Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement

NETSPAR ACADEMIC SERIES

Is langer leven ook gezonder leven?

Dorly Deeg & Wilma Nusselder

DP 01/2020-009

Is langer leven ook gezonder leven?

DORLY DEEG & WILMA NUSSELDER

Regelmatig kunnen we lezen dat we in Nederland steeds langer en gezonder leven. Maar wat is gezond? In dit artikel betogen de auteurs dat 'gezondheid' op verschillende manieren kan worden opgevat en gemeten. Volgens een in Europa gangbare maat voor gezondheid blijkt er in Nederland geen duidelijke toename in gezonde levensverwachting.

Foto: Bas Bogers / Flickr

In de krant, maar ook in *Demos*, lezen we herhaaldelijk dat we langer en gezonder leven. In *Demos* van februari 2019 bijvoorbeeld, constateren De Beer en Van der Gaag in een artikel met de opgewekte titel 'In goede gezondheid genieten van je AOW' dat het aantal gezonde AOW-jaren zal toenemen. Maar is die constatering terecht? Gezondheid kan op verschillende manieren worden opgevat en gemeten, en dat maakt veel uit voor de conclusie die kan worden getrokken. In dit artikel bespreken we een definitie van 'gezondheid' volgens een in Europa gangbare, algemene gezondheidsmaat. We gaan na welke trend in gezonde levensverwachting we daarmee in Nederland waarnemen, en vergelijken de 'prestatie' van Nederland met de gemiddelde trend van de landen van de Europese Unie (EU28).

Voor een langer en gezonder leven op bevolkingsniveau is het in de eerste plaats nodig dat niet alleen de levensverwachting, maar ook de gezonde levensverwachting stijgt. We moeten dus meer jaren in goede gezondheid doorbrengen. Maar om te kunnen spreken van 'in goede gezondheid genieten', moet aan een tweede voorwaarde zijn voldaan. We moeten ook geen of weinig jaren in ongezondheid doorbrengen. Voor een afname van het aantal ongezonde jaren is het nodig dat de gezonde levensverwachting sneller stijgt dan de totale levensverwachting. Wanneer daarentegen de totale levensverwachting sneller stijgt dan de gezonde levensverwachting, leven we misschien wel langer in goede gezondheid, maar maken we ook meer jaren in slechte gezondheid door. En wanneer de stijging in totale en gezonde levensverwachting gelijk is, blijven we evenveel jaren in ongezondheid doorbrengen.

In het bewuste *Demos*-artikel werd bijvoorbeeld berekend dat voor een gemiddelde 70-jarige Nederlandse man de totale levensverwachting tussen 1985-1988 en 2013-2016 met drie jaar is gestegen. Zijn levensverwachting zonder beperkingen steeg met precies evenveel jaren. Voor de gemiddelde 70-jarige Nederlandse vrouw geldt ook een gelijke stijging van de totale en gezonde levensverwachting, al is die stijging minder sterk, namelijk anderhalf jaar. Intussen bleek het aantal vanaf leeftijd 70 te leven jaren met beperkingen

Foto: Gerard Stolk / Flickr

niet kleiner te zijn geworden; voor vrouwen bleef dat steken op acht jaar, voor mannen op vijf jaar. Dat zijn geen verwaarloosbare aantallen.

Wat is gezondheid?

De definities van 'gezond' en 'beperkt' verschillen van onderzoek tot onderzoek. Een nuttig model om verschillende gezondheidsmaten van elkaar te onderscheiden is het 'gevolgen van ziekten'-model van Verbrugge en Jette. Deze auteurs leggen uit hoe na het ontstaan van een ziekte via verschillende tussenstappen activiteitenbeperkingen kunnen optreden. Een ziekte kan leiden tot een stoornis in een lichaamsdeel. Een stoornis kan leiden tot een beperking in een of meer functies; een versleten heup kan bijvoorbeeld leiden tot moeite met lopen, en een aangetast trommelvlies kan leiden tot slechthorendheid. Functiebeperkingen kunnen uiteindelijk leiden tot beperkingen in activiteiten. Moeite met lopen of slechthorendheid kan er bijvoorbeeld toe leiden dat mensen hun normale werk niet meer kunnen doen – of dat werk nu betaald of onbetaald is. Wanneer mensen hun normale activiteiten in het huishouden of voor hun zelfverzorging niet meer kunnen doen, kan dat leiden tot zorgbehoefte.

