

Sekseverschillen in morbiditeit en functioneren bij ouderen

B. MEYBOOM-DE JONG
R.J.A. SMITH

Meyboom-de Jong B, Smith RJA. Sekseverschillen in morbiditeit en functioneren bij ouderen. Huisarts Wet 1995; 38(9): 380-6.

Samenvatting In het Autonomieproject registreerden 25 huisartsen gedurende één jaar de morbiditeit en de functionele toestand bij 5503 ouderen. In een secundaire analyse werden de gegevens voor mannen en vrouwen per leeftijdsklasse (65-74, 75-84 en ≥ 85 jaar) vergeleken. In elke leeftijdsklasse woonden minder vrouwen dan mannen zelfstandig, waren er meer alleenstaande vrouwen, en was het aantal verweeduwen en ongehuwden onder vrouwen groter dan onder mannen. Er overleden minder vrouwen dan mannen en er verhuisden meer vrouwen dan mannen naar het verzorgingshuis. Vrouwen hadden in alle leeftijdsgroepen meer contacten met de huisarts – in de hoogste leeftijdsgroep vooral visites – en meer episodische symptomen en aandoeningen kwamen vaker voor onder vrouwen dan onder mannen. Vooral problemen van het bewegingsapparaat, psychische en sociale problemen en oogaandoeningen kwamen beduidend meer voor bij vrouwen dan bij mannen. Aandoeningen van de tractus digestivus en oor- en gehoorproblemen waren gelijkmatig over mannen en vrouwen verdeeld, terwijl respiratoire aandoeningen meer bij mannen voorkwamen. Kanker en chronische longziekten werden in alle leeftijdsgroepen veel frequenter bij mannen dan bij vrouwen gezien. Door vrouwen werden meer beperkingen aangegeven op vrijwel alle gebieden van de functionele toestand.

Vakgroep huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen. Prof.dr. B. Meyboom-de Jong, hoogleraar huisartsgeneeskunde; R.J.A. Smith, methodoloog. Correspondentie: Prof.dr. B. Meyboom-de Jong.

Inleiding

Vrouwen worden ouder dan mannen. In Nederland is de gemiddelde levensverwachting bij de geboorte voor mannen 73,8 en voor vrouwen 80,1 jaar. Naarmate mensen meer gezondheidsbedreigingen overleven, worden de vooruitzichten steeds gunstiger. Op 65-jarige leeftijd is de gemiddelde levensverwachting voor mannen en vrouwen respectievelijk 79,0 en 83,5 jaar, en op 80-jarige leeftijd respectievelijk 86,9 en 88,6 jaar.¹ Volgens Fries zou compressie van mortaliteit samengaan met uitstel van morbiditeit en invaliditeit;² andere auteurs bestrijden dit.^{3,4} In de Verenigde Staten nam de levensverwachting tussen 1966 en 1976 met 2,7 jaar toe, terwijl de levensverwachting vrij van invaliditeit met een half jaar afnam.⁵ In Nederland zou volgens het RIVM de gezonde levensverwachting gemiddeld 60 jaar bedragen, zodat mannen na het 60e levensjaar nog gemiddeld 14 jaar en vrouwen nog 20 jaar mét beperkingen voor de boeg hebben.⁶

Uit de huisartspraktijk zijn echter ook positieve geluiden vernomen. In 1981 en 1988 onderzochten Jagger *et al.* in het Verenigd Koninkrijk de lichamelijke, geestelijke en sociale toestand van respectievelijk 1329 en 1890 mensen van 75 jaar en ouder die waren ingeschreven bij een groepspraktijk.⁷ Zij vonden dat de groep ouderen, die in acht jaar met 32 procent was toegenomen, bij het tweede onderzoek fitter was en minder beperkingen bij de dagelijkse activiteiten had.

Door de toename van het aantal ouderen en de afname van institutionalisering – vermindering van verpleeghuisbedden en kortere ziekenhuisopnamen met sneller ontslag – zal het beroep op de huisarts toenemen. In het toekomstscenario voor de periode 1995-2005 wordt een toename van het beroep op de huisarts berekend, variërend van 10 tot 23 procent, afhankelijk van de gehanteerde vooronderstellingen.⁸ Met het stijgen van de leeftijd nemen het aantal chronische ziekten en de ervaarden beperkingen toe.^{9,10}

Daar vrouwen gemiddeld zeven jaar ou-

der worden dan mannen, meer beperkingen hebben en een groter beroep op de huisarts doen, zijn sekseverschillen bij ouderen voor de huisarts interessant. Daarom hebben wij een onderzoek verricht met de volgende vraagstelling: in hoeverre verschillen oudere mannen en vrouwen in de huisartspraktijk van elkaar met betrekking tot morbiditeit en functionele toestand, en welke factoren spelen hierbij een rol?

