



Divisie Volksgezondheid  
Wassenaarseweg 56  
Postbus 2215  
2301 CE Leiden

[www.tno.nl](http://www.tno.nl)

T 071 518 18 18  
F 071 518 19 20  
Info-VGZ@pg.tno.nl

**TNO-rapport**

**PG/VGZ/2002.041**

**Gezondheidstoestand van bewoners van  
instellingen**

**Data voor het berekenen van de GLV**

Datum                    januari 2002

Auteur(s)                L.M. van Herten (TNO-PG)  
                                 K. Oudshoorn (TNO-PG)  
                                 R.J.M. Perenboom (TNO-PG)  
                                 Y.M. Mulder (TNO-PG)  
                                 N. Hoeymans (RIVM)

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

© 2002 TNO

Auteurs:

L.M. van Herten (TNO-PG)

K. Oudshoorn (TNO-PG)

R.J.M. Perenboom (TNO-PG)

Y.M. Mulder (TNO-PG)

N. Hoeymans (RIVM)

Projectnummer

011.41132

ISBN-nummer

90-6743-880-4

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van EUR 50,- (incl. BTW) op postbankrekeningnummer 99.889 ten name van TNO PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer PG/VGZ/2002.041.

# Inhoudsopgave

- 1 Inleiding — 4**
  
- 2 Achtergrondinformatie enquêtes — 6**
  - 2.1 LSO, 1982 — 6
  - 2.2 AVO, 1991 — 7
  - 2.3 OII, 1996 — 7
  - 2.4 OII, 2000 — 8
  
- 3 Materiaal en methode — 10**
  - 3.1 Materiaal — 10
  - 3.2 Hypothese en methode — 13
  
- 4 Resultaten — 15**
  - 4.1 Bewoners van verzorgingshuizen — 15
  - 4.2 Bewoners van verpleeghuizen — 18
  
- 5 Samenvatting en aanbevelingen — 19**

## Bijlage(n)

A Meetinstrumenten

B Tabellen: ervaren gezondheid en langdurige lichamelijke beperkingen per enquête

C Figuren: trend in ervaren gezondheid en langdurige lichamelijke beperkingen

D Tabellen: voortschrijdend gemiddelde in ervaren gezondheid en langdurige lichamelijke beperkingen voor verzorgings- en verpleeghuizenhuizen

E Figuren: voortschrijdend gemiddelde (—) en trend (- - -) in goede ervaren gezondheid en zonder langdurige lichamelijke beperkingen voor verzorgingshuizen

# 1 Inleiding

De gezonde levensverwachting is een volksgezondheidsmaat waarin de lengte van het leven en de gezondheidstoestand gecombineerd worden. Om een gezonde levensverwachting van de bevolking in Nederland te kunnen berekenen zijn naast sterftegegevens – voor het berekenen van de totale levensverwachting – gegevens over de prevalentie van (on)gezondheid van de bevolking in Nederland nodig. De sterftegegevens zijn afkomstig van het CBS. De gegevens over de gezondheidstoestand van de zelfstandig wonende bevolking zijn afkomstig van de Gezondheidsenquête van het CBS.

Naast de zelfstandig wonende populatie zijn voor het berekenen van de gezonde levensverwachting cijfers nodig over de gezondheidstoestand van bewoners van instellingen. Deze gegevens zijn slechts beperkt beschikbaar. In het verleden is gebruik gemaakt van een tweetal bronnen, te weten het 'Leefsituatieonderzoek betreffende de leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder' uit 1982 en het 'Aanvullend voorzieningen onderzoek betreffende de bewoners van bejaardenoordelen' uit 1991. Tot op heden zijn deze twee bronnen gebruikt om de gezondheidstoestand van bewoners van instellingen voor de tussenliggende kalenderjaren te schatten. Aangenomen werd dat er een lineair verband tussen de gegevens uit 1982 en 1991 bestond.

Sindsdien zijn er nog twee onderzoeken uitgevoerd naar de gezondheidstoestand van bewoners van instellingen. Deze onderzoeken, getiteld 'Ouderen in instellingen', zijn in 1996 en 2000 uitgevoerd. Zij geven niet alleen inzicht in de gezondheidstoestand van bewoners van verzorgingshuizen, maar ook van bewoners van verpleeghuizen. De gegevens van deze enquête waren te laat beschikbaar voor de berekening van de gezonde levensverwachting voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 (VTV97; RIVM, 1997). Wel zijn met behulp van de cijfers uit 1996 sensitiviteitsanalyses uitgevoerd om te bekijken wat de invloed is van een naar ernst genuanceerde gezondheidstoestand van bewoners van instellingen op de gezonde levensverwachting. De uitkomst van deze exercitie was dat de gezondheidstoestand van bewoners van verzorgingshuizen weinig invloed heeft op de gezonde levensverwachting. Het verschil in gezonde levensverwachting bij geboorte is maximaal 0.2 jaar. De invloed van de gezondheidstoestand van bewoners van verpleeghuizen is groter aangezien voorheen werd aangenomen dat bewoners van verpleeghuizen ongezond zijn. Hierbij zijn er met name verschillen in de onderverdeling van de ongezonde levensjaren; het verschil in totaal aantal ongezonde levensjaren is minder groot. Het maximale verschil voor de gezonde levensverwachting bij geboorte is 0.9 jaar (van Herten et al, 2000).

Het RIVM bereidt momenteel een update van de VTV voor. In dit kader heeft zij TNO Preventie en Gezondheid verzocht om – in het kader van de samenwerking – met nieuwe berekeningen van de gezonde levensverwachting te komen. Het spreekt voor zich dat in deze nieuwe berekeningen ook de cijfers van het onderzoek onder ouderen in instellingen uit 1996 en 2000 worden meegenomen. Doel van het onderzoek beschreven in dit rapport is te komen tot een voorstel voor het gebruik van de beschikbare cijfers over de gezondheidstoestand van bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen ter berekening van de gezonde levensverwachting. Bekeken zal worden hoe de gegevens uit 1982, 1991, 1996 en 2000 het beste gecombineerd kunnen worden om ook voor de

tussenliggende kalenderjaren aannemelijke cijfers te kunnen gebruiken in de berekeningen van de gezonde levensverwachting.

Hoofdstuk 2 beschrijft de achtergrondinformatie van de vier beschikbare gegevensbronnen. Hoofdstuk 3 bevat de aannamen die zijn gemaakt bij de analyses van de afzonderlijke vragenlijsten (paragraaf 3.1). In paragraaf 3.2 staan de hypothesen en de gebruikte methoden beschreven. De resultaten worden vervolgens in hoofdstuk 4 beschreven. Hoofdstuk 5 bevat de samenvatting en de aanbevelingen voor het gebruik van de beschikbare cijfers over de gezondheidstoestand van bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen ter berekening van de gezonde levensverwachting.

## 2 Achtergrondinformatie enquêtes

### 2.1 LSO, 1982

#### **Leefsituatieonderzoek betreffende de leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder**

In 1982 heeft het CBS een leefsituatieonderzoek gehouden onder de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder, waarbij naast de zelfstandig wonenden ook bewoners van bejaardenoorden (tegenwoordig verzorgingshuizen) zijn benaderd (LSO-BB'82). Personen verblijvend in een ziekenhuis, in een verpleeghuis of op de verpleegafdeling van een bejaardenoord werden niet in het onderzoek opgenomen. Daarnaast dienden de te onderzoeken personen de Nederlandse nationaliteit te bezitten. De laatste eis was dat de respondenten ingeschreven moesten staan in de bevolkingsregisters van de Nederlandse gemeenten. Dit in verband met de steekproeftrekking (CBS, 1984).

De grootte van de steekproef werd bepaald op ca. 7700. Er werd een naar leeftijd, urbanisatiegraad en provincie gestratificeerde tweetrapssteekproef uitgevoerd. Eerst zijn de gemeenten getrokken en vervolgens in de getrokken gemeenten personen. Per gemeenten werden minimaal 12 personen in de steekproef opgenomen. In totaal zijn 379 gemeenten in het onderzoek betrokken. In 373 gemeenten is een personensteekproef getrokken; in 6 gemeenten een adressensteekproef (CBS, 1984).

Aangezien het in deze rapportage gaat om de bewoners van bejaardenoorden, zijn ook alleen deze responsgegevens gepresenteerd. De totale bruto-steekproef (zelfstandig en tehuisbewoners) bedroeg 7680 personen. In de bejaardenoorden zijn in totaal 479 personen benaderd; 384 personen hebben daadwerkelijk geparticipeerd in het onderzoek. De uitval kan het gevolg zijn van overlijden van geselecteerde persoon, of non-respons (CBS, 1984).

Via stratificatie achteraf is gecorrigeerd voor de non-respons. In de eerste fase is gecorrigeerd voor de trekkingskans van de personen in de 6 gemeenten waar een adressensteekproef is getrokken. In de tweede fase is gecorrigeerd voor regio (Noord, Oost, Zuid, West, 3 grote steden), leeftijd (zes 5-jaars leeftijdscategorieën), geslacht en burgerlijke staat (gehuwd, ongehuwd). Voor de tehuisbewoners was een correctie voor ongelijke trekkingskans niet nodig. Voor hen zijn in de stratificatie achteraf slechts de kenmerken leeftijd (vijf 5-jaars leeftijdscategorieën), burgerlijke staat, en regio (randstad, rest van Nederland) gebruikt. Voor tehuisbewoners in de 6 gemeenten met een adressensteekproef werden 4 strata gevormd; naar geslacht en twee leeftijdscategorieën (60-79 jaar; 80 jaar en ouder) (CBS, 1984).

## 2.2 AVO, 1991

### **Aanvullend voorzieningen onderzoek betreffende de bewoners van bejaardenoorden**

In 1991 heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) naast het gewone Aanvullend Voorzieningen Onderzoek (AVO) een enquête afgenomen onder bejaardenoordbewoners (AVO-BB'91). Bewoners van verpleeghuizen en verzorgden op verpleegafdelingen en/of personen die alleen nog maar op afdelingen voor groepsverzorging van bejaardenoorden verbleven zijn om onderzoekstechnische reden niet meegenomen in het onderzoek. Een tweede groep personen die zijn uitgesloten van de onderzoekspopulatie zijn de bewoners van kloosterbejaardenoorden, aangezien zij andere achtergrondkenmerken bezitten. Ook zelfstandig wonenden in aanleunwoningen zijn niet meegenomen, omdat zij tot de onderzoekspopulatie van het reguliere onderzoek behoren (Konings-van der Snoek, 1993).

De steekproef is een clustersteekproef, waarbij 100 bejaardenoorden zijn benaderd waar steeds zes bewoners of bewonersechtparen werden geënquêteerd. Na selectie per bejaardenoord werd een lijst met getrokken bewoners doorgenomen met directie of verzorging, waarbij bewoners die naar hun oordeel niet in staat waren tot een gesprek uitgesloten werden. Deze procedure zorgde ervoor dat een relatief gezond deel van de bejaardenoordpopulatie ondervraagd is (Konings-van der Snoek, 1993).

In 105 van de 130 bejaardenoorden zijn gesprekken gevoerd (aan 14 van de 105 bejaardenoorden is een erkend verpleeghuis verbonden; 1 beschikt over een dependance van een verpleeghuis; 10 hebben een AWBZ gefinancierde niet-erkende verpleegafdeling. Ouderen die op dit soort afdelingen verblijven behoren formeel tot bewoners van verpleeghuizen en zijn derhalve niet meegenomen in de studie). In totaal zijn 1459 personen beoordeeld. Na selectie bleven er 1117 personen over om benaderd te worden. Hiervan zijn uiteindelijk 741 personen benaderd en zijn 623 personen bereid gevonden daadwerkelijk mee te werken. Ongeveer 70 personen weigerden hun medewerking te verlenen of gaven aan geen zin te hebben (Konings-van der Snoek, 1993).