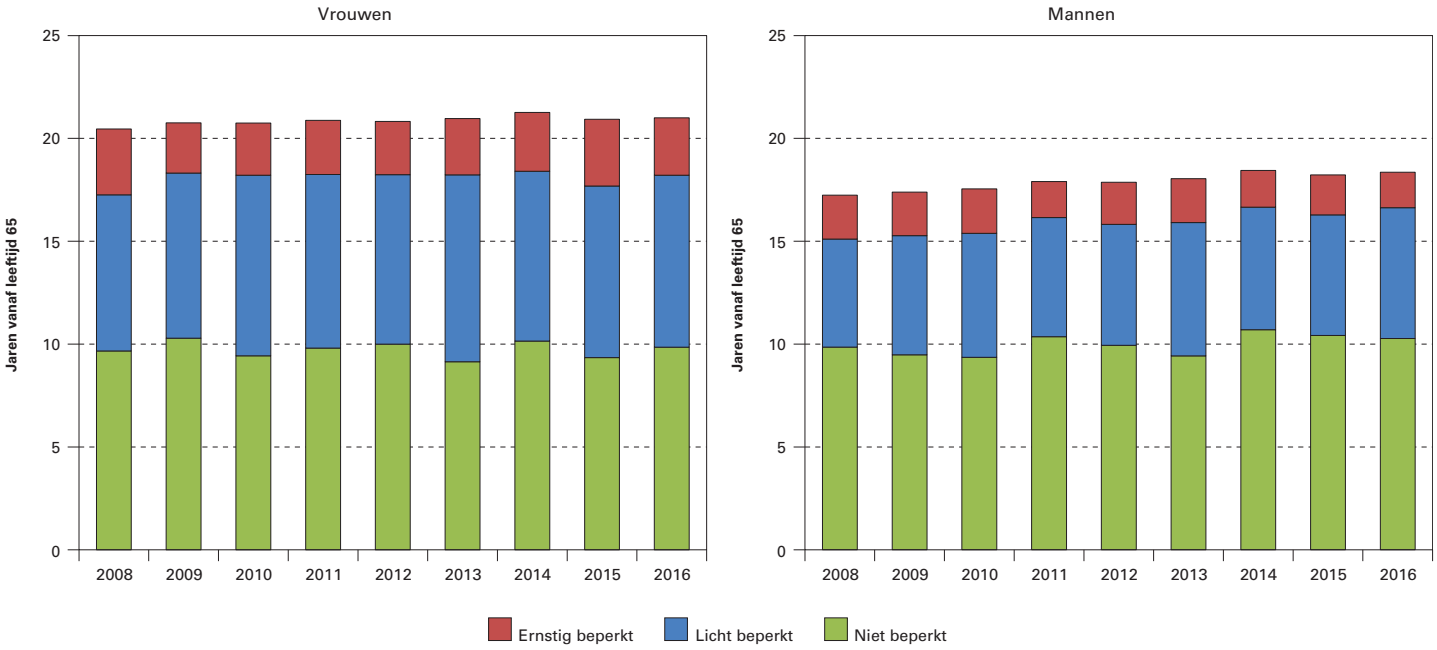
In het eerdergenoemde *Demos*-artikel werd gezondheid gedefinieerd als functiebeperkingen. Er werd uitgegaan van zeven vragen in de CBS-Gezondheidsenquête over moeite met horen, zien en bewegen. Wanneer een deelnemer een van die vragen beantwoordde met 'met grote moeite' of 'dat kan ik niet', was er sprake van een 'beperking'. Functiebeperkingen gaan dus in de regel vooraf aan activiteitenbeperkingen. In eerder Nederlands onderzoek naar trends in gezondheid zijn weer andere maten van gezondheid gebruikt. Van Gool en collega's maakten voor hun onderzoek over de periode 1990-2007 gebruik van vragen naar beperkingen in traplopen, buiten lopen, en aan- en uitkleden. De eerste twee betreffen functiebeperkingen, terwijl de derde een activiteitenbeperking, namelijk een aspect van zelfverzorging betreft. De conclusie was dat er noch een toename, noch een afname van de mate van beperkingen was. In een recenter onderzoek van Deeg en collega's over de periode 1993-2016 was de gezondheidsmaat gebaseerd op een combinatie van ziekten én beperkingen. Er werd een afname in het aantal gezonde levensjaren gevonden. De conclusie van een onderzoek hangt dus sterk af van de gebruikte gezondheidsmaat.

