

BIJLAGEN

Grijswaarden; Monitor ouderenbeleid 2008

Crétien van Campen (red.)

Inhoud

Bijlage A	Verschillen in vrijwilligerswerk.....	2
Bijlage B	Inkomensverschillen.....	4
Bijlage C	Kenmerken van bewoners van <i>verzorgd wonen</i>	5
Bijlage D	Het meten van bewegen	8
Bijlage E	Gegevensbronnen van gezond blijven.....	11
Bijlage F	Vragenlijst kwaliteit van het levenseinde.....	14
Bijlage G	Leefsituatie en geluk van ouderen.....	15
Bijlage H	Gebruikte databestanden	16

Sociaal en Cultureel Planbureau
Den Haag, juni 2008

Bijlage A Verschillen in vrijwilligerswerk

In deze monitor is de deelname aan onbetaalde arbeid onder alle ouderen en onder subgroepen ouderen onderzocht. De relevante subgroepen zijn geselecteerd op basis van de uitkomsten van onderzoek naar de samenhang tussen verschillende achtergrondkenmerken en deelname aan vrijwilligerswerk. De resultaten van deze berekeningen zijn in deze bijlage gepresenteerd.

Tabel 3.1 laat zien dat het aandeel vrijwilligers het hoogst is onder de jongste groep ouderen. Wellicht is deze oververtegenwoordiging veroorzaakt door andere achtergrondkenmerken, zoals geslacht of gezondheidstoestand. Om dit te na te gaan is er met behulp van logistische regressieanalyses gecorrigeerd voor deze invloed. Uit die resultaten blijkt dat 75-plussers minder vaak vrijwilligers zijn dan de 65-74-jarigen (tabel A.1). Uit ander onderzoek blijkt eveneens dat de deelname lager is onder de oudste ouderen dan onder de jongere ouderen (Dekker et al. 2007; De Klerk en Schellingerhout 2006; GGD Midden-Nederland 2006; Hoeymans et al. 2005). Broese van Groenou en Deeg (2006) lieten zien dat naarmate ouderen een hogere leeftijd bereiken, er meer stoppen met vrijwilligerswerk dan actief worden. Slechts een vijfde van de ouderen die niet actief waren in het vrijwilligerswerk, worden dit wel in een periode van zes jaar.

Het oordeel dat mensen over hun eigen gezondheid hebben, lijkt ook een rol te spelen. Het percentage 65-plussers dat vrijwilligerswerk deed, is hoger onder degenen met een gunstig oordeel over hun gezondheid dan onder degenen met een slechter oordeel (tabel 3.1). Dit wordt bevestigd door de resultaten van logistische regressieanalyses (tabel A.1). Uit de literatuur blijkt dat mensen met een lichamelijke beperking minder vaak actief zijn als vrijwilliger dan degenen zonder of alleen met een lichte lichamelijke beperking (De Klerk 2007; Brink-Muinen et al. 2007). Voor personen met een matige lichamelijke beperking geldt dit in iets mindere mate (De Klerk en Schellingerhout 2006). Vooral mobiliteitsproblemen zijn van invloed (Hoeymans et al. 2005).

En ten slotte blijkt het lidmaatschap van een religieuze gemeenschap van belang. Ouderen die tot een religieuze gemeenschap behoren, geven vaker aan dat zij vrijwilliger zijn dan degenen die geen lid hiervan zijn (tabel 3.1 en tabel A.1). Ander onderzoek laat ook zien dat kerkelijkheid een rol speelt (Van der Meer 2006; Breedveld et al. 2004; Bekkers 2004) en dat veel mensen vrijwilligerswerk doen voor levensbeschouwelijke organisaties (De Hart 2005; Breedveld et al. 2004). Zowel lidmaatschap als kerkgang spelen een rol. Degenen die vaak naar de kerk gaan, hebben een relatief grote kans actief te zijn in het vrijwilligerswerk, omdat zij via hun netwerk intrinsieke, religieuze waarden delen, sociale banden aangaan met kerkgenoten en een grotere binding krijgen met de plaatselijke gemeenschap (De Hart en Dekker 1999).

Tabel A.1 Deelname aan vrijwilligerswerk onder 65-plussers, gecorrigeerd voor achtergrondkenmerken, 2004 en 2006 (in odds ratio's)

	2004	2006
geslacht		
vrouw (t.o.v. man)	n.s.	n.s.
leeftijdsklasse		
≥ 75 jaar (t.o.v. 65-74 jaar)	0,49	0,26
relatie		
geen partner (t.o.v. partner)	n.s.	n.s.
hoogst voltooide opleiding		
lbo of lager (t.o.v. hbo/wo)	n.s.	n.s.
mavo, enz. (t.o.v. hbo/wo)	n.s.	n.s.
nettohuishoudinkomen		
laagst 33% (t.o.v. hoogste 33%)	n.s.	n.s.
33%-66% (t.o.v. hoogste 33%)	n.s.	0,30

oordeel over eigen gezondheid (zeer) slecht (t.o.v. (zeer) goed)	0,38	0,48 ^a
belemmeringen adl/hdl belemmerd (t.o.v. niet belemmerd)	n.s.	0,46
stedelijkheidsmaat (zeer) sterk stedelijk (t.o.v. niet stedelijk)	n.s.	n.s.
lid religieuze gemeenschap geen lid (t.o.v. lid)	0,39	0,27
R2 (Cragg & Uhler)	17,1	27,7
(n)	(457)	(423)

a Alleen significant bij $p < 0,10$.

