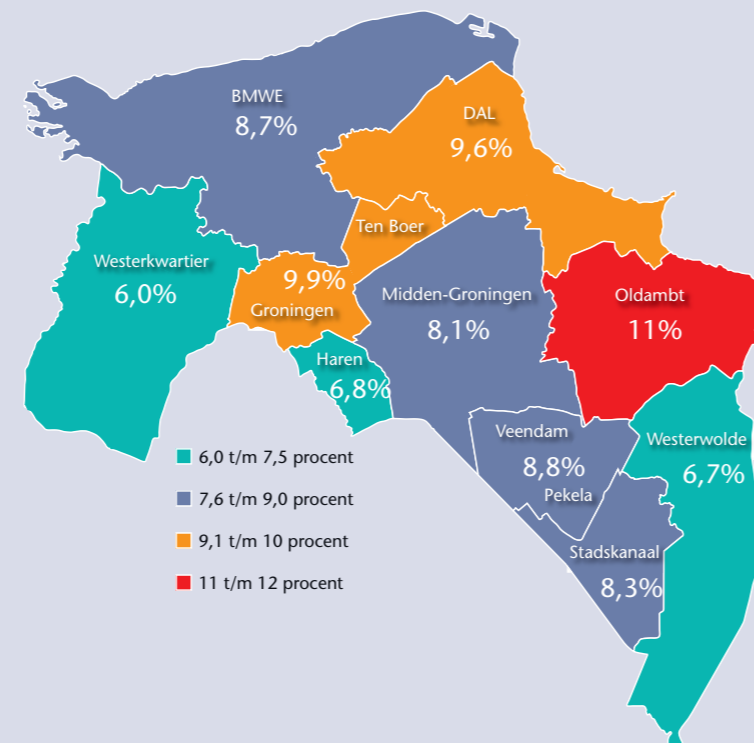
Hoogopgeleide ouderen voelen zich minder vaak ernstig eenzaam dan ouderen die een lagere opleiding hebben afgerond (zie grafiek 7.1.4).

Ouderen met een zeer laag inkomen voelen zich twee keer zo vaak ernstig eenzaam (13%) als ouderen in een hogere inkomensklasse (6%; zie grafiek 7.1.4).

In de regio Oldambt voelen relatief veel ouderen zich ernstig eenzaam (11%) en in de regio Westerkwartier voelen relatief weinig ouderen zich ernstig eenzaam (6%; zie afbeelding 7.1.5).



Grafiek 7.1.4 Mate van eenzaamheid onder ouderen naar opleidingsniveau en inkomen, provincie Groningen, 2016 (%)



Afbeelding 7.1.5 (Zeer) ernstige eenzaamheid onder ouderen naar regio, provincie Groningen, 2016 (%)



Meedoen

7.2 | Mantelzorg geven



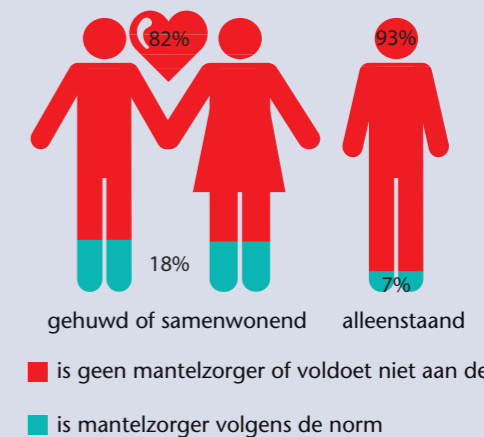
Mantelzorg is onbetaalde zorg die iemand geeft aan familie of bekenden die een hulpbehoefte hebben vanwege een langdurige ziekte, handicap of aandoening (Zantinge et al., 2011; De Boer & De Klerk, 2013). Iemand is mantelzorger als de zorg al minimaal 3 maanden duurt of als hij/zij zorg biedt voor minimaal 8 uur per week (RIVM, 2016). Door wijzigingen in de Wet maatschappelijke ondersteuning blijven ouderen langer thuis wonen en wordt er een groter beroep gedaan op het sociale netwerk van ouderen en andere vormen van vrijwillige zorg. Dit brengt een risico op overbelasting van mantelzorgers met zich mee (Sociaal Planbureau, 2015). Uit onderzoek blijkt dat een vijfde deel van de oudere mantelzorgers gezondheidsproblemen ervaart (De Boer et al., 2009). Het percentage ouderen dat mantelzorg verleent, neemt volgens schattingen van het Sociaal Cultureel Planbureau tot 2030 toe, terwijl dit bij volwassenen onder de 65 jaar afneemt (Sadiraj et al., 2009).

7.2.1 Mantelzorg geven

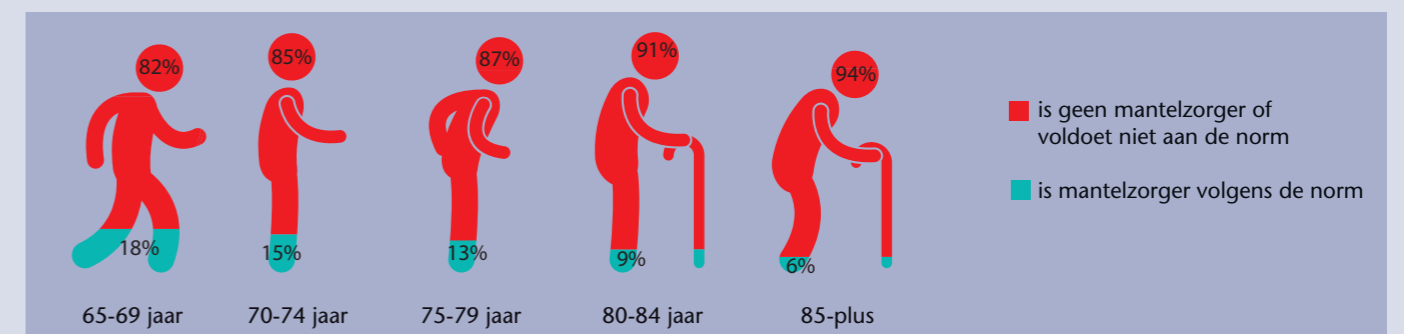
In 2016 heeft 20% van de Groningse ouderen *in het afgelopen jaar* mantelzorg gegeven en 14% van de ouderen geeft *momenteel* mantelzorg. Het verschil met ouderen elders in Nederland is minimaal (15%). Ten opzichte van 2012 is het percentage ouderen dat mantelzorg geeft in de provincie Groningen vrij stabiel gebleven.

Het geven van mantelzorg hangt sterk samen met leeftijd. Het percentage Groningers dat mantelzorg geeft is respectievelijk naar leeftijdscategorie: 4% (19-34 jaar), 13% (35-49 jaar), 24% (50-64 jaar), 18% (65-74 jaar) 12% (75+). Vooral volwassenen van middelbare leeftijd zijn vaak mantelzorger. Onder de ouderen geven 65-69 jarigen naar verhouding vaak mantelzorg (18%; zie grafiek 7.2.1). Met het ouder worden neemt het geven van mantelzorg af. Dit komt deels door afnemende draagkracht en een toename van professionele zorg.

