

Werkcapaciteit na de 65?

Trends over 23 jaar in lichamelijk en cognitief gezonde en ongezonde levensverwachting van 65-74-jarigen in Nederland

SAMENVATTING

In verband met de veroudering van de bevolking en de noodzaak om de pensioenkosten te beperken, laten veel westerse landen de officiële pensioenleeftijd even snel stijgen als de levensverwachting (LVW) vanaf de leeftijd van 65 jaar. Een onbeantwoorde vraag is of de LVW vanaf 65 jaar in goede gezondheid even snel stijgt als de totale LVW. Op basis van gegevens van de nationaal representatieve Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) beschrijft dit artikel over de periode 1993–2016 Nederlandse trends in lichamelijk en cognitief (on)gezonde LVW, voor een leeftijdsgroep die relevant is voor de toekomstige stijging van de officiële pensioenleeftijd, dat wil zeggen 65–74 jaar.

De totale partiële LVW tussen de leeftijden 65 en 74 steeg voor mannen van 8,7 naar 9,3 jaar en voor vrouwen van 9,3 naar 9,5 jaar. De partiële LVW met lichte lichamelijke gezondheidsproblemen nam toe: voor mannen van 3,3 naar 5,4 jaar en voor vrouwen van 4,0 naar 5,5 jaar. De partiële LVW met ernstige lichamelijke gezondheidsproblemen bleef stabiel, voor mannen op 0,6 jaar en voor vrouwen op 1,3 jaar. Intussen steeg de partiële LVW in goede cognitieve gezondheid voor mannen van 7,3 naar 8,4 jaar en voor vrouwen van 7,8 naar 8,7 jaar. Een afname in lichamelijk gezonde levensjaren gaat dus vergezeld van een toename in cognitief gezonde levensjaren.

ACHTERGROND EN DOEL VAN HET ONDERZOEK

De Nederlandse overheid beoogt de AOW-leeftijd vanaf het jaar 2022 te laten stijgen parallel aan de verwachte stijging van de levensverwachting (LVW) vanaf de leeftijd van 65 jaar. Opeenvolgende generaties van oudere werknemers worden aldus gestimuleerd om langer door te werken. Het is intussen welbekend dat op bevolkingsniveau de gezondheid achteruit gaat bij het ouder worden. Ter illustratie: op 55-jarige leeftijd heeft 41% van de bevolking al minstens één chronische ziekte, terwijl 14% twee of meer chronische ziekten heeft. Op 65-jarige leeftijd zijn deze prevalenties al opgelopen tot 66% respectievelijk 27%.¹ Bij verhoging van de AOW-leeftijd zal dus de meerderheid van de oudere werknemers kampen met chronische ziekte, en drie op de tien oudere werknemers zullen te maken hebben met complexe gezondheidsproblemen doordat zij twee of meer ziekten hebben. Dat wil zeggen, tenzij de gezondheid in deze leeftijdsgroep in de nabije toekomst toeneemt. Deze toename zou dan gelijk op moeten gaan met de toename van de levensverwachting.

ZIJN DE GEWONNEN JAREN GEZONDE OF ONGEZONDE JAREN?

Het is echter een open vraag of de verwachte stijging van de levensverwachting samengaat met een even sterke stijging van het aantal jaren in goede gezondheid. Zijn de gewonnen jaren gezonde of ongezonde jaren? Is het antwoord anders voor lichte en ernstige gezondheidsproblemen? Is het antwoord anders voor lichamelijke en cognitieve gezondheid? Het hier beschreven onderzoek betreft de ontwikkeling van lichamelijk en cognitief gezonde levensverwachting over 23 jaar, namelijk over de periode van 1993 tot 2016. Wij richten ons op de leeftijdsgroep van 65–74 jaar, omdat de verhoging van de AOW-leeftijd deze leeftijdsgroep betreft. De levensverwachting die wij onderzoeken is dan ook in feite de partiële levensverwachting tussen 65 en 74, waarbij de maximum te bereiken levensverwachting 10 jaar is.

