

Ongelijke kansen om gezond ouder te worden

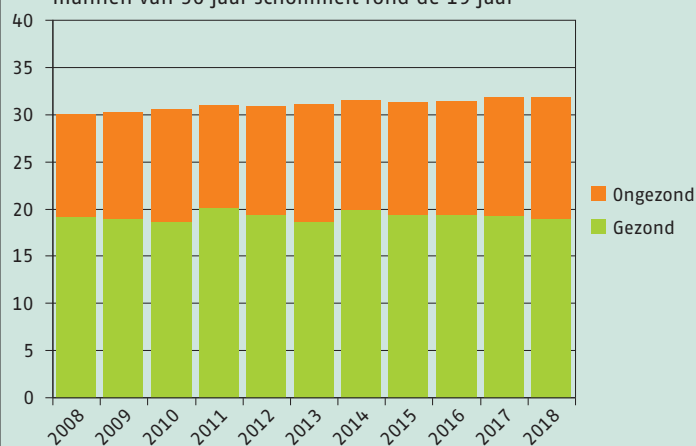
'Gezond ouder worden' is al decennia een gevleugelde term. Hebben we hierin nu ook vooruitgang geboekt? Zijn er groepen in de Nederlandse samenleving die minder gezond ouder worden dan andere? En wat betekent dit voor de overheidsuitgaven aan zorg en pensioen?

GEZONDE EN ONGEZONDE LEVENSV ERWACHTING

Om gezond oud te worden is een eerste voorwaarde dat je oud wordt. In hoeverre daarin vooruitgang is geboekt, gaan we veelal na aan de hand van de levensverwachting. We weten dat de levensverwachting de afgelopen decennia sterk is gestegen, met name door de afname van de sterfte op hogere leeftijden (de Beer 2016). In hoeverre we nu ook gezonder oud worden, gaan we na door te onderzoeken of de toename in de levensverwachting gepaard is gegaan met een groter aantal jaren in goede gezondheid.

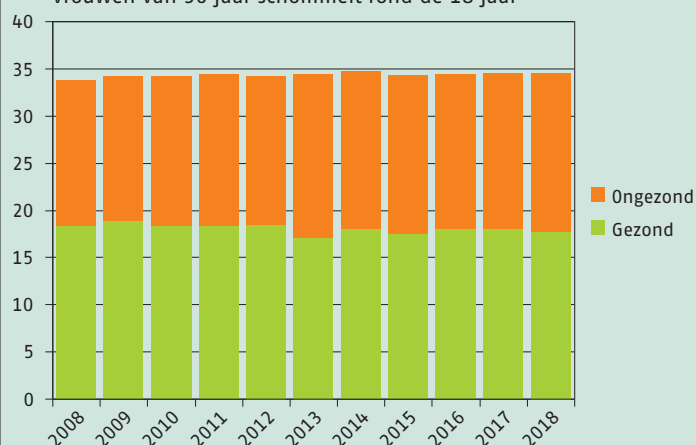
In de figuren 1a en 1b wordt de levensverwachting van Nederlandse mannen en vrouwen op 50-jarige leeftijd gepresenteerd, uitgesplitst naar gezonde en ongezonde levensjaren. De onderliggende cijfers zijn ontleend aan Eurostat (2020), waar de relevante gegevens beschikbaar zijn voor de jaren 2008 t/m 2018 voor 28 EU-landen. Eurostat gebruikt als maat voor gezondheid de Global Activity Limitations Indicator (GALI), die sinds 2008 op vergelijkbare wijze in alle EU-landen¹ wordt uitgevraagd. De standaardformulering luidt: 'In welke mate hebt u de afgelopen zes maanden door gezondheidsproblemen beperkingen ervaren in activiteiten die mensen gewoonlijk doen?' met antwoordmogelijkheden: 'ernstig beperkt', 'beperkt maar niet ernstig', en 'niet beperkt'. In de figuren staat 'gezond' voor 'niet beperkt', en 'ongezond' voor 'beperkt' (al dan niet ernstig).