Voor het nagaan in welke mate mensen van hun AOW kunnen genieten, lijkt een gezondheidsmaat relevant die conceptueel weergeeft dat mensen geen beperkingen ervaren bij activiteiten die zij willen doen. Volgens het 'gevolgen van ziekten'-model betreft dit de fase die na functiebeperkingen komt. De zogenaamde *Global Activity Limitation Indicator* (GALI) richt zich op activiteitenbeperkingen. Dit is één interviewvraag die in alle Europese landen jaarlijks wordt afgenomen (zie kader). De standaardformulering luidt: "In welke mate hebt u de afgelopen zes maanden

METING (ON)GEZONDE LEVENSVERWACHTING

De Global Activity Limitation Indicator (GALI) werd in 2004 als structurele indicator toegevoegd aan de European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) en wordt jaarlijks gemeten bij 16-plussers in 28 Europese landen. In Nederland is de GALI in de Enquête Beroepsbevolking meegenomen; vanaf 2008 is de vraagformulering nagenoeg hetzelfde gebleven. De totale steekproefgrootte van personen van 65 jaar en ouder bedraagt jaarlijks ruim 5.000 vrouwen en ruim 4.000 mannen.
Om de gezonde en ongezonde levensverwachting te berekenen, wordt per land, kalenderjaar, leeftijdscategorie en geslacht het aantal persoonsjaren uit de nationale overlevingstafels vermenigvuldigd met de prevalentie van (on)gezondheid uit de EU-SILC. Het quotiënt van de verkregen persoonsjaren zonder (met) beperkingen vanaf de leeftijd 65 en het aantal levenden op 65-jarige leeftijd is de (on)gezonde levensverwachting op leeftijd 65. De hier gepresenteerde gegevens zijn eigen bewerkingen gebaseerd op het werk van de European Joint Action on European Health and Life Expectancy Information System (zie Robine en collega's, en www.eurohex.eu).

Figuur 1. Levensverwachting vanaf 65 jaar zonder activiteitenbeperkingen, met lichte en met ernstige activiteitenbeperkingen, mannen en vrouwen, Nederland, 2008-2016



Bron: EUROSTAT.

door gezondheidsproblemen beperkingen ervaren in activiteiten die mensen gewoonlijk doen?" De antwoordmogelijkheden zijn: ernstig beperkt, beperkt maar niet ernstig (in het vervolg aangeduid als 'licht beperkt'), en niet beperkt.

Ontwikkeling in Nederland 2008-2016

Hoe is nu de trend in de gezonde levensverwachting als we deze baseren op de GALI? Momenteel zijn voor Nederland trendgegevens beschikbaar voor de jaren 2008 tot en met 2016. In figuur 1 is voor ieder kalenderjaar het verwachte aantal gezonde, licht beperkte en ernstig beperkte levensjaren afgezet vanaf de leeftijd van 65 jaar. In de totale levensverwachting zien we een lichte stijging tot 2014, waarna die stijging voorlopig gestopt lijkt te zijn. Bij mannen is de stijging tot 2014 ruim een jaar, tegenover een half jaar bij vrouwen. Van de gezonde levensverwachting kan vooral worden gezegd dat deze fluctueert rond de 10 jaar, met nauwelijks een verschil tussen mannen en vrouwen. Er lijkt bij mannen wel sprake te zijn van enige toename, maar door de sterke fluctuatie over de jaren moet een duidelijke conclusie uitblijven. Gaan we uit van een stabiele trend, dan impliceert dit dat bij een verdere toename van de AOW-leeftijd er na de AOW-leeftijd minder jaren zonder beperkingen worden doorgebracht.

