



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

De kwaliteit van leven van thuiswonende 75-plussers in Nederland

Project Langer Thuis

Working paper

Inhoud

	Samenvatting	4
1.	Bevindingen en beleidsaanbevelingen	6
2.	Kwaliteit van Leven van 75-plussers in Nederland	8
3.	Dimensies van kwaliteit van leven en samenhangende factoren	10
4.	Analyseren van Kwaliteit van Leven	11
5.	Inzicht in de kwaliteit van leven van 75-plussers	15
6.	Factoren die samenhangen met kwaliteit van leven	19
7.	Relevante inzichten voor beleid	26
8.	Bijlagen	30
9.	Referenties	41
	Colofon	42

Samenvatting

Introductie

Op dit moment zijn er in Nederland 1,4 miljoen 75-plussers waarvan circa 92% thuis woont. Naar verwachting is in 2040 het aantal 75-plussers 2,5 miljoen en het percentage thuiswonenden circa 95%. Dit betekent dat in ongeveer twintig jaar er ruim 1 miljoen thuiswonende 75-plussers bijkomen. Doorgaans wordt verondersteld dat de 75-plussers die langer thuis kunnen blijven wonen in de vertrouwde omgeving, een betere kwaliteit van leven (KvL) ervaart. Bij een potentiële kwetsbare groep kan de Kwaliteit van Leven onder druk komen te staan. Het is door de grote groei van het aantal ouderen noodzakelijk om te kijken hoe de Kwaliteit van Leven wordt beïnvloed. Middels het identificeren van verschillende factoren kan via beleidsvoering worden ingezet op het vergroten van de ervaren Kwaliteit van Leven onder thuiswonende ouderen.

Methode

Kwaliteit van Leven is een overkoepelend concept dat bestaat uit meerdere dimensies: gezondheid, regie, sociale relaties en welvaart. De doelstelling van dit onderzoek is om de factoren die samenhangen met de dimensies van de Kwaliteit van Leven in beeld te brengen. Met dit onderzoek wordt inzicht verkregen in de relatie tussen de verschillende dimensies van Kwaliteit van Leven (gezondheid, regie, sociale relaties en welvaart) en verscheidene demografische-, sociale-, zorg-, en mobiliteitsfactoren onder thuiswonende 75-plussers in Nederland.

Dit onderzoek betreft een transversaal cross-sectioneel onderzoek, waarbij gebruik is gemaakt van CBS data uit 2016. In deze dataset zijn alle 75-plussers die thuis wonen (N=1.251.139) gecombineerd met data uit de Gezondheidsmonitor 2016 (N=88.000). De peildatum van het bestand is 2016. Voor de statistische analyse is gebruikt gemaakt van lineaire regressie met een backward selection procedure.

Resultaten

Kwaliteit van Leven is in vier verschillende modellen geanalyseerd: Gezondheid, Regie, Sociale Relaties en Welvaart. Uit deze modellen blijkt dat het grootste deel van de 75+ers voldoende tot goede kwaliteit van leven ervaart. Wanneer de dimensiescores worden opgesplitst in goed- en slecht-scorende klassen, blijkt dat circa 60% van de populatie niet voorkomt in een laagste klasse. De kans dat ouderen dat in een laagste klasse valt, neemt toe met leeftijd. Daarnaast houden leefstijlfactoren en leeftijd sterk verband met de kwaliteit van leven in de verschillende dimensies. De ervaren gezondheid neemt af met de jaren, is lager onder de groep ouderen die een groot beroep doen op zorg en mantelzorg, en hangt sterk samen met leefstijlfactoren zoals roken (-), bewegen (+) en zowel onder- als overgewicht (beide -). De ervaren regie is groter bij meerpersoonshuishoudens, wordt eveneens lager bij het ouder worden, maar hangt opvallend genoeg niet sterk samen met inkomen en vermogen. Het hebben van een wlz-indicatie of het gebruikmaken van een maatwerkarrangement hangt negatief samen met de dimensie sociale relaties. De ervaren welvaart hangt sterk samen met leeftijd en met het hebben van een koopwoning.

Discussie

Kwaliteit van leven wordt bepaald door een grote verscheidenheid aan factoren. Een hogere leeftijd heeft op veel dimensies van de kwaliteit van leven impact. Uit de verschillende modellen blijkt dat er niet één aspect is dat alle dimensies drastisch kan beïnvloeden. Aanvullend onderzoek naar specifieke kwetsbare subgroepen kan worden uitgevoerd. Aanvullende statistische analyses kunnen worden gebruikt om meer overtuigend causaliteit aan te tonen.

Conclusies

Het overgrote deel van de thuiswonende 75-plussers in Nederland ervaart hun kwaliteit van leven voldoende. De gezondheidsmonitor kan met name goed worden gebruikt voor het inschatten van de ervaren gezondheid, maar minder voor de andere dimensies. Aanvullende data is essentieel in vervolgonderzoek naar ervaren gezondheid.

1. Bevindingen en beleidsaanbevelingen

Conclusies van dit onderzoek

Op dit moment zijn er in Nederland 1,4 miljoen 75-plussers waarvan circa 92% thuis woont. Naar verwachting is in 2040 het aantal 75-plussers 2,5 miljoen en het percentage thuiswonenden circa 95%. Dit betekent dat in ongeveer twintig jaar er ruim 1 miljoen thuiswonende 75-plussers bijkomen.

Met dit onderzoek wordt inzicht verkregen in welke factoren effect hebben op Kwaliteit van Leven (KvL) van thuiswonende 75-plussers in Nederland in 2016. Er wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende dimensies van Kwaliteit van Leven: Gezondheid, Regie, Sociale Relaties en Welvaart. Met deze dimensies samen kan in beeld worden gebracht hoe het met de ouderen in Nederland gaat.

Kwaliteit van leven wordt bepaald door een grote verscheidenheid aan factoren. Een hogere leeftijd heeft op veel dimensies van de kwaliteit van leven impact. Uit de verschillende modellen blijkt dat er niet één aspect is dat alle dimensies drastisch kan beïnvloeden. Leefstijlfactoren en leeftijd houden verband met de verschillende dimensies. Bij regie geldt dat inkomen en vermogen niet heel bepalend is. Het hebben van een vaste partner is meest bepalend voor de dimensie sociale relaties. Rondkomen is het meest afhankelijk van inkomen en vermogen.

Beleid kan bijdragen aan deze ervaren gezondheid, regie en sociale relaties van thuiswonende 75-plussers te verbeteren. Daarnaast is het van belang om bepaalde kwetsbare groepen binnen deze populatie in de gaten te houden, omdat hun Kwaliteit van Leven in het geding kan komen. Veel van de gevonden relaties waren niet nieuw, maar het is waardevol om te benadrukken hoe groot de impact kan zijn van verschillende factoren op de kwaliteit van leven.

Inzichten in de ervaren Kwaliteit van Leven kunnen leiden tot een effectiever beleid

Het overgrote deel (60%) van de thuiswonende 75-plussers in Nederland ervaart hun kwaliteit van leven vaak goed

De thuiswonende ouderen in Nederland ervaren hun Kwaliteit van Leven over het algemeen goed. In totaal valt circa 60% van de populatie nooit in een van de laagste percentielen van de verschillende dimensies van Kwaliteit van Leven: ervaren gezondheid, regie, sociale relaties en welvaart. Het gedeelte ouderen dat hun Kwaliteit van Leven slecht ervaart, scoort vaak slecht op slechts één van de vier dimensies. Maar een heel klein gedeelte van de ouderen scoort hun ervaren Kwaliteit van Leven slecht op meerdere dimensies.

Een grote verscheidenheid aan factoren beïnvloedt de kwaliteit van leven

Veel uitlopende factoren hebben invloed op de ervaren Kwaliteit van Leven. Naarmate men verouderd, gaat de ervaren gezondheid, regie en sociale relaties achteruit. Ouderen doen naarmate zij ouder worden meer beroep op zorgfaciliteiten en maatschappelijke ondersteuning. Daarentegen, met leeftijd neemt de ervaren welvaart juist toe, dus hoe ouder, hoe meer welvaart een 75-plusser ervaart.

Wanneer mensen gezonder leven in de jongere jaren, kunnen hier waarschijnlijk later de vruchten van geplukt worden. Leefstijl blijkt een belangrijke factor voor zowel de ervaren gezondheid als ervaren regie op het leven van thuiswonende ouderen. Onder een gezonde leeftijd wordt onder andere verstaan: een gezond gewicht (geen onder- of overgewicht), voldoen aan de dagelijkse bewegingsrichtlijnen, niet roken en matig alcoholgebruik.

De gezondheidsmonitor kan met name goed worden gebruikt voor het inschatten van de ervaren gezondheid, maar minder voor de andere dimensies

Uit de modellen blijkt dat de data afkomstig uit de Gezondheidsmonitor met name goed kan worden ingezet voor het analyseren van de ervaren gezondheid (bestaande uit fysieke beperkingen en ervaren gezondheid) van de thuiswonende 75-plussers.

Gezondheid associeert negatief met het hebben van een wlz-indicatie en/of het gebruikmaken van een maatwerkarrangement. Daarnaast scoren ouderen met ondergewicht of obesitas en rokers significant lager. Naarmate men ouder wordt gaat de score op Gezondheid achteruit. Uit het model blijkt dat vrouwen significant beter scoren op Gezondheid dan mannen, en ouderen die voldoen aan de bewegingsrichtlijn beter dan ouderen die dat niet doen.

Voor ervaren Regie zijn er weinig relevante factoren opgenomen in het onderzoek, blijkt uit de verklarende kracht van het model (19%). Het bezit en behoud van het autorijbewijs en het hebben van een voertuig is voor de ervaren regie van ouderen wel belangrijk. Het maakt dat niet heel veel uit hoe ver zij jaarlijks met deze auto rijden. Daarnaast associeert het hebben van een vaste partner positief met de dimensiescore regie. Opvallend is dat uit dit onderzoek geen sterk verband is gevonden tussen ervaren regie en inkomen en vermogen. De veronderstelling is doorgaans toch dat huishoudens met meer inkomen en vermogen, meer financiële mogelijkheden hebben om de eigen regie te voeren. Dit is op basis van dit onderzoek echter niet naar voren gekomen. Mogelijk spelen andere factoren wel een grotere rol zoals psychosociale factoren, die niet bij dit onderzoek meegenomen zijn. Regie op eigen leven is echter in de literatuur wel een belangrijke dimensie van de Kwaliteit van Leven; daarom zou het in vervolgonderzoek waardevol zijn om naar aanvullende factoren te kijken.

De dimensiescore op ervaren Sociale Relaties is met name afhankelijk van het wel of niet gebruikmaken van een maatwerkarrangement. Dit is de grootste factor voor het goed of niet goed scoren op deze dimensie. Daarnaast scoren vrouwen significant lager op deze dimensie dan mannen (een ruime punt op een schaal van 0-10). Het aantal kinderen en kleinkinderen dat thuiswonende 75-plussers hebben, draagt bij aan de score voor ervaren sociale relaties. Het omgekeerde geldt ook; mensen die weinig familie om zich heen hebben leveren fors in op de sociale dimensie. De gemeten emotionele en sociale eenzaamheid zoals samengesteld in de dimensiescore en uitgevraagd in de Gezondheidsmonitor heeft weinig toegevoegd aan het model. Het is opvallend dat er weinig andere factoren van invloed zijn.

De ervaren Welvaart van 75-plussers is met name afhankelijk van de soort woning (koop- of huurwoning). Bezit van een eigen koopwoning zorgt voor een stijging van ervaren welvaart (de mate waarin iemand kan rondkomen) met 2,4 ten opzichte van het huren van een woning. Daarnaast houden veel verschillende leefstijlfactoren negatief verband met ervaren welvaart: vroegere en huidige rokers, en ouderen met over- of ondergewicht scoren lager.

Aanvullende data is essentieel in vervolgonderzoek naar ervaren gezondheid

Uit het model van ervaren Gezondheid blijkt dat na een curatieve behandeling de ervaren gezondheid vooruit gaat. Echter, mogelijke verklaringen hiervoor zijn op basis van de huidige data onmogelijk. De kosten data afkomstig uit Vektis die is gebruikt is hiervoor ongeschikt. Daarnaast maakt de huidige data niet inzichtelijk in hoeverre er sprake is van multimorbiditeit, type en aantal behandelingen per persoon, revalidatie en zorgwaarte.

2. Kwaliteit van Leven van 75-plussers in Nederland

Inleiding

Met dit onderzoek wordt inzicht verkregen in de relatie tussen de verschillende dimensies van Kwaliteit van Leven (gezondheid, regie, sociale relaties en welvaart) en verscheidene demografische-, sociale-, zorg-, en mobiliteitsfactoren onder thuiswonende 75-plussers in Nederland.

De doelstelling van dit onderzoek is om verschillende factoren die samenhangen met de dimensies van de Kwaliteit van Leven in beeld te brengen. De onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt:

Hoe hangen verschillende demografische, sociale, zorg-, leefstijl-, EN mobiliteitsfactoren samen met de dimensies van de ervaren kwaliteit van leven?

Het aantal thuiswonende ouderen zal aankomende jaren toenemen

Op dit moment zijn er in Nederland 1,4 miljoen 75-plussers waarvan circa 92% thuis woont. Naar verwachting is in 2040 het aantal 75-plussers 2,5 miljoen en het percentage thuiswonenden circa 95%. Dit betekent dat in ongeveer twintig jaar er ruim 1 miljoen thuiswonende 75-plussers bijkomen.¹

Doorgaans wordt verondersteld dat de 75-plussers die langer thuis kunnen blijven wonen in de vertrouwde omgeving, een betere kwaliteit van leven (KvL) ervaart. Uit de literatuur blijken verschillende kenmerken die bijdragen aan een betere Kwaliteit van Leven. Functionele mobiliteit en onafhankelijkheid bij thuiswonende ouderen is slechter dan bij intramuraal-wonende ouderen², terwijl intramuraal-wonende ouderen doorgaans meer depressie en een lagere Kwaliteit van Leven ervaren.¹ Ook het hebben van een partner die thuis woont blijkt belangrijk voor de Kwaliteit van Leven van ouderen.ⁱⁱ Uit een kwalitatief onderzoek van Wilhelmson et. Al (2005) blijkt dat ouderen hun sociale relaties en gezondheid als meest bepalend bevinden voor hun ervaren kwaliteit van leven.ⁱⁱⁱ Het blijkt ook dat een slechte gezondheid vaak ten grondslag ligt aan een negatieve Kwaliteit van Leven.^{iv}

Tevens blijkt de wens onder ouderen om langer thuis te blijven wonen.^vvi Echter, bij een potentiële kwetsbare groep kan de Kwaliteit van Leven onder druk komen te staan. Zo blijkt uit literatuur dat eenzaamheid kan toenemen^{vii}, gezondheid kan achteruitgaan^{viii} en/of financiële kwetsbaarheid kan toenemen. Uit een onderzoek van de gemeente Enschede bleek dat het overgrote deel van de ouderen positief is over de mogelijkheden om langer thuis te wonen, terwijl het andere deel vreest dat “het stimuleren van zelfredzaamheid een synoniem is voor verwaarlozing”.^{ix}

Er zijn echter nog veel meer mogelijke kenmerken die bijdragen aan een betere Kwaliteit van Leven. Het is door de grote groei van het aantal ouderen noodzakelijk om te kijken hoe verschillende dimensies van de Kwaliteit van Leven worden beïnvloed. Middels het identificeren van verschillende factoren kan via beleidsvoering worden ingezet op het vergroten van de ervaren Kwaliteit van Leven onder thuiswonende ouderen.

