

RIVM rapport 270054001/2005

Gezond actief: de relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie onder Nederlandse ouderen

N Hoeymans¹, JM Timmermans², MMY de Klerk²,
AH de Boer², DJH Deeg³, JL Poppelaars³, F Thissen⁴,
JC Droogleever Fortuijn⁴, AEM de Hollander¹

1. Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven
2. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag
3. Vrije Universiteit Medisch Centrum (VU-MC), Amsterdam
4. Universiteit van Amsterdam, Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen, afdeling Geografie, Planologie en internationale ontwikkelingstudies

Contact: N. Hoeymans
Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV)
Nancy.Hoeymans@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht en ten laste van de Gezondheidsraad, in het kader van project 270054, Ziektelast en Maatschappelijke Participatie.

Rapport in het kort

Gezond actief: de relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie onder Nederlandse ouderen

Op verzoek van de Gezondheidsraad heeft het RIVM onderzoek gedaan naar de samenhang tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie. De uitkomsten van dit onderzoek laten er weinig twijfel over bestaan dat ziekte de deelname aan het maatschappelijke leven flink vermindert. Dit hangt vooral samen met functionele beperkingen die gepaard gaan met ziekten. Zo neemt het verrichten van vrijwilligerswerk sterk af bij die aandoeningen die de mobiliteit aantasten, zoals een beroerte of aandoening van het bewegingsapparaat. Vaak gaat echter de persoonlijke betrokkenheid bij de samenleving wel door. Mensen met een psychische aandoening participeren het minst. Dit geldt bovendien voor alle vormen van participatie, ook voor bijvoorbeeld het onderhouden van contacten.

Epidemiologische verkenningen laten een toename zien van chronische ziekten, waarmee in principe ook mogelijkheden voor participatie verminderen. Deze toename van aandoeningen lijkt echter niet één op één gepaard te gaan met een toename van beperkingen. Kennelijk slaagt men er steeds beter in beperkingen terug te dringen. Als deze trend doorzet, verbeteren tegelijkertijd de participatiemogelijkheden van ouderen en chronisch zieken.

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van drie onderzoeken bij ouderen van 55 jaar en ouder: het 'Aanvullend Voorzieningsgebruik Onderzoek' van het Sociaal en Cultureel Planbureau, de 'European Study of Adult Well-being' van de UvA, en de 'Longitudinal Ageing Study Amsterdam' van de VU. Deze onderzoeken bevatten zowel informatie over ziekten en beperkingen als over maatschappelijke participatie. Bij maatschappelijke participatie gaat het om persoonlijke betrokkenheid bij de samenleving (zoals recreatieve en culturele activiteiten), en om participatie met een direct maatschappelijk nut (zoals betaalde arbeid en vrijwilligerswerk).

Trefwoorden: ouderen, maatschappelijke participatie, chronische ziekten, functionele beperkingen

Abstract

Healthy and active: the relationship between disease, disability and social participation among elderly in the Netherlands

The Health Council of the Netherlands asked the National Institute for Public Health and the Environment to examine the relationship between diseases, disabilities and social participation. The analyses leave little room for doubt: chronic diseases reduce social participation substantially. This is mainly due to disabilities that people with chronic diseases experience. Volunteering in jobs or giving informal care, for example, are strongly reduced in people with diseases that effect mobility, such as stroke or musculoskeletal diseases. In most cases, however, more personal forms of participation have not diminished. People with mental diseases experience the most participation problems without exception, even including social contacts.

Epidemiological prognoses show an increase of chronic diseases in the future and thus a reduced potential for participation. This increase in chronic diseases, however, does not seem to be accompanied by an equal increase in functional disabilities. Evidently, we are succeeding more and more in reducing disabilities. If this trend continues, the possibilities of social participation for the elderly and chronically ill will increase at the same time.

Three studies – the ‘Amenities and Social Services Utilization Survey’ (AVO), the European Study on Adult Well-being (ESAW) and the Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)– supplied us with information on people of 55 or older. These studies contain information on both diseases and social participation. Social participation is defined as personal involvement with society (as recreational or cultural activities) and participation with a direct benefit for society (as paid jobs and volunteer work).

Key words: elderly, social participation, chronic diseases, disability

Voorwoord

Dit rapport is een achtergrondstudie bij het recent verschenen advies van de Gezondheidsraad *Vergrijzen met ambitie*. De Themacommissie Ouderenbeleid van de Tweede Kamer heeft de Gezondheidsraad gevraagd advies uit te brengen over ontwikkelingen op het gebied van zorg en vergrijzing op de middellange en lange termijn. Een van de vragen in het advies was: ‘In hoeverre leiden ziekten en beperkingen ertoe dat ouderen minder actief participeren in de maatschappij?’ De Gezondheidsraad heeft het RIVM gevraagd na te gaan of deze vraag op basis van bestaande gegevensbestanden te beantwoorden is.

Het RIVM heeft vervolgens drie bestaande gegevensbestanden nader geanalyseerd op de relatie tussen gezondheid en maatschappelijke participatie. De uitkomsten van deze analyses lieten er geen twijfel over bestaan dat ouderen die lijden aan (chronische) ziekten minder maatschappelijk actief zijn dan gezonde ouderen. Dit wordt veroorzaakt door de functionele beperkingen die met deze ziekten samenhangen.

Dit rapport had niet tot stand kunnen komen zonder hulp van de onderzoekers van de ouderenstudies die we gebruikt hebben in dit onderzoek. De dank betreft niet alleen het zeer snel ter beschikking stellen van de gegevens, maar ook de hulp bij de analyses en de interpretatie daarvan en de nuttige opmerkingen bij een eerdere versie van het rapport. Judith Wolleswinkel van Pallas Health Research and Consultancy, heeft een deel van de statistische bewerkingen uitgevoerd. Ook RIVM-collega's willen we bedanken voor hun bijdrage aan het rapport: Anneke van den Berg Jeths, Marijke de Kleijn-de Vrankrijker, Fons van der Lucht, René Poos, Marja Tjihuis en Henriëtte Treurniet.

Inhoud

Samenvatting	6
1. Inleiding	7
1.1 Context	7
1.2 Wat is maatschappelijke participatie?	7
1.3 Gegevens over maatschappelijke participatie	9
1.4 Probleemstelling	9
2. Materiaal en methoden	11
2.1 Operationalisatie van maatschappelijke participatie	11
2.2 Ziekten en beperkingen: keuze en meting	12
2.3 Het aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO)	13
2.4 European Study on Adult Well-being (ESAW)	14
2.5 De 'Longitudinal Aging Study Amsterdam' (LASA)	16
2.6 Statistische analyses	17
3. Resultaten	19
3.1 Maatschappelijke participatie bij ouderen	19
3.2 Ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie	22
3.3 Maatschappelijke participatie in de toekomst	26
4. Conclusie en aanbevelingen	28
Literatuur	32

Samenvatting

Maatschappelijke participatie, wat is dat eigenlijk?

Op verzoek van de Gezondheidsraad heeft het RIVM onderzoek gedaan naar de samenhang tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie. Hierbij is niet alleen van belang wat we precies verstaan onder participatie, maar vooral ook hoe het gemeten is. In deze analyse is gekeken naar het verrichten van *betaalde arbeid*, *vrijwilligerswerk* en het verlenen van *informele hulp* aan familie of burens als vormen van deelname aan de samenleving die niet alleen tegemoet komen aan ons ‘menschzijn’, maar ook een duidelijk maatschappelijk nut hebben. Daarnaast is gekeken naar de meer persoonlijke betrokkenheid bij de samenleving, bijvoorbeeld via deelname aan *recreatieve en culturele activiteiten* of *sociale contacten*. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van recente gegevens uit drie onderzoeken bij zelfstandig wonende ouderen van 55+: Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek (AVO) van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), de ‘European Study of Adult Well-being’ (ESAW) van de UvA, en de ‘Longitudinal Ageing Study Amsterdam’ (LASA) van de VU.

Ziekten en beperkingen verminderen deelname aan maatschappelijk leven

De analyses laten er weinig twijfel over bestaan dat een chronische aandoening de deelname aan het maatschappelijke leven flink vermindert. Dit hangt vooral samen met functionele beperkingen die mensen als gevolg van hun ziekte ondervinden. Zo neemt het verrichten van vrijwilligerswerk of het geven van informele hulp juist sterk af bij die aandoeningen die de mobiliteit aantasten, zoals beroerte, hartziekten of aandoeningen van het bewegingsapparaat. Vaak gaat echter de persoonlijke betrokkenheid bij de samenleving wel door. Mensen met psychische aandoeningen als depressie, angst- en cognitieve stoornissen participeren het minst. Dit geldt bovendien voor alle vormen van participatie, ook voor bijvoorbeeld het onderhouden van contacten. Overigens dient men bedacht te zijn op een omkering van oorzaak en gevolg. Men kan immers ook juist als gevolg van afgenomen participatie gezondheidsproblemen krijgen.

De oudere van de toekomst

Epidemiologische verkenningen laten een toename zien van chronische ziekten, waarmee in principe ook mogelijkheden voor participatie verminderen. Deze toename van aandoeningen lijkt echter niet één op één gepaard te gaan met een toename van beperkingen. Kennelijk slaagt men er steeds beter in beperkingen terug te dringen. Als deze medisch-technologische trend doorzet, verbeteren tegelijkertijd de participatiemogelijkheden van ouderen en chronisch zieken. Er zijn ook andere gunstige trends. Zo verbetert het gemiddelde opleidings- en inkomensniveau, met mogelijk een dito effect op de maatschappelijke participatie.

1. Inleiding

1.1 Context

De Themacommissie Integraal Ouderenbeleid van de Tweede Kamer heeft een aantal adviesraden¹, waaronder de Gezondheidsraad om advies gevraagd over ontwikkelingen die het gevolg zijn van de vergrijzing van de bevolking. De gestelde vragen zijn zeer divers van aard. Het gaat bijvoorbeeld om de woonvormen van ouderen in relatie tot hun afhankelijkheid van welzijnsvoorzieningen, om het stimuleren van een gezonde leefstijl, waardoor chronische ziekten kunnen worden teruggedrongen en de benutting van de verbeterende conditie van ouderen waardoor ze een langer arbeidzaam leven kunnen leiden.

In de opzet van het advies schetst de Gezondheidsraad de fasen van lichamelijke en geestelijke achteruitgang, vaak gekenmerkt door ziekten en aandoeningen die via functiebeperkingen leiden tot verminderde maatschappelijke participatie. Daarbij worden factoren die van invloed zijn op dit proces belicht. De Gezondheidsraad heeft het RIVM gevraagd om meer, liefst kwantitatief, inzicht te geven in de relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie bij ouderen.