Methode

De gegevens zijn afkomstig uit het Autonomieproject.¹¹ In 1986 verzamelden 25 huisartsen bij alle ingeschreven patiënten van 65 jaar en ouder gegevens met betrekking tot patiënt-achtergrondvariabelen, morbiditeit en functionele toestand. Uit het kaartsysteem van de huisartsen werden gegevens verzameld betreffende patiëntkenmerken en de medische voorgeschiedenis. Met vragenlijsten werden aan het begin en aan het eind van het registratiejaar gegevens verzameld die betrekking hadden op lichamelijk en psychisch functioneren, dagelijkse activiteiten en eenzaamheid.

Voorts werden gedurende een jaar alle vis-à-vis contacten tussen patiënten en huisartsen systematisch geregistreerd met de International Classification of Primary Care (ICPC). Voor het vaststellen van de functionele toestand werden vijf COOP-functiekaarten gebruikt, waarmee beperkingen bij lichamelijke toestand, dagelijkse activiteiten en sociale contacten, de hinder van psychische problemen en de verandering in de gezondheidsstoestand werden vastgelegd. Voor een uitvoerige beschrijving van de gehanteerde methodiek wordt verwezen naar de oorspronkelijke publikatie.¹¹

Analyse

Voor dit artikel zijn de ouderen verdeeld naar geslacht en leeftijd (65-74, 75-84 en ≥ 85 jaar). Voor alle episodische met een prevalentie >10 per duizend werden voor mannen en voor vrouwen de gemiddelde scores en standaarddeviaties per COOP-functiekaart berekend om de beperkingen per episode aan te geven.¹² Vervolgens

werd nagegaan of hiertussen significante geslachtsverschillen bestonden. De beperkingen per episode werden niet gesplitst naar leeftijdsgroep omdat dan te kleine aantallen zouden overblijven.

Resultaten

Kenmerken

Bij de 25 huisartsen waren 5503 ouderen ingeschreven, van wie 58 procent vrouwen. Alleen in de oudste leeftijdsgroep – met 65 procent vrouwen – bleek de gemiddelde leeftijd tussen mannen en vrouwen een half jaar te verschillen (tabel 1).

In elke leeftijdscategorie woonden minder vrouwen dan mannen zelfstandig, waren er meer alleenstaande vrouwen, en was het aantal verweduwd en ongehuwd onder vrouwen groter dan onder mannen. Deze verschillen waren meer uitgesproken tussen de leeftijdscategorieën dan tussen mannen en vrouwen binnen elke leeftijdscategorie.

In alle leeftijdsgroepen overleden minder vrouwen dan mannen. Vooral in de hoogste leeftijdsgroep verhuisden meer vrouwen dan mannen naar het verzorgingshuis, terwijl het percentage mannen en vrouwen dat naar een verpleeghuis verhuisde vergelijkbaar was. Ouderen die bij de aanvang van het onderzoek reeds in een verpleeghuis woonden, zijn niet in dit onderzoek betrokken.

Morbiditeit

Uit de medische voorgeschiedenis bleek dat van vrouwen gemiddeld iets meer actuele problemen onder de aandacht van de huisarts waren dan van mannen, en dat aan vrouwen gemiddeld meer medicijnen werden voorgeschreven. Ook hier bleken de verschillen tussen de leeftijdsgroepen groter dan tussen mannen en vrouwen binnen de leeftijdsgroepen (tabel 2).

Vrouwen hadden in alle leeftijdsgroepen meer contacten met de huisarts – in de hoogste leeftijdsgroep vooral visites – en meer episoden. Het gemiddeld aantal episoden (een maat voor de comorbiditeit) nam toe per leeftijdsgroep en was hoger bij vrouwen dan bij mannen. Het percentage bekende episoden, variërend van 60 tot 68

procent, nam ook toe per geslacht en leeftijdsgroep.