Vergelijking van de randtotalen (naar leeftijd en geslacht) van de bronpopulatie en de deelnemers liet een ondervertegenwoordiging zien van de grote steden en van de aller oudsten en een oververtegenwoordiging van echtparen en mannen. De geconstrueerde weegfactor is daarom gebaseerd op de meerdimensionale verdeling van leeftijd (in drie leeftijdsklassen: < 75; 75-85 jaar en > 85 jaar), al of niet alleen wonen, geslacht en regio (noord/oost, west/zuid, grote stad) (Konings-van der Snoek, 1993).

## 2.3 OII, 1996

### **Ouderen in instellingen**

Eind 1995 vroeg het Sociaal Cultureel Planbureau het Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen te Nijmegen om onderzoeksgegevens te verzamelen bij personen van 65 jaar en ouder verblijvend in verzorgingshuizen, verpleeghuizen en psychiatrische

ziekenhuizen, het zogenoemde Ouderen in instellingen (OII'96). De kloosterbejaardenoorden zijn niet meegenomen in de steekproef (Bilo, 1996).

Het betrof een enquête bij 500 bewoners van verzorgingshuizen en 200 somatische patiënten in verpleeghuizen; en schriftelijke surveys bij proxy's (familie en verplegend personeel) van 100 bewoners in verzorgingshuizen, 200 psychogeriatrische patiënten in verpleeghuizen en 200 ouderen in psychiatrische ziekenhuizen. In dit onderzoek worden gegevens over bewoners van verzorgingshuizen (voorheen bejaardenoorden) aangeduid met OII-BB'96; gegevens over bewoners van verpleeghuizen worden aangeduid met OII-BV'96. Gegevens van bewoners van psychiatrische instellingen worden niet meegenomen. De steekproeftrekking heeft gefaseerd plaatsgevonden: in de eerste trap zijn random de instellingen getrokken en in de tweede trap zijn binnen de getrokken instellingen random de onderzoekspersonen geselecteerd. De steekproeftrekking van de instellingen is bovendien gestratificeerd naar regio. Aangezien het totaal aantal psychiatrische ziekenhuizen ongeveer gelijk is aan de steekproefomvang, zijn alle psychiatrische ziekenhuizen benaderd. Per verzorgingshuis werd een steekproefaantal van 8 personen geselecteerd, waarvan maximaal 5 personen werden geïnterviewd. Per verzorgingshuis werd eveneens 1 persoon geselecteerd die niet in staat was tot een interview. Hierbij werd een proxy-interview afgenomen. Per verpleeghuis werd getracht 4 somatische en 3 psychogeriatrische patiënten te interviewen. De steekproefomvang per verpleeghuis werd bepaald op respectievelijk 5 en 4 patiënten. In het psychiatrisch ziekenhuis werd getracht 6 patiënten te interviewen. Het steekproefaantal was bepaald op 9. Wanneer het benodigde aantal personen niet gehaald werd binnen de betreffende steekproef is geen nieuwe persoon getrokken (Bilo, 1996).

De totale steekproef aan instellingen bevatte 103 verzorgingshuizen, 90 verpleeghuizen en 28 psychiatrische ziekenhuizen. In totaal zijn in 95 verzorgingshuizen (92%), 84 verpleeghuizen (93%) en 23 psychiatrische ziekenhuizen (82%) enquêtes afgenomen. Het aantal respondenten bedroeg in totaal 1108, waarvan 611 afkomstig uit verzorgingshuizen, 367 uit verpleeghuizen en 130 uit psychiatrische ziekenhuizen. Het aantal door de oudere zelf beantwoorde vragenlijsten is respectievelijk 518, 153 en 0 (Bilo, 1996). In het onderzoek Ouderen in instellingen is geen weegfactor per respondent geconstrueerd, aangezien de respondenten een redelijke afspiegeling vormden van alle bewoners van instellingen (persoonlijke mededeling M. de Klerk).

## 2.4 OII, 2000

### Ouderen in instellingen

Eind 1999 heeft het Sociaal Cultureel Planbureau GfK Nederland gevraagd om het onderzoek 'Ouderen in Instellingen 2000' (OII'00) uit te voeren. Het betrof een enquête onder bewoners van verzorgingshuizen, en somatische en psychogeriatrische (afdelingen van) verpleeghuizen. De kloosterbejaardenoorden en oudere bewoners van psychiatrische instellingen zijn niet opgenomen in de steekproef (Dongen, 2000). In dit onderzoek worden gegevens over bewoners van verzorgingshuizen (voorheen bejaardenoorden) aangeduid met OII-BB'00; gegevens over bewoners van verpleeghuizen worden aangeduid met OII-BV'00.

De steekproeftrekking is op getrapte wijze uitgevoerd. Eerst zijn er instellingen geselecteerd en vervolgens is er binnen de instelling een beperkt aantal personen



willekeurig geselecteerd. De steekproefomvang betrof 100 verzorgingshuizen (600 bewoners), 50 somatische (afdelingen van) verpleeghuizen (200 bewoners) en 50 psychogeriatrische (afdelingen van) verpleeghuizen (200 bewoners). De selectie van instellingen heeft evenredig naar grootte – en rekening houdend met de regio – plaatsgevonden. Vervolgens werden alleen permanente bewoners van een verzorgingshuis van 65 jaar en ouder en uitsluitend de langdurig in een verpleeghuis verblijvende patiënten van 65 jaar en ouder geselecteerd. De psychogeriatrische bewoners zijn niet persoonlijk geïnterviewd, informatie is verkregen van zowel een familielid als een personeelslid. Per verzorgingshuis werden 6 bewoners geselecteerd, per verpleeghuis 4 bewoners (Dongen, 2000).

Het aantal respondenten bedroeg in totaal 975, waarvan 575 afkomstig uit verzorgingshuizen, 217 uit somatische (afdelingen van) verpleeghuizen en 183 uit psychogeriatrische (afdelingen van) verpleeghuizen. Er is een weegfactor geconstrueerd waarbij het bestand representatief wordt naar leeftijd, geslacht, huishoudvorm en regio/stedelijkheidsmaat. Vergelijking van de randtotalen voor en na weging laat een oververtegenwoordiging zien bij de leeftijdsgroep 90 jaar of ouder en bij de mannen. Er is een ondervertegenwoordiging zichtbaar in de leeftijdsgroepen 80-84 en 85-89 jaar en bij samenwonenden (Dongen, 2000).

## 3 Materiaal en methode

### 3.1 Materiaal

In de VTV worden drie vormen van gezonde levensverwachting onderscheiden, te weten:

- Levensverwachting in goede ervaren gezondheid;
- Levensverwachting zonder langdurige lichamelijke beperkingen; en
- Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid.

Aangezien in deze rapportage gebruik wordt gemaakt van verschillende enquêtes is het noodzakelijk de vragen die in de verschillende enquêtes gebruikt zijn met elkaar te vergelijken. In bijlage A staan de vragen uit de verschillende enquêtes beschreven. Aangezien de cijfers ook vergelijkbaar moeten zijn met de gegevens uit de gezondheidsenquête van het CBS zijn ook de vragen uit deze toegevoegd. Uit bijlage A blijkt dat de vragen niet geheel met elkaar vergelijkbaar zijn. Derhalve zijn de volgende aannamen gemaakt:

#### *Ervaren gezondheid (tabel 1 bijlage A)*

- De LSO-BB'82, AVO-BB'91 en OII-BB'96 hebben 4 antwoordcategorieën; de gezondheidsenquête en de OII-BB'00 hebben 5 antwoordcategorieën, waarbij in de berekening van de gezonde levensverwachting 'goed' en 'zeer goed' worden samengevoegd. De andere bewoording en samenvoeging van antwoordcategorieën kan tot vertekening leiden.

#### *Langdurige lichamelijke beperkingen (tabel 2 bijlage A)*

- De LSO-BB'82 en de AVO-BB'91 zijn voor visusbeperkingen onderling redelijk vergelijkbaar. In de OII'96 en OII'00 wordt eerst een screeningsvraag gesteld, alvorens vragen gesteld zijn over het lezen van letters in de krant en het herkennen van gezichten. De uiteindelijke score 'wel of geen visusbeperkingen' is gedefinieerd als die personen die slecht of in het geheel geen gezichten kunnen herkennen óf slecht of in het geheel niet (de gewone krantenletters) kunnen lezen visusbeperkingen hebben. Daarbij is tevens aangenomen dat personen die maar matig de krantenkoppen kunnen lezen de gewone letters van de krant slecht kunnen lezen.
- De LSO-BB'82 en AVO-BB'91 zijn voor gehoorbeperkingen eveneens vergelijkbaar. In de OII'96 en OII'00 is ook hier een screeningsvraag opgenomen, hetgeen voor vertekening kan zorgen. Aangenomen is dat iemand een hoorprobleem heeft als hij of zij slecht of in het geheel niet hoort (in een gesprek met 1 óf met meer dan 4 personen).
- De visus en gehoorvragen uit de enquêtes onder bewoners van instellingen zijn redelijk vergelijkbaar met de vragen uit de gezondheidsenquête, zeker na bepaling van de aanwezigheid of afwezigheid van deze beperkingen. Het aantal antwoordcategorieën is daarbij gelijk.
- Afgezien van de screeningsvraag die in de OII'96 gesteld is, zijn de ADL-vragen redelijk vergelijkbaar. Aangenomen wordt dat personen die alleen met hulp een activiteit kunnen uitvoeren een adl-beperking hebben. Alleen het item 'verplaatsen op dezelfde verdieping' ontbreekt in de OII'00. Hierdoor is het mogelijk dat in de OII'00 personen met adl-beperkingen gemist worden.

- In de enquêtes onder bewoners van instellingen zijn voor de ADL-vragen drie antwoordcategorieën mogelijk. Aangezien de gezondheidsenquête vier mogelijkheden kent kan dit voor vertekening zorgen. In de gezondheidsenquête wordt er vanuit gegaan dat personen die met grote moeite of alleen met hulp een activiteit kunnen uitvoeren een adl-beperking hebben.
- Vergelijking van de mobiliteitsvragen uit de diverse enquêtes onder bewoners van instellingen levert wat problemen op. Slechts 1 vraag komt voor vergelijking in aanmerkingen, waarbij de vraag uit de LSO-BB'82 afwijkt van de vragen uit de AVO-BB'91, OII'96 en OII'00. Daarnaast kent de LSO-BB'82 zes antwoordcategorieën en de AVO-BB'91, OII'96 en OII'00 drie antwoordcategorieën. De antwoorden uit de LSO-BB'82 zijn, op basis van de prevalentieverdelingen, als volgt gehercodeerd in drie categorieën: kan in het geheel niet staat gelijk aan alleen met hulp; minder dan 10 minuten en 10-19 minuten staat gelijk aan met moeite en 20-29 minuten, 30-39 minuten en 40 minuten of meer staat gelijk aan zonder moeite. Aangenomen wordt dat personen die alleen met hulp een activiteit kunnen uitvoeren een mobiliteitsbeperking hebben.
- Vergelijking van de mobiliteitsvragen uit de enquêtes onder bewoners van instellingen en de gezondheidsenquête levert ook problemen op. Slechts 1 vraag uit de gezondheidsenquête kan vergeleken worden met vragen uit de enquêtes bij bewoners van instellingen. Daarnaast kent de gezondheidsenquête vier antwoordcategorieën, waarbij is aangenomen dat personen die met grote moeite of alleen met hulp een activiteit kunnen uitvoeren een mobiliteitsbeperking hebben.