1 [Woonsituatie 75-plussers, 2018 \(cbs.nl\)](https://www.cbs.nl/nl-nl/woonsituatie-75-plussers-2018)

2 Dit onderzoek is uitgevoerd in Turkije. Als onderdeel van de cultuur blijven ouderen daar vaker wonen bij hun familie (in de studie 88% van de thuiswonende ouderen woonde bij hun familie in), waar zij dagelijks worden ondersteund in het ondernemen van sociale activiteiten.

Vooronderzoek

Als voorbereiding op dit onderzoek heeft het CBS gekeken op welke wijze op basis van de Gezondheidsmonitor de verschillende dimensies van de Kwaliteit van Leven in Beeld gebracht kan worden. In de rapportage van het CBS "*Dimensies kwaliteit van leven en een kwaliteit van leven indicator voor thuiswonende ouderen op basis van de Gezondheidsmonitor*" is gerapporteerd hoe de vragen uit de Gezondheidsmonitor aansluiten bij de bestaande onderzoeken om de verschillende dimensies van de Kwaliteit van Leven in beeld te brengen.

Leeswijzer

Dit rapport heeft de volgende opbouw:

In hoofdstuk 2 wordt het begrippenkader van dit onderzoek toegelicht. In hoofdstuk 3 wordt de methode van het onderzoek beschreven, in hoofdstuk 4 de resultaten van de descriptieve analyse en in hoofdstuk 5 de resultaten van de statistische analyse. In hoofdstuk 6 worden deze resultaten vervolgend geïnterpreteerd en in hoofdstuk 7 worden conclusies en aanbevelingen geformuleerd. Hoofdstuk 8 en 9 vormen de bijlagen en referentielijst.

3. Dimensies van kwaliteit van leven en samenhangende factoren

Begrippenkader

Kwaliteit van leven is een begrip met meerdere dimensies

Onder Kwaliteit van Leven verstaan wij (Felce en Perry, 1995³):

‘Een algeheel welzijn dat bestaat uit objectieve beschrijvingen en subjectieve evaluaties van fysiek, materieel, sociaal, en emotioneel welzijn in combinatie met de omvang van persoonlijke ontwikkeling en doelgerichte activiteiten, gewogen door de persoonlijke waarden.’

Kwaliteit van Leven is een overkoepelend concept dat bestaat uit meerdere dimensies. In het geval van dit onderzoek, wordt uitgegaan van vier verschillende dimensies: gezondheid, regie, sociale relaties en welvaart (zie kader 1 voor definities).³

Uit het onderzoek van Jacqueline van Beuningen (2020)^{xi} blijkt dat gezondheid, regie en materiële welvaart goed in beeld zijn te brengen op basis van de Gezondheidsmonitor en bruikbaar voor onderzoek naar specifieke factoren van kwaliteit van leven. Daarnaast blijkt sociale relaties als belangrijke dimensie naar voren te komen. Tabel 1 geeft een overzicht van onderliggende indicatoren voor elke dimensie.

Kader 1. Dimensies van kwaliteit van leven (ontleend aan Beuningen, 2020)

Ervaren gezondheid

Gezondheid kan worden gezien als de meest fundamentele component van het menselijke vermogen om dingen te doen of te laten. Fysieke en psychische gezondheid beïnvloeden zowel de kwantiteit (levensduur) als de kwaliteit van het leven.

Ervaren regie

Het hebben van regie of controle over de keuzes, draagt in belangrijke mate bij aan het gevoel van onafhankelijkheid en autonomie. Hiermee hangt samen dat men voldoende cognitieve vermogens heeft om regie op het eigen leven te voeren.

Ervaren sociale relaties

Goede en voldoende sociale relaties, zoals een hechte band met familie en vrienden, of het hebben van iemand om persoonlijke zaken mee te bespreken, zorgen voor sociale steun. Het gebrek aan sociale interactie kan sociale isolatie en eenzaamheid tot gevolg hebben (Bellani en D’Ambrosio, 2011). Eenzaamheid onder ouderen is een groot probleem in Nederland.

Ervaren welvaart

Een goede materiële levensstandaard, bijvoorbeeld in de vorm van een vast en voldoende hoog inkomen en vermogen, zorgt ervoor dat mensen zelf in hun levensonderhoud kunnen voorzien. Daardoor hoeven ze zich geen zorgen te maken over hun eerste levensbehoeften, zoals voedsel of een woning, en hebben ze meer keuzevrijheid om de leuke dingen te doen die ze willen doen.

³ Overall waar wij spreken over de dimensies van Kwaliteit van Leven, bedoelen wij de ervaren gezondheid, ervaren regie, ervaren sociale relaties en ervaren welvaart, alhoewel wij soms ‘ervaren’ weglaten voor de leesbaarheid.

4. Analyseren van Kwaliteit van Leven

Methode

Design & Doelstelling

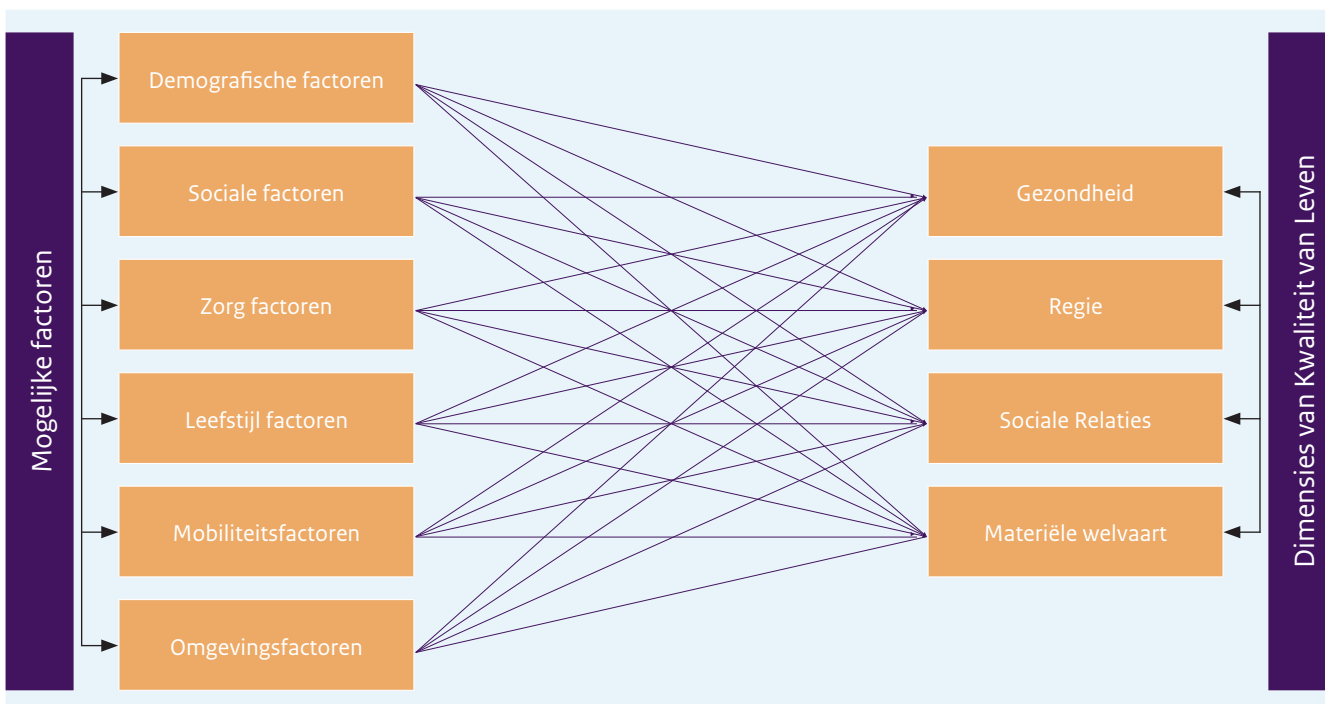
Dit onderzoek betreft een transversaal cross-sectioneel onderzoek⁴, waarbij gebruik is gemaakt van CBS data uit 2016. In deze dataset zijn alle 75-plussers die thuis wonen (N=1.251.139) gecombineerd met data uit de Gezondheidsmonitor 2016 (N=88.000). De peildatum van het bestand is 2016.

De doelstelling van dit onderzoek is om de factoren die samenhangen met de dimensies van de Kwaliteit van Leven in beeld te brengen. De onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt:

Hoe hangen verschillende demografische, sociale, zorg-, leefstijl-, en mobiliteitsfactoren samen met de dimensies van de ervaren kwaliteit van leven?

Daarbij maken we enerzijds onderscheid in 6 soorten factoren: demografische factoren, sociale factoren, zorgfactoren, leefstijlfactoren, en mobiliteitsfactoren. Anderzijds wordt onderscheid gemaakt naar 4 domeinen van ervaren Kwaliteit van Leven - Gezondheid, Regie, Sociale Relaties, Materiële welvaart (zie *Figuur 1*).

Figuur 1: Grafische weergave van het model



⁴ Cross-sectioneel onderzoek is een observationeel type onderzoek (geen interventie in de populatie) waarbij data op één moment in de tijd is gemeten, in dit geval voor het jaar 2016.

Samenstelling van het databestand

Het CBS heeft één analysebestand gemaakt op basis van de GBA gegevens en de Gezondheidsmonitor. De dataset is gebalanceerd. Doordat de Gezondheidsmonitor niet is afgenomen bij alle 75-plussers, zijn de analyses gewogen. Hiervoor konden wij een herweging gebruiken die door het CBS is meegeleverd. Hierdoor zijn de resultaten representatief voor alle thuiswonende 75-plussers in Nederland.

Dimensies van Kwaliteit van Leven

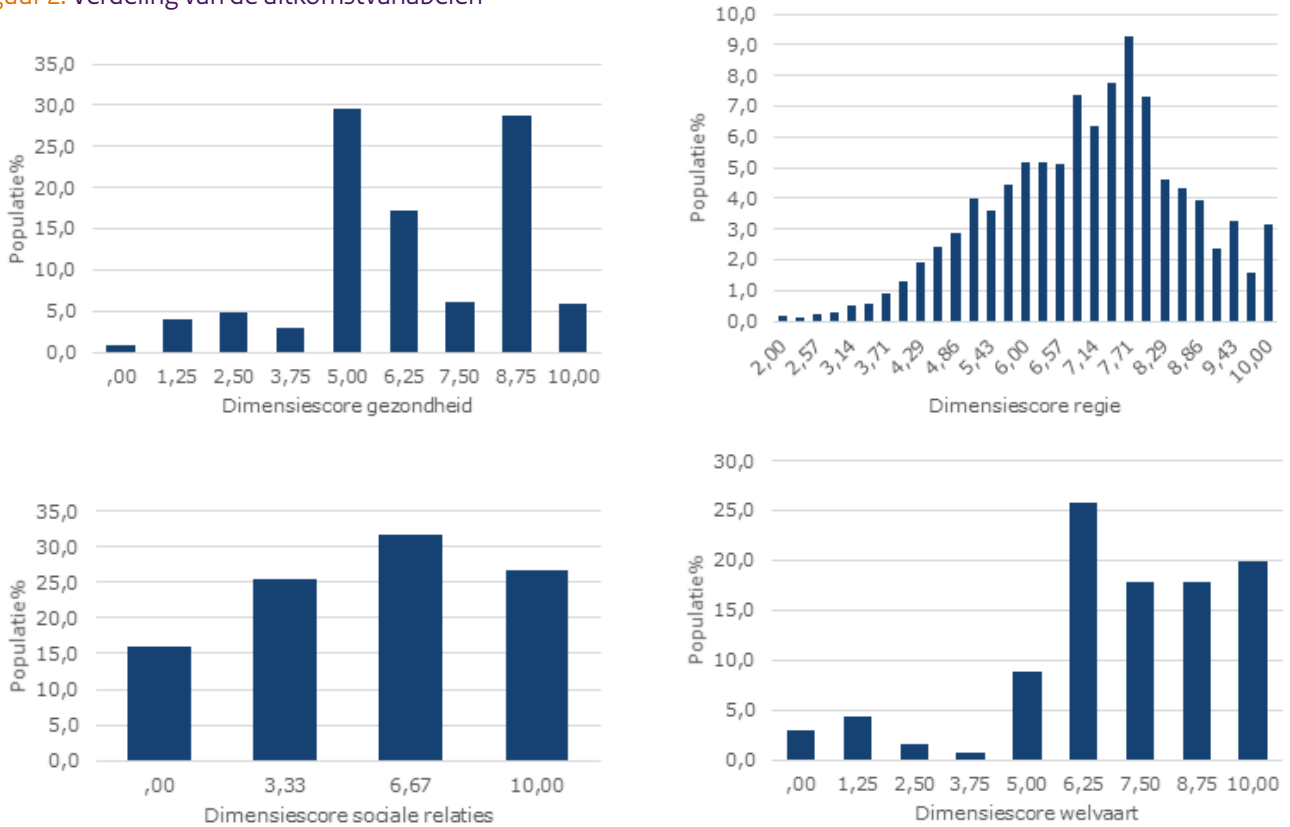
De dimensiescores zijn gemeten door gebruik te maken van de Gezondheidsmonitor. Daarin worden vragen gesteld aan ouderen over hun gezondheid, regie, sociale relaties en welvaart. Voor de dimensie gezondheid is bijvoorbeeld gebruik gemaakt van vragen over de ervaring van de gezondheid en fysieke beperkingen (of men in staat is 400 meter te lopen of gebruik maakt van een gehoorapparaat). De antwoorden op deze vragen zijn door het CBS (zie *Beunningen, 2020^{xi}*) samengevoegd tot een totaalscore voor elke dimensie. Voor een omschrijving van de vragen die worden gesteld en zijn gebruikt verwijzen wij het rapport van J. Beunningen (p. 12, paragraaf 4.2).

Tabel 1: Onderliggende elementen per dimensie van Kwaliteit van Leven

Dimensie	Onderliggend element
Gezondheid	Ervaren gezondheid
	Fysieke beperkingen
Regie	Regie over eigen leven
Dimensie	Onderliggend element
Sociale relaties	Sociale eenzaamheid
	Emotionele eenzaamheid
	Vaste Partner
Welvaart	Welvaart (op basis van register)
	Rondkomen

De variabelen voor de dimensiescores zijn allen normaal verdeeld en zijn indien nodig herschaald naar een schaal van 0-10 (zie *Figuur 2*). De steekproefgrootte (N), gemiddelde (Mean) en standaard deviatie (Std) van de vier dimensies van Kwaliteit van Leven zijn weergegeven in tabel 2.