De prevalentie per jaar van alle symptomen, klachten en diagnoses per ICPC-hoofdstuk was vrijwel altijd hoger onder vrouwen dan onder mannen (tabel 3). Vooral problemen van het bewegingsapparaat, psychische en sociale problemen en oogaandoeningen kwamen beduidend meer voor bij vrouwen dan bij mannen. Ook cardiovasculaire problemen, neurologische aandoeningen, huidproblemen en endocriene aandoeningen kwamen meer voor bij vrouwen. Aandoeningen van de tractus digestivus en oor- en gehoorproblemen waren gelijkmatig verdeeld over mannen en vrouwen, terwijl respiratoire aandoeningen meer bij mannen voorkwamen.

Van de chronische ziekten werd kanker in alle leeftijdsgroepen veel frequenter bij mannen dan bij vrouwen gezien (tabel 4). Dit gold ook voor de chronische longziekten: chronische bronchitis, astma en emfyseem. Ten aanzien van de chronische harten- en vaatziekten waren er geen grote verschillen tussen mannen en vrouwen. Het frequenter voorkomen bij vrouwen in de leeftijdsgroep 75-84 jaar was voor een belangrijk deel te wijten aan de hoge prevalentie van varicosis.

Chronische aandoeningen van het bewegingsapparaat werden veel meer bij vrouwen gezien, vooral als gevolg van de hoge prevalentie van artrose onder vrouwen van alle leeftijdsgroepen en van osteoporose in de leeftijdsgroep 75-84 jaar. Ook de overige chronische ziekten werden meer bij vrouwen gezien dan bij mannen, in het bijzonder pernacieuze anemie, chronische oogaandoeningen (cataract, glaucoom en blindheid), ulcus cruris en diabetes mellitus.

Functionele toestand

Uit de scores op de vragenlijsten die belemmeringen bij het functioneren vaststelden, bleek dat op alle gebieden van de functionele toestand door vrouwen meer beperkingen werden aangegeven dan door mannen, behalve in de jongste leeftijds-

groep bij de activiteiten van het dagelijks leven. De vragenlijsten lichamelijk functioneren en dagelijkse activiteiten verschilden in de aard van de vragen: bij lichamelijk functioneren lag de nadruk op zwaardere karweitjes buitenshuis, bij de dagelijkse activiteiten op huishoudelijke taken binnenshuis (tabel 5). Ook op de COOP-functiekaarten waren bij elk functie-aspect de gemiddelde scores hoger voor vrouwen dan voor mannen, en de scores namen toe met de leeftijd (= meer beperkingen). Dit gold het meest uitgesproken voor beperkingen bij het lichamelijk functioneren.

Aan het begin van het jaar was van de jong-bejaarde mannen 66 procent in staat tot (matig) zware inspanning, terwijl slechts 11 procent van de hoogbejaarde vrouwen hiertoe in staat was. Van de jong-bejaarde mannen was 15 procent niet in staat tot (lichte) inspanning, van de hoogbejaarde vrouwen was dat 78 procent. Bij de overige aspecten waren er iets meer ernstige beperkingen bij vrouwen, maar de geslachtsverschillen waren niet erg groot; de verschillen in de hogere leeftijdsgroepen vergeleken met de lagere waren veel meer uitgesproken.

In de loop van het registratiejaar namen de beperkingen toe, voor vrouwen meer dan voor mannen, en in de hoogste leeftijdsklassen het meest.

Uit de functiescores die door patiënten werden ingevuld tijdens huisarts-patiënt contacten, bleek eveneens dat vrouwen meer beperkingen aangaven dan mannen, vooral bij het lichamelijk functioneren c.q. inspanningsvermogen. Uit een vergelijking van de op vragenlijsten ingevulde functiebeperkingen en de tijdens huisarts-patiënt contacten aangegeven beperkingen bleek dat tijdens contacten meer beperkingen werden aangegeven dan op de thuis ingevulde vragenlijsten.

Er waren 107 episoden met een prevalentie >10 per 1000 ouderen per jaar. De functieprofielen bleken bij 29 episoden op één of meer aspecten significant te verschillen ($p < 0,01$) (tabel 6). Van deze episoden behoorde de helft tot de 30 meest voorkomende episoden. Het vaakst betrof-

Tabel 1 Kenmerken van ouderen verdeeld naar geslacht en leeftijdsgroep. Percentages tenzij anders aangegeven

