

Trends in sociale-, emotionele- en gezondheidsproblematiek van Nederlandse 85- tot 94-jarigen tussen 2001/02 en 2011/12

**Resultaten van de Longitudinal Aging Study
Amsterdam**

LASA Rapport 2017

**Voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Directie
Langdurige Zorg**

Auteurs:

dr. E.J. Timmermans

Prof. dr. D.J.H. Deeg

Prof. dr. M. Huisman

Samenvatting

Vraag: Welke trends zijn er te zien in het functioneren van Nederlandse 85- tot 94-jarigen in de periode tussen 2001/02 en 2011/12? Voor het antwoord zijn de gegevens van deze ouderen op vier meetmomenten (2001/02, 2005/06, 2008/09 en 2011/12) van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) gebruikt. Daarbij zijn problemen op acht aspecten van functioneren bepaald: multimorbiditeit (twee of meer chronische ziekten), ernstige functionele beperkingen (zoals niet zelf kunnen aan- of uitkleden), depressie, angst, cognitieve beperking, niet voldoen aan de beweegnorm, eenzaamheid en sociale isolatie. Daarnaast is gekeken hoeveel ouderen last hadden van vijf of meer van deze problemen: 'multiproblematiek'.

Resultaten: Er is geen duidelijke toe- of afname in het vóórkomen van zeven van de acht onderzochte problemen bij 85- tot 94-jarigen tussen 2001/02 en 2011/12. Alleen het hebben van ernstige functionele beperkingen neemt wel significant toe in deze periode (72% versus 82%). Er zijn bijna geen 85- tot 94-jarigen zonder problemen en het percentage is bovendien afgenomen tussen 2001/02 en 2011/12 (4% versus 1%). 'Multiproblematiek' neemt in deze periode toe bij mannen (18% versus 24%), maar af bij vrouwen (van 38% naar 27%). De meeste ouderen met 'multiproblematiek' wonen zelfstandig en dat percentage is toegenomen tussen 2001/02 en 2011/12 (71% versus 73%).

Achtergrond: Veranderingen in het functioneren van ouderen op bevolkingsniveau kunnen de context schetsen waarin beleid moet plaatsvinden. Het LASA-rapport uit 2016 over trends in sociale-, emotionele- en gezondheidsproblematiek van Nederlandse 64- tot 84-jarigen toont voornamelijk gunstige ontwikkelingen (o.a. afname van ernstige functionele beperkingen) aan. Dat riep de vraag op of een belangrijk deel van de problematiek van ouderen zou zijn 'verplaatst' naar oudere leeftijden.

Conclusie/discussie: De resultaten suggereren een uitsteleffect: ouderen worden na hun 85^{ste} meer dan voorheen geconfronteerd met ernstige functionele beperkingen. De grote groep ouderen met 'multiproblematiek' die zelfstandig woont, lijkt een belangrijke groep te zijn voor het ontvangen van langdurige thuiszorg en maatschappelijke ondersteuning.

Inleiding; aanleiding van het rapport en procesbeschrijving

Dit rapport beschrijft trends in sociale-, emotionele- en gezondheidsproblematiek van Nederlandse 85- tot 94-jarigen in de periode tussen 2001/02 en 2011/12. Het doel van dit rapport is een beeld te schetsen van het voorkomen van problemen met het functioneren bij Nederlandse ouderen van 85-94 jaar gedurende die periode en van de ontwikkelingen daarin. De vraag die centraal staat in dit rapport is op welke aspecten de ontwikkelingen in het functioneren van deze ouderen gunstig zijn geweest en op welke aspecten deze ongunstig zijn geweest.

Het idee voor dit rapport is tot stand gekomen tijdens een discussie tussen medewerkers van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en medewerkers van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) naar aanleiding van een rapport over trends in sociale-, emotionele- en gezondheidsproblematiek bij Nederlandse ouderen tussen de 64 en 85 jaar [1]. In dat rapport zijn voor twee leeftijdsgroepen: 64-74 jaar en 75-84 jaar, over een periode van twintig jaar, de ontwikkelingen in het functioneren beschreven, waarbij de volgende uitkomsten werden onderscheiden: multimorbiditeit, ernstige functionele beperkingen, depressie, angst, cognitieve beperking, niet voldoen aan de beweegnorm, eenzaamheid, sociale isolatie en een somscore van deze uitkomsten (multiproblematiek). Op grond van de resultaten werd geconcludeerd dat de prevalentie van de meeste van deze uitkomsten in absolute zin hoog is, maar dat de meeste ontwikkelingen in deze uitkomsten gunstig zijn geweest. Dat wil zeggen: voor de meeste van deze uitkomsten nam de prevalentie af tussen 1992/93 en 2011/12, of bleef de prevalentie tenminste constant zonder toename.

De resultaten uit het eerder verschenen rapport hebben de vraag opgeroepen of een belangrijk deel van de problematiek van ouderen zou zijn 'verplaatst' naar oudere leeftijden. Wat is er te zeggen over de ontwikkeling van problematiek van Nederlandse 85- tot 94-jarigen? Is het mogelijk dat een deel van de problemen die ouderen ervaren gedurende de afgelopen periode zijn uitgesteld en dat ouderen pas na hun 85^e vaker worden geconfronteerd met deze problemen? In navolging van het rapport uit 2016, worden in dit

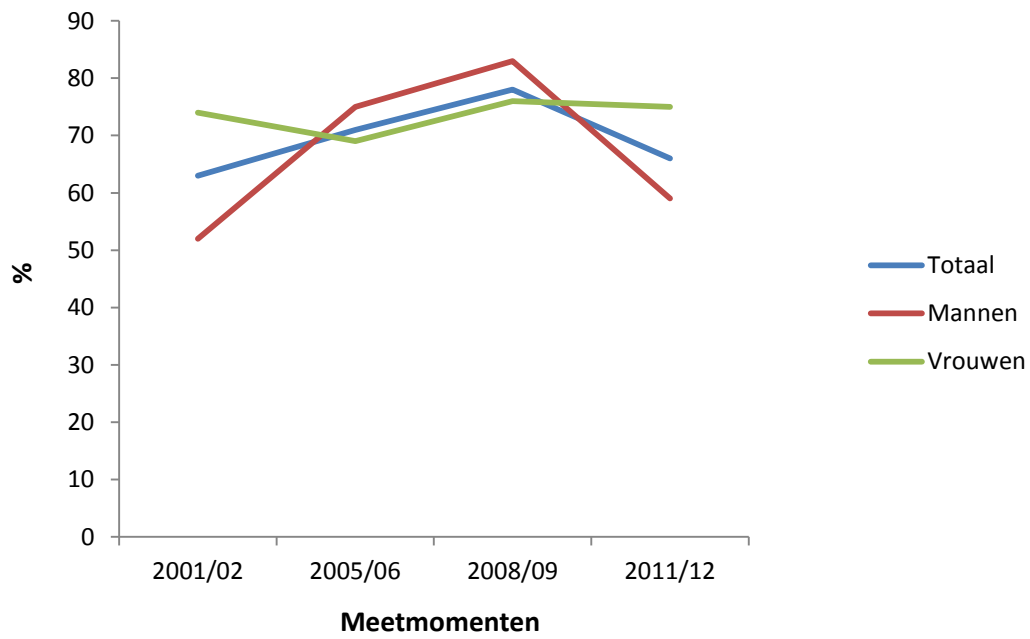
rapport dezelfde uitkomstmaten (ontwikkelingen in multimorbiditeit, ernstige functionele beperkingen, depressie, angst, cognitieve beperking, niet voldoen aan de beweegnorm, eenzaamheid, sociale isolatie en multiproblematiek) onderzocht bij Nederlandse 85- tot 94-jarigen in de periode tussen 2001/02 en 2011/12.

Dit rapport begint met een opsomming van de trends die zijn geobserveerd voor alle afzonderlijke aspecten van functioneren. Daarbij zijn figuren gemaakt die deze ontwikkelingen grafisch weergeven. Vervolgens worden de resultaten beschreven die betrekking hebben op de opeenstapeling van problemen. Deze stapeling noemen we 'multiproblematiek'. Hierbij concentreren wij ons ook op de kenmerken van de 85- tot 94-jarigen met multiproblematiek. In Appendix I geven we de beschrijving van de gebruikte gegevens en de analysemethoden. Deze beschrijving is nuttig voor lezers die meer willen weten over de samenstelling van de variabelen en de keuzes omtrent de statistische analyses. Tabellen met resultaten uit de regressieanalyses zijn opgenomen in Appendix II. Dit onderdeel vormt de wetenschappelijke onderbouwing van de resultaten van dit rapport en biedt meer verdieping van de resultaten.

Trends in functioneren van Nederlandse 85- tot 94-jarigen tussen 2001/02 en 2011/12; resultaten van afzonderlijke aspecten van functioneren

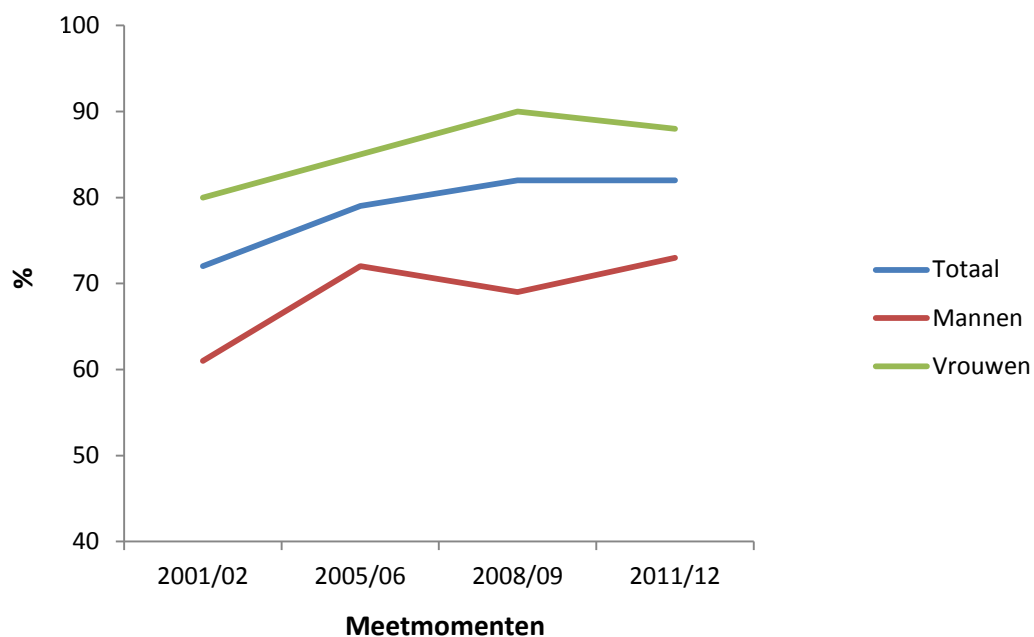
Trends over een periode van 10 jaar (2001/02-2011/12) zijn onderzocht in acht probleemgebieden: multimorbiditeit, ernstige functionele beperkingen, depressie, angst, cognitieve beperking, niet voldoen aan de landelijke beweegnorm, eenzaamheid, sociale isolatie.