Bron: SCP (CV'04, '06)

Literatuur bijlage A

- Bekkers, R. (2004). *Giving and volunteering in the Netherlands: sociological and psychological perspectives* (proefschrift). Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Breedveld, K., M. de Klerk en J. de Hart (2004). *Ouderen en maatschappelijke inzet*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (Werkdocument 4).
- Brink-Muinen, A. van den, P. Spreeuwenberg en P.M. Rijken (2007). *Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2006. Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten*. Utrecht: NIVEL.
- Broese van Groenou, M. en D. Deeg (2006). Veranderingen in sociale participatie. In: A.H. de Boer (red), *Rapportage ouderen 2006. Veranderingen in de leefsituatie en levensloop* (p. 215-238). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2006/12).
- Dekker, P., J. de Hart en L. Faulk (2007). *Toekomstverkenning vrijwillige inzet 2015*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2007/12).
- GGD Midden-Nederland (2006). *Rapport Senioren in Beeld 2006. Resultaten van een gezondheidsenquête onder zelfstandig wonende ouderen van 65 jaar en ouder in de regio Midden-Nederland*. Zeist: GGD Midden-Nederland.
- Hart, J. de (2005). *Landelijk verenigd. Grote ledenorganisaties over ontwikkelingen op het maatschappelijk middenveld. Civil society en vrijwilligerswerk*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2005/1).
- Hart, J. de, en P. Dekker (1999). Kerkelijkheid en maatschappelijke participatie in Nederland. In: *Tijdschrift voor Sociologie* jg. 40, nr. 4-4, p. 367-394.
- Hoeymans, N., J.M. Timmermans, M.M.Y. de Klerk, A.H. de Boer, D.J.H. Deeg, J.L. Poppelaars, F. Thissen, J.C. Droogleever Fortuijn en A.E.M. de Hollander (2005). *Gezond actief: de relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie onder Nederlandse ouderen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Klerk, M. de (2007). Sociale en maatschappelijke participatie. In: M. de Klerk (red.), *Meedoen met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2007* (p. 111-138). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2007/14).
- Klerk, M. de, en R. Schellingerhout (2006). *Ondersteuning gewenst. Mensen met lichamelijke beperkingen en hun voorzieningen op het terrein van wonen, zorg, vervoer en welzijn*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2006/11).
- Meer, M. J. van der (2006). *Older adults and their sociospatial integration in The Netherlands* (proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Bijlage B Inkomensverschillen

Tabel B.1 Populatieaandelen, gemiddelde inkomens (prijzen van 2005) van en ongelijkheid binnen enkele deelgroepen ouderen, 1990-2005

	1990	1998	mutatie '90/'98 (%)	2000 voor revisie	mutatie '98/'00 (%)	2000 na revisie	2005	mutatie '00/'05 (%)
Theil (x 1000)								
totale groep AOW'ers	94	78	-17	85	9	83	88	6
met aanvullend pensioen	89	74		80		76	82	
zonder aanvullend pensioen	109	88		100		111	107	
met inkomen uit eigen woning	80	61		68		82	90	
zonder inkomen uit eigen woning	73	61		62		70	76	
populatieaandelen (%)								
met aanvullend pensioen	77	83		84		84	88	
zonder aanvullend pensioen	23	17		16		16	12	
met inkomen uit eigen woning	28	33		35		29	29	
zonder inkomen uit eigen woning	72	67		65		71	71	
gemiddeld inkomen (x 1000 euro)								
totale groep AOW'ers	18	19		19		19	20	
met aanvullend pensioen	18	19		20		19	21	
zonder aanvullend pensioen	17	16		17		16	16	
met inkomen uit eigen woning	23	23		24		23	24	
zonder inkomen uit eigen woning	16	16		16		17	18	

Bron: CBS (IPO'90-'05)

Tabel B.2 Gemiddeld reëel gestandaardiseerd huishoudinkomen van enkele groepen 65-plussers, 1990 en 2005 (in euro's van 2005 x 1000)

	1990	2005
met aanvullend pensioen		
alleenstaande vrouwen	16	18
overigen	19	21
≥ 75 jaar	17	20
65-74 jaar	19	21
niet westers allochtoon ^a		
overig		16
zonder aanvullend pensioen		
volledige AOW	17	16
onvolledige AOW	16	14

a Niet opgenomen in IPO'90.

Bron: CBS (IPO'90, '05)

Bijlage C Kenmerken van bewoners van verzorgd wonen

In het hoofdstuk Woonvoorzieningen op maat is onderzocht hoeveel ouderen in een ouderenwoning met zorg op afroep wonen. Hierin hebben we ook subgroepen ouderen onderscheiden. De keuze voor de subgroepen is gebaseerd op de resultaten van analyses naar de samenhang tussen achtergrondkenmerken en het verzorgd wonen. Deze resultaten presenteren we hier.

Leeftijd hangt positief samen met het beschikken over verzorgd wonen. Het aandeel oudste huishoudens dat over zorg op afroep kan beschikken, is hoger dan het aandeel jongere huishoudens (tabel C.1). Uit de resultaten van een logistischeregressieanalyse blijkt ook dat de huishoudens met ten minste een lid van 75 jaar of ouder deze zorg vaker kunnen ontvangen dan de huishoudens waarvan het oudste lid 55-64 jaar is (tabel C.2). Onderzoek onder 65-plussers en onderzoek onder 55-plussers die een lichamelijke beperking hebben, laten eveneens zien dat de oudste categorie ouderen relatief vaak verzorgd wonen (De Boer 2004; De Klerk en Schellingerhout 2006).

Huishoudens die in een niet- of weinig stedelijk gebied wonen, gaven in 2006 vaker aan dat zij zorg op afroep konden ontvangen dan andere (tabel C.1). Dit vindt bevestiging in de resultaten van een logistischeregressieanalyse (tabel C.2).