Het percentage ouderen dat mantelzorg geeft, is relatief hoog onder ouderen die getrouwd zijn of samenwonen (zie grafiek 7.2.2).



Grafiek 7.2.2 Mantelzorg geven door ouderen naar burgerlijke staat, provincie Groningen, 2016 (%)

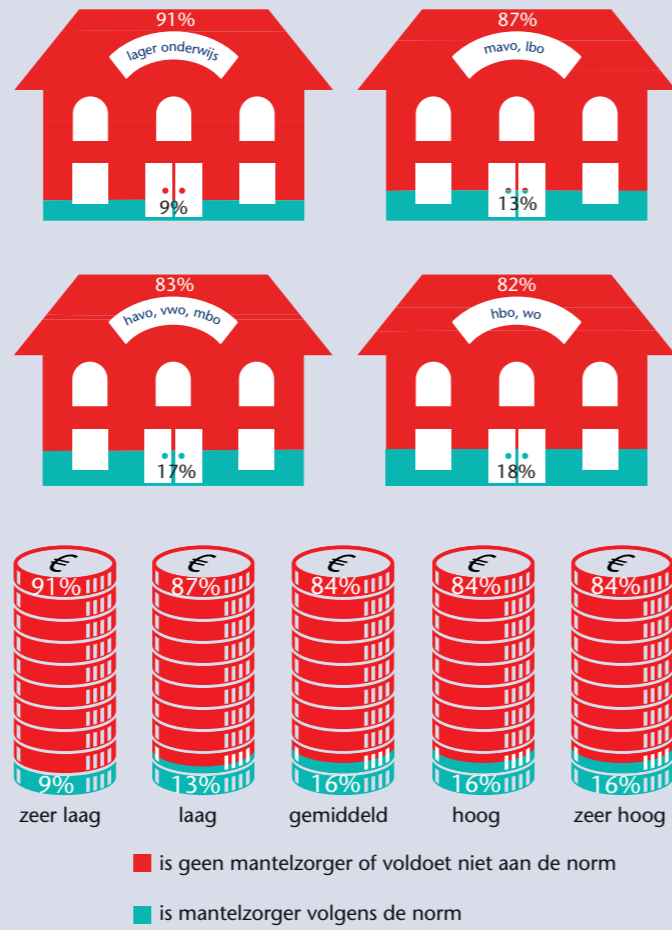


Grafiek 7.2.1 Mantelzorg geven door ouderen naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)

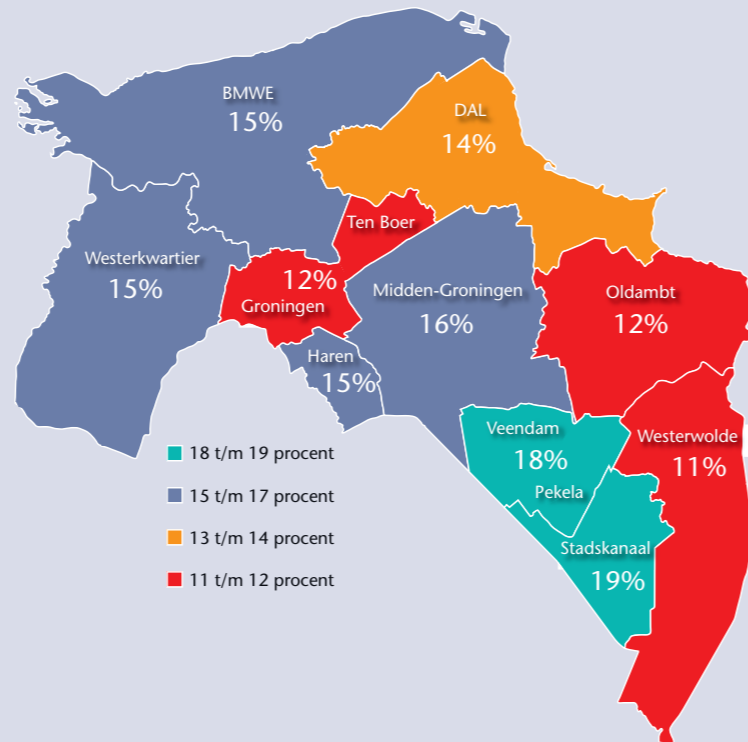
Ouderen die alleen lager onderwijs hebben afgerond zijn minder vaak mantelzorgvergeleken met ouderen die een hogere opleiding hebben afgerond (zie grafiek 7.2.3).

Ouderen met een hoger inkomen zijn vaker mantelzorgvergeleken (16%) dan ouderen in de laagste inkomensgroep (9%; zie grafiek 7.2.3).

In de regio Stadskanaal wordt door relatief veel ouderen mantelzorg gegeven (19%). In de regio Westervolde wordt relatief weinig mantelzorg gegeven (11%; zie afbeelding 7.2.4).



Grafiek 7.2.3 Mantelzorg geven door ouderen naar opleidingsniveau en inkomen, provincie Groningen, 2016 (%)

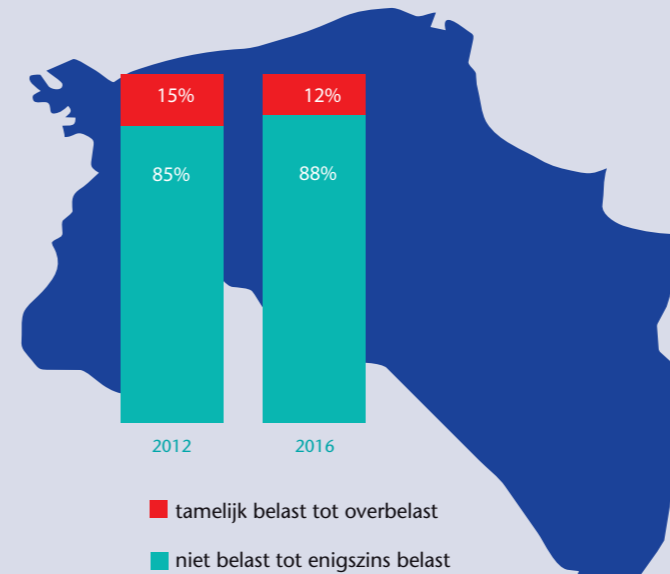


Afbeelding 7.2.4 Mantelzorgers onder ouderen naar regio, provincie Groningen, 2016 (%)

7.2.2 Activiteiten van mantelzorgers

Mantelzorgers kregen de vraag voorgelegd uit welke activiteiten de gegeven mantelzorg voornamelijk bestaat. De volgende activiteiten worden het vaakst door mantelzorgers uitgevoerd: het houden van gezelschap, het geven van troost en afleiding, het geven van begeleiding en/of vervoer en hulp in de huishouding.

In grafiek 7.2.5 staan de activiteiten van mantelzorgers onder ouderen naar leeftijd weergegeven. Volwassenen tot 65 jaar geven ook mantelzorg aan ouderen, maar die zijn hier niet meegenomen.