Multimorbiditeit betekent de aanwezigheid van twee of meer chronische ziekten. Chronische ziekten omvatten onder andere reuma, hart- en vaatziekte, kanker, diabetes, en andere van de meest voorkomende chronische ziekten. De prevalentie (het percentage respondenten dat multimorbiditeit heeft) is weergegeven in Figuur 1. Deze prevalentie is weergegeven voor drie groepen respondenten: mannen, vrouwen en alle respondenten samen (mannen en vrouwen). De prevalenties zijn berekend voor de tijdstippen waarop de LASA-gegevens beschikbaar zijn voor een voldoende aantal 85- tot 94-jarigen. Dat is op vier meetmomenten geweest: 2001/02, 2005/06, 2008/09 en 2011/12. **Zoals weergegeven in Figuur 1, neemt de prevalentie van multimorbiditeit toe tussen 2001/02 (63%) en 2011/12 (66%). De prevalentie van multimorbiditeit bij zowel mannen (in 2001/02: 52%; in 2011/12: 59%) als bij vrouwen (in 2001/02: 74%; in 2011/12: 75%) neemt iets toe in deze periode. De fluctuaties die in de grafiek te zien zijn, betreffen geen statistisch significante verschillen (Tabel 2 in Appendix II).**



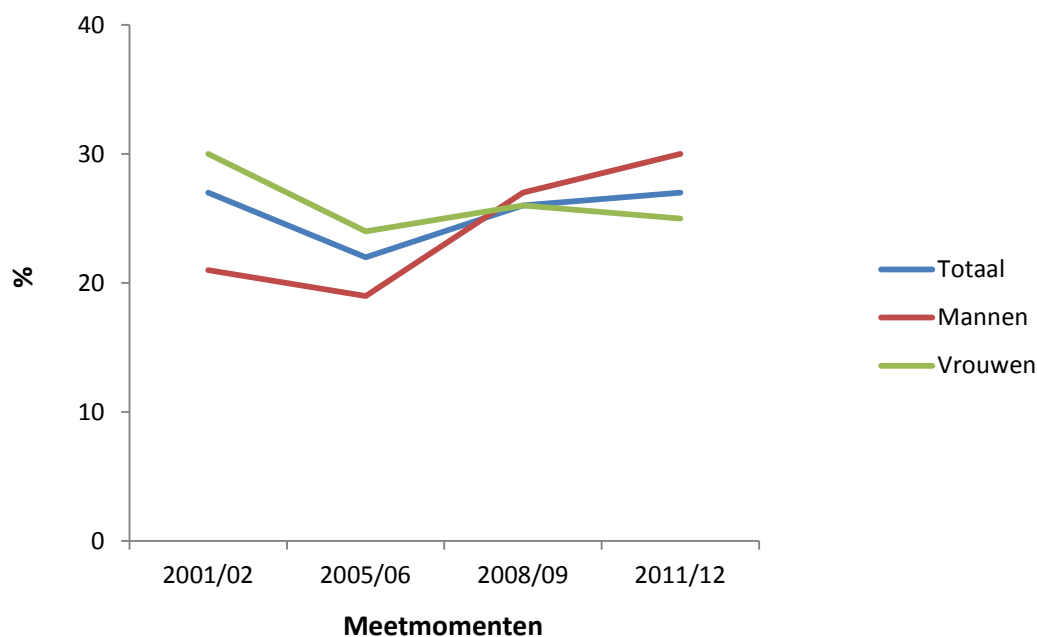
Figuur 1: Prevalentie van multimorbiditeit (2 of meer chronische ziekten).

Het begrip **ernstige functionele beperkingen** heeft betrekking op de mogelijkheid om zes dagelijkse activiteiten uit te voeren. Hierbij gaat het om de volgende activiteiten: vijf minuten buiten kunnen lopen, aan- of uitkleden, 15 traptreden lopen zonder stoppen, gaan zitten en opstaan uit een stoel, de eigen teennagels knippen en gebruik maken van eigen vervoer of openbaar vervoer. Er is sprake van ernstige functionele beperkingen als iemand minstens één van deze activiteiten niet of niet zonder hulp kan uitvoeren [2]. De prevalentie van ernstige functionele beperkingen is weergegeven in Figuur 2. De opzet van deze figuur is dezelfde als die voor multimorbiditeit. **In de totale groep neemt de prevalentie van ernstige functionele beperkingen significant toe (in 2001/02: 72%; in 2011/12: 82%). De prevalentie van ernstige functionele beperkingen stijgt zowel bij mannen (in 2001/02: 61%; in 2011/12: 73%) als bij vrouwen (in 2001/02: 80%; in 2011/12: 88%) (Figuur 2 en Tabel 2 in Appendix II).**



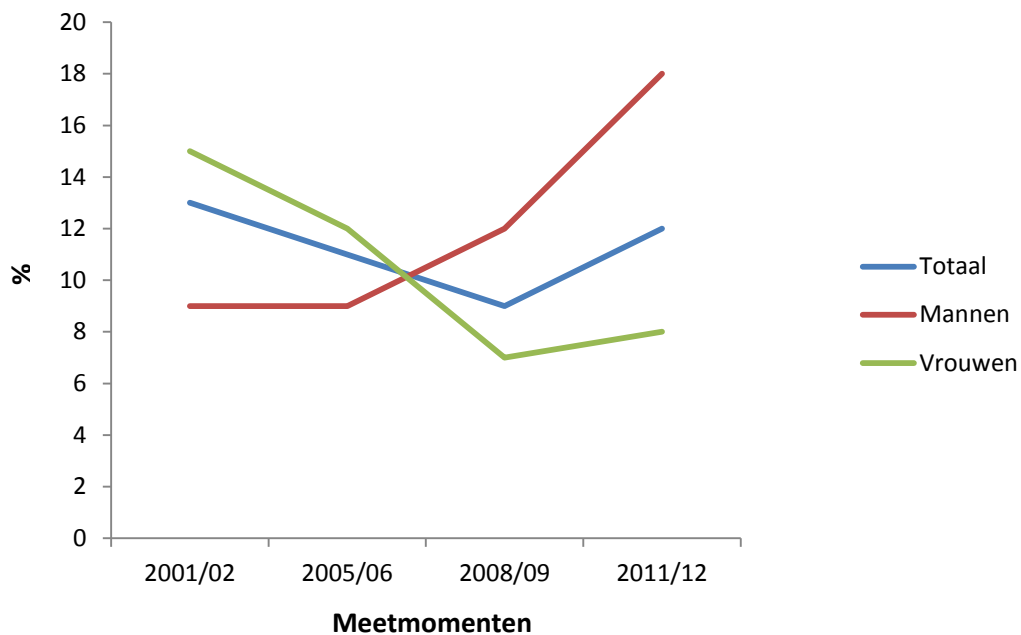
Figuur 2: Prevalentie van ernstige functionele beperkingen.

Depressie is gemeten met een betrouwbare en valide vragenlijst waarmee respondenten wordt gevraagd om aan te geven in welke mate zij last hebben van specifieke depressieve klachten, de Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D). Respondenten kunnen een score krijgen van 0-60, waarbij we een afkapwaarde van 16 of hoger hebben gebruikt om klinisch relevante depressieve symptomen aan te duiden. Dit is een wetenschappelijk gevalideerde afkapwaarde. Dit houdt in dat iedereen die een score heeft van 16 of hoger een dermate grote hoeveelheid depressieve klachten ervaart dat behandeling geïndiceerd is. Voorbeelden van klachten in de vragenlijst zijn: moeten huilen, zich bedroefd voelen, zich zorgen maken, mensen onvriendelijk vinden, en meer [3]. Figuur 3 toont de prevalentie van depressieve klachten. De opzet van deze figuur is dezelfde als die voor multimorbiditeit. **In de totale groep blijft de prevalentie van depressieve klachten gelijk (in zowel 2001/02 als in 2011/12: 27%). De prevalentie van depressieve klachten bij mannen neemt toe tussen 2001/02 (21%) en 2011/12 (30%). De prevalentie van depressieve klachten bij vrouwen neemt af in deze periode (in 2001/02: 30%; in 2011/12: 25%) (Figuur 3). De fluctuaties die in Figuur 3 te zien zijn, betreffen geen statistisch significante verschillen (Tabel 2 in Appendix II).** Er is dus geen bewijs dat Nederlandse 85- tot 94-jarigen tussen 2001/02 en 2011/12 meer of minder depressieve klachten zijn gaan ervaren.



