



Investeren in vitale ouderen

Een verklaringsmodel van veranderingen in hulpbronnen en participatie op welbevinden in de vergrijzende samenleving



Investeren in vitale ouderen

Een verklaringsmodel van veranderingen in hulpbronnen en participatie op welbevinden in de vergrijzende samenleving

Crétien van Campen

Jurjen Iedema

Jos de Haan

50 jaar spiegel
van de
samenleving

Sociaal en Cultureel Planbureau

Den Haag, maart 2024

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is een interdepartementaal, wetenschappelijk instituut, dat – gevraagd en ongevraagd – sociaal-wetenschappelijk onderzoek verricht. Het SCP rapporteert aan de regering, de Eerste en Tweede Kamer, de ministeries en maatschappelijke en overheidsorganisaties. Het SCP valt formeel onder de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het SCP is opgericht bij Koninklijk Besluit op 30 maart 1973. Het Koninklijk Besluit is per 1 april 2012 vervangen door de 'Regeling van de minister-president, Minister van Algemene Zaken, houdende de vaststelling van de Aanwijzingen voor de Planbureaus'.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2024

Opmaak binnenwerk: Xerox, Den Haag

Eindredactie en productiebegeleiding: Future Communication, Utrecht

Visualisatie WPH-model: Enof creatieve communicatie, Utrecht

Omslagontwerp: Xerox, Den Haag

Foto omslag: ANP | Hollandse Hoogte | Ronald van den Heerik

Copyright

U mag citeren uit SCP-rapporten, mits u de bron vermeldt.

U mag SCP-bestanden op een server plaatsen mits:

1. het digitale bestand (rapport) intact blijft;
2. u de bron vermeldt;
3. u de meest actuele versie van het bestand beschikbaar stelt, bijvoorbeeld na verwerking van een erratum.

Data

SCP-databestanden, gebruikt in onze rapporten, zijn in principe beschikbaar voor gebruik door derden via

DANS: www.dans.knaw.nl.

Contact

Sociaal en Cultureel Planbureau

Postbus 16164

2500 BD Den Haag

www.scp.nl

info@scp.nl

Via onze website kunt u zich kosteloos abonneren op een elektronische attendering bij het verschijnen van nieuwe uitgaven.

Inhoud

Voorwoord	5
Kernboodschappen	6
Samenvatting	7
1 Vraagstukken van de verouderende samenleving	11
1.1 Inleiding	11
1.2 Vergrijzing en levensfasen	11
1.3 Beleid voor de derde en vierde levensfasen	12
1.4 Doel en onderzoeksvragen	13
1.5 Begrippen	14
1.6 Opbouw van het rapport	15
2 Welbevinden Participatie Hulpbronnen-model	16
2.1 Informeren van beleid	16
2.2 Data: Longitudinal Aging Study Amsterdam	17
2.3 Conceptueel model: welbevinden, participatie en welbevinden	18
2.4 WPH-model	22
2.5 Doorrekenen van effecten: veranderingen en verschillen	23
2.6 Tot slot: doordenken en doorrekenen	24
3 Beloop van welbevinden	25
4 Effecten van veranderingen in participatie op welbevinden	29
4.1 Beloop van brede participatie	29
4.2 Effecten van veranderingen in participatie op welbevinden	31
4.3 Differentiatie van effecten op aspecten van welbevinden	36
4.4 Verschillen tussen groepen	37
5 Effecten van veranderingen in hulpbronnen op welbevinden	39
5.1 Beloop van hulpbronnen	39
5.2 Modelling	42
5.3 Effecten van hulpbronnen	44
5.4 Rol van participatie	45
5.5 Aspecten van welbevinden	46
6 Drie beleidsvoornemens doorgerekend	48
6.1 Casus 1: bevorderen van ervaren regie	48
6.2 Casus 2: bevorderen van digitale vaardigheden	57
6.3 Casus 3: bevorderen van sociale netwerken	63
7 Slotbeschouwing	71
7.1 Veranderingen in een vergrijzende samenleving	71
7.2 Mogelijkheden en beperkingen van het WPH-model	72
7.3 Potentieel van de derde levensfase	74
Literatuur	75
Visualisatie van het Welbevinden Participatie Hulpbronnen-model	79

Voorwoord

De vergrijzing van de bevolking wordt in het publieke debat vaak in verband gebracht met maatschappelijke uitdagingen, zoals druk op de zorg en krapte op de arbeidsmarkt. Al snel wordt vergeten dat er een steeds grotere groep ouderen deel uitmaakt van onze samenleving die op allerlei betekenisvolle manieren participeert: in sport, in culturele activiteiten en in vrijwilligerswerk. Hoe houden we deze groep zo lang mogelijk vitaal? Een eenzijdige focus op maatschappelijke uitdagingen leidt er gemakkelijk toe dat vooral naar ouderen gekeken wordt voor mantelzorg of werk.

In deze studie zijn we geïnteresseerd in hoe patronen van participatie en de hulpbronnen waarover mensen beschikken (zoals hun gezondheid, de fysieke leefomgeving en hun sociale netwerken) van invloed zijn op hun welbevinden. Om dit te onderzoeken is het WPH-model ontwikkeld. WPH staat voor Welbevinden Participatie Hulpbronnen en het is ontwikkeld op basis van de levenslopen van meer dan vijfduizend mensen van 55 jaar en ouder over een periode van bijna dertig jaar. Met dit verklaringsmodel is het mogelijk de dynamische samenhang tussen patronen van participatie, hulpbronnen en welbevinden in kaart te brengen. Analyse op basis van het model bevestigt de gedachte dat eenzijdige participatie in mantelzorgtaken een risico kan betekenen voor welbevinden, terwijl brede participatie in ook bijvoorbeeld culturele activiteiten en sport bijdraagt aan dat welbevinden.

Het WPH-model biedt ook een rekenmodel om beleidsvoornemens door te rekenen en te doordenken. Deze toepassing van het model illustreren we aan de hand van drie casussen uit het bestaande beleid. Door aan de voorkant effecten van beleidsopties op de kwaliteit van leven van mensen na hun pensionering in kaart te brengen, kunnen bewuste keuzes gemaakt worden om de vitaliteit van deze groep ouderen te bevorderen. Dat is niet alleen van waarde voor mensen zelf, maar ook voor de bredere samenleving.

Onze speciale dank gaat uit naar prof. dr. Martijn Huisman, directeur van de *Longitudinal Aging Study Amsterdam* (LASA), voor zijn begeleiding van het onderzoek en het beschikbaar stellen van de paneldata.

Prof. dr. Karen van Oudenhoven (algemeen directeur)

Kernboodschappen

- 1 Het welbevinden, de participatie en de hulpbronnen van mensen nemen af naarmate ze ouder worden. Dit proces versnelt wanneer iemand zorgafhankelijk wordt. Een verouderende bevolking met meer zorgafhankelijkheid legt druk op de samenleving op onder meer de terreinen van welzijn, zorg, arbeid en wonen.
- 2 De druk op de samenleving kan verlicht worden. Het activeren van ouderen om te participeren verhoogt de kans op behoud van welbevinden in latere levensjaren. Dit vergroot het potentieel van vitale gepensioneerden die een bijdrage aan de samenleving kunnen en willen leveren.
- 3 Het verenigen van beleid tot inzet op participatie van vitale ouderen in informele zorgtaken heeft als risico dat het welbevinden daaronder lijdt. Bevordering van brede participatie, inclusief sociale, cultuur- en sportdeelname door ouderen, lijkt cruciaal voor hun vitaliteit.
- 4 Beleid baseren op de eigen regie en digitale vaardigheden van ouderen zonder aandacht voor mogelijkheden in de leefomgeving zal leiden tot kansenongelijkheid. Het versterkt namelijk de ongelijke startposities en ongelijke kansen op behoud van welbevinden bij aanvang van de derde levensfase (pensionering).
- 5 Er liggen aanknopingspunten voor het veranderen van de kansen(ongelijkheid) op welbevinden van ouderen in de ontwikkeling van het fysiek en mentaal gezondheidskapitaal (ervaren regie, zelfbeeld, langdurige lichamelijke en cognitieve beperkingen), economisch kapitaal (inkomen) en sociaal kapitaal (sociale netwerken). Die ontwikkeling is niet mogelijk zonder veranderingen in de sociaal-culturele en institutionele context.
- 6 Het bevorderen van brede participatie en gelijke kansen in de vitale derde levensfase kan de bestaande trend versterken dat deze fase gemiddeld langer aanhoudt en de zorgbehoevende vierde levensfase verkort wordt. Daardoor kunnen de baten van de verouderende bevolking toenemen (welbevinden, brede participatie) en de kosten (van zorg en ziekte) relatief dalen.
- 7 Leg daarom als doel in beleid over de verouderde bevolking, naast kostenbeheersing, meer nadruk op welbevinden en participatie. Let daarbij op ongelijke kansen van ouderen in welbevinden door verschillen in hulpbronnen en participatie in de derde en vierde levensfase.
- 8 Gebruik bij het doorrekenen en doordenken van voorgenomen beleid naast kostenmodellen ook batenmodellen. Voor de analyse van de vergrijzing is het Welbevinden Participatie Hulpbronnen-model (WPH) ontwikkeld. Hiermee kunnen tevens ex ante alternatieve beleidsopties doorgerekend en doordacht kunnen worden. Door veranderingen binnen individuele levenslopen te analyseren, kunnen met dit verklaringsmodel preciezer (dan bij vergelijkingen van leeftijdsgroepen op één moment) causale effecten doorgerekend worden van investeringen in hulpbronnen en participatie op toekomstig welbevinden in de ouder wordende samenleving.

Samenvatting

Een urgente maatschappelijke vraag voor de komende decennia is: hoe houden we de verouderende bevolking langer gezond en gelukkig op een manier die de samenleving kan dragen? De vergrijzing wordt doorgaans beschouwd als een demografisch vraagstuk. Het kabinetsbeleid voor de vergrijzing is onderbouwd met leeftijdsgebonden studies naar onder meer levensverwachting, ziekte en zorggebruik, kosten van zorg en behoefte aan zorgpersoneel, langer doorwerken, vrijwilligerswerk en mantelzorg.

In deze studie komen we tot nieuwe inzichten en handelingsperspectieven door niet alleen de verouderende bevolking, maar ook de ouder wordende samenleving op een andere wijze te beschouwen. Ten eerste bestuderen we veranderingen in individuele levenslopen, naast de bestaande vergelijkingen van leeftijdsgroepen op één moment. Ten tweede analyseren we veranderingen op meer domeinen van samenleven en meedoen tegelijkertijd, in plaats vanuit één beleidsthema.

Door veranderingen in welbevinden, participatie en hulpbronnen binnen de levensloop van mensen te onderzoeken, worden effecten op langere termijn zichtbaar. We hanteren een breed perspectief op welbevinden (naast cognitief ook affectief en eudemonisch),¹ participatie (naast deelname aan werken en zorgen ook sociale rollen, actieve en passieve cultuurdeelname en bewegen en sporten) en hulpbronnen (naast economische ook fysieke en mentale gezondheid, sociaal en cultureel kapitaal). Daardoor worden meer aanknopingspunten voor beleid zichtbaar om het welbevinden van de verouderende bevolking op langere termijn te behouden.

Het vernieuwende in de methode en modellering is dat de relaties tussen welbevinden, participatie en hulpbronnen op twee manieren beschouwd zijn. Enerzijds is gekeken naar de samenhangen. Zo zullen personen die op een meetmoment weinig participeren naar verwachting een laag welbevinden hebben op dat moment. Anderzijds is gekeken naar effecten. Personen die bijvoorbeeld minder gaan participeren, zullen naar verwachting een lager welbevinden krijgen in hun latere leven.

Er is veel onderzoek verricht naar groepsverschillen (tussen personen) en naar samenhangen tussen welbevinden, participatie en hulpbronnen van leeftijdscategorieën. Naar de effecten van veranderingen binnen personen is er veel minder onderzoek gedaan. Dit type analyse biedt mogelijkheden uitspraken te doen over (causale) effecten van veranderingen in bijvoorbeeld hulpbronnen en participatie op het welbevinden van mensen in hun latere leven.

Om die effecten nauwkeurig te berekenen, zijn longitudinale data nodig. Voor de modellering is gebruikgemaakt van de *Longitudinal Aging Study Amsterdam* (LASA). Dit is een panel dat al sinds 1992 een landelijk representatieve groep 55-plussers volgt in de overgangen van de tweede naar de derde en vervolgens de vierde levensfase (Huisman et al. 2011). De derde levensfase begint bij pensionering en de vierde levensfase op het moment dat ouderen afhankelijk worden van anderen voor hun dagelijkse

¹ Subjectief welbevinden omvat drie verschillende aspecten: in de eerste plaats het cognitieve of evaluatieve aspect, wat meestal wordt gemeten aan de hand van de tevredenheid met het leven of onderdelen daarvan. Een tweede aspect zijn de affecten, ofwel positieve en negatieve emoties. Als derde is er het zogeheten eudemonisch aspect, vaak gemeten aan de hand van de mate waarin mensen de dingen die zij doen in het leven zinvol vinden (vgl. CBS 2015).

levensverrichtingen, zoals wassen en aankleden.² De deelnemers worden driejaarlijks uitgebreid bevraagd op veel aspecten van hun fysieke en cognitieve gezondheid, houdingen en vaardigheden, maatschappelijke participatie en welbevinden. In totaal zijn over de periode 1992-2019 meer dan 5000 personen gevolgd en meer dan 18.000 meetmomenten gebruikt voor de analyses.

Doel

Het doel van het onderzoek is inzichten te verwerven over de vraag op welke domeinen van het dagelijks leven veranderingen het meeste welbevinden op langere termijn opleveren in de verouderende bevolking. Om de ontwikkelingen te onderzoeken, is een theoretisch gefundeerd verklaringsmodel ontwikkeld dat tevens toepasbaar is voor ex ante beleidsevaluatie: het Welbevinden Participatie Hulpbronnen-model (WPH). Dit model biedt beleidsmakers een instrument om de effecten van beleidsvoornemens in te schatten.

Onderzoeksvragen

We onderzoeken, met behulp van een WPH-verklaringsmodel op basis van de levenslopen van ruim 5000 personen van 55 jaar en ouder over een periode van 27 jaar, de volgende vragen:

- 1 Hoe ontwikkelt het welbevinden in de bevolking vanaf 55 jaar?
- 2 Welke effecten hebben veranderingen in (combinaties van) participatievormen op het welbevinden in de latere levensloop?
- 3 Welke rol spelen veranderingen in (combinaties van) hulpbronnen in deze effecten op welbevinden?
- 4 Welke aanwijzingen leveren deze inzichten voor effectiever beleid?

Bevindingen

In de bevolking van 55 jaar en ouder blijven het welbevinden, de participatie en de hulpbronnen van mensen na de overgang van de tweede (werkzame) naar de derde (vitale) levensfase vrij stabiel of nemen licht af. Na de overgang van de derde naar de vierde (zorgbehoevende) levensfase nemen alle drie af. Naar leeftijd laten de resultaten een gemiddeld kantelpunt zien rond 70 jaar en daarna een toenemende verslechtering.

Een belangrijke oorzaak van de afname in welbevinden in de latere levensloop is dat mensen op verschillende terreinen minder actief deelnemen aan de samenleving. Min of meer parallel aan de verslechtering in welbevinden neemt de brede participatie aan verschillende activiteiten geleidelijk af tussen 55 tot 69 jaar, en vanaf 70 jaar in versnelde mate. In de overgang van de tweede naar de derde levensfase is al een lichte verslechtering zichtbaar en na de overgang van de derde naar de vierde levensfase neemt de brede participatie sterk af.

Uit aanvullende analyses, waarbij de invloed van variabelen van drie jaar eerder dan de actuele meting wordt meegenomen, blijkt dat het causale effect loopt van participatie naar welbevinden en niet andersom. Dat betekent dat bevorderen van brede participatie positieve effecten kan hebben op het welbevinden in de daaropvolgende levensjaren. Het verbreden van participatie met sociale, culturele en sportactiviteiten heeft een positiever effect op het welbevinden in de latere levensloop dan meer werken en (mantel)zorgen.

² De levensloop kent vier levensfasen (vgl. Laslett 1987, 1991):

- 1 jeugdfase
- 2 werkzame fase
- 3 fase van pensionering
- 4 zorgafhankelijke fase

De derde levensfase begint op het moment dat een persoon AOW-gerechtigd is of (eerder) met pensioen gaat, en eindigt bij aanvang van de vierde levensfase. Die levensfase begint op het moment dat een persoon in de derde levensfase langdurig afhankelijk wordt van anderen bij het verrichten van alledaagse levensverrichtingen (ADL, bv. aankleden en wassen) en eindigt bij het overlijden. De derde levensfase wordt daarom in onderzoek naar veroudering ook wel aangeduid als de 'vitale levensfase' en de vierde de 'zorgbehoevende levensfase'.

Aanbevelingen

De resultaten van deze studie suggereren dat nog meer zorg overlaten aan mantelzorgers in de vitale derde levensfase negatief zal uitwerken op het welbevinden in latere levensjaren. Door beleid te richten op brede participatie (werken en zorgen, sociale contacten, cultuur- en sportdeelname) zal het welbevinden van de verouderende bevolking substantieel minder afnemen dan door het huidige beleid, dat zich richt op de smalle participatie van werken en zorgen.

Brede participatie in de derde en vierde levensfase kan gestimuleerd worden door een groter, gevarieerder en toegankelijker aanbod van sociale, culturele en beweegactiviteiten aan te bieden. Vanzelfsprekend moeten die activiteiten aansluiten bij de wensen van mensen. Dat benadrukt het belang van een divers aanbod van activiteiten voor alle sociale en culturele groepen in de verouderende bevolking. Daarnaast kunnen de (ongelijk verdeelde) kansen op afname in welbevinden gedempt worden door het versterken van de hulpbronnen (fysieke en mentale gezondheid, inkomen, sociale netwerken) van mensen in de derde levensfase.

Het versterken van hulpbronnen in de derde levensfase heeft op individueel niveau een positief effect op gezondheid en welbevinden. Daarnaast heeft de versterking van hulpbronnen ook collectieve neven-opbrengsten, zoals (gelijkere kansen op) een betere volksgezondheid, een hogere levensverwachting, minder zorggebruik en langer zelfstandig wonen. Gezonde mensen leven langer, zijn productiever, socialer, veerkrachtiger, kunnen beter omgaan met tegenslagen en hebben meer vertrouwen in de medemens en samenleving.

De kans op een snelle verslechtering in welbevinden van de derde naar de vierde levensfase is mogelijk te dempen of uit te stellen door preventief handelen door beleidsmakers, burgers en professionals. De onderzoeksresultaten bieden verschillende handvatten en handelingsperspectieven. Het WPH-model laat in den brede zien waar de effecten op welbevinden groter en kleiner zijn. Dit helpt specifieker aan te geven op welke hulpbronnen en participatievormen een beleidsplan zich als eerste kan richten, omdat investeringen hierin meer effect zullen sorteren. Tevens laat het WPH-model de keerzijde van de hulpbronmedaille zien: met welke fysieke, mentale, sociale, economische en culturele beperkingen moet rekening worden gehouden? Mensen die veerkrachtig de vierde levensfase ingaan met een sterk sociaal netwerk en een goede mentale weerbaarheid lopen bijvoorbeeld minder risico dat het snel bergafwaarts zal gaan met hun welbevinden. Daarmee biedt het WPH-model inzicht in het beloop van kansenongelijkheid in de derde en vierde levensfase.

Handelingsperspectieven

Dit rapport is te gebruiken op twee manieren: ten eerste om inzicht te krijgen in de vergrijzing, en ten tweede als model om toekomstige effecten van beleidsvoornemens rondom de vergrijzing door te rekenen. Er is al veel beleid en er gebeurt veel in de samenleving om de hulpbronnen en participatie van mensen in de vierde levensfase te versterken. De derde levensfase wordt in beleid echter vaak over het hoofd gezien, terwijl hierin wel de basis gelegd kan worden voor de latere jaren.

Het WPH-model laat zien waar investeringen in de vitale derde levensfase meer en minder effect zullen sorteren.

- Breid bijvoorbeeld lokale initiatieven uit naar de derde levensfase binnen bestaande landelijke beleidsprogramma's, zoals Samen cultuur maken (ministerie van Onderwijs, Cultureel en Wetenschap (OCW)), Waardigheid en Trots, Samen ouder worden en GALA (alle drie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)). Dat zal de preventieve doelstellingen van de programma's versterken.
- Verbreed het traditionele aanbod van verpleegkundigen en verzorgenden in de ouderenzorg met geestelijk verzorgers en kunstzinnige professionals (zie de innovatieve ZonMw-programma's Kunst en zorg en Zingeving).
- Versterk de sociale en culturele infrastructuur en richt deze opnieuw in voor en door ouderen (zie bv. initiatieven in de wijk in het kader van Eén tegen eenzaamheid), zodat ze beter toegankelijk is en ouderen gelijke kansen hebben om betekenisvol te participeren in de samenleving.

- Maak realistisch beleid door beleidsvoornemens door te rekenen en te doordenken op basis van het WPH-model. Het ministerie van VWS wil bijvoorbeeld dat ouderen 1) meer de regie nemen; 2) meer gebruik gaan maken van digitale oplossingen voor hun verzorgingsproblemen; en 3) sociale netwerken van ouderen vergroten. Doorrekeningen van deze beleidsvoornemens en wensen met het WPH-model laten zien dat op het oog eenvoudige beleidswensen in werkelijkheid neveneffecten kunnen hebben door andere factoren. Daarbij kan gedacht worden aan de fysieke en mentale gezondheid, de beschikbaarheid van een sociaal netwerk en de mogelijkheden om te participeren. De modeltoepassingen laten bij ieder van de drie beleidswensen zien welke factoren een rol spelen en welke op termijn zwaarder meewegen in het bevorderen van het welbevinden in de verouderende bevolking. Ex ante doorrekeningen van beleidsvoornemens bieden daarmee handvatten voor mogelijk effectiever toekomstig beleid.

Toekomst

De groep mensen in de derde levensfase neemt toe in de bevolking, die al voor de helft bestaat uit 50-plussers. Veel mensen in de derde levensfase willen actief blijven en een bijdrage leveren aan de samenleving. Dat geeft hun voldoening, leefplezier en het gevoel van betekenis te zijn voor anderen. Deze groep mensen dreigt echter vergeten en onderbenut te worden in beleid. De aandacht van beleid gaat uit naar de zorgbehoevende ouderen in de vierde levensfase.

Een dringende suggestie is om (beleid over) veroudering niet alleen naar leeftijd te benaderen, maar ook naar levensfase. Levensfasen markeren nauwkeuriger de kantelpunten van vitaliteit naar zorgbehoevendheid in de verouderende bevolking. Bovendien brengen levensfasen preciezer de jaren in beeld dat ouderen actief kunnen en willen bijdragen aan de samenleving.

Er is veel potentie onder vitale, wijze gepensioneerden om maatschappelijke problemen aan te pakken. Het grote potentieel van de derde levensfase dient weloverwogen ingezet te worden. Het is eenzijdig om mensen langer te laten werken en ervan uit te gaan dat zij na hun pensionering vrijwilligerswerk gaan doen en mantelzorg verlenen om personeelstekorten op te lossen. Net als bij burgers in de eerste en tweede levensfase dient er een balans te zijn tussen verplichte participatie (werk en onderwijs) en vrijwillige participatie (vrijtijdsbesteding, zoals cultuur- en sportdeelname). Dit houdt mensen en de bevolking in het algemeen gezond en gelukkig.

Door te investeren in de vitale derde levensfase kan de trend versterkt worden dat deze fase langer wordt en de zorgbehoevende vierde levensfase korter. Dat zou kunnen betekenen dat de baten van de vergrijzing stijgen (welbevinden, brede participatie) en de kosten (van zorg) relatief dalen.

1 Vraagstukken van de verouderende samenleving

1.1 Inleiding

Lang was overheidsbeleid gestoeld op de idee dat mensen leren en werken tot hun pensioen en dat daarna een periode van rusten aanbreekt. Gepensioneerden werd als het ware gevraagd hun opgebouwde deelname aan de samenleving af te bouwen. Door de flinke stijging van de levensverwachting in de vorige eeuw brengen mensen gemiddeld een langere periode na hun pensionering door in de samenleving, en gemiddeld in een betere gezondheid. Dat betekent dat er voor veel mensen na de pensioenleeftijd nog een uitdaging aan de horizon verschijnt om gedurende enkele jaren tot enkele decennia – de verschillen in levensverwachting zijn groot – op een zingevende manier vorm te geven aan een nieuwe levensfase. Daarnaast wordt in toenemende mate een beroep op gepensioneerden gedaan om tekorten op de arbeidsmarkt aan te vullen door het geven van informele zorg aan ouderen en kleinkinderen.