1.2 Wat is maatschappelijke participatie?

Maatschappelijke participatie bij ouderen staat dus centraal. Maar waarom willen we dit weten, waarom is dit interessant voor de Haagse politiek? En wat is dat eigenlijk ‘maatschappelijke participatie’? Achter de vraagstelling gaat de gedachte schuil dat maatschappelijke participatie staat voor allerlei positieve aspecten van ons menszijn, zoals zelfbeschikking, productiviteit, zelfontplooiing, het vermogen tot betrokkenheid, sociaal contact (het vermijden van isolement), of zelfchting. Het lijkt veel minder te gaan om het nut van activiteiten voor de maatschappij. Maar participatie heeft natuurlijk ook een maatschappelijk nut, hetzij direct, bijvoorbeeld door het verrichten van betaalde arbeid, vrijwilligerswerk of het verlenen van informele hulp, hetzij indirect. Persoonlijke betrokkenheid bij de samenleving is bijvoorbeeld niet alleen cruciaal voor zelfontplooiing en het persoonlijk welzijn, maar evenzeer voor het ‘weefsel van de samenleving’. Dit geldt bijvoorbeeld voor deelname aan recreatieve en culturele activiteiten of sociale contacten.

Ook het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) constateert in haar rapportage ouderen uit 1998 dat maatschappelijke participatie van ouderen om twee redenen van belang is en formuleert het zo: ‘Ten eerste heeft de maatschappij baat bij de inzet van ouderen bij allerlei vormen van maatschappelijke participatie. Te denken valt aan de grote hoeveelheden

¹ Ook de Sociaal-Economische Raad (SER), De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) en de VROM-raad.

vrijwilligers die hulp verlenen aan zieken en ouderen. Echter, ook ouderen zelf hebben er baat bij om actief te zijn. Niet alleen biedt dit een manier om bijvoorbeeld sociale contacten te onderhouden, maar ook leidt het ertoe dat mensen langer actief en fit blijven. Bovendien geeft het veel mensen een gevoel nuttig te zijn' (De Klerk en Timmermans, 1999).

Een definitie voor maatschappelijke participatie lijkt voor de hand te liggen. De ICF (International Classification of Functioning and Health) definieert het dan ook gewoon als 'iemand's deelname aan het maatschappelijke leven' (WHO, 2002). In een recent advies van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) over de betekenis van de toenemende arbeidsparticipatie onder ouderen wordt gesproken over maatschappelijke inzet.

Maatschappelijke inzet wordt dan gedefinieerd als activiteiten die een bepaalde tijdsinzet vergen, die niet tegen betaling worden verricht, en die ten goede komen aan bepaalde maatschappelijke groeperingen, de leden van het eigen huishouden uitgezonderd. Met deze definitie komt de RMO tot vier activiteiten: lokaal en politiek activisme, vrijwilligerswerk, informele hulp, en zorg voor (klein)kinderen (Breedveld et al., 2004). Het Sociaal en Cultureel Planbureau definieert in zijn onderzoek naar maatschappelijke participatie bij ouderen (De Klerk en Timmermans, 1999) het begrip eigenlijk vooral door middel van een operationalisatie. Hierbij kiest het SCP zowel terreinen waarbij het directe maatschappelijke belang voorop staat (vrijwilligerswerk, informele hulp geven, lidmaatschap belangenvereniging), als terreinen waarbij ook de ouderen zelf baat hebben (lidmaatschap gezelligheidsverenigingen, culturele en recreatieve participatie). Soms ook wordt participatie veel breder gedefinieerd: volgens de Vereniging van Nederlandse Gemeenten is maatschappelijke participatie het ten volle benutten van mogelijkheden en talenten voor het eigen welbevinden, voor dat van familie en vrienden en voor de lokale samenleving (VNG, 2004).

Zonder tot een welluidende definitie te komen, is in ieder geval een aantal elementen van maatschappelijke participatie van belang in dit onderzoek. Zo gaat het niet om één of enkele, maar om vele vormen van maatschappelijke betrokkenheid, zowel actieve (zoals vrijwilligerswerk) als passieve vormen van participatie (bijvoorbeeld passief lid zijn van een vereniging of maatschappelijke betrokkenheid die zich uit in het lezen van kranten of opiniebladen). Ook gaat het om vormen van participatie die zowel direct als indirect 'nuttig' zijn voor de samenleving. In deze analyse kijken we naar het verrichten van *betaalde arbeid*, *vrijwilligerswerk* en het verlenen van *informele hulp* aan familie of burens als vormen van deelname aan de samenleving die niet alleen tegemoet komen aan ons 'menschzijn', maar ook een duidelijk maatschappelijk nut hebben (participatie ten behoeve van de maatschappij). Daarnaast is gekeken naar de meer persoonlijke betrokkenheid bij de samenleving, bijvoorbeeld via deelname aan *recreatieve* en *culturele* activiteiten of *sociale contacten* (participatie ten behoeve van zelfontplooiing en eigen welzijn).

Een ander belangrijk aspect bij maatschappelijke participatie is de 'norm'. Hoeveel participatie is voldoende? Zou het niet ook mogelijk moeten zijn om bewust te kiezen voor

een teruggetrokken leven, vooral op oudere leeftijd?². Hier zullen we niet verder ingaan op deze vragen, maar de relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie vrij ‘pragmatisch’ onder de loep nemen.

1.3 Gegevens over maatschappelijke participatie

Zodra maatschappelijke participatie was gedefinieerd en geoperationaliseerd, is een inventarisatie gemaakt van gegevensbronnen die geschikt waren om de relatie met ziekten, aandoeningen en beperkingen te beschrijven. Hierbij is gekozen voor het Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek (AVO) van het SCP als centrale gegevensbron. Met deze bron als basis sluiten onze resultaten goed aan op de onderzoeken die het SCP regelmatig publiceert over maatschappelijke participatie (Breedveld et al., 2004; De Klerk 2001; Dekker et al., 1999). Deze bron kent echter een vrij beperkte operationalisatie van maatschappelijke participatie (zie paragraaf 2.3). Daarom is de ESAW-studie (European Study of Adult Well-being) van de UvA, dat meer terreinen bestrijkt, gekozen als aanvulling.

Verder was geen informatie over psychische problematiek voorhanden in het AVO-onderzoek en evenmin in de ESAW-studie. Om deze reden is het LASA-onderzoek (Longitudinal Aging Study Amsterdam) van de VU toegevoegd. In dit onderzoek zijn angststoornissen en depressie op een betrouwbare en valide manier gemeten. Bovendien geven de extra gegevens uit de ESAW- en LASA-studie meer informatie over de ‘robuustheid’ van de resultaten uit het AVO-onderzoek.

Overigens zijn in twee van de drie onderzoeken, geen ouderen uit verpleeg- en verzorgingshuizen opgenomen in de steekproef. De resultaten hebben dan ook voornamelijk betrekking op de zelfstandig wonende 55-plussers.

1.4 Probleemstelling

Het belangrijkste doel van dit onderzoek is een kwantitatieve beschrijving van de relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie onder ouderen. Omdat we zowel in arbeidsparticipatie als in andere vormen van participatie geïnteresseerd zijn, hebben de resultaten betrekking op ouderen in de leeftijdsgroep van 55 jaar en ouder. Allereerst beschrijven we hoeveel ouderen op welke gebieden deelnemen aan de samenleving. We kijken daarbij naar verschillen tussen mannen en vrouwen, leeftijdsgroepen (jongere ouderen en oudere ouderen), getrouwde en niet (meer) getrouwde ouderen, en sociaal-economische klassen.

² In de laatste levensfase hebben ouderen mogelijk veel minder behoefte aan activiteiten. Volgens de psycholoog Erikson staat in de ouderdom het thema ‘integratie versus wanhoop’ centraal. De oudere overdenkt zijn leven om te bezien of het goed was, of hij zijn leven zoals het gegaan is aanvaard. Uiteindelijk moet de oudere mens kunnen zeggen: ‘Mijn leven is goed zoals het geweest is’. Als hem dit niet lukt, zal hij wanhopig worden. Hij kan het leven immers niet meer overdoen.

Vervolgens beschrijven we de relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie. Dit doen we apart voor mannen en vrouwen en voor verschillende leeftijdsgroepen. Mogelijk is de relatie bij vrouwen bijvoorbeeld anders dan bij mannen, of bij jongere ouderen anders dan bij oudere ouderen. We kwantificeren de relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie op twee manieren. Allereerst onderzoeken we welke ziekten het sterkst samenhangen met de deelname aan de verschillende vormen van participatie. Of: welke patiëntengroep heeft het laagste participatieniveau. Vervolgens kijken we meer vanuit het perspectief van de samenleving en beantwoorden we de vraag welke ziekten verantwoordelijk zijn voor de meeste participatieproblemen. Hierbij is niet alleen van belang hoe ‘invalidierend’ een bepaalde ziekte is, maar ook hoeveel mensen aan deze ziekte lijden.

Tenslotte werpen we een blik in de toekomst. Met behulp van een demografische prognose schatten we welk deel van de ouderen in 2020 maatschappelijk actief zal zijn. Hierbij gaan we er vanuit dat de maatschappelijke participatie voor mannen en vrouwen in elke leeftijdsgroep gelijk blijft. Daarnaast gaan we in op de mogelijke invloed van epidemiologische en andere trends op de maatschappelijke participatie van ouderen. De demografische prognose is kwantitatief van aard, de invloed van andere trends beschrijven we op een kwalitatieve wijze.

2. Materiaal en methoden

Voor de uitwerking van de relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie is, zoals in de vorige paragraaf vermeld, gebruik gemaakt van een drietal onderzoeken: het Aanvullend Voorzieningsgebruik Onderzoek (AVO) van 2003, het LASA-onderzoek (Longitudinal Ageing Study Amsterdam) van 1992/1993 en de ESAW-studie (European Study on Adult Well-being) van 2002-2003. Deze onderzoeken hebben gemeen dat ze zowel informatie over gezondheid en ziekten bevatten als over maatschappelijke participatie bij ouderen van 55 jaar en ouder in een nationale steekproef. Wel zijn in elk van deze studies ziekten en participatievormen anders gemeten. De operationalisaties van participatie en gezondheid komen aan bod in paragraaf 2.1 en 2.2. Vervolgens komen in drie afzonderlijke paragrafen de drie onderzoeken achtereenvolgens aan bod (paragraaf 2.3 t/m 2.5). Met de gegevens van elk onderzoek zijn dezelfde statistische analyses uitgevoerd. Deze beschrijven we in paragraaf 2.6.