Figuur 1a De gezonde levensverwachting van Nederlandse mannen van 50 jaar schommelt rond de 19 jaar



Bron: Eurostat, bijgewerkt tot 15-05-2020

Figuur 1a De gezonde levensverwachting van Nederlandse vrouwen van 50 jaar schommelt rond de 18 jaar



Bron: Eurostat, bijgewerkt tot 15-05-2020

Prof. dr. D.J.H. Deeg (links) is als emeritus hoogleraar Epidemiologie van de veroudering verbonden aan het Amsterdam UMC, afdeling Epidemiologie en Data Science, locatie VU medisch centrum, en het Amsterdam Public Health research institute.

Dr. S. de Breij (midden) is universitair docent werkzaam bij het Amsterdam UMC, op de afdeling Public and Occupational Health, locatie VU medisch centrum, en het Amsterdam Public Health research institute.

Dr. A. de Wind is universitair docent en werkzaam bij Amsterdam UMC, locatie AMC, Universiteit van Amsterdam, op de afdeling Public and Occupational Health, Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, Amsterdam Public Health research institute.

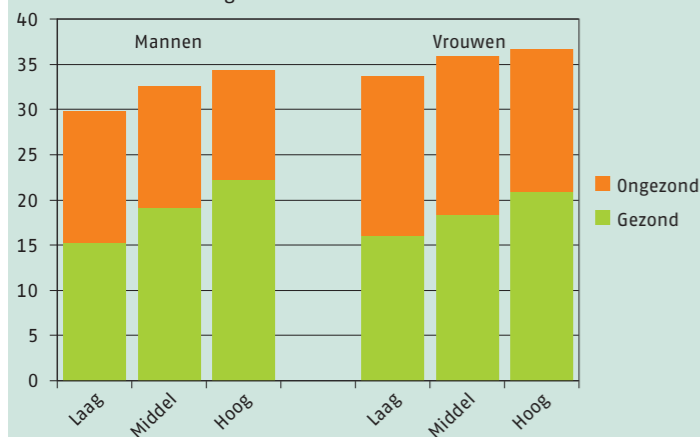


De levensverwachting van mannen vanaf 50 jaar (figuur 1a) is tussen 2008 en 2018 gestegen van 30,1 naar 31,8 jaar. Voor vrouwen (figuur 1b) is de stijging minder dan half zo groot: van 33,8 naar 34,5 jaar. De toename in levensverwachting is dus niet meer zo groot als we gewend waren van het eerste decennium van deze eeuw. In beide figuren zien we dat het verwachte aantal gezonde jaren geen duidelijke stijging of daling vertoont, maar schommelt: bij mannen rond de 19 jaar en bij vrouwen rond de 18 jaar. Als percentage van de totale levensverwachting is het aantal gezonde jaren gedaald van 63,8% tot 59,4% bij mannen en van 54,4% tot 51,3% bij vrouwen. De toename in de levensverwachting vanaf 50 jaar is dus niet gepaard gegaan met een toename in gezonde jaren. Met andere woorden, we worden nog steeds wel ouder, maar niet gezonder oud.

VERSCHILLEN IN GEZONDE LEVENSVORWACHTING

De levensverwachting is slechts een gemiddelde en er is vaak aangetoond dat er verschillen in sterfte bestaan tussen mensen met lagere en hogere opleiding (Huisman et al 2013). De gezonde levensverwachting blijkt nog sterker te verschillen naar opleidingsniveau dan de totale levensverwachting, ook op hogere leeftijden. Recente cijfers van het CBS, berekend over de jaren 2015–2018, laten zien dat de levensverwachting vanaf 50 jaar voor hoog opgeleide mannen en vrouwen 34,4 respectievelijk 36,7 jaar was, en voor laag opgeleide mannen en vrouwen vanaf 50 jaar 29,8 en 33,7 jaar (figuur 2). Dit zijn aanzienlijke opleidingsverschillen: voor mannen en vrouwen 4,6 respectievelijk 3,0 jaar. De verschillen naar opleiding in levensverwachting in goede gezondheid, gemeten met de GALL, waren nog groter: 7,0 respectievelijk 4,8 voor mannen en vrouwen. Lager opgeleide mannen en vrouwen zijn dus dubbel in het nadeel: zij kunnen minder levensjaren verwachten dan hoger opgeleiden en bovendien zullen zij door gezondheidsproblemen een groter deel van die jaren beperkt zijn in hun activiteiten.