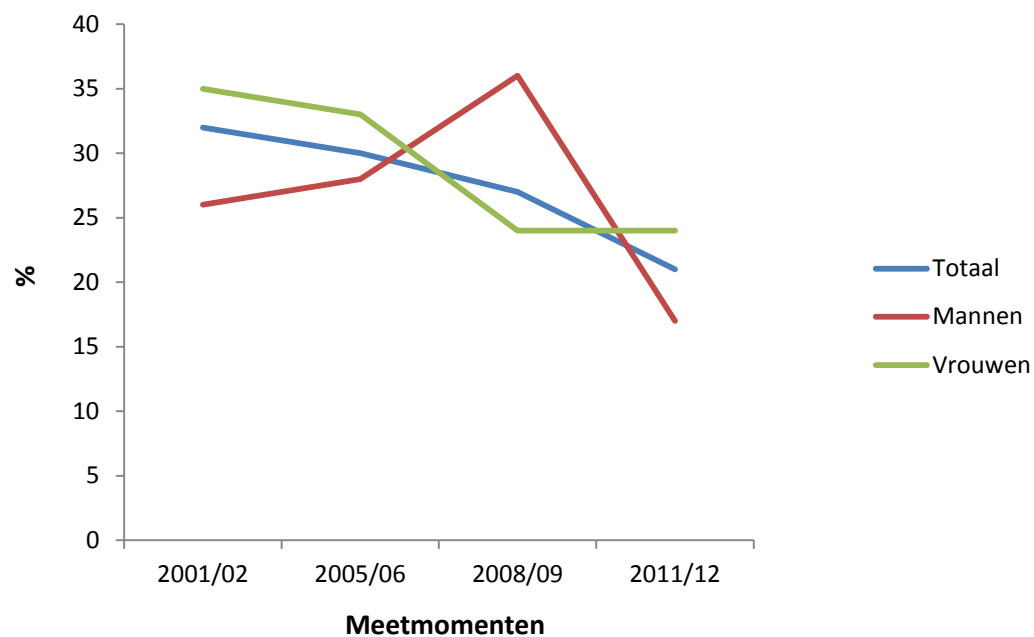
Figuur 3: Prevalentie van klinisch relevante depressieve symptomen.

Angst is gemeten met een betrouwbare en valide vragenlijst waarmee respondenten wordt gevraagd om aan te geven in welke mate zij last hebben van specifieke angstklachten, de Hospital Anxiety Depression Scale-Anxiety subscale (HADS-A) [4]. Respondenten kunnen een score krijgen van 0-21, waarbij we een afkapwaarde van 8 of meer hebben gebruikt ter indicatie van de aanwezigheid van een angststoornis [5]. Voorbeelden van klachten in de vragenlijst zijn: gevoelens hebben van angst en paniek, een gespannen gevoel hebben, het gevoel hebben alsof er elk moment iets vreselijks kan gebeuren, en meer. Figuur 4 toont de prevalentie van angstklachten. De opzet van deze figuur is dezelfde als die voor multimorbiditeit. **Net als bij depressieve klachten het geval was, neemt de prevalentie van angstklachten iets af tussen 2001/02 (13%) en 2011/12 (12%).** In deze periode neemt de prevalentie van angstklachten toe bij mannen (in 2001/02: 9%; in 2011/12: 18%) en af bij vrouwen (in 2001/02: 15%; in 2011/12: 8%). De ogenschijnlijk grote fluctuaties die in Figuur 4 te zien zijn, betreffen echter geen statistisch significante verschillen (Tabel 2 in Appendix II).



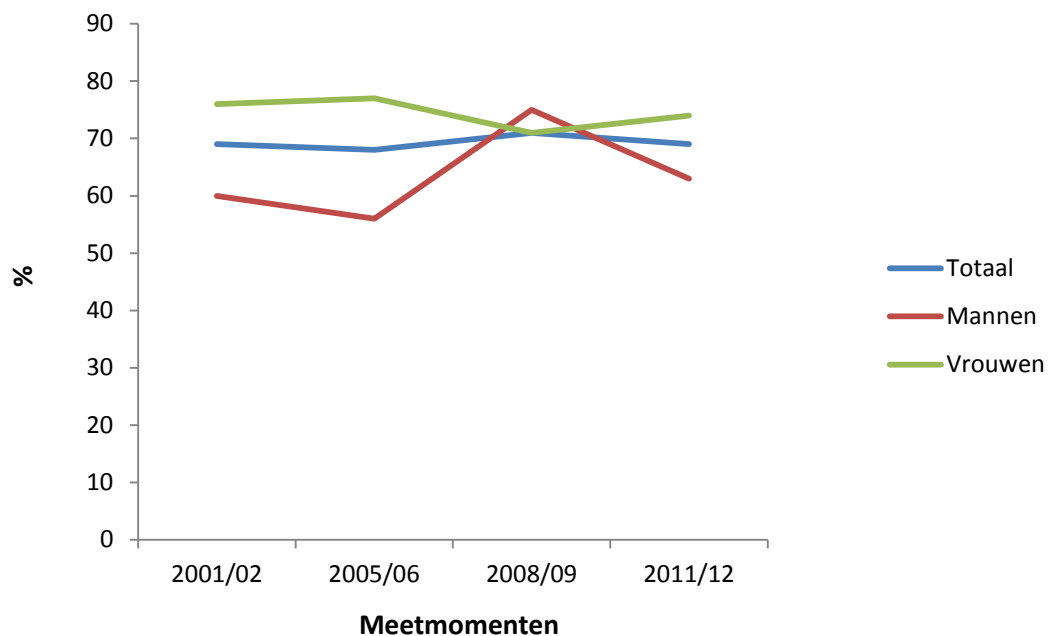
Figuur 4: Prevalentie van angst.

De aanwezigheid van een **cognitieve beperking** is bepaald met de Mini-Mental State Examination (MMSE). Deze test wordt ook vaak gebruikt als screening om te bepalen bij welke respondenten sprake kan zijn van dementie. Met deze test wordt respondenten o.a. gevraagd om het woord 'dorst' achterstevoren te spellen en om te beginnen bij het getal 100 en dan telkens het getal 7 daarvan af te trekken (100-93-86, etc.). Hoe meer moeite respondenten hebben met deze opdrachten, hoe groter de cognitieve beperkingen zijn. Respondenten kunnen een score krijgen van 0-30, waarbij een hogere score betekent dat er meer vragen goed zijn beantwoord. We hebben gebruik gemaakt van de afkapwaarde van 23 of lager om de aanwezigheid van een cognitieve beperkingen aan te duiden [6]. Figuur 5 toont de prevalentie van cognitieve beperkingen. De opzet van deze figuur is dezelfde als die voor multimorbiditeit. **Het percentage ouderen met een cognitieve beperking is afgenomen tussen 2001/02 (32%) en 2011/12 (21%). Dit geldt voor zowel mannen (in 2001/02: 26%; in 2011/12: 17%) als voor vrouwen (in 2001/02: 35%; in 2011/12: 24%). De fluctuaties die in Figuur 5 te zien zijn, betreffen echter geen statistisch significante verschillen (Tabel 2 in Appendix II).**



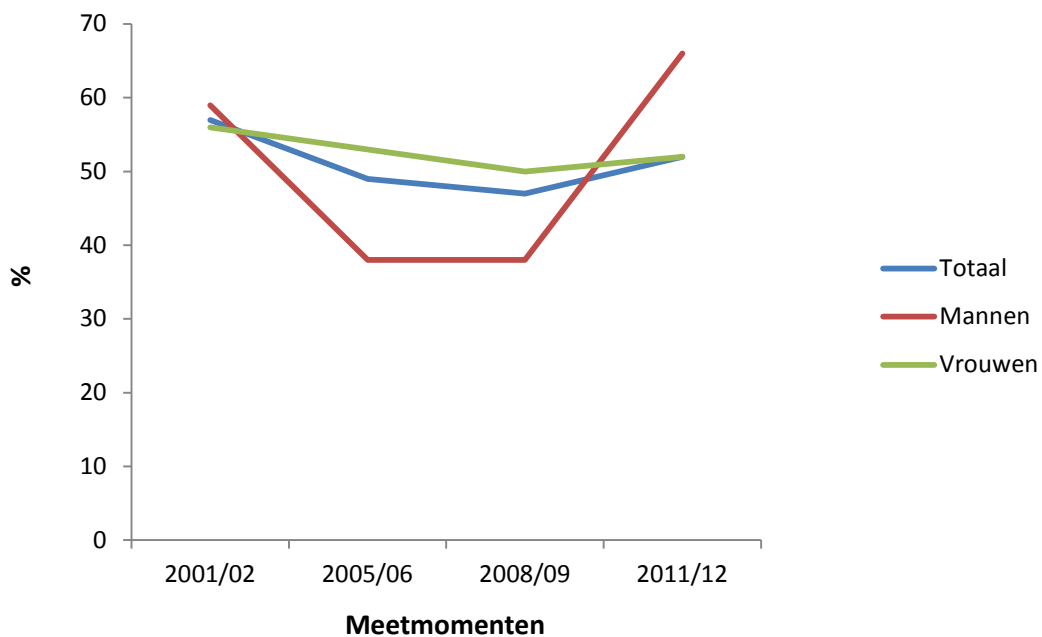
Figuur 5: Prevalentie van cognitieve beperking.

Niet voldoen aan de beweegnorm is gemeten met behulp van de LASA Physical Activity Questionnaire (LAPAQ). Met de LAPAQ meten we hoe vaak en hoe lang respondenten in de voorgaande twee weken fysiek actief waren. Daarbij is gekeken naar matig intensief tot zeer intensieve activiteiten: buiten wandelen, fietsen, zwaar huishoudelijk werk doen en sporten [7]. De landelijke beweegnorm is als volgt gedefinieerd: gedurende vijf dagen per week minstens 30 minuten actief zijn. Daarom hebben wij een afkapwaarde van minder dan 150 minuten matig intensief actief zijn per week gebruikt om aan te geven dat een respondent niet voldoet aan de beweegnorm. Figuur 6 toont de prevalentie van niet voldoen aan de beweegnorm. De opzet van deze figuur is dezelfde als die voor multimorbiditeit. **Het percentage ouderen dat niet voldoet aan de beweegnorm blijft gelijk tussen 2001/02 (69%) en 2011/12 (69%).** In deze periode is er geen duidelijke verandering in de prevalentie van het niet voldoen aan de beweegnorm bij zowel mannen (in 2001/02: 60%; in 2011/12: 63%) als bij vrouwen (in 2001/02: 76%; in 2011/12: 74%). De fluctuaties die in Figuur 6 te zien zijn, betreffen geen statistisch significante verschillen (Tabel 2 in Appendix II).