Actieve ouderen combineren in het dagelijks leven verschillende participatievormen: ze doen vrijwilligerswerk, verlenen mantelzorg aan hun partner of burens, beoefenen een kunstvorm (vooral koren en muziek) en sporten. De individuele verschillen zijn groot. Sommigen zijn op veel terreinen actief, maar andere ouderen participeren veel minder en op minder terreinen. Er is ook veel diversiteit door een grote variatie in levenspaden en leefstijlen (Van den Broek et al. 2016; Van Campen et al. 2017). De levenspaden en leefstijlen van ouderen zijn gevarieerder dan pakweg vijftig jaar geleden, door onder meer veranderende rollen van mannen en vrouwen, meer alleenstaande en andere huishoudensvormen en een toename van verschillende culturele achtergronden. De kansen op betekenisvolle participatie en gelukkig ouder worden verschillen daardoor en die verschillen worden groter naarmate mensen ouder worden en (zorg)afhankelijker van anderen (vgl. Van Campen en Olsthoorn 2022).

1.2 Vergrijzing en levensfasen

Bij de verouderende bevolking denken mensen meestal alleen aan de demografische ontwikkeling. Op 1 januari 2023 telde Nederland 3.601.167 inwoners van 65 jaar of ouder. Dat is 20% van de bevolking; in 1990 was het nog maar 12%. Dit aandeel zal het volgens de bevolkingsprognoses van het CBS verder toenemen tot 26% in 2026. Het aantal 80-plussers zal volgens prognose toenemen van 5% in 2022 tot 11% in 2060 (CBS 2022). Internationaal zit Nederland qua vergrijzing op het gemiddelde. Europa is het meest vergrijsde continent; Afrika het minst vergrijsde. Japan is het meest vergrijsde land met 26% 65-plussers en bijna 8% 80-plussers. Een verhouding die voor Nederland in het verschiet ligt.

Achter de demografische ontwikkeling verloopt een andere ontwikkeling in de derde en vierde levensfasen die bepalend is voor de samenleving. De groep in de vitale derde levensfase ouderen is bijna tweemaal groter dan de groep in de vierde levensfase ouderen, die voor zorg afhankelijk is van anderen. Ongeveer een kwart van de 65-plussers is kwetsbaar volgens metingen van *frailty* (Van Campen 2011; Vektis 2020). Circa een kwart van de 75-plussers ontvangt professionele zorg en ondersteuning (De Klerk et al 2019).

Sinds enkele decennia is een trend waarneembaar dat de derde levensfase langer wordt en de vierde levensfase korter. Een 65-jarige had een levensverwachting van 20 jaar in 2021; in 1971 was dat nog maar 15,5 jaar (RIVM 2023). De levensverwachting is op grond van de gezondheidstoestand te verdelen in het verwachte aantal jaren in goede gezondheid en het verwachte aantal jaren in slechte gezondheid. De levensverwachting in goede gezondheid is 13 jaar en in minder dan goede gezondheid 7 jaar. Over tien jaar tijd zijn de verwachte gezonde jaren toegenomen met 15% voor mannen en 20% voor vrouwen. De ongezonde jaren namen evenredig af: -16% voor vrouwen en -22% voor mannen. Dit illustreert een langere trend dat het aandeel gezonde jaren toeneemt en het aantal ongezonde jaren afneemt in de

levensverwachting (CBS 2022; RIVM 2023). Dit is een belangrijke trend. De vitale fase in de ouderdom wordt langer en het aandeel vitale ouderen groter. De zorgafhankelijke fase wordt korter en het aandeel zorgbehoevende ouderen kleiner. In absolute aantallen groeien beide groepen omdat de bevolking veroudert. Hier liggen mogelijkheden voor beleid om het groeiende aandeel mensen in de derde levensfase te ondersteunen om onder meer hun bijdrage aan de samenleving te vergroten.

De levensloop kent vier levensfasen (vgl. Laslett 1987, 1991):

- 1 jeugdfase
- 2 werkzame fase
- 3 fase van pensionering
- 4 zorgafhankelijke fase

De derde levensfase begint op het moment dat een persoon AOW-gerechtigd is of (eerder) met pensioen gaat en eindigt bij aanvang van de vierde levensfase. Die levensfase begint op het moment dat een persoon in de derde levensfase langdurig afhankelijk wordt van anderen bij het verrichten van alledaagse levensverrichtingen (ADL, bv. aankleden en wassen) en eindigt bij het overlijden. De derde levensfase wordt daarom in onderzoek naar veroudering ook wel aangeduid als de 'vitale levensfase' en de vierde de 'zorgbehoevende levensfase'.³

1.3 Beleid voor de derde en vierde levensfasen

De samenleving ontbeert een visie op de derde levensfase, stelde de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS 2020). In vergelijking met de verzorgingsarrangementen op de beleidsterreinen van inkomen en zorg voor ouderen zijn er weinig uitgewerkte sociaal-culturele arrangementen in buurten en wijken die ouderen de kansen bieden om zich te ontwikkelen en bij te dragen aan de samenleving. Het betrekken en activeren van ouderen bij de samenleving gaat niet vanzelf. Ouderen moeten dat willen, kunnen en vooral 'mogen'. Voor dat laatste zijn mogelijkheden in de leefomgeving nodig, zoals toegankelijke ontmoetingsplaatsen. De sociale en culturele infrastructuur is in vergelijking met de zorginfrastructuur nog onvoldoende ingericht op de verouderende bevolking (RVS 2020).

De RVS adviseerde om na te denken over een andere inrichting van de samenleving. De huidige wet- en regelgeving (bv. AOW en Wmo) biedt gepensioneerden ondersteuning. Tegelijkertijd belemmert de huidige inrichting van de langdurige zorg de ontplooiing van ouderen, zo laat de Raad in zijn rapport zien. Daarom bepleit de Raad een verruiming van de handelingsperspectieven, waarbij het uitgangspunt verschuift van de individuele zorgafhankelijke oudere naar een autonome en betekenisvolle participatie van ouderen aan de samenleving (RVS 2020).

De aandacht van het huidig beleid ligt momenteel sterker op kosten van vergrijzing en personeelstekort. Het VWS-programma Wonen Zorg en Ondersteuning voor Ouderen (WOZO) zoekt oplossingen voor de stijgende kosten van en personeelstekorten in de langdurige zorg en ondersteuning. Dat moet worden gedaan door het bevorderen van de eigen regie (zelfzorg en mantelzorg) en digitale oplossingen met als uitgangspunt zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan.

Langer lopende VWS-programma's leggen de nadruk op het welbevinden en de participatie van ouderen. Het VWS-programma Eén tegen eenzaamheid stimuleert lokale sociale en culturele initiatieven om de sociale cohesie te verbeteren en eenzaamheid te verminderen. Het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) stimuleert, naast fysieke beweging, mentale weerbaarheid als voorbereiding op gezond ouder worden. De programma's Waardigheid en trots en Langer thuis ondersteunen lokale initiatieven om zorgbehoevende ouderen in hun eigen woonomgeving langer zelfstandig te laten wonen en als ze eenmaal verhuizen naar een woonzorgcentrum, ze deel te laten blijven nemen aan het sociale en culturele leven. Het OCW-programma Samen cultuur maken ondersteunt lokale kunst- en culturele initiatieven om zorgbehoevendenden in de wijk en in instellingen te betrekken bij de samenleving en om de cultuurdeelname te bevorderen. Sportdeelname en blijven bewegen op leeftijd zijn onderdeel van het Sportakkoord van VWS.

³ Sommigen slaan de derde levensfase over en komen door ziekte van de tweede direct in de vierde levensfase.

De beleidsdoelen voor de ouderenzorg lijken de afgelopen jaren heen en weer te pendelen tussen enerzijds kostenbeheersing en voldoende zorgpersoneel en anderzijds gezondheid en welbevinden, betekenisvolle participatie en autonomie. Over een periode van enkele decennia zien we in de beleidsvisies over veroudering een verschuiving van gezond ouder worden naar gelukkig ouder worden. Dat laatste omvat ook aandacht voor hoe mensen in de samenleving zinvol ouder kunnen worden en mogelijkheden hebben op een zingevende manier te blijven meedoen aan de samenleving (vgl. Van Campen 2020; Van Campen en Olsthoorn 2022). Het bevorderen van welbevinden in de derde levensfase heeft naast individuele ook collectieve nevenopbrengsten, zoals een betere volksgezondheid, een hogere levensverwachting, minder zorggebruik en langer zelfstandig wonen. Gezonde, gelukkige mensen leven langer, zijn productiever, socialer, veerkrachtiger, kunnen beter omgaan met tegenslagen en hebben meer vertrouwen in de medemens en samenleving (Diener et al. 2009; Lyubormirsky et al. 2005; Septoe en Fancourt 2019; Veenhoven 2006).

De investeringen in de derde levensfase van het kabinet-Rutte IV lijken afgeleid van de doelstelling om de zorgkosten van de vierde levensfase te beheersen. Zo zet het kabinet in op langer doorwerken door het verhogen van de pensioenleeftijd. Daardoor zal de verhouding tussen het aantal werkenden en het aantal zorgbehoevenden gunstiger worden. Ook stimuleert het kabinet ouderen om vrijwilligerswerk te gaan doen. Een groot deel van de vrijwilligers is werkzaam in de zorg en vult daar welzijnstekorten aan. Daarnaast stimuleert het kabinet ouderen die mantelzorg verlenen met ondersteuningsregelingen. Een groot deel van de langdurige zorg komt van mantelzorgers.

Het kabinet investeert wel in de participatie van mensen in de derde levensfase.⁴ Het zijn echter participatievormen die onder de noemer van (on)betaald werk te plaatsen zijn, zoals langer doorwerken, vrijwilligerswerk en mantelzorg. Overigens investeert het kabinet ook zeker in de cultuurdeelname en sportdeelname van ouderen, maar de bestedingen zijn veel lager.

De opgave van de verouderende bevolking is te formuleren in een beleidsdilemma voor het nieuwe kabinet. Zet het kabinet een summier beleid voort van kostenbeheersing van de gevolgen van de vergrijzing? Of kiest het voor een breder investeringsbeleid dat het potentieel van de verouderende bevolking versterkt? Dat laatste kan door beleid te ontwikkelen op brede participatie (werken, zorgen, cultuur- en sportdeelname) en kansengelijkheid (in inkomen, gezondheid en sociaal-culturele hulpbronnen) in de derde en vierde levensfase. Dit is een politieke keuze. Om betere keuzes te kunnen maken op basis van feitelijke ontwikkelingen in de samenleving, zijn in deze studie de relaties onderzocht tussen veranderingen in welbevinden, participatie en hulpbronnen in de verouderende samenleving.

1.4 Doel en onderzoeksvragen

Het doel van het onderzoek is inzichten te verwerven in welke veranderingen in hulpbronnen en participatie van burgers in de derde levensfase kunnen leiden tot welke opbrengsten in de latere levensjaren in termen van welbevinden. Om de ontwikkelingen te onderzoeken is een theoretisch gefundeerd verklaringsmodel ontwikkeld dat tevens toepasbaar is voor ex ante beleidsevaluatie: het Welbevinden Participatie Hulpbronnen-model (WPH). Dit model biedt beleidsmakers een instrument om de effecten van beleidsvoornemens in te schatten.

De onderzoeksvragen luiden:

- 1 Hoe ontwikkelt zich het welbevinden in de bevolking vanaf 55 jaar?
- 2 Welke effecten hebben veranderingen in (combinaties van) participatievormen op het welbevinden in de latere levensloop?
- 3 Welke rol spelen veranderingen in hulpbronnen in deze effecten op welbevinden?
- 4 Welke aanwijzingen leveren deze inzichten voor effectief beleid?

⁴ Overigens is strikt genomen langer doorwerken het verlengen van de tweede levensfase.

1.5 Begrippen

In deze paragraaf lichten we enkele veelgebruikte begrippen toe die worden gebruikt in dit rapport.

Welbevinden

Welbevinden gaat onder meer over van betekenis zijn voor anderen, betrokken zijn bij de samenleving, waardering voor jezelf, doelen voor ogen hebben, zin hebben en genieten van het leven (vgl. Seligman 2004). Welbevinden kent drie dimensies: 1) cognitief (bv. tevredenheid met het leven); 2) affectief (bv. leefplezier, blijdschap) en 3) zingevend (bv. doelbewust leven, betekenisvolle contacten) (vgl. Grenville-Cleave et al. 2021; Hardus et al. 2022; Ryan en Deci 2017). Hoofdstuk 2 beschrijft hoe deze drie aspecten geïntegreerd zijn in een meetinstrument. We geven de voorkeur aan de wetenschappelijke omschreven term (subjectief) welbevinden. De term geluk komt meer voor in het dagelijks taalgebruik en zullen we af en toe ter afwisseling als synoniem voor welbevinden.

Participatie

Participatie beschouwen we in brede zin als meedoen aan de samenleving. In een samenleving waarin iedere burger kan en mag meedoen, kunnen mensen zich ontplooien en deelgenoot zijn van de maatschappij, in zowel het economische, het sociale als het culturele leven (Van Campen en Olsthoorn 2022). Daarbij kijken we vanuit het burgerperspectief, omdat dan duidelijker wordt welke activiteiten mensen in de derde en vierde levensfase combineren en hoe en waarom ze dat doen. Volgens deze benadering definiëren we het begrip participatie als: alle activiteiten die burgers in verbinding met anderen ontplooien. Deze activiteiten kunnen in aard, omvang en verscheidenheid variëren. Voorbeelden zijn: betaalde arbeid, scholing, vrijwilligerswerk, hulp aan zieke naasten (mantelzorg), zorg voor kinderen, sociale contacten, sport- en cultuurdeelname.

Onderzoek naar participatie van ouderen kent een lange historie. Al in de jaren vijftig van de vorige eeuw waren het Havighurst en Albrecht (1953) die als eersten een verband legden in wat de *activity theory of aging* werd genoemd. Zij kwamen tot de conclusie dat meer actieve ouderen gelukkiger waren. Op basis van de gerontologische literatuur over participatie en welbevinden onderscheiden we binnen brede participatie vier aspecten: 1) werkdeelname (bv. betaald werk, vrijwilligerswerk, mantelzorg geven); 2) sociale contacten (activiteiten en contacten met andere mensen); 3) cultuurdeelname (bv. kunstbeoefening, museumbezoek, cursussen); en 4) sportdeelname en bewegen.⁵ Hoofdstuk 2 beschrijft hoe deze vier aspecten geïntegreerd zijn in het meetinstrument dat in deze studie wordt gehanteerd.

Hulpbronnen

Mensen verschillen in de omvang en samenstelling van hun hulpbronnen. Voortbouwend op werk van Bourdieu (1984, 1986) en Coleman (1990) zijn vaak economische, culturele en sociale hulpbronnen onderscheiden. In het *Sociaal en Cultureel Rapport 2014* zijn daar persoonsgebonden hulpbronnen aan toegevoegd (Vrooman et al. 2014; zie ook Vrooman et al. 2023)). Economische hulpbronnen hebben onder andere betrekking op inkomen, vermogen en bezittingen die ingezet kunnen worden. Culturele hulpbronnen betreffen het vermogen van mensen om met symbolen en informatie om te gaan. Hierin spelen taalbeheersing, informatievaardigheden en kennis van culturele verworvenheden een belangrijke rol. Het hangt sterk samen met de opleiding van mensen. Sociale hulpbronnen concentreren zich rond relaties met andere mensen, ofwel het sociaal kapitaal van hun netwerken. Ze zijn de resultante van 1) het aantal mensen dat bereid of verplicht is (instrumentele of sociale) steun te verlenen aan een persoon; 2) de hulpbronnen die de persoon op deze wijze kan mobiliseren; en 3) het rendement op de inzet van deze hulpbronnen (Flap 1987; Flap en Völker 2013; Lin 2001; Lin en Erickson 2008; Van Tubergen en Volker 2015). Persoonsgebonden hulpbronnen gaan over lichaamseigen kenmerken, waarbij drie subtypen te onderscheiden zijn: 1) fysiek kapitaal (bv. spierkracht); mentaal kapitaal (zoals doorzettingsvermogen en intelligentie); en 3) esthetisch kapitaal (aantrekkelijkheid door uiterlijke verschijning of uitstraling) (Vrooman et al. 2014, 2023).

⁵ Zie voor meer informatie Atchley (1980, 1989); Baltes (1987); Baltes en Baltes (1990); Baltes en Carstensen (1996); Baltes en Lang (1997); Baltes et al. (1999); Van Eijk (1997); Erikson en Erikson (1998); Freund en Baltes (2002); Iso-Ahola (1980); Jopp en Smith (2006).

Aansluitend bij Vrooman et al. (2023) onderscheiden we in deze publicatie economisch, sociaal, cultureel en persoonskapitaal. Het persoonskapitaal vullen we in op een manier die aansluit bij de levensfase, namelijk fysiek en mentaal gezondheidskapitaal. Welke indicatoren voor de vier kapitaaltvormen zijn gekozen, staat beschreven in hoofdstuk 2.

Levensloop

Veroudering is een proces en geen toestand. Daarom volgt deze studie een levensloopbenadering waarin naast leeftijd ook naar levensfase gekeken wordt. Dat betekent dat de verouderende bevolking als een ontwikkeling beschouwd wordt en ouderen niet gecategoriseerd worden als een met een leeftijdscriterium afgebakende doelgroep.

1.6 Opbouw van het rapport

Hoofdstuk 2 verantwoordt de ontwikkeling van een ex ante verklaringsmodel van welbevinden, participatie en hulpbronnen (WPH-model) en de constructies van meetinstrumenten voor deze drie onderdelen. Met dit model zijn de longitudinale panelgegevens geanalyseerd. Tevens is het WPH-model een hulpmiddel bij het doorrekenen en doordenken van beleidsvoornemens. Hoofdstuk 3 beschrijft het beloop van welbevinden in verouderende bevolking. Daarbij wordt zowel naar leeftijd als naar levensfase gekeken. De algemene ontwikkeling wordt uiteengelegd in deelaspecten van welbevinden. Hoofdstuk 4 laat zien op welke domeinen veranderingen in participatie leiden tot verbetering van welbevinden. Tevens worden verdiepende vragen onderzocht, zoals: Welke combinaties van participatie dragen bij welbevinden? Wat zijn de opbrengsten van smalle versus brede participatie? Verschillen deze effecten voor mannen en vrouwen, voor personen met en zonder partner en naar opleiding? Ook worden enkele specifieke participatievormen onder de loep genomen zoals betaald werk, mantelzorg en cultuur- en sportdeelname. Hoofdstuk 5 voorspelt de effecten van veranderingen in verschillende hulpbronnen in de derde levensfase op het welbevinden in de verouderende bevolking. Wat zijn de relatieve bijdragen van de kapitaaltvormen fysieke en mentale gezondheid, economisch, sociaal en cultureel kapitaal? Hoofdstuk 6 toont de toepassing van het WPH-model in ex ante beleidsevaluaties aan de hand van drie casussen. Met het WPH-model worden de effecten van meer regie, meer digitale vaardigheden en een groter sociaal netwerk op het welbevinden in latere jaren doorgerekend. Er wordt getoond welke rol andere hulpbronnen en participatie daarbij spelen. Ook hier wordt gekeken of er verschillende effecten zijn voor mannen en vrouwen, voor personen met en zonder partner en naar opleiding. Hoofdstuk 7 beschouwt de lessen van het onderzoek voor toekomstig beleid.

2 Welbevinden Participatie Hulpbronnen-model

2.1 Informeren van beleid

Er zijn verschillende typen onderzoek om beleid te informeren in de beleidscyclus. De cyclus kent een aantal fasen. Allereerst is er de fase van het vaststellen van het beleidsprobleem. Daarna volgt een fase van het bepalen van het beleidsdoel en dan de fase van het kiezen van de aanpak. Vervolgens komt de fase van uitvoering, het volgen (monitoren) van de uitvoering en tot slot de fase van de evaluatie van de opbrengsten.

Het informeren van iedere fase vergt een ander type onderzoek. Verkennend signalerend onderzoek helpt bij het specificeren en in kaart brengen van het beleidsprobleem. Onderzoek naar normen en assumpties laat zien wat de implicaties kunnen zijn van het beleidsdoel. Ex ante beleidsevaluatie, het onderwerp van dit hoofdstuk, biedt ondersteuning om verschillende opties en varianten door te rekenen en te doordenken. Op basis daarvan kan gekozen worden voor een aanpak om het beleidsdoel te bereiken. Tijdens de uitvoering daarvan bieden procesevaluaties kennis over de verwachte haalbaarheid van de aanpak. Tot slot kan door middel van effectevaluatie vastgesteld worden of de beleidsdoelen behaald zijn en wat de opbrengsten zijn.

Dit hoofdstuk beschrijft de ontwikkeling van het Welbevinden Participatie Hulpbronnen-verklaringsmodel (WPH) voor ex ante beleidsevaluaties. Op basis van beleidsvoornemens kunnen met dit model de effecten doorgerekend en voorspeld worden van veranderingen in de determinanten op veranderingen in toekomstig welbevinden.

Het model kan op twee manieren gebruikt worden: 1) als analyse van veranderingen in de verouderende bevolking; en 2) bij beleidsvragen rondom welbevinden, participatie en hulpbronnen in de verouderende bevolking. Het rekenmodel kan verschillende varianten en beleidsopties doorrekenen en doordenken. Het is in te zetten op het moment dat de beleidsvoornemens afgewogen worden en keuzes gemaakt moeten worden voor in te zetten beleid.

Een rekenmodel voor ex ante beleidsevaluatie dient onzes inziens aan een aantal voorwaarden te voldoen om bruikbaar te zijn voor beleidsmakers:

- Het model maakt een beleidsdoel meetbaar. Het doel van beleid is in dit geval om welbevinden te bevorderen.
- Het model bevat gegevens van een brede afspiegeling van de bevolking en de gegevens hebben voldoende detail om groepen in de samenleving te onderscheiden.
- Een aantal determinanten van het model zijn beïnvloedbaar door beleid, bijvoorbeeld de gezondheid en participatie van mensen. Daarnaast bevat het model ook determinanten die niet beïnvloedbaar zijn, zoals leeftijd en geslacht, zodat ook duidelijk is wat de rol is van factoren die niet maakbaar zijn door beleid.
- De doorrekeningen zijn duurzaam en degelijk. Dat betekent dat metingen beschikbaar zijn over lange tijd bij veel verschillende mensen in de diverse bevolking.
- De uitkomsten zijn informatief voor beleidskeuzes. Het model kan verschillende varianten en opties doorrekenen.
- Naast de mogelijkheden wordt aangegeven wat de beperkingen zijn van de doorrekeningen met het model.

Hoe binnen dit kader het WPH-verklaringsmodel ontwikkeld is, wordt in de volgende paragrafen uit de doeken gedaan.

2.2 Data: Longitudinal Aging Study Amsterdam

Als data voor het WPH-rekenmodel is gebruikgemaakt van de *Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)*.⁶ Dit is een panel dat al sinds 1992 een landelijke groep 55-plussers volgt (Huisman et al. 2011). De deelnemers worden driejaarlijks uitgebreid bevraagd op veel aspecten van hun fysieke en cognitieve gezondheid, houdingen en vaardigheden, maatschappelijke participatie en welbevinden.

De deelnemers komen uit een gestratificeerde steekproef in drie verschillende regio's: Amsterdam en omliggende gemeenten, Zwolle en omliggende gemeenten en Oss en omliggende gemeenten. De keuze voor deze regio's was gebaseerd op een vertegenwoordiging van deelnemers uit zowel (Rand)stad als platteland, en uit zowel niet-kerkelijk als voornamelijk protestantse of katholieke bevolking. Gedurende de studie is de leeftijdsrange van deelnemers tussen de 55 en 104 jaar oud bereikt. De gegevens van LASA die worden gebruikt in onderzoek zijn niet naar individuele personen herleidbaar en worden anoniem bewaard en verwerkt. De eerste meting vond plaats in 1992, in 2019 is de elfde meting afgerond. Er zijn tweemaal nieuwe steekproeven uit hetzelfde steekproefkader toegevoegd om het aantal deelnemers, dat vermindert door sterfte en uitval, op peil te houden. In tabel 2.1 zijn de metingen weergegeven.⁷

Tabel 2.1 Schema van metingen in de LASA, 1992-2019 (in aantallen)

cohort	jaar van afname										
1	1992- 1993	1995- 1996	1998- 1999	2001- 2002		2005- 2006	2008- 2009	2011- 2012		2015- 2016	2018- 2019
2					2002- 2003	2005- 2006	2008- 2009	2011- 2012		2015- 2016	2018- 2019
3									2012- 2013	2015- 2016	2018- 2019
aantal respon- denten (n)	3107	2545	2076	1691	1002	2165	1818	1522	1023	2024	1701

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

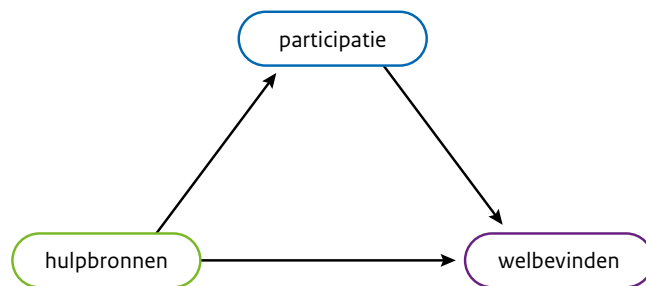
⁶ De dataverzameling van LASA wordt mogelijk gemaakt met financiering van de directie Langdurige zorg van het ministerie van VWS.