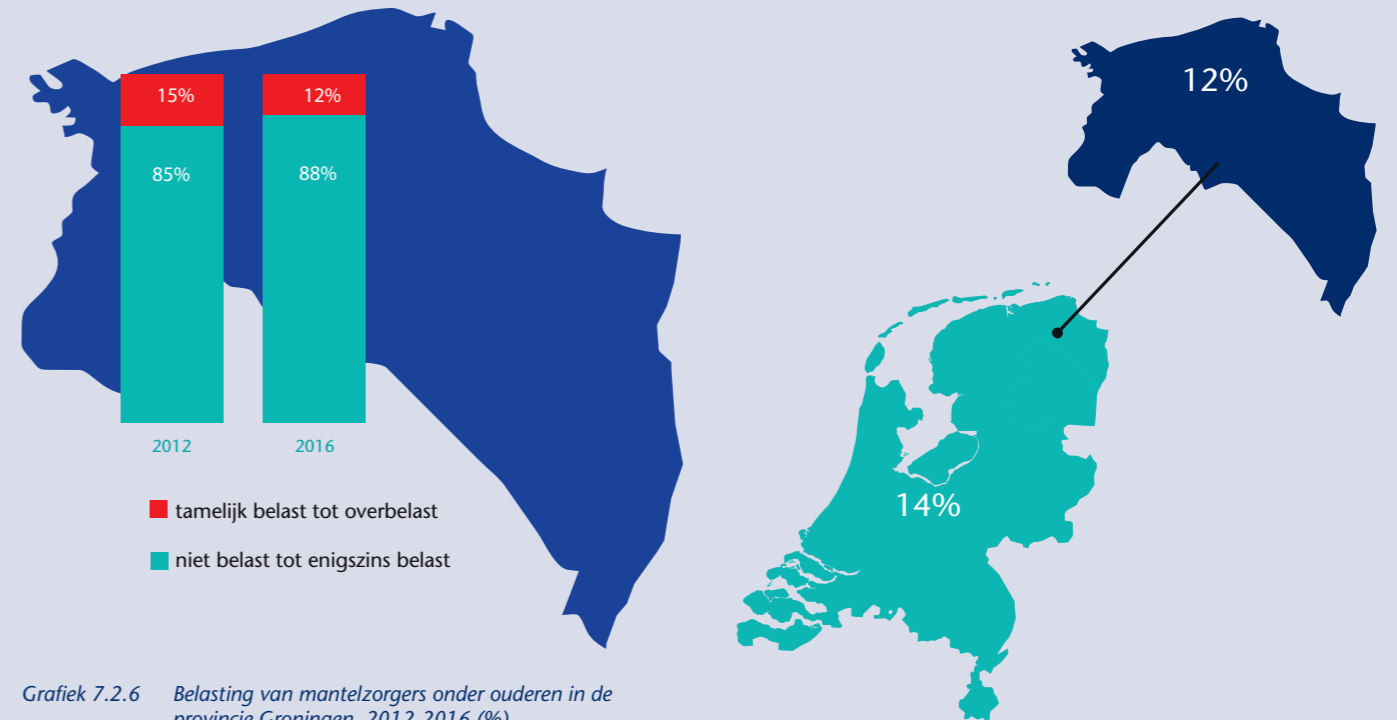


Grafiek 7.2.5 Activiteiten van mantelzorgers onder ouderen naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)

Naarmate de leeftijd van de mantelzorgers stijgt, neemt het percentage dat hulp biedt bij de persoonlijke verzorging en een warme maaltijd klaarmaakt voor anderen toe (zie grafiek 7.2.5).

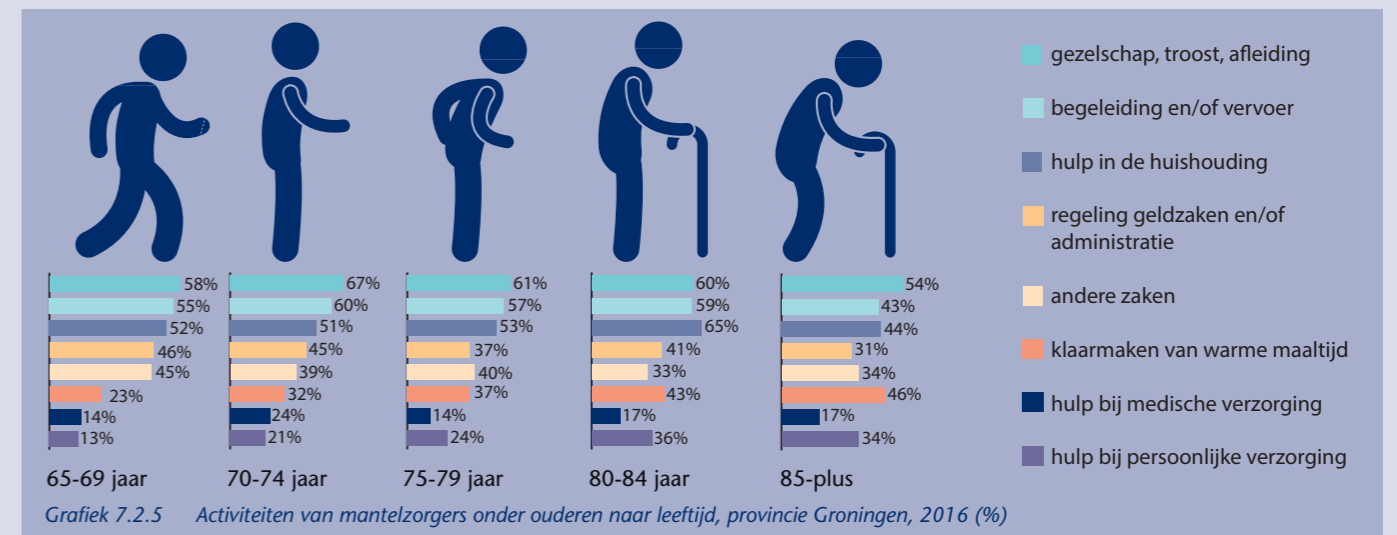
7.2.3 Mate van belasting van mantelzorgers

Ten opzichte van 2012 (15%) is het percentage ouderen dat tamelijk belast tot overbelast is als mantelzorgers in de provincie Groningen licht gedaald (12%, zie grafiek 7.2.6). In de provincie Groningen zijn ouderen iets minder vaak overbelast als mantelzorgers dan gemiddeld in Nederland (12% versus 14%; zie afbeelding 7.2.7).