Figuur 2: Verdeling van de uitkomstvariabelen



Het verloop van deze grafieken is het resultaat van de samenstelling van de dimensiescores uit verschillende vragen uit de Gezondheidsmonitor. Voor de dimensiescore voor gezondheid komen de scores 5,0 en 8,75 het meeste voor, voor regie is dit tussen de 7 en 8, voor sociale relaties komen slechts 4 verschillende waarden voor, en voor welvaart geldt dat ruim 90% van de 75-plussers hun welvaart met meer dan een 5 beoordelen.

Tabel 2: Dimensiescores Kwaliteit van Leven (KvL)

Dimensie KvL	Format	N	Mean	Std
Gezondheid	Interval	91.854	6,393	2,312
Regie	Interval	84.276	7,026	1,573
Sociale relaties	Interval	76.418	5,651	3,443
Materiële welvaart	Interval	64.497	7,072	2,489

Kwaliteit van Leven betreft dus de subjectieve ervaring van thuiswonende 75-plussers. Uit tabel 3 blijkt dat de dimensies beperkt met elkaar samenhangen. De grootste samenhang blijkt tussen de dimensiescores van gezondheid en regie. Dit betekent dat met de verschillende dimensies van de kwaliteit van leven ook echt verschillende elementen worden gemeten.

Tabel 3: Samenhang tussen de dimensiescores van Kwaliteit van Leven

	Gezondheid	Regie	Sociale relaties	Welvaart
Gezondheid	100,0%			
Regie	49,8%	100,0%		
Sociale relaties	24,8%	32,9%	100,0%	
Materiële welvaart	20,6%	20,2%	14,8%	100,0%

Factoren die samen hangen met Kwaliteit van Leven

Er zijn verschillende mogelijke factoren die mogelijk samenhangen met de kwaliteit van leven. De variabelen voor de factoren zijn allen normaal verdeeld en zijn indien nodig getransformeerd naar een schaal van 0-10. Determinanten dienen onafhankelijk van elkaar te zijn voor de betrouwbaarheid van de resultaten van het model. De factoren die met elkaar samenhangen zijn daarom verwijderd. Per model zijn verscheidene factoren gekozen die relevant waren. In figuur 3 is aangegeven welke determinanten per model zijn opgenomen. De factoren bestaan uit meerdere variabelen.

Figuur 3: Overzicht van factoren die mogelijk samenhangen met de kwaliteit van leven

Demografische factoren	Zorg factoren	Sociale factoren	Mobiliteitsfactoren
Leeftijd	Wlz indicatie	Aantal kinderen	Afstand treinstation
Geslacht	Gebruik maatwerk	Afstand tot kinderen	Auto bezit
Opleidingsniveau	Medicijngebruik	Arbeid van kinderen	Rijbewijs
Type huishouden	Mantelzorg ontvangen	Aantal kleinkinderen	Afgelegde km/ jaar
Type woning	Mantelzorg gegeven	Leefstijl factoren	Omgevingsfactoren
Inkomen	Meest frequente behandelend specialisme	Roken	Grijze druk
Vermogen	Zorgkosten MSZ	Bewegingsrichtlijn	
Geboorteland		BMI	
		Alcoholgebruik	

5. Inzicht in de kwaliteit van leven van 75-plussers

Resultaten

In dit hoofdstuk wordt gerapporteerd hoe ouderen hun kwaliteit van leven ervaren, hoe groot de groepen 75-plussers in onze samenleving zijn met een slechte kwaliteit van leven en in hoeverre er samenhang is tussen de verschillende kenmerken van 75-plussers en de dimensies van Kwaliteit van Leven.

Hoe ouderen hun kwaliteit van leven ervaren

In tabel 4 staan de descriptieve gegevens van de onafhankelijke variabelen.

Tabel 4: Descriptieve tabel

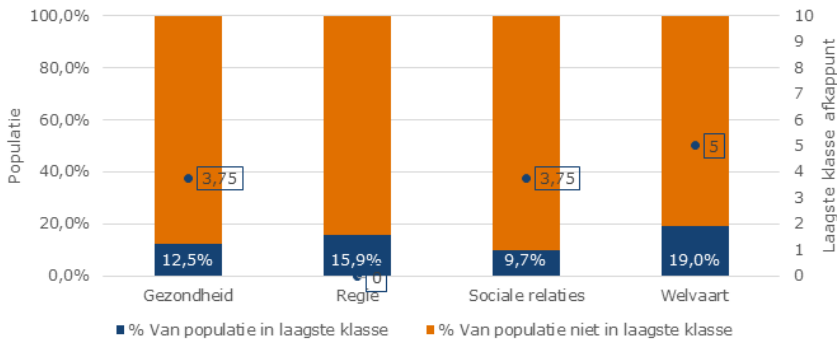
Categorie	Omschrijving variabele [format]	Transformatie	N	Mean	Std
Demografische factoren	<u>Leeftijd</u> [interval]	/10	1.251.139	81	5
	<u>Geslacht</u> [binair]	Geen	1.251.139		
	<u>Opleidingsniveau</u> [categorie]	Geen	86.967		
	<u>Type huishouden</u> [categorie]	Geen	1.251.139		
	<u>Type eigendom</u> [categorie]	Geen	1.228.576		
	<u>Inkomen: Gestandaardiseerd besteedbaar inkomen</u> [interval]	Ln/10	1.251.139	€ 2.461	€ 2.825
	<u>Vermogen van een huishouden excl. waarde woning</u> [interval]	Ln	1.204.572	€ 137.121	€ 6.153.932
	<u>Geboorteland</u> [binair]	Geen	1.251.139		
Sociale factoren	<u>Aantal kinderen: Aantal kinderen</u> [categorie]	Geen	1.251.139		
	<u>Afstand tot kinderen: Gemiddelde afstand tot in NL wonende kinderen (km)</u> [interval]	Ln	1.078.719	25	32
	<u>Kinderen: relatieve arbeidsduur: Gemiddelde arbeidsduur van de 3 meest dichtbij wonende kinderen (%)</u> [interval]	Geen	252.067	83,8	14,0
	<u>Aantal kleinkinderen: Totaal aantal kleinkinderen van de 3 meest dichtbij wonende kinderen</u> [interval]	Geen	444.412	3,1	2,3

Categorie	Omschrijving variabele [format]	Transformatie	N	Mean	Std
Zorgfactoren	<u>Gebruik maatwerk-arrangement</u> : Wel/geen gebruik maatwerkarrangement [binair]	Geen	1.251.139		
	<u>WLZ indicatie</u> : Wel/geen wlz-indicatie [binair]	Geen	1.251.139		
	<u>Medicijngebruik</u> : Aantal gebruikte medicijnen [categorie]	Geen	1.247.442		
	<u>Mantelzorg geven</u> : Aantal uur dat persoon mantelzorg geeft per week [interval]	Ln	10.052	21,7	36,6
	<u>Mantelzorg ontvangen</u> : Aantal uur dat persoon mantelzorg ontvangt per week [interval]	Ln	12.481	18,9	36,0
	<u>Specialisme</u> : MSZ specialisme met hoogste kosten [categorie]	Geen	1.003.116		
	<u>Zorgkosten</u> : Totaalbedrag DBC's in MSZ in 2016 [interval]	Ln	797.091	€ 3.093	€ 23.238
Mobiliteitsfactoren	<u>Voertuig & rijbewijs</u> : Bezit motorvoertuig en rijbewijs [binair]	Geen	1.251.139		
	<u>Afgelegde afstand met auto</u> : Aantal gereden km per jaar [interval]	Ln	513.503	6.590	6.494
	<u>Openbaar vervoer</u> : Afstand tot ov (meters) [interval]	Ln	1.250.664	251	286
Leefstijl factoren	<u>Rookstatus</u> : Wel/geen roker [categorie]	Geen	92.502		
	<u>Gewicht</u> : BMI [categorie]	Geen	87.786		
	<u>Alcoholgebruik</u> : Totaal aantal glazen alcohol per week [interval]	Ln	82.610	5,6	8,0
	<u>Bewegingsrichtlijn</u> : Wel/niet voldoen aan beweegrichtlijn [categorie]	Geen	86.683		

Groepen 75-plussers met slechte Kwaliteit van Leven

Vervolgens is gekeken naar de groepsgrootte van meest-slecht-scorende 75-plussers per dimensie. Hierbij is gekeken naar de mensen die op de verschillende dimensies in circa de percentielen van de klassen viel. Vanwege de gehanteerde uitkomstmaten verschilt per gekozen maatstaf welk deel van de populatie vielen onder de categorie "laagste klasse" in dit onderzoek. Voor gezondheid bestaat de laagste klasse uit 75-plussers met een score kleiner gelijk aan 3,75 (12,52% van de populatie). Voor sociale relaties bestaat de laagste klasse uit 75-plussers met een score 0 is (15,92% van populatie). Voor welvaart bestaat de laagste klasse uit 75-plussers met een score kleiner gelijk 3,75 (9,70% van de populatie). Voor regie bestaat de laagste klasse uit 75-plussers met een score kleiner gelijk 5 (19,04% van de populatie).

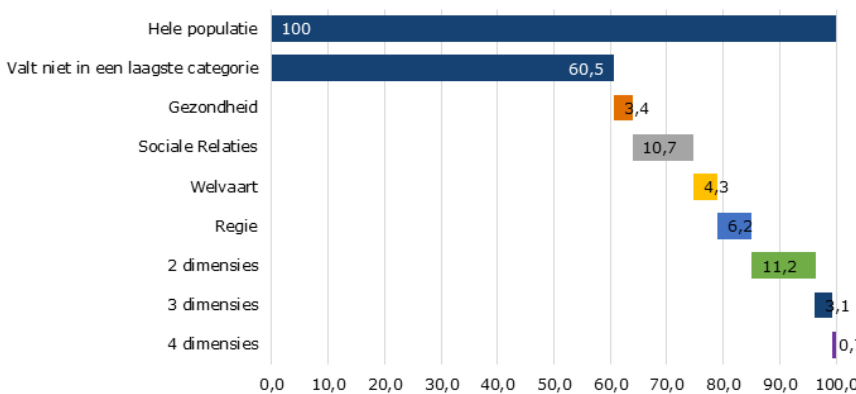
Figuur 4. Percentage 75-plussers in de laagste klassen Kwaliteit van Leven [% van de totale populatie per dimensie]



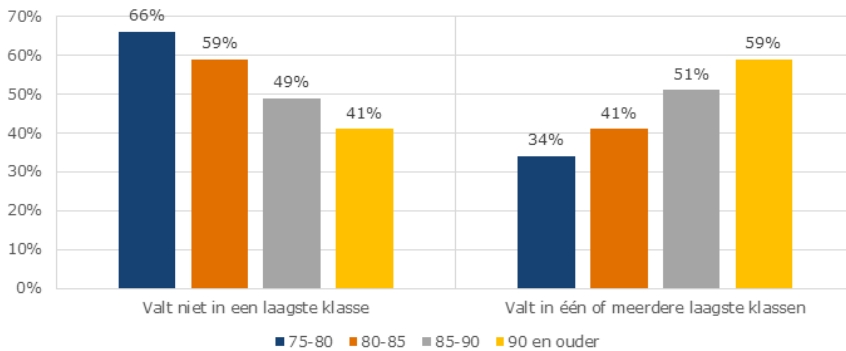
De gepresenteerde uitkomsten zijn dan ook bedoeld om een inzicht te krijgen hoe de verschillende dimensies samenhangen als men kijkt naar op welke mensen worden geconfronteerd met lage scores op verschillende dimensies.

In Figuur 5 staan de percentages 75-plussers in de laagste klassen van Kwaliteit van Leven. In totaal valt circa 60% van de populatie nooit in een van de laagste klassen. Zo'n 11% van de 75-plussers valt in de laagste klasse van sociale relaties. Er is een groep van circa 25% die op één van de dimensies in de laagste klasse vallen. In totaal valt 11% van de 75-plussers in de laagste klassen van een combinatie van twee of meer dimensies. 3% heeft een combinatie van drie dimensies in de laagste categorieën. Circa 1% scoort bij alle dimensies in de onderste klassen.

Figuur 5. Percentage 75-plussers in de laagste klassen Kwaliteit van Leven [% van de totale populatie]



Figuur 6. Percentage 75-plussers in de laagste klassen Kwaliteit van Leven per leeftijdscategorie [% per leeftijdscategorie]



Uit figuur 6 blijkt dat een naarmate de leeftijd toeneemt, het percentage ouderen dat in een slechtste klasse valt groter wordt. Meer mensen krijgen dus op een hogere leeftijd te maken met een slechte score op één of meerdere dimensies. De kans dat een 90-jarige in een slechtste klasse valt is 59%, ten opzichte van 34% voor een 75-jarige.

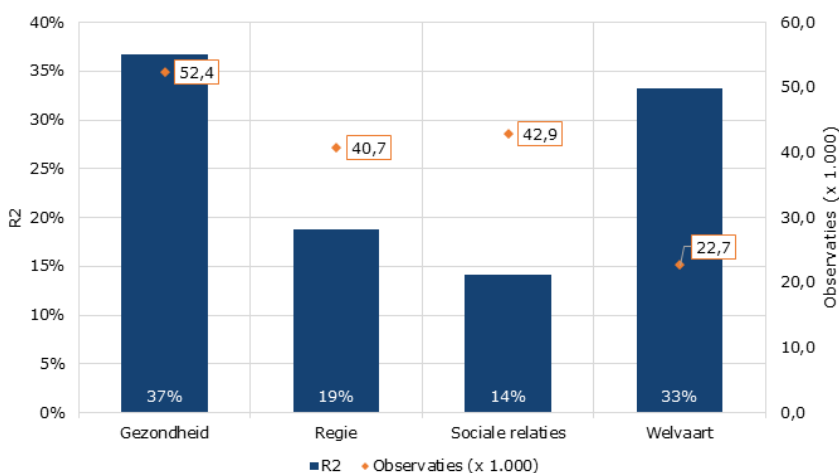
Samenhang tussen factoren en dimensies

Voor de statistische analyse is gebruikt gemaakt van lineaire regressie met een *backward selection* procedure. Dit is een procedure waarbij men begint met een zo groot mogelijk model, waarbij stapsgewijs variabelen uit het model verwijderd worden. Er blijft op die manier een model over waarin alle variabelen een relevante bijdrage leveren aan het voorspellen van de betreffende dimensie van Kwaliteit van Leven. Voor elke dimensie van Kwaliteit van Leven is een separate lineaire regressie uitgevoerd.