Figuur 2 De gezonde levensverwachting van Nederlanders van 50 jaar verschilt sterker naar opleidingsniveau dan de totale levensverwachting

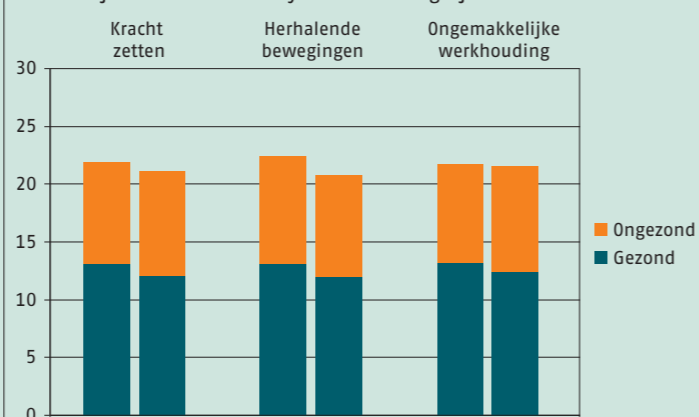


Bron: CBS, bijgewerkt tot 11-11-2020, berekend over de jaren 2015–2018

ACHTERGRONDEN VAN GEZONDHEIDSVRSCHILLEN NAAR OPLEIDING: DE ROL VAN WERKBELASTING

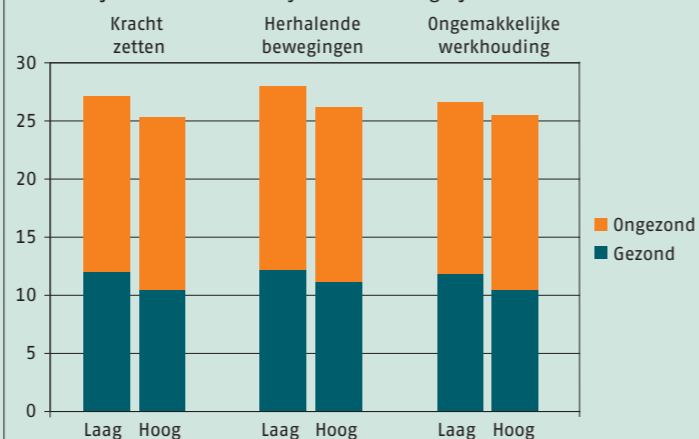
Er zijn veel factoren die bijdragen aan de verschillen in gezondheid en sterfte naar opleiding. De kiem voor die verschillen kan al vroeg in het leven worden gelegd, want kinderen van laagopgeleide ouders groeien vaker op in ongunstige omstandigheden dan kinderen van hoogopgeleide ouders. Zulke ongunstige omstandigheden, zoals slechte voeding en huisvesting, hebben invloed op de gezondheid. Kinderen van laag opgeleide ouders hebben ook een grotere kans om zelf laag opgeleid te blijven, en dat verkleint weer de kans op een volwassen leven in welvaart. Lager opgeleiden komen veelal terecht in banen met een fysiek zwaardere werkbelasting dan hoger opgeleiden. Uit de zware-beroepdiscussie weten we dat het niet eenvoudig is om goede criteria te vinden voor wat een zwaar beroep is. In ons onderzoek hebben we de gezonde en totale levensverwachting nader onderzocht (de Wind et al 2020)². De vraag was in welke mate verschillen in de fysieke werkbelasting bijdragen aan verschillen in gezonde en totale levensverwachting vanaf 55 jaar.