Grafiek 7.2.6 Belasting van mantelzorgers onder ouderen in de provincie Groningen, 2012-2016 (%)

Afbeelding 7.2.7 Belasting van mantelzorgers onder ouderen in de provincie Groningen t.o.v. Nederland, 2016 (%)



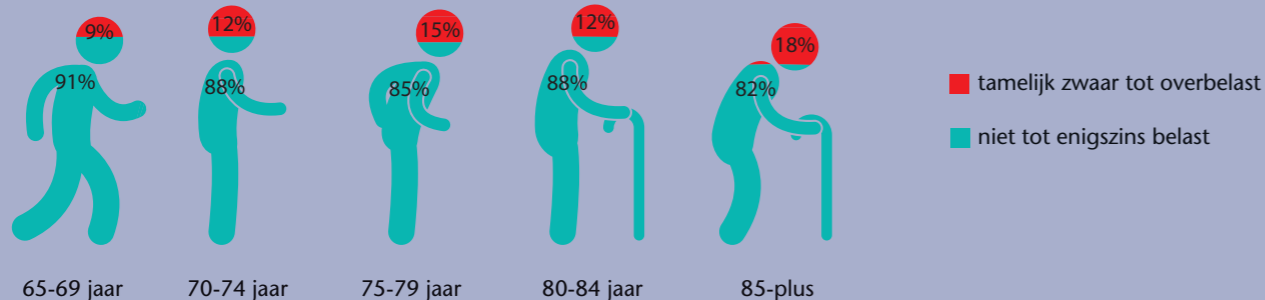
Grafiek 7.2.5 Activiteiten van mantelzorgers onder ouderen naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)



7.3 | Vrijwilligerswerk



Gezondheid kan de maatschappelijke participatie beïnvloeden en andersom (Harbers & Hoeymans, 2013). Ouderen willen, ook op hoge leeftijd, deel uitmaken van de samenleving (Van Overbeek & Schippers, 2004). Vrijwilligerswerk kan ouderen de gelegenheid bieden om voldoening in hun leven te vinden en zich gezond te voelen (Harbers & Hoeymans, 2013; Bekkers et al., 2013). Een belangrijke behoefte van ouderen is zingeving in het leven (NPO, 2016; De Bruin, 2016). Hieronder valt dat ouderen het gevoel hebben nog bij te kunnen dragen aan de maatschappij. Daarnaast wordt het sociaal netwerk van ouderen vergroot, waardoor zij sociale steun kunnen ervaren (Harbers & Hoeymans, 2013; Bekkers et al., 2013). Door ziekten en beperkingen kan de maatschappelijke participatie afnemen (Sadiraj et al., 2009; Hoeymans et al., 2005). Voor participatie geldt dat niet zozeer de ziekten, als wel de beperkingen ten gevolge van ziekten de belangrijkste obstakels vormen (Hoeymans et al., 2005).



Grafiek 7.2.8 Belasting van mantelzorgers onder ouderen naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)

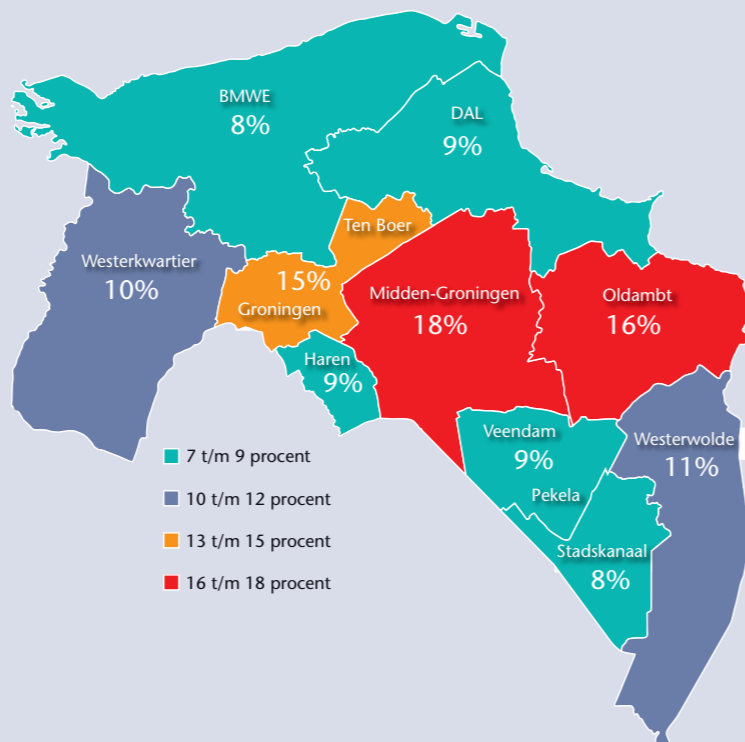
Naarmate mensen ouder worden, neemt de belasting van mantelzorgers toe (zie grafiek 7.2.8). Ouderen van 85 jaar en ouder voelen zich het vaakst overbelast. Deze overbelasting kan zowel verklaard worden door de hoge leeftijd van de oudere zelf als de hoeveelheid benodigde zorg voor de partner.

Er zijn geen verschillen tussen alleenstaande ouderen en getrouwde of samenwonende ouderen wat betreft hun ervaren belasting als mantelzorger (12%).

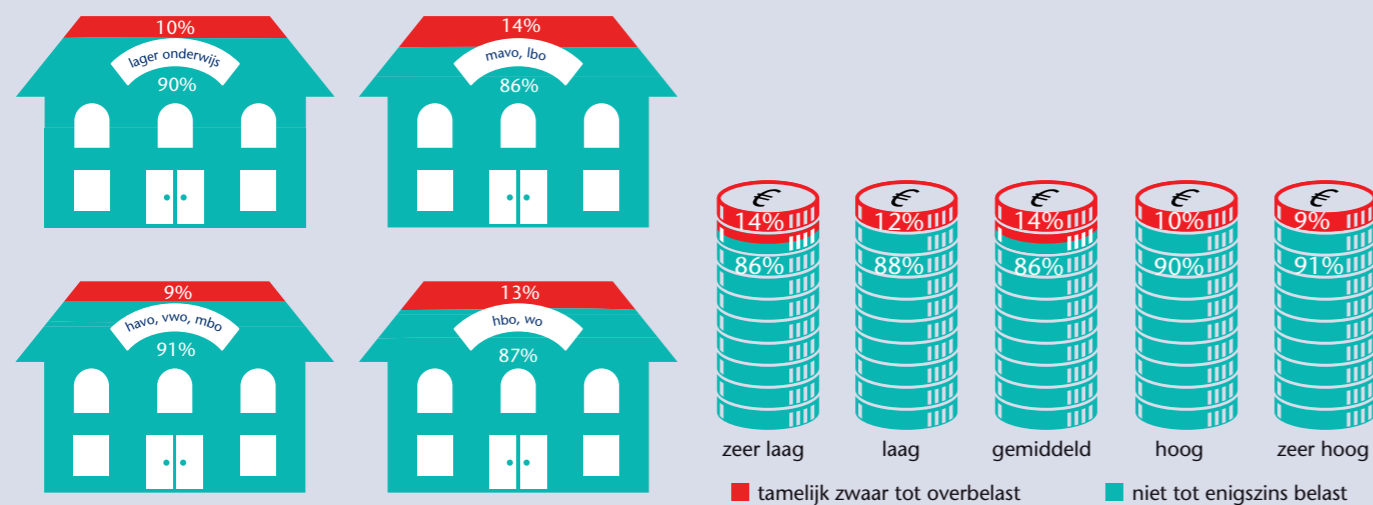
Er is geen duidelijk patroon in de mate van belasting die mantelzorgers ervaren naar opleidingsniveau (zie grafiek 7.2.9).