Met dergelijke analyses kan de mate van samenhang tussen verschillende variabelen worden geschat. Het lineaire regressiemodel gaat ervanuit dat het verband tussen de determinant en uitkomst rechtlijnig is. Het databestand is gesplitst in een training- en testset van observaties. De analyses zijn gedaan op de trainingsset. Doordat het model is gebaseerd op slechts een selectie van de data kunnen de uitkomsten die volgen uit het model worden gevalideerd op basis van de testset.

De verklarende kracht van de modellen te zien in *figuur 7*. Ervaren welvaart kan goed worden bepaald op basis van 22 factoren ($R^2 = .33$). Rond de 33% van alle verschillen tussen ervaren welvaart kunnen we verklaren met het model. Ervaren gezondheid (38 factoren, $R^2 = 0,37$) kunnen wij ook redelijk goed bepalen. Ervaren sociale relaties (23 factoren, $R^2 = 0,14$) en ervaren regie (31 factoren, $R^2 = 0,19$) kunnen wij slecht verklaren. Mogelijk hangt ervaren regie samen met de wijze waarop je in het leven staat (optimistisch, pessimistisch); dat is een factor die de Gezondheidsmonitor niet meet.

Figuur 7: Verklarende kracht van het model (R^2), aantal observaties



6. Factoren die samenhangen met kwaliteit van leven

Resultaten

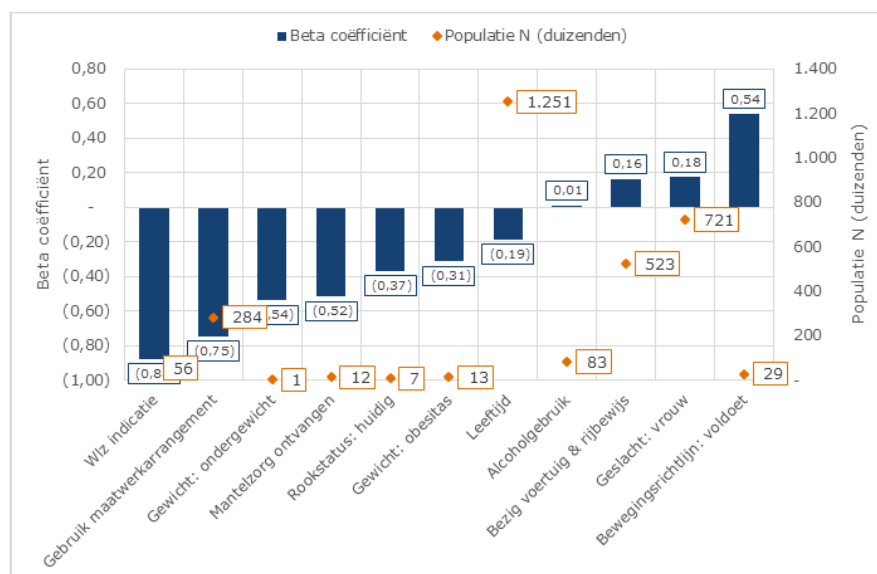
In dit hoofdstuk worden de factoren die samenhangen met Kwaliteit van Leven gerapporteerd en de mate waarin deze factoren samenhangen met Kwaliteit van Leven.

De belangrijkste factoren die samenhangen met de verschillende dimensies van Kwaliteit van Leven zijn leeftijd en leefstijlfactoren, zoals roken, gewicht en bewegen. Ook zorgfactoren zoals wlz indicatie, medicijngebruik, en mantelzorg en mobiliteitsfactoren, zoals het rijden van een auto zijn belangrijk voor sommige dimensies van Kwaliteit van Leven en daarmee ook voor het signaleren van afnemende Kwaliteit van Leven.

Meest belangrijke resultaten voor ervaren gezondheid

In Figuur 8 en Tabel 5 zijn de resultaten van de lineaire regressie voor ervaren Gezondheid weergegeven. Het volledige model is te vinden in bijlage 1. De constante is statistisch significant ($P=0,000$) en heeft een grootte van 8,96. Alle variabelen die zijn opgenomen in het model hebben een significante bijdrage aan het voorspellen van de dimensiescore van ervaren gezondheid. De R^2 van dit model is gelijk aan 37%, en de adjusted R^2 aan 37%.

Figuur 8: Standaard lineaire regressie van de ervaren Gezondheid (selectie van het totale model)



Tabel 5: Standaard lineaire regressie van de ervaren Gezondheid (selectie)

Afhankelijke variabele: Gezondheid	Coef.	Std. Err.	P>t	[95% Conf. Interval]	
Constante	8,96***	0,21	0,000	8,55	9,38
Leeftijd	-0,19***	0,02	0,000	0,24	-0,14
Geslacht: vrouw	0,18***	0,02	0,000	0,13	0,22
WLZ indicatie	-0,88***	0,11	0,000	1,10	-0,66
Mantelzorg ontvangen	-0,52***	0,01	0,000	0,54	-0,49
Gebruik maatwerk-arrangement	-0,75***	0,03	0,000	0,80	-0,69
Voertuig & rijbewijs	0,16***	0,04	0,000	0,08	0,25
Rookstatus: huidig	-0,37***	0,04	0,000	0,45	-0,29
Gewicht: ondergewicht	-0,54***	0,10	0,000	0,74	-0,33
Gewicht: overgewicht	-0,09***	0,02	0,000	0,14	-0,05
Gewicht: obesitas	-0,31***	0,03	0,000	0,38	-0,25
Alcoholgebruik	0,01***	0,00	0,000	0,01	0,01
Bewegingsrichtlijn: voldoet	0,54***	0,02	0,000	0,50	0,58

Noten:***P<0,001; **P<0,01; *P<0,05

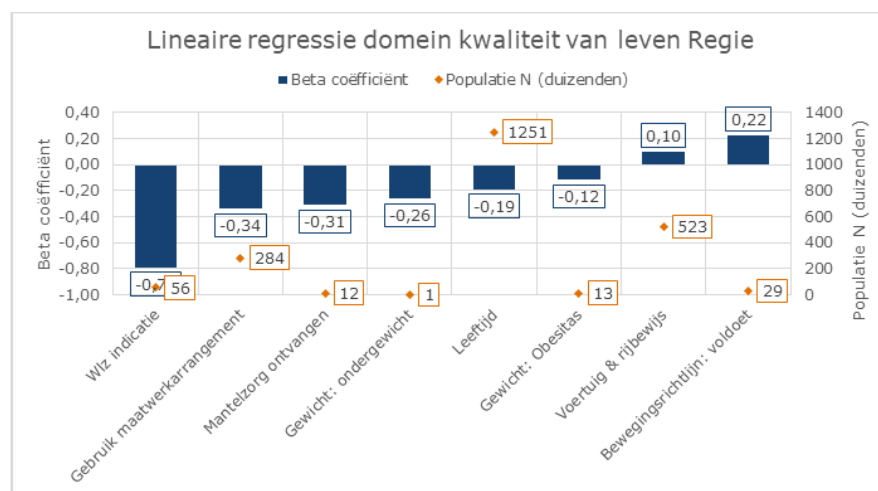
De belangrijkste factoren die samenhangen met ervaren gezondheid zijn:

- socio-demografische factoren **leeftijd** (voor elke 10 jaar dat een 75-plusser ouder wordt, neemt de ervaren gezondheid met 0,19 af) en **geslacht** (wanneer een 75-plusser een vrouw is, is de ervaren gezondheid 0,18 hoger dan wanneer dit een man is);
- de zorgfactoren ontvangen **mantelzorg** (voor elke verdrievoudiging van het aantal uren ontvangen mantelzorg, vermindert de ervaren gezondheid met 0,52), **wlz-indicatie** (wanneer een 75-plusser een WLZ indicatie heeft, is de ervaren gezondheid 0,88 lager dan wanneer de 75-plusser geen WLZ indicatie heeft) en gebruik van **maatwerkarrangement** (wanneer een 75-plusser een maatwerkarrangement gebruikt, is de ervaren gezondheid 0,75 lager dan wanneer de 75-plusser geen maatwerkarrangement gebruikt). Ook de **duurste MSZ behandeling** draagt positief bij aan de ervaren gezondheid;
- de leefstijlfactoren **roken** (wanneer een 75-plusser rookt, is de ervaren gezondheid 0,37 lager dan wanneer de 75-plusser nooit gerookt heeft), **gewicht** (wanneer een 75-plusser ondergewicht heeft, is de ervaren gezondheid 0,54 lager dan wanneer de 75-plusser normaal gewicht heeft; wanneer een 75-plusser overgewicht heeft, is de ervaren gezondheid 0,09 lager dan wanneer de 75-plusser normaal gewicht heeft; wanneer een 75-plusser obesitas heeft, is de ervaren gezondheid 0,31 lager dan wanneer de 75-plusser normaal gewicht heeft), **alcoholgebruik** (voor elke verdrievoudiging van hoeveelheid alcohol die de 75-plusser drinkt, neemt de ervaren gezondheid met 0,01 toe) en **bewegen** (wanneer een 75-plusser voldoet aan de bewegingsrichtlijn, is de ervaren gezondheid 0,54 hoger dan wanneer de 75-plusser niet voldoet aan de bewegingsrichtlijn).

Meest belangrijke resultaten voor ervaren regie

In Figuur 9 en Tabel 6 zijn de resultaten van de lineaire regressie voor ervaren Regie weergegeven. Het volledige model is te vinden in bijlage 2. De constante is statistisch significant (P=0,000) en heeft een grootte van 7,99. Alle variabelen die zijn opgenomen in het model hebben een significante bijdrage aan het voorspellen van de dimensiescore van ervaren regie. De R2 van dit model is gelijk aan 19%, en de adjusted R2 aan 19%.

Figuur 9: Standaard lineaire regressie van de ervaren Regie (selectie van het totale model)



Tabel 6: Standaard lineaire regressie van de ervaren Regie (selectie)

Afhankelijke variabele: Regie	Coef.	Std. Err.	P>t	[95% Conf. Interval]	
Constante	7,99***	0,20	0,000	7,60	8,37
Leeftijd	-0,14***	0,02	0,000	0,18	-0,09
Wlz indicatie	-0,92***	0,09	0,000	-1,10	-0,74
Mantelzorg ontvangen	-0,33***	0,01	0,000	0,35	-0,30
Gebruik maatwerkarrangement	-0,32***	0,03	0,000	0,37	-0,27
Voertuig & rijbewijs	0,17***	0,04	0,000	0,09	0,24
Gewicht: ondergewicht	-0,33***	0,09	0,000	0,50	-0,15
Gewicht: obesitas	-0,09***	0,03	0,000	0,15	-0,04
Bewegingsrichtlijn: voldoet	0,24***	0,02	0,000	0,20	0,28

Noten:***P=<0,001; **P=<0,01; *P=<0,05

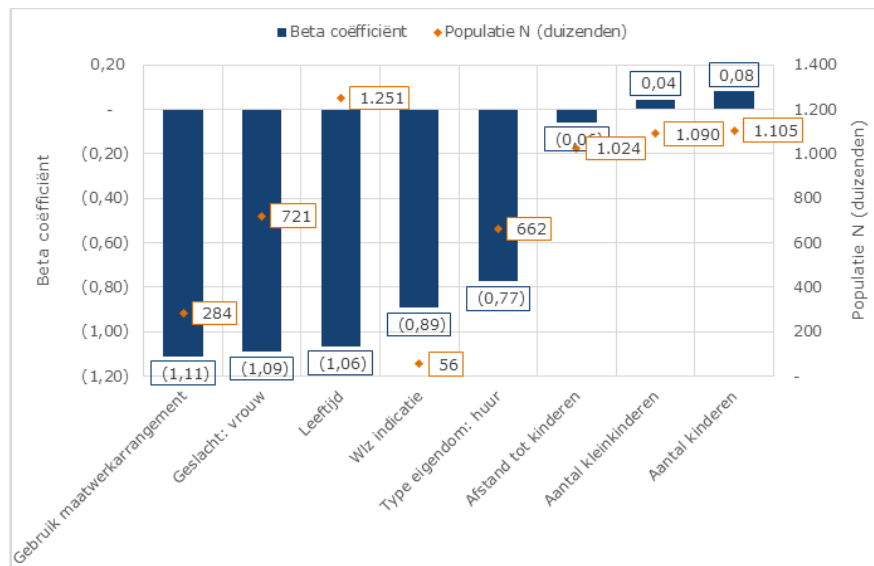
De belangrijkste factoren die samenhangen met ervaren regie zijn:

- de socio-demografische factor **leeftijd** (Voor elke 10 jaar dat een 75-plusser ouder wordt, neemt de ervaren regie met 0,14 af);
- zorgfactoren **ontvangen mantelzorg** (Voor elke verdrievoudiging van het aantal uren ontvangen mantelzorg, neemt de ervaren regie met 0,33 af), **wlz-indicatie** (Wanneer een 75-plusser een WLZ indicatie heeft, is de ervaren regie 0,92 lager dan wanneer de 75-plusser geen WLZ indicatie heeft) en gebruik van **maatwerkarrangement** (Wanneer een 75-plusser een maatwerkarrangement gebruikt, is de ervaren regie 0,32 lager dan wanneer de 75-plusser geen maatwerkarrangement gebruikt);
- de mobiliteitsfactor **bezit voertuig en rijbewijs** (Wanneer een 75-plusser een rijbewijs en voertuig heeft, is de ervaren regie 0,17 hoger dan wanneer de 75-plusser dit niet heeft);
- de leefstijlfactoren **roken** (wanneer een 75-plusser rookt, is de ervaren regie 0,08 lager dan wanneer de 75-plusser nooit gerookt heeft), **gewicht** (wanneer een 75-plusser ondergewicht heeft, is de ervaren regie 0,33 lager dan wanneer de 75-plusser normaal gewicht heeft; Wanneer een 75-plusser obesitas heeft, is de ervaren regie 0,09 lager dan wanneer de 75-plusser normaal gewicht heeft), **alcoholgebruik** (voor elke verdrievoudiging van hoeveelheid alcohol die de 75-plusser drinkt, neemt de ervaren gezondheid met 0,01 toe) en **bewegen** (Wanneer een 75-plusser voldoet aan de bewegingsrichtlijn, is de ervaren regie 0,24 hoger dan wanneer de 75-plusser niet voldoet aan de bewegingsrichtlijn).

Meest belangrijke resultaten voor ervaren sociale relaties

In Figuur 10 en Tabel 7 zijn de resultaten van de lineaire regressie voor ervaren Sociale Relaties weergegeven. Het volledige model is te vinden in bijlage 3. De constante is statistisch significant ($P=0,000$) en heeft een grootte van 14,51. Alle variabelen die zijn opgenomen in het model hebben een significante bijdrage aan het voorspellen van de dimensiescore van ervaren gezondheid. De R^2 van dit model is gelijk aan 14%, en de adjusted R^2 aan 14%.