Figuur 3a De gezonde levensverwachting van mannen van 55+ jaar verschilt naar fysieke belasting tijdens het werkende leven



Bron: LASA (de Wind et al 2020), berekend over de jaren 1992–2016

Figuur 3b De gezonde levensverwachting van vrouwen van 55+ jaar verschilt naar fysieke belasting tijdens het werkende leven



Bron: LASA (de Wind et al 2020), berekend over de jaren 1992–2016

Tot onze beschikking stonden drie aspecten van fysieke werkbelasting: veel kracht moeten zetten, herhalende bewegingen en een ongemakkelijke houding tijdens het werk. Als maat voor gezondheid was gekozen voor beperkingen in minimaal één van zes specifieke activiteiten, zoals traplopen, gebruik maken van eigen of openbaar vervoer, en gaan zitten en opstaan uit een stoel. De figuren 3a en 3b laten lage waarden van de drie aspecten van fysieke werkbelasting de gezonde en totale levensverwachting zien. Voor mannen betekent een hoge werkbelasting een 0,7 tot 1,1 jaar kortere gezonde levensverwachting in vergelijking met mannen met een lage werkbelasting;

voor vrouwen is het verschil iets groter: 1,0 tot 1,5 jaar. Ook de totale levensverwachting varieerde naar werkbelasting: bij hoge werkbelasting was deze voor mannen 0,1 tot 1,6 jaar en voor vrouwen 1,2 tot 1,9 jaar korter dan bij lage werkbelasting. Vooral vrouwen ondervinden dus nadelige gevolgen van fysiek zwaar werk in termen van gezonde en totale levensverwachting.

DE GEZONDHEID NA PENSIONERING

Tot nu toe hebben we de beperking in activiteiten als maat voor gezondheid gekozen. Maar minstens zo belangrijk is hoe gezond je je voelt, zeker op latere leeftijd wanneer beperkingen nu eenmaal vaker voorkomen. Wij hebben onderzocht of de ervaren gezondheid op latere leeftijd, in het bijzonder na de pensionering, ook verschillen vertoont naar opleidingsniveau, en in hoeverre die verschillen samenhangen met de werkbelasting vóór de pensionering (de Breij et al 2019)³. Inderdaad ervoeren lager opgeleide ouderen hun gezondheid als slechter in vergelijking met hoger opgeleide ouderen. Een deel van dat verschil kon worden toegeschreven aan de ondergane fysieke werkbelasting. De invloed daarvan bleef nog vele jaren na de pensionering voortbestaan. Deze resultaten werden bevestigd in replicatie-onderzoek in Denemarken, Engeland en Finland.

MACROFACTOREN

Het bovenbeschreven onderzoek richtte zich op mensen die werken of gewerkt hebben. Met dit type onderzoek kunnen conclusies worden getrokken over kenmerken van mensen, zoals opleidingsniveau, of over werkomstandigheden, zoals fysieke werkbelasting. Dat zijn micro-respectievelijk mesofactoren. Onderzoek dat zich richt op macrofactoren kan worden gebaseerd op een vergelijking van meerdere landen.

In een onderzoek waarin we 18 Europese landen hebben vergeleken, hebben we ons gericht op de overheidsuitgaven besteed aan pensioen-voorzieningen, gezondheids- en langdurige zorg, huisvesting en andere sociale voorzieningen (de Breij et al 2020)⁴. Oudere inwoners van landen met hogere uitgaven op deze vier posten ervoeren een betere gezondheid dan oudere inwoners van andere landen.

Bovendien bleken de verschillen in gezondheid tussen lager en hoger opgeleide ouderen kleiner te zijn in landen met hogere pensioenen, hogere werkloosheidsuitkeringen en, met name bij vrouwen, hogere uitgaven voor de gezondheidszorg.

Waar past Nederland in dit beeld? Ons land behoort tot de landen met relatief hoge uitgaven op pensioenvoorzieningen en gezondheidszorg, maar zit wat betreft uitgaven aan langdurige zorg, werkloosheidsuitkeringen en huisvesting in de middenmoot. Ook de door ons onderzochte resultante, de ervaren gezondheid, zit in de middenmoot. Ons onderzoek heeft aan het licht gebracht door welke macrofactoren de gezondheid op latere leeftijd kan worden verbeterd.