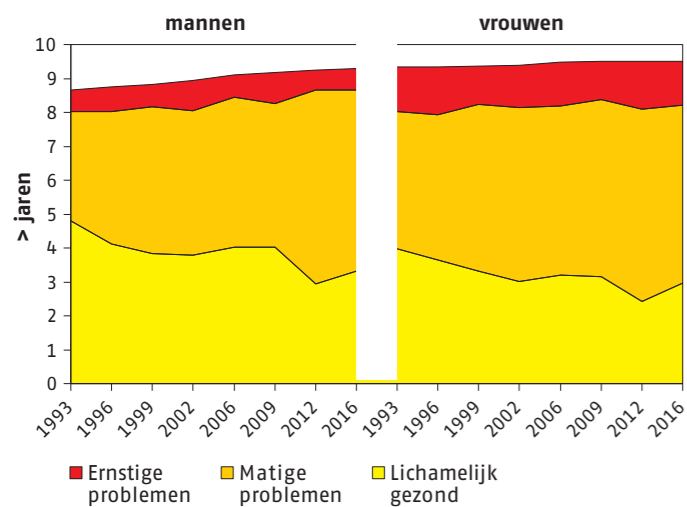
GEBRUIKTE GEGEVENS

Wij gebruiken gegevens van de Longitudinal Aging Study Amsterdam, die is gebaseerd op voor Nederland representatieve steekproeven, met driejaarlijkse gegevens over lichamelijke en cognitieve gezondheid.² Door lichamelijk en cognitief gezonde levensverwachting in combinatie te onderzoeken bestrijken wij het volledige spectrum van gezondheid dat relevant is voor langer doorwerken.

In onze maat voor gezondheid nemen we zowel chronische ziekten als functionele beperkingen mee. Chronische ziekten zijn onder meer: longziekten, hartziekten, perifere vaatlijden, beroerte, diabetes, kanker en gewrichtsaandoeningen. Onder lichte functionele beperkingen verstaan moeite hebben met minstens één van zes dagelijkse activiteiten, namelijk traplopen, 5 minuten buiten lopen, zich aan- en uitkleden, gaan zitten en opstaan uit een stoel, teennagels knippen, en eigen of openbaar vervoer gebruiken. Onder ernstige beperkingen verstaan we hulp nodig hebben bij minstens één van die zes activiteiten.

Prof. dr. D.J.H. Deeg is hoogleraar aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Deeg promoveerde in 1989 aan de Erasmus Universiteit Rotterdam op *The feasibility of predicting longevity in the elderly: conceptual and empirical aspects*. In 2001 werd ze hoogleraar Epidemiologie van de veroudering en ze werd vooral bekend als directeur (sinds 1991) van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). Voor dit laatste ontving ze in 2009 de Federaprijs. Aan dit laatste longitudinale onderzoek zijn in de loop der tijd meer dan 600 publicaties ontleend. In mei 2015 ging zij gedeeltelijk met emeritaat en werd er een congres gewijd aan de Longitudinal Aging Study Amsterdam.

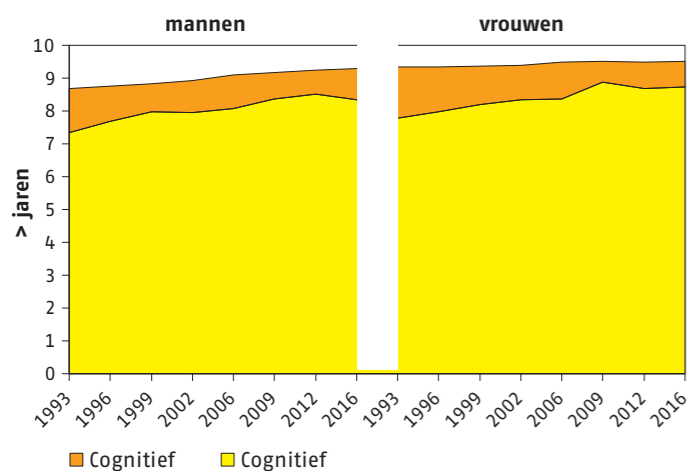




Figuur 1. Trend in partiële levensverwachting voor mannen en vrouwen in de leeftijd 65-74 jaar: jaren in goede lichamelijke gezondheid, met matige lichamelijke gezondheidsproblemen en met ernstige problemen*