Figuur 10: Standaard lineaire regressie van de ervaren Sociale Relaties (selectie van het totale model)



Tabel 7: Standaard lineaire regressie van de ervaren Sociale Relaties (selectie)

Afhankelijke variabele: Sociaal	Coef.	Std. Err.	P>t	[95% Conf. Interval]
Constante	14,51***	0,39	0,000	13,74 15,27
Leeftijd	-1,06***	0,05	0,000	-1,15 -0,97
Geslacht: vrouw	-1,09***	0,04	0,000	-1,17 -1,01
Type eigendom: huur	-0,77***	0,05	0,000	-0,87 -0,68
Aantal kinderen	0,08***	0,02	0,001	0,03 0,13
Aantal kleinkinderen	0,04***	0,01	0,001	0,02 0,07
Afstand tot kinderen	-0,06***	0,01	0,000	-0,08 -0,03
Wlz indicatie	-0,89***	0,17	0,000	-1,24 -0,55
Gebruik maatwerkarrangement	-1,11***	0,05	0,000	-1,22 -1,00

Noten:*** $P<0,001$; ** $P<0,01$; * $P<0,05$

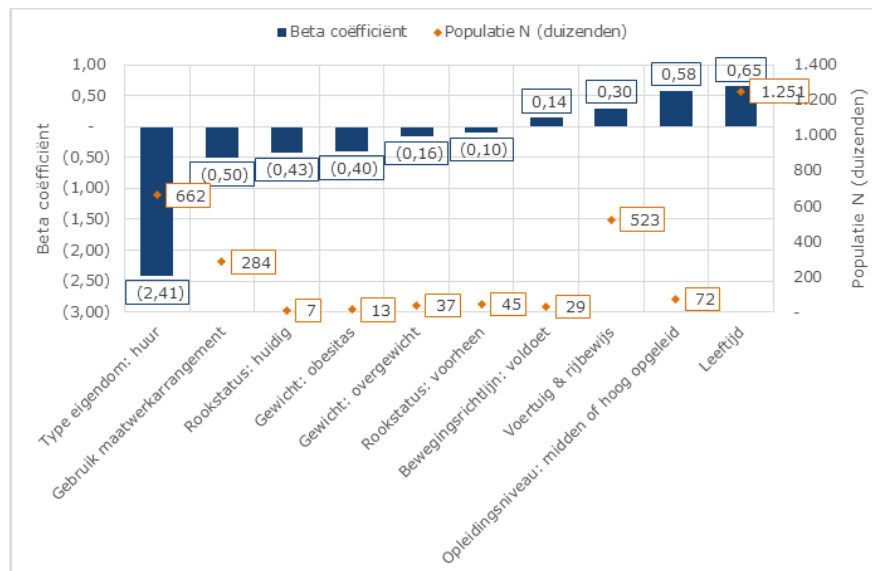
De belangrijkste factoren die samenhangen met ervaren sociale relaties zijn:

- socio-demografische factoren **leeftijd** (voor elke 10 jaar dat een 75-plusser ouder wordt, neemt de ervaren sociale relatie met 1,06 af), **geslacht** (wanneer een 75-plusser vrouw is, neemt de ervaren sociale relatie met 1,09 af dan wanneer dit een man is) en **type eigendom** (75-plussers in een huurwoning, ervaren sociale relaties 0,77 lager 75-plussers in een koopwoning);
- de sociale factoren aantal **kinderen** (voor elk additioneel kind van een 75-plusser, neemt de ervaren sociale relaties met 0,08 toe) en aantal **kleinkinderen** (voor elk additioneel kleinkind van een 75-plusser, neemt de ervaren sociale relaties met 0,04 toe);
- en de zorgfactoren **wlz-indicatie** (wanneer een 75-plusser een wlz indicatie heeft, is de ervaren sociale relatie 0,89 lager dan wanneer de 75-plusser geen wlz indicatie heeft) en het gebruik van een **maatwerkarrangement** (wanneer een 75-plusser maatwerk gebruikt, is de ervaren sociale relatie 1,11 lager dan wanneer de 75-plusser geen maatwerk gebruikt);
- de leefstijlfactoren **roken** (wanneer een 75-plusser rookt, zijn de ervaren sociale relaties 0,66 lager dan wanneer de 75-plusser nooit gerookt heeft), **gewicht** (wanneer een 75-plusser overgewicht heeft, zijn de ervaren sociale relaties 0,13 hoger dan wanneer de 75-plusser normaal gewicht heeft).

Meest belangrijke resultaten voor ervaren welvaart

In Figuur 11 en Tabel 8 zijn de resultaten van de lineaire regressie voor ervaren Welvaart weergegeven. Het volledige model is te vinden in bijlage 4. De constante is statistisch significant ($P=0,000$) en heeft een grootte van 1,77. Alle variabelen die zijn opgenomen in het model hebben een significante bijdrage aan het voorspellen van de dimensiescore van ervaren gezondheid, behalve geslacht, wlz-indicatie en de specialisatie allergologie. De R^2 van dit model is gelijk aan 33%, en de adjusted R^2 aan 33%.

Figuur 11: Standaard lineaire regressie van de ervaren Welvaart (selectie van het totale model)



Tabel 8: Standaard lineaire regressie van de ervaren Welvaart (selectie)

Dep va: Welvaart	Coef.	Std. Err.	P>t	95% Conf. Interval]	
Constante	1,77***	0,40	0,000	0,99	2,56
Leeftijd	0,65***	0,04	0,000	0,57	0,74
Opleidingsniveau: midden of hoog opgeleid	0,58***	0,06	0,000	0,47	0,69
Type eigendom: huur	-2,41***	0,04	0,000	-2,49	-2,34
Voertuig & rijbewijs	0,30***	0,04	0,000	0,21	0,38
Rookstatus: voorheen	-0,10**	0,04	0,009	-0,18	-0,03
Rookstatus: huidig	-0,43***	0,08	0,000	-0,58	-0,27
Gewicht: overgewicht	-0,16***	0,04	0,000	-0,23	-0,09
Gewicht: obesitas	-0,40***	0,06	0,000	-0,51	-0,28
Bewegingsrichtlijn: voldoet	0,14***	0,04	0,000	0,07	0,21

Noten:***P=<0,001; **P=<0,01; *P=<0,05

De belangrijkste factoren die samenhangen met ervaren welvaart zijn:

- socio-demografische factoren **leeftijd** (voor elke 10 jaar dat een 75-plusser ouder wordt, neemt de ervaren welvaart met 0,65 toe), Opleidingsniveau (wanneer een 75-plusser midden of hoog opleid is, is de ervaren welvaart 0,58 hoger dan wanneer dit een laag opgeleide 75-plusser is), en **type eigendom** (75-plussers in een huurwoning, ervaren sociale relaties 2,41 lager 75-plussers in een koopwoning; wanneer een 75-plusser noch huurt noch koopt, is de ervaren welvaart 1,77 lager dan de 75-plusser een koopwoning heeft);
- de mobiliteitsfactor **bezit voertuig en rijbewijs** (Wanneer een 75-plusser een rijbewijs en voertuig heeft, is de ervaren welvaart 0,30 hoger dan wanneer de 75-plusser dit niet heeft);
- de leefstijlfactoren **roken** (wanneer een 75-plusser voorheen gerookt heeft, is de ervaren welvaart 0,10 lager dan wanneer de 75-plusser nooit gerookt heeft; wanneer een 75-plusser rookt, is de ervaren welvaart 0,43 lager dan wanneer de 75-plusser nooit gerookt heeft), **gewicht** (wanneer een 75-plusser overgewicht heeft, is de ervaren welvaart 0,16 lager dan wanneer de 75-plusser normaal gewicht heeft; wanneer een 75-plusser obesitas heeft, is de ervaren welvaart 0,40 lager dan wanneer de 75-plusser normaal gewicht heeft), **alcoholgebruik** (voor elke verdrievoudiging van hoeveelheid alcohol die de 75-plusser drinkt, neemt de ervaren welvaart met 0,05 toe) en **bewegen** (wanneer een 75-plusser voldoet aan de bewegingsrichtlijn, is de ervaren welvaart 0,14 hoger dan wanneer de 75-plusser niet voldoet aan de bewegingsrichtlijn).

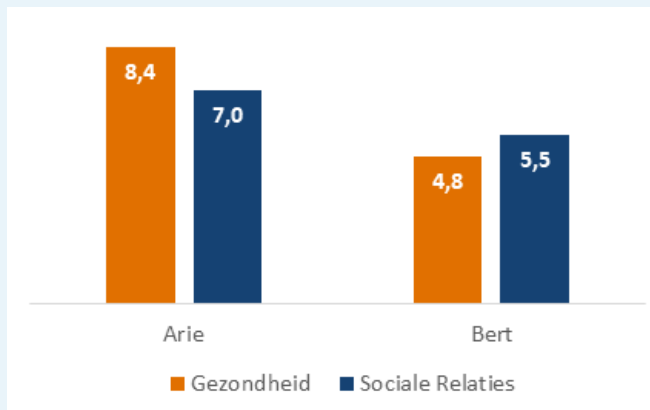
Een illustratie van de modellen a.d.h.v. een casus

De modellen tonen aan dat twee 75-plussers van dezelfde geslacht en leeftijd kunnen een andere kwaliteit van leven ervaren op basis van verschillen in demografische, zorg-, sociale, leefstijl-, en mobiliteitsfactoren. Kader 2 illustreert hoe kleine verschillen uiteindelijk resulteren in zeer verschillende ervaren gezondheid en sociale relaties voor twee fictieve 75-plussers.

Kader 2: Kwaliteit van leven van twee 75-plussers

Twee mannen van 75 jaar oud kunnen een andere kwaliteit van leven ervaren op basis van verschillen in demografische, zorg-, sociale, leefstijl-, en mobiliteitfactoren. Arie ervaart een goede gezondheid, terwijl Bert een slechte gezondheid ervaart. Arie ervaart goede sociale relaties, terwijl Bert dit als onvoldoende ervaart (zie Figuur 11).

Figuur 12. Kwaliteit van leven van twee 75 plussers⁹



Arie – man van 75 jaar

- Demografische en economische aspecten. Arie woont samen met zijn vrouw in een koopwoning. Hij heeft een Nederlandse afkomst en een universitaire opleiding tot jurist afgerond in een periode waarin dat nog niet veel voorkwam. Zijn huidige inkomen is rond de €40.000 per jaar en zijn vermogen ligt rond de €500.000, waarin de waarde van zijn woning niet is meegerekend.
- Sociale en mobiliteitsaspecten. Zijn drie kinderen werken gemiddeld zo'n 34 uur per week. Arie woont zo'n 800m van de dichtstbijzijnde bushalte, maar reist meestal met de auto. Hij rijdt met zijn Opel Mokka zo'n 20.000 km per jaar.
- Zorgaspecten. Zijn zorggebruik is laag te noemen. Arie gebruikt geen medicijnen en zijn jaarlijkse zorgkosten liggen rond het gemiddelde van €3.100 per jaar. Wel heeft hij afgelopen jaar een staaroperatie ondergaan.
- Leefstijlaspecten Hij houdt er een gezonde leefstijl op na. Hij is alweer 45 jaar geleden gestopt met roken, heeft een normaal gewicht en drinkt zo'n 8 glazen alcohol per week. Twee dagen per week is hij bij zijn kleinkinderen en op drie andere dagen gaat hij op de fiets op bezoek bij zijn familie of broers. Daarmee voldoet hij aan de bewegingsrichtlijn.

Bert – man van 75 jaar

- Demografische en economische aspecten. Bert woont in een huurappartement boven de winkels in het centrum van zijn woonplaats. Hij heeft een Nederlandse afkomst en heeft succesvol de MULO afgerond en zijn hele leven gewerkt in een rozenkwekerij. Zijn huidige inkomen is rond de €20.000 per jaar en op zijn spaarrekening staat zo'n €2.500.
- Sociale en mobiliteitsaspecten. Bert is nooit getrouwd geweest en heeft geen kinderen. Hij woont zo'n 300m van de dichtstbijzijnde bushalte, maar reist weinig met het Openbaar Vervoer. Hij heeft geen rijbewijs meer en kan daardoor niet met de auto op pad.
- Zorgaspecten. Bert gebruikt drie verschillende soorten medicijnen en zijn jaarlijkse zorgkosten liggen rond de €20.000 per jaar. Hij ontvangt 10 uur mantelzorg in de week.
- Leefstijlaspecten. Bert heeft zijn hele leven gerookt en heeft ook enigszins overgewicht. Hij drinkt weinig; zo'n 4 glazen per week, maar zou wel meer kunnen bewegen. Zo'n vier keer per week gaat hij boodschappen doen in de winkels waar hij boven woont. Hij voldoet daarmee niet aan de bewegingsrichtlijn.

7. Relevante inzichten voor beleid

Discussie

Uit alle modellen blijkt dat naarmate men ouder wordt, de dimensies van kwaliteit van leven achteruit gaan. Daarnaast geldt ook voor ervaren gezondheid, regie en sociale relaties dat zorgaspecten samenhangen met de kwaliteit van leven. Dit geldt met name voor het hebben van een wlz-indicatie en het gebruikmaken van een maatwerkarrangement. Uit de modellen van ervaren gezondheid, ervaren regie en ervaren welvaart blijkt dat leefstijlfactoren sterk verband houden met de ervaren kwaliteit van leven.

Interpretatie van de resultaten

Gezondheid: leefstijlfactoren houden sterk verband

De negatieve samenhang tussen leeftijd en ervaren gezondheid duidt erop dat naarmate men verouderd, 75-plussers hun gezondheid slechter ervaren. Daarnaast ervaren vrouwen een betere gezondheid dan mannen. 75-plussers met een wlz-indicatie, gebruik van een maatwerkarrangement en/of mantelzorg ontvangen, ervaren gemiddeld een lagere gezondheid dan mensen deze zorgfactoren niet ontvangen.

Ook lijken de curatieve specialismen voor beter ervaren gezondheid onder 75-plussers t.o.v. chronische specialismen te leiden. Dit kan erop duiden dat wanneer onbehandelde personen behandeld worden, dit resulteert in betere ervaren gezondheid. Stimuleren van curatieve zorg voor 75-plussers kan dus leiden tot een hogere ervaren gezondheid. Of curatieve zorg het beroep op langdurige zorg voorkomt, wordt uit deze analyses niet duidelijk.

Als een 75-plusser niet rookt, geen overgewicht heeft en voldoet aan de bewegings-richtlijn scoort diegene gemiddeld een heel punt op ervaren gezondheid beter. Dit hangt echter wel samen met chronische ziekte: 75-plussers die ziek zijn, zijn vaak ook minder actief. Opvallend is dat alcoholgebruik er nauwelijks toe doet in vergelijking met de andere leefstijlfactoren. De resultaten suggereren dat het belangrijk is om in te zetten op een gezonde leefstijl onder thuiswonende ouderen.