Zoals ook in de inleiding al vermeld, staan de resultaten uit het AVO-onderzoek centraal. Het ESAW-onderzoek is in het bijzonder van belang als het gaat om informatie over sociale contacten en ‘maatschappelijke betrokkenheid’, twee participatievormen die in het AVO-onderzoek ontbreken. Het LASA-onderzoek levert de informatie over de relatie tussen angststoornissen en depressie aan de ene kant en sociale contacten maatschappelijke participatie aan de andere kant.

2.1 Operationalisatie van maatschappelijke participatie

Voor het onderzoek dat we hier presenteren zijn acht vormen van participatie geselecteerd. In deze paragraaf beschrijven we kort wat we verstaan onder deze participatievormen. De exacte operationalisatie verschilt echter nogal tussen de verschillende onderzoeken. Deze is te vinden bij de beschrijving van de onderzoeken in de volgende paragrafen.

- *Betaalde arbeid* verrichten: het uitvoeren van betaald werk, in loondienst of als zelfstandige. We hanteren hierbij geen ondergrens voor het aantal uren dat men werkt.
- *Vrijwilligerswerk* doen: het uitvoeren van onbetaalde arbeid. Dit kan uiteenlopen van vrijwilligerswerk in het buurtcentrum in de wijk, het activiteitencentrum voor ouderen, de school, de kerk, de vereniging, de sportclub, en het plaatselijk museum. Ook verenigingen voor natuur- en milieuactiviteiten en belangengroepen werken met vrijwilligers. Bestuurlijk werk kan ook vrijwilligerswerk zijn.
- *Informele hulp* verlenen: In het algemeen is informele hulp -ook wel mantelzorg genoemd- hulp die vrijwillig en onbetaald wordt gegeven. Het gaat om de steun aan iemand uit het sociale netwerk die vanwege een ziekte of handicap reguliere taken niet uit kan voeren.

- Lid zijn van een *vereniging*. Zowel passief als actief lidmaatschap van een vereniging telt mee. Verenigingen zijn zeer uiteenlopend van aard, van sport- en gezelligheidsverenigingen, tot politieke en maatschappelijke verenigingen. Om nog enigszins onderscheid te maken delen we het lidmaatschap in in 3 groepen: *politieke vereniging*: politieke partij of –vereniging, werkgeversorganisatie, vakbond of middenstandsorganisatie; *belangenvereniging*: organisatie met een specifiek maatschappelijk doel (bijvoorbeeld Amnesty International) of organisatie op het gebied van natuur of milieu (bijvoorbeeld Natuurmonumenten); *gezelligheidsclub*: gezelligheids- of hobbyvereniging (bijvoorbeeld sportvereniging, toneelvereniging).
- Deelnemen aan *culturele* activiteiten: met enige regelmaat de bioscoop, het theater, museum of een andere culturele activiteit bezoeken.
- Deelnemen aan *recreatieve* activiteiten: met enige regelmaat recreatieve activiteiten ondernemen, zoals het bezoeken van sportwedstrijden, natuurgebieden of aangelegde recreatiegebieden. Ook deelnemen aan activiteiten van het buurthuis horen in deze categorie.
- Regelmatig *sociaal contact* onderhouden. Het gaat hierbij in eerste instantie om het op bezoek gaan of bezoek krijgen van familieleden, vrienden, kennissen of buurtgenoten. Verder kan ook telefoneren, chatten op het Internet en café- of restaurantbezoek tot sociaal contact gerekend worden.
- Maatschappelijke *betrokkenheid* of ‘bijblijven’: dit is een meer passieve vorm van participatie die zich uit in het bijhouden van het nieuws en maatschappelijke ontwikkelingen via kranten, tijdschriften, televisie en/of radio. Ook het volgen van een cursus valt onder maatschappelijke betrokkenheid.

2.2 Ziekten en beperkingen: keuze en meting

Elf ziekten of ziektegroepen zijn geselecteerd: hartziekten, ziekten van het zenuwstelsel, ziekten van het bewegingsapparaat, astma en COPD, kanker, beroerte, diabetes, gevolgen van een ongeval, depressie, angststoornissen, en cognitieve stoornissen. Deze keus is vooral gebaseerd op het recente ouderenrapport van het RIVM en SCP (Van den Berg Jeths et al., 2004). De gegevens van de ziekten zijn afkomstig van zelfrapportage met behulp van één vraag per ziekte. Alleen de psychische stoornissen zijn nagevraagd met gevalideerde vragenlijsten.

Lichamelijke beperkingen hebben betrekking op verschillende gebieden: zelfzorg oftewel activiteiten van het dagelijks leven (ADL), mobiliteit (lopen), huishoudelijke activiteiten, en beperkingen van het gehoor en gezichtsvermogen.

De precieze vraagstelling en meetinstrumenten van ziekten en beperkingen zijn per onderzoek beschreven in paragraaf 2.3 tot en met 2.5.

2.3 Het aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO)

Het Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek wordt uitgevoerd door het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en is een vierjaarlijks enquête-onderzoek, met als doel gegevens te verzamelen over het gebruik van een groot aantal maatschappelijke en culturele voorzieningen. Voor dit onderzoek wordt een adressensteekproef getrokken bij het TPG-afgiftepuntenbestand. De instellingsbevolking (zoals ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen) maken geen deel uit van de steekproef. De omvang van dit onderzoek is ongeveer 6.400 huishoudens (13.776 personen) van 6 jaar en ouder (respons van 60%). Dit komt neer op ongeveer 3.000 55-plussers.

Operationalisatie van ziekten:

Zelfrapportage van:

1. hart- en vaatziekten: ernstige hartaandoening en/of vernauwing van bloedvaten in buik of benen
2. ziekten van het zenuwstelsel: MS, Parkinson, epilepsie
3. ziekten van het bewegingsapparaat: gewrichtsslijtage (artrose) van heupen of knieën, chronische gewrichtsontsteking (chronisch reuma, reumatoïde artritis), ernstige hardnekkige aandoening van de rug (inclusief hernia), ernstige hardnekkige aandoening van de elleboog, pols of hand. Van deze ziekten zijn alleen de matig tot ernstige vormen geselecteerd.
4. astma, chronische bronchitis, longemfyseem of cara
5. kanker of kwaadaardige aandoening
6. (gevolgen van) beroerte, hersenbloeding of herseninfarct
7. diabetes mellitus
8. gevolgen van een ongeval

Operationalisatie van beperkingen:

1. ADL (zelfzorg)
2. mobiliteit (lopen)
3. HDL (huishoudelijke activiteiten)
4. gezichtsstoornissen
5. gehoorstoornissen

Operationalisatie van participatie:

1. betaalde arbeid: minimaal 1 uur per week geregeld betaald werk (in loondienst of als zelfstandige).
2. vrijwilligerswerk: vrijwilligerswerk doen bij een vereniging of organisatie.
3. informele hulp: minimaal 1 uur per week hulp geven aan mensen die ziek of gehandicapt zijn (niet beroepsmatig, kostenloos).
4. lidmaatschap vereniging

- a. politiek: lid van een politieke partij of –vereniging of van een werkgeversorganisatie, vakbond of middenstandsorganisatie.
 - b. belangenvereniging: lid van een organisatie met een specifiek maatschappelijk doel (bijvoorbeeld amnesty International) of van een organisatie op het gebied van natuur of milieu (bijvoorbeeld Natuurmonumenten).
 - c. gezelligheidsvereniging: lid een van gezelligheids of hobbyvereniging (bijv. sportvereniging, toneelvereniging).
5. cultuur: bezoek aan toneelvoorstelling, cabaret, concert, balletvoorstelling, bioscoop, of museum. (minimaal twee van deze activiteiten, meer dan 2 keer per jaar en /of minimaal één van deze activiteiten, meer dan 4 keer per jaar).
 6. recreatie: bezoek sportwedstrijd, buurthuis, attractie- of amusementspark, natuurgebied (bos, heide, meer), stadspark of –bos, aangelegde recreatiegebieden, bezienswaardige gebouwen, dorpen of stadsdelen. Minimaal een van deze activiteiten, 1 of meer keer per maand.

2.4 European Study on Adult Well-being (ESAW)

Het ESAW-onderzoek is een eenmalig onderzoek dat is uitgevoerd door de Universiteit van Amsterdam onder 1934 zelfstandig wonende personen van 50 tot 90 jaar in een aantal stedelijke en landelijke regio's in Nederland (Noord-Holland, Noord-Brabant, en Drenthe). Het onderzoek maakt deel uit van een Europese studie naar het welbevinden van ouderen gefinancierd door de Europese Unie in het kader van het Vijfde Kaderprogramma (QLRT-2001-00280) en in 2002-2003 uitgevoerd in zes EU-landen: Italië, Luxemburg, Nederland, Oostenrijk, Verenigd Koninkrijk en Zweden. De coördinatie van ESAW was in handen van prof. G. Clare Wenger van de University of Wales, Bangor (UK). In de ontwikkelde vragenlijst staat het begrip 'ageing well' centraal en zijn gegevens verzameld met betrekking tot vijf domeinen die hiervoor van betekenis worden geacht: sociale hulpbronnen, lichamelijke gezondheid en functioneren, mentale eigenschappen, activiteitenpatroon en materiële zekerheid. ESAW maakt deel uit van het mondiale onderzoeksproject het 'Global Aging Initiative', waarin naast de ESAW-landen een aantal andere landen binnen en buiten Europa is vertegenwoordigd. Het mondiale project werd gecoördineerd door prof. Barbara Hawkins van het Indiana University Center on Aging and Aged (US). Zie: <http://www.bangor.ac.uk/esaw/>.

De respondenten zijn in Nederland geselecteerd door middel van een getrapte aselechte steekproef. In eerste instantie zijn drie regio's geselecteerd: de regio's Amsterdam, 's-Hertogenbosch en Hoogeveen. In elk van deze regio's zijn buurten/wijken geselecteerd met uiteenlopende stedelijkheidsgraad (adressendichtheid) in acht gemeenten (Amsterdam, Zaandam, Landsmeer, 's-Hertogenbosch, Haaren, St. Michielsgestel, Hoogeveen en De Wolden). Binnen de stedelijke en landelijke categorie zijn buurten/wijken geselecteerd met een verschillende sociaal-economische positie. Binnen de geselecteerde buurten/wijken is een

aselecte steekproef getrokken. Ouderen die in een zorg- of verpleeginstelling verbleven zijn niet in het onderzoek betrokken. De response bedroeg 56,7 procent.

Operationalisatie van ziekten:

Zelfrapportage van:

1. kanker
2. diabetes
3. zenuwstelsel (Parkinson, MS, epilepsie)
4. beroerte
5. hartziekten (hartaandoening, problemen met de bloedsomloop)
6. astma/COPD
7. ziekten van het bewegingsapparaat.