De aanpassing per enquête zijn voor de langdurige lichamelijke beperkingen als volgt samen te vatten:

#### LSO-BB'82

- *Visusbeperking*: Slecht of in het geheel niet
  - a) kunnen zien bij het lezen en/of
  - b) kunnen zien op straat.
- *Gehoorbepening*: Slecht of in het geheel niet horen
- *ADL-beperking*: Alleen met hulp
  - a) in- en uit bed en/of
  - b) aan- en uitkleden, schoenen aantrekken en/of
  - c) zich verplaatsen naar andere kamer op dezelfde verdieping
- *Mobiliteitsbeperking*: Kan niet of in minder dan 10 minuten, of tussen 10-19 minuten zonder hulp lopen zonder uit te rusten.

#### AVO-BB'91

- *Visusbeperking*: Slecht of in het geheel niet
  - a) de gewone letters van de krant kunnen lezen en/of
  - b) een gezicht kunnen herkennen van mensen die aan de andere kant van de kamer staan.
- *Gehoorbepening*: Slecht of in het geheel niet horen
- *ADL-beperking*: Alleen met hulp
  - a) opstaan uit bed en/of naar bed gaan en/of
  - b) aankleden en/of uitkleden en/of
  - c) zich verplaatsen naar andere kamer op dezelfde verdieping
- *Mobiliteitsbeperking*: Slecht of in het geheel niet 10 minuten kunnen lopen zonder te stoppen

OII-BB'96

- *Visusbeperking*: Degene die moeite hebben met zien én die slecht of in het geheel niet:
  - a) de krantenkoppen kunnen lezen en/of matig, slecht of in het geheel niet de gewone letters van de krant kunnen lezen én/of
  - b) een gezicht kunnen herkennen van mensen die aan de andere kant van de kamer staan.
- *Gehoorbepening*: Moeite hebben met horen én slecht of in het geheel niet horen
  - a) in een gesprek met 1 persoon en/of
  - b) in een gesprek met meer dan 4 personen
- *ADL-beperking*: Voortdurend bedlegering en/of voortdurend in een (rol)stoel en/of alleen met hulp
  - a) opstaan uit bed en/of naar bed gaan en/of
  - b) aankleden en/of uitkleden en schoenen uittrekken en/of
  - c) zich verplaatsen naar andere kamer op dezelfde verdieping
- *Mobiliteitsbeperking*: Slecht of in het geheel niet 10 minuten kunnen lopen zonder te stoppen

OII-BB'00

- *Visusbeperking*: Degene die moeite hebben met zien én die slecht of in het geheel niet:
  - a) de krantenkoppen kunnen lezen en/of matig, slecht of in het geheel niet de gewone letters van de krant kunnen lezen én/of
  - b) een gezicht kunnen herkennen van mensen die aan de andere kant van de kamer staan.
- *Gehoorbepening*: Moeite hebben met horen én slecht of in het geheel niet horen
  - a) in een gesprek met 1 persoon en/of
  - b) in een gesprek met meer dan 4 personen
- *ADL-beperking*: Alleen met hulp
  - a) in- en uit bed stappen en/of
  - b) aan- en uitkleden, schoenen aantrekken en/of
- *Mobiliteitsbeperking*: Slecht of in het geheel niet 10 minuten kunnen lopen zonder te stoppen

Samengevat: Bij het berekenen van de LZB worden personen geacht licht beperkt te zijn wanneer zij 1 type beperking (visus, gehoor of ADL-/ mobiliteitsbeperking) hebben; matig beperkt wanneer zij 2 typen beperkingen hebben en ernstig beperkt wanneer zij 3 typen beperkingen hebben. Alle overige personen worden geacht gezond te zijn. Personen zijn dus gezond wanneer zij geen langdurige lichamelijke beperkingen hebben c.q. wanneer zij één of meer van de 10 activiteiten uit de gezondheidsenquête goed of matig kunnen uitvoeren. Gezien bovenstaande aannames zijn de 10 activiteiten uit de gezondheidsenquête teruggebracht tot 8 activiteiten in de OII'96 en 7 activiteiten in de LSO-BB'82, AVO-BB'91 en OII'00. Deze verschuivingen kunnen tot vertekening leiden. Naast kleine verschillen in aantal items per type beperking moet bij ADL- en mobiliteitsvragen rekening worden gehouden met het feit dat de gezondheidsenquête één antwoordcategorie meer kent. Ook dit kan tot vertekening leiden.

### *Geestelijke gezondheid*

De vragen over deze volksgezondheidsmaat verschillen dusdanig tussen de diverse enquêtes dat vergelijking niet mogelijk is. Uit eerder onderzoek blijkt dat de algemene bevolking de beste referentiecategorie is (Perenboom et al, 1999).

### *Gewogen data*

Indien beschikbaar zijn gewogen data gebruikt, omdat die het meest reële beeld geven over de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in verzorgingshuizen.

## **3.2 Hypothese en methode**

Doel van het onderzoek is te komen tot een voorstel voor het gebruik van de beschikbare cijfers over de gezondheidstoestand van bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen. Er zijn in principe drie mogelijkheden voor het gebruik van de data voor het berekenen van de gezonde levensverwachting. Per leeftijds- en geslachtcategorie kunnen we:

- A voor tussenliggende jaren punten van trendlijn over alle jaren gebruiken en deze extrapoleren naar de toekomst;
- B voor tussenliggende jaren punten op de lijn tussen twee databronnen interpoleren en laatste lijn extrapoleren voor de toekomst;
- C het middelen van opeenvolgende databronnen over bepaalde periode gebruiken.

Optie A maakt het beste gebruik van de aanwezige data, omdat alle data worden toegepast. Nadeel van optie A is echter dat met het beschikbaar komen van nieuwe data steeds een nieuwe trendlijn berekend moet worden. Hierdoor zullen alle data verschuiven en moet de gezonde levensverwachting continu herberekend worden. Omdat dan nooit de definitieve levensverwachting in een bepaald jaar kan worden gepresenteerd valt deze optie af.

Optie B heeft als nadeel dat door de kleine aantallen in de databronnen er makkelijk fluctuatie ontstaat, zodat een stijgende lijn in periode I gevolgd kan worden door een dalende lijn in periode II. Daarnaast zal voor toekomstige jaren geëxtrapolerd moeten worden, hetgeen bij het beschikbaar komen van nieuwe cijfers weer leidt tot aanpassingen van 'oude' gegevens. Op basis van deze argumenten wordt eveneens afgezien van optie B.

Blijft over optie C, waarbij gerekend wordt met een gemiddelde van opeenvolgende databronnen. Voordeel van het middelen van databronnen is dat de cijfers stabiel worden. Nadeel van deze optie is dat er op de afkappunten wat kleine sprongen zullen voorkomen. In de totale berekening van de gezonde levensverwachting zal dit echter nauwelijks waarneembaar zijn. Een ander nadeel is dat met deze optie verschuivingen in de tijd niet direct zichtbaar zullen zijn. Een eventuele trend wordt wel vertraagd waargenomen. Het is derhalve aan te bevelen om de gegevens uit meerdere jaren te combineren, zodat er minder fluctuatie ontstaat door steekproefvariatie. Hierdoor zullen nauwkeurigere schattingen ontstaan.

Om te bezien of het middelen van databronnen mogelijk is, is onderzocht of er een trend is in ervaren gezondheid en het hebben van langdurige lichamelijke beperkingen over de jaren 1982 tot en met 2000, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. Daarbij zijn aparte analyses gemaakt voor de mate van ongezondheid/beperkteid. Op basis van de resultaten zal bekeken worden hoeveel databronnen d.w.z. enquêtejaren gemiddeld

zullen worden. Als er een trend is zal het aantal te middelen datapunten beperkt moeten blijven tot 2. Als er geen trend wordt waargenomen kunnen meerdere databronnen samengevoegd worden.

### ***Hypothese***

Het aantal plaatsen in instellingen is de laatste jaren redelijk stabiel gebleven. Met het ouder worden van de bevolking is het te verwachten dat mensen steeds langer zelfstandig blijven wonen. Hierdoor zal ook de gemiddelde leeftijd van bewoners van instellingen toenemen en de gemiddelde gezondheid slechter worden. Om die reden zou er een trend in gezondheidstoestand kunnen bestaan over de jaren 1982, 1991, 1996 en 2000. Op basis van hiervan zijn de te toetsen hypothesen als volgt:

$H_0$ : trend in ervaren gezondheid, visusbeperkingen, gehoorbeperkingen, en adl- en mobiliteitsbeperkingen over de jaren 1982, 1991, 1996 en 2000 afwezig

$H_a$ : trend in ervaren gezondheid, visusbeperkingen, gehoorbeperkingen, en adl- en mobiliteitsbeperkingen over de jaren 1982, 1991, 1996 en 2000 aanwezig

### ***Methode***

Eerst is per enquête het percentage personen in een bepaalde leeftijd, geslacht en ernstcategorie bepaald. Hierbij is de gezondheidstoestand (ervaren gezondheid en langdurige lichamelijke beperkingen) gemeten op een geordende vierpuntsschaal, te weten gezond, licht ongezond, matig ongezond en ernstig ongezond.

Vervolgens is met behulp van een geordende logistische regressie (proportional odds model) onderzocht of er een trend in gezondheidstoestand is over de enquêtejaren, na correctie voor leeftijd (4 categorieën) en geslacht (2 categorieën). Hierbij is goede gezondheid als referentiecategorie gebruikt.

In het 'proportional odds model' wordt de kans op een bepaalde ernstcategorie in een bepaald jaar gemodelleerd op basis van geslacht, leeftijd en enquêtejaar. Door de geschatte kans in een bepaalde ernstcategorie met 100% te vermenigvuldigen ontstaat het geschatte percentage in die categorie. In het model wordt ervan uitgegaan dat het effect van de leeftijd, geslacht en jaar hetzelfde is voor de odds van:

- goede gezondheid versus ernstige, matige of lichte ongezondheid;
- goede of lichte (on) gezondheid versus ernstige of matige ongezondheid;
- goede, lichte of matige (on)gezondheid versus ernstige ongezondheid (Long, 1997).

De analyses zijn uitgevoerd in SPSS en S-plus. Bij het toetsen is een significantieniveau van 0.05 aangehouden.

## 4 Resultaten

### 4.1 Bewoners van verzorgingshuizen

#### *Algemeen*

In tabel 1 staat de omvang van de groepen naar leeftijd en geslacht per enquête weergegeven.

*Tabel 1 Omvang groepen*

	Mannen				Vrouwen			
	LSO- BB'82	AVO- BB'91	OII- BB'96	OII- BB'00	LSO- BB'82	AVO- BB'91	OII- BB'96	OII- BB'00
< 64	1	0	0	0	1	1	2	1
65-69	0	4	2	1	10	11	4	8
70-74	11	15	5	7	14	24	17	14
75-79	21	33	20	19	53	80	54	58
80-84	33	56	38	30	77	145	121	113
85-89	33	68	46	40	45	134	146	134
90-94	15	29	31	26	26	63	92	86
> 95	1	8	6	9	7	13	20	29
Totaal	115	213	148	132	233	471	456	443

De leeftijdsgroepen 70-74, 75-79, 80-84 en 85-89 en 90-94 zijn in het algemeen redelijk gevuld. Alleen de OII-BB'96 heeft bij de mannen in de leeftijdsgroep 70-74 jaar minder dan 10 respondenten. Gezien de kleine omvang van de overige categorieën wordt voorgesteld om de respondenten tot en met 74 jaar samen te voegen in één categorie en 90 jaar en ouder samen te voegen tot één categorie.