De samenhang tussen het hebben van een motorische beperking en het wonen in een ouderenwoning met zorg op afroep is niet gelijk in 2002 en 2006. In 2002 is deze niet positief, in 2006 wel (tabel C.1 en tabel C.2). Meer huishoudens waarvan ten minste een lid een matige of ernstige motorische beperking heeft, waren in 2006 in de gelegenheid gebruik te maken van verpleging of verzorging van een in de buurt gelegen bejaarden- of verzorgingshuis, een dienstencentrum of een steunpunt (tabel C.1 en tabel C.2). Ander onderzoek laat zien dat 65-plussers die mobiliteitsbeperkingen hebben en beperkingen ondervinden bij de huishoudelijke verzorging, relatief vaak verzorgd wonen (De Boer 2004). Ouderen met een motorische beperking zullen vergeleken met andere ouderen vaak verzorgd wonen vanwege hun (grotere) behoefte aan verzorging en verpleging én omdat zij hier vaak voor in aanmerking komen. Woningen met zorg op afroep zijn veelal huurwoningen waarvoor een medische indicatie vereist is (VROM 2004). De resultaten lijken te suggereren dat men in 2006 meer rekening heeft gehouden met motorische beperkingen bij het toewijzen van woningen dan in 2002, omdat dit kenmerk nu wel samenhangt met het beschikken over verzorgd wonen onder ouderen. Ander onderzoek onderbouwt dit. Het aantal woningen in de sociale huursector dat toegewezen kan worden aan ouderen of personen met een motorische beperking, is toegenomen in 2005-2006, van ongeveer 319.000 naar 328.000 (VROM-inspectie 2006).

Meer alleenstaande ouderen kunnen in hun ouderenwoning zorg op afroep krijgen dan ouderen met een partner (tabel C.2). Ook ander onderzoek laat zien dat vooral alleenstaanden in een woning met diensten of zorg wonen (De Klerk en Schellingerhout 2006).

Tabel C.1 Het beschikken over verzorgd wonen onder huishoudens in een ouderenwoning met ten minste een lid van 55 jaar of ouder, gecorrigeerd voor achtergrondkenmerken, 2002 en 2006 (in procenten, n = 4485; n = 3338)

	2002	2006
geslacht		
man	17,5*	26,0*
vrouw	27,2*	32,5*
leeftijd		
55-64 jaar	9,2*	12,7*
65-74 jaar	16,6*	20,9*
≥ 75 jaar	32,2*	39,3*
het hebben van een partner		
partner	17,6*	24,3*
geen partner	27,5*	33,6*
hoogst voltooide opleiding		
lbo of lager	26,0*	33,1*
mavo, havo, vwo, mbo	21,8*	28,3*
hbo/wo	22,6*	21,8*
nettohuishoudinkomen		
laagste 25%	27,9*	33,1*
25%-50%	21,6*	33,4*
50%-75%	20,9*	29,0*
hoogste 75%	21,5*	26,3*
motorische beperking		
geen	21,4*	20,1*
lichte	21,0*	29,0*
matige	24,4*	33,7*
ernstige	32,1*	41,9*
etniciteit		
autochtoon	24,4	30,8
allochtoon	23,8	25,5
stedelijkheid		
(zeer sterk) stedelijk	25,6	31,0
niet/weinig stedelijk	23,3	29,9
totaal	24,4	30,4

* Achtergrondkenmerk hangt samen met het beschikken over verzorgd wonen ($p < 0.05$).

Bron: VROM (WBO'02; WoON'06) SCP-bewerking

Tabel C.2 Beschikken over verzorgd wonen onder huishoudens in een ouderenwoning met ten minste een lid van 55 jaar of ouder, gecorrigeerd voor achtergrondkenmerken, 2002 en 2006 (in odds ratio's)

	2002	2006
geslacht		
vrouw (t.o.v. man)	1,28	n.s.
leeftijdsklasse		
65-74 jaar (t.o.v. 55-64 jaar)	1,64	1,50
≥ 75 jaar (t.o.v. 55-64 jaar)	3,49	2,76
relatie		
partner (t.o.v. geen partner)	0,76	0,75
opleidingsniveau		
mavo enz. (t.o.v. lbo of lager)	n.s.	n.s.
hbo/wo (t.o.v. lbo of lager)	n.s.	n.s.
nettohuishoudinkomen		
25%-50% (t.o.v. laagste 25%)	n.s.	n.s.
50%-75% (t.o.v. laagste 25%)	n.s.	n.s.
>75% (t.o.v. laagste 25%)	n.s.	n.s.
motorische beperkingen		
lichte (t.o.v. geen)	n.s.	n.s.
matige (t.o.v. geen)	n.s.	1,40
ernstige (t.o.v. geen)	1,35	2,08
etniciteit		
allochtoon (t.o.v. autochtoon)	n.s.	n.s.
stedelijkheid		
niet/weinig stedelijk (t.o.v. (zeer sterk) stedelijk)	0,79	n.s.
R2 Nagelkercke (%)	8	9
(n)	4485	3874

Bron: VROM (WBO'02; WoON'06) SCP-bewerking

Literatuur bijlage C

- Boer, A. de (2004). Bewoners van verschillende woonvormen vergeleken. In M. de Klerk (red.), *Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen. Rapportage Ouderen 2004* (p.171-200). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP/publicatie 2004/4).
- Klerk, M. de, en R. Schellingerhout (2006). *Ondersteuning gewenst. Mensen met lichamelijke beperkingen en hun voorzieningen op het terrein van wonen, zorg, vervoer en welzijn*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP/publicatie 2006/11).
- VROM (2004). *Met zorg gekozen? Woonvoorkeuren en woningmarktgedrag van ouderen en mensen met lichamelijke beperkingen*. Den Haag: ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer.
- VROM-inspectie (2006). *Toezichtsverslag Sociale Huursector 2006. Een beschrijving van ontwikkelingen in de sociale huursector*. Eindhoven: VROM-inspectie Regio Zuid (Noord-Brabant en Limburg).