* Lichamelijk gezond = hoogstens 1 ziekte + geen beperkingen
 Matige lichamelijke gezondheidsproblemen = 2 of meer ziekten en/of 1 of meer (lichte) beperkingen
 Ernstige lichamelijke gezondheidsproblemen = 2 of meer ziekten + ernstige beperkingen

Bron: Longitudinal Aging Study Amsterdam.



Figuur 2. Trend in partiële levensverwachting voor mannen en vrouwen in de leeftijd 65-74 jaar: jaren in goede en beperkte cognitieve gezondheid*

* Cognitief gezond = MiniMental State Examination >= 26
 Cognitief beperkt = MiniMental State Examination < 26

Bron: Longitudinal Aging Study Amsterdam.

Wij onderscheiden drie lichamelijke gezondheidstoestanden:

- 1) Lichamelijk gezond: hoogstens één ziekte en geen beperkingen;
- 2) Matige lichamelijke gezondheidsproblemen: twee of meer ziekten en/of één of meer (lichte) beperkingen;
- 3) Ernstige lichamelijke gezondheidsproblemen: twee of meer ziekten en ernstige beperkingen.

Een veelgebruikte test voor cognitieve beperkingen is de MiniMental State Examination (MMSE). Deze meet de cognitieve functies geheugen, aandacht, oriëntatie, taal en praxis. De test scores lopen van 0 (alles fout) tot 30 (alles goed). Wij onderscheiden twee cognitieve gezondheidstoestanden: 1) Goede cognitieve gezondheid: een score van 26 of hoger; 2) Cognitieve beperkingen: een score van 25 of lager.

Voor de partiële levensverwachting maken wij gebruik van de CBS-overlevingstafels voor de Nederlandse bevolking. De partiële gezonde en ongezonde levensverwachting verkrijgen wij door de leeftijds- en

sekspecifieke overlevingskansen uit de overlevingstafel te vermenigvuldigen met de prevalentie van goede respectievelijk slechte gezondheid uit LASA.³

RESULTATEN

Tussen 1993 en 2016 steeg de totale partiële levensverwachting van 8,7 naar 9,3 jaar voor mannen en van 9,3 naar 9,5 jaar voor vrouwen (figuur 1). Voor vrouwen is goed te zien dat zij bijna aan het plafond zitten van de maximaal haalbare partiële levensverwachting.

De partiële levensverwachting in goede lichamelijke gezondheid laat daarentegen geen toename, maar een niet verwaarloosbare afname zien. Voor mannen bedroeg deze afname 1,5 jaar, namelijk van 4,8 naar 3,3 jaar. Voor vrouwen bedroeg deze 1,3 jaar, namelijk van 4,0 naar 2,7 jaar. Tegelijkertijd steeg de partiële levensverwachting met matige gezondheidsproblemen van 3,3 naar 5,4 jaar voor mannen en van 4,0 naar 5,5 jaar. De partiële levensverwachting met ernstige gezondheidsproblemen bleef stabiel op 0,6 jaar voor mannen en 1,3 jaar voor vrouwen. De toename in de totale partiële levensverwachting gaat dus samen met extra tijd die wordt doorgebracht met matige gezondheidsproblemen.

Voor partiële levensverwachting in goede cognitieve gezondheid geldt een duidelijke verbetering. Voor mannen steeg deze van 7,3 naar 8,4 jaar en voor vrouwen van 7,8 naar 8,7 jaar. Voor beide seksen was deze verbetering groter dan de toename in levensverwachting. Aan het eind van de onderzoeksperiode konden mannen nog maar 10 maanden en vrouwen nog maar 9,5 maanden met cognitieve beperkingen verwachten. Deze verbetering was voor het merendeel toe te schrijven aan de toename in het opleidingsniveau.