#### *Trend over jaren*

De gemiddelde leeftijd en het gemiddelde percentage bewoners van verzorgingshuizen in een bepaalde ernstcategorie (ervaren gezondheid en langdurige lichamelijke beperkingen) staan weergegeven in tabel 2. Hierbij valt op dat gemiddelde leeftijd in 1982 een stuk lager lag dan vanaf 1991. Daarna is de gemiddelde leeftijd voor bewoners van verzorgingshuizen redelijk stabiel gebleven.

Ook valt op dat het % ervaren gezondheid in de OII-BB'00 een relatief grote afwijking heeft ten opzichte van de andere enquêtes. Dit verschil wordt waarschijnlijk veroorzaakt door het aantal antwoordcategorieën. In de OII-BB'00 zijn dit er namelijk 5 in tegenstelling tot de andere enquêtes die 4 antwoordcategorieën hebben. Daarnaast neemt bij mannen de ernstige ervaren ongezondheid tussen 1982 en 1996 af en bij vrouwen juist toe.

Bij de langdurig lichamelijke beperkingen valt op dat het percentage gezonden bij zowel de mannen als de vrouwen afneemt.

Tabel 2 *Gemiddelde leeftijd en verdeling over ernstcategorieën voor ervaren gezondheid en langdurige lichamelijke beperkingen voor bewoners van verzorgingshuizen*

	Mannen				Vrouwen			
	LSO- BB'82	AVO- BB'91	OII- BB'96	OII- BB'00	LSO- BB'82	AVO- BB'91	OII- BB'96	OII- BB'00
<b>Gemiddelde leeftijd</b>	81,7	84,1	85,1	84,1	81,9	85,0	85,2	85,1
<b>Ervaren gezondheid</b>								
% gezond	34,5	34,2	29,9	55,6	27,1	32,6	23,0	41,1
% licht ongezond	38,3	38,1	42,3	34,7	33,6	39,4	40,7	43,4
% matig ongezond	13,6	19,4	19,7	9,0	30,7	18,3	23,0	13,6
% ernstig ongezond	13,5	8,4	8,0	0,7	8,7	9,7	13,2	1,9
<b>Langdurige lichamelijke beperkingen</b>								
% gezond	57,5	49,4	44,6	43,1	43,3	32,6	31,8	28,3
% licht beperkt	27,7	33,8	36,5	36,1	39,5	44,8	42,3	43,4
% matig beperkt	12,4	15,0	16,2	17,4	14,1	19,3	18,9	21,7
% ernstig beperkt	2,4	1,9	2,7	3,5	3,1	3,2	7,0	6,6

In bijlage B staan in tabel 1 de percentages ervaren gezondheid per leeftijd-, geslachts- en ernstcategorie per enquête; in tabel 2 de percentages visus, gehoor en adl-/mobiliteitsbeperkingen per leeftijd- en geslachtscategorie per enquête en in tabel 3 de percentages langdurige lichamelijke beperkingen per leeftijd-, geslachts- en ernstcategorie per enquête. Op basis van de percentages uit deze bijlage zijn geordende logistische regressie analyses uitgevoerd, waarbij goede gezondheid, mannen en 75-79 jarigen als referentiecategorieën zijn gebruikt.

De resultaten van de regressieanalyse waarbij gecorrigeerd is voor leeftijd en geslacht staan in tabel 3 voor ervaren gezondheid en in tabel 4 voor langdurige lichamelijke beperkingen. Hierbij zijn de constanten voor licht, matige en ernstige ongezondheid als eerste genoemd. Voor elke ernstcategorie moet een aparte regressievergelijking worden opgesteld waarbij bijbehorende constante gekozen wordt. Voor alle regressievergelijkingen gelden dezelfde coëfficiënten voor geslacht en leeftijd. De regressievergelijkingen hebben derhalve voor elke leeftijds- en geslachtscategorie dezelfde richtingscoëfficiënt. In bijlage C is het geheel gevisualiseerd voor goede ervaren gezondheid en voor afwezigheid van langdurige lichamelijke beperkingen. Hierbij zijn zowel de afzonderlijke prevalenties als de trendlijn in een grafiek weergegeven.

Uit tabel 3 blijkt dat er voor ervaren gezondheid een significante trend bestaat over de jaren 1982 tot en met 2000 wanneer gecorrigeerd is voor leeftijd en geslacht. Omdat de coëfficiënt kleiner is dan 1 kan geconcludeerd worden dat de ervaren gezondheid met de jaren toeneemt. Dit is tegen de verwachting in, maar wordt waarschijnlijk veroorzaakt door het relatief hoge percentage personen in goede ervaren gezondheid in de OII-BB'00. Daarnaast hebben alle leeftijdscategorieën een betere gezondheid dan de referentiecategorie (75-79 jaar). De coëfficiënten per leeftijdscategorie laten echter geen patroon zien; de coëfficiënten voor personen jonger dan 74 jaar en voor personen van 90 jaar en ouder liggen bij elkaar in de buurt, evenals de coëfficiënten voor personen tussen de 80 en 84 jaar en tussen de 85 en 89 jaar. Dit sluit aan bij eerdere bevindingen waarbij ervaren gezondheid geen geschikte maat is gebleken voor het bestuderen van trends in gezondheid (Hoeymans, 1999). Tot slot kan opgemerkt worden dat vrouwen



een minder goede ervaren gezondheid hebben dan mannen, omdat voor vrouwen de coëfficiënt boven de 1 ligt.

*Tabel 3 Logistische regressie ervaren gezondheid*

	OR	Coëfficiënt	S.e.	P-waarde
$\beta_0$ licht		1.191	0.140	
$\beta_0$ matig		-0.543	0.138	
$\beta_0$ ernstig		-2.007	0.149	
Man	1,000	Referentie		
Vrouw	1,407	0.342	0.089	0.0001
< 74 jaar	0,586	-0.535	0.182	
75-79 jaar	1,000	Referentie		0.0000
80-84 jaar	0,891	-0.115	0.124	
85-89 jaar	0,811	-0.210	0.124	
> 90 jaar	0,532	-0.632	0.133	
<i>Jaar</i>	<i>0,962</i>	<i>-0.039</i>	<i>0.007</i>	<i>0.0000</i>

Uit tabel 4 blijkt dat er voor langdurige lichamelijke beperkingen eveneens een significante trend bestaat over de jaren 1982 tot en met 2000. Zij het dat deze trend anders is dan bij ervaren gezondheid. Omdat de coëfficiënt voor de jaren hoger is dan 1 kan geconcludeerd worden dat de langdurige lichamelijke beperkingen toenemen met de jaren. Dit is conform de verwachtingen, immers met het gelijk blijven van het aantal personen in verzorgingshuizen zal de gemiddelde gezondheid van de bewoners slechter worden. Uit niet gepresenteerde gegevens blijkt dat deze toename in slechte gezondheid over de jaren geldt voor zowel gehoor als ADL-/mobiliteitsbeperkingen. Voor visusbeperkingen is deze trend gelijk aan de trend in ervaren gezondheid, hetgeen inhoudt dat met de jaren minder visusbeperkingen worden waargenomen.

*Tabel 4 Logistische regressie langdurige lichamelijke beperkingen*

	OR	Coëfficiënt	S.e.	P-waarde
$\beta_0$ licht		-0.584	0.139	
$\beta_0$ matig		-2.468	0.149	
$\beta_0$ ernstig		-4.349	0.177	
Man	1,000	Referentie		
Vrouw	1,723	0.544	0.092	0.0000
< 74 jaar	0,808	-0.213	0.185	
75-79 jaar	1,000	Referentie		0.0000
80-84 jaar	1,373	0.317	0.127	
85-89 jaar	1,700	0.531	0.126	
> 90 jaar	3,213	1.167	0.137	
<i>Jaar</i>	<i>1,025</i>	<i>0.025</i>	<i>0.007</i>	<i>0.0003</i>

Verder valt in tabel 4 op dat de oudere leeftijdscategorieën meer langdurige lichamelijke beperkingen hebben dan de jongeren. Er is een goede gradiënt over de leeftijdscategorieën waarneembaar, van 0,8 voor de personen jonger dan 74 jaar tot 3,2 voor personen boven de 90 jaar. Daarnaast hebben vrouwen, net als bij ervaren gezondheid, een slechtere gezondheidstoestand dan mannen.

### ***Toekomstig gebruik van de data voor berekenen GLV***

De vraag is nu hoe op basis van deze resultaten conclusies kunnen worden getrokken voor het toekomstige gebruik van de gegevens over bewoners van verzorgingshuizen voor het berekenen van de gezonde levensverwachting. In hoofdstuk 3 zijn reeds 3 opties de revue gepasseerd, waarbij is geconcludeerd dat optie C, waarbij gerekend wordt met een gemiddelde van opeenvolgende databronnen voor het berekenen van de gezonde levensverwachting de beste optie is.

Gezien de trend over de jaren 1982-2000 is het aan te bevelen het aantal te middelen databronnen te beperken tot twee. Aangezien op deze manier sprake is van een voortschrijdend gemiddelde blijft het mogelijk trends – zij het vertraagd – waar te nemen. Daarnaast laten tabel 3 en 4 zien dat deze trend in absolute termen niet groot is.

Om het werken met voorlopige cijfers te beperken wordt daarnaast voorgesteld per kalenderjaar steeds het gemiddelde van de laatste twee voorafgaande databronnen te gebruiken. Voor de bewoners van verzorgingshuizen betekent dit dat voor de kalenderjaren:

- tot en met 1995: het gemiddelde van de LSO-BB'82 en de AVO-BB'91;
  - voor 1996 tot en met 1999 het gemiddelde van de AVO-BB'91 en de OII-BB'96;
  - voor 2000 tot en met heden het gemiddelde van de OII-BB'96 en de OII-BB'00
- gebruikt wordt. De te gebruiken data zijn weergegeven in bijlage D. In bijlage E is visueel weergegeven hoe de trendlijn zich verhoudt tot het voortschrijdend gemiddelde bij het afkappunt gezond – ongezond c.q. zonder – met langdurige lichamelijke beperkingen.

## **4.2 Bewoners van verpleeghuizen**

Aangezien voor bewoners van verpleeghuizen slechts gegevens uit twee jaren (zie bijlage B) beschikbaar zijn, kunnen de hypothesen nog niet worden getoetst. Gezien bovenstaande resultaten bij bewoners van verzorgingshuizen wordt voorgesteld om ook hier de databronnen te middelen. Voor bewoners van verpleeghuizen betekent dit dat voor alle kalenderjaren het gemiddelde van de OII-BV'96 en OII-BV'00 wordt genomen. De te gebruiken data zijn weergegeven in bijlage D.

## 5 Samenvatting en aanbevelingen

Het RIVM bereidt momenteel een update van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) voor en heeft TNO Preventie en Gezondheid in dit kader gevraagd met nieuwe berekeningen van de gezonde levensverwachting uit te voeren. Voor de VTV worden drie vormen van gezonde levensverwachting onderscheiden, te weten: de 'Levensverwachting in goede ervaren gezondheid', de 'Levensverwachting zonder langdurige lichamelijke beperkingen' en de 'Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid'.

Bij het berekenen van de gezonde levensverwachting worden ook gegevens over de gezondheidstoestand van bewoners van instellingen gebruikt. Voor VTV97 is gebruik gemaakt van het 'Leefsituatieonderzoek betreffende de leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder' uit 1982 (LSO-BB'82) en het 'Aanvullend voorzieningen onderzoek betreffende bewoners van bejaardenoorden' uit 1991 (AVO-BB'91). Sindsdien zijn nog 2 onderzoeken uitgevoerd naar de gezondheidstoestand van bewoners van instellingen, getiteld 'ouderen in instellingen (OII'96 respectievelijk OII'00).

Het doel van dit onderzoek is te komen tot een voorstel voor het gebruik van beschikbare gegevens over de gezondheidstoestand van bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen voor het berekenen van de gezonde levensverwachting.