De resterende levensverwachting met lichte beperkingen ligt bij mannen met gemiddeld 5,9 jaar aanmerkelijk lager dan bij vrouwen, die gemiddeld 8,0 jaren met lichte beperkingen doorbrengen. Tussen 2008 en 2016 is deze voor zowel mannen als vrouwen met ruim een jaar gestegen. De lichte stijging impliceert dat bij een verdere toename van de AOW-leeftijd er meer pensioenjaren worden doorgebracht met lichte beperkingen.

De levensverwachting met ernstige beperkingen fluctueert. Gemiddeld is deze voor mannen korter dan voor vrouwen: rond de 2 jaar tegenover rond de 2,8 jaar.

Al met al blijft de gezonde resterende levensverwachting vanaf de leeftijd 65 jaar over deze periode steken rond de 10 jaar voor zowel mannen als vrouwen, terwijl de totale levensverwachting toeneemt met een jaar voor mannen en een half jaar voor vrouwen. Om zowel langer als gezonder te leven, was de voorwaarde dat de gezonde levensverwachting sneller stijgt dan de totale levensverwachting. Helaas blijkt dat dus niet het geval. Als deze trends zich voortzetten, lijkt het er eerder op dat we meer jaren met tenminste lichte activiteitenbeperkingen zullen moeten doorbrengen.

Nederland in Europa

Maakt Nederland nu eenzelfde ontwikkeling door als andere EU-landen? Omdat de GALI beschikbaar is voor 28 EU-landen, kunnen we de ontwikkeling van de gezonde levensverwachting in Nederland vergelijken met de gemiddelde trend in de EU28 als geheel. In figuur 2 wordt de gezonde levensverwachting, gedefinieerd als de levensverwachting zonder (tenminste) lichte beperkingen, weergegeven voor een gemiddelde 65-jarige. Omdat de gegevens voor 2015 en 2016 voor enkele grote landen niet goed vergelijkbaar zijn met eerdere jaren door veranderingen in de vraagstelling, is alleen de periode tot en met 2014

weergegeven. We zien in de EU28 vooral stabiliteit, met zowel voor mannen als vrouwen een gezonde levensverwachting van circa 8,5 jaar. Het aantal gezonde jaren voor Nederlandse mannen en vrouwen lag een kleine twee jaar hoger dan het gemiddelde voor de EU28. Intussen bleef de totale resterende levensverwachting precies op het gemiddelde van de EU28 liggen. De gunstigere situatie in Nederland is er dan ook vooral aan toe te schrijven dat Nederlandse 65-plussers iets minder beperkingen ervaren dan de gemiddelde 65-plusser in de EU28.

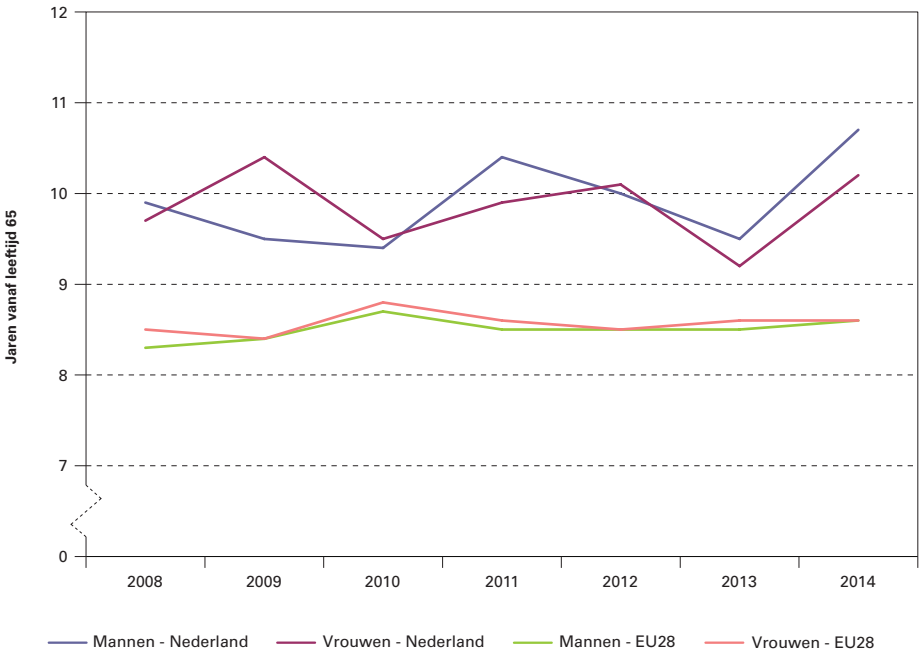
Komt een langer én gezonder leven dichterbij?