Bijlage D Het meten van bewegen

Naast TNO publiceert het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) ieder jaar gegevens over het aandeel van de Nederlandse bevolking dat aan de NNGB voldoet. In het Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS) van het CBS is de zogenoemde SQUASH¹ opgenomen, een door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) ontwikkelde vragenlijst. Respondenten krijgen vragen voorgelegd over de zelfgeschatte frequentie, duur en intensiteit van lichamelijke activiteit: activiteiten in woon-werk- of woon-schoolverkeer, activiteiten op het werk of op school, activiteiten in het huishouden, en sporten en andere vrijetijdsactiviteiten (CBS StatLine 2007). Het meetinstrument houdt vervolgens rekening met de leeftijdsgroep van de respondent bij het toekennen van een intensiteitswaarde aan de activiteiten.

De berekening van het aandeel normactieve 65-plussers volgens de SQUASH valt verhoudingsgewijs hoog uit: in 2003 voldeed 59% van de 65-plussers aan de beweegnorm tegenover 43% op basis van de monitor Bewegen en Gezondheid in OBiN. Bovendien wordt de gesignaleerde toename in het aandeel ouderen dat voldoende beweegt, niet bevestigd door de cijfers van het CBS; het percentage normactieve 65-plussers is sinds 2001 stabiel (tabel D.1).

Tabel D.1 Voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, bevolking van 65 jaar en ouder, 2001-2006 (in procenten)

jaar	percentage
2001	58
2002	59
2003	59
2004	57
2005	58
2006	58

Bron: CBS (StatLine 2007)

De vraag is waarin de verklaring voor de geobserveerde verschillen schuilt en of een van beide bronnen voorkeur verdient. Er zijn meerdere factoren aan te wijzen die aan de verschillen tussen beide bronnen bijdragen. Zo zal in veel gevallen het aantal meegerekende vormen van lichamelijke activiteit in de OBiN-cijfers lager liggen dan in de SQUASH-versie. De SQUASH vraagt specifiek naar een aantal vormen van lichamelijke activiteiten terwijl in de vragen van OBiN enkel wandelen, fietsen, tuinieren en sporten als voorbeelden van lichaamsbeweging worden gegeven en huishoudelijk werk bovendien niet expliciet wordt genoemd. Het vragen naar diverse vormen en het vervolgens optellen van de minuten besteed aan ieder afzonderlijk leidt tot een hoger aantal minuten dan wanneer in één keer om een schatting van het totale aantal minuten lichaamsbeweging wordt gevraagd (zie Ooijendijk et al. 2007: 28).

Daarnaast is beweegintensiteit een moeilijk objectief te meten begrip. OBiN gaat uit van beweging die even inspannend is als stevig wandelen of fietsen, maar dit zal in de praktijk leiden tot overschatting van de mate van inspanning door 18-54-jarigen en onderschatting door 55-plussers (Verweij et al. 2005). Ook bij de SQUASH-meting van intensiteit zijn kanttekeningen te plaatsen. Op basis van leeftijd, zelfgerapporteerde inspanning en de bijbehorende intensiteitswaarde uitgedrukt in MET-waarden² wordt een intensiteitsfactor vastgesteld. Door het hanteren van andere afkappunten in de intensiteit voor 55-plussers dan voor jongere volwassenen ontstaat een onnatuurlijk verloop in het percentage normactieven. Zo voldeed in 2003 slechts 51% van 45-54-jarigen aan de beweegnorm, maar bewoog 74% van de 55-64-jarigen en 67% van de 65-74-jarigen voldoende (CBS StatLine 2007).

Door de minder directe vraagstelling en de methode van berekening zullen de cijfers van het CBS minder gevoelig zijn voor de groeiende bekendheid van Nederlanders met de beweegnorm en voor het toenemende sociale belang dat aan bewegen wordt gehecht, dan de cijfers van TNO. Daar staat tegenover dat de mate van bekendheid van de beweegnorm en de bewustwording van het belang van bewegen wel degelijk interessant kunnen zijn voor de monitoring van het beleid.³ De *Nota ouderenbeleid (Nota 64)* vermeldt immers dat het ministerie van VWS ook projecten ondersteunt rond de beeldvorming over sport en bewegen door 50-plussers (VWS 2005: 50).

De SQUASH-cijfers van het CBS vallen dus hoger uit dan de gegevens van TNO uit OBiN. Op dit moment werkt het RIVM aan een project waarin beide methoden, het OBiN en de SQUASH, met een objectieve maat (ActiHeart-meting) vergeleken worden. Eind 2008 kan het uitspraken doen over de onderlinge verschillen, de validiteit en de geschiktheid voor specifieke doelen.

Een derde gegevensbron biedt nog een mogelijkheid tot vergelijking: het Tijdsbestedingsonderzoek (TBO) van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). In dit vijfjaarlijkse⁴ onderzoek houden de respondenten van 12 jaar en ouder gedurende één week bij welke activiteiten ze ondernemen. Deze activiteiten registreren ze van kwartier tot kwartier in een dagboek. Op basis hiervan is het mogelijk om, na toekenning van intensiteitswaarden, te berekenen welk aandeel van de Nederlandse bevolking aan de beweegnorm voldoet. Lichamelijke activiteiten op werk of school blijven echter buiten beschouwing. Daarnaast krijgen de respondenten dezelfde vragen als in OBiN voorgelegd en moeten ze zelf inschatten hoeveel dagen in de week ze ten minste 30 minuten matig intensief actief zijn (Tiessen-Raaphorst et al. 2007).