Hiertoe zijn eerst de meetinstrumenten uit de diverse enquêtes met elkaar vergeleken. Voor de gezonde levensverwachting in goede ervaren gezondheid en voor de levensverwachting zonder beperkingen zijn wel enigszins vergelijkbare meetinstrumenten gebruikt in de LSO-BB'82, AVO-BB'91, OII'96 en OII'00. Bij verschillen in vraagstelling of antwoordcategorieën zijn aannamen geformuleerd. Hierdoor kan enige vertekening zijn opgetreden, met name daar waar antwoordcategorieën zijn samengevoegd. Deze aannamen geven waarschijnlijk het meest reële beeld.

Aanbevolen wordt om in de diverse onderzoeken dezelfde instrumenten op te nemen respectievelijk te handhaven.

De meetinstrumenten voor het berekenen van de levensverwachting in goede geestelijke gezondheid bleken echter dusdanig van elkaar te verschillen dat het niet mogelijk is hierover op basis van de LSO-BB'82, AVO-BB'91, OII'96 en OII'00 een uitspraak over te doen.

Aanbevolen wordt om voor de 'levensverwachting in goede geestelijke gezondheid' dezelfde prevalenties te gebruiken als in de algemene bevolking.

De onderzoeken uit 1982, 1991, 1996 en 2000 bevatten kleine steekproeven. Het is derhalve aan te bevelen om de onderzoeken te combineren zodat nauwkeurige schattingen ontstaan. Omdat om diverse redenen een trendlijn en het interpoleren van databronnen niet wenselijk is, is bekeken of databronnen gemiddeld konden worden. Om te bezien hoeveel databronnen gecombineerd konden worden is getoetst of er een trend is waar te nemen in de gezondheidstoestand van de bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen. Uit de resultaten blijkt dat er een significante trend bestaat over de jaren 1982 tot en met 2000, voor zowel ervaren gezondheid als voor langdurige lichamelijke beperkingen, wanneer gecorrigeerd is voor leeftijd en geslacht. Gezien deze trend over de jaren 1982-2000 is raadzaam het aantal te middelen databronnen te beperken tot twee. Op deze manier is sprake van een voortschrijdend gemiddelde en blijft het mogelijk trends – zij het vertraagd – waar te nemen.

Aanbevolen wordt om voor de ‘gezonde levensverwachting in goede ervaren gezondheid’ en voor de ‘levensverwachting zonder (langdurige) beperkingen’ per leeftijds-, geslachts- en ernstcategorie vergelijkbare gegevens van de twee meest recente gezondheidsenquêtes onder bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen te middelen.

## Referenties

- [1] Bilo, J. Ouderen in Instellingen. Amsterdam: NIWI, 1996.
- [2] CBS Centraal bureau voor de statistiek. De leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder 1982: deel 3 tehuusbewoners. Den Haag: Staatsuitgeverij/cbs publicaties, 1984.
- [3] Dongen. Onderzoeksverantwoording Ouderen in Instellingen, 2000. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2000.
- [4] Herten LM van, Perenboom RJM, Oudshoorn K, Boshuizen HC. De gezonde levensverwachting vergeleken: sensitiviteitsanalyses. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2000.
- [5] Hoeymans N. Functional status and self-rated health in elderly men: the role of aging and chronic diseases (proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1997
- [6] Konings-van der Snoek, M. Onderzoeksverantwoording Aanvullend Voorzieningen Onderzoek 1991, bewoners bejaardenoorden. Rijswijk; Sociaal Cultureel Planbureau, 1993.
- [7] Long JS. Regression models for categorical and limited dependent variables. Thousand Oaks, CA: Sage publications, 1997.
- [8] Perenboom RJM, Oudshoorn K, Herten LM van , Hoeymans N, Bijl R. Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid: Bepaling afkappunten en wegingsfactoren voor de MHI-5 en GHQ-12. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1999.
- [9] RIVM Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. Bilthoven; RIVM, Maarssen: Elsevier/De tijdstroom, 1997.

## A Meetinstrumenten

*Tabel 1 Ervaren gezondheid*

Enquête	Gezondheids- enquête	LSO-BB'82	AVO-BB'91	OII'96	OII'00
Antwoord- categorieën (aantal)	zeer goed/ goed/ gaat wel/ soms goed soms slecht/ slecht (5)	gezond/ redelijk gezond/ matig gezond/ niet gezond (4)	gezond/ redelijk gezond/ matig gezond/ niet gezond (4)	gezond/ redelijk gezond/ matig/ niet gezond (4)	zeer goed/ goed/ matig/ slecht/ zeer slecht (5)
Vraag (variabelenaam) vraagnummer	Hoe is in het algemeen uw gezondheids- toestand? (var041) vr B1	Wat vindt u zelf van uw gezondheid? (v0460) vr 19	Wat vindt u zelf van uw gezond- heid? (v139) vr 99	Voelt u zich . . . (v024) vr 24	Wat vindt u, over het algemeen, van uw gezondheid? (gz016a) vr16a

Tabel 2a Langdurige lichamelijke beperkingen – visus

Enquête	Gezondheids- enquête	LSO-BB'82	AVO-BB'91	OII'96	OII'00
Antwoord- categorieën (aantal)				ja/ nee (2)	ja/ nee (2)
Vraag (variabelenaam) vraagnummer				Heeft u moeite met zien (ondanks gebruik van bril of contactlenzen)? (af038) vr 38	Heeft u moeite met zien (ondanks gebruik van bril of contactlenzen)? (zi022A) vr 22a
Antwoord- categorieën (aantal)	zonder moeite/ met enige moeite/ met grote moeite/ kan ik niet (4)	goed/ matig/ slecht/ in het ge- heel niet (4)	Goed/ matig/ slecht/ in het ge- heel niet (4)	bij ja vorige vraag: goed/ matig/ slecht/ in het geheel niet (4)	goed/ matig/ slecht/ in het geheel niet (4)
Vraag (variabelenaam) vraagnummer	Zijn uw ogen goed genoeg om de kleine letters in de krant te kunnen lezen? (Zo nodig met bril of contact- lenzen) (oecd4) vr D4	Kunt u goed matig of slecht zien bij het lezen? (v0530) vr 24	Hoe goed kunt u de gewone letters van de krant lezen? Evt. met bril of contactlenzen (v03201) vr 22	Kunt u (zodig met bril of contactlenzen) de kranten- koppen lezen? (af039) vr 39	Bij ja vorige vraag: Kunt u de krantenkoppen lezen? (zi022B) vr 22b
				Indien vorige vraag goed: Kunt u (zodig met bril of contactlenzen) de gewone letters van de krant lezen? (af040) vr 40	Indien vorige vraag goed: Kunt u de gewone letters van de krant lezen? (zi022c) vr 22c
	Kunt u op een afstand van 4 meter het gezicht van iemand herkennen? (Zo nodig met bril of contactlenzen) (oecd5) vr D5	Kunt u goed, matig of slecht zien op straat, dus het zien in de verte? (v0531) vr 24	Hoe goed kunt u het gezicht herkennen van mensen die aan de andere kant van de kamer staan (dus het zien in de verte?) Evt. met bril of contactlenzen (v03202) vr 22	Kunt u (zodig met bril of contactlenzen) het gezicht herkennen van mensen die aan de andere kant van de kamer staan? (af041) vr 41	Kunt u het gezicht herkennen van mensen die aan de andere kant van de kamer staan? (zi022d) vr 22d

Tabel 2b *Langdurige lichamelijke beperkingen – gehoor*

Enquête	Gezondheids- enquête	LSO-BB'82	AVO-BB'91	OII'96	OII'00
Antwoord- categorieën (aantal)				ja/ nee (2)	ja/ nee (2)
Vraag (variabelenaam) vraagnummer				Heeft u moeite met horen ? (ondanks gebruik van een gehoorapparaat) (af042) vr 42	Heeft u moeite met horen ? (ondanks gebruik van een gehoorapparaat) (ho024A) vr 24A
Antwoord- categorieën (aantal)	zonder moeite/ met enige moeite/ met grote moeite/ kan ik niet (4)	goed/ matig/ slecht/ in het ge- heel niet (4)	goed/ matig/ slecht/ in het geheel niet (4)	bij ja vorige vraag: goed/ matig/ slecht/ in het geheel niet (4)	bij ja vorige vraag: goed/ matig/ slecht/ in het geheel niet (4)
	Kunt u een gesprek voeren in een groep van 3 of meer personen? (Zo nodig met hoorapparaat) (oecd1) vr D1	Kunt u goed, matig of slecht horen? (v0535) vr 25	Kunt u goed, matig of slecht horen? Evt. met gehoorapparaat (v03203) vr 22	Kunt u horen wat er gezegd wordt in een gesprek met minstens 4 personen? (af044) vr 44	Kunt u horen wat er gezegd wordt in een gesprek met minstens 4 personen? (ho024c) vr 24c
	Kunt u met één andere persoon een gesprek voeren? (Zo nodig met hoorapparaat) (oecd2) vr D2			Kunt u horen wat er gezegd wordt in een gesprek met 1 persoon? (af43) vr 43	Kunt u horen wat er gezegd wordt in een gesprek met 1 persoon? (ho024b) vr 24b



Tabel 2c *Langdurige lichamelijke beperkingen – adl*

Enquête	Gezondheids- enquête	LSO-BB'82	AVO-BB'91	OII'96	OII'00
Antwoord- categorieën (aantal)	zonder moeite/ met enige moeite/ met grote moeite/ alleen met hulp (4)	zonder moeite/ met moeite/ alleen met hulp (3)	zonder moeite/ met moeite/ alleen met hulp (3)	Voortdurend/ met tussenpozen/ niet of zelden (3)	zonder moeite/ met moeite/ alleen met hulp (3)
Vraag (variabele- naam) vraagnummer				Bent u bedlegerig als gevolg van ziekten, aandoeningen of handicaps? (af028) vr 28 Bij voortdurend alleen vr 30e, f, g, h (geen van onderstaande vragen) Zit u als gevolg van ziekten, aandoeningen of handicaps de hele dag in een stoel of rolstoel? (af029) vr 29 Bij voortdurend alleen vr 30b, e, f, g, h (geen van onderstaande vragen)	
	in en uit bed stappen (bvr41c) vr B41	in- en uit bed stappen (v0472) vr 20	Opstaan uit bed (v03301) vr 23	opstaan uit bed (af030011) vr 30a	in- en uit bed stappen (pv025c) vr 25c
	aan- en uitkleden (bvr41d) vr B41	aan- en uitkleden, schoenen aantrekken (v0473) vr 20	Naar bed gaan (v03316) vr 23 Aankleden (v03303) vr 23	naar bed gaan (af030161) vr 30p Aankleden, schoenen aantrekken (af030041) vr 30d	aan- en uitkleden, schoenen aantrekken (pv025d) vr 25d
	zich verplaatsen naar andere kamer op dezelfde verdieping (bvr41e) vr B41	Zich verplaatsen naar andere kamer op dezelfde verdieping (v0474) vr 20	Uitkleden (v03315) vr 23	Uitkleden en schoenen uittrekken (af030151) vr 30o zich verplaatsen op dezelfde verdieping (af030101) vr 30j (v03310) vr 23	