	65-74 jaar		75-84 jaar		≥85 jaar	
	M n=1308	V n=1571	M n=832	V n=1249	M n=190	V n=353
Gem. leeftijd in jaren	69,8	69,8	78,8	78,9	88,1	88,7
<i>Huisvesting</i>						
- eigen huis	91	86	75	68	59	40
- bejaardenwoning	5	9	13	16	10	12
- beschermt	3	3	7	7	15	17
- verzorgingshuis	1	1	5	9	17	31
Woonsituatie alleen	10	35	22	56	45	66
<i>Burgerlijke staat</i>						
- gehuwd	82	57	70	32	43	12
- weduwe/naar	10	35	24	60	25	78
- gescheiden	2	2	1	2	1	1
- nooit gehuwd	6	6	5	7	3	9
Overleden	3,7	2,0	6,6	4,6	15,8	11,1
Verhuisd verzorgingshuis	0,3	0,5	1,9	1,9	3,7	6,8
Verhuisd verpleeghuis	0,3	0,3	0,7	1,0	3,2	3,4

Tabel 2 Het beroep dat ouderen verdeeld naar geslacht en leeftijdsgroep op de huisarts doen. Gemiddelden

	65-74 jaar		75-84 jaar		≥85 jaar	
	M n=1308	V n=1571	M n=832	V n=1249	M n=190	V n=353
<i>Voorgeschiedenis</i>						
- voorgeschreven medicatie*	1,5	1,7	1,8	2,2	2,0	2,4
- actuele problemen*	1,2	1,3	1,5	1,7	1,7	1,9
<i>Morbiditeitsregistratie</i>						
- contacten*	3,6	4,2	4,9	5,7	6,2	6,7
- visites*	1,4	1,6	3,0	3,9	5,2	6,1
- episoden*	2,6	3,4	3,4	4,1	4,0	4,6
- nieuwe episoden*	1,7	2,0	2,2	2,5	2,7	3,1

* p<0,001

Tabel 3 De prevalentie van de geregistreerde episoden (aantallen en promillages) per jaar per ICPC-hoofdstuk naar geslacht en leeftijdsgroep

ICPC-hoofdstuk	65-74 jaar		75-84 jaar		≥85 jaar							
	M n=1308		V n=1571		M n=832		V n=1249		M n=190		V n=353	
	n	‰	n	‰	n	‰	n	‰	n	‰	n	‰
A Algemeen	224	172	317	202	226	272	377	302	102	537	199	564
B Bloed, bloedvormende organen	41	31	62	40	46	55	95	77	16	84	28	79
D Tractus digestivus	281	215	328	209	229	275	339	271	59	311	115	326
F Oog	79	60	132	84	68	82	134	107	15	79	38	108
H Oor	164	125	202	129	126	151	160	128	27	142	49	139
K Tractus circulatorius	674	515	1028	654	496	596	977	782	129	679	287	813
L Bewegingsapparaat	397	304	878	559	291	350	808	647	77	405	214	606
N Zenuwstelsel	84	64	149	95	78	94	145	116	21	111	27	77
P Psychische klachten en stoorn	154	118	292	186	138	166	370	296	51	268	132	374
R Tractus respiratorius	569	435	644	410	480	577	614	492	90	474	180	510
S Huid	265	203	403	257	190	228	355	284	64	337	137	388
T Voedings- en stofw stoorn	97	74	178	113	93	112	166	133	20	105	46	130
U Tractus urogenitalis	100	77	167	106	103	124	178	143	23	121	48	136
X Vrouwelijke geslachtsorganen	4	3	157	100	3	4	116	93	-	-	25	71
Y Mannelijke geslachtsorganen	88	56	-	-	71	85	-	-	19	100	-	-
Z Sociale problemen	152	116	370	236	172	207	343	274	47	247	105	298

Tabel 4 De prevalentie van chronische ziekten (aantallen en promillages) per jaar naar geslacht en leeftijdsgroep