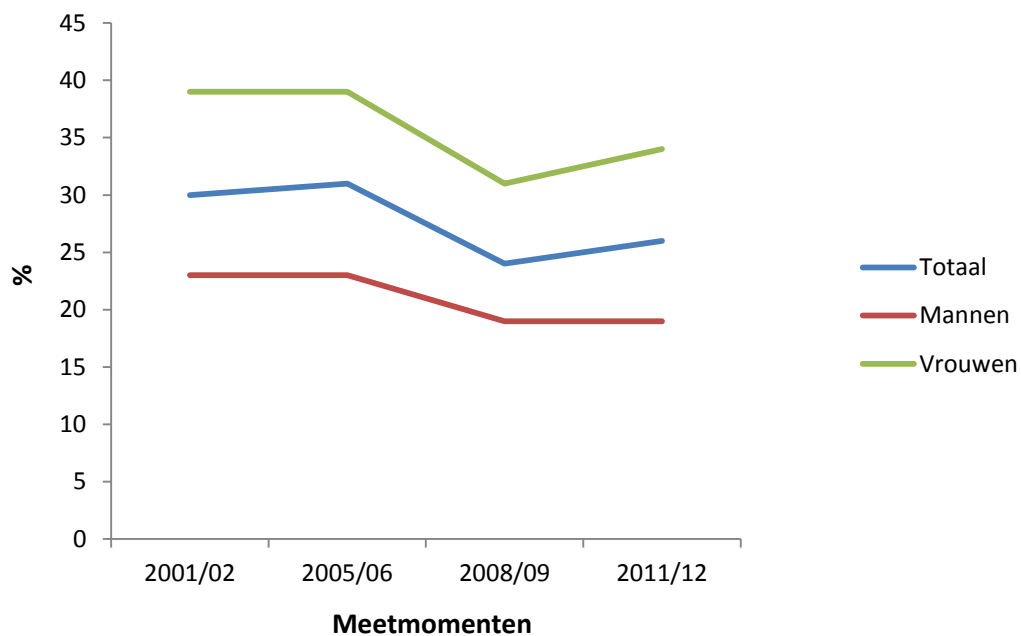
Figuur 6: Prevalentie van het niet voldoen aan de beweegnorm.

Eenzaamheid is gemeten met een betrouwbare en valide vragenlijst waarmee respondenten wordt gevraagd om aan te geven in welke mate zij last hebben van specifieke eenzaamheidsklachten, de De Jong Gierveld eenzaamheidsschaal. Eenzaamheidsklachten die worden gemeten zijn bijvoorbeeld: een goede vriend of vriendin missen, leegte om zich heen ervaren, zich vaak in de steek gelaten voelen, en meer. Respondenten kunnen een score krijgen van 0-11, waarbij een afkapwaarde van 3 of hoger wordt gebruikt ter indicatie van de aanwezigheid van eenzaamheid [8]. Figuur 7 toont de prevalentie van eenzaamheid. De opzet van deze figuur is dezelfde als die voor multimorbiditeit. **In de totale groep neemt de prevalentie van eenzaamheid af (in 2001/02: 57%; in 2011/12: 52%). De prevalentie van eenzaamheid bij mannen neemt toe tussen 2001/02 (59%) en 2011/12 (66%). De prevalentie van eenzaamheid bij vrouwen neemt af in deze periode (in 2001/02: 56%; in 2011/12: 52%). De fluctuaties die in Figuur 7 te zien zijn, betreffen echter geen statistisch significante verschillen (Tabel 2 in Appendix II).**



Figuur 7: Prevalentie van eenzaamheid.

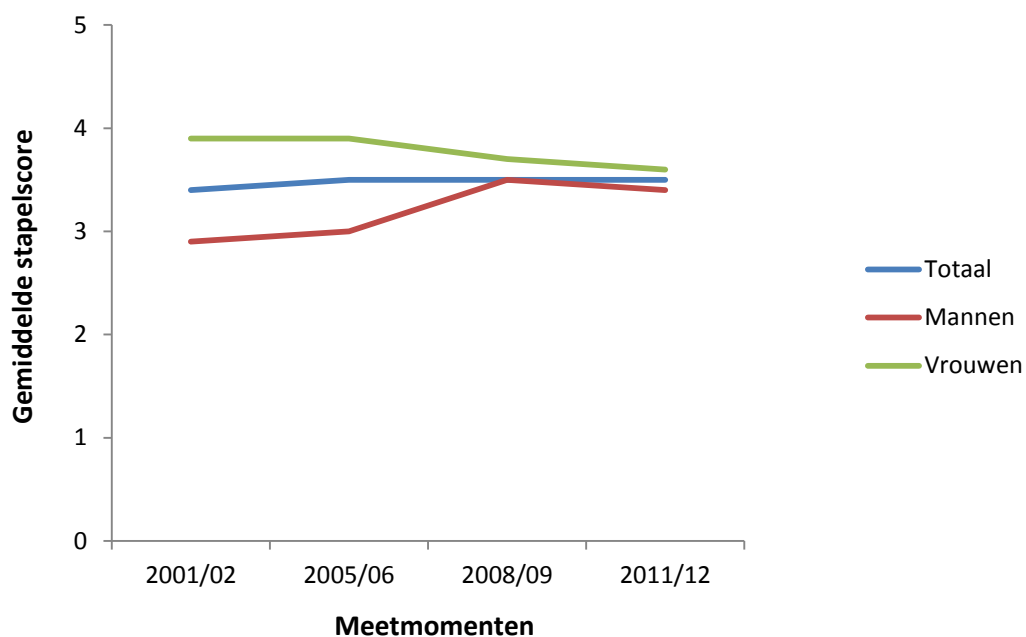
Bij de respondenten van het LASA onderzoek is contact met leden van hun sociale netwerk uitgevraagd. Van **sociale isolatie** was sprake wanneer een respondent niet dagelijks contact had met in ieder geval een persoon uit zijn/haar sociale netwerk. Hierbij moet opgemerkt worden dat mensen die een partner hadden automatisch als niet sociaal geïsoleerd werden aangemerkt [8]. De prevalentie van sociale isolatie is weergegeven in Figuur 8. De opzet van deze figuur is dezelfde als die voor multimorbiditeit. **In de totale groep neemt de prevalentie van sociale isolatie af (in 2001/02: 30%; in 2011/12: 26%). Bij zowel mannen (in 2001/02: 23%; in 2011/12: 19%) als bij vrouwen (in 2001/02: 39%; in 2011/12: 34%) neemt de prevalentie van sociale isolatie af. De fluctuaties die in Figuur 8 te zien zijn, betreffen geen statistisch significante verschillen (Tabel 2 in Appendix II).**



Figuur 8: Prevalentie van sociale isolatie.

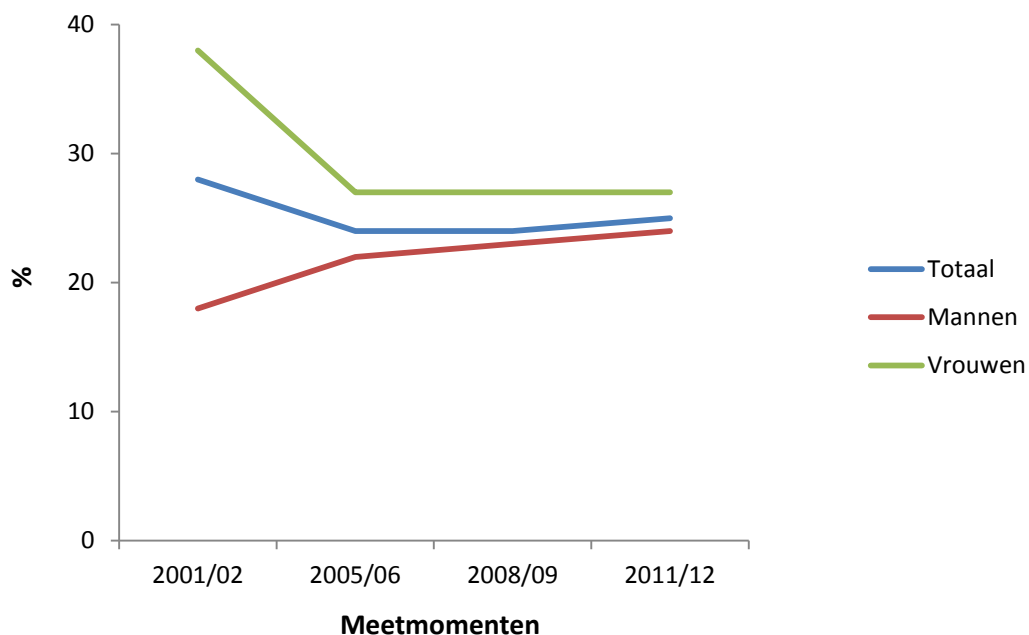
Trends in multiproblematiek van Nederlandse 85- tot 94-jarigen tussen 2001/02 en 2011/12

In het vorige hoofdstuk bekeken we de prevalentie van acht afzonderlijke aspecten van functioneren. Vervolgens hebben we een **stapelscore** berekend voor deze acht aspecten, door voor iedere 85-94 jarige het aantal problemen op deze acht aspecten van functioneren op te tellen. De gemiddelde hoeveelheid problemen op de acht aspecten van functioneren tussen 2001/02 en 2011/12 is weergegeven in Figuur 9. Dit gemiddelde is weergegeven voor drie groepen respondenten: mannen, vrouwen en alle respondenten samen (mannen en vrouwen). De gemiddelden zijn berekend voor de tijdstippen waarop de LASA-gegevens beschikbaar zijn voor een voldoende aantal 85- tot 94-jarigen. Dat is op vier meetmomenten geweest: 2001/02, 2005/06, 2008/09, 2011/12 en 2011/12. **Uit Figuur 9 is af te lezen dat, er over het algemeen, geen duidelijke toe- of afname is in het gemiddelde aantal problemen tussen 2001/02 (gemiddelde stapelscore=3,4) en 2011/12 (gemiddelde stapelscore=3,5). In deze periode neemt het gemiddelde aantal problemen wel significant toe in mannen (in 2001/02: 2,9; in 2011/12: 3,4), maar niet in vrouwen (in 2001/02: 3,9; in 2011/12: 3,6) (Tabel 3 in Appendix II).**