*Tabel 2d Langdurige lichamelijke beperkingen – mobiliteit*

Enquête	Gezondheids- enquête	LSO-BB'82	AVO-BB'91	OII'96	OII'00
Antwoord- categorieën (aantal)	zonder moeite/ met enige moeite/ met grote moeite/ kan ik niet (4)	kan het in het in geheel niet/ minder dan 10 minuten/ 10-19 min./ 20-29 min./ 30-39 min./ 40 min. of meer (6).	zonder moeite/ met moeite/ al- leen met hulp (3)	zonder moeite/ met moeite/ alleen met hulp (3)	zonder moeite/ met moeite/ alleen met hulp (3)
Vraag (variabelenaam) vraagnummer	een voorwerp van 5 kg, bijvoorbeeld een volle boodschappentas , 10 meter dragen? (oecd9) vr D7 als u staat, bukken en iets van de grond pakken? (oecd10) vr D8 400 meter aan een stuk lopen zonder stil te staan? (Zo nodig met stok) (oecd12) D9	Als u op straat loopt, hoe lang kunt u het dan volhouden, zonder hulp van anderen en zon- der even uit te rusten (v0525) vr 23	10 minuten lopen zonder te stoppen (v03314) vr 23	10 minuten lopen zonder te stoppen (af030141) vr 30n	10 minuten lopen zonder te stoppen (mo028d) vr 28d

## B Tabellen: ervaren gezondheid en langdurige lichamelijke beperkingen per enquête

Tabel 1 Ervaren gezondheid verzorgingshuizen

	Mannen				Vrouwen			
	LSO- BB'82	AVO- BB'91	OII- BB'96	OII- BB'00	LSO- BB'82	AVO- BB'91	OII- BB'96	OII- BB'00
<i>% gezond</i>								
< 74	55.4	30.8	40.0	75.0	31.1	28.0	35.0	44.8
75-79	34.0	33.3	27.8	47.6	33.5	22.1	20.8	23.8
80-84	27.6	26.3	22.2	44.7	24.2	29.1	16.3	39.8
85-89	25.8	33.9	32.6	52.3	24.2	34.9	25.6	41.2
> 90	43.2	48.1	34.3	71.0	24.6	40.5	25.9	50.4
<i>% licht ongezond</i>								
< 74	30.6	38.5	0.0	25.0	45.9	40.0	35.0	41.4
75-79	31.1	33.3	27.8	42.9	23.1	36.8	45.8	55.6
80-84	47.4	39.5	50.0	36.8	34.5	43.3	42.3	40.6
85-89	42.6	39.3	39.5	40.5	28.1	38.3	30.6	45.3
> 90	31.4	37.0	51.4	22.6	42.8	37.9	51.8	37.8
<i>% matig ongezond</i>								
< 74	7.0	23.1	60.0	0.0	19.4	12.0	25.0	13.8
75-79	11.0	23.8	33.3	9.5	29.2	29.4	18.8	15.9
80-84	19.0	15.8	22.2	18.4	38.8	18.7	26.9	15.8
85-89	14.6	23.2	16.3	7.1	24.2	18.3	26.4	13.5
> 90	12.4	11.1	8.6	3.2	32.6	12.9	15.3	10.1
<i>% ernstig ongezond</i>								
< 74	7.0	7.7	0.0	0.0	3.6	20.0	5.0	0.0
75-79	23.9	9.5	11.1	0.0	14.3	11.8	14.6	4.8
80-84	6.0	18.4	5.6	0.0	2.4	9.0	14.4	3.8
85-89	17.0	3.6	11.6	0.0	23.6	8.6	17.4	0.0
> 90	13.1	3.7	5.7	3.2	0.0	8.6	7.1	1.7

Tabel 2 *Langdurige lichamelijke beperkingen verzorgingshuizen naar type*

	Mannen				Vrouwen			
	LSO- BB'82	AVO- BB'91	OII- BB'96	OII- BB'00	LSO- BB'82	AVO- BB'91	OII- BB'96	OII- BB'00
<b>% met visusbeperkingen</b>								
< 74	23.6	15.4	0.0	0.0	10.7	12.5	13.0	10.7
75-79	7.2	9.1	15.0	19.0	19.7	20.9	11.1	22.2
80-84	6.6	28.2	13.2	18.4	28.9	31.8	25.8	22.7
85-89	25.3	25.0	21.7	23.8	28.4	32.2	22.9	29.2
> 90	44.4	51.6	27.0	45.2	32.9	40.3	37.0	34.2
<b>% met gehoorbeperkingen</b>								
< 74	0.0	0.0	14.3	18.2	0.0	0.0	13.0	3.4
75-79	8.1	9.1	10.0	9.1	10.1	5.9	7.5	12.9
80-84	11.7	17.9	28.9	13.2	11.7	11.4	26.4	18.8
85-89	26.1	12.5	23.9	19.0	18.6	14.5	25.0	29.2
> 90	44.4	25.8	35.1	36.7	17.7	22.5	49.5	31.4
<b>% met adl- en mobiliteitsbeperkingen</b>								
< 74	23.6	36.4	57.1	41.7	19.7	43.5	50.0	57.1
75-79	16.7	15.0	52.6	36.4	27.7	52.5	46.2	59.0
80-84	20.3	36.1	31.6	46.2	34.1	48.3	44.3	49.6
85-89	17.3	29.6	22.7	34.9	54.5	52.4	47.5	59.4
> 90	62.9	31.0	34.3	23.3	73.6	58.0	62.3	59.0

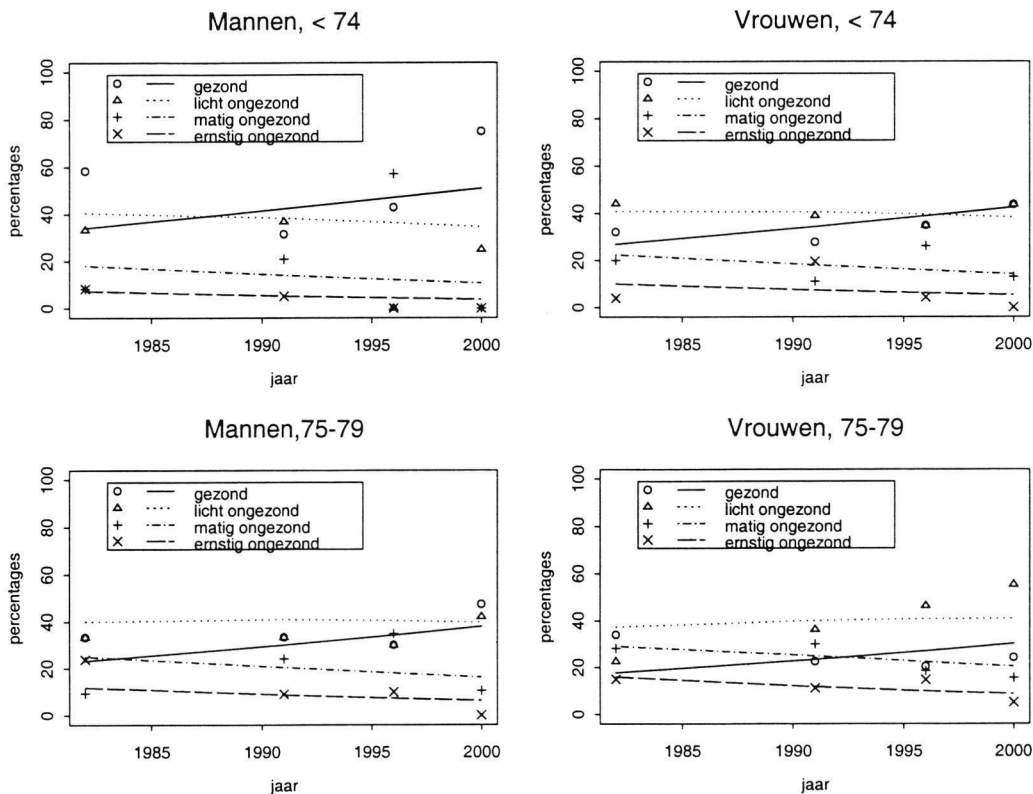
Tabel 3 *Langdurige lichamelijke beperkingen verzorgingshuizen naar ernst*

	Mannen				Vrouwen			
	LSO- BB'82	AVO- BB'91	OII- BB'96	OII- BB'00	LSO- BB'82	AVO- BB'91	OII- BB'96	OII- BB'00
<b>% gezond</b>								
< 74	69.4	57.1	42.9	45.5	69.6	54.2	39.1	42.9
75-79	69.3	68.2	40.0	50.0	53.9	40.3	48.1	30.2
80-84	71.0	47.4	50.0	44.7	42.5	34.1	35.5	36.1
85-89	43.1	51.8	52.2	40.5	30.4	29.6	32.2	24.1
> 90	24.2	30.0	32.4	38.7	21.8	26.9	17.9	21.2
<b>% licht beperkt</b>								
< 74	14.0	35.7	42.9	45.5	26.8	37.5	52.2	46.4
75-79	30.7	27.3	45.0	31.8	36.9	46.3	40.7	47.6
80-84	20.0	34.2	28.9	36.8	40.4	48.1	40.5	40.6
85-89	45.1	33.9	30.4	40.5	46.7	46.9	48.6	44.1
> 90	18.9	36.7	45.9	29.0	43.8	38.7	34.8	42.4
<b>% matig beperkt</b>								
< 74	16.6	7.1	14.3	9.1	3.6	8.3	4.3	10.7
75-79	0.0	4.5	15.0	18.2	7.5	11.9	11.1	20.6
80-84	9.0	15.8	18.4	15.8	16.0	16.3	18.2	18.8
85-89	11.8	12.5	15.2	19.0	14.7	21.8	13.7	21.8
> 90	37.2	30.0	16.2	19.4	28.5	25.2	33.0	28.0
<b>% ernstig beperkt</b>								
< 74	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.3	0.0
75-79	0.0	0.0	0.0	0.0	1.7	1.5	0.0	1.6
80-84	0.0	2.6	2.6	2.6	1.2	1.5	5.8	4.5
85-89	0.0	1.8	2.2	0.0	8.2	1.7	5.5	10.0
> 90	19.6	3.3	5.4	12.9	5.8	9.2	14.3	8.5

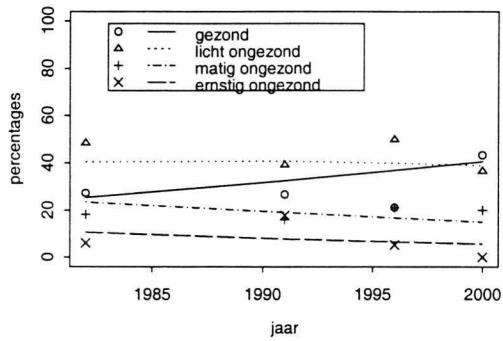
Tabel 4 *Ervaren gezondheid en langdurige lichamelijke beperkingen verpleeghuizen*

	Ervaren gezondheid				Langdurige lichamelijke beperkingen			
	Mannen		Vrouwen		Mannen		Vrouwen	
	OII- BV'96	OII- BV'00	OII- BV'96	OII- BV'00	OII- BV'96	OII- BV'00	OII- BV'96	OII- BV'00
<b>% gezond</b>								
< 74	22.2	42.9	23.8	48.2	8.6	45.5	12.2	42.9
75-79	13.3	33.3	36.8	31.7	17.2	50.0	13.3	30.2
80-84	20.0	38.9	10.5	54.4	6.9	44.7	13.2	36.1
85-89	50.0	33.3	13.6	39.4	9.5	40.5	3.2	24.1
> 90	16.7	50.0	22.2	42.2	0.0	38.7	0.0	21.2
<b>% licht ongezond</b>								
< 74	16.7	38.1	33.3	34.5	77.1	45.5	80.5	46.4
75-79	26.7	47.6	36.8	51.2	62.1	31.8	71.1	47.6
80-84	46.7	44.4	36.8	38.6	82.8	36.8	66.0	40.6
85-89	33.3	50.0	40.9	49.2	47.6	40.5	61.3	44.1
> 90	66.7	37.5	33.3	51.1	42.9	29.0	51.4	42.4
<b>% matig ongezond</b>								
< 74	27.8	14.3	19.0	10.3	14.3	9.1	7.3	10.7
75-79	26.7	14.3	10.5	12.2	20.7	18.2	15.6	20.6
80-84	20.0	16.7	31.6	7.0	10.3	15.8	18.9	18.8
85-89	0.0	16.7	22.7	11.5	33.3	19.0	33.9	21.8
> 90	16.7	12.5	33.3	4.4	50.0	19.4	43.2	28.0
<b>% ernstig ongezond</b>								
< 74	33.3	4.8	23.8	6.9	0.0	0.0	0.0	0.0
75-79	33.3	4.8	15.8	4.9	0.0	0.0	0.0	1.6
80-84	13.3	0.0	21.1	0.0	0.0	2.6	1.9	4.5
85-89	16.7	0.0	22.7	0.0	9.5	0.0	1.6	10.0
> 90	0.0	0.0	11.1	2.2	7.1	12.9	5.4	8.5