	65-74 jaar				75-84 jaar				≥85 jaar			
	M		V		M		V		M		V	
	n	‰	n	‰	n	‰	n	‰	n	‰	n	‰
Kanker	105	80	80	51	98	118	75	60	19	100	24	70
<i>Chronische longziekten</i>												
R91 Chron bronchitis/bronchiectasieën	38	29	23	15	43	52	24	19	6	32	5	14
R95 Emfyseem/COPD	40	31	12	8	48	58	21	17	8	42	7	20
R96 Astma	36	28	25	16	37	45	19	15	10	53	12	34
Subtotaal	114	87	60	38	128	154	64	51	24	126	24	70
<i>Chronische hart/ vaat aandoeningen</i>												
K76 Chron ischemische hartziekten	83	63	74	47	58	70	90	72	14	74	21	60
K77 Decompensatio cordis	47	36	48	31	64	77	88	71	31	163	50	142
K78 Boezemfibrilleren/-fladderden	10	8	33	21	22	26	36	29	3	16	11	31
K87 Hypertensie met orgaanbeschadig	30	23	39	25	20	24	40	32	1	5	5	14
K90 Cerebrovasc accid (CVA)	25	19	26	17	32	39	49	39	13	68	22	62
K92 Andere ziekten perifere arteriën	28	21	24	15	18	22	30	24	5	26	6	17
K95 Varices benen (ex S97)	24	19	52	33	15	18	58	46	5	26	20	57
Subtotaal	247	189	296	188	229	275	391	313	72	379	135	382
<i>Chronische aandoeningen bewegingsapparaat</i>												
L84 Artrose/spondylose wervelkolom	22	17	47	30	14	17	40	32	3	16	8	23
L85 Verworven afwijkingen wervelkol	2	2	4	3	2	2	4	3	1	5	19	54
L88 Reumatoïde artritis/verwante aand	15	12	30	19	10	12	26	21	2	11	5	14
L89 Coxarthrosis	47	36	156	99	45	54	165	132	11	58	42	119
L95 Osteoporosis	3	2	8	5	1	1	25	20	3	16	3	9
Subtotaal	89	68	245	156	72	87	260	280	20	105	77	218
<i>Overige chronische aandoeningen</i>												
B81 Pernicieuze/fofoliumdefic anemie	6	5	19	12	5	6	27	22	5	26	9	26
D94 Colitis ulcerosa/chron enteritis	2	2	4	3	–	–	1	1	1	5	–	–
F92 Cataract	8	6	15	10	7	8	22	18	3	16	5	14
F93 Glaucoom	1	1	5	3	2	2	7	6	1	5	3	9
F94 Blindheid, elke graad/vorm	–	–	5	3	2	2	12	10	3	16	3	9
H84 Presbyacusis	20	15	39	25	22	26	30	24	3	16	15	43
N86 Multipele sclerose	2	2	3	2	–	–	–	–	–	–	–	–
N87 Parkinsonisme, ziekte v Parkinson	14	11	11	7	10	12	12	10	4	21	3	9
N88 Epilepsie alle vormen	2	2	2	1	2	2	2	2	1	5	–	–
S91 Psoriasis	5	4	6	4	3	4	4	3	1	5	3	9
S97 Ulc cruris/decubitus/chron ulcus	7	5	13	8	12	14	35	28	8	42	20	57
T81 Struma (ex T85 T86)	–	–	1	1	1	1	1	1	–	–	–	–
T82 Adipositas (BMI ≥30)	8	6	34	22	6	7	18	14	1	5	1	3
T85 Hyperthyreoidie/thyreotoxicose	3	2	5	3	–	–	2	2	–	–	1	3
T86 Hypothyreoidie/myxoedeem	1	0	6	4	–	–	6	5	–	–	3	9
T90 Diabetes mellitus	56	43	91	58	61	73	115	92	15	79	27	77
T93 Vetstofwisselingsstoornissen	4	3	5	3	1	1	1	1	2	11	5	14
Subtotaal	139	106	264	168	134	161	295	236	48	253	98	278
Totaal	694	531	945	602	661	795	1085	869	183	963	358	1014

Tabel 5 Scores op functieschalen en COOP-functiekaarten aan het begin van het jaar. Gemiddelden en standaarddeviaties

	65-74				75-84				≥85			
	M n=395/963*		V n=511/1193*		M n=261/598*		V n=393/893		M n=46/121*		V n=98/222*	
Lichamelijk functioneren ($\alpha=0,88$ range:11-22)	12,6	2,5	13,3	2,9	13,7	3,1	15,7	3,5	16,0	3,5	18,2	2,9
Dagelijkse activiteiten ($\alpha=0,91$ range:10-30)	13,5	4,4	12,9	4,2	15,4	5,2	16,9	6,7	21,2	5,8	23,5	5,3
Psychisch functioneren ($\alpha=0,93$ range: 12-72)	23,3	10,1	27,3	11,1	25,0	10,7	28,9	11,4	28,7	13,5	31,5	11,9
General Health Questionnaire ($\alpha=0,96$ range:0-12)	2,7	5,8	3,5	6,1	4,0	6,4	4,4	6,8	6,4	9,0	6,1	8,2
Eenzaamheid ($\alpha=0,95$ range: 0-11)	2,4	2,9	2,9	3,1	2,8	2,9	2,9	3,3	3,7	3,3	3,7	3,4
<i>COOP-functiekaarten</i>												
- lichamelijke toestand	2,1	1,1	2,4	1,1	2,6	1,2	3,1	1,3	3,6	1,1	4,0	1,1
- psychische toestand	1,8	0,9	2,2	1,0	1,9	1,0	2,3	1,1	2,1	1,2	2,5	1,1
- dagelijkse activiteiten	1,7	0,9	1,9	0,9	1,9	1,0	2,2	1,0	2,3	1,3	2,5	1,2
- sociale contacten	1,5	0,9	1,7	1,0	1,8	1,0	2,0	1,1	2,1	1,3	2,2	1,3
- zelfstandig functioneren	1,4	0,8	1,5	0,9	1,8	1,1	2,0	1,2	2,3	1,4	2,9	1,4