Op basis van de dagboekgegevens bewoog in 2005 67% van de 18-plussers voldoende. Uitgesplitst in leeftijdsklassen bleek 57% van de 18-35-jarigen, 67% van de 36-55-jarigen en 75% van de 56-plussers aan de beweegnorm te voldoen (Tiessen-Raaphorst et al. 2007). Deze percentages vallen hoger uit dan de 56% van 18-plussers die in 2005 volgens TNO normactief waren (Ooijendijk et al. 2007). Ook de SQUASH-cijfers van het CBS liggen lager, maar hiermee is een vergelijking moeilijk door de hantering van iets andere leeftijdsgrenzen: 54% van 18-34-jarigen, 52% van 35-54-jarigen, 72% van 55-64-jarigen en 58% van 65-plussers (CBS StatLine 2007).

Het TBO biedt de mogelijkheid om de gespecificeerde dagboekcijfers te vergelijken met de eigen inschatting van respondenten zoals die ook in OBiN gevraagd wordt. Het blijkt dat 45% van de bevolking van 18 jaar en ouder een goede inschatting maakt, maar 20% overschat het aantal dagen met voldoende activiteit en 35% maakt een onderschatting. Volgens de dagboekmethode is 67% van de 18-plussers normactief, maar slechts 44% schat zichzelf normactief in zowel winter als zomer (54% in de zomer en 46% in de winter) (Tiessen-Raaphorst et al. 2007). Deze resultaten bevestigen nogmaals het idee dat het optellen van de tijd besteed aan afzonderlijke deelactiviteiten tot een hoger aantal minuten leidt dan wanneer in één keer om een totale schatting van de activiteiten wordt gevraagd (zie Ooijendijk et al. 2007: 28).

Desalniettemin bieden de vragen van TNO in OBiN 'een indicatie over het beweeggedrag, die het beleid in staat stelt ontwikkelingen op dit terrein in de tijd te monitoren', zoals Ooijendijk et al. (2007: 28) betogen. De TNO-cijfers geven de veranderingen in de daadwerkelijke hoeveelheid lichamelijke activiteit niet geheel zuiver weer. Ze zijn tevens een indicatie van de mate waarin ouderen bekend zijn met de beweegnorm en de mate waarin zij het belang van bewegen erkennen. Voor het beleid en de monitoring ervan zijn deze aspecten echter ook interessant. Bovendien hanteert de sportnota *Tijd voor sport – bewegen, meedoen, presteren* (VWS 2005) ook cijfers van OBiN en TNO bij het stellen van streefwaarden voor het sportbeleid.

Fitnorm en combinorm

Voor het meten van de mate van lichamelijke activiteit in de bevolking bestaan meer indicatoren dan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) alleen. De NNGB of beweegnorm geeft de minimale hoeveelheid lichaamsbeweging die nodig is voor de instandhouding en verbetering van de gezondheid. Naast deze norm bestaat een richtlijn voor het bereiken van een optimale fitheid en het onderhouden van een goede cardiovasculaire conditie, de zogeheten fitnorm. Voor de verbetering van de fitheid is de intensiteit van de lichamelijke activiteit van groter belang dan voor de verbetering van de gezondheid. De fitnorm adviseert volwassenen dan ook ten minste drie keer per week gedurende minimaal twintig minuten *zwaar* intensief actief te zijn. Een zogenoemde combinorm combineert deze normen en beoordeelt of mensen aan ten minste een van beide voldoen (Kemper et al. 2000; Tiessen-Raaphorst et al. 2005; Wendel-Vos et al. 2007).

In principe strookt het doel van de beweegnorm met het globale uitgangspunt van het beleid: het gezond zijn en gezond blijven van, in dit geval, de oudere bevolking. Maar in een nader gespecificeerde doelstelling van *Nota 64* wordt naast het zo lang mogelijk gezond laten blijven ook het fit laten blijven van ouderen expliciet genoemd (zie VWS 2005a: 42). Het percentage normactieve personen ligt op grond van de fitnorm lager dan op basis van de beweegnorm: in 2003 voldeed 9% van de 65-plussers aan de fitnorm (Ooijendijk et al. 2007).⁵ Opvallend genoeg bewoog een deel van deze fitte normactieve ouderen onvoldoende op grond van de beweegnorm. Toch leidt in zijn algemeenheid lichamelijke activiteit die een betere fitheid bewerkstelligt, tot een betere gezondheid (Kemper et al. 2000). Aangenomen mag worden dat dit ook opgaat voor het oudere deel van de bevolking. Om ouderen die wel aan de fitnorm maar niet aan de beweegnorm voldoen, toch binnen de groep van normactieven te laten vallen, zou daarom de combinorm een goed alternatief voor de beweegnorm zijn. Sinds 2005 hanteert VWS ook in de sportnota's de combinorm bij het stellen van streefwaarden voor de Nederlandse volwassen bevolking (VWS 2005, 2006b, 2007a).