Operationalisatie van beperkingen:

1. gezichtsvermogen (slecht of geheel blind)
2. gehoor (slecht of geheel doof)
3. ADL (zelf eten, zichzelf aan- en uitkleden, in en uit bed komen, bad nemen of douchen, naar toilet gaan): kan niet of alleen met hulp
4. mobiliteit (kunt u lopen): kan niet of alleen met hulp
5. IADL (boodschappen doen, maaltijden bereiden, huishoudelijk werk, financiële zaken afhandelen): kan niet of alleen met hulp

Operationalisatie van maatschappelijke participatie:

1. betaald werk: minimaal '1x per maand' betaald werk verrichten.
2. vrijwilligerswerk: minimaal '1x per maand' vrijwilligerswerk.
3. informele hulp: minimaal '1x per maand' mensen helpen (hulp bij persoonlijke verzorging, huishoudelijk werk, kinderopvang, klussen, reparaties uitvoeren, woningonderhoud, tuinonderhoud, vervoer, administratie, hulpbehoevende mensen bezoeken, andere hulptaken).
4. actief lidmaatschap vereniging: minimaal '1x per maand' deelnemen aan activiteiten van verenigingen of organisaties.
5. sociale contacten: minimaal '1x per week' op bezoek gaan, bezoek ontvangen, gezinsuitstapje, uit eten gaan, café-bezoek, telefoneren, e-mailen, chatten, andere sociale activiteiten.
6. culturele participatie: minimaal '1x per maand' naar de film, concertzaal, theater, museum, tentoonstelling bezoeken.
7. recreatieve participatie: minimaal '1x per maand' doen aan sport, bezoek sportwedstrijd, bezoek evenement.
8. maatschappelijke betrokkenheid: minimaal 'wekelijks' TV-kijken, radio luisteren, kranten, tijdschriften lezen of surfen op internet.

2.5 De ‘Longitudinal Aging Study Amsterdam’ (LASA)

De Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) is een interdisciplinair, longitudinaal onderzoek in de oudere bevolking (55-85 jaar). Het onderzoek is uitgevoerd in 3 regio's in die samen representatief zijn voor Nederland (Deeg et al., 1993). Het cohort is gestratificeerd naar leeftijd, sekse en verwachte sterfte na vijf jaar. De bevolkingsregisters vormden het steekproefkader, waardoor zowel de zelfstandig wonende als de institutionele bevolking konden worden onderzocht. Het cohort werd oorspronkelijk gerecruteerd voor het NESTOR-onderzoek ‘Leefvormen en sociale netwerken van ouderen’ (LSN), dat een response had van 62,3% (Knipscheer et al., 1995). Na tien maanden werden de overlevende LSN-deelnemers (n=3677) benaderd voor de eerste LASA-waarneming (1992-93). Van hen namen 3107 personen deel (response: 84,5%). Voorts weigerde 10,7%, was 3,6% te zwak om deel te nemen, en kon met 1,2% zelfs na acht pogingen geen contact worden verkregen. Niet-deelname hing samen met een hogere leeftijd, maar niet met sekse (Deeg et al., 2002). Het LASA-cohort is daarna verschillende keren opnieuw onderzocht, maar in deze studie gebruiken we gegevens uit de eerste meting.

Operationalisatie van ziekten:

1. Angst is gemeten met de ‘Hospital Anxiety Depression Scale’ (HADS-A). Bij respondenten die op de 7 items over angst van deze schaal hoger scoren dan 7 is er sprake van een angststoornis. (Zigmond en Snaith, 1983).
2. Depressie is gemeten met de ‘Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale’ (CES-D). Bij een score die hoger is dan 15 is er sprake van een depressieve stoornis (Radloff, 1977).
3. Cognitieve stoornissen zijn gemeten met behulp van de ‘Mini-Mental State Examination’ (MMSE). Er is sprake van een verminderd cognitief functioneren bij een score van 23 of minder (Folstein et al., 1975).
4. Somatische ziekten: zelf-rapportage van één of meer van de volgende chronische lichamelijke ziekten: hartziekten (myocard infarct, angina pectoris, hartfalen en hartritmestoornissen), perifere vaatlijden, beroerte, diabetes, kanker, astma en COPD, en gewrichtsklachten (artrose en reumatoïde artritis).

Operationalisatie van beperkingen

Functionele beperkingen zijn nagevraagd met behulp van drie items: een trap van 15 treden op- en neergaan zonder stil te moeten staan, gebruik maken van eigen of openbaar vervoer, en eigen teennagels knippen. De antwoordcategorieën waren: ja, ja zonder moeite, niet in staat zonder hulp, en kan niet (Kriegsman et al., 1997). Een oudere heeft geen beperkingen als hij of zij aangeeft alle drie de activiteiten zonder moeite te kunnen uitvoeren.

Operationalisatie van maatschappelijke participatie:

1. arbeid: minimaal 1 uur per week betaalde arbeid verrichten.
2. vrijwilligerswerk, inclusief bestuurlijk werk, minimaal 1 uur per week.

3. actief lidmaatschap van een vereniging.
4. sociale contacten: met minimaal 1 lid van het sociale netwerk (= belangrijke en regelmatige contacten) 1 maal per week of vaker contact onderhouden.
5. culturele participatie = museumbezoek of minimaal 1 per maand deelnemen aan een activiteit in het buurthuis.
6. recreatieve participatie = minimaal 1 keer per maand een bezoek aan horeca, of sportwedstrijd, of minimaal 1 keer per week winkelen of een ander uitstapje ondernemen.

2.6 Statistische analyses

De drie gegevensbronnen zijn op dezelfde manier onderzocht. Alle vormen van participatie zijn gedichotomiseerd in wel of geen participatie. Vervolgens is van de participatievormen het aandeel ouderen dat hieraan deelneemt bepaald. Dit is gedaan voor zowel de gehele groep van 55-plussers als voor de volgende subgroepen:

- a. Geslacht
- b. Leeftijdsgroepen (55-64 jaar, 65-79 jaar, 80 jaar en ouder)
- c. Burgerlijke staat (gehuwd versus niet gehuwd, gescheiden of verweduwd)
- d. Opleidingsniveau (laag: geen opleiding of alleen lagere school; midden: LBO, MULO, MAVO; hoog: MMS, HAVO, MBO, VWO, HBO, WO)
- e. Inkomensniveau (laag: minder dan 1200 euro per maand; midden: tussen de 1200 en 1900 euro per maand, hoog: meer dan 1900 euro per maand).

De relaties tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie zijn op drie manieren gekwantificeerd. Eerst zijn kruistabellen gemaakt met ziekten en/of beperkingen versus maatschappelijke participatie. Deze kruistabellen zijn voor mannen, vrouwen en verschillende leeftijdsgroepen apart gemaakt. Vervolgens zijn Odds Ratio's bepaald met behulp van logistische regressie analyses. Een Odds Ratio is een benadering van de kans op niet-participeren voor iemand met een bepaalde ziekte in vergelijking tot iemand zonder de betreffende ziekte. De afhankelijke variabele is dus wel-niet participeren en de ziekten en beperkingen zijn onafhankelijke variabelen. Per combinatie van ziekte en participatievorm zijn verschillende logistische regressiemodellen gemaakt. Odds ratio's zijn zowel ongecorrigeerd als gecorrigeerd berekend. Daarbij is gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, opleiding en inkomen. Ten slotte is ook een populatie-attributief risico berekend (PAR), een maat voor de bijdrage van ziekten aan niet-participeren. Deze berekeningen zijn uitgevoerd op basis van de kruistabellen. Dit betekent dat de relatie tussen ziekten en participatie niet gecorrigeerd is voor sociaal-demografische kenmerken en beperkingen. Wel is deze uitgesplitst naar mannen en vrouwen en 3 leeftijdsgroepen.

Er is ook een demografische projectie gemaakt. Hiervoor zijn de frequenties van maatschappelijke participatie naar geslacht en vijfjaarsleeftijdsklassen bepaald. Deze zijn

vervolgens toegepast op de verwachte verdeling naar leeftijd en geslacht van de populatie ouderen in 2020. Deze verwachte verdeling is gebaseerd op de CBS-bevolkingsprognose 2002 (De Jong, 2003). Met factoren zoals opleidingsniveau is dus in kwantitatieve zin geen rekening gehouden. Wel beschrijven we op een kwalitatieve wijze de mogelijke invloed van deze en andere (bijvoorbeeld epidemiologische) trends.

3. Resultaten

3.1 Maatschappelijke participatie bij ouderen

Participatie van ouderen komt ten goede aan de maatschappij

Van de oudere populatie (55+) ontplooit een substantieel deel activiteiten die direct ten goede komen aan de samenleving. Dit betekent dat deze ouderen betaalde arbeid verrichten, vrijwilligerswerk doen of informele hulp verlenen. De precieze cijfers zijn afhankelijk van de gebruikte gegevensbron (zie tabel 1). Volgens eigen zeggen verricht ongeveer 20% van alle 55-plussers betaalde arbeid (van de 55-64-jarigen werkt bijna 40%). Onder de deelnemers van het LASA-onderzoek werkt 12% (28% van de 55-64-jarigen). Ten tijde van dit onderzoek (1992-1993) was de arbeidsparticipatie onder ouderen dan ook veel lager dan nu. Volgens het CBS is de arbeidsparticipatie van 55 tot 64-jarigen toegenomen van ongeveer 25% in de eerste helft van de jaren negentig tot bijna 40% in 2003 (CBS, 2005).

De hier gepresenteerde gegevens met betrekking tot vrijwilligerswerk en informele hulp lopen behoorlijk uiteen. Ruim 15% van de deelnemers aan het AVO-onderzoek verricht vrijwilligerswerk en ook 15% geeft informele hulp. Volgens de andere twee onderzoeken is de deelname aan deze vormen van participatie beduidend hoger. Van de steekproeven van het LASA-onderzoek geeft 28% aan regelmatig vrijwilligerswerk te doen. Ook ongeveer een derde van de deelnemers aan het ESAW-onderzoek doet vrijwilligerswerk en ruim de helft geeft informele hulp (zie tabel 1). Deze verschillen tussen de onderzoeken hebben vooral te maken met verschillen in wijze van meten. Het AVO-onderzoek, bijvoorbeeld, telt alleen vrijwilligerswerk dat gedaan wordt in relatie tot verenigingen of organisaties (zie hoofdstuk 2 voor exacte definities en achtergronden bij de gebruikte onderzoeken).

Tabel 1: Deelname aan verschillende participatievormen onder 55-plussers (in procenten). Bron: AVO-2003 (SCP), ESAW-2002/2003 (UvA) en LASA 1992/1993 (VU), gegevens bewerkt door RIVM.