⁷ Vanwege analysetechnische redenen is de eerste meting van cohort 2 voor het onderhavige onderzoek samengenomen met wave 2005-2006 en de eerste meting van cohort 3 is samengenomen met wave 2015-2016.

2.3 Conceptueel model: welbevinden, participatie en welbevinden

De grondgedachte van het WPH-rekenmodel is dat welbevinden bepaald worden door hulpbronnen en participatie. We nemen aan dat hulpbronnen direct en indirect via participatie van invloed zijn op het welbevinden.⁸

Figuur 2.1 Conceptueel model



Bron: SCP

De modelementen welbevinden, participatie en hulpbronnen zijn gemeten met losse indicatoren en samengestelde meetschalen.

Welbevinden

Het begrip welbevinden kent drie aspecten (vgl. Grenville-Cleave et al. 2021; Hardus et al. 2022; Ryan en Deci 2017):

- cognitief, bijvoorbeeld tevredenheid met leven
- affectief, bijvoorbeeld leefplezier, blijdschap
- eudemonisch, bijvoorbeeld betekenisvol samenleven

Op basis van de beschikbare LASA-indicatoren over subjectief welbevinden is gekozen voor de volgende metingen van de drie aspecten (zie tabel 2.2):

- cognitief: tevredenheid met leven (schaal)
- hedonistisch (affectief): positief en negatief affect (CES-D subschalen)
- eudemonisch (zingevend): (gemis aan) betekenisvolle sociale contacten (subschalen eenzaamheidsschaal)⁹

⁸ In principe kunnen participatie en welbevinden ook de hulpbronnen beïnvloeden. Omdat welbevinden in dit onderzoek de afhankelijke variabele is, richten de analyses zich op effecten van hulpbronnen en participatie op welbevinden en niet andersom.

⁹ Het meten van eudemonisch welbevinden is multidimensionaal (vgl. Martela en Steger 2016). Hier is gekozen voor de sociale dimensie: zin ontleen aan het leven door het onderhouden van betekenisvolle contacten. Het gemis hieraan is gedefinieerd als (emotionele) eenzaamheid (vgl. De Jong-Gierveld en Van Tilburg 2008).

Tabel 2.2 Aspecten, indicatoren en metingen van welbevinden

aspect	indicator	LASA-meting
cognitief	tevredenheid met het leven	1 schaal (<i>life satisfaction</i> ^a)
affectief	positief en negatief affect	2 subschalen (CES-D ^b)
eudemonisch	sociale en emotionele eenzaamheid	2 subschalen (<i>loneliness</i> ^c)

a Zie voor meer informatie over de schaal tevredenheid met het leven Boumans en Deeg (2011).

b Zie voor meer informatie over de affectieve subschalen van de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) Radloff (1977); Beekman et al. (1994).

c Zie voor meer informatie over subschalen van eenzaamheid De Jong-Gierveld en Kamphuis (1985).

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

Het zijn gevalideerde meetinstrumenten en bovendien hangen ze samen. De confirmatieve factoranalyse van de schalen wijst op één achterliggende factor en alle vijf schalen laden hier redelijk tot hoog op. Tevredenheid en positief affect dragen positief bij aan subjectief welbevinden en negatief affect en sociale en emotionele eenzaamheid dragen negatief bij. Op basis van de ladingen op deze factor is een gewogen uitkomstmaat geconstrueerd die is herschaald met een minimum van 0 en een maximum van 10 (zie tabel B2.1 in de bijlage bij dit hoofdstuk, te raadplegen via www.scp.nl bij dit rapport).

Participatie

Participatie kent veel vormen. Deze activiteiten kunnen in aard, omvang en verscheidenheid variëren. Voorbeelden zijn betaalde arbeid, scholing, vrijwilligerswerk, hulp aan zieken naasten (mantelzorg), zorg voor kinderen, sociale activiteiten, sport- en cultuurdeelname. Het SCP beschouwt participatie in brede zin als meedoen aan de samenleving (Van Campen en Olsthoorn 2022; Verbeek-Oudijk et al. 2023).¹⁰ Volgens deze benadering definiëren we het begrip brede participatie als: alle activiteiten die burgers in verbinding met anderen ontplooiën.

Het WPH-verklaringsmodel onderscheidt vier aspecten van brede participatie:

- **Werkdeelname** omvat vormen en combinaties van betaald en onbetaald werk, zoals een vaste of tijdelijke baan, vrijwilligerswerk en mantelzorg.
- **Sociale participatie** omvat actieve rollen in het sociale netwerk.¹¹
- **Culturele participatie** omvat deelname aan activiteiten en contacten met andere mensen met als doel persoonlijke ontwikkeling en zingeving.
- **Sportparticipatie** omvat naast deelname aan sportactiviteiten ook wandelen, fietsen en tuinieren.

Naast de afzonderlijke participatievormen zijn in het WPH-model samengestelde schalen geconstrueerd voor de vier aspecten en een algemene schaal voor brede participatie (zie bijlage B2.2).

In beleid wordt recentelijk vaak gekeken naar de maatschappelijke bijdrage van ouderen, bijvoorbeeld door langer betaald te werken, mantelzorg te verlenen en vrijwilligerswerk te doen. Deze drie participatievormen samen worden in hoofdstuk 4 als smalle participatie (of werkdeelname) vergeleken met brede participatie

¹⁰ Er is discussie mogelijk in hoeverre individueel sporten en kunstbeoefening beschouwd kan worden als meedoen aan de samenleving. Wij maken de keuze om deze activiteiten wel als vorm van meedoen aan de samenleving te zien.

¹¹ Het actieve sociale netwerk wordt gemeten met een maat voor diversiteit van sociale activiteiten, dat wil zeggen het aantal verschillende rollen dat iemand heeft in het sociale netwerk (bv. collega, familielid, vriend, buur, verenigingslid). Het totale sociale netwerk van personen wordt gemeten met een maat voor de omvang van het netwerk. De omvang van het sociale netwerk is een indicator van het sociaal kapitaal van een persoon. Een deel daarvan bestaat uit actieve sociale contacten. Het aantal verschillende rollen, ofwel de diversiteit in actieve sociale contacten, is gekozen als indicator voor sociale participatie. We bouwen hier voort op het LASA-onderzoek naar actieve sociale netwerken van ouderen; vgl. Suanet en Huxhold (2020); Van Tilburg (1998). Zie nadere toelichting in de bijlage bij dit hoofdstuk.

(werk-, sociale, cultuur- én sportdeelname). Er is een verschil tussen min of meer verplichtende vormen van participatie (school, werk), die een bijdrage leveren aan de samenleving en vrijetijdsactiviteiten die in de eerste plaats bijdragen aan de persoonlijke ontplooiing, en sociale cohesie in de samenleving. Het begrip brede participatie omvat beide vormen. Om een vergelijking te maken met de meer verplichtende vorm van werken, onderscheiden we werkdeelname en vergelijken deze onder de noemer van smalle participatie met brede participatie.

Onder werkdeelname zijn betaald werken, vrijwilligerswerk en mantelzorg samengenomen. Hoewel het in de beleving van mensen verschillende activiteiten zijn, hebben ze vanuit samenlevingsperspectief een aantal zaken gemeen. Het zijn vormen van werk die een bijdrage leveren aan de samenleving. De werkactiviteiten hebben een meer verplichtend en minder vrijblijvend karakter, omdat mensen zich gecommitteerd hebben aan de activiteit. Ze kunnen het niet zomaar een keer overslaan of niet komen opdagen.

Hulpbronnen

Hulpbronnen zijn te verdelen in vier vormen van kapitaal: persoonskapitaal (fysieke en mentale gezondheid),¹² economisch kapitaal (inkomen, opleiding), sociaal kapitaal (sociaal netwerk)¹³ en cultureel kapitaal (bv. waardenoriëntaties). De gebruikte LASA-variabelen over hulpbronnen zijn in tabel 2.3 geordend naar deze vier kapitaaltvormen. Sommige variabelen passen in meer kapitaaltvormen¹⁴ en het aantal beschikbare indicatoren verschilt per kapitaaltvorm. Daarom nemen we iedere variabele als aparte determinant mee in de analyses.

¹² De derde component van persoonskapitaal, namelijk esthetisch kapitaal, laten we om verschillende redenen buiten beschouwing. Ten eerste bevat LASA geen indicatoren voor esthetisch kapitaal. Ten tweede heeft esthetisch kapitaal voorspellende waarde op het verkrijgen van werk en inkomen in de tweede levensfase, en dat is voor het doel van deze studie weinig relevant. Ten derde is er een sterke samenhang tussen esthetisch en mentaal kapitaal (vgl. Van Campen en Versantvoort 2014).

¹³ De omvang van het sociale netwerk is bepaald door alle contacten te tellen in het persoonlijk netwerk. Dit is een hulpbron of kapitaaltvorm. Het geeft aan hoeveel personen iemand kent. Dit wordt onderscheiden van hoe actief die sociale contacten zijn en in welke sociale rollen mensen actief zijn. Dat laatste is de mate van sociale participatie (zie de toelichting van het onderscheid in bijlage B2.4).

¹⁴ Opleiding kan bijvoorbeeld gezien worden als vorm van economisch en cultureel kapitaal. Levensvaardigheden kunnen zowel als mentaal en als cultureel kapitaal gezien worden. Leefstijlfactoren zouden ook gezien kunnen worden als achtergrondvariabelen.

Tabel 2.3 Overzicht van LASA-hulpbronnen per kapitaalvorm^a

hulpbronnen en vaardigheden
1. persoons-/gezondheidskapitaal
a. fysiek
visuele beperkingen
auditieve beperkingen
beperkingen bij algemene dagelijkse levensactiviteiten (ADL)
globale beweegactiviteit
aantal chronische aandoeningen
<i>leefstijl</i>
alcoholgebruik
rookgedrag
b. mentaal
<i>cognitief</i>
cognitief functioneren
informatieverwerkingssnelheid
<i>levensvaardigheden</i>
zelfbeeld
ervaren regie
ervaren daadkracht
2. economisch
opleiding
(voormalig) beroep
inkomen
3. sociaal
omvang sociaal netwerk
frequentie sociale contacten
4. cultureel
waardenoriëntaties

^a Zie LASA (z.d.) voor specifieke informatie over de gebruikte LASA-indicatoren.

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

Achtergrondkenmerken

Naast de drie kernelementen welbevinden, participatie en hulpbronnen nemen we in de analyse achtergrondkenmerken mee om bijvoorbeeld verschillen tussen groepen te kunnen bepalen (zoals naar geslacht en partnerstatus). De achtergrondkenmerken zijn onderscheiden in constante en veranderlijke variabelen (zie tabel 2.4). Het WPH-model gebruikt veranderlijke variabelen om veranderingen in individuele levenslopen in kaart te brengen.

Tabel 2.4 **Constante en veranderende achtergrondkenmerken^a**

constante kenmerken
geboortejaar
geslacht
veranderende kenmerken
partnerstatus
huishoudsamenstelling
negatieve levensgebeurtenissen
woning
buurtkenmerken
stedelijkheidsgraad

a Zie LASA (z.d.) voor specifieke informatie over de gebruikte LASA-indicatoren.

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

Levensfasen

Naast deze achtergrondkenmerken gebruiken we in de analyses de verschillen tussen levensfasen. In deze studie definiëren we de overgangen van de levensfasen als volgt:

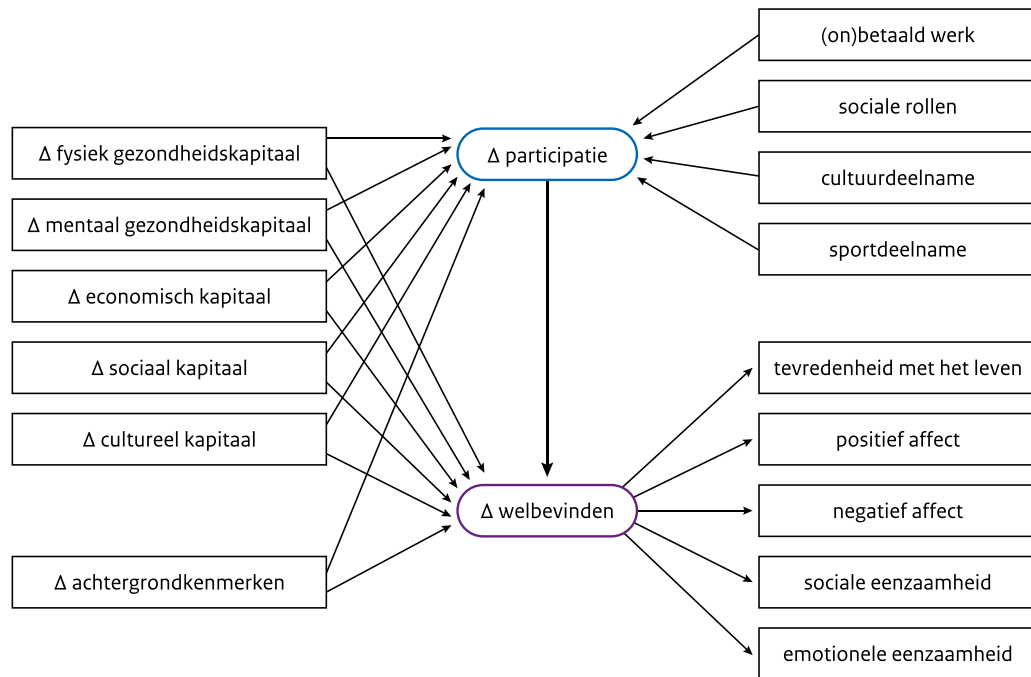
- De derde levensfase begint op het moment dat een persoon AOW-gerechtigd is of (eerder) met pensioen gaat en eindigt bij aanvang van de vierde levensfase.
- De vierde levensfase begint op het moment dat een persoon in de derde levensfase langdurig afhankelijk wordt van anderen bij het verrichten van alledaagse levensverrichtingen (ADL, bv. aankleden en wassen) en eindigt bij overlijden.
- Mensen in de tweede levensfase zijn vertegenwoordigd vanaf 55 jaar (de leeftijdsgrens voor deelname aan LASA).

In bijlage B2.6 wordt de constructie van de levensfasen met LASA-indicatoren toegelicht.

2.4 WPH-model

De specificatie van het conceptueel model met LASA-indicatoren en geconstrueerde meetschalen resulteert in het empirisch model (rekenmodel) in figuur 2.2. De hulpbronnen zijn afzonderlijk opgenomen in het model onder de noemers van fysiek en mentaal gezondheidskapitaal, economisch, sociaal en cultureel kapitaal. Brede participatie is opgenomen als samengestelde maat, van vier aspecten (te weten (on)betaald werk, sociale activiteiten, cultuurdeelname, sportdeelname) en als afzonderlijke participatievormen (zie tabel 2.3, niet in figuur 2.2). De afhankelijke variabele welbevinden is als samengestelde maat met vijf subschalen opgenomen in het model.

Figuur 2.2 WPH-rekenmodel^a



Δ = verandering

a De pijlen in de figuur hebben een verschillende betekenis. De pijl van participatie naar welbevinden staat voor een verondersteld causaal effect. De pijlen van de elementen naar participatie staan voor de constructie van een formatief begrip (zie bijlage B2.2). De pijlen van welbevinden naar de subschalen staan voor een latente variabele op basis van vijf subscores (zie bijlage B2.1).

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

2.5 Doorrekenen van effecten: veranderingen en verschillen

Er is een onderscheid tussen een *samenhang* tussen bijvoorbeeld de omvang van het sociaal netwerk en het welbevinden, en een *effect* van het sociaal netwerk op het welbevinden. Van dat laatste zal doorgaans sprake zijn wanneer een verkleining van het sociaal netwerk wordt gevolgd door een afname van het welbevinden in later jaren.

Met het WPH-model zijn zowel samenhangen als effecten te berekenen. Zo kunnen we bij het vergelijken van het welbevinden van mevrouw A en mevrouw B kijken naar hoe groot hun netwerk van familie en vrienden is. Mevrouw A heeft kind noch kraai en is bovendien verstoken van vrienden en kennissen. Zij slijt haar dagen in eenzaamheid en haar welbevinden is slechts een zes op een schaal van nul tot tien. Mevrouw B is getrouwd en heeft een zoon en een dochter die geregeld op bezoek komen. Daarnaast heeft zij nog twee vriendinnen en vier kennissen en zij scoort op haar welbevinden een acht. Vergelijken we *tussen* mevrouw A en B, dan scoort mevrouw B dus maar liefst twee punten hoger dan mevrouw A. Dit noemen we een *tussenpersoonsvergelijking* of – bij meerdere mensen met vergelijkbare omstandigheden – een *tussengroepsvergelijking*.

We kunnen ook een andere vergelijking maken, namelijk *binnen* personen over tijd. Mevrouw A krijgt namelijk een nieuwe buurvrouw waarmee het goed klikt en zij drinken geregeld een kopje koffie en maken zo nu en dan een wandeling. Zij scoort op haar welbevinden nu een zeven en zij gaat er dus een punt op vooruit van tijdstip 1 naar tijdstip 2. De man van mevrouw B overlijdt helaas na een kort ziekbed. Zij scoort haar welbevinden nu op een zes. Haar score op welbevinden gaat dus twee punten achteruit van tijdstip 1 naar 2. Deze vergelijking van

tijdstip 1 naar 2 noemen we een binnenpersoonsvergelijking. Mevrouw A scoort hierop dus +1 en mevrouw B -2. In een binnenpersoonsanalyse kan het effect van de veranderingen van netwerk grootte op het welbevinden van personen gemeten over meerdere tijdstippen worden bepaald.

Om effecten op welbevinden van veranderingen in hulpbronnen en participatie te bepalen, biedt de vergelijking *binnen* personen zuiverder schattingen, omdat veel persoonskenmerken binnen personen niet of nauwelijks zullen veranderen over tijd (bv. geslacht, etniciteit, religieuze overtuiging, intelligentie, aantrekkelijkheid). Persoonskenmerken *tussen* personen kunnen echter sterk verschillend zijn en hier dient in analyses voor gecontroleerd te worden. In de binnenpersoonsvergelijking wordt impliciet al voor allerlei kenmerken gecontroleerd en het is in de tussenpersoons- of tussengroepsvergelijking onmogelijk om voor alle kenmerken te controleren. Daarom geeft de binnenpersoonsvergelijking zuiverder effecten dan de tussengroepsvergelijking. Panelonderzoek waarbij scores van personen op meerdere momenten in de tijd worden gemeten, bieden dan ook een uitstekende mogelijkheid om tamelijk zuivere effecten te kunnen bepalen. *Tamelijk* zuiver, omdat de binnenpersoonsanalyse weliswaar controleert voor alle niet over tijd variërende (persoons)kenmerken, maar niet automatisch corrigeert voor kenmerken die wel variëren over de tijd. Denk bijvoorbeeld aan een afnemende cognitieve of fysieke gesteldheid. Maar voor dit soort veranderingen over tijd kan wel gecorrigeerd worden door deze kenmerken in de binnenpersoonsanalyse op te nemen.¹⁵

Het voordeel van LASA is dat het langlopende gegevens biedt over de belangrijkste aspecten van kapitaal, welbevinden en participatie. Daarmee biedt LASA gegevens die nodig zijn voor het toetsen van mogelijke causale effecten. Een nadeel van paneldataverzamelingen zoals LASA is dat ze te maken hebben met uitval van deelnemers. In bijlage B2.7 wordt in detail uitgelegd hoe daar bij de verschillende analyses mee omgegaan is.

2.6 Tot slot: doordenken en doorrekenen

Het WPH-rekenmodel biedt beleidsmakers een instrument om effecten van beleidsvoornemens op (aspecten van) het welbevinden van de verouderende bevolking door te rekenen. Het model biedt een palet van varianten van investeringen in hulpbronnen en participatievormen (en combinaties daarvan), waardoor verschillende opties vergeleken kunnen worden.

Naast effecten op de gehele bevolking van 55 jaar en ouder kunnen de effecten op groepen daarbinnen vergeleken worden. Dat brengt onder meer de kansengelijkheid van groepen in de levensloop in beeld. Daarnaast maakt het model duidelijk wat maakbaar is door beleid en welke effecten gegeven zijn in de demografische ontwikkeling.

Merk op dat doorrekeningen met het model bijdragen aan de evaluatie van de beleidstheorie, en niet aan de uitvoering van het beleid. De doorrekeningen geven aan waar investeringen de meeste verbeteringen in welbevinden bieden, maar niet hoe de interventies eruitzien en door wie ze uitgevoerd worden.

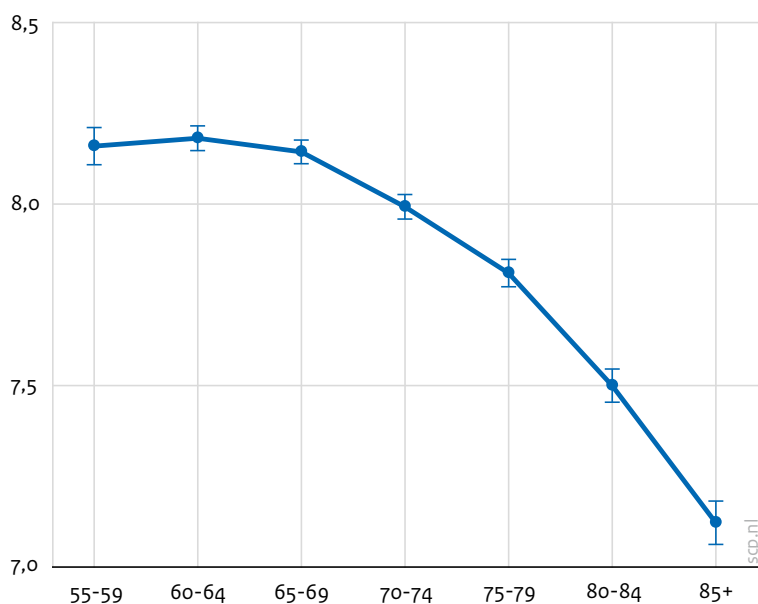
¹⁵ Een mogelijk nadeel van de binnenpersoonsanalyse is dat de variatie tussen personen genegeerd wordt, omdat er dus alleen maar gefocust wordt op verschillen binnen personen over de tijd. Maar zoals al werd aangegeven, is het in de praktijk vrijwel onmogelijk om in analyses voor alle kenmerken waarop mensen verschillen te controleren. Daarom biedt de variatie tussen personen geen soelaas voor het bepalen van zo zuivere mogelijke effecten.

3 Beloop van welbevinden

Het behoud en verbeteren van het welbevinden tot op hoge leeftijd is het doel van veel beleid en in deze studie de afhankelijke variabele in het model. Daarom beschrijven we eerst het gemiddelde beloop van welbevinden en zijn aspecten (zie hoofdstuk 2 voor een uitleg van het concept en de meting). Het beloop verschilt voor mensen met verschillende participatie-activiteiten en hulpbronnen. In de volgende hoofdstukken brengen we de kansen(ongelijkheid) op het verhogen en verlagen van het gemiddeld beloop in beeld.

Het welbevinden in de bevolking neemt gemiddeld versneld af vanaf ongeveer 70 jaar. Figuur 3.1 laat zien dat het welbevinden binnen een gemiddelde persoon van 55 tot 69 jaar vrij stabiel blijft en daarna met een kromlijnige versnelling afneemt.