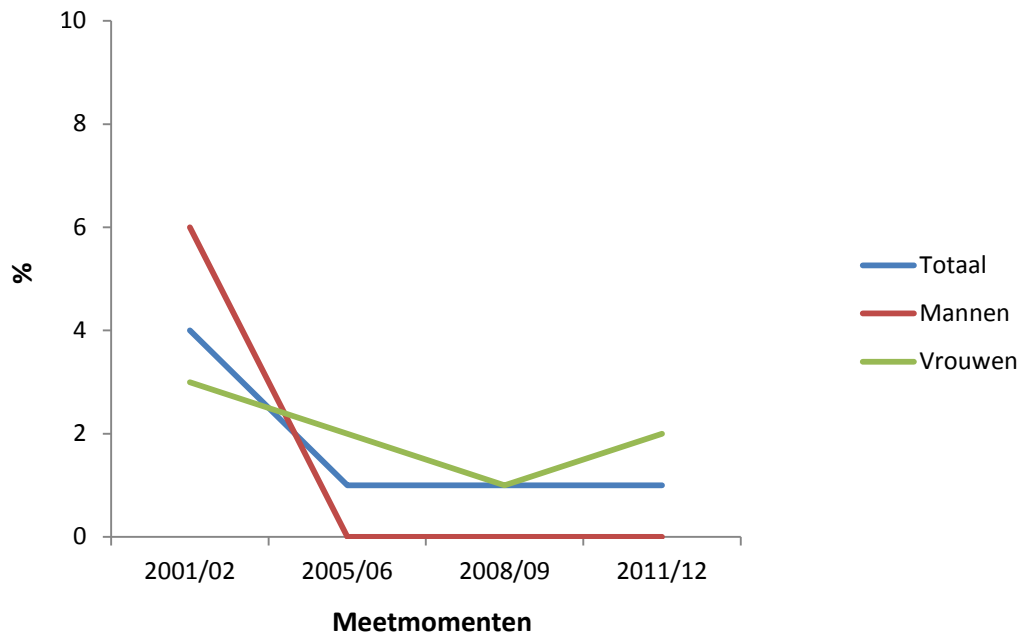
Figuur 9: Gewogen stapelscore voor acht probleemgebieden.

Naast het optellen van het aantal aspecten waarop 85- tot 94-jarigen problemen ervaren in functioneren, zoals op de voorgaande pagina is beschreven, hebben we onderzocht welk percentage van deze ouderen te maken had met wat wij **multiproblematiek** noemen. In dit rapport betekent multiproblematiek de aanwezigheid van problemen op tenminste vijf van deze acht aspecten. De prevalentie van multiproblematiek geeft daarmee aan welk percentage van de ouderen tenminste vijf verschillende problemen met functioneren tegelijkertijd ervaren. De prevalentie van multiproblematiek is weergegeven in Figuur 10. **De resultaten geven aan dat er, over het algemeen, geen duidelijke toe- of afname is van de prevalentie van multiproblematiek tussen 2001/02 (28%) en 2011/12 (25%). De prevalentie van multiproblematiek bij mannen neemt toe tussen 2001/02 (18%) en 2011/12 (24%). De prevalentie van multiproblematiek bij vrouwen neemt af in deze periode (in 2001/02: 38%; in 2011/12: 27%). De fluctuaties die in Figuur 10 te zien zijn, betreffen echter geen statistisch significante verschillen (Tabel 3 in Appendix II).**



Figuur 10: Gewogen prevalentie van multiproblematiek.

Naast de stapelscore en de multiproblematiek bepaalden we tenslotte nog welk percentage van de 85- tot 94-jarigen geen enkel probleem ervaren op de acht aspecten van functioneren die centraal staan in dit rapport. De groep van ouderen die geen enkel probleem ervaren vormen als het ware de meest gezonde en best functionerende groep 85- tot 94-jarigen. Het percentage 85- tot 94-jarigen zonder problemen is weergegeven in Figuur 11. De resultaten tonen aan dat het percentage 85- tot 94-jarigen zonder problemen heel laag was en is afgenomen tussen 2001/02 (4%) en 2011/12 (1%). Dit geldt voor zowel mannen (in 2001/02: 6%; in 2011/12: 0%) als voor vrouwen (in 2001/02: 3%; 2011/12: 2%). De fluctuaties die in Figuur 11 te zien zijn, betreffen echter geen statistisch significante verschillen (Tabel 3 in Appendix II).



Figuur 11: Gewogen prevalentie van afwezigheid van problemen in functioneren.

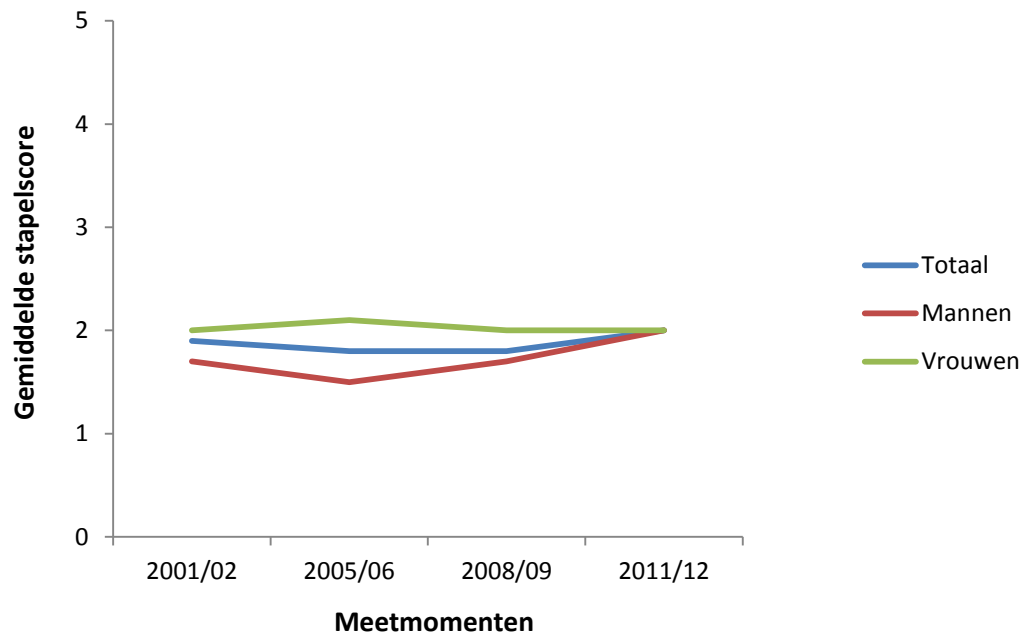
De laatste stap in de analyses voor dit rapport bestond uit het bepalen van de kenmerken van ouderen met multiproblematiek. De vraag was of dit in 2011/12 een groep was geworden met andere kenmerken dan in 2001/02. We zijn uitgegaan van de ouderen met multiproblematiek omdat dit waarschijnlijk de meest belangrijke groep is vanuit het perspectief van zorg en beleid. Eerder zagen we al dat er geen duidelijke toe- of afname is in multiproblematiek tussen 2001/02 en 2011/12. Nu beschrijven we of deze groep anders geworden is in termen van leeftijd, geslacht, opleiding, partner-status, woonstatus, omvang van het sociale netwerk en mastery. Mastery is een persoonlijkheidskenmerk dat aangeeft in welke mate iemand het gevoel heeft dat hij of zij zelf invloed kan uitoefenen op zijn/haar leven. De exacte resultaten van de vergelijking tussen de jaartallen zijn opgenomen in Tabel 4 in Appendix II. Hieronder beschrijven we de opvallendste bevindingen.

Het percentage vrouwen in de groep ouderen met multiproblematiek is afgenomen in 2011/12 in vergelijking met 2001/02 (in 2001/02: 75,0%; in 2011/12: 63,3%); dit betekent automatisch dat er een groter percentage mannen is met multiproblematiek in 2011/12. Het opleidingsniveau in jaren is in de groep ouderen met multiproblematiek toegenomen (in 2001/02: 7,2 jaar; in 2011/12: 9,0 jaar). Het percentage personen met een partner in de groep ouderen met multiproblematiek is toegenomen (in 2001/02: 13,5%; in 2011/12: 23,3%). Het gevoel van mastery in de groep ouderen met multiproblematiek is in 2011/12 iets hoger (in 2001/02: gemiddelde score 13,8; in 2011/12: gemiddelde score 14,1). Dit is ook het geval in de groep ouderen zonder multiproblematiek (in 2001/02: gemiddelde score 16,3; in 2011/12: gemiddelde score 16,7). Dit betekent dat ouderen met multiproblematiek in 2011/12 wat meer het gevoel hebben dat zij de controle hebben over hun eigen leven. De omvang van het sociale netwerk in de groep ouderen met multiproblematiek is groter geworden (in 2001/02: gemiddelde grootte 8,9; in 2011/12: gemiddelde grootte 10,7). De omvang van het sociale netwerk neemt af in de groep ouderen zonder multiproblematiek (in 2001/02: gemiddelde grootte 13,6; in 2011/12: gemiddelde grootte 11,9).