	AVO	LASA	ESAW
Betaalde arbeid	21,3	12,0	19,5
Vrijwilligerswerk	15,4	28,2	35,3
Informele hulp	15,3		57,7
Participatie t.b.v. maatschappij ¹	41,2	31,8	73,1
Lidmaatschap vereniging	61,1	74,4	50,2
Culturele participatie	30,6	34,2	27,9
Recreatieve participatie	49,6	64,6	44,4
Sociale contacten		70,9	87,2
Maatschappelijke betrokkenheid			92,3
Participatie t.b.v. zelfontplooiing / eigen welzijn ²	80,0	91,0	95,7

Lege cellen betekenen dat deze informatie niet aanwezig is in het betreffende onderzoek

- 1) Ten minste een van de volgende participatievormen: betaalde arbeid, vrijwilligerswerk, informele hulp
- 2) Minimaal een van de volgende participatievormen: lidmaatschap vereniging, deelname culturele of recreatieve activiteiten, sociale contacten, maatschappelijke betrokkenheid.

Participatie ook van belang voor welzijn ouderen zelf

Behalve activiteiten die niet alleen tegemoet komen aan ons ‘menszijn’, maar ook een duidelijk maatschappelijk nut hebben, zijn er ook participatievormen die uitingen zijn van een meer persoonlijke betrokkenheid bij de samenleving. Deze vormen zijn in het bijzonder op oudere leeftijd, als arbeid wegvalt, van groot belang. Volgens de hier gehanteerde definities, participeert dan een behoorlijk deel van de ouderen (zie tabel 1). Deze definitie omvat vormen als recreatie, culturele participatie, lidmaatschap van een vereniging, en sociale contacten. Als we kiezen voor een vorm van participatie die staat voor ‘maatschappelijke betrokkenheid’ (bijhouden van het nieuws via kranten, radio en televisie) participeert zelfs 90 tot 95% van de ouderen.

Mannen participeren vaker dan vrouwen, en ‘jongeren’ vaker dan ouderen.

In het algemeen is de maatschappelijke participatie hoger onder mannen dan onder vrouwen (zie tabel 2). Uitzonderingen zijn informele hulp en sociale contacten, waarvoor de participatie juist bij vrouwen hoger lijkt te zijn. Overigens wordt het verschil in het percentage dat lid is van een vereniging veroorzaakt door verschillen in lidmaatschap van politieke verenigingen. Het lidmaatschap van belangenverenigingen (zoals Greenpeace of Natuurmonumenten) en gezelligheidsverenigingen verschilt niet of nauwelijks tussen mannen en vrouwen. Ook de culturele participatie verschilt niet tussen mannen en vrouwen.

Tabel 2: Deelname aan verschillende vormen van participatie naar geslacht en leeftijd. Bron: AVO-2003 (SCP), ESAW-2002/2003 (UvA), gegevens bewerkt door RIVM.

	Geslacht		Leeftijd		
	Mannen	Vrouwen	55-64	65-79	80+
Betaalde arbeid	30,3	13,5 *	42,4	3,4	0,3 *
Vrijwilligerswerk	19,0	12,2 *	20,5	12,9	4,5 *
Informele hulp	11,8	18,3 *	18,2	14,5	7,1 *
Participatie t.b.v. maatschappij ¹	48,8	34,7 *	61,9	27,3	11,0 *
Lidmaatschap vereniging	67,1	55,9 *	68,1	57,9	45,1 *
Politiek	29,1	10,5	25,3	14,1	12,4 *
Belangenvereniging	29,4	26,7	30,8	25,6	24,9 *
Gezelligheid	35,8	34,0	40,6	33,0	19,5 *
Culturele participatie	29,4	31,6	36,7	27,5	18,1 *
Recreatieve participatie	54,4	45,6 *	56,0	48,4	29,6 *
Sociale contacten ²	79,9	93,4 *	86,2	87,5	90,3
Maatschappelijke betrokkenheid ²	93,4	91,4	91,5	93,1	92,6
Participatie t.b.v. zelfontplooiing / eigen welzijn ³	85,1	75,6 *	88,5	76,5	58,8 *

* Significant verschillend tussen mannen en vrouwen, dan wel tussen verschillende leeftijdsklassen

1) Ten minste een van de volgende participatievormen: betaalde arbeid, vrijwilligerswerk, informele hulp

2) Bron: ESAW-onderzoek. (NB: voor de overige vormen van participatie is de bron het AVO-onderzoek)

3) Ten minste één van de volgende participatievormen: lidmaatschap vereniging, deelname culturele of recreatieve activiteiten, sociale contacten, maatschappelijke betrokkenheid.

Bovenstaande resultaten zijn voornamelijk afkomstig van het AVO-onderzoek. Resultaten uit het ESAW- en LASA-onderzoek laten grotendeels dezelfde resultaten zien. Enkele opvallende verschillen zijn dat in de ESAW-studie het verschil tussen mannen en vrouwen

kleiner is. Evenveel mannelijke als vrouwelijke deelnemers aan dit onderzoek zijn lid van een vereniging en ontplooiën culturele en recreatieve activiteiten. Ook voor deelnemers aan de LASA-studie geldt dat evenveel mannen als vrouwen cultureel en recreatief actief zijn.

Met het toenemen van de leeftijd neemt de maatschappelijke participatie af (zie tabel 2). Het sterkst geldt dit uiteraard voor betaalde arbeid, maar ook vrijwilligerswerk en het geven van informele hulp wordt minder met het ouder worden. De meer persoonlijke vormen van participatie lijken iets minder gevoelig voor leeftijd. Maatschappelijke betrokkenheid lijkt zelfs onafhankelijk van leeftijd. Bovendien blijven volgens de ESAW-studie ook evenveel mensen lid van een vereniging en blijft het percentage ouderen met regelmatige sociale contacten constant met het ouder worden. Sociale contacten nemen overigens wel af volgens het LASA-onderzoek (van 87% van de 55-64 jarigen tot 71% van de 80-plussers).

Ouderen met hoger opleidings- of inkomensniveau participeren vaker

Naarmate het opleidingsniveau hoger is, verrichten ouderen vaker betaalde arbeid, vrijwilligerswerk en informele hulp (zie tabel 3). Ook de deelname aan andere vormen van participatie loopt sterk uiteen tussen de verschillende opleidingsniveaus. Zo geeft 12% van degenen met alleen lagere school aan regelmatig een cultureel uitstapje te maken. Van de hoger opgeleiden is dit 53%. En qua recreatie loopt de participatie uiteen van 37% onder laag opgeleiden tot 59% onder hoog opgeleiden. Alleen het percentage ouderen met regelmatig sociale contacten verschilt niet tussen sociale klassen (volgens zowel het LASA- als ESAW-onderzoek). De relatie tussen inkomensniveau en participatie is vergelijkbaar met de relatie tussen opleidingsniveau en participatie.

Tabel 3: Deelname aan verschillende vormen van participatie naar opleidingsniveau. Bron: AVO-2003 (SCP), ESAW-2002/2003 (UvA), gegevens bewerkt door RIVM.

	laag	midden	hoog
Betaalde arbeid	8,9	20,8	33,3 *
Vrijwilligerswerk	6,7	16,2	22,7 *
Informele hulp	9,9	17,0	18,6 *
Participatie t.b.v. maatschappij ¹	22,0	43,5	57,4 *
Lidmaatschap vereniging	40,5	62,9	78,4 *
Politiek	11,1	18,7	27,5 *
Belangenvereniging	12,5	23,6	47,5 *
Gezelligheid	22,3	37,6	43,8 *
Culturele participatie	11,8	25,5	52,8 *
Recreatieve participatie	37,0	52,3	58,5 *
Sociale contacten ²	84,8	88,7	86,7
Maatschappelijke betrokkenheid ²	86,2	92,3	95,4
Participatie t.b.v. zelfontplooiing / eigen welzijn ³	60,2	84,4	92,9 *

* Significant verschillend tussen mannen en vrouwen, dan wel tussen verschillende leeftijdsklassen

1) Ten minste een van de volgende participatievormen: betaalde arbeid, vrijwilligerswerk, informele hulp

2) Bron: ESAW-onderzoek. (NB: voor de overige vormen van participatie is de bron het AVO-onderzoek)

3) Ten minste één van de volgende participatievormen: lidmaatschap vereniging, deelname culturele of recreatieve activiteiten, sociale contacten, maatschappelijke betrokkenheid.

Verder blijkt ook de burgerlijke staat van invloed. Ouderen die getrouwd zijn zijn, op enkele uitzonderingen na, actiever dan ouderen die niet (meer) getrouwd zijn. Culturele uitstapjes (volgens de AVO- en ESAW-studie), informele hulp geven en lidmaatschap van een vereniging (ESAW-onderzoek) zijn niet afhankelijk van de burgerlijke staat van de oudere. Voor het percentage ouderen met regelmatige sociale contacten geldt het omgekeerde: dit is hoger onder niet (meer) getrouwde ouderen dan onder getrouwde stellen (LASA en ESAW).

3.2 Ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie

Ziekten verminderen maatschappelijke participatie

Behalve leeftijd, geslacht, sociaal-economische status en burgerlijke staat is ook de gezondheid van invloed op maatschappelijke participatie van ouderen. Ouderen die een ziekte hebben zijn beduidend minder maatschappelijk actief dan ouderen zonder ziekten. Ongeveer 50% van de ouderen zonder ziekte heeft een betaalde baan tegenover een derde van de ouderen die één of meer ziekten hebben. De (ongecorrigeerde) Odds Ratio is 1,7 (zie tabel 4). Voor vrijwilligerswerk is het verschil ongeveer even groot. De andere vormen van participatie verminderen minder sterk in aanwezigheid van ziekten (Odds Ratio's variëren van 0,9 tot 1,5). Deze resultaten zijn vooral gebaseerd op het AVO-onderzoek. In het ESAW-onderzoek is alleen betaalde arbeid significant minder bij ouderen met een ziekte (OR is 2,2). Zowel vormen van participatie ten behoeve van de zelfontplooiing of het eigen welzijn als informele hulp en vrijwilligerswerk hangen niet samen met het al dan niet aanwezig zijn van ziekten.

Tabel 4: Relatie tussen aanwezigheid van een of meer ziekten en participatie. Bron: AVO-2003 (SCP), ESAW-2002/2003 (UvA), gegevens bewerkt door RIVM.