Hogere score betekent meer beperkingen; de schalen zijn niet vergelijkbaar

* het hoogste aantal heeft betrekking op de schalen lichamelijk en psychisch functioneren; het laagste aantal op de overige schalen.

Dagelijkse activiteiten: 10-16 ADL-onafhankelijk; 17-23 hulp nodig; >23 ADL-afhankelijk.

Eenzaamheid: 0-3 niet eenzaam; 4-6 enigszins eenzaam; 7-11 eenzaam.

General Health Questionnaire: 0-4 geen, 5-9 mogelijke, >9 aanwezige psychische problemen.

Tabel 6 Diagnosen waarbij de tijdens de vis-à-vis contacten met de huisarts aangegeven beperkingen van de functionele toestand op een of meer aspecten significante verschillen tussen mannen en vrouwen vertoonden

	Lichamelijk	Psychisch	ADL	Sociaal
A 85 Geneesmiddel bijwerking juiste dos (n=224)		V		
B 80 IJzergebreksanemie (n=132)	V	V		
B 81 Pernicieuze/foliumdefic anemie (n=273)				V
D 76 Mal neopl and/niet gesp (n=70)	V			
D 85 Ulcus duodeni (n=53)	V			
D 98 Cholecystitis/cholelithiasis (n=88)	M			
H 70 Otitis externa (n=77)		V		
K 25 Angst voor hoge bloeddruk (n=133)		V		
K 76 And/chron ischemische hartziekten (n=557)	V		V	V
K 77 Decompensatio cordis (n=730)	M			
K 78 Boezemfibrilleren/-fladderen (n=187)	V	V	V	V
K 86 Hypertensie zonder orgaanbeschadig (n=2677)	V	V	V	V
K 87 Hypertensie met orgaanbeschadig (n=370)	V	V	V	
K 92 Andere ziekten perifere arteriën (n=148)	V	V		V
K 95 Varices benen (ex S97) (n=205)	V	V	M	
L 88 Reumatoïde artritis/verwante aand (n=259)			V	V
L 89 Coxarthrosis (n=658)	V			
L 91 Andere artrose/verwante aand (n=125)	V			
L 93 And bursit/tendonit/synovitis (n=115)	V	V	V	V
N 87 Parkinsonisme, ziekte v Parkinson (n=94)		M		
P 76 Depressie (n=397)	M			
R 74 Acute infectie bovenste luchtwegen (n=462)		M		
R 81 Pneumonie (n=66)	M		M	
R 95 Emfyseem/COPD (n=259)	M	V	V	V
R 96 Astma (n=197)	V	M	V	V
S 76 And infectie huid/subc/erysipelas (n=65)			V	
S 77 Maligne neoplasmata huid/subc (n=79)	V			
S 97 Ulc cruris/decubitus/chron ulcus (n=165)	V		V	M
T 90 Diabetes mellitus (n=824)	V	V	V	V

V meer beperkingen aangegeven door vrouwen ($p<0,01$); M meer beperkingen aangegeven door mannen ($p<0,01$).