Aanvullende analyses

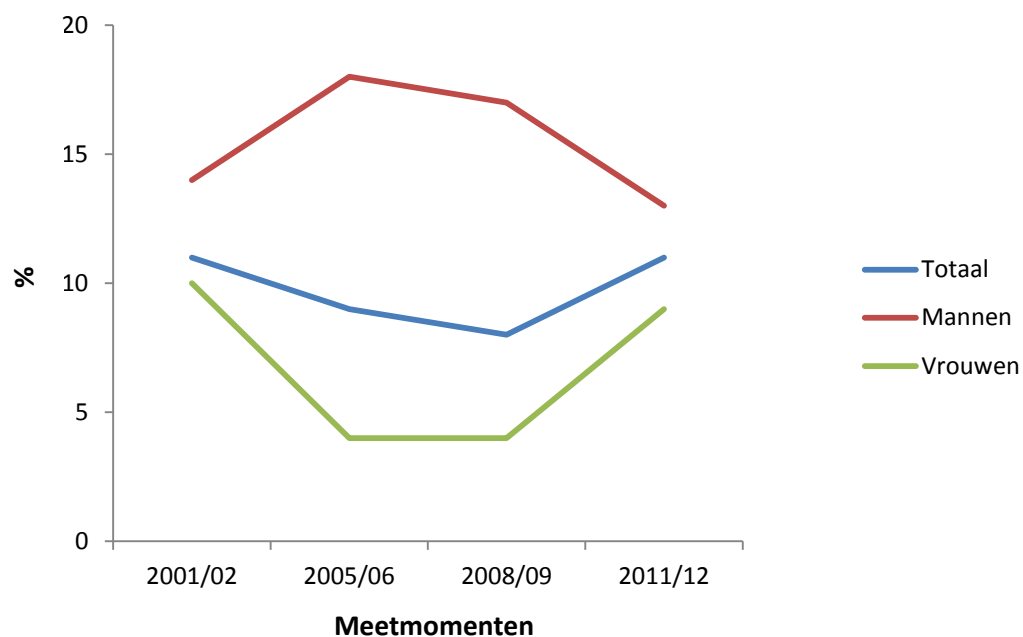
Op vrijdag 15 september 2017 is de eerste versie van dit rapport besproken door medewerkers van VWS en medewerkers van LASA. Tijdens deze bespreking is de wens uitgesproken om meer inzicht te krijgen in hoe de problematiek van Nederlandse 85- tot 94-jarigen eruit ziet die wel of geen multiproblematiek ervaren. Het probleemprofiel van ouderen met en zonder multiproblematiek per LASA-meetmoment wordt gepresenteerd in Tabel 5 in Appendix II. **Zoals werd verwacht, blijkt het overgrote deel van de 85- tot 94-jarigen met multiproblematiek te kampen met multimorbiditeit (in 2001/02: 90,9%; in 2011/12: 96,7%) en niet te voldoen aan de beweegnorm (in 2001/02: 81,8%; in 2011/12: 76,7%). De prevalentie van multimorbiditeit (in 2001/02: 60,7%; in 2011/12: 68,9%) en het niet voldoen aan de beweegnorm (in 2001/02: 63,6%; in 2011/12: 58,9%) is ook hoog onder de 85- tot 94-jarigen zonder multiproblematiek.**

Aangezien de prevalentie van multimorbiditeit onder 85- tot 94-jarigen zeer hoog is en onvoldoende bewegen en sociale isolatie bewuste keuzes kunnen zijn van deze ouderen, zijn alle stapelscore-analyses opnieuw uitgevoerd waarbij de stapelscore alleen gebaseerd is op de vijf andere aspecten: ernstige functionele beperkingen, depressie, angst, cognitieve beperking en eenzaamheid. **Uit Figuur 12 is af te lezen dat er, over het algemeen, geen duidelijke toe- of afname in deze stapelscore (range:0-5) is tussen 2001/02 (gemiddelde stapelscore: 1,9) en 2011/12 (gemiddelde stapelscore: 2,0). In deze periode neemt de stapelscore toe in mannen (in 2001/02: 1,7; in 2011/12: 2,0), maar niet in vrouwen (in zowel 2001/02 als 2011/12: 2,0) (Tabel 6 in Appendix II). De fluctuaties die in Figuur 12 te zien zijn, betreffen geen statistisch significante verschillen (Tabel 6 in Appendix II).**



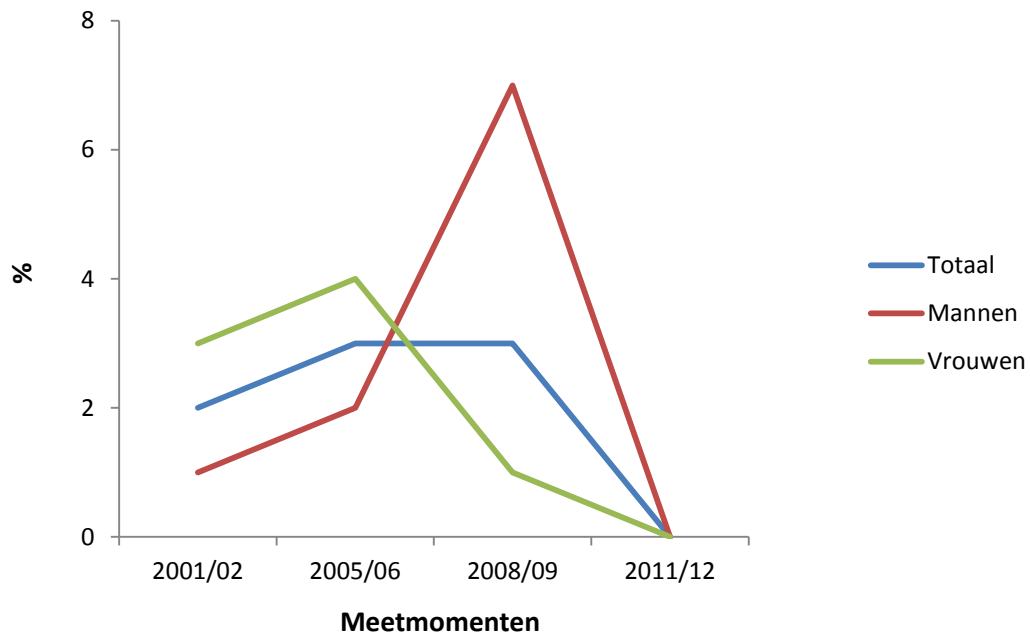
Figuur 12: Gewogen stapelscore voor vijf probleemgebieden.

Het percentage 85- tot 94-jarigen zonder enige problemen op de vijf geselecteerde aspecten is weergegeven in Figuur 13. **De resultaten geven aan dat het percentage 85- tot 94-jarigen zonder problemen op de vijf aspecten gelijk is gebleven tussen 2001/02 (11%) en 2011/12 (11%). De fluctuaties die in Figuur 13 te zien zijn, betreffen geen statistisch significante verschillen (Tabel 6 in Appendix II).** Wanneer multimorbiditeit, het niet voldoen aan de beweegnorm en sociale isolatie buiten beschouwing worden gehouden in de stapelscore, is het percentage ouderen zonder enige problemen (stapelscore=0) hoger.



Figuur 13: Gewogen prevalentie van afwezigheid van problemen op de vijf geselecteerde aspecten van functioneren.

Het percentage 85- tot 94-jarigen die problemen hebben op alle vijf geselecteerde aspecten van functioneren is weergegeven in Figuur 14. **De resultaten geven aan dat de prevalentie van 85- tot 94-jarigen met problemen op alle aspecten (stapelscore=5) tussen 2001/02 (2%) en 2011/12 (0%) is afgenomen. Dit geldt voor zowel mannen (in 2001/02: 1%; in 2011/12: 0%) als voor vrouwen (in 2001/02: 3%; in 2011/12: 0%). De fluctuaties die in Figuur 14 te zien zijn, betreffen statistisch significante verschillen (Tabel 6 in Appendix II).**



Figuur 14: Gewogen prevalentie van aanwezigheid van problemen op alle vijf geselecteerde aspecten van functioneren.

De resultaten op een rijtje en conclusies

Dit rapport beschrijft de trends in het voorkomen van sociale-, emotionele- en gezondheidsproblematiek bij Nederlandse 85- tot 94-jarigen in de periode tussen 2001/02 en 2011/12. De resultaten tonen aan dat er geen duidelijke toe- of afname is in de prevalentie van de meeste specifieke problemen (multimorbiditeit, depressie, angst, cognitieve beperking, niet voldoen aan de beweegnorm, eenzaamheid en sociale isolatie) bij 85- tot 94-jarigen tussen 2001/02 en 2011/12. Alleen de prevalentie van ernstige functionele beperkingen neemt significant toe in deze periode. Daarnaast tonen de resultaten aan dat de prevalentie van ouderen zonder problemen erg laag is en ook nog afneemt tussen 2001/02 en 2011/12. De resultaten laten verder zien dat het gemiddelde aantal problemen alleen bij mannen toeneemt tussen 2001/02 en 2011/12. Deze trend verdwijnt wanneer een stapelscore wordt gebruikt waarin multimorbiditeit, het niet voldoen aan de beweegnorm en sociale isolatie buiten beschouwing zijn gelaten.

De resultaten uit het rapport over trends in sociale-, emotionele- en gezondheidsproblematiek bij Nederlandse 65-84 jarigen lieten zien dat de prevalentie van ernstige beperkingen afnam in de periode tussen 1992/93 (27%) en 2011/12 (20%) [1]. De resultaten van dit rapport laten zien dat de prevalentie van ernstige functionele beperkingen toeneemt bij 85- tot 94-jarigen in de periode tussen 2001/02 (72%) en 2011/12 (82%). Deze resultaten suggereren een uitsteleffect: ouderen worden na hun 85^e meer geconfronteerd met ernstige functionele problemen. De toename in de prevalentie van ernstige functionele beperkingen onder 85- tot 94-jarigen tussen 2001/02 en 2011/12 is een ongunstige ontwikkeling waarop beleidsmakers kunnen inspelen.

De resultaten van dit rapport tonen verder aan dat er geen duidelijke toe- of afname is in de prevalentie van multiproblematiek bij 85- tot 94-jarigen tussen 2001/02 (28%) en 2011/12 (25%). De resultaten tonen wel aan dat de kenmerken van 85- tot 94-jarigen met multiproblematiek zijn veranderd in deze periode. Het percentage mannen in deze groep is gegroeid, bijvoorbeeld. Een mogelijke verklaring voor deze bevinding is de sterk gestegen levensverwachting van mannen in deze periode. Het percentage personen met een partner

in de groep ouderen met multiproblematiek is toegenomen (in 2001/02: 13,5%; in 2011/12: 23,3%). De gemiddelde omvang van het sociale netwerk van deze groep is groter geworden. (2001/02: gemiddelde grootte 8,9; in 2011/12: gemiddelde grootte 10,7). Het merendeel van de 85- tot 94-jarigen met multiproblematiek woont zelfstandig. Het percentage ouderen dat zelfstandig woont in deze groep is niet veel veranderd tussen 2001/02 (71,2%) en 2011/12 (73,3%). De grote groep ouderen met multiproblematiek die zelfstandig woont lijkt een belangrijke groep te zijn voor het ontvangen van langdurige thuiszorg en maatschappelijke ondersteuning.