	% participatie zonder ziekte	% participatie mèt ziekte ¹	Odds Ratio ² (ongecorrigeerd)	Odds Ratio met correctie ³
Participatie t.b.v. de maatschappij	50,6	32,1	2,1 *	1,5 *
Betaalde arbeid	48,1	34,1	1,7 *	1,6 *
Vrijwilligerswerk	20,0	10,9	1,9 *	1,6 *
Informele hulp	17,5	13,3	1,4 *	1,2 *
Participatie t.b.v. zelfontplooiing / eigen welzijn	83,6	76,5	1,5 *	1,2
Lidmaatschap vereniging	65,4	57,0	1,4 *	1,2 *
Culturele participatie	35,2	26,2	1,5 *	1,3 *
Recreatieve participatie	51,5	47,8	1,1 *	1,0
Sociale contacten ⁴	87,9	86,7	0,9	0,9
Maatschappelijke betrokkenheid ⁴	92,2	92,5	1,0	0,9

*) significant verschillend van 1.0 (p<0.05)

- 1) Ziekten: hart- en vaatziekten, ziekten van het zenuwstelsel, ziekten van het bewegingsapparaat, astma en COPD, kanker, beroerte, diabetes mellitus, psychische problemen, gevolgen van een ongeval.
- 2) Odds Ratio is een benadering van de kans dat iemand met een ziekte niet participeert in vergelijking tot iemand zonder deze ziekte.
- 3) Odds Ratio is gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, inkomensniveau en burgerlijke staat.
- 4) Bron is ESAW-studie, resultaten voor overige vormen van participatie zijn gebaseerd op AVO-studie.

Een deel van het effect van ziekte is toe te schrijven aan leeftijd, geslacht en andere sociaal-demografische kenmerken. Zieken zijn immers vaak ouder en hebben vaker een lagere sociaal-economische status. Indien we daarvoor corrigeren nemen de Odds Ratio's weliswaar af, maar blijven deze in de meeste gevallen significant. In het ESAW-onderzoek blijft alleen betaalde arbeid significant. Na correctie voor sociaal-demografische kenmerken, zijn zowel vormen van participatie ten behoeve van zelfontplooiing/eigen welzijn als informele hulp en vrijwilligerswerk in dit onderzoek niet afhankelijk van de aanwezigheid van ziekten.

Mensen met psychische stoornissen participeren het minst

Het is duidelijk dat mensen met ziekten minder vaak participeren dan mensen zonder ziekte, maar het maakt ook nog uit aan welke ziekten mensen lijden. Sommige ziekten hangen veel sterker samen met participatie dan andere. Zo lijkt het verband tussen maatschappelijke en psychische problematiek als depressie, angst en cognitieve stoornissen en participatie veel sterker dan het verband met lichamelijke aandoeningen. Opvallend is dat dit geldt voor alle vormen van participatie. Bij mensen met een cognitieve stoornis zijn meer persoonlijke vormen van participatie zelfs met bijna een factor 5 verlaagd (zie tabel 5).

Van de lichamelijke ziekten zorgen beroerte, kanker, en hart- en vaatziekten voor de meeste participatieproblemen als het gaat om betaalde arbeid, vrijwilligerswerk en informele hulp verlenen. Deels is dit het gevolg van de hogere leeftijd en andere sociaal-demografische kenmerken, maar zelfs na correctie hiervoor is participatie met een factor 1,5 tot 1,8 verlaagd (zie tabel 5). De andere vormen van participatie lijken minder aangetast door lichamelijke ziekten. Alleen degenen met hartziekten participeren minder op dit gebied.

Tabel 5: Relatie tussen ziekten en participatie, uitgedrukt in Odds Ratio's. Bron AVO-2003 (SCP), LASA-1992/1993 (VU), gegevens bewerkt door RIVM.

	Participatie t.b.v. maatschappij		Participatie t.b.v. zelfontplooiing / eigen welzijn	
	Odds Ratio ² (ongecorrigeerd)	Odds Ratio met correctie ³	Odds Ratio ² (ongecorrigeerd)	Odds Ratio met correctie ³
Hartziekte	2,4*	1,5*	1,8*	1,3*
Ziekten van het zenuwstelsel	1,7*	1,4	1,3	1,2
Ziekte bewegingsapparaat	1,6*	1,3*	1,4*	1,1
Astma en COPD	1,5*	1,1	1,4*	1,1
Kanker	2,5*	1,7*	1,4	1,0
Beroerte	2,6*	1,8*	1,9*	1,4
Diabetes	1,9*	1,5*	1,4*	1,1
Psychische problemen ¹	1,1	1,2	1,3	1,4
Ongeval	1,4	1,2	1,0	0,9
Depressie	2,5 *	2,0 *	3,5 *	3,1 *
Angst	1,9 *	1,8 *	2,6 *	2,7 *
Cognitieve stoornis	4,3 *	2,1 *	7,8 *	4,8 *

*) significant verschillend van 1.0 (p<0.05)

1) Psychische problemen in het AVO-onderzoek zijn gemeten met behulp van één vraag naar 'langdurige psychische problemen (zoals overspannenheid, depressie)'.²

2) Odds Ratio is een benadering van de kans dat iemand met een ziekte niet participeert in vergelijking tot iemand zonder deze ziekte.

3) Odds Ratio is gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, inkomensniveau en burgerlijke staat.

Resultaten van de ESAW-studie geven grofweg dezelfde resultaten, maar omdat de steekproef wat kleiner is en minder ouderen ziekten rapporteren, zijn de resultaten minder vaak significant. Een opvallend verschil met het AVO-onderzoek is dat ziekten van het zenuwstelsel grotere gevolgen lijken te hebben. Zo is de Odds ratio voor vrijwilligerswerk bijvoorbeeld 8,2 en voor recreatieve participatie 3,5. Wat deze verschillen met het AVO-onderzoek veroorzaakt, is onduidelijk. In beide onderzoeken zijn ziekten van het zenuwstelsel gedefinieerd als de ziekte van Parkinson, Multiple Sclerose (MS) en epilepsie.

Beperkingen vervullen intermediaire rol

De relatie tussen ziekten en maatschappelijke participatie verloopt via de beperkingen die met de ziekten samenhangen. In het algemeen is de relatie tussen beperkingen en participatie dan ook sterker dan tussen ziekten en participatie (De Klerk, 2000). Tabel 6 laat dit ook zien voor de gegevens van het LASA-onderzoek. Verlagen ziekten de odds op participatie in de samenleving met een factor 1 tot 2, de aanwezigheid van beperkingen verlaagt de kans op participatie maar liefst met een factor 3. En dit geldt bovendien voor alle vormen van participatie. Correctie voor sociaal-demografische factoren verklaart een behoorlijk deel van de relatie, maar ook na deze correctie blijft het effect van de beperkingen op participatie sterker dan het effect van ziekten. Ook hier blijkt overigens weer dat somatische ziekten niet veel effect hebben op participatievormen die vooral ten goede komen aan de zelfontplooiing en het eigen welzijn.

Tabel 6: Relatie tussen ziekten, beperkingen en participatie. Bron LASA-1992/1993 (VU), gegevens bewerkt door RIVM.

	Participatie t.b.v. maatschappij		Participatie t.b.v. zelfontplooiing / eigen welzijn	
	Odds Ratio ¹	Odds Ratio met correctie ²	Odds Ratio ¹	Odds Ratio met correctie ²
Somatische ziekte	1,7*	1,3*	1,2	1,0
Somatische en/of psychische ziekte	2,0*	1,4*	2,2*	1,6*
Beperkingen	3,3*	1,8*	3,3*	2,0*

*) significant verschillend van 1.0 (p<0.05)

1) Odds Ratio is een benadering van de kans dat iemand met een ziekte niet participeert in vergelijking tot iemand zonder deze ziekte.

2) Odds Ratio is gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, inkomensniveau en burgerlijke staat.

Specifieke beperkingen leiden tot specifieke participatieproblemen

Gegevens van het ESAW-onderzoek laten zien dat beperkingen samenhangen met specifieke vormen van participatie. Voor sociale contacten, bijvoorbeeld, zijn gehoorstoornissen de grootste belemmering, voor culturele en recreatieve participatie en het verrichten van vrijwilligerswerk zijn dit beperkingen in de mobiliteit (zie tabel 7). Voor participatie die zich uit in maatschappelijke betrokkenheid, hier geoperationaliseerd als het bijhouden van het nieuws via kranten, radio en televisie, vormen de gezichtsstoornissen het belangrijkste obstakel.

Tabel 7: Relatie tussen beperkingen en participatie. Bron: ESAW-2002/2003 (UvA) weergegeven in Odds Ratio's¹, gegevens bewerkt door RIVM.

	betaalde arbeid	vrijwilligers-werk	informele hulp	lidmaatschap vereniging	cultuur	recreatie	sociale contacten	bijblijven
ADL	1,1	1,6	1,0	1,2	1,2	1,9*	1,8	0,9
Mobiliteit	1,3	2,8*	3,2*	0,8	1,8*	2,7*	1,6	1,3
HDL	3,6*	1,5*	1,6*	1,0	1,6*	1,4*	0,9	1,6
Gehoor	2,1	1,2	1,1	1,1	1,1	1,5*	1,8*	0,9
Gezicht	7,4	1,9	2,2*	1,4	1,0	1,5	1,2	4,2*

*) significant verschillend van 1.0 ($p < 0.05$)

1) Odds Ratio (OR) is een benadering van de kans dat iemand met een beperking niet participeert in vergelijking tot iemand zonder deze beperking. De OR is gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen en burgerlijke staat.

Meeste participatieproblemen toe te schrijven aan ziekten bewegingsstelsel

De relatie tussen ziekten en participatie kan ook anders gekwantificeerd worden, namelijk als het deel van de participatieproblemen dat toegeschreven kan worden aan ziekten (Populatie Attributief Risico). Op deze manier is behalve de sterkte van het verband ook het voorkomen van de ziekte een belangrijke factor. Ziekten waardoor mensen helemaal uitgeschakeld zijn, maar die nauwelijks voorkomen hebben op het geheel van participatieproblemen in de bevolking natuurlijk weinig invloed. Tabel 8 geeft de bijdrage van de ziekten aan het niet-participeren. In totaal blijkt 16 tot 18% van de participatieproblemen toe te schrijven aan de hier onderzochte ziekten. Op deze manier bezien, is de bijdrage van ziekten van het bewegingsapparaat het grootst met 6 tot 9%. De belangrijkste reden hiervan is dat deze ziekten het meest voorkomen bij ouderen.

Tabel 8: Bijdrage (in %) van somatische en psychische stoornissen aan participatieproblemen. Bron: AVO-2003 (SCP), LASA 1992/1993 (VU), gegevens bewerkt door RIVM.