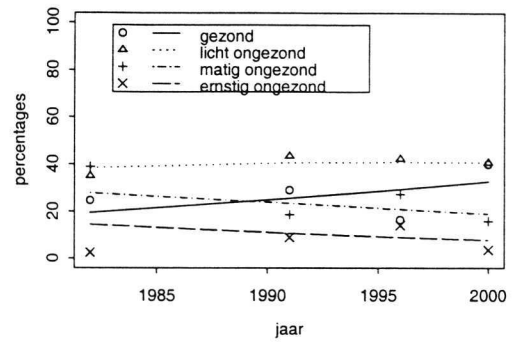
### C Figuren: trend in ervaren gezondheid en langdurige lichamelijke beperkingen



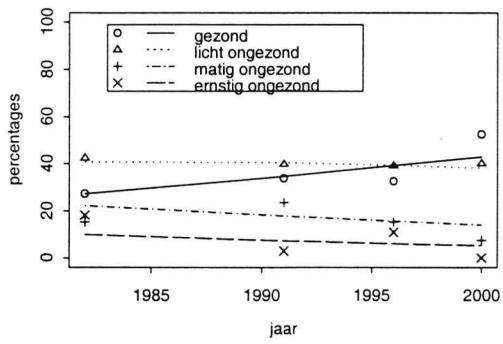
Mannen, 80-84



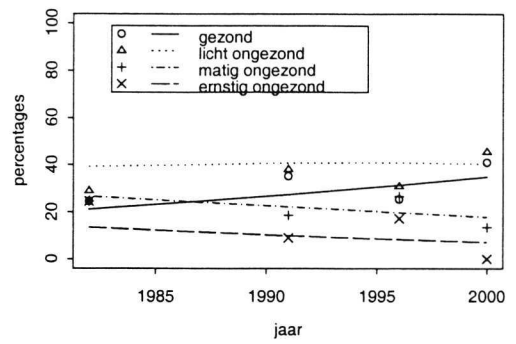
Vrouwen, 80-84



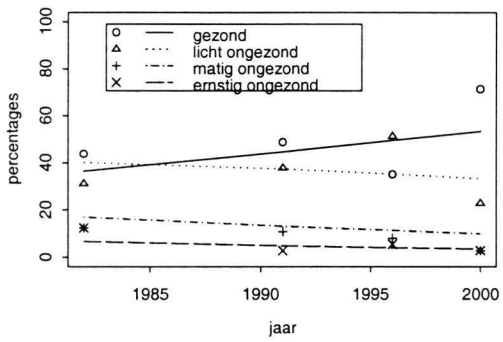
Mannen, 85-89



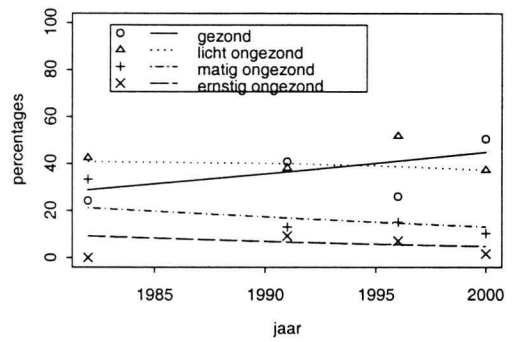
Vrouwen, 85-89



Mannen, >90

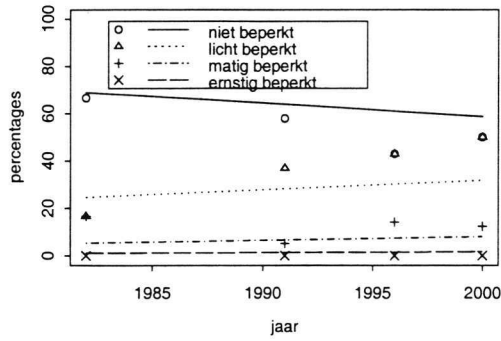


Vrouwen, >90

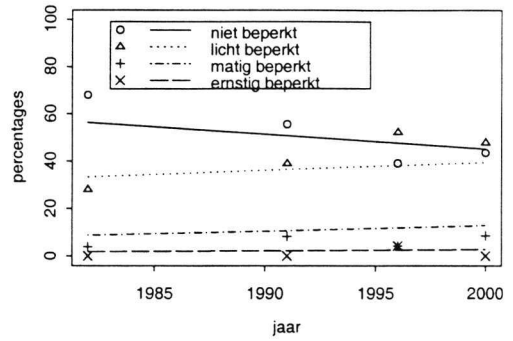




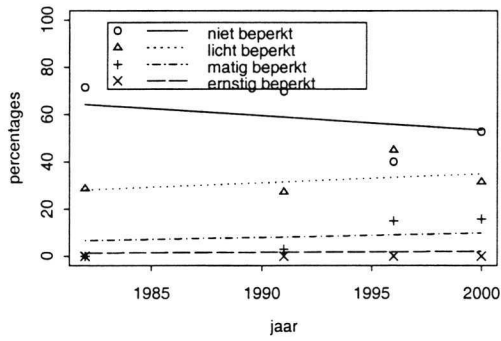
Mannen, < 74



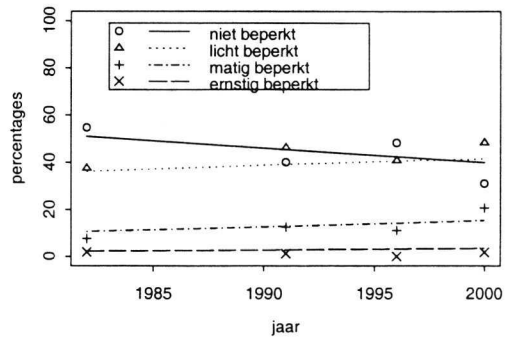
Vrouwen, < 74



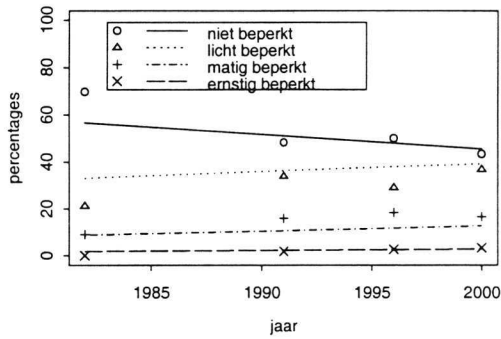
Mannen, 75-79



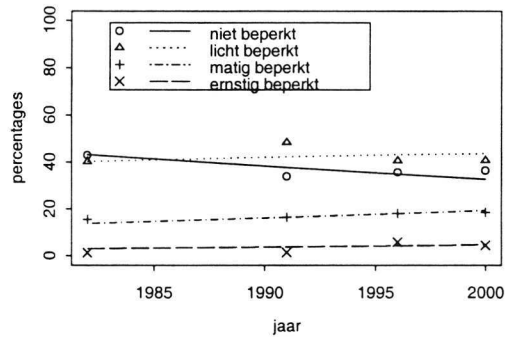
Vrouwen, 75-79



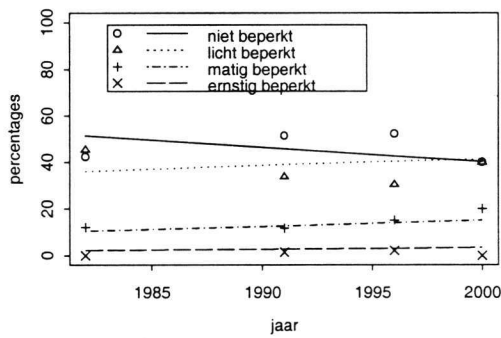
Mannen, 80-84



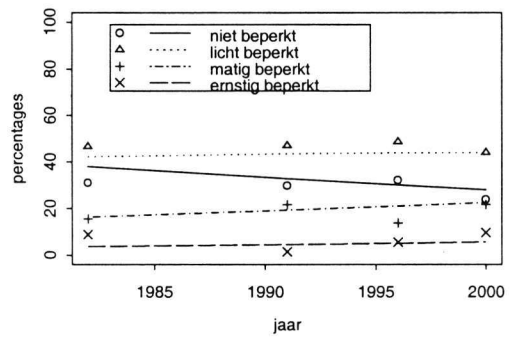
Vrouwen, 80-84



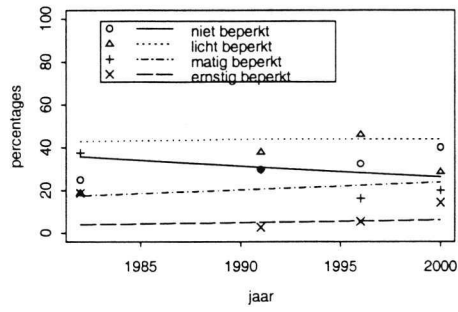
Mannen, 85-89



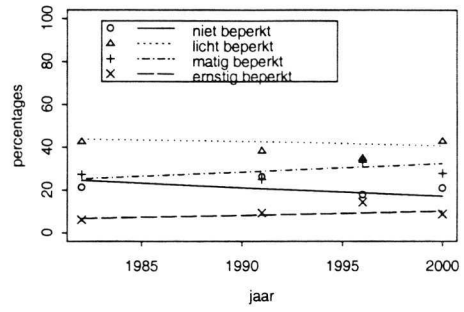
Vrouwen, 85-89



Mannen, >90



Vrouwen, >90



## D Tabellen: voortschrijdend gemiddelde in ervaren gezondheid en langdurige lichamelijke beperkingen voor verzorgings- en verpleeghuizenhuizen

Tabel 1 Ervaren gezondheid verzorgingshuizen

	Mannen			Vrouwen		
	1983-1995	1996-1999	2000-heden	1983-1995	1996-1999	2000-heden
<b>% gezond</b>						
< 74	43.1	35.4	57.5	29.6	31.5	39.9
75-79	33.7	30.6	37.7	27.8	21.5	22.3
80-84	27.0	24.3	33.5	26.7	22.7	28.1
85-89	29.9	33.3	42.5	29.6	30.3	33.4
> 90	45.7	41.2	52.7	32.6	33.2	38.2
<b>% licht ongezond</b>						
< 74	34.6	19.3	12.5	43.0	37.5	38.2
75-79	32.2	30.6	35.4	30.0	41.3	50.7
80-84	43.5	44.8	43.4	38.9	42.8	41.5
85-89	41.0	39.4	40.0	33.2	34.5	38.0
> 90	34.2	44.2	37.0	40.4	44.9	44.8
<b>% matig ongezond</b>						
< 74	15.1	41.6	30.0	15.7	18.5	19.4
75-79	17.4	28.6	21.4	29.3	24.1	17.4
80-84	17.4	19.0	20.3	28.8	22.8	21.4
85-89	18.9	19.8	11.7	21.3	22.4	20.0
> 90	11.8	9.9	5.9	22.8	14.1	12.7
<b>% ernstig ongezond</b>						
< 74	7.4	3.9	0.0	11.8	12.5	2.5
75-79	16.7	10.3	5.6	13.1	13.2	9.7
80-84	12.2	12.0	2.8	5.7	11.7	9.1
85-89	10.3	7.6	5.8	16.1	13.0	8.7
> 90	8.4	4.7	4.5	4.3	7.9	4.4