De resultaten tonen een ongunstige ontwikkeling aan in het percentage ouderen zonder enige vorm van problematiek. Dit percentage was al laag en nam af tussen 2001/02 (4%) en 2011/12 (1%). Aangezien de prevalentie van multiproblematiek niet duidelijk toe- of afneemt en de afwezigheid van problematiek afneemt, moeten we concluderen dat een steeds grotere groep van 85- tot 94-jarigen één tot vier specifieke problemen ervaart in het functioneren.

Het is lastig om de ontwikkelingen die in dit rapport beschreven zijn te koppelen aan specifieke beleidsmaatregelen van de overheid. Aan deze ontwikkelingen gaat waarschijnlijk een complex geheel van maatschappelijke invloeden schuil. Daarnaast is het belangrijk om op te merken dat we in dit rapport primair hebben gekeken naar trends. Daarbij hebben we de nadruk gelegd op het bekijken van toe-, of afname van problematiek. Het blijft echter een belangrijke vraag voor beleid welk percentage problematiek op de verschillende aspecten acceptabel of haalbaar is.

Referenties

- [1] Hoogendijk EO, Deeg DJH, Huisman M. Trends in sociale, emotionele en gezondheidsproblematiek van Nederlandse ouderen tussen 1992 en 2012; resultaten van de Longitudinal Aging Study Amsterdam. LASA Rapport 2016 voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Directie Langdurige Zorg.
- [2] Kriegsman DMW, Deeg DJH, Stalman WAB. Comorbidity of somatic chronic diseases and decline in physical functioning. The Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Journal of Clinical Epidemiology* 2004;57:55-65.
- [3] Radloff LS. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977;3:385-401.
- [4] Zigmond, A., Snaith, R., 1983. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 67, 361-370.
- [5] Snaith, R.P., 2003. The Hospital and Depression Scale. *Health and Quality Life Outcomes.* 1, 29.
- [6] Tombaugh, T.N., McIntyre, N.L., 1992. The mini mental state examination: a comprehensive review. *J. Am. Geriatr. Soc.* 40, 922-935.
- [7] Stel VS, Smit JH, Pluijm SM, Visser M, Deeg DJ, Lips P. Comparison of the LASA Physical Activity Questionnaire with a 7-day diary and pedometer. *J Clin Epidemiol* 2004;57:252-8.
- [8] De Jong-Gierveld, J., & Van Tilburg, T. G. (1999). *Manual of the Loneliness Scale*. Retrieved July 14, 2017, from: http://home.fsw.vu.nl/TG.van.Tilburg/manual_loneliness_scale_1999.html.

Appendix 1; Beschrijving van de gebruikte gegevens en methode van analyse

Gegevens zijn gebruikt van ouderen tussen de 85-94 jaar op vier meetmomenten van LASA (2001/02, 2005/06, 2008/09, 2011/12 en 2011/12). Tussen de vier meetmomenten die zijn meegenomen in de analyses fluctueert het aantal respondenten in deze leeftijdscategorie van 198 tot 308. In totaal, leverden 603 respondenten informatie voor de analyses op één of meerdere meetmomenten, wat in totaal neerkwam op 931 bruikbare observaties. Hierin zijn ook de gegevens verwerkt die via telefonische interviews zijn verkregen. Trends over een periode van 10 jaar zijn bekeken in acht probleemgebieden: multimorbiditeit, ernstige functionele beperkingen, depressie, angst, cognitieve beperking, niet voldoen aan de beweegnorm, eenzaamheid en sociale isolatie. De volgende meetinstrumenten en afkapwaarden zijn daarbij toegepast:

- *Multimorbiditeit.* De aanwezigheid van negen veelvoorkomende chronische ziekten is uitgevraagd. Multimorbiditeit is gedefinieerd als de aanwezigheid van twee of meer chronische ziekten.
- *Ernstige functionele beperkingen.* Zes dagelijkse activiteiten zijn uitgevraagd: vijf minuten buiten kunnen lopen, aan- of uitkleden, 15 traptreden lopen zonder stoppen, gaan zitten en opstaan uit een stoel, de eigen teennagels knippen en gebruik maken van eigen vervoer of openbaar vervoer. Er is sprake van ernstige functionele beperkingen als iemand minstens één activiteit niet of niet zonder hulp kan uitvoeren [2].
- *Depressie.* Hierbij is gebruik gemaakt van de Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CESD-D). Score van 0-60, waarbij we een afkapwaarde van 16 of hoger hebben gebruikt om klinisch relevante depressieve symptomen aan te duiden. Dit is een gevalideerde afkapwaarde voor het onderscheiden van een klinisch relevante mate van depressieve klachten [3].
- *Angst.* Hierbij is gebruik gemaakt van de Hospital Anxiety Depression Scale-Anxiety subscale (HADS-A) [4]. Score van 0-21, waarbij we een afkapwaarde van 8 of meer hebben gebruikt ter indicatie van de aanwezigheid van een angststoornis [5].

- *Cognitieve beperking.* Hierbij is gebruik gemaakt van de Mini-Mental State Examination (MMSE). Score van 0-30, waarbij we gebruik hebben gemaakt van de afkapwaarde van 23 of lager om cognitieve beperkingen aan te duiden [6].
- *Niet voldoen aan de beweegnorm.* Met behulp van de LASA Physical Activity Questionnaire is uitgevraagd hoe vaak en hoe lang mensen in de voorgaande twee weken fysiek actief waren. Daarbij is gekeken naar matig intensief tot zeer intensieve activiteiten: buiten wandelen, fietsen, zwaar huishoudelijk werk en sporten [7]. De beweegnorm is als volgt gedefinieerd: gedurende vijf dagen per week minstens 30 minuten actief zijn. Een afkapwaarde van minder dan 150 minuten matig intensief actief zijn per week is gebruikt om het niet voldoen aan de beweegnorm aan te duiden.
- *Eenzaamheid.* Hierbij is gebruik gemaakt van de De Jong Gierveld eenzaamheidsschaal. Score 0-11, waarbij een afkapwaarde van 3 of hoger is gebruikt ter indicatie van eenzaamheid [8].
- *Sociale isolatie.* Binnen LASA is contact met leden van het sociaal netwerk uitgevraagd. Van sociale isolatie was sprake wanneer iemand niet dagelijks contact had met een persoon uit zijn/haar persoonlijk netwerk. Hierbij moet opgemerkt worden dat mensen met een partner als niet sociaal geïsoleerd worden aangemerkt.

De gebruikte afkapwaarden voor depressie [3], angst [5], cognitieve beperking [6] en eenzaamheid [8] zijn op empirisch onderzoek gebaseerd en onderscheiden de klinisch relevante mate van symptomen op de gebruikte meetinstrumenten.

Vervolgens is een *stapelscore* berekend voor de acht probleemgebieden, waarbij een hogere score aangeeft dat er bij een persoon meer problemen aanwezig zijn. Ook is er gekeken naar het percentage mensen waarbij geen enkel probleem aanwezig is (stapelscore = 0), en naar multiproblematiek (stapelscore \geq 5).

Figuren met trends zijn gemaakt op basis van het gewogen gemiddelde of prevalentie (gewogen voor leeftijd en geslacht). Doordat de gemiddelden en prevalenties zijn gewogen voor leeftijd en geslacht zijn deze vergelijkbaar tussen de meetmomenten. Dit houdt in dat de leeftijds- en geslachtsverdeling van de steekproef tussen de meetmomenten gelijk

getrokken is en eventuele verschillen in de leeftijdsopbouw en/of het percentage mannen of vrouwen die er waren in de steekproeven van de verschillende meetmomenten geen verklaring meer vormen voor de geobserveerde verschillen in gemiddelde scores en prevalenties.

Om te bepalen of geobserveerde trends over tijd statistisch significant zijn, werden Generalized Estimated Equations (GEE) analyses uitgevoerd. Deze methode corrigeert voor afhankelijkheid van verschillende observaties binnen een individu. We maakten gebruik van de M-dependent (3) correlatiestructuur. De GEE analyses hoefden niet te worden gewogen, omdat we in deze analyses hebben gecontroleerd voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Resultaten zijn apart bepaald voor geslacht. De resultaten zijn niet apart bepaald voor 5-jaars leeftijdsgroepen (85-89 jaar en 90-94 jaar) in verband met een onvoldoende aantal observaties in de oudste leeftijdsgroep.

De regressie-coëfficiënten en Odds Ratio's van de tijdstrend zijn weergegeven in tabellen. Daarbij geeft een positieve regressie coëfficiënt aan dat een bepaalde uitkomst is toegenomen over de tijd, en een negatieve regressie coëfficiënt dat een bepaalde uitkomst is afgenomen over de tijd. Een Odds Ratio kleiner dan 1 geeft aan dat de prevalentie van een bepaalde variabele is afgenomen, een Odds Ratio groter dan 1 geeft aan dat de prevalentie is toegenomen.

Na aanleiding van de bespreking van de eerste versie van dit rapport door medewerkers van het VWS en medewerkers van LASA zijn een aantal aanvullende analyses uitgevoerd. Het probleemprofiel van ouderen met en zonder multiproblematiek per LASA-meetmoment beschreven. Aangezien de prevalentie van multimorbiditeit onder 85- tot 94-jarigen hoog is en onvoldoende bewegen en sociale isolatie bewuste keuzes kunnen zijn van deze ouderen, zijn alle stapelscore-analyses opnieuw uitgevoerd, waarbij de stapelscore alleen gebaseerd is op de vijf andere aspecten: ernstige functionele beperkingen, depressie, angst, cognitieve beperking en eenzaamheid.

De statistische analyses zijn uitgevoerd in IBM SPSS Statistics versie 22 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, Verenigde Staten van Amerika).