BESPREKING

Hoe zijn deze resultaten te plaatsen in de internationale literatuur? Uiteraard bestaan er verschillen tussen eerdere studies in de opzet, de gezondheidsmaat, de tijdsperiode en het land. Desondanks komt de gesignaleerde toename in partiële levensverwachting in goede cognitieve gezondheid overeen met wat recent in verschillende andere landen is gevonden.⁴ Wat betreft de partiële levensverwachting in lichamelijke gezondheid laten eerdere studies over het algemeen iets gunstigere resultaten zien dan de onze: weliswaar wordt een toename in levensverwachting met matige gezondheidsproblemen geconstateerd, maar die worden deels gecompenseerd door een afname in levensverwachting met ernstige gezondheidsproblemen. Sommige studies laten een toename in gezonde levensverwachting zien, maar nooit wordt een toename gevonden die sterker was dan de toename in de levensverwachting. De slotsom is dat ook in eerder onderzoek de gezonde levensverwachting geen gelijke trend blijkt te houden met de stijging van de totale levensverwachting.

IN EERDER ONDERZOEK HEEFT DE GEZONDE LEVENSV ERWACHTING GEEN GELIJKE TREND GEHOUDEN MET DE STIJGING VAN DE TOTALE LEVENSV ERWACHTING

Hierbij passen twee opmerkingen. Ten eerste hebben de meeste studies 'gezondheid' gedefinieerd als afwezigheid van functionele beperkingen, ongeacht de aanwezigheid van chronische ziekten. Wij hebben de drempel tussen 'goede' en 'matige' gezondheid lager gelegd. In onze definitie is bij de aanwezigheid van twee of meer chronische ziekten is er sprake van matige gezondheidsproblemen, ongeacht de mate van functionele beperkingen. Ten tweede is er overeenstemming tussen eerdere studies in het signaleren van een stijging van de prevalentie van chronische ziekten en van multimorbiditeit. Deze toename is toe te schrijven aan verbeteringen in de diagnose en behandeling van enkele belangrijke chronische ziekten; met name van hartziekten, diabetes en kanker. Hierdoor kunnen patiënten langer leven met hun ziekte, hoewel die niet kan worden genezen. Een langer leven met ziekte zal op den duur leiden tot beperkingen in het dagelijks functioneren.

IMPLICATIES

Onze resultaten wijzen erop dat een verdere toename van de AOW-leeftijd zal leiden tot grotere aantallen oudere werknemers die matige lichamelijke gezondheidsproblemen hebben ontwikkeld voordat zij hun pensioengerechtigde leeftijd hebben bereikt. De gesignaleerde toename in matig gezonde levensverwachting in de leeftijdsgroep 65-74 jaar kan gevolgen hebben voor het functioneren en het welbevinden van oudere werknemers en kan leiden tot uitval door ziekte. Moeten minder gezonde werknemers stoppen met werken voor hun AOW-leeftijd, dan zal dit gevolgen hebben voor hun pensioenopbouw. Zij zullen dan na hun pensioen minder consumptieve uitgaven doen en hogere gezondheidskosten hebben. Als werknemers de arbeidsmarkt verlaten via een arbeidsongeschiktheidsregeling, zal dit de kosten van deze voorziening opjagen. Om de grote variatie in de groep oudere werknemers recht te doen, zou het goed zijn om het idee van een vaste pensioenleeftijd te verlaten en om geleidelijke pensioenering mogelijk te maken.