	Frequenties van de ziekte (% onder 55-plussers)	PAR (%) ¹	
		Participatieproblemen t.b.v. maatschappij	Participatieproblemen t.b.v. zelfontplooiing / eigen welzijn
AVO-2003			
Minstens 1 ziekte	51,0	16,0	18,1
Hartvaatziekte	13,7	4,8	7,7
Ziekten van het zenuwstelsel	1,9	0,4	0,5
Ziekte bewegingsapparaat	28,6	6,0	9,1
Astma en COPD	12,2	2,3	3,8
Kanker	4,0	1,4	1,5
Beroerte	3,7	1,3	2,5
Diabetes	10,9	2,8	3,2
Psychische problemen	5,8	0,2	1,2
Gevolgen van een ongeval	3,3	0,5	0,1
LASA-1992-1993			
Minstens 1 somatische ziekte	74,1	13,7	13,1
Minstens 1 somatische ² of psychische ziekte	67,3	16,0	42,8
Depressie	14,9	3,9	23,4
Angst	8,7	1,7	11,2
Cognitieve stoornis	10,9	3,8	33,2

1) PAR = populatie attributief risico, of de procentuele bijdrage van de ziekte aan de participatieproblemen.

2) selectie van de zeven meest voorkomende somatische ziekten

Ziekten lijken grotere belemmering voor mannen en voor jongere ouderen

Hoewel vrouwen vaker een ziekte hebben, blijkt dat de invloed van ziekte op het participeren juist bij mannen sterker is. Kunnen we bij vrouwen 14% van de participatieproblemen op het gebied van betaalde arbeid, vrijwilligerswerk en informele hulp geven toeschrijven aan ziekten, bij mannen is dit ruim 18%. Bij de participatievormen die meer gericht zijn op het individu is het verschil zelfs nog groter: daar wordt 12% van de participatieproblemen bij vrouwen veroorzaakt door ziekten en 28% bij mannen. Verder blijkt ook dat ziekten een groter deel van de participatieproblemen bij jongere ouderen verklaren dan bij oudere ouderen (niet in tabel weergegeven).

3.3 Maatschappelijke participatie in de toekomst

Demografische prognose 2020: absoluut neemt participatie toe, relatief neemt deze af

In de toekomst zal het aantal en het aandeel ouderen toenemen (CBS, 2005). Absoluut gezien gaat Nederland van ongeveer 4 miljoen 55-plussers nu (2003) naar 5,5 miljoen in 2020. Relatief gezien stijgt het aandeel ouderen van een kwart van de bevolking naar een derde. En omdat de maatschappelijke participatie onder ouderen lager is dan onder jongeren en mensen van middelbare leeftijd, zal hierdoor de totale participatie afnemen. Overigens geldt dit lang niet voor alle vormen van participatie. Arbeidsparticipatie is natuurlijk lager bij ouderen, maar voor bepaalde vormen van cultuur, bijvoorbeeld, kunnen ouderen actiever zijn dan jongeren (Van den Broek et al., 2005).

Indien we inzoomen op de groep ouderen zelf, zal er veel minder veranderen. Uitgaande van gelijkblijvende participatie per geslachts- en leeftijdsklasse, zal in de toekomst het aandeel ouderen dat op een of andere manier deelneemt aan de samenleving met enkele (tientallen van) procenten afnemen (zie tabel 9). Weliswaar neemt het absolute aantal ouderen dat participeert toe, omdat de omvang van deze bevolkingsgroep sterk toeneemt, relatief gezien zal het aandeel ouderen dat participeert echter afnemen. Met andere woorden: het aantal werkende 55-plussers zal toenemen, maar het percentage werkenden onder de 55-plussers neemt af. Dit komt door een leeftijdsverschuiving binnen de groep ouderen naar minder 55-65-jarigen en meer 65-plussers. Voor arbeidsparticipatie is deze afname nog relatief groot (10%, dit wil zeggen van 20,5% naar 18,4 %). Voor de overige vormen van participatie is dit effect echter maar heel klein.

Toename opleidings- en inkomensniveau maken prognose gunstiger

In deze prognose is alleen rekening gehouden met verschuivingen van leeftijd en geslacht en niet met andere sociaal-demografische factoren als inkomens- en opleidingsniveaus. Door de verwachte toename van het inkomens- en opleidingsniveau, bijvoorbeeld, zal naar alle waarschijnlijkheid ook de maatschappelijke participatie toenemen. Ook is er geen rekening

gehouden met maatschappelijke trends. De arbeidsparticipatie onder ouderen is het afgelopen decennium al sterk gestegen (CBS, 2005) en gezien het huidige beleid kan verwacht worden dat deze stijging nog doorgaat.

Tabel 9: Demografische prognose van maatschappelijke participatie door 55-plussers.

	% verandering in de periode 2003-2020					
	Verandering absolute aantallen			Verandering relatieve getallen		
	mannen	vrouwen	totaal	mannen	vrouwen	totaal
Participatie t.b.v maatschappij	31,6	30,3	31,0	-6,7	-0,8	-3,5
Betaalde arbeid	21,8	22,6	22,1	-13,6	-6,6	-10,1
Vrijwilligerswerk	37,5	32,8	35,5	-2,5	1,1	-0,2
Informeel hulp	41,6	32,4	35,6	0,4	0,8	-0,1
Participatie t.b.v. zelfontplooiing / eigen welzijn	39,8	31,7	35,6	-0,9	0,3	-0,1
Lidmaatschap vereniging	39,2	31,7	35,5	-1,3	0,3	-0,2
Culturele participatie	38,9	31,6	34,8	-1,5	0,2	-0,7
Recreatie	39,7	32,5	36,1	-0,9	0,9	0,3

Epidemiologische ontwikkelingen remmen participatie, maar niet zonder meer

Epidemiologische toekomstverkenningen laten een beeld zien van een toenemende prevalentie van ziekten. Volgens het ouderenrapport van het RIVM en SCP, bijvoorbeeld, zullen er per 1.000 ouderen vooral meer gevallen zijn van diabetes, hartziekten, astma en COPD (Van den Berg Jeths et al., 2004). Zij voorspellen een meer gematigde toename van ziekten van het bewegingsapparaat en ernstige gevolgen van ongevallen. Gezien de (zwakke) relatie tussen ziekten en participatie, zal de mate van participatie waarschijnlijk (iets) ongunstiger zijn dan volgens de demografische projectie. Oftewel, een lager percentage van de ouderen zal deelnemen aan de samenleving (niet doorgerekend).

Maatschappelijke participatie is echter niet zozeer afhankelijk van de aan- of afwezigheid van ziekten, maar vooral van de gevolgen van de ziekten in termen van beperkingen in functioneren. De meest recente Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) heeft laten zien dat het aantal mensen met beperkingen afneemt, en dat tegelijkertijd het aantal mensen met ziekten gelijk blijft of zelfs toeneemt (Van Oers, 2002). Volgens de VTV is men er kennelijk met bepaalde zorgvoorzieningen, bijvoorbeeld hulp- of geneesmiddelen in geslaagd het aantal beperkingen bij mensen met ziekten te verminderen. Mogelijk heeft dit ook tot gevolg gehad dat het maatschappelijk functioneren van chronisch zieken is verbeterd. En indien deze trend zich voortzet in de toekomst zal de mate van participatie ook verder toenemen.

4. Conclusie en aanbevelingen

Samenvattend: demografie en epidemiologie van invloed op participatie

Zowel demografische als epidemiologische factoren beïnvloeden de maatschappelijke participatie onder ouderen. Zo participeren vrouwen minder dan mannen en voor veel vormen van participatie geldt dat deze snel afnemen met het ouder worden. Er zijn echter ook uitzonderingen: sociale contacten, lidmaatschap van verenigingen en maatschappelijke betrokkenheid lijken niet of nauwelijks minder te worden met het stijgen van de leeftijd. Verder is er een sterke relatie met sociaal-economische status. Als we deze ontwikkelingen doortrekken naar de toekomst zal de mate van participatie afnemen door een toename van het aandeel ouderen, maar toenemen door verwachte stijgingen van het gemiddeld opleidings- en inkomensniveau (De Klerk, 2001). Of het stijgend opleidingsniveau het effect van leeftijd kan compenseren is onduidelijk.

De analyses laten er verder weinig twijfel over bestaan dat een chronische aandoening de deelname aan het maatschappelijke leven flink vermindert. Dit hangt vooral samen met functionele beperkingen die mensen als gevolg van hun ziekte ondervinden. Zo neemt het verrichten van vrijwilligerswerk of het geven van informele hulp juist sterk af bij die aandoeningen die de mobiliteit aantasten, zoals beroerte, hartziekten of aandoeningen van het bewegingsapparaat. Vaak gaat echter de persoonlijke betrokkenheid bij de samenleving wel door. Mensen met psychische aandoeningen als depressie, angst- en cognitieve stoornissen participeren het minst. Dit geldt bovendien voor alle vormen van participatie, ook voor bijvoorbeeld het onderhouden van contacten.

Door demografische en epidemiologische trends neemt de frequentie van deze ziekten in de toekomst toe, waardoor de participatie af zal nemen. Echter, door preventiemaatregelen kan een deel van de ziekten voorkomen of uitgesteld worden, waardoor deze geen belemmering meer zijn voor het meedoen in de samenleving. Bovendien is niet zozeer de ziekte zelf van belang, maar zijn het vooral de gevolgen van ziekten in termen van beperkingen in het functioneren die de maatschappelijke participatie negatief beïnvloeden. Door medische technologieën en hulpmiddelen kan een deel van deze beperkingen voorkomen of gecompenseerd worden (Van Oers, 2002; Van den Berg Jeths et al., 2004). Hetzelfde zou kunnen gelden voor niet-medische zaken, zoals aangepaste woningen, buurtvoorzieningen, thuiszorg en openbaar vervoer.

Mitsen en maren

De resultaten van dit onderzoek zijn afkomstig uit een drietal onderzoeken, elk met een ander doel en een andere onderzoeksopzet. Alle drie de onderzoeken hebben gemeen dat ze zowel informatie verzamelen over gezondheid als over maatschappelijke participatie. Ook hebben alle onderzoeken betrekking op ouderen, al verschilt de bovengrens. Het AVO-onderzoek hanteert geen bovengrens, het ESAW-onderzoek heeft betrekking op ouderen tot en met 90

jaar en het LASA-onderzoek gaat tot en met 85 jaar. Hoewel dit leeftijdsverschil en de verschillen in onderzoeksopzet de resultaten onmiskenbaar beïnvloeden zullen hebben, is het niet te verwachten dat dit alle verschillen verklaart. Het grootste verschil is waarschijnlijk de operationalisatie van maatschappelijke participatie. De cijfers over hoeveel ouderen ziek zijn, beperkingen hebben of op bepaalde gebieden maatschappelijk actief zijn, moeten dan ook niet geïnterpreteerd worden als absolute cijfers. Wel geven deze cijfers een beeld van de verschillen tussen mannen en vrouwen, jongere en oudere ouderen en sociaal-economische klassen. Ook de relatie van ziekten en beperkingen met maatschappelijke participatie is relatief onafhankelijk van de verschillen tussen de onderzoeken.