Het verschil tussen de beweegnorm en de combinorm is bij ouderen vergeleken met jongere volwassenen niet groot. In 2003 voldeed 46% van de 65-plussers aan de combinorm (tabel 6.3) tegenover 43% aan de beweegnorm (tabel 6.1). Het aandeel normactieve 65-plussers ligt dus 3 procentpunten hoger. In de jongere leeftijdsgroepen is dit verschil groter: bij 55-64-jarigen 6 procentpunten, bij 35-54-jarigen 7 en bij 18-34-jarigen 12 procentpunten (zie Ooijendijk et al. 2007). Door het toevoegen van mensen die aan de fitnorm voldoen, komt er vooral een groep bij die bewust met sport of zwaar intensieve lichamelijke activiteit bezig is. Het gevolg is dat de discrepanties tussen mensen met een matige/goede gezondheid en mensen met een slechte gezondheid en tussen 65-74-jarigen en 75-plussers toeneemt bij toepassing van de combinorm (tabel 6.3). Dit komt doordat 75-plussers vaker stoppen met sporten en minder beginnen met wekelijkse sportbeoefening dan jongere ouderen (58-plussers). Een toename in gezondheidsproblemen op hoge(re) leeftijd is daarvoor een belangrijke verklarende factor (Deeg en Visser 2007).

Literatuur bijlage D

- Deeg, D.J.H. en M. Visser (2007). Het beweeggedrag van ouderen. In: Hildebrandt, V.H., W.T.M. Ooijendijk en M. Hopman-Rock (red.), *Tendrapport Beweging en Gezondheid 2004/2005* (p. 179-190). Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.
- Kemper, H.C.G., W.T.M. Ooijendijk en M. Stiggelbout (2000). Consensus over de Nederlandse norm voor gezond bewegen. In: *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, jr. 78, nr. 3, p. 180-183.
- Ooijendijk, W.T.M., V.H. Hildebrandt en M. Hopman-Rock (2007). Beweging in Nederland 2000-2005. In: Hildebrandt, V.H., W.T.M. Ooijendijk en M. Hopman-Rock (red.), *Tendrapport Beweging en Gezondheid 2004/2005* (p. 9-36). Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.
- Tiessen-Raaphorst, A., E. van Ingen en K. Breedveld (2007). Tijd voor sport en bewegen. In: Hildebrandt, V.H., W.T.M. Ooijendijk en M. Hopman-Rock (red.), *Tendrapport Beweging en Gezondheid 2004/2005* (p. 53-65). Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.
- Verweij, A., K.E. Witte en A.J. Schuit (2005). *Indicatoren voor het preventieveld. Inventarisatie van de bruikbaarheid van gegevensbronnen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM-rapport 270062001/2005).
- VWS (2005). *Tijd voor sport. Bewegen, meedoen, presteren*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2006b). *Samen voor sport 2006-2010. Uitvoeringsprogramma van de kabinetsnota "Tijd voor voor sport - Bewegen, meedoen, presteren"*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2007a). *De kracht van sport*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Bijlage E Gegevensbronnen van gezond blijven

Er zijn in Nederland een aantal databronnen die met regelmatige frequentie gegevens verschaffen over een groot aantal gezondheidsindicatoren. Voorbeelden zijn het jaarlijkse Permanent onderzoek leefsituatie (POLs) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), het vierjaarlijkse⁶ Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO) van het SCP, en de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid van GGD Nederland in samenwerking met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), TNO Kwaliteit van Leven en ActiZ.⁷ Deze laatste is nog in ontwikkeling en omvat een specifieke Monitor Gezondheid Ouderen (GZO). Het POLs, het AVO en de Monitor GZO bevatten uitsluitend gegevens over zelfstandig wonenden. Ouderen in instellingen en tehuizen blijven in deze bronnen dus buiten beschouwing.

De gezondheidsindicatoren in de bronnen tonen een grote verscheidenheid aan dimensies. Om deze te structureren biedt het conceptuele model van het RIVM, het model van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV), houvast. Dit model beschouwt de gezondheidstoestand als de uitkomst van een multicausaal proces dat een aantal directe determinanten van gezondheid omvat naast interacties met preventie en zorg. Gezondheidsindicatoren kunnen betrekking hebben op de gezondheidstoestand (zgn. uitkomstindicatoren) maar ook op de determinanten van gezondheid (waaronder lichamelijke beweging) en op preventie en zorg (waaronder valpreventie). De gezondheidstoestand is in het VTV-model uitgewerkt in termen van ziekten en aandoeningen, functioneren en kwaliteit van leven, mortaliteit en gezonde levensverwachting. De determinanten van gezondheid bestaan uit drie groepen: omgeving (fysiek en sociaal), leefstijl en persoonsgebonden factoren (De Hollander et al. 2006).

De data afkomstig van de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid en de Monitor Gezondheid Ouderen (GZO) bieden een redelijk volledig overzicht van indicatoren. De lokale GGD'en voerden al eigen ouderenmonitors uit, maar op dit moment vindt een standaardisering plaats van indicatoren, vraagstellingen, protocollen en methoden zodat er een landelijke database met uniforme gegevens kan ontstaan (zie www.ggd Kennisnet.nl/monitors, www.monitorgezondheid.nl).

Tabel E.1 presenteert de indicatoren in de Monitor Gezondheid Ouderen (GZO) naar de structuur van het VTV-model. Alleen gezonde levensverwachting en mortaliteit ontbreken in de monitor. Een aantal indicatoren in de tabel zou beter op zijn plaats zijn binnen een van de andere thema's in de *Nota* en *Monitor ouderenbeleid* zoals 'actieve maatschappelijke bijdrage' (zie hoofdstukken 2 en 3), 'woonvoorzieningen' (zie hoofdstuk 5) of 'zorg voor kwetsbare ouderen verzekerd' (zie hoofdstuk 7).