Figuur 3.1 Gemiddeld welbevinden in de levensloop vanaf 55 jaar, 1992-2019 (range 0-10 met 95%-betrouwbaarheidsintervallen, vijfjaarsklassen, n = 5132, aantal observaties: 18.772)



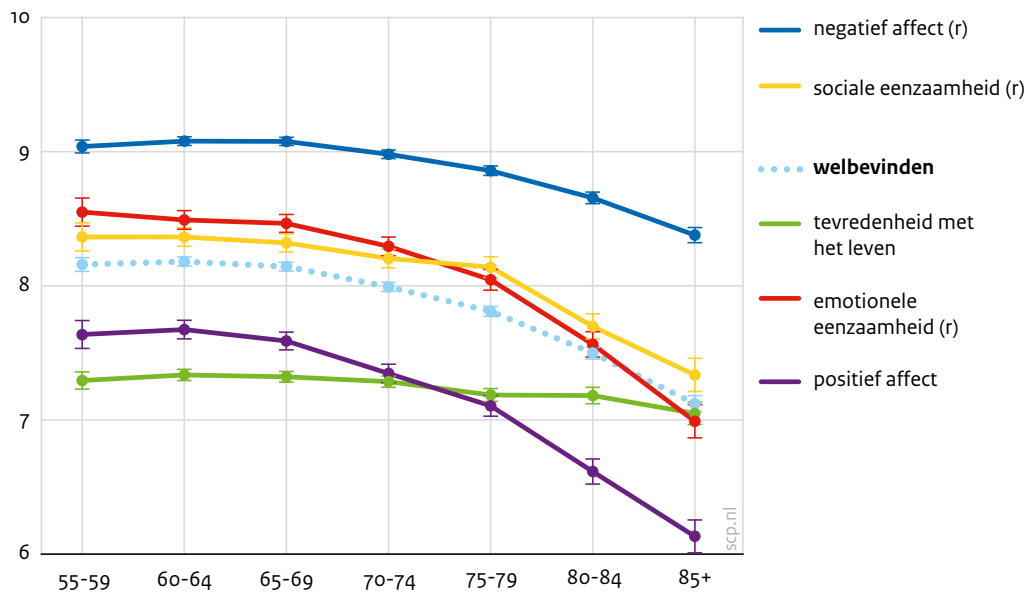
Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

Beschouwen we welbevinden op de vijf subschalen, dan valt op dat de achteruitgang over leeftijd op sommige subschalen sneller gaat dan op andere. Zoals in hoofdstuk 2 uitgelegd is welbevinden gemeten op drie domeinen met vijf meetinstrumenten: 1) tevredenheid met het leven in het algemeen; 2) negatief affect; 3) positief affect; 4) sociale eenzaamheid; en 5) emotionele eenzaamheid.

De verslechtering in emotionele eenzaamheid (mate van ervaren gemis aan betekenisvolle contacten) en positief affect (mate van positief en optimistisch in het leven staan) over leeftijd gaat gemiddeld het snelst (figuur 3.2). Ook sociale eenzaamheid en negatief affect verslechteren snel over leeftijd. De tevredenheid met het leven gaat vrijwel niet achteruit.¹⁶

¹⁶ In trends van welbevinden door het CBS en SCP wordt vaak alleen de indicator 'tevredenheid van het leven' gebruikt.

Figuur 3.2 Gemiddeld welbevinden en vijf aspecten van welbevinden in de levensloop vanaf 55 jaar, 1992-2019 (range 0-10 met 95%-betrouwbaarheidsintervallen, vijfjaarsklassen, n = 5132, aantal observaties: 18.772)^a



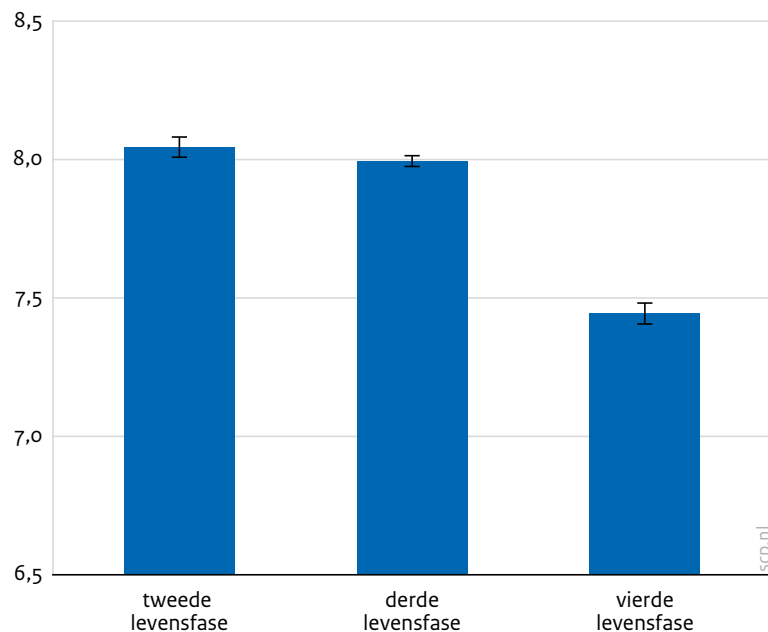
a De indicatoren van welbevinden met (r) erachter zijn omgedraaid (gehercodeerd), zodat ze positief samenhangen met welbevinden. Alle indicatoren vertonen een significant kromlijinig negatief verband met leeftijd.

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

De ontwikkeling van welbevinden in de levensloop kan men ook beschouwen naar levensfasen (die minder gebonden zijn aan leeftijdscriteria). Globaal omvat de tweede levensfase het arbeidsleven, begint de derde levensfase na pensionering en de vierde levensfase nadat iemand afhankelijk wordt van anderen voor dagelijkse levensactiviteiten (zie hoofdstuk 2.3 en bijlage B2.7 voor een preciezere, uitgebreidere definitie en operationalisering).

Bij de ontwikkeling van het gemiddelde welbevinden over levensfasen blijkt de achteruitgang in welbevinden van de derde naar de vierde levensfase veel groter dan die van de tweede naar de derde levensfase (figuur 3.3).

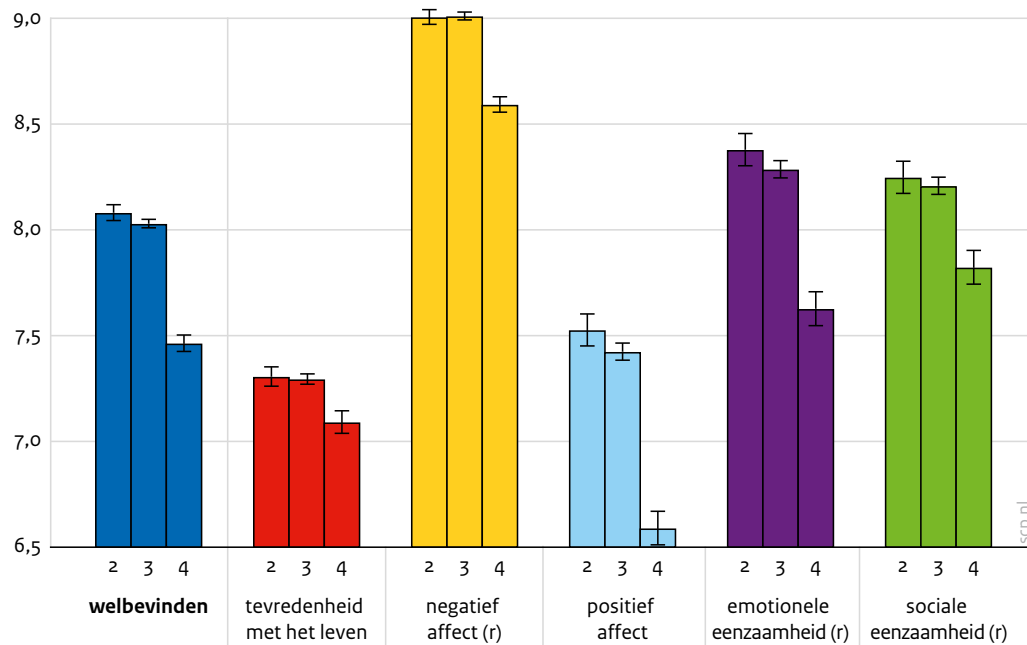
Figuur 3.3 Gemiddeld welbevinden naar levensfase vanaf 55 jaar, 1992-2019 (range 0-10 met 95%-betrouwbaarheidsintervallen, n = 5132, aantal observaties: 18.772)



Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

De grote achteruitgang in het gemiddelde welbevinden van de derde naar de vierde levensfase wordt met name veroorzaakt door een verslechtering van de emotionele eenzaamheid en positief affect (zie figuur 3.4). Dat betekent dat mensen die afhankelijk zijn van anderen voor dagelijkse zorg met name achteruitgaan door een gemis aan betekenisvolle contacten en een verlies van opbeurende positieve ervaringen. Dat roept de vraag op welke veranderingen in hun hulpbronnen en activiteiten dit veroorzaakt hebben. Op die vraag gaan we in de volgende hoofdstukken in.

Figuur 3.4 Gemiddeld welbevinden en vijf aspecten naar levensfase, 1992-2019 (range 0-10 met 95%-betrouwbaarheidsintervallen, n = 5132, aantal observaties: 18.772)^a



a Op de x-as staan 2, 3 en 4 voor de levensfasen.

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

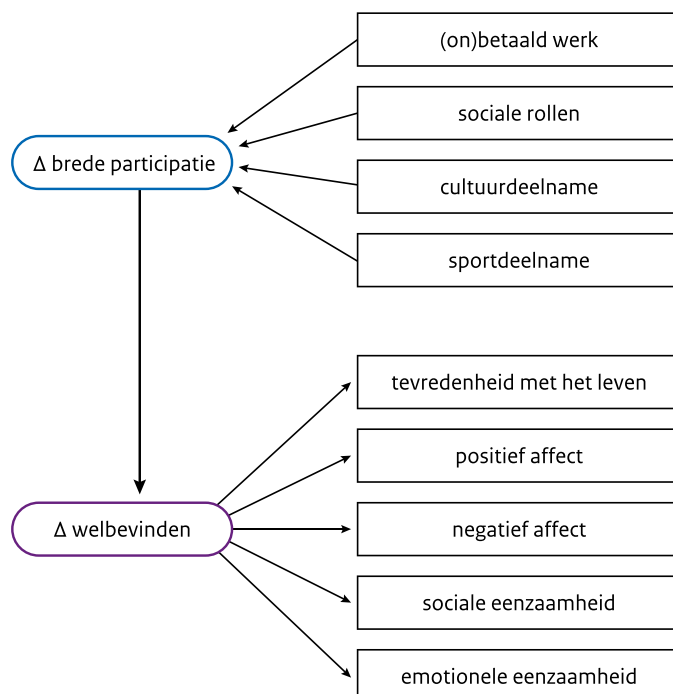
4 Effecten van veranderingen in participatie op welbevinden

4.1 Beloop van brede participatie

Mensen in de derde levensfase gaan anders deelnemen aan de samenleving. Na de tweede levensfase, waarin werk vaak centraal stond, staan mensen na hun pensionering voor de uitdaging voor een andere invulling van hun dagen met andere activiteiten. Wat betekent dat voor hun welbevinden? In dit hoofdstuk nemen we verschillende participatievormen onder de loep en analyseren wat zij bijdragen aan het welbevinden in de levensloop van mensen van 55 jaar en ouder.

In hoofdstuk 2 is uitgelegd hoe participatie gemeten is met welke aspecten en specifieke participatievormen. Figuur 4.1 geeft schematisch weer hoe welke relaties tussen veranderingen in (brede) participatie en welbevinden verondersteld worden in het WPH-rekenmodel.

Figuur 4.1 Conceptueel model participatie en welbevinden^a



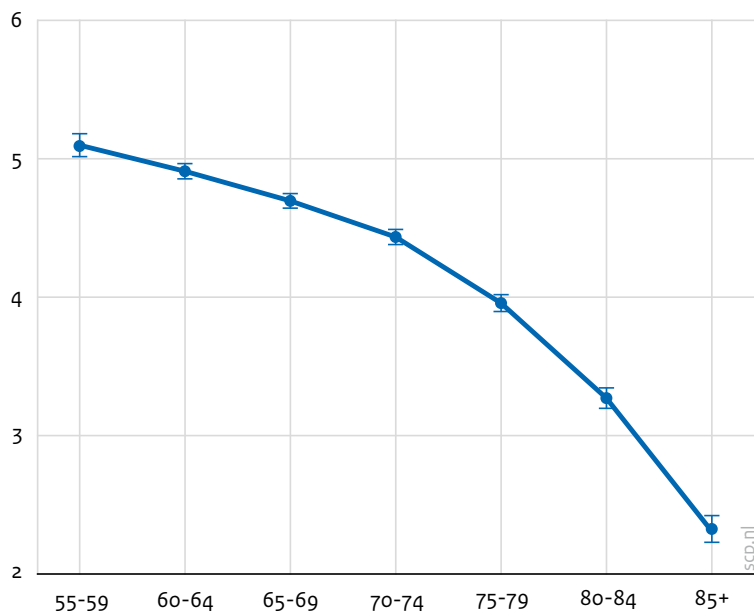
Δ = verandering

a De pijlen in de figuur hebben een verschillende betekenis. De pijl van participatie naar welbevinden staat voor een verondersteld causaal effect. De pijlen van de elementen naar participatie staan voor de constructie van een formatief begrip. De pijlen van welbevinden naar de subschalen staan voor een latente variabele op basis van vijf subscores.

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

Brede participatie geeft de mate van diversiteit¹⁷ (of variatie) aan activiteiten in het brede veld van (on) betaald werken, sociale activiteiten, cultuurdeelname en sportdeelname. In de levensloop neemt de brede participatie gemiddeld geleidelijk (rechtlijnig) af vanaf 55 jaar tot ongeveer 75 jaar. Daarna neemt de brede participatie versneld (kromlijinig) af (zie figuur 4.2).

Figuur 4.2 Beloop van brede participatie in de levensloop vanaf 55 jaar, 1992-2019 (range 0-10, gemiddelden met 95%-betrouwbaarheidsintervallen, n = 5132; aantal observaties: 18.377)

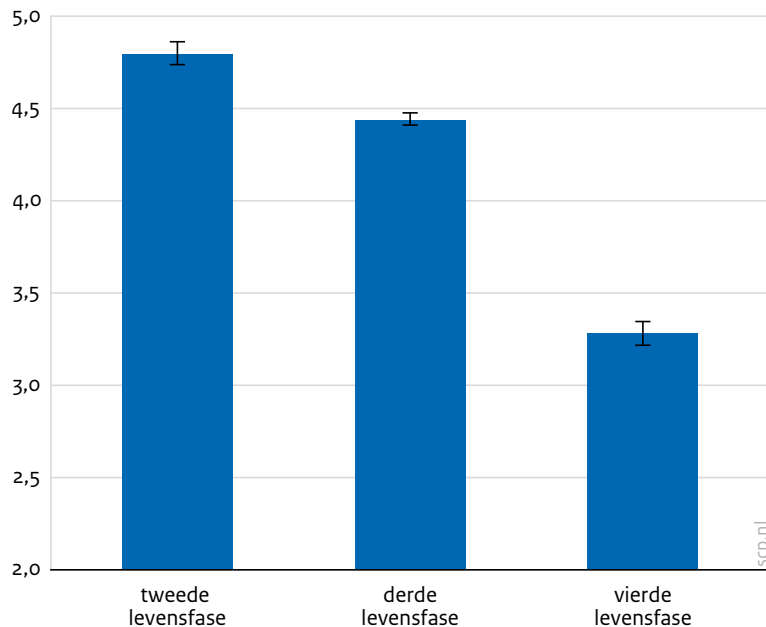


Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

De transitie van de tweede levensfase naar de derde levensfase laat gemiddeld een vermindering van brede participatie zien (figuur 4.3). Na de pensionering wordt het activiteitenpatroon van mensen minder gevarieerd. Figuur 4.3 laat ook zien dat de transitie van de derde naar de vierde levensfase een nog grotere achteruitgang in brede participatie betekent. Dat betekent dat mensen die afhankelijk worden van anderen voor dagelijkse activiteiten, zoals wassen en aankleden, veel minder gevarieerd meedoen aan de samenleving.

¹⁷ Naast de diversiteit van participatie kijken we ook naar de intensiteit van participatie. De intensiteit van specifieke activiteiten, ofwel het aantal uren per week (bijv. vrijwilligerswerk) of aantal keren per maand (bv. sporten) of per jaar (bv. museumbezoek) dat iemand een activiteit doet, komt aan de orde vanaf paragraaf 4.2.2.

Figuur 4.3 Brede participatie naar levensfase vanaf 55 jaar, 1992-2019 (range 0-10, gemiddelden met 95%-betrouwbaarheidsintervallen, n = 5132, aantal observaties: 18.772)



Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

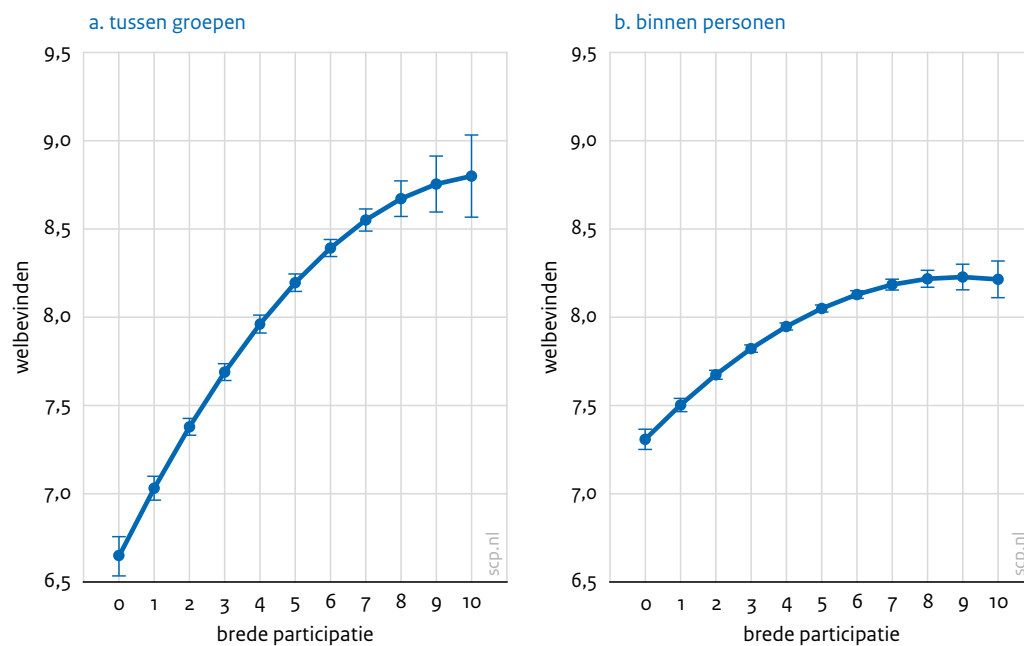
4.2 Effecten van veranderingen in participatie op welbevinden

De relatie tussen participatie en welbevinden analyseren we met twee beschouwingswijzen. Enerzijds kijken we naar de *samenhangen*. Zo zullen personen die op een meetmoment weinig participeren naar verwachting een laag welbevinden hebben op dat moment, in vergelijking met personen die op een meetmoment veel participeren. Anderzijds kijken we naar *effecten*. Personen die bijvoorbeeld minder gaan participeren, zullen naar verwachting een lager welbevinden krijgen in hun latere leven.¹⁸ Om de effecten van veranderingen in participatie te bepalen, is de tweede methode zuiverder om ten minste twee redenen: 1) de effecten worden binnen dezelfde personen bepaald; 2) de effecten worden bepaald op meer momenten in de tijd (zoals eerder uitgelegd in hoofdstuk 2.2).

Figuur 4.4 zet de twee beschouwingswijzen naast elkaar. Figuur a toont de samenhang tussen het niveau van participatie en welbevinden op een moment. Figuur b toont het effect van verandering in participatie op welbevinden.

¹⁸ Daarbij wordt tevens rekening gehouden met samenhangen tussen participatie en welbevinden op een moment.

Figuur 4.4 Relaties tussen brede participatie en welbevinden, tussen groepen en binnen personen, 1992-2019 (range 0-10 met 95%-betrouwbaarheidsintervallen, n = 5132; aantal observaties: 18.772)^a



a Brede participatie is gemeten als het aantal verschillende activiteiten, zoals (on)betaald werk, sociale activiteiten, cultuur- en sportdeelname. Het aantal verschillende activiteiten is geschaald van 0 (geen) tot 10 (veel). Welbevinden is gemeten op een schaal van 0 (laag) tot 10 (hoog), op basis van subjectieve oordelen over tevredenheid met het leven, positief en negatief affect, sociale en emotionele eenzaamheid.

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

Figuur 4.4a laat zien wat in eerder (cross-sectioneel) onderzoek al vaak is aangetoond: een laag/hoog niveau van (verschillende) activiteiten gaat samen met een laag/hoog niveau van welbevinden. Nieuw is dat het verband kromlijinig is.¹⁹ Figuur 4.4b laat zien of veranderingen in brede participatie effect hebben op het welbevinden binnen personen over tijd en in welke mate. Ook hier zien we een kromlijinig verband dat afvlakt naarmate mensen meer verschillende activiteiten gaan doen. Het effect van een bepaalde toename in participatie op het welbevinden van mensen is groter bij degenen die geen of weinig activiteiten doen dan bij mensen die al veel activiteiten doen. Om een voorbeeld te geven: een persoon die alleen werkt en daarnaast ook aan sport gaat doen, schuift op de schaal van participatie bijvoorbeeld een eenheid op van 1 naar 2. Het effect op het welbevinden is een toename van 7,5 naar 7,7. In het licht van de eerdere bevindingen dat het welbevinden en participatie versneld afnemen met het toenemen van de leeftijd, is het echter realistischer het voorbeeld om te draaien. Het welbevinden van een persoon die werkte en sportte en nu alleen nog maar werkt, zal dalen van 7,7 naar 7,5.²⁰ Het model gaat over veranderingen en kan zowel de effecten van toename als afname berekenen.

Overigens zou de lezer zich kunnen afvragen in hoeverre er ook een omgekeerd effect is van veranderingen in welbevinden op participatie. Dat is in een aparte analyse nagegaan met de xtdpml-techniek (zie bijlage B.4.2). Daaruit bleek dat brede participatie een significant effect heeft op welbevinden drie jaar later, maar

¹⁹ In figuur 4.4a gaat het om verschillen tussen personen. Dat levert een minder precies verband op, omdat de personen verschillende achtergronden hebben en verschillen op allerlei persoonskenmerken die mogelijk invloed kunnen hebben op de relatie tussen brede participatie en welbevinden.

²⁰ Vanzelfsprekend is dit een gemiddelde verandering in de bevolking van 55 jaar en ouder. Veranderingen zijn ook te berekenen voor specifieke levensfasen en groepen.

dat het omgekeerde effect van welbevinden op participatie drie jaar later niet significant is. Het significante effect blijft bestaan wanneer gecontroleerd wordt voor hulpbronnen en achtergrondkenmerken, inclusief mogelijke gemeenschappelijke oorzaken van participatie en welbevinden, zoals functionele beperkingen. Een voorwaarde voor causaliteit is dat de oorzaak vooraf moet gaan aan het effect. Vanuit dat perspectief heeft brede participatie een effect op welbevinden en is dit andersom niet het geval. Dat neemt niet weg dat er een sterke gelijktijdige samenhang is tussen participatie en welbevinden.

4.2.1 Effecten van smalle en brede participatie

Als de achteruitgang in participatie in de derde levensfase verminderd kan worden en mensen verschillende activiteiten blijven doen naarmate ze ouder worden, dan zal dit de verslechtering van hun welbevinden dempen. Maakt het nog uit welke activiteiten mensen blijven of gaan ondernemen? Dragen alle activiteiten evenveel bij aan het welbevinden? Of zijn er mogelijk ook activiteiten die het welbevinden verminderen? Mogelijk is er een verschil tussen min of meer verplichtende vormen van participatie (werk) die een bijdrage leveren aan de samenleving en vrijetijdsactiviteiten die in de eerste plaats bijdragen aan de persoonlijke ontplooiing en sociale cohesie in de samenleving. Het begrip brede participatie omvat beide vormen. Om een vergelijking te maken met de meer verplichtende vorm van werken, onderscheiden we werkdeelname en vergelijken deze onder de noemer van smalle participatie met brede participatie. Onder werkdeelname zijn betaald werken, vrijwilligerswerk en mantelzorg samengenomen. Hoewel het in de beleving van mensen verschillende activiteiten zijn, hebben ze vanuit samenlevingsperspectief een aantal zaken gemeen. Het zijn vormen van werk die een bijdrage leveren aan de samenleving. De werkactiviteiten hebben een meer verplichtend en minder vrijblijvend karakter omdat mensen zich – om verschillende redenen – gecommitteerd hebben aan de activiteit. Ze kunnen het niet zomaar een keer overslaan of niet komen opdagen.