Onze resultaten wijzen intussen niet alleen op toekomstige problemen. De arbeidsmarkt zal minder georiënteerd zijn op lichamelijke vaardigheden, terwijl voor steeds meer beroepen cognitieve vaardigheden vereist zijn.⁵ Toch neemt, gemiddeld genomen, ook het cognitieve vermogen af met de leeftijd. Op de werkvloer zou daarmee rekening kunnen worden gehouden door de cognitieve belasting van werktaken te verminderen, bijvoorbeeld door storende afleiding uit de werkomgeving uit te schakelen en door cognitieve training. Ook kan herstel van mentale inspanning worden bevorderd door meer en langere pauzes toe te staan. Intussen blijft een zekere mate van lichamelijke gezondheid noodzakelijk ook al vereist het werk vooral cognitieve vaardigheden. Voor werknemers met lichamelijke gezondheidsproblemen zouden aanpassingen betrekking kunnen hebben op de taken zelf, het gereedschap, het meubilair, of het aantal werkuren. ■

Noot

Dit artikel is een ingekorte bewerking van: Deeg D, van der Noordt M, Hoogendijk E, Comijs H, Huisman M. Employability after age 65? Trends over 23 years in life expectancy in good and in poor physical and cognitive health of 65-74-year-olds in the Netherlands. Netspar Design Paper 96, januari 2018.

Literatuur

1. Vriend, S., Heyma, A., De arbeidsparticipatie van Nederlandse ouderen en hun gezondheid. OVER.WERK Tijdschrift van het Steunpunt Werk (Uitgeverij Acco, België), 2017(1): 54-59.
2. Hoogendijk E.O., Deeg D.J., Poppelaars J., van der Horst M., Broese van Groenou M.I., Comijs H.C., Pasman H.R., van Schoor N.M., Suanet B., Thomése F., van Tilburg T.G., Visser M., Huisman M., The Longitudinal Aging Study Amsterdam: cohort update 2016 and major findings. European Journal of Epidemiology 2016; 31(9): 927-945.
3. Mathers C.D., Robine J-M, How good is Sullivan's method for monitoring changes in population health expectancies? Journal of Epidemiology and Community Health 1997; 51: 80-86.
4. Jagger C., Matthews F.E., Wohland P., Fowweather T., Stephan B.C.M., Robinson L., Arthur A., Brayne C., Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Collaboration. A comparison of health expectancies over two decades in England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. Lancet 2016; 387(10020): 779-786.
5. Gordo L.R., Skirbekk V., Skill demand and the comparative advantage of age: Job tasks and earnings from the 1980s to the 2000s in Germany. Labour Economics 2012; 22: 61-69.



Associate Insurance Linked Investments

Do you want to apply your knowledge of natural catastrophe reinsurance in a unique investment team and on a global scale?

As an associate in the Credit & Insurance Linked (CIL) team you will work with an international group of experienced specialists. Your role will be to actively contribute to quantitative analysis of transactions, the portfolio of investments, and over time to learn more about the other aspects of the investments. There is room to develop into the role of a portfolio manager. You will initially focus on the Insurance Linked Investments mandate. As an associate you'll be challenged to contribute to growing a portfolio of investments with a pure focus on natural catastrophe risk. You'll be part of a professional and enthusiastic team (with currently 7 nationalities) which invests worldwide, managing one of the world's largest mandates in this unique asset class.

Your department
 PGGM is a Dutch pension fund service provider responsible for managing over € 200 billion for different pension funds. PGGM's CIL team falls within the Private Markets division. Credit & Insurance Linked Investments manages about € 9 billion across two unique mandates, Insurance Linked Investments and Credit Risk Sharing.

Your profile
 You have the ambition to develop within this role and the CIL team. You like an intellectual challenge, and you are able to get to the essence of complex matters easily. You have an open personality and strong communication skills, and can write and speak English fluently. Furthermore you have:

- experience (approximately 1-3 years) in the (re)insurance industry;
- a master degree, for example in econometrics or actuarial studies;
- strong analytical skills and you are familiar with quantitative models and databases;

More information
 For more information and to apply, go to:
www.pggm.nl/english/career, and select the vacancy.

We offer

- the possibility to work in an ambitious and highly experienced team;
- the possibility to contribute to a unique mandate that continues to grow in size;
- international focus and continuous developments and innovation;
- a professional working environment with many opportunities to develop yourself.