Ouderen met een zeer hoog inkomen voelen zich minder vaak overbelast als mantelzorger (9%) dan ouderen in de laagste inkomensgroep (14%; zie grafiek 7.2.9).

In de regio Midden-Groningen voelen relatief veel ouderen zich overbelast als mantelzorger en in de regio Stadskanaal voelen relatief weinig mantelzorgers zich overbelast (zie afbeelding 7.2.10).



Afbeelding 7.2.10 Belasting van mantelzorgers onder ouderen naar regio, provincie Groningen, 2016 (%)

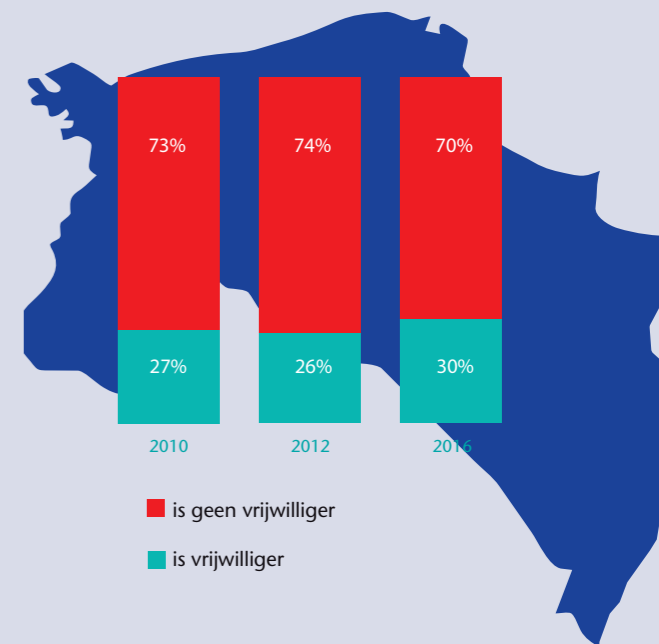


Grafiek 7.2.9 Belasting van mantelzorgers onder ouderen naar opleidingsniveau en inkomen, provincie Groningen, 2016 (%)

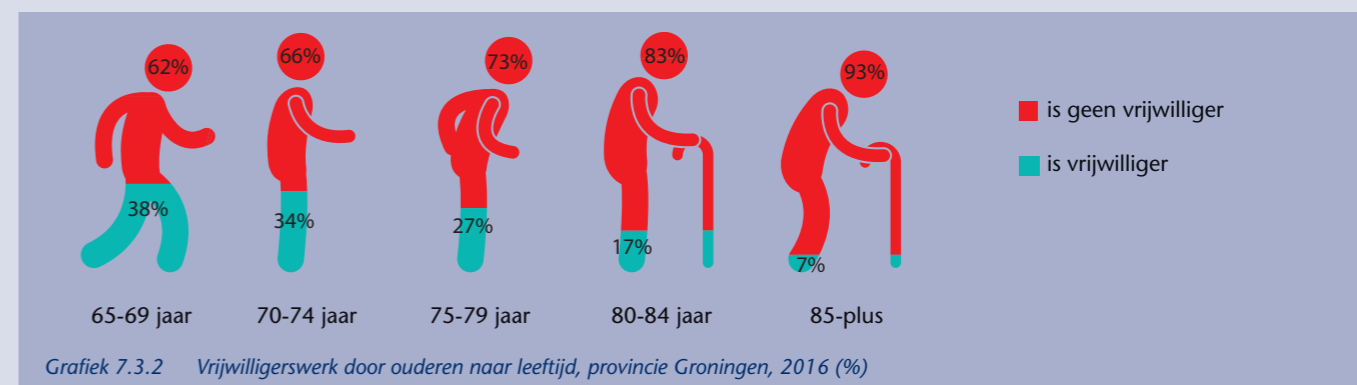
In 2016 verrichtte 30% van de ouderen in Groningen vrijwilligerswerk. Dit is gelijk aan het percentage vrijwilligers in 2016 onder ouderen elders in Nederland.

Ten opzichte van 2010 is het percentage vrijwilligers onder Groningse ouderen licht gestegen (zie grafiek 7.3.1).

Naar verhouding zijn veel 65-69 jarigen vrijwilliger (38%). Ouderen van 85 jaar en ouder doen minder vaak vrijwilligerswerk (7%; zie grafiek 7.3.2).

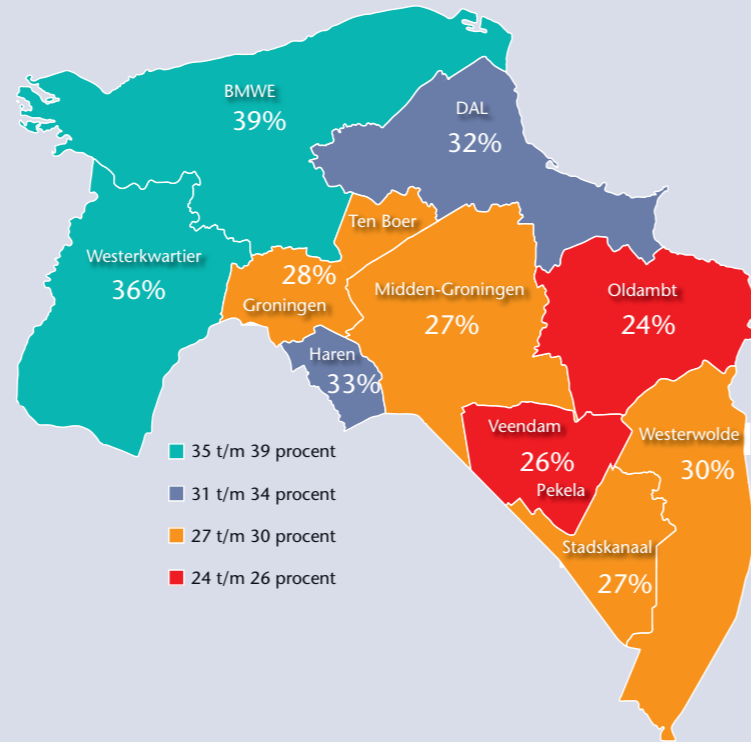


Grafiek 7.3.1 Vrijwilligerswerk door ouderen in de provincie Groningen, 2010-2016 (%)



Grafiek 7.3.2 Vrijwilligerswerk door ouderen naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)

In Oost-Groningen en in de regio Groningen en Ten Boer verrichten naar verhouding minder ouderen vrijwilligerswerk (zie afbeelding 7.3.3).