Regie: inkomen en Vermogen niet heel bepalend

De negatieve samenhang tussen leeftijd en regie duidt erop dat naarmate men verouderd, 75-plussers hun regie slechter ervaren. 75-plussers met een wlz-indicatie, gebruik van een maatwerkarrangement en/of mantelzorg ontvangen, ervaren gemiddeld minder regie dan mensen deze zorgfactoren niet hebben.

Opvallend is dat er volgens dit model nauwelijks verband is tussen ervaren regie enerzijds en inkomen en vermogen anderzijds. Regie lijkt dus niet sterk afhankelijk van inkomen of vermogen. De veronderstelde financiële middelen om ervaren regie te vergroten, wegen daarom mogelijk minder zwaar.

Ook lijken de curatieve specialismen voor beter ervaren regie onder 75-plussers t.o.v. chronische specialismen te leiden. Dit kan erop duiden dat wanneer onbehandelde personen behandeld worden, dit resulteert in betere ervaren regie. Stimuleren van curatieve zorg voor 75-plussers kan dus leiden tot een hogere ervaren regie. Zowel ervaren gezondheid als ervaren regie hangen dus samen met curatieve specialismen, al zijn dit andere specialismen voor ervaren gezondheid dan voor ervaren regie.

Daarnaast houdt mobiliteit een positief verband met ervaren regie. Het behoud van het rijbewijs en het hebben van een voertuig is voor ouderen belangrijk voor hun ervaren regie. Zowel ervaren gezondheid als ervaren regie hangen dus samen met mobiliteit.

Het hebben van een normaal gewicht en regelmatig bewegen hangen positief samen met de ervaren regie. De resultaten suggereren dat het belangrijk is om in te zetten op een gezonde leefstijl, met name op bewegen, onder thuiswonende ouderen. Zowel ervaren gezondheid als ervaren regie hangen dus samen met voldoende bewegen.

Sociale relaties: Familie is zeer belangrijk

De ervaren (kwaliteit van de) sociale relaties hangt sterk samen met zowel leeftijd (hoe ouder, hoe eenzamer) als geslacht (vrouwen voelen zich eenzamer dan mannen). Eenzame 75-plussers wonen veel vaker in huurwoningen dan in koopwoningen. Als 75-plussers zorg nodig hebben middels een maatwerk-arrangement of een WLZ indicatie, dan voelen zij zich eenzamer. Deze 75-plussers hebben minder mogelijkheden om hun sociale relaties te onderhouden, waardoor zij zich sneller eenzaam zullen voelen.

Het aantal kinderen en kleinkinderen dat thuiswonende 75-plussers hebben, draagt bij aan de score voor ervaren sociale relaties. Als je 4 kinderen hebt en 10 kleinkinderen, stijgt deze score met bijna een volle punt. Ook ervaren 75-plussers een hogere (kwaliteit van de) sociale relaties indien de kinderen dichterbij wonen. Het zou daarom van belang kunnen zijn om contact met familie en kinderen te benadrukken.

In tegenstelling tot de andere dimensies van Kwaliteit van Leven, hebben leefstijlfactoren een zeer beperkte samenhang met ervaren (kwaliteit van de) sociale relaties. Alleen overgewicht hangt samen met de ervaren (kwaliteit van de) sociale relaties.

Welvaart: meest afhankelijk van woningeigendom

Hoe ouder men is, hoe welvarender de 75-plusser zich voelt. Deze toename in ervaren welvaart wordt mogelijk veroorzaakt doordat deze 75-plussers een enorme toename in welvaart tijdens hun leven hebben meegemaakt; hoe ouder men is, hoe meer welvaart de welvaart is toegenomen en hoe meer men welvaart ervaart. Als 75-plussers zorg nodig hebben middels een maatwerk-arrangement, dan voelen zij zich minder welvend.

Voor ervaren welvaart betreft zien wij weinig verschil tussen mannen en vrouwen, terwijl je vaak hoort dat vrouwen - zeker bij oudere leeftijdsgroepen - slechter af zijn, omdat ze geen pensioen opgebouwd hebben. Dit verschil kan niet worden verklaard door leeftijd, aangezien oudere 75-plussers – waarvan een steeds groter aandeel vrouwen – zich juist welvarender voelen. Wellicht zijn oudere vrouwen objectief minder welvend, maar ervaren ze juist meer welvaart naar mate ze ouder worden.

Verder ervaren 75-Plussers met koopwoningen meer welvaart. Zeker als de woning is afbetaald hebben deze 75-plussers een objectief hoge welvaart ten opzichte van 75-plussers zonder koopwoning. Het betalen van huur betekent aan de andere kant dat bestedingsruimte afneemt, waardoor de ervaren welvaart afneemt. 75-Plussers met middelbare of hoge opleiding ervaren een hogere welvaart, waardoor ze ook eerder in staat zijn om een woning te kopen en meer welvaartstoename in het algemeen te ervaren dan 75-plussers met een lage opleiding.

75-Plussers die zich welvend voelen, zijn ook gezonde 75-plussers: zij roken minder, hebben vaker normaal gewicht en bewegen vaker. Wel lijkt welvaart samen te gaan met het alcoholgebruik: welvende 75-plussers drinken enigszins meer dan minder welvende 75-plussers. Naast ervaren gezondheid en ervaren regie, hangt dus ook ervaren welvaart samen met voldoende bewegen.

Kwaliteit van leven wordt bepaald door een grote verscheidenheid aan factoren

Het aantonen van verbanden is zeer relevant voor het maken van beleid, bijvoorbeeld door het identificeren van kwetsbare groepen waar zich stapelingseffecten voordoen, of het aantonen van bepaalde relevante factoren die ervaren kwaliteit van leven beïnvloeden zoals roken of bewegen. Veel factoren die zijn gerelateerd aan de kwaliteit van leven zijn niet te voorkomen of te veranderen. Iedereen wordt ouder en de kans dat je op een gegeven moment hulp nodig hebt neemt toe. Uit dit onderzoek komt naar voren hoe groot deze impact kan zijn.

Een hogere leeftijd heeft op alle dimensies van de kwaliteit van leven impact. Niet alleen de gezondheid wordt slechter, maar ook de ervaren regie en het sociale dimensie. Ervaren welvaart neemt echter toe met hogere leeftijd. Op hogere leeftijd ziet men ook grotere groepen die op meerdere dimensies slecht scoren. Het ontvangen van zorg (bijv. WLZ zorg of WMO zorg) leidt niet alleen tot slechtere ervaren gezondheid, maar raakt ook de dimensies regie, sociale relaties en welvaart. Juist het ouder worden is zeer bepalend voor de sociale dimensie. Het wegvallen van vrienden en familie kan voor de 75-plusser leiden tot eenzaamheid. Hoe ouder men is, hoe welvarender de 75-plusser zich voelt en hoe eenzamer de 75-plusser zich voelt en – in mindere mate – hoe minder gezondheid en regie zij ervaren.

Uit de verschillende modellen blijkt dat er niet één aspect is dat alle dimensies drastisch kan beïnvloeden. Een goede score op een bepaalde dimensie is niet direct allesbepalend voor de ervaren kwaliteit van leven. Echter, bij elkaar opgeteld kunnen deze factoren de ervaren kwaliteit van leven aanzienlijk beïnvloeden. Daarbij moet wel in gedachten worden gehouden dat deze analyse slechts een samenhang kan aantonen, maar geen causaliteit. Ter illustratie, mensen met een wlz-indicatie zullen een lagere ervaren gezondheid rapporteren omdat zij in slechtere gezondheid verkeren dan mensen zonder deze indicatie, maar deze slechtere ervaren gezondheid is niet te wijten aan het hebben van een wlz-indicatie. Wij kunnen enkel aantonen dat mensen met een wlz-indicatie hun ervaren gezondheid over het algemeen slechter beoordelen.

De sterke punten van dit onderzoek

- In dit onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende modellen om de dimensies van kwaliteit van leven individueel te onderzoeken. Het voordeel van deze methode is dat hierdoor op de verschillende dimensies van Kwaliteit van Leven kon worden ingezoomd.
- Daarnaast is in dit onderzoek gebruik gemaakt van een grote hoeveelheid achtergrondgegevens van 75-plussers, waardoor samenhang met een groot aantal achtergrondgegevens onderzocht is.
- De steekproef is middels een herweging representatief gemaakt, waardoor de resultaten generaliseerbaar zijn naar de gehele populatie.
- De modellen van ervaren gezondheid, sociale relaties en welvaart hebben een hoge verklarende kracht. Dit betekent dat met een groot deel van de opgenomen aspecten de ervaren kwaliteit van leven van de ouderen kan worden ingeschat.
- De samenhang van de verschillende factoren met de verschillende dimensies van Kwaliteit van Leven maakt inzichtelijk hoe de kwaliteit van leven onder ouderen wordt beïnvloed door deze factoren.
- We zijn beter in staat om de verschillende factoren die van invloed zijn op de dimensiescores van Kwaliteit van Leven te prioriteren.

De beperkingen van dit onderzoek

- Een beperking van transversaal cross-sectioneel onderzoek is dat dit type onderzoek niet in staat is om oorzakelijke verbanden aan te tonen (causaliteit), trends of tijdsrelaties. Ook is er geen contextueel vergelijkbare groep om de ervaren kwaliteit tegen af te zetten.
- Daarnaast kent enquête-data enkele valkuilen. Zo kan er in de data sprake zijn van selectie- of informatiebias. De selectiebias is in dit onderzoek voorkomen door de steekproef te herwegen, en van informatiebias zou maar beperkt sprake zijn omdat de Gezondheidsmonitor een transversale enquête betreft.
- Ook zouden de dimensiescores van de verschillende modellen elkaar kunnen beïnvloeden (beïnvloed de ervaren gezondheid de ervaren regie?). Deze mogelijkheid is niet onderzocht.

Validatie van de bevindingen middels aanvullend onderzoek

Aanvullend onderzoek naar specifieke kwetsbare subgroepen kan worden uitgevoerd. Aanvullende statistische analyses kunnen worden gebruikt om meer overtuigend causaliteit aan te tonen.

Daarnaast is de Gezondheidsmonitor in 2020 opnieuw afgenomen. Dit betekent dat bepaalde bevindingen in 2016 middels deze aanvullende data kan worden gevalideerd (zien we dezelfde effecten?), maar ook trends zichtbaar kunnen worden (gaat de ervaren kwaliteit van leven achteruit?).

Daarnaast kan in vervolgonderzoek de effecten van behandelend specialisten in de medisch-specialistische zorg nader onderzocht worden. Het is nu niet geheel duidelijk hoe kan worden verklaard dat bepaalde specialismen significant associëren met ervaren kwaliteit van leven. Verder zouden additionele factoren toegevoegd kunnen worden, die mogelijk meer inzicht geven in hoe Kwaliteit van Leven samenhangt met achtergrondkenmerken van 75-plussers. Denk daarbij aan ruimtelijke kenmerken (zoals stedelijkheid), dagelijkse activiteiten van 75-plussers (zoals afstand tot de supermarkt en hoe vaak zij boodschappen doen) en woonvormen (bijvoorbeeld hofje, woongemeenschap).

Dit onderzoek is onderdeel van het programma Langer Thuis

In het programma Langer Thuis staat de beleidslijn centraal om het langer thuis blijven wonen van ouderen mogelijk te maken. Daarom is het belangrijk om de analyses over ouderen die thuis wonen te versterken, het integrale zorggebruik over de domeinen en jaren te volgen en de omstandigheden en factoren te identificeren die bijdragen aan het langer verantwoord thuis wonen.

Een belangrijke nevendoeleinstelling van de pilot Lerend Evalueren is dat VWS al werkende weg, het inzicht en de kwaliteit van het beleid en het effect hiervan op de samenleving kan verbeteren. De pilot pakt dit op door te kijken of en op welke wijze data en analyses van grote databestanden kunnen bijdragen aan beleidsondersteuning. VWS wil met het traject “Langer Thuis” de kennis om te werken met grote databestanden en deze te vertalen naar beleidsrelevante kennis te verbeteren.

De eerste stap die daartoe is gezet is een uitgebreid vooronderzoek (het eerder aangehaalde onderzoek van CBS, uitgevoerd o.l.v. Beuning). Dit bestond eruit om het CBS te laten inventariseren welke data er beschikbaar is, zowel enquête als registerdata voor thuiswonende ouderen. Daarnaast zijn expertsessies georganiseerd om te kijken voor welke vraagstukken deze data ondersteunend kunnen zijn voor het beleid.

Na beantwoording van deze onderzoeksvraag is de pilot Lerend Evalueren echter nog niet beëindigd. Zoals in de brief is aangekondigd, wil VWS in 2021 een rapportage publiceren over het zorggebruik en de zorgkosten voor en na een ingrijpende gebeurtenis en in 2022 op basis van de Gezondheidsmonitor 2020 opnieuw te kijken naar de verschillende dimensies van de Kwaliteit van Leven, maar dan naar de ontwikkeling hiervan door de tijd heen en inzoomen op de meest opvallende resultaten van dit onderzoek verder uitdiepen.