Allereerst vergelijken we domeinen van brede participatie: (on)betaald werk, sociale activiteiten, cultuurdeelname en sportdeelname. Voor ieder van deze domeinen geldt: hoe meer verschillende activiteiten mensen gaan doen, hoe meer hun welbevinden zal toenemen (of minder zal afnemen) in de komende jaren. Het omgekeerde geldt natuurlijk ook en komt volgens figuur 4.1 waarschijnlijk vaker voor naarmate mensen ouder worden. Vaak gaan sociale en culturele activiteiten samen (bv. met vrienden sporten of een voorstelling bezoeken). Steeds heeft het een vergelijkbare toename of afname in welbevinden tot gevolg. Uit de toon vallen alleen de werkactiviteiten (betaald werk, vrijwilligerswerk, mantelzorg). Ook een toename in aantal werkactiviteiten leidt tot meer welbevinden, maar het effect is ongeveer half zo groot als bij de andere drie domeinen (zie tabel 4.1). Dat geldt vanzelfsprekend ook voor een afname in werkdeelname.

Tabel 4.1 **Vergelijking van gestandaardiseerde effecten^a van participatiedomeinen op welbevinden, 1992-2019 (n = 5132; aantal observaties: 18.772)**

(on)betaald werk	0,04**
sociale rollen	0,07**
cultuurdeelname	0,08**
sporten en bewegen	0,07**

** = $p < 0,01$

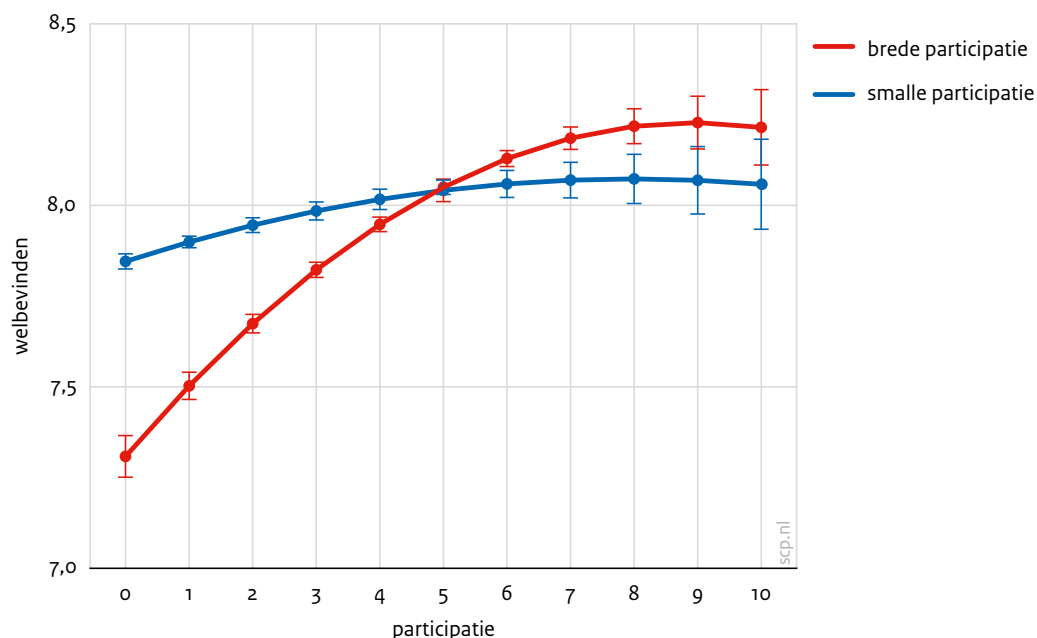
a Zie bijlage B4.3 voor meer informatie over de gestandaardiseerde effecten.

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

De effecten op welbevinden van veranderingen in werkdeelname wijken af van de andere drie aspecten en nemen we daarom nader onder de loep. Het huidige overheidsbeleid zet sterk in op de vergroting van de werkdeelname: langer betaald werken, meer vrijwilligerswerk en meer mantelzorg. Dat levert een bijdrage aan de economie en het behoud van voorzieningen, maar mogelijk minder aan het welbevinden van mensen in de derde levensfase. Daartoe zijn de effecten van veranderingen in brede participatie vergeleken met smalle participatie. Figuur 4.5 toont de effecten van de toename van smalle en brede participatie op welbevinden binnen personen. Een toename in brede participatie heeft een groter effect op welbevinden dan een toename in

smalle participatie van (on)betaald werk. Bijvoorbeeld: het welbevinden van een persoon die vrijwilligerswerk doet en daarnaast ook een baantje neemt, stijgt met 0,1 in de jaren daarna. Als diezelfde persoon naast vrijwilligerswerk actief wordt in een zangkoor, neemt het welbevinden toe met 0,3. Verder geldt voor zowel smalle als brede participatie dat een verandering van bijvoorbeeld 0 naar 1 activiteit een groter effect heeft op het welbevinden dan een verandering van bijvoorbeeld 8 naar 9 activiteiten. Maar de belangrijkste conclusie van de resultaten in deze figuur is dat verandering in brede participatie meer welbevinden oplevert in de derde levensfase dan verandering in smalle participatie. Het beleid faciliteert mensen in de derde levensfase om langer en meer te werken. Investeren in meer faciliteiten voor sociale, culturele en sportparticipatie en die toegankelijk maken voor mensen in de derde levensfase, zou meer bijdragen aan het welbevinden.²¹

Figuur 4.5 Effecten van veranderingen in smalle en brede participatie op welbevinden, 1992-2019 (range 0-10 met 95%-betrouwbaarheidsintervallen, n = 5132, aantal observaties: 18.772)



Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

4.2.2 Effecten van afzonderlijke participatievormen

Welke vrijetijdsactiviteiten verhogen het welbevinden het meest of dempen de achteruitgang van welbevinden het meest in de latere jaren van mensen? Hiervoor kijken we in de eerste plaats naar de effecten van veranderingen en beschouwen we soms ook de samenhangen voor een betere duiding. De effecten en samenhangen zijn gestandaardiseerd (zie bijlage B4.3), zodat de bijdragen aan welbevinden van de participatievormen onderling vergelijkbaar zijn.

Een toename in cultuurdeelname heeft het grootste effect op welbevinden, gevolgd door een toename in sociale activiteiten, tijd besteed aan hobby's en sportdeelname (zie tabel 4.2, kolom effect).²² Op grond van deze resultaten verdient het aanbeveling voor de overheid om te investeren in sport- en cultuurdeelname door bijvoorbeeld culturele activiteiten te stimuleren, te faciliteren en toegankelijk te maken voor mensen in de derde levensfase.

²¹ Welbevinden is namelijk niet het enige doel van beleid. Een ander doel is het betaalbaar houden van de gezondheidszorg, waar een tekort is aan professionele zorgers, mantelzorgers en vrijwilligers. Om beide doelen te dienen, zijn fysiek en mentaal gezonde mensen in de derde levensfase nodig. De doelen zijn nauw verbonden en vragen om beleidsafstemming.

²² Hier is de invloed van hulpbronnen zoals fysieke en mentale gezondheid nog niet meegenomen in het model. Dat gebeurt in de volgende hoofdstukken.

Tabel 4.2 **Vergelijking van gestandaardiseerde effecten en samenhangen van participatievormen op welbevinden**

variabele	effect	samenhang
	(binnenpersoons)	(tussen groepen)
sociale rollen	0,052*	0,191*
verenigingsactiviteiten	0,023	0,008
vrijtijdsactiviteiten	0,004	-0,010
cultuurdeelname	0,095*	0,057*
hobby-activiteiten	0,050*	0,053*
cursus volgen	0,003	0,019
wandelen	-0,004	0,040
fietsen	0,006	0,036
tuinieren	0,021	0,143*
als eerste genoemde sport	0,010	0,112*
als tweede genoemde sport	0,011	0,012
n	3011	3011
observaties	7693	7693

* = $p < 0,05$

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

4.2.3 Effecten van (on)betalde werkdeelname

Het huidige participatiebeleid voor ouderen is gericht op het bevorderen van werkdeelname door ouderen, zoals langer doorwerken, het doen van vrijwilligerswerk en het verlenen van mantelzorg. Waarom hebben deze activiteiten, waar mensen op zich plezier aan ontleen, minder effect op het welbevinden? Om dat te beter te begrijpen, analyseren we apart de effecten op welbevinden van het verrichten van het aantal uren betaald werk, vrijwilligerswerk en mantelzorg.

Mensen van 55 jaar en ouder die veel uren betaald werk verrichten hebben een hoger welbevinden dan mensen die minder uren werken. Het meer uren gaan werken leidt echter niet tot een hoger welbevinden (zie tabel B4.1 in de bijlage). Meer uren vrijwilligerswerk gaan doen leidt wel tot een beter welbevinden in de jaren daarna. Zij die echter veel uren vrijwilligerswerk doen, hebben gemiddeld een iets lager welbevinden (zie tabel B4.1).

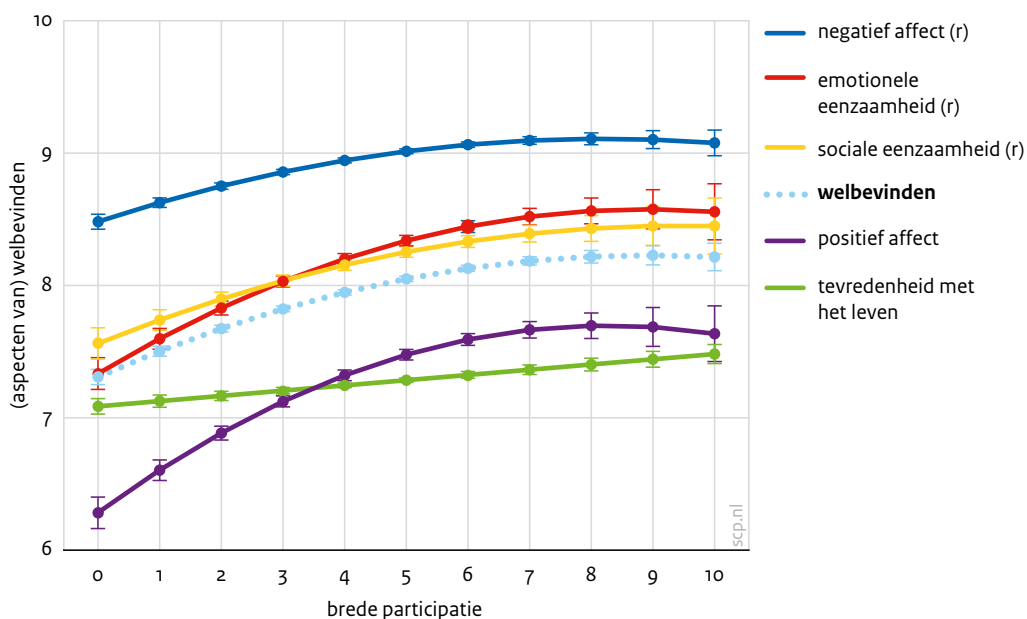
In beleid wordt mantelzorg als een vorm van participatie beschouwd, namelijk een vorm van onbetaald werk die bijdraagt aan de samenleving. Wanneer we kijken naar de effecten op welbevinden, heeft een toename in het geven van mantelzorg als enige onderzochte participatievorm een negatief effect op welbevinden. Het welbevinden van mensen vanaf 55 jaar die meer uren mantelzorg geven is lager, en wanneer ze meer uren mantelzorg gaan geven daalt het welbevinden in de daaropvolgende jaren (zie tabel B4.1). Het geven van mantelzorg is vaak aan een zieke partner. Mogelijk leidt een zieke partner tot een slechter welbevinden van de mantelzorger. Nadere analyse wijst uit dat het negatieve effect van meer uren mantelzorg geven niet wordt verklaard door de ziekte van de partner (zie bijlage B2.3).

Het is opvallend dat het geven van mantelzorg sterk afwijkt van de andere vormen van participatie en niet past in het beeld dat meer participatie in de derde levensfase leidt tot meer welbevinden. Dit is een heroverweging waard in het participatie- en zorgbeleid.

4.3 Differentiatie van effecten op aspecten van welbevinden

Op welke aspecten van welbevinden hebben veranderingen in participatie effect? Op alle aspecten van welbevinden heeft brede participatie een kromlijinig positief effect (zie figuur 4.6). Net zoals bij de effecten van brede participatie op het algemene welbevinden zijn er grotere meeropbrengsten bij lage brede participatie en geen significante meeropbrengsten bij hoge brede participatie. Verandering in brede participatie geeft het grootste effect op positief affect, gevolgd door emotionele eenzaamheid. Bij levenstevredenheid is het effect het kleinst. Dat betekent dat bevordering van brede participatie meer betekenisvolle sociale activiteiten en positievere emoties oplevert voor ouderen, bijvoorbeeld hoop en geluk. Andersom leidt een afname van brede participatie tot een grote vermindering van positieve gevoelens.

Figuur 4.6 Effecten van veranderingen in brede participatie op algemeen welbevinden en vijf aspecten van welbevinden vanaf 55 jaar, 1992-2019 (range 0-10 met 95%-betrouwbaarheidsintervallen, n = 5132, aantal observaties: 18.772)^a

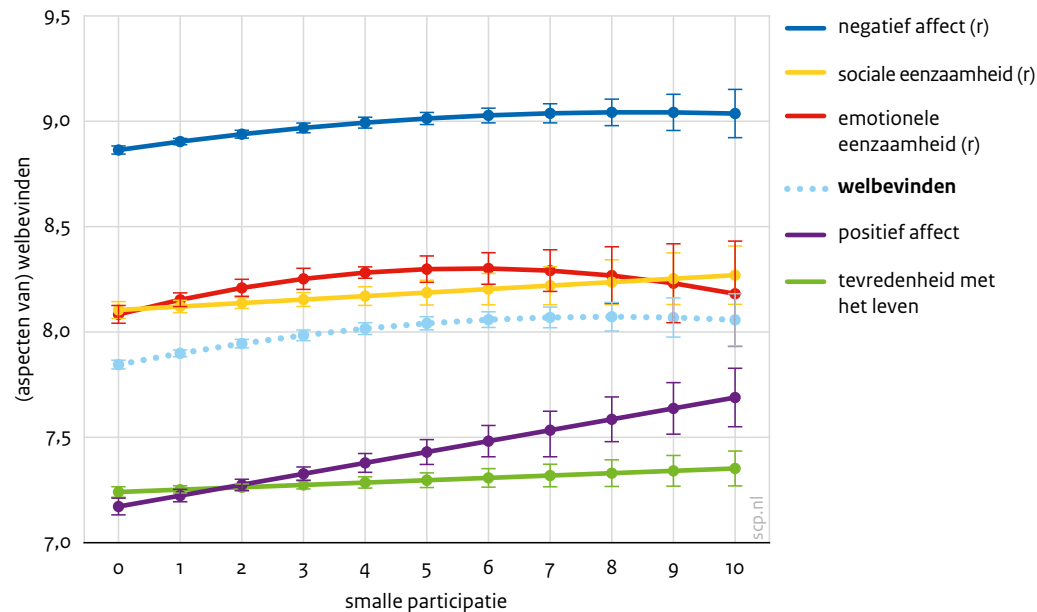


a Variabelen met (r) achter de naam zijn omgekeerd (gespiegeld van hoog naar laag en andersom).

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

Zien we andere effecten bij smalle participatie (werkdeelname) dan bij brede participatie? De effecten op alle aspecten zijn lager en op sociale eenzaamheid is er geen significant effect meer meetbaar. Vergelijken we de effecten van smalle en brede participatie, dan zien we dat de effecten van een toename in brede participatie op alle aspecten van welbevinden een effect heeft, en dat effecten sterker zijn dan een toename in smalle participatie (figuur 4.7).

Figuur 4.7 Effecten van veranderingen in smalle participatie op algemeen welbevinden en vijf aspecten van welbevinden vanaf 55 jaar, 1992-2019 (range 0-10 met 95%-betrouwbaarheidsintervallen, n = 5132, aantal observaties: 18.772)^a



a Variabelen met (r) achter de naam zijn omgekeerd: gespiegeld van hoog naar laag en andersom.

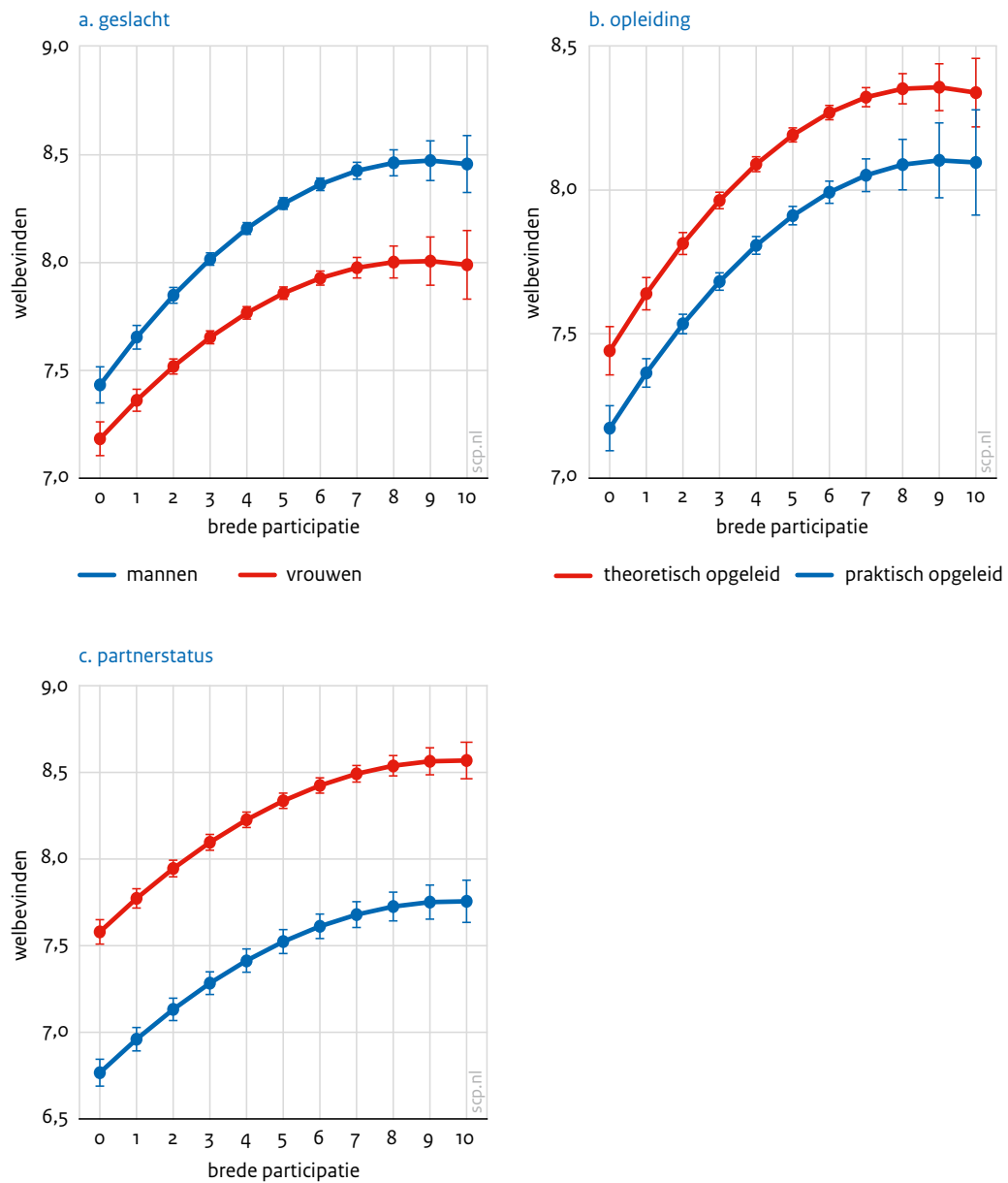
Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

4.4 Verschillen tussen groepen

De effecten van veranderingen in brede participatie op het welbevinden zouden verschillend kunnen zijn voor bijvoorbeeld mannen en vrouwen, voor mensen met verschillende opleidingen en voor mensen met of zonder partner. Daarom is het model toegepast op de genoemde bevolkingsgroepen in figuur 4.8. De deelfiguren laten zien dat een kromlijinig verband bij alle groepen voorkomt, enkel de startpositie verschilt.

Mannen en vrouwen verschillen in hun participatie en welbevinden: mannen scoren gemiddeld hoger dan vrouwen op welbevinden. Daarnaast heeft een verandering in brede participatie een iets groter effect op mannen (range van welbevinden 7,4-8,5 = 1,1) dan op vrouwen (range 7,2-8,0 = 0,8). De figuren naar opleiding en partnerstatus laten wel een verschil in startpositie zien op welbevinden tussen de onderscheiden groepen, maar deze effecten blijven gelijk over het bereik van brede participatie.

Figuur 4.8 Verschillen in effecten van veranderingen in brede participatie op welbevinden (binnen personen) naar geslacht, opleiding en partnerstatus, 1992-2019 (range 0-10 met 95%-betrouwbaarheidsintervallen; figuur a en b: n = 5132, aantal observaties: 18.772; figuur c: n = 4333, aantal observaties: 14.317)^a



a Personen die veranderden van partnerstatus in de periode 1992-2019 vallen buiten de vergelijking in figuur c.

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

5 Effecten van veranderingen in hulpbronnen op welbevinden

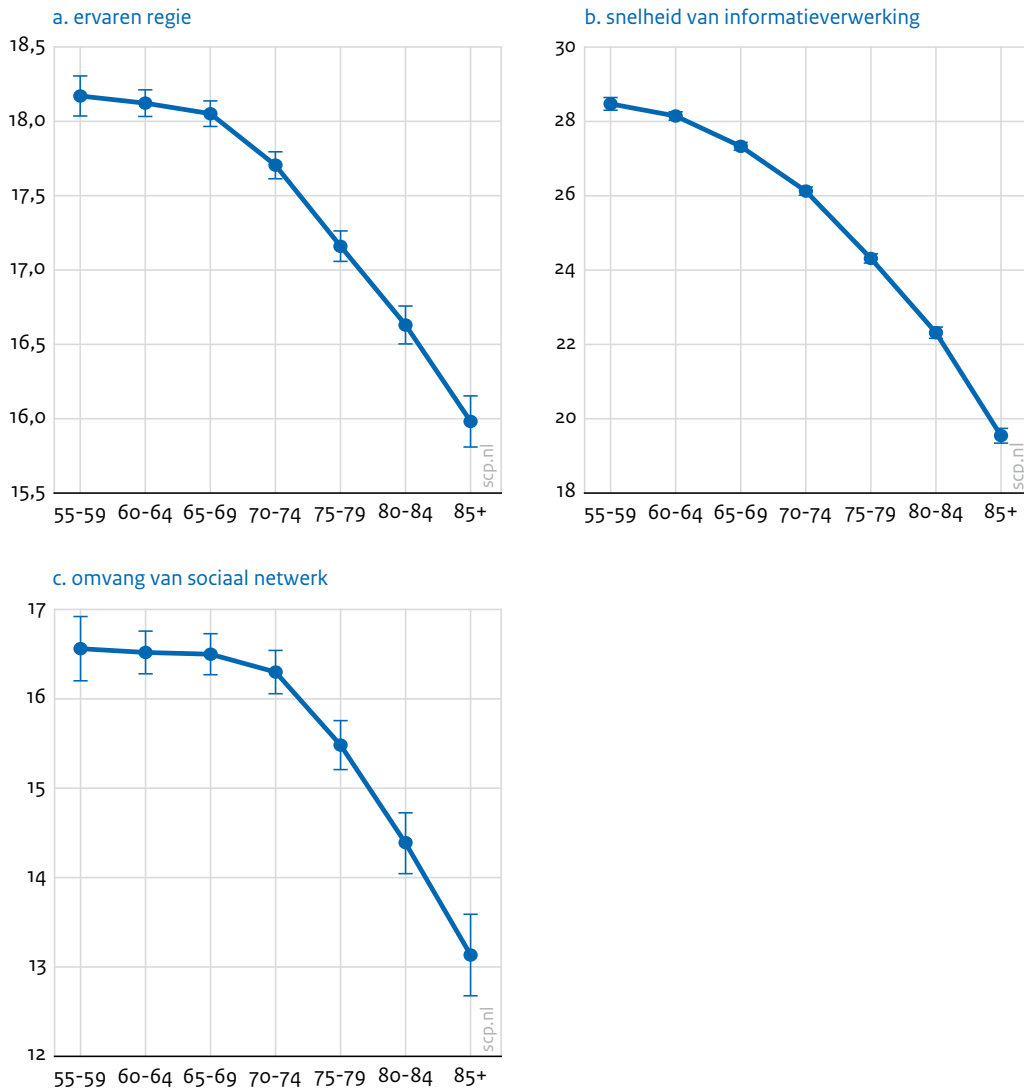
Het versterken van hulpbronnen en het verminderen van beperkingen van mensen vergroot hun kansen op het behoud van welbevinden. Het specifiek versterken van hulpbronnen van mensen in kwetsbaar makende situaties (bv. armoede, gezondheidsproblemen, slechte woningen, slechte leefomgeving) kan de kansengelijkheid vergroten. Hulpbronnen kunnen de positieve effecten van participatie op welbevinden versterken. Beperkingen en belemmeringen in hulpbronnen of het ontbreken ervan kunnen de participatie en het welbevinden negatief beïnvloeden. Hiervan geven we in dit hoofdstuk voorbeelden.