Appendix 2; Tabellen 1-6

Tabel 1: Kenmerken van 85- tot 94-jarigen op de verschillende LASA meetmomenten tussen 2001/02 en 2011/2012. ^{a,b}

	2001/02	2005/06	2008/09	2011/12
	n=308	n=226	n=198	n=199
<i>Ongewogen</i>				
Leeftijd (Gemiddelde (SD))	88,6 (2,5)	88,8 (2,7)	89,2 (2,8)	88,7 (2,7)
Geslacht (% vrouw)	61,5	61,9	64,1	67,1
Opleidingsniveau in jaren (Gemiddelde (SD))	8,4 (3,5)	8,8 (3,1)	9,0 (3,1)	9,0 (3,0)
<i>Gewogen</i> ^c				
Stapelscore (0-8) (Gemiddelde (SD))	3,6	3,4	3,5	3,3
Afwezigheid problemen (%)	4,0	1,6	0,8	1,7
Multiproblematiek (%)	31,2	23,8	23,8	24,4
Multimorbiditeit (%)	70,1	68,0	76,1	76,3
Ernstige functionele problemen (%)	73,8	75,9	80,9	78,6
Depressie (%)	26,5	21,2	25,0	20,4
Angst (%)	12,9	10,1	7,2	9,6
Cognitieve beperking (%)	33,5	28,6	27,5	20,5
Voldoet niet aan beweegnorm (%)	70,8	67,9	71,5	66,7
Eenzaamheid (%)	53,6	48,5	47,7	50,0
Sociale isolatie (%)	33,0	31,9	25,5	26,7

^a Afkorting: n= aantal respondenten, SD= standaard deviatie.

^b Maximale totale aantal respondenten is 603, maximale totale aantal observaties is 931.

^c Gewogen naar leeftijd en geslacht in 2008/09.

Tabel 2: Trends over tijd in acht probleemgebieden. ^{a,b}

	Multimorbiditeit	Ernstige functionele beperkingen	Depressie	Angst	Cognitieve beperking	Niet voldoen aan beweegnorm	Eenzaamheid	Sociale isolatie
	OR (95% BI)	OR (95% BI)	OR (95% BI)	OR (95% BI)	OR (95% BI)	OR (95% BI)	OR (95% BI)	OR (95% BI)
Totaal ^c	1,03 (0,99-1,08)	1,08 (1,02-1,13) **	1,00 (0,96-1,05)	0,97 (0,90-1,05)	0,95 (0,90-0,99) *	1,00 (0,95-1,06)	1,00 (0,93-1,09)	0,97 (0,92-1,02)
Totaal ^d	1,04 (0,99-1,08)	1,09 (1,03-1,14) **	1,01 (0,96-1,06)	0,98 (0,91-1,06)	0,95 (0,91-1,00)	1,00 (0,95-1,06)	0,98 (0,93-1,03)	0,96 (0,92-1,02)
Man ^e	1,05 (0,99-1,13)	1,07 (1,00-1,15)	1,06 (0,98-1,15)	1,10 (0,98-1,23)	0,98 (0,90-1,07)	1,04 (0,96-1,13)	1,01 (0,93-1,09)	0,97 (0,89-1,05)
Vrouw ^e	1,02 (0,97-1,08)	1,10 (1,02-1,18) *	0,98 (0,93-1,05)	0,92 (0,83-1,02)	0,94 (0,88-1,00)	0,98 (0,92-1,05)	0,98 (0,93-1,03)	0,96 (0,90-1,02)

^a Afkortingen: OR= odds ratio; BI= betrouwbaarheidsinterval.

^b * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

^c Gecorrigeerd voor geslacht en leeftijd.

^d Gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd en opleiding in jaren.

^e Gecorrigeerd voor leeftijd en opleiding in jaren.

Tabel 3: Trends in stapelscore (0-8), ouderen zonder problemen en ouderen met multiproblematiek. ^{a-c}

	Stapelscore	Ouderen zonder problemen (Stapelscore=0)	Ouderen met multiproblematiek (Stapelscore≥5)
	B (95% BI)	OR (95% BI)	OR (95% BI)
Totaal ^d	0,005 (-0,031-0,040)	0,85 (0,69-1,04)	0,98 (0,93-1,04)
Totaal ^e	0,010 (-0,025-0,045)	0,84 (0,68-1,04)	0,99 (0,93-1,05)
Man ^f	0,060 (0,004-0,116) *	n.v.t. ^g	1,05 (0,96-1,16)
Vrouw ^f	-0,021 (-0,066-0,023)	0,95 (0,75-1,20)	0,96 (0,89-1,03)

^a Afkortingen: OR= odds ratio; BI= betrouwbaarheidsinterval.

^b Alleen ouderen met volledige data op de acht probleemgebieden zijn geselecteerd voor deze analyses.

^c * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

^d Gecorrigeerd voor geslacht en leeftijd.

^e Gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd en opleiding in jaren.

^f Gecorrigeerd voor leeftijd en opleiding in jaren.

^g Te weinig cases.

Tabel 4: Kenmerken van ouderen met multiproblematiek (stapelscore \geq 5) in 2001/02 en 2011/12. ^{a,b}

Kenmerken ^c	2001/02		2011/12	
	(n=177)		(n=120)	
	Multiproblematiek		Multiproblematiek	
	Nee	Ja	Nee	Ja
	(n=125)	(n=52)	(n=90)	(n=30)
	(70,6%)	(29,4%)	(75%)	(25,0%)
Leeftijd (Gemiddelde (SD))	88,2 (2,4)	88,7 (2,3)	88,4 (2,7)	88,5 (2,3)
Geslacht (% vrouw)	49,6	75,0	62,2	63,3
Opleidingsniveau in jaren (Gemiddelde (SD))	9,1 (3,5)	7,2 (2,9)	9,1 (3,0)	9,0 (2,5)
Met partner (%)	37,6	13,5	41,1	23,3
Mastery (Gemiddelde (SD))	16,3 (2,9)	13,8 (3,3)	16,7 (3,1)	14,1 (2,4)
Omvang sociaal netwerk (Gemiddelde (SD))	13,6 (8,1)	8,9 (5,6)	11,9 (8,3)	10,7 (5,9)
Type woonvorm (%)				
Zelfstandig wonend	90,4	71,2	90,0	73,3
Verzorgingshuis	9,6	26,9	10,0	26,7
Verpleeghuis - somatisch	0,0	0,0	0,0	0,0
Verpleeghuis - psychogeriatrisch	0,0	0,0	0,0	0,0
Ziekenhuis	0,0	0,0	0,0	0,0
Psychiatrisch ziekenhuis	0,0	0,0	0,0	0,0
Klooster	0,0	1,9	0,0	0,0

^a Afkorting: n= aantal respondenten, SD= standaard deviatie.

^b Alleen ouderen met volledige data op de acht probleemgebieden zijn geselecteerd voor deze analyses.

^c Ongewogen.

Tabel 5: Het probleemprofiel van ouderen met en zonder multiproblematiek per LASA-meetmoment. ^{a,b}

	2001/02		2005/06		2008/09		2011/12	
	n=177		n=129		n=122		n=120	
	Multiproblematiek		Multiproblematiek		Multiproblematiek		Multiproblematiek	
	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
	(n=125)	(n=52)	(n=98)	(n=31)	(n=93)	(n=29)	(n=90)	(n=30)
	(70,6%)	(29,4%)	(76,0%)	(24,0%)	(76,2%)	(23,8%)	(75,0%)	(25,0%)
<i>Gewogen ^c</i>								
Stapelscore (0-8)	2,7	5,5	2,7	5,7	2,8	5,5	2,7	5,3
(Gemiddelde (SD))	(1,2)	(0,7)	(1,1)	(0,9)	(1,0)	(0,7)	(1,1)	(0,5)
Afwezigheid problemen (%)	5,8	-	2,0	-	1,1	-	2,2	-
Multimorbiditeit (%)	60,7	90,9	66,3	90,3	75,3	89,7	68,9	96,7
Ernstige functionele problemen (%)	53,3	90,9	58,2	93,5	66,7	96,6	60,4	90,0
Depressie (%)	9,8	63,0	8,2	64,5	5,4	72,4	10,0	62,1
Angst (%)	4,1	30,9	3,1	35,5	1,1	27,6	4,4	36,7
Cognitieve beperking (%)	9,8	54,5	17,3	45,2	18,3	31,0	11,1	30,0
Voldoet niet aan beweegnorm (%)	63,6	81,8	53,1	90,3	62,4	89,7	58,9	76,7
Eenzaamheid (%)	41,3	81,8	34,7	87,1	33,3	86,2	33,0	96,7
Sociale isolatie (%)	27,0	51,9	25,5	58,1	18,3	58,6	23,1	43,3

^a Afkorting: n= aantal respondenten, SD= standaard deviatie.

^b Alleen ouderen met volledige data op de acht probleemgebieden zijn geselecteerd voor deze analyse.

^c Gewogen naar leeftijd en geslacht in 2008/09.

Tabel 6: Trends in stapelscore (0-5), ouderen zonder problemen en ouderen met problemen op alle vijf geselecteerde aspecten van functioneren. ^{a-c.}

	Stapelscore	Ouderen zonder problemen (Stapelscore=0)	Ouderen met problemen op alle vijf geselecteerde aspecten van functioneren (Stapelscore=5)
	B (95% BI)	OR (95% BI)	OR (95% BI)
Totaal ^d	0,005 (-0,021-0,031)	1,00 (0,92-1,07)	0,80 (0,68-0,93) **
Totaal ^e	0,008 (-0,017-0,034)	0,99 (0,92-1,07)	0,79 (0,66-0,94) **
Man ^f	0,034 (-0,010-0,077)	0,99 (0,90-1,09)	0,62 (0,50-0,77) ***
Vrouw ^f	-0,005 (-0,036-0,027)	1,00 (0,88-1,13)	0,81 (0,70-0,98) *

^a Afkortingen: OR= odds ratio; BI= betrouwbaarheidsinterval.

^b * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

^c De vijf geselecteerde aspecten van functioneren zijn: ernstige functionele beperkingen, depressie, angst, cognitieve beperking en eenzaamheid.

Alleen ouderen met volledige data op deze vijf probleemgebieden zijn geselecteerd voor deze analyses.

^d Gecorrigeerd voor geslacht en leeftijd.

^e Gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd en opleiding in jaren.

^f Gecorrigeerd voor leeftijd en opleiding in jaren.