De indicator lichaamsbeweging is in tabel E.1 terug te vinden onder leefstijl. Leefstijl omvat meer dan beweging alleen; ook alcoholgebruik, druggebruik, rookgedrag, seksueel gedrag en voeding zijn leefstijldeterminanten van gezondheid en indicatoren in de Monitor GZO. Valongevallen en ongevalletsels (waaronder heupfracturen) zijn terug te vinden onder ziekten en aandoeningen. Valongevallen zijn zowel een uitkomst (van omgeving, leefstijl, ziekten en aandoeningen) als een determinant (van functioneren en kwaliteit van leven, mortaliteit en gezonde levensverwachting) (zie ook § 6.3).

Tabel E.1 Indicatoren in de Monitor Gezondheid Ouderen ingedeeld volgens het VTV-model

categorie VTV-model ^a	indicatoren Monitor Gezondheid Ouderen
gezondheidstoestand	
gezonde levensverwachting	-
mortaliteit	-
functioneren en kwaliteit van leven	ADL ^b en beperkingen coping (eigen regio voeren) kwaliteit van leven maatschappelijke participatie mantelzorg geven vrijwilligerswerk werksituatie zelfredzaamheid
ziekten en aandoeningen	angst en depressie chronische aandoeningen ongevallen psychosociale gezondheid
determinanten van gezondheid	
persoonsgebonden factoren	geslacht leeftijd lengte en gewicht (BMI) ^c
leefstijl	alcoholgebruik druggebruik lichaamsbeweging roken seksueel gedrag
omgeving	agressie en geweld binnenmilieu buitenmilieu eenzaamheid (sociale omgeving) ethniciteit geografische indicator huiselijk geweld huishoudenssamenstelling en burgerlijke staat inkomen leefomgeving opleiding religie sociaal netwerk / steun sociale veiligheid voorzieningen woonsituatie

griep prik
informatiebehoefte (serviceloket)
informele en professionele hulp
mantelzorg ontvangen
medicijngebruik
medische hulpmiddelen
mondverzorging
slaap- en kalmeringsmiddelen
zorg (*care*)
zorggebruik (*cure*)

-
- a VTV: Volksgezondheid Toekomst Verkenning.
b ADL: activiteiten van het dagelijks leven.
c BMI: body mass index.

Bron: De Hollander et al. (2006); GGD Nederland (2006); Helpdesk Monitors GGD

Een groot aantal van de indicatoren in tabel E.1 wordt ook gemeten in het jaarlijkse CBS-onderzoek POLS, dat sinds 1997 loopt. Dit betekent veelal dat er voor deze indicatoren over een relatief lange periode gegevens voor monitoring beschikbaar zijn. Voorbeelden van relevante indicatoren in het POLS zijn: beperkingen, angst en depressie, kwaliteit van leven, chronische aandoeningen, leefstijl (alcoholgebruik, lichaamsbeweging, roken), lengte en gewicht (BMI), medische hulpmiddelen, en zorggebruik (*cure*). Een aantal van de vraagstellingen in het POLS en de Monitor GZO/Volksgezondheid komt overeen.

Frequente gegevens over mortaliteit/sterfte, doodsoorzaken en levensverwachting op 65-jarige leeftijd zijn ook beschikbaar bij het CBS (zie onder andere www.statline.nl). Onregelmatig verschijnen schattingen van de gezonde levensverwachting op 65-jarige leeftijd bij het CBS (zie StatLine en www.cbs.nl) en het RIVM (zie De Hollander et al. 2006, en www.nationaalkompas.nl). Dit zijn bijvoorbeeld de levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen, de levensverwachting in goede ervaren gezondheid en de levensverwachting zonder chronische ziekten.

Bijlage F Vragenlijst kwaliteit van het levenseinde

- 1 Waar sterven mensen en hoeveel tijd verblijven ze in de verschillende zorgsettings aan het einde van hun leven?
- 2 Wie verleent de levenseindezorg? En zijn naasten altijd welkom in de verschillende institutionele zorgsettings?
- 3 Worden fysieke en psychologische noden en problemen in de laatste levensfase geïdentificeerd, behandeld en verzorgd?
- 4 Welke proportie patiënten ervaart cognitieve beperkingen aan het levenseinde, hoe ernstig zijn deze beperkingen en hoe lang voor overlijden treden ze op?
- 5 Welke proportie patiënten ervaart fysieke beperkingen en sociale isolatie voor het sterven, hoe sterk en hoe lang?
- 6 Hoe schatten patiënten en hun naasten hun kwaliteit van leven in op diverse tijdstippen voor overlijden?
- 7 Hebben patiënten afscheid kunnen nemen van het leven (in termen van sociale relaties en spiritualiteit)?
- 8 Worden patiënten en hun naasten actief betrokken bij de besluitvorming over behandel- en zorgopties?
- 9 Ontvangen patiënten en hun naasten tijdig voldoende en adequate informatie die nodig is om geïnformeerde beslissingen te kunnen nemen?
- 10 Krijgen patiënten en hun naasten professionele ondersteuning van religieuze of humanistische consulenten, psychologen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers of andere hulpverleners?
- 11 Worden de fysieke, emotionele en financiële bronnen van de familie of naasten zwaar belast door de zorg voor een terminaal familielid of naaste?
- 12 Worden de nabestaanden ondersteund in hun rouwverwerking?
- 13 Bron: Deliens (2006)

Bijlage G Leefsituatie en geluk van ouderen

Tabel G.1 laat de veranderingen zien in de scores op de leefsituatie-index van drie groepen ouderen (uitgesplitst naar geslacht en gezondheid) in de periode 2004-2006. De index gaat uit van een gemiddelde score in de totale bevolking van 100 in 1997.