8. Bijlagen

Bijlage 1: Standaard lineaire regressie van de ervaren Gezondheid

Afhankelijke variabele: Gezondheid	Coef.	Std. Err.	P>t	[95% Conf. Interval]	
Constante	8,96***	0,21	0,000	8,55	9,38
Leeftijd	-0,19***	0,02	0,000	0,24	-0,14
Geslacht: vrouw	0,18***	0,02	0,000	0,13	0,22
Opleidingsniveau: midden/hoog	0,08***	0,03	0,001	0,03	0,13
Inkomen	0,02***	0,00	0,000	0,01	0,03
Geboorteland: anders dan NL	-0,17***	0,05	0,000	0,26	-0,08
Kinderen: relatieve arbeidsduur	0,01***	0,00	0,000	0,01	0,02
Wlz indicatie	-0,88***	0,11	0,000	1,10	-0,66
Aantal medicijnen	-0,16***	0,00	0,000	0,16	-0,15
Mantelzorg ontvangen	-0,52***	0,01	0,000	0,54	-0,49
Zorgkosten	-0,06***	0,00	0,000	-0,07	-0,06
Gebruik maatwerk-arrangement	-0,75***	0,03	0,000	0,80	-0,69
Specialisme: Oogheelkunde	0,32***	0,03	0,000	0,26	0,38
Specialisme: KNO	0,23***	0,06	0,000	0,12	0,35
Specialisme: Plastische chirurgie	0,55***	0,08	0,000	0,39	0,71
Specialisme: Orthopedie	-0,12**	0,04	0,006	0,21	-0,04
Specialisme: Urologie	0,15**	0,05	0,004	0,05	0,25
Specialisme: Obstetrie & gynaecologie	0,43***	0,09	0,000	0,26	0,61
Specialisme: Neurochirurgie	-0,64***	0,15	0,000	0,92	-0,35
Specialisme: Dermatologie	0,46***	0,04	0,000	0,37	0,54
Specialisme: Inwendige geneeskunde	-0,18***	0,04	0,000	0,27	-0,09
Specialisme: Maag-Darm-Lever	0,25***	0,07	0,000	0,12	0,38
Specialisme: Longziekten	-0,57***	0,06	0,000	0,69	-0,45
Specialisme: Reumatologie	-0,30***	0,07	0,000	0,44	-0,15
Specialisme: Revalidatie	-0,92***	0,15	0,000	1,22	-0,63
Specialisme: Neurologie	-0,25***	0,05	0,000	0,36	-0,14
Specialisme: Geriatrie	-0,29**	0,10	0,003	0,48	-0,10
Specialisme: Anesthesiologie	-0,67***	0,10	0,000	0,87	-0,47
Specialisme: Audiologische centra	0,32*	0,13	0,018	0,06	0,58

Afhankelijke variabele: Gezondheid	Coef.	Std. Err.	P>t	[95% Conf. Interval]	
Voertuig & Rijbewijs	0,16***	0,04	0,000	0,08	0,25
Afgelegde afstand met auto	0,02***	0,00	0,000	0,01	0,03
Rookstatus: huidig	-0,37***	0,04	0,000	0,45	-0,29
Gewicht: ondergewicht	-0,54***	0,10	0,000	0,74	-0,33
Gewicht: overgewicht	-0,09***	0,02	0,000	0,14	-0,05
Gewicht: obesitas	-0,31***	0,03	0,000	0,38	-0,25
Gewicht: onbekend	-0,13**	0,04	0,003	0,22	-0,05
Alcoholgebruik	0,01***	0,00	0,000	0,01	0,01
Bewegingsrichtlijn: voldoet	0,54***	0,02	0,000	0,50	0,58

Noten:***P=<0,001; **P=<0,01; *P=<0,05

Factor	Bijdrage	Beschrijving
Demografische aspecten		
Leeftijd	-0,19	Voor elke 10 jaar dat een 75-plusser ouder wordt, neemt de ervaren gezondheid met 0,19 af.
Geslacht	0,18	Wanneer een 75-plusser een vrouw is, is de ervaren gezondheid 0,18 hoger dan wanneer dit een man is.
Opleidingsniveau	0,08	Wanneer een 75-plusser (midden-)hoog opleid is, is de ervaren gezondheid 0,08 hoger dan wanneer dit een laag opgeleide 75-plusser is
Inkomen	0,02	Voor elke verdrievoudiging van inkomen, neemt de ervaren gezondheid met 0,02 toe.
Geboorteland	-0,17	Wanneer een 75-plusser niet in Nederland is geboren, is de ervaren gezondheid 0,17 lager dan wanneer de 75-plusser in Nederland is geboren
Sociale aspecten		
Kinderen: relatieve arbeidsduur	0,01	Voor elke 24 minuten dat de kinderen gemiddeld meer werken, neem de ervaren gezondheid van de 75-plusser met 0,001 toe.
Zorgaspecten		
WLZ indicatie	-0,88	Wanneer een 75-plusser een WLZ indicatie heeft, is de ervaren gezondheid 0,88 lager dan wanneer de 75-plusser geen WLZ indicatie heeft.
Medicijngebruik	-0,16	Voor elk additioneel medicijn dat een 75-plusser gebruikt, neemt de ervaren gezondheid met 0,16 af.
Mantelzorg ontvangen	-0,52	Voor elke verdrievoudiging van ontvangen mantelzorg, verminderd de ervaren gezondheid met 0,52
Zorgkosten	-0,06	Voor elke verdrievoudiging van de MSZ kosten, neemt de ervaren gezondheid met 0,06 af.
Gebruik maatwerk-arrangement	-0,75	Wanneer een 75-plusser maatwerk gebruikt, is de ervaren gezondheid 0,75 lager dan wanneer de 75-plusser geen maatwerk gebruikt.
Specialisme	0,32	Voor 75-plussers die een behandeling Oogheelkunde hebben ontvangen, is de ervaren gezondheid 0,32 hoger
	0,23	Voor 75-plussers die een behandeling Keel-, neus- en oorheelkunde hebben ontvangen, is de ervaren gezondheid 0,23 hoger
	0,55	Voor 75-plussers die een behandeling Plastische chirurgie hebben ontvangen, is de ervaren gezondheid 0,55 hoger
	0,15	Voor 75-plussers die een behandeling Urologie hebben ontvangen, is de ervaren gezondheid 0,15 hoger
	-0,64	Voor 75-plussers die een behandeling Neurochirurgie hebben ontvangen, is de ervaren gezondheid 0,64 lager

Factor	Bijdrage	Beschrijving
--------	----------	--------------

Zorgaspecten (vervolg)

	0,46	Voor 75-plussers die een behandeling Dermatologie hebben ontvangen, is de ervaren gezondheid 0,46 hoger
	-0,18	Voor 75-plussers die een behandeling Inwendige geneeskunde hebben ontvangen, is de ervaren gezondheid 0,18 lager
	-0,57	Voor 75-plussers die een behandeling Longziekten hebben ontvangen, is de ervaren gezondheid 0,57 lager
	-0,30	Voor 75-plussers die een behandeling Reumatologie hebben ontvangen, is de ervaren gezondheid 0,3 lager
	-0,92	Voor 75-plussers die een behandeling Revalidatie hebben ontvangen, is de ervaren gezondheid 0,92 lager
	-0,25	Voor 75-plussers die een behandeling Neurologie hebben ontvangen, is de ervaren gezondheid 0,25 lager
	-0,29	Voor 75-plussers die een behandeling Geriatrie hebben ontvangen, is de ervaren gezondheid 0,29 lager
	-0,67	Voor 75-plussers die een behandeling Anaesthesiologie hebben ontvangen, is de ervaren gezondheid 0,67 lager
	0,32	Voor 75-plussers die een behandeling Audiologische centra hebben ontvangen, is de ervaren gezondheid 0,32 hoger
	-0,12	Voor 75-plussers die een behandeling Orthopedie hebben ontvangen, is de ervaren gezondheid 0,12 lager
	0,25	Voor 75-plussers die een behandeling Gastro-enterologie (maag-darm-lever-arts) hebben ontvangen, is de ervaren gezondheid 0,25 hoger
	0,43	Voor 75-plussers die een behandeling Obstetrie en gynaecologie hebben ontvangen, is de ervaren gezondheid 0,43 hoger

Mobiliteitsaspecten

Voertuig & rijbewijs	0,16	Wanneer een 75-plusser een rijbewijs en voertuig heeft, is de ervaren gezondheid 0,16 hoger dan wanneer de 75-plusser dit niet heeft.
Afgelegde afstand met auto	0,02	Voor elke verdrievoudiging van afgelegde kilometers per jaar, neemt de ervaren gezondheid met 0,02 toe.

Leefstijl aspecten

Rookstatus	-0,37	Wanneer een 75-plusser rookt, is de ervaren gezondheid 0,37 lager dan wanneer de 75-plusser nooit gerookt heeft.
Gewicht	-0,54	Wanneer een 75-plusser ondergewicht heeft, is de ervaren gezondheid 0,54 lager dan wanneer de 75-plusser normaal gewicht heeft.
	-0,09	Wanneer een 75-plusser overgewicht heeft, is de ervaren gezondheid 0,09 lager dan wanneer de 75-plusser normaal gewicht heeft.
	-0,31	Wanneer een 75-plusser obesitas heeft, is de ervaren gezondheid 0,31 lager dan wanneer de 75-plusser normaal gewicht heeft.
	-0,13	Wanneer het gewicht van een 75-plusser onbekend is, is de ervaren gezondheid 0,13 lager dan wanneer de 75-plusser normaal gewicht heeft.
Alcohol	0,01	Voor elke verdrievoudiging van hoeveelheid alcohol die zij drinken, neemt de ervaren gezondheid met 0,01 toe.
Bewegingsrichtlijn	0,54	Wanneer een 75-plusser voldoet aan de bewegingsrichtlijn, is de ervaren gezondheid 0,54 hoger dan wanneer de 75-plusser niet voldoet aan de bewegingsrichtlijn.

Bijlage 2: Standaard lineaire regressie van de ervaren Regie

Afhankelijke variabele: Regie	Coef.	Std. Err.	P>t	[95% Conf. Interval]	
Constante	7,99***	0,20	0,000	7,60	8,37
Leeftijd	-0,14***	0,02	0,000	0,18	-0,09
Geslacht	-0,03	0,02	0,202	0,07	0,02
Opleidingsniveau: midden/hoog	0,20***	0,02	0,000	0,16	0,25
Inkomen	0,03***	0,00	0,000	0,03	0,04
Vermogen	-0,02*	0,01	0,014	0,03	-0,00
Afstand tot kinderen	-0,02**	0,01	0,014	0,03	-0,00
Wlz indicatie	-0,92***	0,09	0,000	-1,10	-0,74
Aantal medicijnen	-0,05***	0,00	0,000	0,05	-0,04
Mantelzorg geven	-0,06***	0,01	0,000	0,08	-0,04
Mantelzorg ontvangen	-0,33***	0,01	0,000	0,35	-0,30
Gebruik maatwerkarrangement	-0,32***	0,03	0,000	0,37	-0,27
Zorgkosten	-0,01***	0,00	0,001	0,02	-0,00
Specialisme: Oogheelkunde	0,13***	0,03	0,000	0,08	0,18
Specialisme: Plastische chirurgie	0,25***	0,08	0,001	0,10	0,40
Specialisme: Orthopedie	0,11**	0,04	0,004	0,04	0,19
Specialisme: Obstetrie & gynaecologie	0,31***	0,08	0,000	0,15	0,48
Specialisme: Dermatologie	0,18***	0,04	0,000	0,11	0,25
Specialisme: Cardiologie	0,12***	0,03	0,000	0,07	0,18
Specialisme: Cardio thoracale chirurgie	0,32*	0,14	0,024	0,04	0,60
Specialisme: Neurologie	-0,15***	0,05	0,001	0,24	-0,06
Specialisme: Geriatrie	-0,38***	0,08	0,000	0,54	-0,22
Specialisme: Radiologie	-1,21***	0,34	0,000	-1,87	-0,55
Voertuig & rijbewijs	0,17***	0,04	0,000	0,09	0,24
Afgelegde afstand met auto	0,01*	0,00	0,021	0,00	0,02
Roken: huidig	-0,08*	0,04	0,023	-0,15	-0,01
Gewicht: Ondergewicht	-0,33***	0,09	0,000	0,50	-0,15
Gewicht: Obesitas	-0,09***	0,03	0,000	0,15	-0,04
Gewicht: Onbekend	-0,23***	0,04	0,000	0,31	-0,15
Alcoholgebruik	0,01***	0,00	0,000	0,00	0,01
Bewegingsrichtlijn: voldoet	0,24***	0,02	0,000	0,20	0,28

Noten:***P<0,001; **P<0,01; *P<0,05

Factor	Bijdrage	Beschrijving
Demografische aspecten		
Leeftijd	-0,14	Voor elke 10 jaar dat een 75-plusser ouder wordt, neemt de ervaren regie met 0,14 af.
Geslacht	-0,03	Wanneer een 75-plusser een vrouw is, is de ervaren regie 0,03 hoger dan wanneer dit een man is.
Opleidingsniveau	0,20	Wanneer een 75-plusser (midden-)hoog opleid is, is de ervaren regie 0,2 hoger dan wanneer dit een laag opgeleide 75-plusser is
Inkomen	0,03	Voor elke verdrievoudiging van inkomen, neemt de ervaren regie met 0,03 toe.
Vermogen	-0,02	Voor elke verdrievoudiging van vermogen, neemt de ervaren regie met 0,02 af.
Sociale aspecten		
Afstand tot kinderen	0,02	Voor elke verdrievoudiging van afstand tot kinderen neemt de ervaren regie met 0,02 toe.
Zorgaspecten		
WLZ indicatie	-0,92	Wanneer een 75-plusser een WLZ indicatie heeft, is de ervaren regie 0,92 lager dan wanneer de 75-plusser geen WLZ indicatie heeft.
Medicijngebruik	-0,05	Voor elk additioneel medicijn dat een 75-plusser gebruikt, neemt de ervaren regie met 0,05 af.
Mantelzorg geven	-0,06	Voor elke verdrievoudiging van gegeven mantelzorg, neemt de ervaren regie met 0,06 af.
Mantelzorg ontvangen	-0,33	Voor elke verdrievoudiging van ontvangen mantelzorg, neemt de ervaren regie met 0,33 af.
Zorgkosten	-0,01	Voor elke verdrievoudiging van de MSZ kosten, neemt de ervaren regie met 0,01 af.
Gebruik maatwerk-arrangement	-0,32	Wanneer een 75-plusser maatwerk gebruikt, is de ervaren regie 0,32 lager dan wanneer de 75-plusser geen maatwerk gebruikt.
Specialisme		
	0,13	Voor 75-plussers die een behandeling Oogheelkunde hebben ontvangen, is de ervaren regie 0,13 hoger
	0,25	Voor 75-plussers die een behandeling Plastische chirurgie hebben ontvangen, is de ervaren regie 0,25 hoger
	0,18	Voor 75-plussers die een behandeling Dermatologie hebben ontvangen, is de ervaren regie 0,18 hoger
	-0,15	Voor 75-plussers die een behandeling Neurologie hebben ontvangen, is de ervaren regie 0,15 lager
	-0,38	Voor 75-plussers die een behandeling Geriatrie hebben ontvangen, is de ervaren regie 0,38 lager
	0,11	Voor 75-plussers die een behandeling Orthopedie hebben ontvangen, is de ervaren regie 0,11 hoger
	0,12	Voor 75-plussers die een behandeling Cardiologie hebben ontvangen, is de ervaren regie 0,12 hoger
	0,32	Voor 75-plussers die een behandeling Cardio thoracale chirurgie hebben ontvangen, is de ervaren regie 0,32 hoger
	-1,21	Voor 75-plussers die een behandeling Radiologie hebben ontvangen, is de ervaren regie 1,21 lager
	0,31	Voor 75-plussers die een behandeling Obstetrie en gynaecologie hebben ontvangen, is de ervaren regie 0,31 hoger

Factor	Bijdrage	Beschrijving
Mobiliteitsaspecten		
Voertuig & rijbewijs	0,17	Wanneer een 75-plusser een rijbewijs en voertuig heeft, is de ervaren regie 0,17 hoger dan wanneer de 75-plusser dit niet heeft.
Afgelegde afstand met auto	0,01	Voor elke verdrievoudiging van afgelegde kilometers per jaar, neemt de ervaren regie met 0,01 toe.
Leefstijl aspecten		
Rookstatus	-0,08	Wanneer een 75-plusser rookt, is de ervaren regie 0,08 lager dan wanneer de 75-plusser nooit gerookt heeft.
Gewicht	-0,33	Wanneer een 75-plusser ondergewicht heeft, is de ervaren regie 0,33 lager dan wanneer de 75-plusser normaal gewicht heeft.
	-0,09	Wanneer een 75-plusser obsitas heeft, is de ervaren regie 0,09 lager dan wanneer de 75-plusser normaal gewicht heeft.
	-0,23	Wanneer het gewicht van een 75-plusser onbekend is, is de ervaren regie 0,23 lager dan wanneer de 75-plusser normaal gewicht heeft.
Alcohol	0,01	Voor elke verdrievoudiging van hoeveelheid alcohol die zij drinken, neemt de ervaren regie met 0,01 toe.
Bewegingsrichtlijn	0,24	Wanneer een 75-plusser voldoet aan de bewegingsrichtlijn, is de ervaren regie 0,24 hoger dan wanneer de 75-plusser niet voldoet aan de bewegingsrichtlijn.