In het WPH-model is een breed scala aan hulpbronnen opgenomen: fysieke en mentale gezondheidskapitaaltvormen, economische, sociale en culturele kapitaaltvormen. Daarom zijn drie specifieke hulpbronnen geselecteerd om de werking en dynamiek van hulpbronnen op participatie en welbevinden te illustreren. Ze zijn gekozen omdat ze aansluiten bij recente beleidsvoornemens om de regie, de digitale vaardigheden en sociale netwerken van ouderen te vergroten. In dit hoofdstuk vergelijken we de hulpbronnen ervaren regie, informatieverwerkingssnelheid en omvang van sociaal netwerk. Ze zijn voorbeelden van hoe veranderingen in hulpbronnen het beloop van welbevinden veranderen. Iedere hulpbron heeft verschillende effecten op welbevinden. Daarom schetsen we eerst een algemeen beeld. Daarna nemen we in hoofdstuk 6 drie casussen onder de loep om de precieze effecten te tonen en te duiden. We plaatsen de hulpbronnen dan tevens in de context van beleidsdoelen en handelingsperspectieven. Dat biedt ook de gelegenheid om de onderlinge beïnvloeding van hulpbronnen te modelleren en mee te nemen in de doorrekeningen van de effecten op welbevinden.

5.1 Beloop van hulpbronnen

Alle hulpbronnen laten een achteruitgang zien met het toenemen van de leeftijd, zo bleek uit verkennende analyses voor dit onderzoek. Sommige hulpbronnen gaan harder achteruit dan andere en de aanvang van de achteruitgang verschilt. Dit illustreren we aan de hand van de drie geselecteerde hulpbronnen. Zo blijft het sociale netwerk redelijk stabiel tot ongeveer 70-jarige leeftijd en gaat het daarna versneld achteruit. De informatieverwerkingssnelheid gaat al eerder achteruit, namelijk vanaf de als eerste gemeten leeftijd van 55 jaar. Ze verslechtert met een kromlijjnige versnelling. De mate van ervaren regie daalt licht tot ongeveer 70-jarige leeftijd, en gaat daarna rechtlijnig hard achteruit (zie figuur 5.1).

Figuur 5.1 Vergelijking van het beloop van drie hulpbronnen (ervaren regie, informatieverwerkings-snelheid, omvang sociale netwerk) in de levensloop vanaf 55 jaar, 1992-2019 (model-schattingen met 95%-betrouwbaarheidsintervallen, n = 5052, aantal observaties: 17.680)

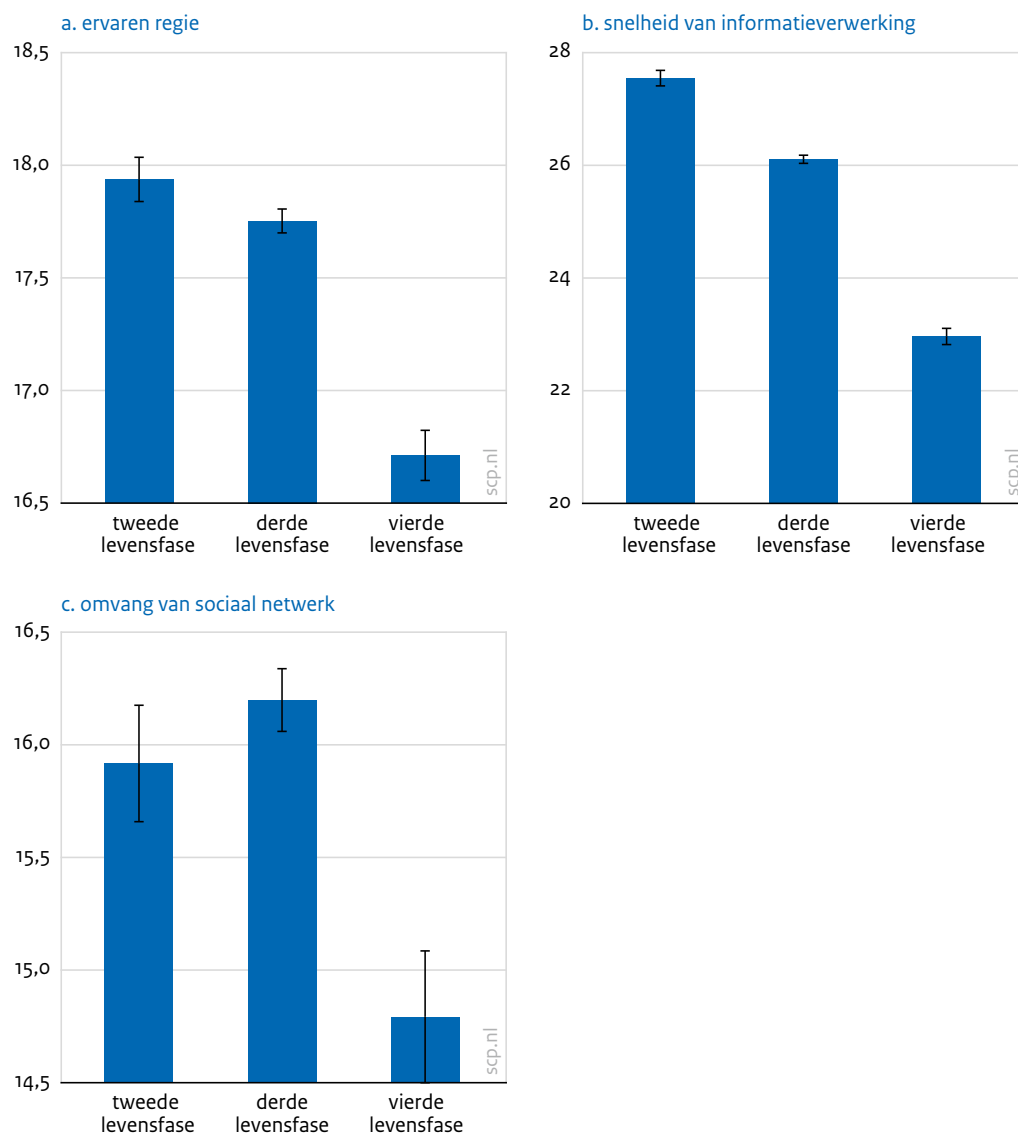


a Deze figuren worden in de bijlage bij hoofdstuk 6 nader besproken.

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

Beschouwd vanuit een levensloopperspectief wordt de achteruitgang van de drie hulpbronnen nog duidelijker. In de transitie van de tweede naar de derde levensfase nemen ervaren regie en informatieverwerkingssnelheid licht af en neemt de omvang van sociale netwerk niet significant af. In de transitie van de derde naar de vierde levensfase laten de drie hulpbronnen een aanzienlijk grotere verslechtering zien (figuur 5.2).

Figuur 5.2 Beloop van drie hulpbronnen (ervaren regie, informatieverwerkingssnelheid, omvang sociale netwerk) naar levensfase vanaf 55 jaar, 1992-2019 (modelschattingen met 95%-betrouwbaarheidsintervallen, n = 5052, aantal observaties: 17.680)^a



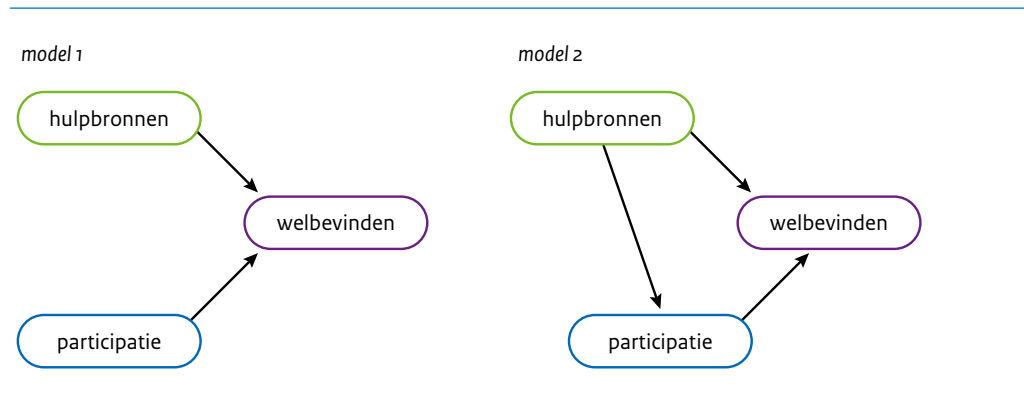
a Deze figuren worden in de bijlage bij hoofdstuk 6 nader besproken.

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

5.2 Modellerings

Zoals reeds uitgelegd in hoofdstuk 2 kunnen hulpbronnen een direct en indirect (via participatie) effect hebben op welbevinden. Voor de analyse gebruiken we daarom twee modellen (zie figuur 5.3). Model 1 toont alleen directe effecten van hulpbronnen en brede participatie op welbevinden. Model 2 toont directe effecten van hulpbronnen en brede participatie op welbevinden en daarnaast indirecte effecten van hulpbronnen via brede participatie op welbevinden.

Figuur 5.3 Conceptuele modellen van effecten van veranderingen in ervaren regie op welbevinden in de levensloop van 55 jaar en ouder



Bron: SCP

Hulpbronnen zijn verdeeld in vier vormen van kapitaal in het WPH-model: persoonskapitaal (fysieke en mentale gezondheid), economisch kapitaal (inkomen, opleiding), sociaal kapitaal (sociaal netwerk) en cultureel kapitaal (waardenoriëntaties). De gebruikte LASA-variabelen over hulpbronnen zijn in tabel 2.4 geordend naar deze vier kapitaaltvormen. Sommige variabelen passen in meer kapitaaltvormen en het aantal beschikbare indicatoren verschilt per kapitaaltvorm. Daarom nemen we iedere variabele als aparte determinant mee in de analyses.

Een eerste stap is om een selectie te maken van hulpbronnen die een statistisch significant effect hebben op welbevinden. Twee sturende factoren bij de selectie: het theoretisch raamwerk van de vier kapitaaltvormen en de empirische beschikbaarheid van indicatoren in LASA. Net als in hoofdstuk 4 maken we onderscheid tussen samenhangen en effecten. Bij een samenhang gaat het er bijvoorbeeld om dat personen die op een meetmoment een klein sociaal netwerk hebben, naar verwachting een laag welbevinden hebben op dat moment, in vergelijking met personen die op datzelfde moment een groter sociaal netwerk hebben. Bij een effect gaat het er bijvoorbeeld om dat personen van wie het sociale netwerk verkleint, naar verwachting een lager welbevinden krijgen. Voor alle hulpbronnen kijken we naar samenhangen en effecten.

Tabel 5.1 Selectie van hulpbronnen met een effect op welbevinden

hulpbronnen	samenhang met welbevinden	effect op welbevinden
1. persoons/gezondheidskapitaal		
a. fysiek		
zien (visuele beperkingen)	X	
horen (auditieve beperkingen)	X	x
activiteiten dagelijks leven (ADL-beperkingen)	X	x
chronische fysieke beperkingen	X	x
chronische aandoeningen (aantal)	X	x
<i>leefstijl</i>		
alcoholgebruik	X	x
roken	X	x
b. mentaal		
<i>cognitief</i>		
cognitieve stoornis (MMSE)	X	x
informatieverwerkingssnelheid	X	x
<i>levensvaardigheden</i>		
zelfbeeld (<i>self-esteem</i>)	X	x
ervaren regie (<i>mastery</i>)	X	x
daadkracht (<i>perceived self-efficacy</i>)	X	x
2. economisch kapitaal		
opleiding ^a	X	*
(voormalig) beroep	X	*
inkomen	X	x
3. sociaal kapitaal		
omvang sociaal netwerk	X	x
4. cultureel kapitaal		
waardenoriëntaties (<i>important aspects of life</i>)	X	x
vrienden en familie	X	x
inkomen en wonen	X	x
geloof		
mentale gezondheid	X	

X = $p < 0,05$ significant in tussenpersoonsmodel

x = $p < 0,05$ significant in binnenpersoonsmodel

* = effecten kunnen niet bepaald worden, omdat er geen verandering in de variabele optreedt

a Opleiding past ook onder cultureel kapitaal (en verandert niet meer over tijd, dus er treedt geen binnenpersoonseffect op).

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

Vrijwel alle hulpbronnen vertonen een samenhang met welbevinden, maar niet alle hebben een effect op welbevinden. Een voorbeeld: mensen van 55 jaar en ouder met een universitaire opleiding hebben een hoger welbevinden dan mensen met een mbo-opleiding. Dat wijst op een samenhang. Kijkt men vervolgens naar de effecten van veranderingen in opleiding, dan blijkt er geen significant effect op welbevinden. Dat heeft ten eerste te maken met het gegeven dat weinig mensen boven de 55 jaar meer van opleiding veranderen. Ten tweede ligt het behalen van een diploma inmiddels zo ver terug in de tijd dat andere recentere veranderingen in hulpbronnen (bv. cognitieve achteruitgang) het effect overnemen.

We willen de effecten van veranderingen onderzoeken. Daarom zijn de indicatoren in de rechterkolom (effecten op welbevinden) geselecteerd voor de verdere modellering.

5.3 Effecten van hulpbronnen

Wanneer alle geselecteerde hulpbronnen samengenomen worden in een model waar ook rekening gehouden wordt met brede participatie, zien we dat veranderingen in deze hulpbronnen verschillende effecten op welbevinden in latere jaren hebben. Op basis van de gestandaardiseerde coëfficiënten zal het veranderen van de hulpbronnen van mentaal kapitaal (ervaren regie, zelfbeeld en daadkracht) het meest positieve effect op het beloop van welbevinden hebben (tabel 5.2). De andere kapitaaltvormen hebben wel een effect, maar wegen minder zwaar. De toename van fysieke gezondheidsbeperkingen heeft vanzelfsprekend een negatief effect op het beloop van welbevinden. Een afname van de omvang van het sociaal netwerk (sociaal kapitaal) heeft eveneens een negatief effect op het beloop van welbevinden. Dat geldt ook voor afname van het inkomen (economisch kapitaal).

Veranderingen in waardenoriëntaties zijn moeilijk te duiden. Het lijkt erop dat meer waardering voor vrienden en familie in het leven en meer waardering voor inkomen en wonen een negatief effect op welbevinden hebben. Dat is een moeilijk te duiden uitkomst. Het kan door neveneffecten van andere variabelen in het model veroorzaakt worden. Omdat dit onderdeel nader onderzoek vereist, laten we het uit het model.

Tabel 5.2 Effecten van veranderingen in hulpbronnen en brede participatie op welbevinden
(gestandaardiseerde coëfficiënten, n = 5052, aantal observaties: 17.680)

1. persoons/gezondheidskapitaal	
a. fysiek	
horen (auditieve beperkingen)	-0,03**
activiteiten dagelijkse leven (ADL)	-0,06**
chronische fysieke beperkingen	-0,05**
chronische aandoeningen (aantal)	-0,04**
alcoholgebruik	0,01
roken	-0,01
b. mentaal	
cognitieve stoornis (MMSE)	-0,01
informatieverwerkingssnelheid	0,07**
zelfbeeld (<i>self-esteem</i>)	0,15**
ervaren regie (<i>mastery</i>)	0,18**
daadkracht (<i>perceived self-efficacy</i>)	0,10**
2. economisch kapitaal	
inkomen	0,05**
3. sociaal kapitaal	
omvang sociaal netwerk	0,04**
4. cultureel kapitaal	
waardenoriëntaties (<i>important aspects of life</i>)	
vrije tijd met vrienden en familie	-0,03**
goed inkomen en wonen	-0,02**
brede participatie	0,06**

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

5.4 Rol van participatie

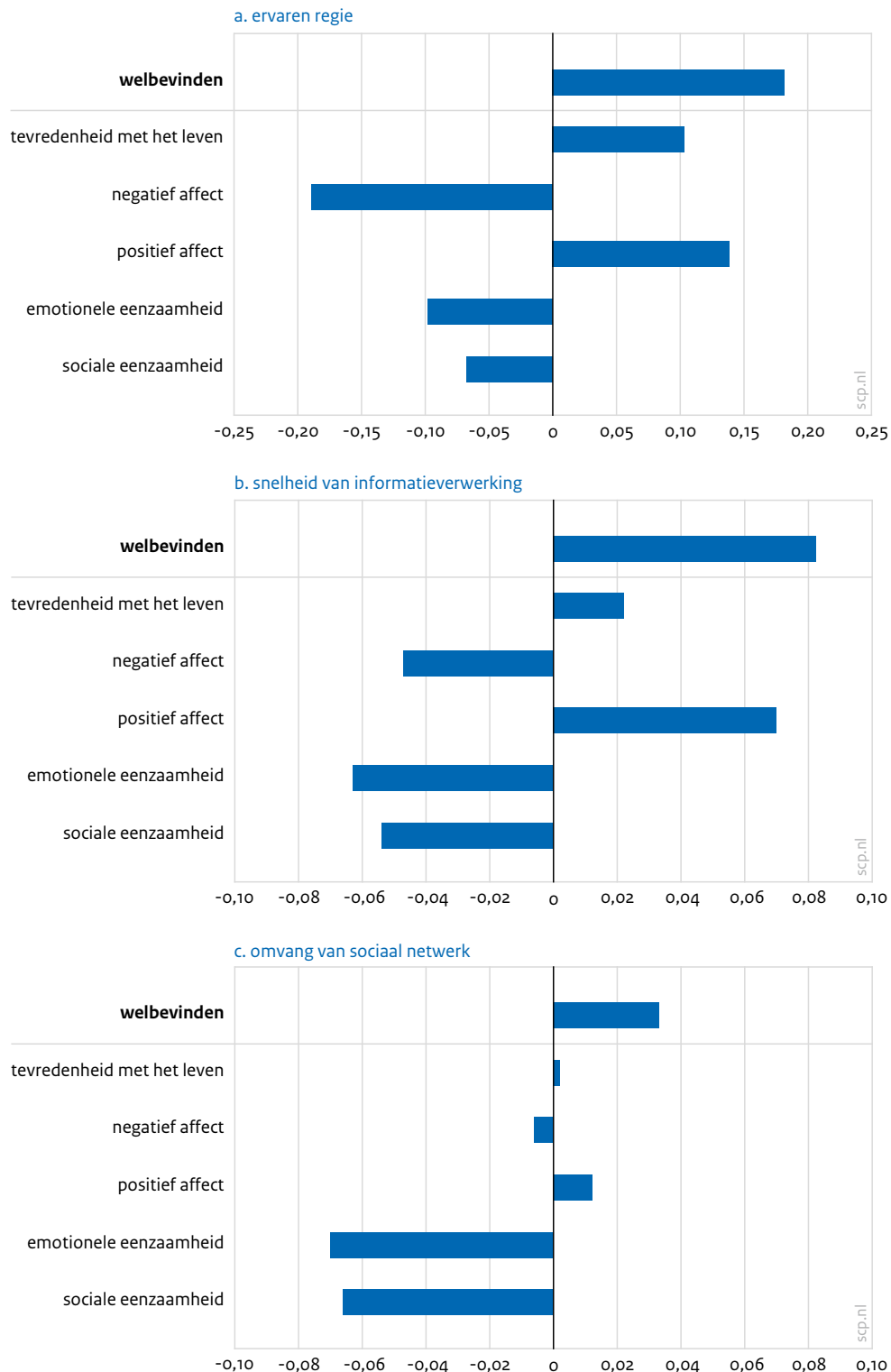
Veranderingen in hulpbronnen kunnen directe en indirecte effecten op welbevinden hebben. Voor iedere hulpbron is dat effect anders, omdat ze verschillend interacteren met participatie en welbevinden. Zo zal blijken in de casussen in hoofdstuk 6 dat het directe effect van ervaren regie en informatieverwerkings-snelheid op welbevinden aanzienlijk groter is dan het indirecte effect via participatie. Bij de hulpbron sociaal netwerk ligt dat anders. Het directe effect is groter dan het indirecte effect, maar het indirecte effect is relatief groot en dat komt vooral doordat netwerkgrootte een relatief groot effect heeft op participatie. Hoe dit precies werkt en wat dit betekent voor kansenongelijkheden in hulpbronnen zullen we nader laten zien en bespreken bij de casussen in hoofdstuk 6.

5.5 Aspecten van welbevinden

Veranderingen in hulpbronnen bepalen het beloop van het welbevinden in de daaropvolgende jaren. Ook hier geldt dat hulpbronnen verschillende effecten hebben, niet alleen in effectgrootte maar ook op het profiel van aspecten van welbevinden. Bij wijze van illustratie tonen we scans van de effecten van drie hulpbronnen op welbevinden in figuur 5.4.

Zoals verwacht heeft het vergroten van de omvang van het sociale netwerk een groter effect op het verminderen van de eenzaamheid in vergelijking met de andere twee hulpbronnen. Het heeft juist nauwelijks effect op tevredenheid met het leven en positief en negatief affect. De achteruitgang in informatieverwerkingssnelheid heeft een groter effect op het cognitieve aspect van welbevinden, namelijk de tevredenheid met het leven. De hulpbron ervaren regie neemt een middenpositie in, met positieve effecten op alle aspecten.

Figuur 5.4 **Vergelijking van effecten van ervaren regie, informatieverwerkingssnelheid en omvang van het netwerk op (aspecten van) welbevinden, 1992-2019 (gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten, n = 4468, aantal observaties: 15.536)^a**



a Deze figuren worden in de bijlage bij hoofdstuk 6 nader besproken.

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

6 Drie beleidsvoornemens doorgerekend

Naast een analyse van de vergrijzing biedt het WPH-model ook een rekenmodel om beleidsvoornemens door te rekenen en te doordenken. We illustreren deze toepassing van het model in dit hoofdstuk aan de hand van drie casussen uit het bestaande beleid. Voor mensen in de derde en vierde levensfase hebben verschillende ministeries programma's in uitvoering. Het ministerie van OCW heeft bijvoorbeeld het programma Samen cultuur maken om de cultuurdeelname van hulpbehoevende ouderen de kans te geven aan culturele activiteiten mee te doen. Het VWS-programma Wonen Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) stimuleert ouderen om zelf de regie te nemen bij het oplossen van hun verzorgingsproblemen in hun thuissituatie en daarbij gebruik te maken van digitale mogelijkheden. Het VWS-programma Eén tegen eenzaamheid stimuleert ouderen om de omvang van hun sociale netwerk op peil te houden. Een van de voornemens is om een richtlijn voor het sociale netwerk aan ouderen te geven, in lijn met eerdere richtlijnen over voeding en bewegen.

In dit hoofdstuk nemen we drie voornemens uit actuele beleidsprogramma's onder de loep. Met het WPH-model berekenen we door wat de effecten op welbevinden zijn van veranderingen in:

- 1 eigen regie
- 2 digitale informatieverwerkingsvaardigheden
- 3 sociale netwerken van mensen

Tevens laten we zien welke andere factoren een mediërende rol spelen op die effecten. Dit zijn slechts drie voorbeelden van doorrekeningen met WPH-model. Vanzelfsprekend zijn meer doorrekeningen mogelijk. Merk op dat doorrekeningen met het model bijdragen aan de evaluatie van de beleidstheorie, en niet van de uitvoering van het beleid. De doorrekeningen geven aan *waar* veranderingen de meeste verbeteringen in welbevinden bieden, niet *hoe* de interventies eruitzien en door *wie* ze uitgevoerd worden.