In dit onderzoek is de definitie en operationalisatie van maatschappelijke participatie noodgedwongen pragmatisch geweest. Omdat we gebruik moesten maken van bestaand onderzoek is mogelijk niet het hele spectrum van maatschappelijke participatie in het onderzoek betrokken. Kerkbezoek, bijvoorbeeld, ontbreekt, terwijl dit voor veel ouderen waarschijnlijk een belangrijk levensgebied is. Ook is in de operationalisatie van maatschappelijke participatie geen onderscheid gemaakt in actieve en passieve participatie. Een oudere die lid is van een vereniging, bijvoorbeeld, kan een groot deel van zijn tijd hiermee bezig zijn, maar het lidmaatschap kan ook beperkt zijn tot één keer per jaar een acceptgiro tekenen.

In het onderzoek gaat het in het algemeen om zelfstandig wonende ouderen. We missen dan ook de groep ouderen die permanent in een verzorging- of verpleeghuis woont. Weliswaar gaat het 'maar' om 130.000 ouderen, het zijn wel de ouderen met de grootste gezondheidsproblemen en de minste maatschappelijke participatie. Daardoor zijn de uitkomsten geflatteerd, in het bijzonder voor de 80-plussers.

Eén van de belangrijkste conclusies van het onderzoek is dat psychische aandoeningen sterk belemmerend zijn voor maatschappelijke participatie, zelfs op de meer persoonlijke gebieden. Aan de ene kant is dit resultaat plausibel. Mensen die depressief, angstig of dementerend zijn, zijn zodanig aangetast in hun persoonlijke en cognitieve mogelijkheden dat het voor hen extra moeilijk is om mee te doen aan de buitenwereld. Aan de andere kant moeten deze gegevens ook voorzichtig geïnterpreteerd worden. De genoemde psychische aandoeningen zijn op een andere, meer valide, manier gemeten dan de lichamelijke aandoeningen. Mogelijk is het effect van de lichamelijke ziekten op participatie groter als ook de lichamelijke aandoeningen niet alleen gebaseerd waren op een enkele vraag (hebt u astma?), maar op een gevalideerde vragenlijst, of op diagnoses van ziekten gesteld door artsen.

In dit onderzoek suggereren we een relatie tussen ziekten, beperkingen en participatie, waarbij ziekten beperkingen veroorzaken en deze beperkingen op hun beurt al dan niet zorgen voor participatieproblemen. Allereerst leent het onderzoek, dat cross-sectioneel van aard is, zich niet voor een dergelijk interpretatie van de relatie. Maar ten tweede is het ook heel goed denkbaar dat men juist als gevolg van afgenomen participatie gezondheidsproblemen krijgt. Ouderen kunnen bijvoorbeeld depressief worden van het gevoel niet mee te kunnen doen aan de samenleving. Ook lichamelijke aandoeningen kunnen worden beïnvloed door sociale factoren (Bath en Deeg, 2005).

Ten slotte nog een opmerking over de toekomstprognose. Dit is een eerste aanzet tot een blik in de toekomst. De kwantitatieve resultaten zeggen echter alleen iets over de populatie ouderen zelf, en binnen deze populatie verandert maar weinig. We hebben bijvoorbeeld niet doorgerekend wat het betekent dat het aandeel ouderen in de populatie toeneemt. De arbeidsparticipatie van de hele bevolking zal hierdoor weliswaar afnemen, maar wat dit betekent voor andere vormen van participatie is allerm minst duidelijk. Voor veel gebieden, zoals sommige vormen van vrijwilligerswerk en cultuur zijn ouderen zelfs de belangrijkste deelnemers. Ook de toename van arbeidsparticipatie onder oudere werknemers die we zien heeft waarschijnlijk invloed op de andere vormen van participatie. Het SCP heeft in eerder onderzoek al laten zien dat werkende mensen minder vaak vrijwilligerswerk verrichten dan mensen die niet werken. (De Klerk en Timmermans, 1999; Breedveld et al., 2004).

Aanbevelingen

Het lijkt de moeite waard een valide, efficiënt en breed gedragen ‘meetinstrument’ voor maatschappelijke participatie te ontwikkelen. De thans beschikbare vragensets zijn divers, soms inefficiënt en dekken de volle breedte van het begrip participatie vaak onvoldoende. Dit instrument zou dan ook in meer gezondheidsgeoriënteerd onderzoek moeten worden ingezet om meer inzicht te krijgen in de relatie met gezondheid. Ten slotte is gericht onderzoek noodzakelijk om beter inzicht te verkrijgen in de (veronderstelde) ‘ontkoppeling’ van chronische aandoeningen en bijbehorende beperkingen.

Verder geeft het huidige onderzoek tal van richtingen aan voor verder onderzoek, bijvoorbeeld naar het hiervoor genoemde effect van de toename van arbeidsparticipatie onder ouderen voor vrijwilligerswerk en andere participatievormen. Dit is in ieder geval van belang voor een meer geïntegreerde toekomstprognose. In een dergelijke meeromvattende prognose zou het interessant zijn om de gecombineerde invloed van demografie, opleidingsniveau en epidemiologie door te rekenen. Dit is ook in principe mogelijk: het CBS heeft demografische prognoses, het SCP heeft prognoses van het opleidingsniveau en het RIVM heeft kwantitatieve schattingen van de epidemiologische trends. Wat deze prognose echter lastig maakt, is dat zoveel andere factoren van invloed zijn op de mate van participatie. Interessant zou bijvoorbeeld zijn om ook participatie onder jongeren en mensen van middelbare leeftijd in de prognose te betrekken. Want niet alleen neemt de arbeidsparticipatie onder ouderen toe, ook vrouwen betreden vaker de arbeidsmarkt, wat ook gevolgen heeft voor hun maatschappelijke participatie op andere gebieden, bijvoorbeeld de informele hulp die ze geven aan partner of ouders.

Tot slot

Gezondheid is maar één van de belemmeringen voor maatschappelijke participatie. Voor zowel ouderen met als ouderen zonder ziekten zal bijvoorbeeld gelden dat het wegnemen van fysieke en financiële drempels en het verhogen van (het gevoel van) veiligheid op straat de participatie zal verhogen (De Klerk en Timmermans, 1999). Aan de andere kant moet het voor ouderen ook mogelijk zijn en blijven om zich bewust in enige mate terug te trekken uit

de maatschappij. Het gaat er tenslotte niet om dat ouderen zo lang mogelijk actief moeten blijven, maar het gaat erom dat ouderen zich goed voelen en de keus hebben om volop mee te doen aan de maatschappij of zich langzaam terug te trekken uit het actieve leven. In de vorige nota ouderenbeleid (Ouderenbeleid 1995-1998) wordt dan ook niet zozeer gesproken van maatschappelijke participatie als wel van 'voorwaarden waaronder ouderen hun derde levensfase actief en vitaal kunnen invullen' (TK 1994/1995: 20, in De Klerk en Timmermans, 1999).

Literatuur

Bath PA, Deeg D. Social engagement and health outcomes among older people: introduction to a special section (a review). *Eur J Ageing* 2005;2:24–30.

Berg Jeths A van den, Timmermans J, Hoeymans N, Woittiez I. Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verzorging en verpleging 2000-2020. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004.

Breedveld K, Klerk M de, Hart J de (Sociaal en Cultureel Planbureau). Ouderen en maatschappelijke inzet. Den Haag: Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling, 2004.

Broek A van den, Huysmans F, Haan J de. Cultuurminnaars en cultuurmijders. Trends in de belangstelling voor kunsten en cultureel erfgoed. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2005.

CBS-statline: beroepsbevolking, geraadpleegd 19-1-2005. Zie ook Maas C. Arbeidsdeelname ouderen gestegen. CBS – webmagazine, oktober 2003:
<http://www.cbs.nl/nl/publicaties/artikelen/algemeen/webmagazine/artikelen/2003/1299k.htm>

Deeg DJH, Knipscheer CPM, Van Tilburg W (eds). Autonomy and well-being in the aging population: Concepts and design of the Longitudinal Aging Study Amsterdam. NIG Trendstudies no. 7. Bunnik: Nederlands Instituut voor Gerontologie, 1993.

Deeg DJH, Van Tilburg T, Smit JH, De Leeuw ED. Attrition in the Longitudinal Aging Study Amsterdam: The effect of differential inclusion in side studies. *Journal of Clinical Epidemiology* 55; 2002: 319-328.

Dekker P, Hart J de, Leijenaar M, Niemöller K, Uslaner EM. Vrijwilligerswerk vergeleken; Civil society en vrijwilligerswerk III. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1999.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. 'Mini-Mental State': A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 1975;12:89-198.

Gezondheidsraad. Vergrijzen met ambitie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005; publicatie nr 2005/06.

Jong A de. Bevolkingsprognose 2002-2050: anderhalf miljoen inwoners erbij. In: *Bevolkingstrends* 2003 (1), p.21-26.

Klerk MYY de (red.) Rapportage gehandicapten 2000. Arbeidsmarkt en financiële situatie van mensen met beperkingen en/of chronische ziekten. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2000.

Klerk MMY de (red.). Rapportage ouderen 2001. Veranderingen in de leefsituatie. SCP-publicatie 2001/11. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2001.

Klerk MMY de, Timmermans, JM (red.). Rapportage ouderen 1998. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/Elsevier bedrijfsinformatie, 1999.

Knipscheer CPM, De Jong Gierveld J, Van Tilburg TG, Dykstra PA (eds). Living arrangements and social networks of older adults. Amsterdam: VU University Press, 1995.

Kriegsman DMW, Deeg DJH, Van Eijk JTM, Penninx BWJH, Boeke AJP. Do disease specific characteristics add to the explanation of mobility limitations in patients with different chronic diseases? A study in the Netherlands. *Journal of Epidemiology and Community Health* 51; 1997: 676-685.

Oers JAM van. Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2002.

Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977;1:385-401.

TK (1994/1995). Ouderenbeleid 1995-1998. Integraal actieprogramma. Tweede Kamer, vergaderjaar 1994/1995, 24319, nrs. 1-2.

VNG. De bredere participatiegedachte, discussienotitie voor een expertmeeting op 29 september 2004, georganiseerd door de Vereniging Nederlandse gemeenten, [http://www.vng.nl/Documenten/Extranet/Sez/WI/040929%20 Discussienotitie %20expertmeeting.doc](http://www.vng.nl/Documenten/Extranet/Sez/WI/040929%20Discussienotitie%20expertmeeting.doc))

WHO. International classification of functioning, disability and health: ICF, Geneva: World Health Organization, 2002.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983;67:361-370.