CONCLUSIES

De gezonde levensverwachting houdt geen gelijke tred met de totale levensverwachting. Doordat de totale levensverwachting nog steeds toeneemt, wordt een steeds kleiner deel van het aantal te verwachten levensjaren in gezondheid doorgebracht. Van laagopgeleiden is de levensverwachting aanzienlijk korter dan van hoogopgeleiden, en dit geldt nog sterker voor het aantal te verwachten jaren in gezondheid. Een deel van het verschil naar opleiding kan worden toegeschreven aan de fysiek zwaardere werkbelasting waarmee lager opgeleiden te maken hebben gehad tijdens hun werkende leven. Maatregelen op de werkvloer zoals lastenverlichting, het verruimen van de mogelijkheden voor werknemers om zelf het tempo en de volgorde van het werk te bepalen of het begeleiden naar ander werk, kunnen bijdragen aan het vergroten van het aantal gezonde levensjaren na de pensionering. Ook structurele overheidsmaatregelen, zoals het beter toegankelijk maken van deeltijdpensioen, kunnen lastenverlichting brengen. Daarnaast kan de overheid door bijstelling van het beleid op het gebied van huis-

vesting en langdurige zorg stappen zetten in de richting van een betere gezondheid na de pensionering. En dit kan dan weer kostenbesparing opleveren voor de gezondheidszorg. ■

1 – De Nederlandse gegevens zijn afkomstig van de Enquête Beroepsbevolking.

2 – Dit onderzoek werd uitgevoerd met gegevens van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). LASA werd gestart in 1992 en loopt tot op heden door. De deelnemers zijn 55 jaar en ouder en zijn verspreid over de regio's rond Amsterdam, Zwolle en Oss. Zij worden iedere drie jaar aan huis geïnterviewd en getest. Voor het berekenen van de gezonde levensverwachting is een multi-state model gebruikt, waarmee transities tussen drie toestanden worden berekend: gezond, ongezond, en overleden. De transitiekansen vormen de basis voor de berekening van de gezonde en totale levensverwachting. Meer informatie over LASA: www.lasa-vu.nl

3 – Ook dit onderzoek werd uitgevoerd met gegevens van LASA, waaruit deelnemers werden geselecteerd met gegevens over hun werkbelasting vóór de pensionering en met minimaal één vervolgmeting na de pensionering. Het maximale aantal vervolgmetingen was vijf. Meer informatie over de landen die samenwerkten in dit onderzoek: www.extendjimmybl.eu

4 – Voor dit onderzoek werden gegevens gebruikt van de Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe en de English Longitudinal Study of Ageing.

Literatuur

Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezonde levensverwachting; geslacht, leeftijd en onderwijsniveau, 2015–2018. Laatst bijgewerkt: 11 november 2020.

de Beer J. Anderhalve eeuw stijging van de levensduur: een succesverhaal. Demos 2016; 33(4): 1–3.

de Breij S, Qvist JY, Holman D, Mäcken J, Seitsamo J, Huisman M, Deeg DJH. Educational inequalities in health after work exit: the role of work characteristics. BMC Public Health 2019; 19(1): 1515. doi: 10.1186/s12889-019-7872-0.

de Breij S, Huisman M, Deeg DJH. Macro-level determinants of post-retirement health and health inequalities: A multilevel analysis of 18 European countries. Soc Sci Med 2020; 245: 112669. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.112669.

Deeg D, Nusselder W. Is langer leven ook gezonder leven? Demos 2020; 36(1): 4–7.

Eurostat. Healthy life years statistics; statistics explained. Eurostat, 2020. Laatst bijgewerkt: 15 mei 2020.

Huisman M, Read S, Towriss CA, Deeg DJ, Grundy E. Socioeconomic Inequalities in Mortality Rates in Old Age in the World Health Organization Europe Region. Epidemiol Rev 2013; 35(S1): 84–97. doi: 10.1093/epirev/mxs010

de Wind A, Sewdas R, Hoogendijk EO, van der Beek AJ, Deeg DJH, Boot CRL. Occupational Exposures Associated with Life Expectancy without and with Disability. Int J Environ Res Public Health 2020; 17(17): E6377. doi: 10.3390/ijerph17176377. Zie <http://www.share-project.org/>