Tabel 7 De beoordeling van de functionele toestand naar geslacht en leeftijdsgroep tijdens contacten met de huisarts ten behoeve van bepaalde episoden. Percentages

	Hypertensie		Atrium-fibrilleren		Bursit/tendinit/synovitis		Emfyseem		Diabetes mellitus		
	M n=675	V n=2002	M n=50	V n=137	M n=47	V n=68	M n=120	V n=77	M n=268	V n=556	
<i>Lichamelijke toestand:</i>											
Is in staat tot:											
1	zware inspanning	27	12	14	9	34	10	22	13	16	7
2	matige inspanning	44	36	36	15	43	24	16	27	29	16
3	lichte inspanning	23	34	34	30	15	40	28	52	40	36
4/5	zeer lichte inspanning/bijna niets	7	19	15	47	9	26	35	8	16	42
<i>Psychische toestand</i>											
1	nooit last	50	30	50	28	57	24	54	27	40	28
2	zelden last	36	43	28	30	30	32	24	22	44	33
3	af en toe last	12	22	20	34	13	32	17	48	15	28
4/5	meestal-altijd last	11	5	2	9	-	12	5	3	-	12
<i>Dagelijkse activiteiten</i>											
1	geen enkele last	56	40	44	17	60	16	43	14	45	24
2	beetje last	35	39	34	39	28	46	23	26	31	32
3	nogal wat last	8	16	18	31	13	29	18	34	15	24
4/5	veel last/niet in staat	2	6	4	13	-	9	17	26	9	19
<i>Sociale contacten</i>											
1	nooit belemmerd	66	52	52	22	72	34	63	33	60	43
2	zelden belemmerd	28	32	32	41	22	34	12	18	22	27
3	af en toe belemmerd	5	13	16	29	3	25	19	42	14	20
4/5	meestal-altijd belemmerd	1	4	-	8	-	7	6	8	4	11

fen de significante verschillen de lichamelijke toestand. Door vrouwen werden meer beperkingen aangegeven bij vrijwel alle episoden en aspecten. Uitzonderingen op deze regel waren de lichamelijke toestand bij de episoden cholelithiasis/cholecystitis, hartfalen, depressie, pneumonie en emfyseem, de psychische toestand bij de episoden Parkinsonisme, bovenste-luchtweginfectie en astma, de dagelijkse activiteiten bij de episode varicosis, en de sociale contacten bij de episode chronische open wond.

Bij vijf episoden bleken significante geslachtsverschillen bij alle aspecten op te treden (tabel 7). Alleen bij emfyseem gaven mannen meer ernstige beperkingen bij het lichamenlijk functioneren c.q. het inspanningsvermogen aan. Bij de overige vier episoden gaven vrouwen vaker ernstige beperkingen aan.

Beschouwing

In overeenstemming met wat bekend is uit de literatuur blijkt ook uit onze gegevens dat oudere mannen en vrouwen verschillen in persoonlijke kenmerken, het beroep dat zij doen op de huisarts, morbiditeit en functiebeperkingen, vooral op het gebied van de lichamelijke toestand.^{1,6,8-10} Leeftijd bleek meer invloed te hebben dan geslacht. Zowel bij persoonlijke kenmerken, het beroep op de huisarts, de morbiditeit en de functiebeperkingen bleken de verschillen tussen de drie leeftijdsgroepen groter dan tussen mannen en vrouwen binnen elk van de leeftijdsgroepen.

In het registratiejaar overleden meer mannen dan vrouwen en in alle leeftijdscategorieën vormden vrouwen de meerderheid. De permanent in verpleeghuizen opgenomen mensen, een zeer verple-

gingsbehoefte groep, waren bij dit onderzoek niet betrokken. Oudere vrouwen deden een groter beroep op de huisarts. De leeftijdgradient was hierbij meer uitgesproken dan het geslachtsverschil. Het aantal visites in de groep van ≥ 85 jaar nam bijna vier maal zoveel toe als in de groep van 65-74 jaar, terwijl het aantal contacten met een factor 1,5 toenam.

Vrijwel alle gezondheidproblemen werden meer vastgesteld bij vrouwen, met uitzondering van kanker en chronische longziekten. Aandoeningen van de tractus digestivus en gehoor- en oorproblemen waren gelijkmatig verdeeld over de geslachten. Vooral chronische ziekten die gepaard gaan met invaliditeit en hulpbehoefte, zoals aandoeningen van het bewegingsapparaat, oogaandoeningen, cardiovasculaire aandoeningen en neurologische aandoeningen, werden meer bij

vrouwen geconstateerd. Dat gold ook voor psychische en sociale problemen. Dat is nauwelijks verwonderlijk wanneer blijkt dat vrouwen meer alleenstaand zijn, vaker niet zelfstandig wonen, veel minder zelfstandig functioneren en op vrijwel alle functie-aspecten slechter scoren.

Vrouwen gaven vrijwel altijd meer beperkingen aan dan mannen. Ook hier vormde emfyseem een uitzondering.