Afbeelding 7.3.3 Vrijwilligerswerk door ouderen naar regio, provincie Groningen, 2016 (%)



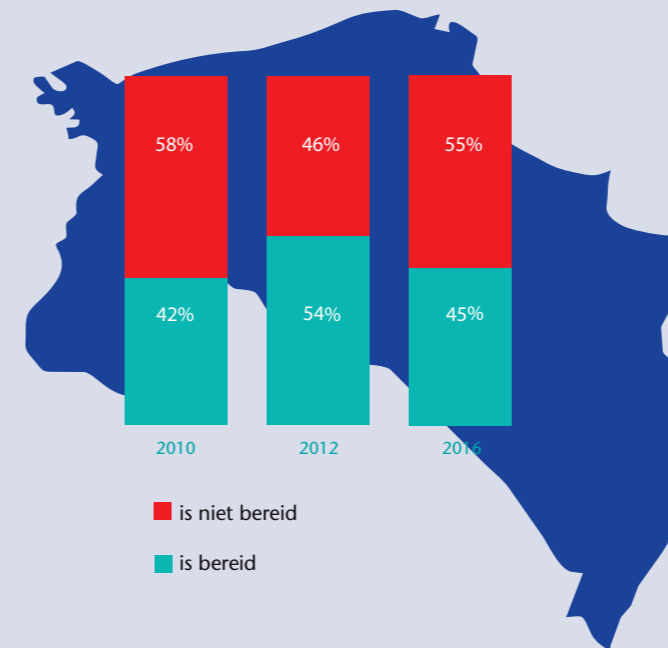
Meedoen

7.4 | Bereidheid vrijwillige ondersteuning



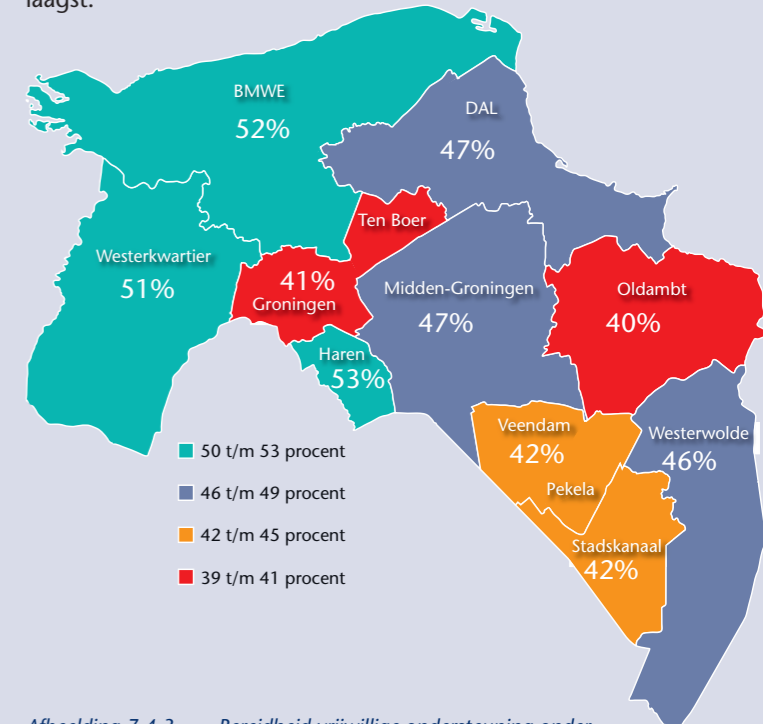
In de vragenlijst is een vraag opgenomen over de bereidheid om vrijwillig ondersteuning te bieden. Bijvoorbeeld helpen bij huishoudelijke taken of boodschappen doen. De bereidheid om vrijwillig ondersteuning te bieden is groot. Ongeveer de helft van de ouderen in de provincie Groningen is bereid om hulp te bieden (zie grafiek 7.4.1).

Het percentage ouderen dat bereid is om iemand vrijwillig te ondersteunen is het hoogst onder de leeftijdscategorie 65 tot en met 69 jaar (56%; zie grafiek 7.4.2). De bereidheid voor vrijwillige ondersteuning is het minst groot onder de 85-plusers (17%). Dit kan verklaard worden doordat ouderen op hoge leeftijd het fysiek niet meer aan kunnen om ondersteuning te bieden.

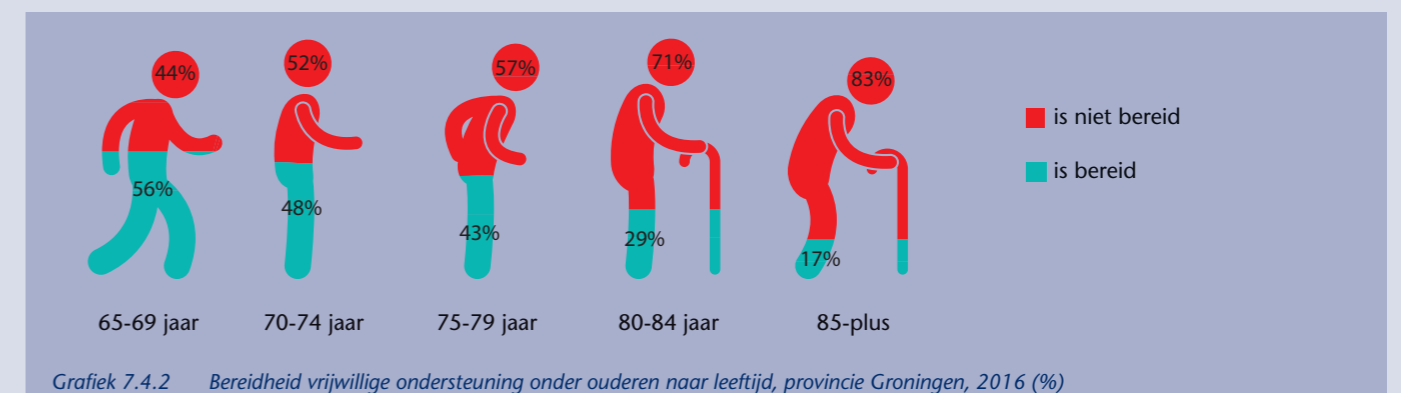


Grafiek 7.4.1 Bereidheid vrijwillige ondersteuning onder ouderen in de provincie Groningen, 2010-2016 (%)

Ruim de helft van de ouderen in de regio Haren is bereid om vrijwillig ondersteuning te bieden (zie afbeelding 7.4.3). In de regio Olambt is de bereidheid om vrijwillig hulp te bieden het laagst.



Afbeelding 7.4.3 Bereidheid vrijwillige ondersteuning onder ouderen naar regio, provincie Groningen, 2016 (%)



Grafiek 7.4.2 Bereidheid vrijwillige ondersteuning onder ouderen naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)

8 | Literatuurlijst

Alcoholinfo.nl. (2010). *Negatieve effecten van alcoholgebruik op ouderen*. In: Alcoholinfo.nl. 2010. Zie: www.alcoholinfo.nl/index.cfm?act=site.tonen&pagina=285

ANBO & Woonz. (2016). *Verhuizen en Anticiperen. Een peiling van ANBO en Woonz*. https://www.anbo.nl/sites/default/files/uploads/rapportage_woonz_anbo_peiling_woontrends_def.pdf

Anderson P., & Baumberg B. (2006). *Alcohol in Europe: a public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies.