Bijlage 3: Standaard lineaire regressie van de ervaren Sociale Relaties

Afhankelijke variabele: Sociaal	Coef.	Std. Err.	P>t	[95% Conf. Interval]	
Constante	14,51***	0,39	0,000	13,74	15,27
Leeftijd	-1,06***	0,05	0,000	-1,15	-0,97
Geslacht: Vrouw	-1,09***	0,04	0,000	-1,17	-1,01
Opleidingsniveau: midden/hoog	0,20***	0,05	0,000	0,10	0,29
Type eigendom: huur	-0,77***	0,05	0,000	-0,87	-0,68
Inkomen	-0,04***	0,01	0,000	-0,05	-0,02
Vermogen	0,14***	0,01	0,000	0,12	0,17
Afstand tot kinderen	-0,06***	0,01	0,000	-0,08	-0,03
Kinderen: relatieve arbeidsduur	0,03***	0,01	0,000	0,01	0,04
Aantal kinderen	0,08***	0,02	0,001	0,03	0,13
Aantal kleinkinderen	0,04***	0,01	0,001	0,02	0,07
Wlz indicatie	-0,89***	0,17	0,000	-1,24	-0,55
Aantal medicijnen	-0,03***	0,00	0,000	-0,04	-0,02
Mantelzorg geven	0,14***	0,02	0,000	0,10	0,18
Gebruik maatwerkarrangement	-1,11***	0,05	0,000	-1,22	-1,00
Specialisme: KNO	-0,26*	0,12	0,025	-0,50	-0,03
Specialisme: Orthopedie	0,22**	0,08	0,007	0,06	0,39
Specialisme: Obstetrie & gynaecologie	0,42**	0,16	0,010	0,10	0,74
Specialisme: Cardiologie	0,20***	0,05	0,000	0,10	0,31
Specialisme: Reumatologie	0,42**	0,14	0,003	0,14	0,69
Specialisme: Psychiatrie	-0,54***	0,16	0,001	-0,85	-0,23
Rookstatus: huidig	-0,66***	0,08	0,000	-0,80	-0,51
Gewicht: overgewicht	0,13***	0,04	0,001	0,06	0,21

Noten:***P=<0,001; **P=<0,01; *P=<0,05

Factor	Bijdrage	Beschrijving
Demografische aspecten		
Leeftijd	-1,06	Voor elke 10 jaar dat een 75-plusser ouder wordt, nemen de ervaren sociale relaties met 1,06 af.
Geslacht	-1,09	Wanneer een 75-plusser een vrouw is, zijn de ervaren sociale relaties 1,09 hoger dan wanneer dit een man is.
Opleidingsniveau	0,20	Wanneer een 75-plusser (midden-)hoog opleid is, zijn de ervaren sociale relaties 0,2 hoger dan wanneer dit een laag opgeleide 75-plusser is
Type eigendom	-0,77	75-plussers in een huurwoning, ervaren sociale relaties 0,77 lager dan 75-plussers in een koopwoning
Inkomen	-0,04	Voor elke verdrievoudiging van inkomen, nemen de ervaren sociale relaties met 0,04 toe.
Vermogen	0,14	Voor elke verdrievoudiging van vermogen, nemen de ervaren sociale relaties met 0,14 toe.
Sociale aspecten		
Afstand tot kinderen	-0,06	Voor elke verdrievoudiging van afstand tot kinderen nemen de ervaren sociale relaties met 0,06 toe.
Kinderen: relatieve arbeidsduur	0,03	Voor elke 24 minuten dat de kinderen gemiddeld meer werken, nemen de ervaren sociale relaties van de 75-plusser met 0,003 toe.
Aantal kinderen	0,08	Voor elk additioneel kind van een 75-plusser, nemen de ervaren sociale relaties met 0,08 toe.
Aantal kleinkinderen	0,04	Voor elk additioneel kleinkind van een 75-plusser, nemen de ervaren sociale relaties met 0,04 toe.
Zorgaspecten		
WLZ indicatie	-0,89	Wanneer een 75-plusser een WLZ indicatie heeft, zijn de ervaren sociale relaties 0,89 lager dan wanneer de 75-plusser geen WLZ indicatie heeft.
Medicijngebruik	-0,03	Voor elk additioneel medicijn dat een 75-plusser gebruikt, nemen de ervaren sociale relaties met 0,03 af.
Mantelzorg geven	0,14	Voor elke verdrievoudiging van gegeven mantelzorg, nemen de ervaren sociale relaties met 0,14 af.
Gebruik maatwerk-arrangement	-1,11	Wanneer een 75-plusser maatwerk gebruikt, zijn de ervaren sociale relaties 1,11 lager dan wanneer de 75-plusser geen maatwerk gebruikt.
Specialisme	-0,26	Voor 75-plussers die een behandeling Keel-, neus- en oorheelkunde hebben ontvangen, zijn de ervaren sociale relaties 0,26 lager
	0,42	Voor 75-plussers die een behandeling Orthopedie hebben ontvangen, zijn de ervaren sociale relaties 0,24 hoger
	-0,54	Voor 75-plussers die een behandeling Psychiatrie hebben ontvangen, zijn de ervaren sociale relaties 0,54 lager
	0,22	Voor 75-plussers die een behandeling Orthopedie hebben ontvangen, zijn de ervaren sociale relaties 0,22 hoger
	0,20	Voor 75-plussers die een behandeling Cardiologie hebben ontvangen, zijn de ervaren sociale relaties 0,2 hoger
	0,42	Voor 75-plussers die een behandeling Obstetrie en gynaecologie hebben ontvangen, zijn de ervaren sociale relaties 0,42 hoger
Leefstijl aspecten		
Rookstatus	-0,66	Wanneer een 75-plusser rookt, zijn de ervaren sociale relaties 0,66 lager dan wanneer de 75-plusser nooit gerookt heeft.
Gewicht	0,13	Wanneer een 75-plusser overgewicht heeft, zijn de ervaren sociale relaties 0,13 hoger dan wanneer de 75-plusser normaal gewicht heeft.

Bijlage 4: Standaard lineaire regressie van de ervaren Welvaart

Dep va: Welvaart	Coef,	Std. Err.	P>t	[95% Conf.	
Constante	1,77***	0,40	0,000	0,99	2,56
Leeftijd	0,65***	0,04	0,000	0,57	0,74
Geslacht: Vrouw	0,03***	0,05	0,524	-0,07	0,14
Opleidingsniveau: midden/hoog	0,58***	0,06	0,000	0,47	0,69
Opleidingsniveau: onbekend	0,31*	0,13	0,014	0,06	0,56
Type eigendom: huur	-2,41***	0,04	0,000	-2,49	-2,34
Type eigendom: onbekend	-1,77***	0,25	0,000	-2,26	-1,28
Type huishouden: heeft partner	-0,16***	0,05	0,000	-0,25	-0,07
Afstand tot kinderen	0,07***	0,01	0,000	0,05	0,09
Aantal medicijnen	-0,03***	0,00	0,000	-0,03	-0,02
Mantelzorg geven	-0,07**	0,02	0,002	-0,11	-0,03
Gebruik maatwerkarrangement	-0,50***	0,05	0,000	-0,60	-0,39
Specialisme: Allergologie	1,05***	0,31	0,001	0,45	1,66
Voertuig & rijbewijs	0,30***	0,04	0,000	0,21	0,38
Afstand tot OV	0,07***	0,02	0,001	0,03	0,11
Rookstatus: Voorheen	-0,10**	0,04	0,009	-0,18	-0,03
Rookstatus: Huidig	-0,43***	0,08	0,000	-0,58	-0,27
Gewicht: Overgewicht	-0,16***	0,04	0,000	-0,23	-0,09
Gewicht: Obesitas	-0,40***	0,06	0,000	-0,51	-0,28
Gewicht: Onbekend	-0,37***	0,08	0,000	-0,53	-0,21
Alcoholgebruik	0,05**	0,02	0,002	0,02	0,08
Voldoet aan bewegingsrichtlijn	0,14***	0,04	0,000	0,07	0,21

Noten:***P=<0,001; **P=<0,01; *P=<0,05

Factor	Bijdrage	Beschrijving
Demografische aspecten		
Leeftijd	0,65	Voor elke 10 jaar dat een 75-plusser ouder wordt, neemt de ervaren welvaart met 0,65 af.
Geslacht	0,03	Wanneer een 75-plusser een vrouw is, is de ervaren welvaart 0,03 hoger dan wanneer dit een man is.
Opleidingsniveau	0,58	Wanneer een 75-plusser (midden-)hoog opleid is, is de ervaren welvaart 0,58 hoger dan wanneer dit een laag opgeleide 75-plusser is
	0,31	Wanneer de opleiding van een 75-plusser onbekend is, is de ervaren welvaart 0,31 hoger dan wanneer dit een laag opgeleide 75-plusser is
Type huishouden	-0,16	Wanneer een 75-plusser een partner heeft, is de ervaren welvaart 0,16 lager dan wanneer een 75-plusser geen partner meer heeft.
Type eigendom	-2,41	75-plussers in een huurwoning, ervaren welvaart 2,41 lager 75-plussers in een koopwoning
	-1,77	Wanneer een 75-plusser noch huurt noch koopt, is de ervaren welvaart 1,77 lager dan de 75-plusser een koopwoning heeft
Sociale aspecten		
Afstand tot kinderen	0,07	Voor elke verdrievoudiging van afstand tot kinderen neemt de ervaren welvaart met 0,07 toe.
Zorgaspecten		
Medicijngebruik	-0,03	Voor elk additioneel medicijn dat een 75-plusser gebruikt, neemt de ervaren welvaart met 0,03 af.
Mantelzor geven	-0,07	Voor elke verdrievoudiging van gegeven mantelzorg, neemt de ervaren welvaart met 0,07 af.
Gebruik maatwerk-arrangement	-0,50	Wanneer een 75-plusser maatwerk gebruikt, is de ervaren welvaart 0,5 lager dan wanneer de 75-plusser geen maatwerk gebruikt.
Specialisme	1,05	Voor 75-plussers die een behandeling Allergologie hebben ontvangen, is de ervaren welvaart 1,05 hoger
Mobiliteitsaspecten		
Voertuig & rijbewijs	0,30	Wanneer een 75-plusser een rijbewijs en voertuig heeft, is de ervaren welvaart 0,3 hoger dan wanneer de 75-plusser dit niet heeft.
Openbaar vervoer	0,07	Voor elke verdrievoudiging van afstand tot het Openbaar Vervoer, neemt de ervaren welvaart met 0,07 toe.
Leefstijl aspecten		
Rookstatus	-0,10	Wanneer een 75-plusser voorheen gerookt heeft, is de ervaren welvaart 0,1 minder dan wanneer de 75-plusser nooit gerookt heeft.
	-0,43	Wanneer een 75-plusser rookt, is de ervaren welvaart 0,43 lager dan wanneer de 75-plusser nooit gerookt heeft.
Gewicht	-0,16	Wanneer een 75-plusser overgewicht heeft, is de ervaren welvaart 0,16 minder dan wanneer de 75-plusser normaal gewicht heeft.
	-0,40	Wanneer een 75-plusser obsitas heeft, is de ervaren welvaart 0,4 lager dan wanneer de 75-plusser normaal gewicht heeft.
	-0,37	Wanneer het gewicht van een 75-plusser onbekend is, is de ervaren welvaart 0,37 lager dan wanneer de 75-plusser normaal gewicht heeft.
Alcoholgebruik	0,05	Voor elke verdrievoudiging van hoeveelheid alcohol die zij drinken, neemt de ervaren welvaart met 0,05 toe.
Bewegingsrichtlijn	0,14	Wanneer een 75-plusser voldoet aan de bewegingsrichtlijn, is de ervaren welvaart 0,14 hoger dan wanneer de 75-plusser niet voldoet aan de bewegingsrichtlijn.

9. Referenties

- i Mehmet Gürhan Karakaya, Sevil Çuvalci Bilgin, Gamze Ekici, Nezire Köse, Ayşe Saadet Otman (2009). Functional Mobility, Depressive Symptoms, Level of Independence, and Quality of Life of the Elderly Living at Home and in the Nursing Home. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(9), 662-666
- ii Farzianpour, F., Foroushani, A. R., Badakhshan, A., Gholipour, M., & Roknabadi, E. H. (2015). Quality of Life for Elderly Residents in Nursing Homes. *Global journal of health science*, 8(4), 127-135
- iii Wilhelmson, K., Andersson, C., Waern, M., & Allebeck, P. (2005). Elderly people's perspectives on quality of life. *Ageing and Society*, 25(4), 585-600
- iv Flávio M F Xavier^{a,b}, Marcos P T Ferraz^b, Norton Marcc, Norma U Escosteguyc and Emílio H Moriguchi (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25(1):31-9
- v Nies, H. Nóg langer thuis wonen als gezamenlijke opgave. *Geron* 17, 4-7 (2015).
- vi van Wijck, F. 'Behandel kwetsbare ouderen in hun vertrouwde omgeving.'. *Tandartsprakt* 38, 33-35 (2017)
- vii Machielse, A. Een trendbreuk in eenzaamheid?. *Geron* 20, 50-52 (2018).
- viii de van der Schueren, M.A.E. Een toenemend probleem: Ondervoeding bij thuiswonende ouderen. *TVZ* 128, 20-22 (2018)
- ix Bergsma, A., de Vocht, H. & Uitdehaag, M. Voorlichting over langer thuis wonen. Wat vinden ouderen ervan?. *Geron* 17, 21-24 (2015)
- x Felce, D. & Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(10):51-74.
- xi Beuningen, J. (2020). Dimensies van Kwaliteit van Leven en een Kwaliteit van Leven indicator voor thuiswonende ouderen op basis van de Gezondheidsmonitor. CBS

Colofon

Directie Macro-economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt (MEVA)
Afdeling Algemeen Economisch Beleid (AEB)

Zorganalytics

Auteurs: Myrte Tjoa, Niels Vink, Rafael Lizanzu

Dit is een uitgave van
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres
Parnassusplein 5 | 2511 vx Den Haag

Postadres
Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag
Telefoon 070 340 79 11
www.rijksoverheid.nl/vws

december 2021