6.1 Casus 1: bevorderen van ervaren regie

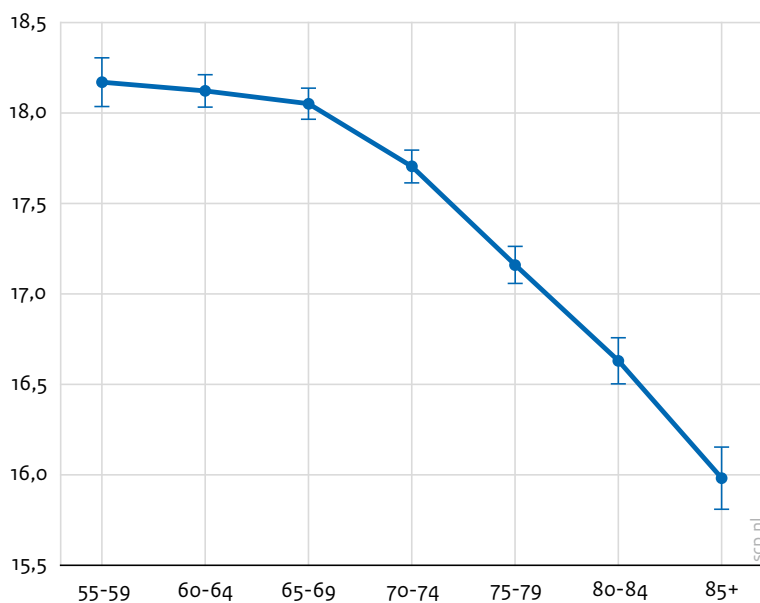
De overheid wil dat ouderen meer de regie nemen. Dat is ook de wens van ouderen zelf. Het VWS-programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO, zie VWS 2022) gaat een groter beroep doen op eigen verantwoordelijkheid en autonomie van hulpbehoevende ouderen en hun netwerken. De programmaslogan luidt: 'Zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan.' Een eerste aanname van het beleid is dat alle ouderen de regie (kunnen) nemen en autonoom hun zorg te regelen. Een tweede beleidsaanname is dat ouderen de digitale vaardigheden hebben om de zorg te regelen in de huidige digitale samenleving. Onze verwachting is dat niet iedereen dat even goed kan. Dat kan leiden tot ongewenste uitkomsten, zoals kansengelijkheid, sociale uitsluiting en verslechtering van de kwaliteit van leven bij bepaalde groepen.

Het aanspreken van de eigen daadkracht en autonomie waar het beleid op mikt, zou moeten leiden tot een vergroting van het gevoel dat mensen de regie over hun leven houden, ook wanneer ze door gezondheidsproblemen afhankelijk worden van anderen. Vertaald naar het WPH-model kan doorgerekend worden wat een vergroting van de persoonlijke hulpbron ervaren regie (*mastery*) van mensen betekent voor hun welbevinden. Pearlin en Schooler (1978) omschrijven *mastery* als: 'the feeling as the extent to which a person perceives himself or herself to be in control of events and ongoing situations.' Het concept wordt gemeten met de vijf-itemversie van de Pearlin Mastery Scale (Pearlin en Schooler 1978). Ervaren regie (*mastery*) kan beschouwd worden als een vorm van veerkracht en *coping*. Het is een hulpbron die helpt om met tegenslagen om te gaan, zoals ernstig (chronisch) ziek worden. Ervaren regie verlaagt stress en verhoogt het welbevinden en de participatie (vgl. Boot et al. 2016; Deeg en Huisman 2010; Moser en Dracup 1995).

Beloop van ervaren regie

Het behoud van de regie door ouderen is geen gemakkelijke opgave, want de ervaren regie neemt gemiddeld af met het toenemen van de leeftijd. De mate van ervaren regie van mensen blijft gemiddeld stabiel van 55 jaar tot 69 jaar en neemt daarna versneld af (zie figuur 6.1).²³

Figuur 6.1 Beloop van ervaren regie^a in de levensloop vanaf 55 jaar, 1992-2019 (modelschattingen met 95%-betrouwbaarheidsintervallen range 5-25, n = 5052, aantal observaties: 17.680)



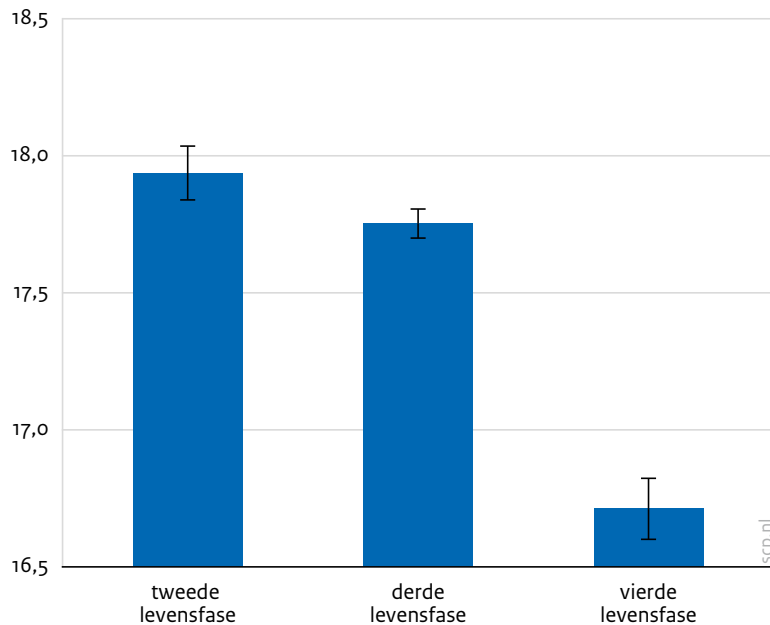
a Gemeten met de *mastery*-schaal, zie Pearlin en Schooler (1978).

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

Het beleidsdoel om meer verantwoordelijkheid bij ouderen te leggen en dus de regie van zorgbehoevende ouderen te vergroten kent nog een complicatie. Zodra mensen overgaan van de vitale derde levensfase naar de zorgafhankelijke vierde levensfase neemt de ervaren regie substantieel af. Bekijkt men de mate van ervaren regie naar levensfasen dan is er een kleine afname in de overgang van de tweede naar de derde levensfase en een substantiële afname na overgang naar de vierde levensfase (figuur 6.2).

²³ De figuur is gebaseerd op individuele levenslopen van mensen in de periode 1992 tot 2019. Vergelijking van generaties in deze periode laat een toename van gemiddelde ervaren regie in de tijd zien (Deeg en Huisman 2010; Drewelies et al. 2018).

Figuur 6.2 Beloop van ervaren regie^a naar levensfase vanaf 55 jaar, 1992-2019 (modelschattingen met 95%-betrouwbaarheidsintervallen, range 5-25, n = 5052, aantal observaties: 17.680)



a Gemeten met de *mastery*-schaal, zie Pearlin en Schooler (1978).

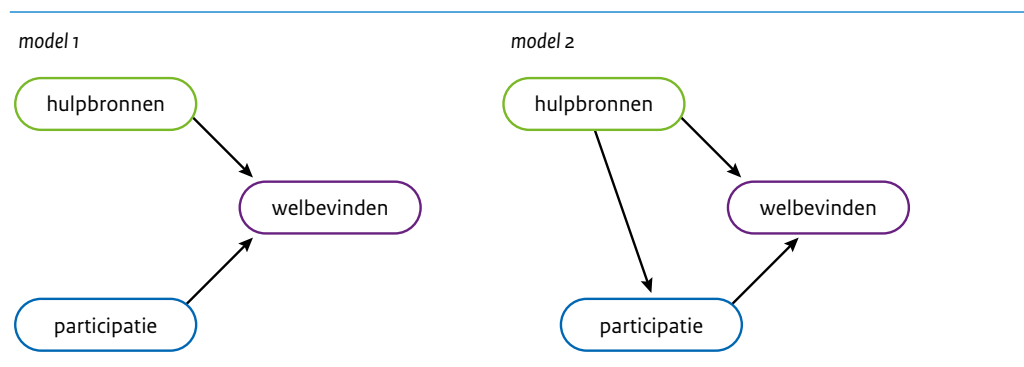
Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

Modellering

Bij ervaren regie spelen veel factoren een rol. Om de effecten van het vergroten van de ervaren regie op het welbevinden zuiver te schatten, dient rekening gehouden te worden met factoren – zogenoemde *confounders* – die effecten van ervaren regie op welbevinden beïnvloeden. Confounders zijn van invloed op de onafhankelijke variabelen (hulpbronnen) én de afhankelijke variabelen (welbevinden). Confounders kunnen een werkelijk verband maskeren of versterken. Daarom is het belangrijk om statistisch voor confounders te controleren. Dit kan eenvoudig door ze als onafhankelijke variabelen in een model op te nemen.

Uit de analyse blijkt dat de volgende hulpbronnen een significant effect op ervaren regie (ook een hulpbron) en welbevinden hebben: zelfbeeld (*self-esteem*), daadkracht (*self-efficacy*), algemene dagelijkse levensactiviteiten (zoals wassen en aankleden), chronische lichamelijke beperkingen) en de omvang van het sociale netwerk.

Figuur 6.3 Conceptuele modellen van effecten van veranderingen in ervaren regie op welbevinden in de levensloop van 55 jaar en ouder



Bron: SCP

Zoals uitgelegd in hoofdstuk 5.2 gebruiken we twee conceptuele modellen voor de analyses. Model 1 veronderstelt alleen directe effecten van hulpbronnen en brede participatie op welbevinden. Model 2 veronderstelt directe effecten van hulpbronnen en brede participatie op welbevinden en daarnaast indirecte effecten van hulpbronnen via brede participatie op welbevinden.

Tabel 6.1 geeft de gestandaardiseerde coëfficiënten van model 1 en 2 weer. Model 1 kent een variant 1a met de algemene index voor brede participatie en een variant 1b met de vier subdomeinen van brede participatie.

Tabel 6.1 Effecten van veranderingen in ervaren regie, participatie en confounders op welbevinden (gestandaardiseerde coëfficiënten, n = 5052, aantal observaties: 17.680)

	model 1a	model 1b	model 2	
			directe effecten	indirecte effecten via brede participatie
ervaren regie	0,19**	0,19**	0,21**	0,003**
zelfbeeld	0,15**	0,15**	0,17**	0,001*
daadkracht	0,11**	0,11**	0,10**	0,003**
beperkingen in algemene dagelijkse levensverrichtingen	-0,09**	-0,09**	-0,10**	-0,013**
chronische lichamelijke beperkingen	-0,06**	-0,06**	-0,08**	-0,005**
sociale netwerkvang	0,03**	0,04**	0,03**	0,018**
brede participatie	0,07**		0,07**	
<i>aparte aspecten van brede participatie</i>				
werkdeelname		0,01*		
sociale rollen		0,02*		
cultuurdeelname		0,03**		
sportdeelname		0,04**		

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

Model 1: effecten van hulpbronnen en participatie op welbevinden

Veranderingen in hulpbronnen

Een toename of afname in de ervaren regie en gerelateerde hulpbronnen van mensen heeft effect op hun welbevinden (zie tabel 6.1, model 1a). Het gestandaardiseerde effect van ervaren regie op welbevinden gecontroleerd voor confounders is 0,19. Hetzelfde effect ongecontroleerd voor confounders is 0,30 (niet in tabel). Dit betekent dat het effect van ervaren regie op welbevinden bij controle voor confounders voor een derde deel door de confounders wordt verklaard.

Eerder zagen we dat zowel het welbevinden als de ervaren regie versneld afnemen in de levensloop en met name in de vierde levensfase. Als de ervaren regie minder afneemt, zal dat leiden tot minder afname van het welbevinden in de daaropvolgende jaren. Met name het versterken van het zelfbeeld van mensen kan een groot effect hebben op de ervaren regie en het welbevinden. Zelfbeeld is de mate waarin mensen positief denken over zichzelf en wat ze kunnen. Wanneer mensen een negatief zelfbeeld hebben, wordt het moeilijker om regie te nemen over hun leven.

Chronische fysieke gezondheidsbeperkingen spelen een belangrijke rol, omdat zij zowel het welbevinden verminderen als ook invloed kunnen hebben op de andere hulpbronnen. De persoonsgebonden fysieke en mentale hulpbronnen hangen vanzelfsprekend samen met de mogelijkheden in de omgeving. Via sociale contacten en activiteiten ontwikkelen mensen hun mentaal kapitaal (zoals zelfbeeld, ervaren regie en daadkracht).

Veranderingen in participatie

Welke invloeden hebben veranderingen in participatie op het effect van ervaren regie op welbevinden in later jaren? Welke vormen van participatie hebben meer en minder effect op welbevinden? Model 1b in tabel 6.1 laat zien dat veranderingen in sportdeelname en cultuurdeelname de grootste meerwaarde hebben voor het beloop van het welbevinden. Dat betekent dat bij een verminderende ervaren regie en welbevinden naarmate iemand ouder wordt, het ondernemen van meer culturele en sportactiviteiten een positief effect heeft, dat wil zeggen de neergang dempen. Bij een toename van ervaren regie hebben deze activiteiten een aanvullend effect op het welbevinden. Opvallend is dat het positieve effect van werkdeelname minder is. Blijkbaar draagt meer gaan werken (d.w.z. arbeid, vrijwilligerswerk, mantelzorgen meer gaan combineren) minder bij dan meer aan cultuur en sport doen (meer verschillende activiteiten gaan beoefenen).

Welke cultuuractiviteiten dragen het meest bij aan het effect van de hulpbronnen op welbevinden? Binnen cultuurdeelname laten het bezoeken van musea, theater en andere culturele instellingen en de tijd besteed aan hobby's een sterk effect op welbevinden zien (tabel 6.2). In de bijlage bij dit hoofdstuk zijn de effecten van ervaren regie uitgesplitst naar de vijf aspecten van welbevinden: levenstevredenheid, positief affect, negatief affect, sociale eenzaamheid en emotionele eenzaamheid.

Tabel 6.2 Effecten^a van veranderingen in specifieke participatievormen op welbevinden (gestandaardiseerde coëfficiënten)^b

	coëfficiënt	n	observaties
betaald werk	0,03	1519	3032
vrijwilligerswerk	0,02	1988	5068
mantelzorg	-0,08**	1142	1879
sociale rollen	0,03**	4935	17392
bezoeken van organisaties	0,01	3824	11373
vrijetijdsactiviteiten	0,01	4935	17392
cultuurbezoek	0,07**	4935	17390
hobby's	0,02*	3869	11662
volgt cursus	0	4935	17392
actief met rolstoel	0,01	4935	17392
wandelen	0,02**	4935	17392
fietsen	0,01	4935	17392
tuinieren	0,01*	4935	17392
als eerste genoemde sport	0,02**	4935	17392
als tweede genoemde sport	0,02**	4935	17392

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$

a De volgende onafhankelijke variabelen zaten steeds in het model, maar worden niet weergegeven: ervaren regie, zelfbeeld, daadkracht, algemene dagelijkse levensverrichtingen, chronische lichamelijke beperkingen, en sociale netwerkomvang. De wel weergegeven onafhankelijke variabelen werden steeds elk apart aan dit model toegevoegd.

b De coëfficiënten zijn berekend over de intensiteit (aantal uren, frequentie) van de participatievormen. In de analyses zijn enkel de respondenten zijn meegenomen die de specifieke vraag naar uren en frequenties ingevuld hebben. Daarom verschillen de N en observaties.

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

Model 2: directe en indirecte effecten op welbevinden

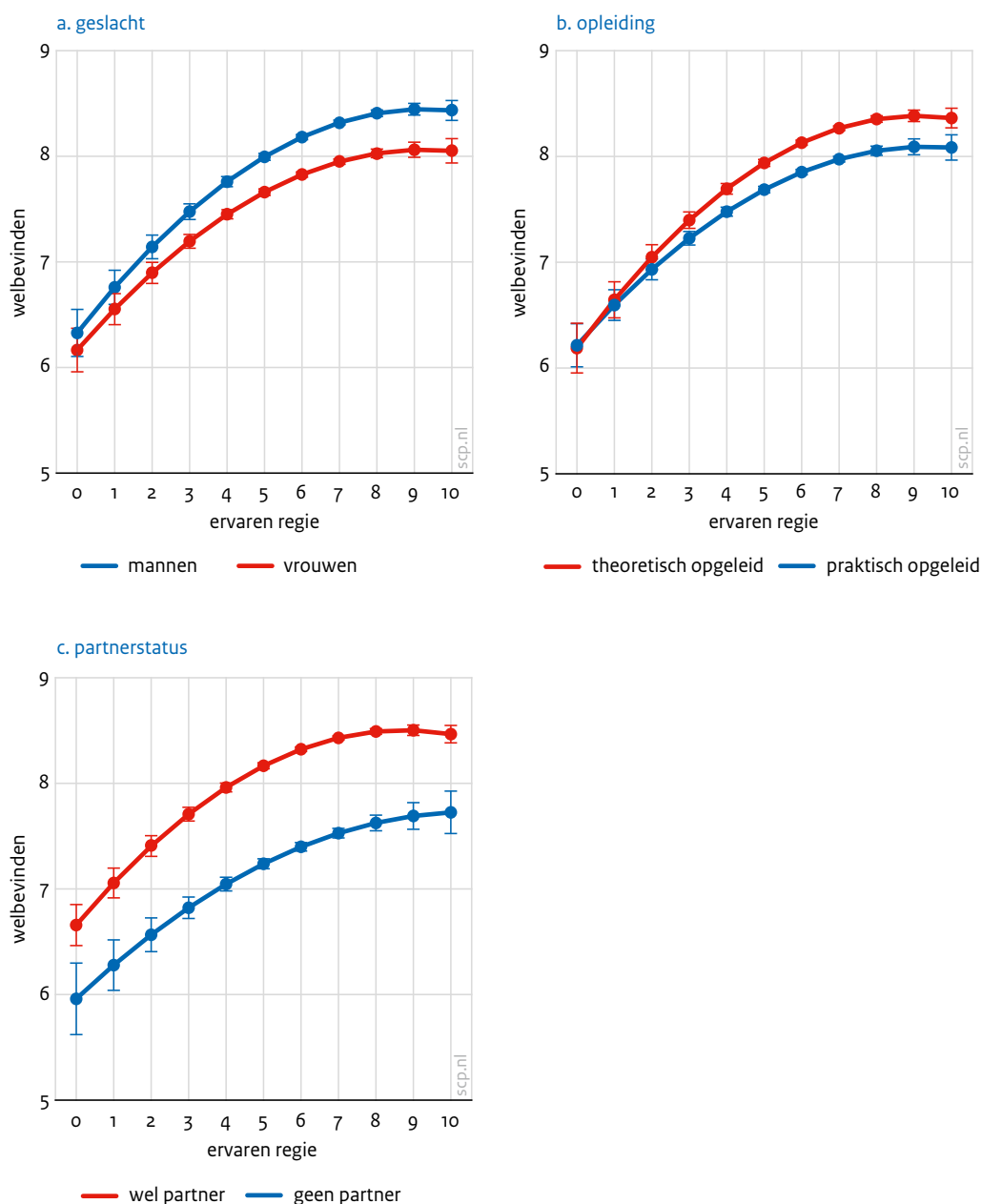
Bij het verminderen van de achteruitgang in welbevinden door het versterken van de ervaren regie kan participatie een mediërende rol spelen. Daarbij kan gedacht worden aan hoe je met activiteiten met andere mensen vaardigheden weet te onderhouden, zoals organiseren, initiëren, zaken regelen en afstemmen, enzovoort. Daarnaast zullen mensen die meer regie ervaren naar verwachting meer activiteiten ondernemen, en door de hogere participatie neemt hun welbevinden toe. De veronderstelling is dat hulpbronnen en participatie elkaar wederzijds beïnvloeden.

Volgens de doorrekeningen met het WPH-model hebben veranderingen in ervaren regie een direct effect op welbevinden en voor een deel een indirect effect via participatie (zie figuur 6.3, model 2). Het directe effect is aanzienlijk groter dan het indirecte effect. Het bevorderen van de hulpbron ervaren regie heeft een groter effect op welbevinden dan het bevorderen van participatie (zie tabel 6.1, model 2).

Verschillen tussen groepen

Het effect van veranderingen in ervaren regie op het beloop van welbevinden zou verschillend kunnen zijn voor bijvoorbeeld mannen en vrouwen, voor mensen met verschillende opleidingen en voor mensen met of zonder partner. Daarom is het model toegepast op de genoemde bevolkingsgroepen in figuur 6.4. De figuren laten een kromlijinig verband zien dat bij alle groepen voorkomt, enkel de startpositie verschilt. Dat betekent dat er verschillen in welbevinden zijn tussen de groepen, maar dat een beleid dat ervaren regie bevordert voor alle groepen een positief effect op het welbevinden zal hebben. Het kromlijnige verband laat zien dat met name bij mensen met weinig ervaren regie veranderingen het meeste effect hebben, ongeacht hun geslacht, opleiding of partnerstatus.

Figuur 6.4 Verschillen in effecten van veranderingen in ervaren regie op welbevinden van personen naar geslacht, opleiding en partnerstatus, 1992-2019 (range 0-10 met 95%-betrouwbaarheidsintervallen; figuur a en b: n = 4935, aantal observaties: 17.392; figuur c: n = 4139, aantal observaties: 13.250)^a



a Personen die veranderden van partnerstatus in de periode 1992-2019 vallen buiten de vergelijking in figuur c.

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

Aanwijzingen voor effectief beleid

Het doel van het versterken van de regie lijkt kostenbeheersing in de zorg en ondersteuning, volgens de berichtgeving over het WOZO-programma, maar het heeft natuurlijk ook het algemenere doel het welbevinden van de verouderende bevolking te verbeteren. In deze casus is het algemene doel onderzocht en dat levert een aantal aanwijzingen op die het beleid effectiever zouden kunnen maken.

- Ten eerste verdient het beleidsdoel een herformulering. In plaats van de regie te versterken gaat het in werkelijkheid over de achteruitgang in regie te verminderen en daarmee de achteruitgang in welbevinden zo veel mogelijk te voorkomen.
- Een tweede aanwijzing voor beleid is om naast kostenbeheersing ook het welbevinden te bevorderen door te investeren in de hulpbronnen en participatie van mensen in de derde en vierde levensfase. Dat kan de verslechtering van het beloop van welbevinden ombuigen en hoogstwaarschijnlijk – daar doet dit onderzoek geen uitspraken over – de derde levensfase verlengen en de vierde levensfase verkorten.
- Een derde aanwijzing is om andere relevante factoren mee te nemen in de beleidsuitwerking. De regie van ouderen wordt mede bepaald door de daadkracht die mensen hebben, of ze denken dat ze de regie kunnen houden (zelfbeeld), de mate waarin ze beperkt zijn bij het wassen, aankleden en eten (ADL), het hebben van een of meer chronische aandoeningen en de omvang van het sociale netwerk dat ze kunnen aanspreken voor hulp. Bij het versterken van de regie gaat het in essentie om deze hulpbronnen, die de resultante zijn van persoon-omgevingsinteracties. De handelingsperspectieven liggen dus zowel in het bieden van mogelijkheden in de leefomgeving van mensen als in het tegelijkertijd ontwikkelen van hun vaardigheden en vermogens.
- Een vierde, daarbij aansluitende, aanwijzing is om in de beleidsuitwerking prioriteit te geven aan de beeldvorming over en door ouderen. Het versterken van het positieve zelfbeeld van mensen zal een groot effect hebben op het beloop van het welbevinden.
- Een vijfde aanwijzing is het participatiebeleid voor ouderen te heroverwegen. Het onderzoek laat zien dat meer cultuurse deelname, bewegen en sporten de grootste meerwaarde hebben voor het welbevinden. Dat betekent dat bij een verminderende ervaren regie en welbevinden naarmate iemand ouder wordt, het ondernemen van meer culturele en sportactiviteiten een positief effect hebben, dat wil zeggen de neergang dempen. Binnen cultuurse deelname laten het bezoeken van musea, theater en andere culturele instellingen en de tijd besteed aan hobby's een sterk effect op welbevinden zien. Op grond van deze bevindingen kan beleid worden aanbevolen om de mogelijkheden om culturele activiteiten en bijeenkomsten te bezoeken in de derde en vierde levensfase te vergroten, het beoefenen van een hobby of amateurkunst te stimuleren, en ook de deelname aan sport- en beweegactiviteiten.
- Een zesde aanwijzing is dat een integrale aanpak vanuit meer beleidsterreinen om maatwerk vraagt. Dit laten de vele significante relaties in het WPH-model zien. Investeer in mentale veerkracht en faciliteiten voor cultuur- en sportdeelname in de derde levensfase. Maak onderscheid in beleid tussen mensen met en zonder partner. Houd rekening met de mate van langdurige fysieke beperkingen en de omvang van het sociale netwerk. Investeer daar ook in, bijvoorbeeld door faciliteiten voor sport en cultuur toegankelijk te maken voor chronisch zieken met lichamelijke beperkingen. Mensen met een klein netwerk hebben meer moeite met regie nemen. Datzelfde geldt voor alleenstaanden en voor mensen met weinig zelfvertrouwen en een laag zelfbeeld. Deze aspecten vormen eerder een kluit dan een causale keten van factoren. Dus investeer niet in één aspect, bijvoorbeeld het toegankelijk maken van faciliteiten voor sport en cultuur, zonder rekening te houden met de andere aspecten, zoals zelfbeeld of fysieke beperking.
- Een zevende aanwijzing is dat beleid dat de eigen verantwoordelijkheid van ouderen benadrukt, zoals het WOZO-programma van VWS, rekening zou moeten houden met het sociale en mentale kapitaal van alleenstaanden. Het zou zich kunnen richten op het vergroten van hun participatiemogelijkheden, zoals in Eén tegen eenzaamheid gebeurt, een ander VWS-programma. Het verdient aanbeveling de kennis en uitvoering van beide programma's op elkaar af te stemmen. De synergie kan een dubbel voordeel opleveren in de bevordering van het gemeenschappelijke doel: mensen voorbereiden op het ouder worden in een vergrijzende samenleving.