Bekkers, R. H. F. P., De Wit, A., & Broese, M. I. (2013). Vitamine V: Waarom Oudere Vrijwilligers Langer en Gezonder Leven. *Tijdschrift voor gezondheids-wetenschappen (TSG)*, 91.

Benyamini, Y., & Idler, E. L. (1999). Community studies reporting associations between self-rated health and mortality. Additional studies, 1995-1998. *Research on Aging*, 21, 392-401.

Bierman, E., Comijs, H., Depla, M., Ten Have, M., & Pot, A. M. (2007). *Psychische problemen en GGZ-gebruik bij ouderen met lichamelijke aandoeningen. Deelstudie 2 van de Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen (MGO)*. Utrecht/Amsterdam: Trimbo-instituut/LASA.

Blanchard-Fields, F. (2007). Everyday problem solving and emotion - An adult developmental perspective, *Current Directions in Psychological Science*, 16, 26-31.

Blanchflower, D. G., & Oswald A. J. (2008). Is well-being U-shaped over the life cycle? *Social Science & Medicine*, 66, 1733-1749.

Cardol, M., Dijk, L. van, Jong, J. D. de, Bakker, D. H. de, & Westert, G. P. (2004). *Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisarts-praktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter?* Utrecht: NIVEL.

Cargiulo T. (2007). Understanding the health impact of alcohol dependence. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 64, S5-S11.

Carstensen, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312, 1913-1915.

CBS (2008): <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2008/51/een-vijfde-van-de-ouderen-heeft-lichamelijke-beperkingen>

CBS (2011): <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2011/28/ouderen-wonen-steeds-langer-zelfstandig>

CBS (2015): <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2015/18/beperkingen-in-dagelijkse-handelingen-bij-ouderen>

CBS (2017): <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/12/bijna-90-procent-zegt-zich-gelukkig-te-voelen>

CZM, Chronisch Ziekten Model (2010). Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Zie: www.nationaalkompas.nl/algemeen/meta-informatie/modellen/czm

De Boer, A., & De Klerk, M. (2013). *Informeel zorg in Nederland*. Den Haag: SCP.

De Bruin, S. R., Lemmens, L., LeGe, M., Buist, Y., Stoop, A., & Baan, C. (2016). *Vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen: wat is nodig om beter aan te sluiten bij hun wensen en behoeften?* (factsheet). Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Depla, M., Pot, A. M., De Graaf, R., Van Dorsselaer, S., Sonnenberg, C. M., & Deeg, D. J. H. (2005). *Ontwikkeling in het gebruik van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg door ouderen tot 2020*. Utrecht: Trimbo-instituut.

DeSalvo K. B., Blosner, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2006). Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 267-275.

Doekhie, K. D., de Veer, A. J. E., Rademakers, J. J. D. J. M., Schellevis, F. G., &

Francke, A. L. (2014). *Ouderen van de toekomst. Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg*. Utrecht: Nivel.

Dykstra, P. A., Van Tilburg, T. G., & De Jong Gierveld, J. (2005). Changes in older adult loneliness. Results from a seven-year longitudinal study. *Research on Aging*, 27, 725-747.

Gezondheidsraad (2003). *Volksgezondheidsschade door passief roken*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Gezondheidsraad (2003). *Overgewicht en obesitas*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Gezondheidsraad (2009). *Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Gezondheidsraad (2015). *Richtlijnen goede voeding 2015*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Gierveld-de Jong, J., & van Tilburg, T. (2007). *Uitwerking en definitie van het begrip eenzaamheid*. In: Zicht op eenzaamheid: achtergronden, oorzaken en aanpak. Assen: Van Gorcum. p. 7-14.

Goes, A., Schakenraad, W. & Daru, S. (2016). *Preventie en aanpak ouderen-mishandeling. Een handreiking voor de gemeente*. Den Haag: VNG (m.m.v. H. van Xanten & W. Lindenberg).

Griens, A. M. G. F., Lukaart, J. S., & Van der Vaart, R. J. (2010). *Data en feiten 2010. Het jaar 2009 in cijfers*. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen.

Harbers, M. M., & Hoeymans, N. (2013). *Gezondheid en maatschappelijke participatie: Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezond en Milieu (RIVM).

Hoeymans, N., Melse, J. M., & Schoemaker, C. G. (2010). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Van gezond naar beter: deelrapport Gezondheid en determinanten*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Hoeymans, N., Timmermans, J. M., De Klerk, M. M. Y., De Boer, A. H., Deeg, D. J. H., & Poppelaars, J. J., et al. (2005). *Gezond actief: de relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie onder Nederlandse ouderen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Houwing, S., Bijleveld, F. D., Commandeur, J. J. F., & Vissers, L. (2014). *Het werkelijk aandeel verkeersdoden als gevolg van alcohol*. Den Haag: Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV).

In't Panhuis-Plasmans, M., Luijben, A. H. P., & Hoogenveen, R. T. (2012). *Zorgkosten van ongezond gedrag. Kosten van ziekten notities 2012-2*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Kahn, R. (2016). *Op je gezondheid? Over de effecten van alcohol*. Amsterdam: Balans.

Kessler, R. R. C., Chiu, W.T. at, Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.

Klerk, M. De, Boer, A. De, Plaisier, I., Schyns, P., & Kooiker, S. (2015). *Informeel hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Knoops, K. T. B., De Groot, L. C. P. G. M., Kromhout, D., Perrin, A., Moreiras-Varela, O., & Menotti, A. (2004). Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *JAMA*, 29, 1433-1439.

Knoops, K. & Van Den Brakel, M. (2010). Rijke mensen leven lang en gezond. Inkomensgerelateerde verschillen in gezonde levensverwachting. *TSG*, 88, 17-24.

LINH, Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQhealthcare. Zie: www.linh.nl

Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO, 2016). *Toekomstvisie en verander-agenda*: <http://www.beteroud.nl/ouderen/toekomstvisie-veranderagenda.html>

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG; 2002). *Toekomstvisie Huisartsenzorg*. Utrecht: NHG. Cargiulo T. (2007) Understanding the health impact of alcohol dependence. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 64, S5-S11.

Netuveli, G., Wiggins, R. D., Hildon, Z., Montgomery, S.M., & Blane, D. (2006). Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 357-363.

Nied, R. J., & Franklin, B. (2002). Promoting and prescribing exercise for the elderly. East Lansing: *American Family Physician*, 65, 419-426.

Nooyens, A. C., Van Gelder, B. M., & Verschuren, W. M. (2008). Smoking and cognitive decline among middle-aged men and women: the Doetinchem Cohort Study. *American Journal of Public Health*, 98, 2244-2250.

Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 572-581.

Openbaar Ministerie: <https://www.om.nl/onderwerpen/alcohol-geweld/>

PAGAC (2008). *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report*. Washington, DC: Department of Health and Human Services.

Peeck, C., & Vink, J. (2016). *Een leven lang vitaal. Eindrapport project ouderen en preventie*. Den Haag: Schutteleaar en partners.

Peersman, W., Cambier, D., De Maeseneer, J., & Willems, S. (2012). Gender, educational and age differences in meanings that underlie global self-rated health. *International Journal of Public Health*, 57, 513-523.