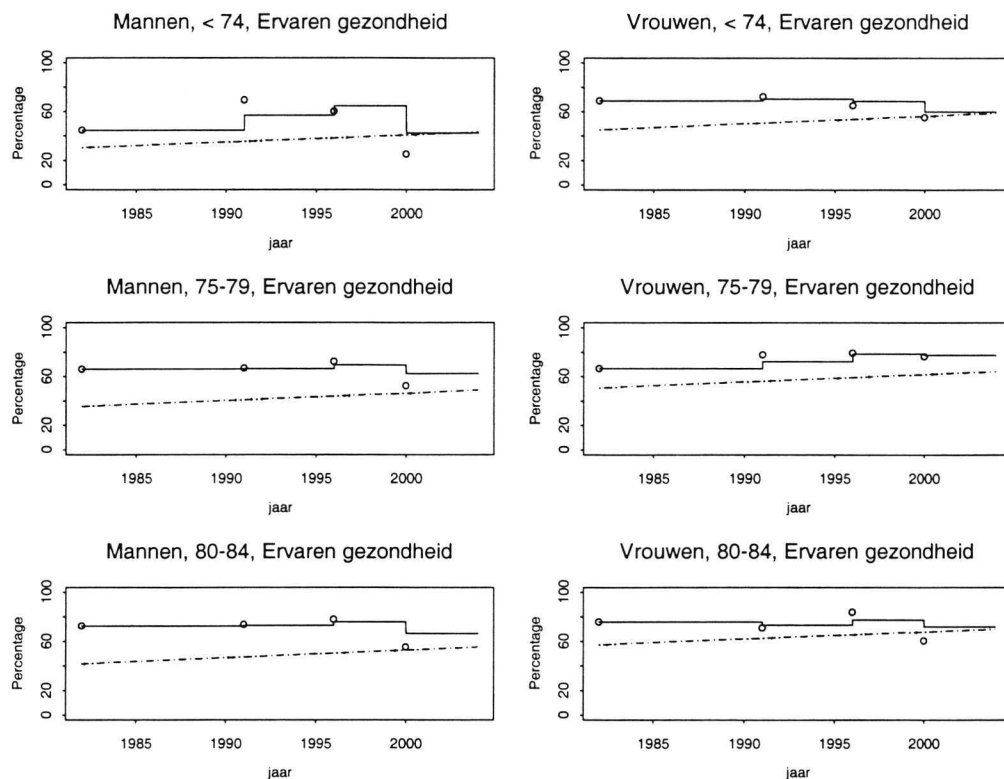
Tabel 2 *Langdurige lichamelijke beperkingen verzorgingshuizen*

	Mannen			Vrouwen		
	1989-1995	1996-1999	2000- heden	1989-1995	1996-1999	2000- heden
<b>% gezond</b>						
< 74	63.3	50.0	44.2	61.9	46.7	41.0
75-79	68.8	54.1	45.0	47.1	44.2	39.2
80-84	59.2	48.7	47.4	38.3	34.8	35.8
85-89	47.5	52.0	46.4	30.0	30.9	28.2
> 90	27.1	31.2	35.6	24.4	22.4	19.6
<b>% licht beperkt</b>						
< 74	24.9	39.3	44.2	32.2	44.9	49.3
75-79	29.0	36.2	38.4	41.6	43.5	44.2
80-84	27.1	31.6	32.9	44.3	44.3	40.6
85-89	39.5	32.2	35.5	46.8	47.8	46.4
> 90	27.8	41.3	37.5	41.3	36.8	38.6
<b>% matig beperkt</b>						
< 74	11.9	10.7	11.7	6.0	6.3	7.5
75-79	2.3	9.8	16.6	9.7	11.5	15.9
80-84	12.4	17.1	17.1	16.2	17.3	18.5
85-89	12.2	13.9	17.1	18.3	17.8	17.8
> 90	33.6	23.1	17.8	26.9	29.1	30.5
<b>% ernstig beperkt</b>						
< 74	0.0	0.0	0.0	0.0	2.2	2.2
75-79	0.0	0.0	0.0	1.6	0.8	0.8
80-84	1.3	2.6	2.6	1.4	3.7	5.2
85-89	0.9	2.0	1.1	5.0	3.6	7.8
> 90	11.5	4.4	9.2	7.5	11.8	11.4

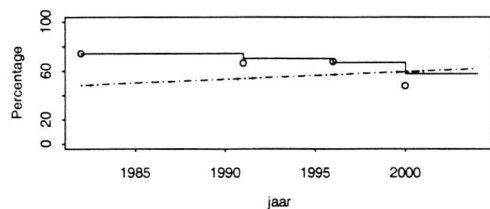
Tabel 3 *Ervaren gezondheid en langdurige lichamelijke beperkingen verpleeghuizen*

	Ervaren gezondheid		Langdurige lichamelijke beperkingen	
	Mannen 1983-heden	Vrouwen 1983-heden	Mannen 1989-heden	Vrouwen 1989-heden
<b>% gezond</b>				
< 74	32.6	36.0	27.1	27.6
75-79	23.3	34.3	33.6	21.8
80-84	29.5	32.5	25.8	24.7
85-89	41.7	26.5	25.0	13.7
> 90	33.4	32.2	19.4	10.6
<b>% licht ongezond</b>				
< 74	27.4	33.9	61.3	63.5
75-79	37.2	44.0	47.0	59.4
80-84	45.6	37.7	59.8	53.3
85-89	41.7	45.1	44.1	52.7
> 90	52.1	42.2	36.0	46.9
<b>% matig ongezond</b>				
< 74	21.1	14.7	11.7	9.0
75-79	20.5	11.4	19.5	18.1
80-84	18.4	19.3	13.1	18.9
85-89	8.4	17.1	26.2	27.9
> 90	14.6	18.9	34.7	35.6
<b>% ernstig ongezond</b>				
< 74	19.1	15.4	0.0	0.0
75-79	19.1	10.4	0.0	0.8
80-84	6.7	10.6	1.3	3.2
85-89	8.4	11.4	4.8	5.8
> 90	0.0	6.7	10.0	7.0

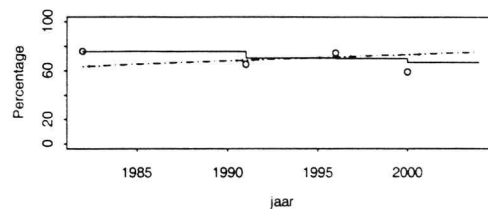
**E Figuren: voortschrijdend gemiddelde (—) en trend (- - -) in goede ervaren gezondheid en zonder langdurige lichamelijke beperkingen voor verzorgingshuizen**



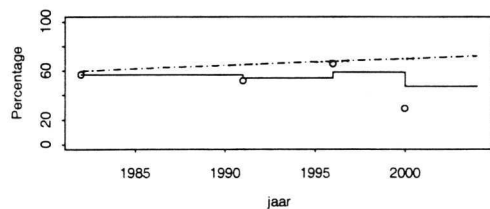
Mannen, 85-89, Ervaren gezondheid



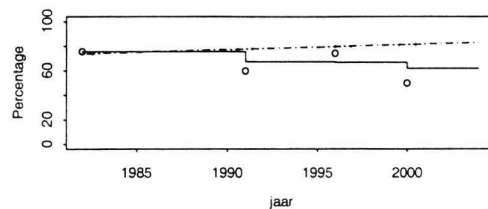
Vrouwen, 85-89, Ervaren gezondheid



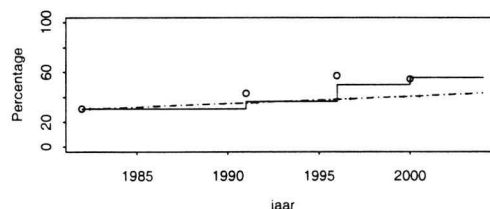
Mannen, >90, Ervaren gezondheid



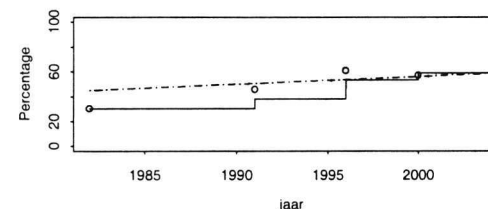
Vrouwen, >90, Ervaren gezondheid



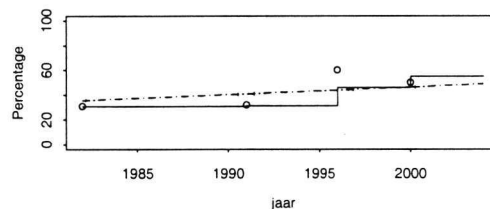
Mannen, < 74, Fys. beperkingen



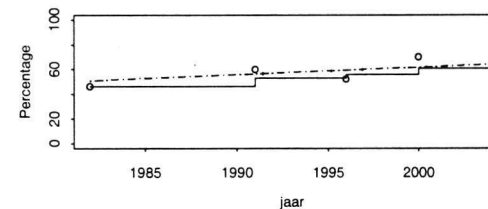
Vrouwen, < 74, Fys. beperkingen



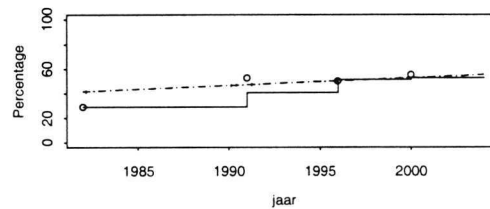
Mannen, 75-79, Fys. beperkingen



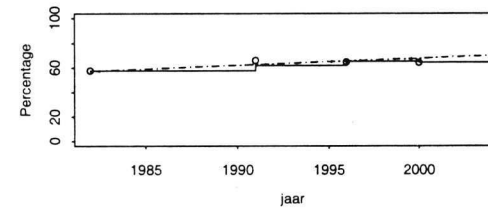
Vrouwen, 75-79, Fys. beperkingen



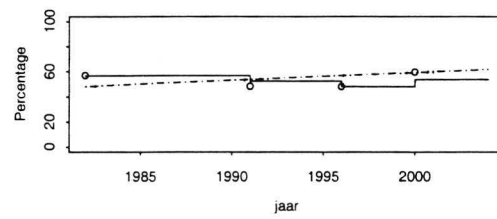
Mannen, 80-84, Fys. beperkingen



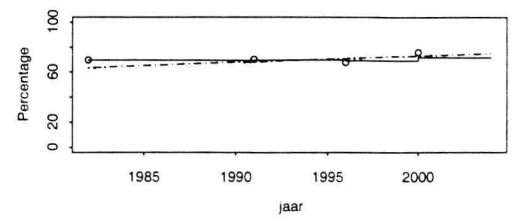
Vrouwen, 80-84, Fys. beperkingen



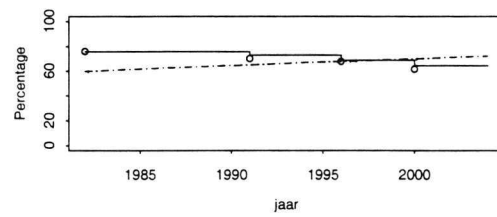
Mannen, 85-89, Fys. beperkingen



Vrouwen, 85-89, Fys. beperkingen



Mannen, &gt;90, Fys. beperkingen



Vrouwen, &gt;90, Fys. beperkingen