Tabel G.1 Scores^{a, b} op de leefsituatie-index van 55-64-jarigen, 65-74-jarigen, en 75-plussers, naar geslacht en gezondheid, 2004-2006

	55-64 jaar		65-74 jaar		≥ 75 jaar	
	2004	2006	2004	2006	2004	2006
man	103	105	98	99	82	88
vrouw	100	104	93	96	78	82
goede gezondheid	109	111	102	104	85	96
mindere gezondheid	99	102	94	96	79	83
totaal	101	104	95	98	79	85

a De gemiddelde score van de totale bevolking in 1997 was 100.

b Exclusief de bewoners van instellingen.

Bron: CBS (POLS-SLI'97-'06), SCP-bewerking; SCP (CV '04-'06)

De leefsituatie-index is in de jaren 2004-2006, globaal de onderzoeksperiode van deze monitor, gestegen voor alle personen van 55 jaar en ouder. Vooral de stijging onder 75-plussers is hoger dan de landelijk gemiddelde (+2, niet in tabel). Onder hen zijn bovenal de mensen met een uitstekende gezondheid gestegen (+11), maar ook die met een slechte gezondheid, zij het minder sterk (+4). Onder de 65-74-jarigen is de leefsituatie van vrouwen (+3) meer vooruitgegaan dan die van mannen (+1). De verschillen tussen mensen met een goede en een minder goede gezondheid zijn klein en de stijging in de score is even groot. Ook onder de 55-64-jarigen stegen vrouwen (+4) meer dan mannen (+2). Mensen met een goede en een mindere gezondheid stegen ongeveer evenveel.

Tabel G.2 vergelijkt het aandeel (erg) gelukkige personen in de jaren 2003-2005 voor drie oudere leeftijdsgroepen en splitst deze verder uit naar geslacht en gezondheid.

Tabel G.2 Aandeel (erg) gelukkige personen onder 55-64-jarigen, 65-74-jarigen, en 75-plussers, naar geslacht en gezondheid, 2003-2005 (in procenten)^a

	55-64 jaar		65-74 jaar		≥ 75 jaar	
	2003	2005	2003	2005	2003	2005
man	88	87	89	90	79	82
vrouw	85	84	82	85	75	75
goede gezondheid	92	92	90	92	88	87
mindere gezondheid	76	72	79	78	64	69
totaal	87	85	86	87	77	78

a Exclusief de bewoners van instellingen.

Bron: CBS (POLS '03-'05), SCP-bewerking

Het aandeel gelukkige ouderen is tussen 2003 en 2005 niet significant veranderd. Wel zijn er significante verschillen tussen de drie leeftijdsgroepen, tussen personen met een goede en minder goede gezondheid, en tussen mannen en vrouwen.

Bijlaga H Gebruikte databestanden

[Arbeidskrachtentelling](#): AKT 1973

CBS StatLine

StatLine is de elektronische databank van het CBS met statistische informatie in de vorm van tabellen en grafieken over vele maatschappelijke en economische onderwerpen. De StatLine-databank is te raadplegen via internet: <http://statline.cbs.nl/>.

Cliënt & Kwaliteit: 2003, 2004, 2005

De stichting Cliënt & Kwaliteit voert onderzoek uit naar de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in verzorgings- en verpleeghuizen. Ook in de thuiszorg zijn onderzoeken uitgevoerd.

Culturele veranderingen in Nederland: CV 1993-2006

Enquête beroepsbevolking: EBB 1987-2006

Inkomenspanelonderzoek: IPO 1995-2005

Landelijke medische registratie: LMR 2002-2006

De gegevens uit de Landelijke medische registratie zijn geleverd door Prismant.

Letsel Informatie Systeem: LIS 2002-2006

Met het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Consument en Veiligheid worden slachtoffers geregistreerd die na een ongeval, geweld of zelfmutilatie zijn behandeld op een Spoedeisende Hulp (SEH) afdeling van een selectie van ziekenhuizen in Nederland. Deze ziekenhuizen vormen een representatieve steekproef van ziekenhuizen in Nederland met een continu bezette SEH-afdeling.

Ongevallen en bewegen in Nederland: OBiN 2000-2006

SCP Leefsituatie-index: SLI 1997, 1999, 2002, 2006

Woningbehoefte onderzoek: WBO 1993-94, 1997-1999, 2002

Woononderzoek Nederland: WoON 2006

Noten

¹ *Short Questionnaire to Assess Health enhancing physical activity (SQUASH).*

² MET is een afkorting voor METabolic equivalent en is een maat voor stofwisselingsprocessen. De MET-waarde in rust is 1. Een MET-waarde van 2 geeft dus aan, dat 2 maal de energie verbruikt wordt die men normaal tijdens rust nodig heeft (<http://www.sportzorg.nl/voeding-en-bewegen/de-nederlandse-norm-gezond-bewegen-nngb.html>).

³ Ooijendijk et al. (2007: 28) wijzen erop dat de beknoptheid van de vraagstelling en de directe gerichtheid op de gestelde beleidsdoelen andere voordelen zijn van de rechtstreekse vragen in OBiN.

⁴ Door deze lage frequentie (vijfjaarlijks) is het TBO minder geschikt om als bron te dienen voor de onderhavige Monitor ouderenbeleid.

⁵ De vragen in OBiN naar de fitnorm zijn vergelijkbaar met de OBiN/TNO-vragen naar de beweegnorm: het zijn twee enkelvoudige vragen over hoeveel dagen in de week de respondent ten minste twintig minuten achtereen inspannende sporten of zware lichamelijke activiteiten uitvoert, die lang genoeg duren om bezweet te raken, waarbij de ene vraag betrekking heeft op de zomer- en de andere op de winterperiode.

⁶ Door zijn lage frequentie (vierjaarlijks) is het AVO weinig geschikt om als bron te dienen voor de onderhavige Monitor ouderenbeleid.

⁷ ActiZ: brancheorganisatie van zorgondernemers.