Penninx, K., & Royers, T. (2007). *Werken aan een uitnodigende leefomgeving voor ouderen: een handreiking voor Welzijn Ouderen*. Utrecht: Vilans.

Puts, M. T. E., Shekary, N., Widdershoven, G., Heldens, J., Lips, P., & Deeg, D. (2007). What does quality of life mean to older frail and non-frail community-dwelling adults in the Netherlands. *Quality of Life Research*, 16, 263-277.

Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu (RIVM): <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/roken/cijfers-context/oorzaken-en-gevolgen#node-ziekte-en-ziekte-elast-van-roken>

Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu (RIVM): <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/ervaren-gezondheid/cijfers-context/oorzaken-gevolgen#definitie>

Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu (RIVM): <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/ervaren-gezondheid/cijfers-context/oorzaken-gevolgen#node-relatie-tussen-ziekten-en-ervaren-gezondheid>

Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu (RIVM): <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/cijfers-context/prevalentie#definitie>

Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu (RIVM): http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2013/Aantal_chronisch_zieken_neemt_toe

Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu (RIVM): <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/participatie/cijfers-context/inleiding#definitie>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM): www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-enkwiliteit-van-lichamelijk-functioneren/wat-is-de-relatie-met-ziekten-endeterminanten

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2017). *Handreiking gezonde gemeente: gezonde leefomgeving*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Sadiraj, K., Timmermans, J., Ras, M., & De Boer, A. (2009). *De toekomst van de mantelzorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).

Scheibe, S., & Carstensen, L. (2010). Emotional Aging: Recent Findings and Future Trends. *The Journals of Gerontology*, 65B, 135-144.

Schoenmakers E. C., Van Tilburg, T. G., & Fokkema, T. (2013). Awareness of risk factors for loneliness among third agers. *Aging & Society*, online publication, 1-17.

SCP (Sociaal Cultureel Planbureau) : www.scp.nl/geluk

Simon, S. R., Majumdar, S. R., Prosser, L. A., Salem-Schatz, S., Warner, C., Kleinman, K., et al. (2005). Group versus individual academic detailing to improve the use of antihypertensive medications in primary care: a cluster-

randomized controlled trial. *American Journal of Medicine*, 118, 521-528.

Sociaal Planbureau Groningen (2015). Feitenblad Zorgmonitor Groningen: Ondersteuning van mantelzorgers.

Staatsen B., Van Alphen T., Houweling D., Van der Ree J., & Kruize H. (2016). *Gezonde leefomgeving, gezonde mensen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Stek, M. L. (2004). *Depression in late life: natural history, treatment and prognosis*. [Proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Stiggelbout, M., Westhoff, M. H., Mulder, Y. M., Ooijendijk, W. T. M., Hildebrandt, V. H., & Baken, W. (1998). De gezondheidswaarde van lichamelijke activiteit; een literatuurstudie. Leiden: TNO.

Stone, A. A., Schwartz, J. E., Broderick, J. E., & Deaton, A. (2010). A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *PNAS*, 107, 9985-9990.

Surgeon General (1999). *Mental health: A Report of the Surgeon General*. <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/home.html>

US DHHS (1996). *Physical activity and health: A report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services.

Van Campen, C. (2011). *Kwetsbare Ouderen*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Van Duin, C., & Garssen, J. (2010). *Bevolkingsprognose 2010-2060: sterkere vergrijzing, langere levensduur*. Den Haag/Heerlen: CBS.

Van Gool, C. H., Hoeymans, N., & Picavet, H. S. J. (2009). *Lichamelijke functioneren: Wat is de relatie met ziekten en determinanten?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas.

Van der Lucht, F., & Polder, J. J. (2010). *Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Van Overbeek, R., & Schippers, A., (2004). *Ouder worden we allemaal. Trendstudies en toekomstdebatten over de vergrijzing in Nederland*. Utrecht: NIZW Uitgeverij.

Van Triest, N., & Schellekens, E. (2014). *Langer thuis? Toekomstbestendig wonen begint vandaag!* Den Haag: Platform 31.

Veenhoven, R. (1984). *Conditions of Happiness*. Dordrecht/Boston: Kluwer Academic.

Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life, *Journal Of Happiness Studies*, 1, 1-39.

Vilans (2007). *Factsheet Zelfmanagement bij ouderen*. Utrecht: Vilans.

Visscher, T. L. S., & Seidell, J. C. (2001). The public health impact of obesity. *Annual Review of Public Health*, 22, 355-375.

VWS (2011). Actieplan 'Ouderen in Veilige Handen'. Den Haag: VWS.

Warnaar, M., Van der Schors, A., Siesling, D. S., & Starink, B. (2016). *Bestedingen van ouderen. De ontwikkeling van het uitgavenpatroon van gepensioneerden onder de loep*. Utrecht: Nationaal Instituut voor Budgetvoorlichting (Nibud) en PricewaterhouseCoopers (PwC).

Wendel-Vos, G. C. W. (2010). *Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van lichamelijke activiteit?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Zie: www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/lichamelijke-activiteit/wat-zijn-de-mogelijkegezondheidsgevolgen-van-lichamelijke-activiteit

Wijlhuizen, G. J., Chorus, A. M. J. (2010). *Bewegen in Nederland: ouderen*. In: Hildebrandt, V. H., Chorus, A. M. J., & Stubbe, J. H. R. Trendrapport Bewegen en Gezondheid 2008-2009. Leiden: TNO.

Zantinge, E. M., Van der Wilk, E. A., Van Wieren, S., & Schoemaker, C. (2011). *Gezond ouder worden in Nederland*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Zorg voor beter: <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/Zelfredzaamheid-zelfmanagement-ouderen.html>

Zuidema, S. (2015). *De toekomst van de kwetsbare ouderen. Rede uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt van hoogleraar Ouderengeneeskunde en Dementie*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Gezondheidsprofiel Ouderen 2016

In de Wet publieke gezondheid staat dat het college van burgemeester en wethouders van een gemeente inzicht moet verwerven in de gezondheidssituatie van de bevolking. GGD Groningen voert deze taak namens de Groninger gemeenten uit, door elke vier jaar op landelijk gelijkvormige wijze gegevens over de gezondheidssituatie te verzamelen en te analyseren.

In dit rapport worden de uitkomsten van de Gezondheidsmonitor 2016 gepresenteerd, waarbij er specifiek wordt ingezoomd op de ouderen. Personen van 65 jaar en ouder hebben aanvullende vragen gekregen die gericht zijn op de kwaliteit van leven.

Om gemeenten inzicht te geven in de gezondheidssituatie van hun ouderen is dus maatwerk vereist. In de komende maanden vindt er, in samenspraak met de gemeenten, een gemeentelijke verdieping plaats van de resultaten. Met behulp van deze informatie kunnen speerpunten van lokaal gezondheidsbeleid geformuleerd worden.

Hanzeplein 120
Postbus 584
9700 AN Groningen
ggd.groningen.nl

T 06-11531667 of 06-27064638
E danielle.van.de.kamp@ggd.groningen.nl of
jan.broer@ggd.groningen.nl