De prevalentie van de meeste invaliderende aandoeningen is hoger bij vrouwen dan bij mannen. Daarnaast leidt de ongelijke verdeling van de sterfte over mannen en vrouwen tot een toename van het aantal oudere vrouwen, vooral van vrouwen in de oudste leeftijdsgroep, die veel visites van de huisarts vragen. Dat betekent dat we een toename van het beroep dat oudere vrouwen op de huisarts zullen doen, kunnen verwachten. Het verdient daarom aanbeveling om de invloed van (combinaties van) ziekten op de functionele beperkingen bij ouderen na te gaan, omdat dit mogelijkheden voor preventie biedt. Vooral de compressie van de ziekten die maken dat mannen op jongere leeftijd overlijden dan vrouwen, zou de aandacht verdienen.

Ook emancipatie van mannen op het gebied van zorg zou een bijdrage kunnen leveren. Op die wijze zou de mantelzorg, die nog altijd op de schouders van de vrouwen rust, verdeeld en gespreid kunnen worden, bijvoorbeeld over jongere werkelozen, Vutters en arbeidsongeschikten.

In het algemeen wordt aangenomen dat mensen niet doodgaan van ouderdom maar ten gevolge van ziekte of externe factoren, zoals ongevallen. Succesvol verouderen wordt als optie gezien door een klein aantal ouderen, die de oudere leeftijd als een nieuwe levensfase met nieuwe uit-

dagingen zien en ondanks beperkingen een autonoom en productief leven leiden. Onderzoek naar succesvol verouderen zou meer aandacht verdienen, daar het aanknopingspunten biedt voor de hulpverlening. Uit het onderzoek van *Rowe & Kahn* is gebleken dat zelfstandigheid bevorderende hulpverlening het succesvol verouderen meer bevordert dan taak-overnemende hulpverlening.¹³ Emancipatie van ouderen, zowel van mannen op het gebied van zelfverzorging als van vrouwen op het gebied van maatschappelijke activiteiten (financiën, autorijden), bevordert de autonomie en zou, conform de bevindingen van *Jagger et al.*, kunnen leiden tot meer zelfstandige, minder afhankelijke ouderen.⁷

Dankbetuiging

Het Autonomieproject werd gerealiseerd met een subsidie van het Praeventiefonds en de medewerking van de huisartsen F. Baarveld, F.G. de Boer, E.M. ter Braak, M. de Bruyn, E.H.J.M. Drenth, M.A. Fennema, J. de Haan, C. van Heel, W. van der Heide, J.F. Heres, A.W. Hiddema-van der Wal, C.P.M. Hofman, H. Mäkel, K. van der Meer, J.S. Meyboom, T. van der Molen, W.J. Roelfsema, E. Sietsma, J. Talsma, J.Th. Ubbink, L. Veehof, G.Th. van der Werf, S. IJtsma en A. van der Zijl.

Literatuur

- 1 Stuurgroep toekomstscenario's gezondheidszorg. Ouderen in het jaar 2005: gezondheid en zorg. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.
- 2 Fries FJ. Aging, natural death and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 1980; 303: 130-5.
- 3 Schneider EL, Brody JA. Aging, natural death and the compression of morbidity: another view. *N Engl J Med* 1983; 306: 854-6.
- 4 Myers GC, Manton KG. Compression of mortality: myth or reality? *Gerontologist*: 1984; 24: 346-53.
- 5 Colvez A, Blanchet M. Potential gains in life expectancy free of disability: a tool for health planning. *Int J Epidemiol* 1983; 12: 224-9.
- 6 RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. Den Haag: Sdu, 1993.
- 7 Jagger C, Clarke M, Clarke SJ. Getting older - feeling younger: the changing health profile of the elderly. *Int J Epidemiol* 1991; 20: 234-8.
- 8 Stuurgroep toekomstscenario's gezondheidszorg. Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.
- 9 Beltman FJ, Heese W, Tuinman RB, Meyboom-de Jong B. Functionele status van patiënten met chronische aandoeningen. *TSG* 1995; 73: 128-34.
- 10 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. 2e dr. Lelystad: Meditekst, 1994.
- 11 Meyboom-de Jong B. Bejaarde patiënten. Een onderzoek in twaalf huisartspraktijken. Lelystad: Meditekst, 1989.
- 12 Van Weel C, König-Zahn C, Touw-Otten FWMM, et al. Measuring functional health status with the COOP/WONCA CHARTS, a manual. Groningen: Northern Centre for Health Care Research, 1995.
- 13 Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. *Science* 1987; 237: 143-9.