Dat Nederlandse 65-plussers er in de afgelopen decennia een aantal levensjaren bij hebben gekregen, is onbetwistbaar. Maar of deze extra jaren ook gemiddeld in goede gezondheid worden doorgebracht, hangt af van wat we onder 'gezondheid' verstaan. Nederlandse cijfers laten zien dat de toename in het aantal jaren zonder functiebeperkingen als moeilijk lopen of slecht horen gelijk op is gegaan met de toename in de levensverwachting. Dat werd aangetoond in het eerdergenoemde *Demos*-artikel. Maar het aantal jaren mét zulke beperkingen is gelijk gebleven en dat is zeker niet verwaarloosbaar. En gebruiken we een definitie van gezondheid die een betere weerspiegeling is van activiteiten die mensen gewoon zijn te doen, dan blijkt er geen duidelijke toename in het aantal levensjaren zonder beperkingen in die activiteiten. Bovendien is het aantal te verwachten levensjaren met ernstige beperkingen gelijk gebleven.

Hoe kunnen we een langer en gezonder leven bereiken? De belangrijkste oorzaken van activiteitenbeperkingen zijn artrose, hartziekte, chronische longziekte, en angst en depressie. Boven de 80 jaar komen daar nog beroerte en dementie bij. Beperkingen in activiteiten kunnen worden teruggedrongen door het voorkómen van deze ziekten, maar ook door risicofactoren voor beperkingen te verminderen zoals weinig bewegen en overgewicht, en door de omstandigheden te verbeteren waarin mensen leven. Daarnaast kunnen betere behandelingen van ziekten bijdragen aan het terugdringen van beperkingen. Ook hulpmiddelen kunnen een bijdrage leveren; bijvoorbeeld bij slechthorendheid kan een hoortoestel voorkomen dat mensen hun dagelijkse activiteiten niet meer kunnen doen. Bij chronische ziekten zal volledige genezing niet mogelijk zijn. Daarom moet ziekte*management* een hoge prioriteit hebben om chronisch zieke mensen beter in staat te stellen hun normale activiteiten te blijven doen. Dan pas ligt 'in goede gezondheid genieten van je AOW' voor de gemiddelde Nederlander binnen handbereik.

Dorly Deeg, Amsterdam Universitair Medische Centra, VU Amsterdam,
e-mail: djh.deeg@amsterdamumc.nl
Wilma Nusselder, Erasmus Medisch Centrum,
e-mail: w.nusselder@erasmusmc.nl

Figuur 2. De levensverwachting vanaf 65 jaar zonder (lichte) activiteitenbeperkingen in Nederland en de Europese Unie (EU28)



LITERATUUR:

- Beer, J., de en N. van der Gaag (2019), In goede gezondheid genieten van je AOW. *Demos*, 35(2), pp. 1-4.
- Deeg, D.J.H., H.C. Comijs, E.O. Hoogendijk, M. van der Noordt en M. Huisman (2018), 23-Year trends in life expectancy in good and poor physical and cognitive health at age 65 years in the Netherlands, 1993–2016. *American Journal of Public Health*, 108(12), pp. 1652-1658.
- Robine, J.-M., E. Cambois, W. Nusselder, B. Jeune, H. Van Oyen, C. Jagger en het JA: EHLEIS team (2013), The joint action on healthy life years (JA: EHLEIS). *Archives of Public Health*, 71:2, doi:10.1186/0778-7367-71-2
- Gool, C.H. van, H.S. Picavet, D.J.H. Deeg, M.M. de Klerk, W.J. Nusselder, M.P. van Boxtel, A. Wong en N. Hoeymans (2011), Trends in activity limitations: the Dutch older population between 1990 and 2007. *International Journal of Epidemiology*, 40(4), pp. 1056-1067.
- Verbrugge, L.M. en A.M. Jette (1994), The disablement process. *Social Science & Medicine*, 38(1), pp. 1-14.