6.2 Casus 2: bevorderen van digitale vaardigheden

De overheid wil dat ouderen meer gebruik gaan maken van digitale oplossingen voor hun verzorgingsproblemen. Daarover voert ze overleg met professionals en ouderenorganisaties. Digitale vaardigheden zijn belangrijk voor ouderen in de huidige samenleving om langer zelfstandig te wonen en regie te nemen wanneer zij afhankelijk worden van anderen voor zorg. Het VWS-programma Wonen Ondersteuning en Zorg van Ouderen (WOZO) zet daarom sterk in op digitale oplossingen. Die doen een beroep op de digitale vaardigheden en cognitieve hulpbronnen van ouderen.

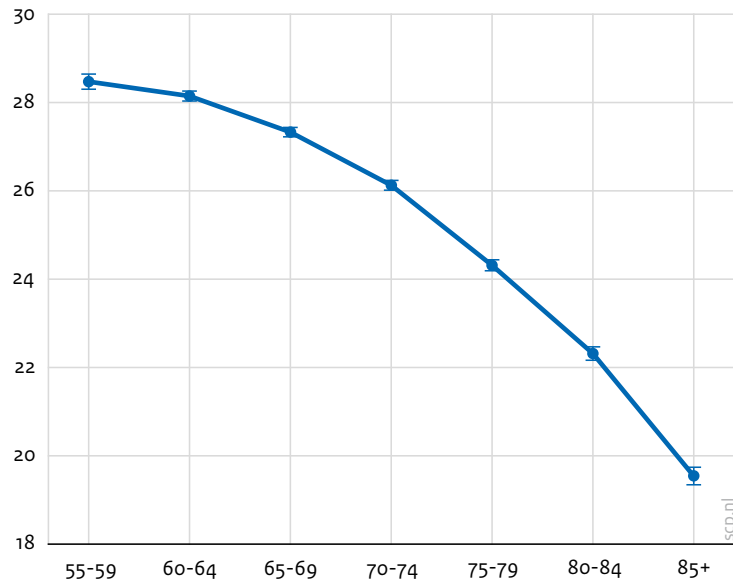
We leven in een sterk gedigitaliseerde samenleving. De huidige generaties in de derde levensfase zijn daar in hun jeugd niet in geschoold. Zij hebben zelf digitale vaardigheden moeten leren, soms met hulp van werkgevers en vrienden. Dat kan leiden tot kansenongelijkheid met sociale uitsluiting en een verslechtering van welbevinden van degenen met minder digitale vaardigheden. Ook de digitaal vaardige ouderen krijgen naarmate ze ouder worden mogelijk problemen met het meedoen in de digitaliserende samenleving.

De toegang van ouderen tot de digitale samenleving is in de afgelopen decennia flink toegenomen. In 2001 maakte 35% van de 55-plussers gebruik van een pc, mobiel en/of tablet. Dat percentage steeg geleidelijk tot 91% in 2019. De vaardigheden om met digitale apparaten, software en apps om te gaan houdt waarschijnlijk gelijke tred. De wetenschappelijke literatuur wijst erop dat met het toenemen van de leeftijd het vermogen afneemt om snel symbolische informatie zoals taal, codes enzovoort te verwerken en te begrijpen (vgl. Van Aartsen et al. 2002; Robitaille et al. 2013). Symbolische informatieverwerkingssnelheid wordt gemeten met een eenvoudige test. In deze codeeropdracht (Piccinin en Rabbitt 1999) worden twee rijen letters getoond, waarbij elke letter in de bovenste rij bij een letter in de onderste rij hoort. De test bevat ook twee andere rijen, waarvan de bovenste letters bevat en de onderste rij leeg is. De respondent moet zo veel mogelijk lettercombinaties invullen, door de bijbehorende letter te benoemen. Dat gebeurde in drie cycli van één minuut. De test meet niet alleen informatieverwerking maar geeft tevens een indicatie van het intellectuele functioneren van de persoon, zoals aandacht, geheugen, visueel inzicht en denksnelheid (Bouma et al. 1996; zie ook LASA 2016). Naar verwachting leidt de afname van de verwerkingssnelheid met leeftijd tot een vermindering van het welbevinden. Door training en actief te blijven in sociale en culturele activiteiten kan dit effect mogelijk worden gedempt.

Beloop van informatieverwerkingssnelheid

Ouderen zouden in de toekomst hun verzorgingsproblemen ook digitaal op moeten gaan lossen volgens de beleidsvoornemens van het WOZO-programma. Dat veronderstelt de aanwezigheid van goede cognitieve vermogens om digitale informatie verwerken. Die vermogens nemen echter af met het toenemen van de leeftijd. De snelheid waarmee mensen symbolische informatie kunnen verwerken neemt vanaf 55 jaar versneld af (figuur 6.5).

Figuur 6.5 Informatieverwerkingssnelheid in de levensloop vanaf 55 jaar, 1992-2019 (range 1-52 met 95%-betrouwbaarheidsintervallen, n = 4597, aantal observaties: 17.613)^a

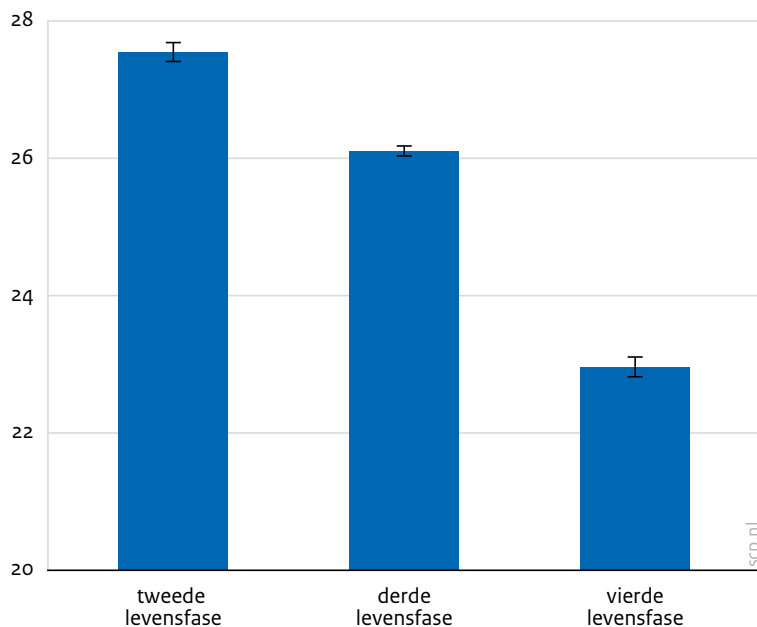


a Informatieverwerkingssnelheid is gemeten met de *Coding Task* (Piccinin en Rabbitt 1999).

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

In de derde levensfase is de gemiddelde informatieverwerkingssnelheid al een stuk lager dan in de tweede levensfase; in de vierde levensfase is er een nog groter verschil met de derde levensfase (figuur 6.6). Juist in de vierde levensfase, waarin mensen zorgafhankelijk worden en meer gebruik zouden gaan moeten maken van digitale oplossingen, neemt hun cognitieve vermogen om symbolische, abstracte digitale informatie te verwerken drastisch af.

Figuur 6.6 Informatieverwerkingssnelheid naar levensfase vanaf 55 jaar, 1992-2019 (range 1-52 met 95%-betrouwbaarheidsintervallen, n = 4597, aantal observaties: 17.613)^a



a Informatieverwerkingssnelheid is gemeten met de *Coding Task* (Piccinin en Rabbitt 1999).

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

Modellerings

Voor het beleidsvoornemen om digitale vaardigheden te bevorderen, zou het helpen wanneer de achteruitgang in informatieverwerkingssnelheid vertraagd of gedempt kan worden. Wat bepaalt de versnellende achteruitgang in informatieverwerking die we zien in de figuur 6.5 en 6.6? Een verkennende analyse van alle beschikbare variabelen wees uit dat de volgende hulpbronnen een effect hebben op zowel informatieverwerkingssnelheid als welbevinden (en dus als confounders kunnen functioneren): leefstijl (mate van roken en alcohol drinken), aantal chronische aandoeningen, cognitiestoornissen, zelfbeeld, ervaren daadkracht, algemene dagelijkse levensactiviteiten (ADL), chronische lichamelijke beperkingen en de omvang van het sociale netwerk. Deze confounders zijn toegevoegd aan de rekenmodellen (zie tabel 6.3).

Tabel 6.3 Effecten van veranderingen in informatieverwerkingssnelheid, participatie en confounders (gestandaardiseerde coëfficiënten, n = 4501, aantal observaties: 15.220)

	model 1a	model 1b	model 2	
			directe effecten	indirect effect van informatieverwerkings-snelheid
informatieverwerkingssnelheid	0,08**	0,08**	0,06**	0,010**
alcoholinname	0,01	0,01	0,01	0,001
rookgedrag	0,001	0,002	0,001	0,001
cognitieve stoornissen	-0,01	-0,01	-0,02*	-0,002**
chronische aandoeningen	-0,04**	-0,04**	-0,04**	-0,005**
zelfbeeld	0,19**	0,19**	0,20**	0,001
daadkracht	0,16**	0,16**	0,15**	0,002**
algemene dagelijkse levensverrichtingen	-0,07**	-0,07**	-0,09**	-0,008**
chronische gezondheidsbeperkingen	-0,06**	-0,06**	-0,08**	-0,003**
sociale netwerkomvang	0,05**	0,05**	0,05**	0,015**
brede participatie	0,06**		0,07**	
<i>aparte aspecten van brede participatie</i>				
werkdeelname		0,01		
sociale rollen		0,03**		
cultuurdeelname		0,02*		
sportdeelname		0,03**		

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

Model 1: effecten van hulpbronnen en participatie op welbevinden

Veranderingen in hulpbronnen

Veranderingen in informatieverwerkingssnelheid en overige hulpbronnen hebben een effect op veranderingen in het welbevinden van ouderen (resp. toename of afname) (zie tabel 6.3, model 1a). Het gestandaardiseerde effect van informatieverwerkingssnelheid op welbevinden gecontroleerd voor confounders is 0,08. Hetzelfde effect ongecontroleerd voor confounders is 0,26 (niet in tabel). Dit betekent dat het gestandaardiseerde effect van informatieverwerkingssnelheid op welbevinden voor circa twee derde deel verklaard wordt door de confounders.

Eerder zagen we dat zowel het welbevinden als de informatieverwerkingssnelheid versneld afnemen in de levensloop. Het dempen van de afname van informatieverwerkingssnelheid kan leiden tot een demping van de afname van het welbevinden in de daaropvolgende jaren.

Veranderingen in participatie

Nadere analyse van de onderliggende specifieke participatievormen laat zien dat het vergroten van het aantal uren mantelzorg een negatief effect heeft op welbevinden (tabel 6.4). Binnen cultuur leveren deelname aan verenigingen en het bezoeken van culturele activiteiten het meeste extra effect aan het welbevinden. Binnen

sport en bewegen en hebben meer minuten wandelen en meer uren sporten bij een vereniging een positief effect. Er is geen extra effect op welbevinden bij meer uren betaald werk of vrijwilligerswerk doen, meer uren aan een hobby besteden, meer cursussen gaan volgen en meer tijd besteden aan tuinieren of fietsen.

Tabel 6.4 Effecten^a van veranderingen in specifieke participatievormen op welbevinden (gestandaardiseerde coëfficiënten)^b

	coëfficiënt	n	observaties
betaald werk	0,03	1387	2671
vrijwilligerswerk	0,02	1858	4535
mantelzorg	-0,08**	1113	1838
sociale rollen	0,02*	4501	15220
bezoeken van organisaties	0,02*	3543	10108
vrijetijdsactiviteiten	0,01	4501	15220
cultuurbezoek	0,06**	4501	15219
hobby's	0,01	3537	9952
volgt cursus	0	4501	15220
actief met rolstoel	0	4501	15220
wandelen	0,02**	4501	15220
fietsen	0,01	4501	15220
tuinieren	0,01	4501	15220
als eerste genoemde sport	0,02*	4501	15220
als tweede genoemde sport	0,02**	4501	15220

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$

a De volgende onafhankelijke variabelen zaten steeds in het model, maar worden niet weergegeven: informatieverwerkingssnelheid, alcoholgebruik, rookt, globaal cognitief functioneren, chronische lichamelijke beperkingen, zelfbeeld, daadkracht, algemene dagelijkse levensverrichtingen, en gezondheidsbeperkingen. De wel weergegeven onafhankelijke variabelen werden steeds elk apart aan dit model toegevoegd.

b De coëfficiënten zijn berekend over de intensiteit (aantal uren, frequentie) van de participatievormen. In de analyses zijn enkel de respondenten zijn meegenomen die de specifieke vraag naar uren en frequenties ingevuld hebben. Daarom verschillen de N en observaties.

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

Model 2: directe en indirecte effecten op welbevinden

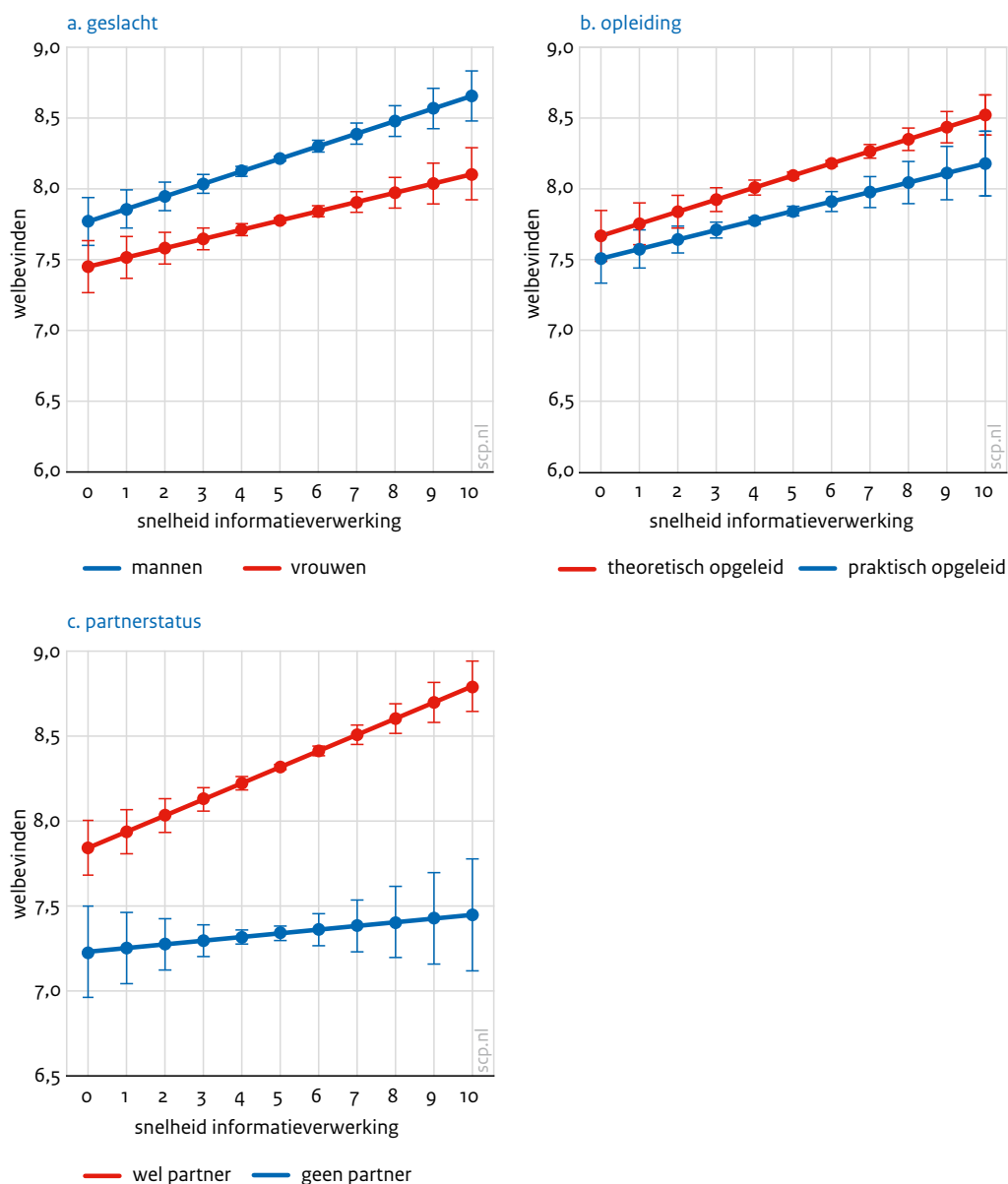
Conceptueel model 2 (zie figuur 6.3) veronderstelt dat veranderingen in informatieverwerkingssnelheid voor een deel een direct effect op welbevinden hebben en voor een deel een indirect effect via participatie. Onze analyse wijst uit dat informatieverwerkingssnelheid een significant direct en indirect effect via participatie op welbevinden heeft. Het directe effect is aanzienlijk groter dan het indirecte effect. Het bevorderen van de hulpbron informatieverwerkingssnelheid heeft ongeveer evenveel effect op welbevinden als het bevorderen van participatie (zie tabel 6.3, model 2).

Verschillen tussen groepen

Net zoals bij casus over regie kan het effect van veranderingen in informatieverwerkingssnelheid op het welbevinden verschillend zijn voor bijvoorbeeld mannen en vrouwen, voor mensen met verschillende opleidingen en voor mensen met of zonder partner. Daarom is ook in deze casus het model toegepast op de genoemde bevolkingsgroepen in figuur 6.7. De figuren laten zien een rechtlijnig verband bij geslacht en

opleiding voorkomt, waarbij enkel de startpositie verschilt. Dat betekent dat er verschillen in welbevinden zijn tussen de groepen, maar dat de relatie tussen veranderingen in informatieverwerkingssnelheid en welbevinden vergelijkbaar zijn voor de onderscheiden groepen. Bij de vergelijking van mensen met en zonder partner zien we echter verschillen tussen de groepen in samenhang met informatieverwerkings-snelheid. Bij mensen met partner zien we het verwachte positieve verband tussen veranderingen in informatieverwerkingssnelheid en welbevinden. Bij mensen zonder partner is dit positieve effect van veranderingen in informatieverwerkingssnelheid en welbevinden nauwelijks aanwezig.

Figuur 6.7 Verschillen in effecten van veranderingen in informatieverwerkingssnelheid op welbevinden van personen naar geslacht, opleiding en partnerstatus, 1992-2019 (range 0-10 met 95%-betrouwbaarheidsintervallen; figuur a en b: n = 4501, aantal observaties: 15.220; figuur c: n = 3720, aantal observaties: 11.510)^a



a Personen die veranderden van partnerstatus in de periode 1992-2019 vallen buiten de vergelijking in figuur c.

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

Aanwijzingen voor effectief beleid

Het beleidsdoel om vaker digitale oplossingen te vinden voor verzorgingsproblemen van ouderen berust op de aanname dat het inrichten van de omgeving met digitale voorzieningen voldoende zal zijn. Dit onderzoek wijst erop dat hierbij een belangrijk complicerende factor over het hoofd wordt gezien: de snelle afname van de cognitieve capaciteit om snel symbolische (lees: abstracte) informatie te verwerken met het toenemen met de leeftijd, en in het bijzonder in de zorgafhankelijke vierde levensfase. Dit levert een aantal aanwijzingen op die het beleid effectiever zouden kunnen maken.

- 1 Een eerste aanwijzing voor beleid is om het beleidsdoel bij te stellen. Bij het vergroten van digitale vaardigheden dient rekening gehouden te worden met de achteruitgang in informatieverwerkingssnelheid. Een middel om deze achteruitgang te dempen is het versterken van de hulpbronnen en participatie van mensen in de derde en vierde levensfase. Het vereenvoudigen en afstemmen op de doelgroep van de aangeboden digitale informatie en vormgeving is daarbij noodzakelijk.
- 2 Een tweede aanwijzing is dan ook om de volgende hulpbronnen te versterken die de achteruitgang in informatieverwerkingssnelheid dempen: leefstijl (mate van roken en alcohol drinken), zelfbeeld, ervaren daadkracht en de omvang van het sociale netwerk. Op deze factoren wordt en kan beleid (op)gevoerd worden. Op leefstijl wordt al langere tijd preventiebeleid gevoerd en mentale gezondheid is recentelijk toegevoegd aan het preventiebeleid (zie het GALA-programma van het ministerie van VWS). Net als bij het versterken van de regie zijn de grootste effecten te verwachten van investeringen in het domein van mentaal kapitaal, zoals het versterken van de ervaren daadkracht en het positieve zelfbeeld (Walburg 2008).
- 3 Een derde aanwijzing is om de brede participatie te bevorderen van mensen in de derde en vierde levensfase. Dat heeft als effect dat de achteruitgang in informatieverwerkingssnelheid en daarmee in welbevinden verminderd wordt. Binnen cultuur leveren deelname aan verenigingen en het bezoeken van culturele activiteiten het meeste extra positief effect aan het welbevinden. Binnen sport en bewegen en hebben meer minuten wandelen en meer uren sporten bij een vereniging een positief effect.
- 4 Ten slotte is het belangrijk dat digitale producten van de overheid en van zorgverleners zo toegankelijk mogelijk moeten zijn, ook voor mensen met relatief weinig cognitieve vermogens. Daarbij moet waar nodig ondersteuning geboden worden.

6.3 Casus 3: bevorderen van sociale netwerken

In deze casus analyseren we de effecten van veranderingen in de omvang van het sociale netwerk op het welbevinden en hoe veranderingen in hulpbronnen en participatie daarop van invloed zijn. Sociaal netwerk is het netwerk van sociale relaties van mensen (Van Tilburg 1998) en wordt in LASA bepaald door te vragen naar met wie respondenten regelmatig contact hebben en wie belangrijke personen voor ze zijn. Het WPH-model maakt een onderscheid tussen de omvang van het sociaal netwerk als hulpbron en de sociale activiteiten en rollen van mensen in dit netwerk als sociale participatie (zie bijlage B2.5).

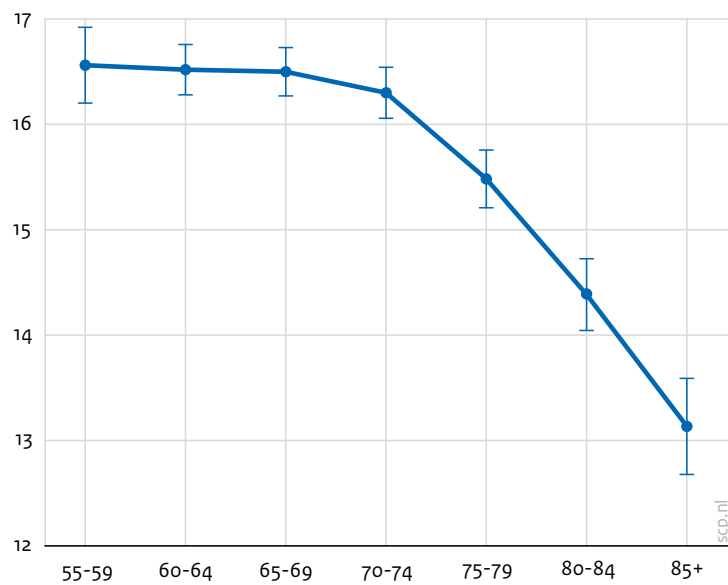
De overheid wil de sociale netwerken van ouderen in stand houden of zelfs vergroten. Dat is vanzelfsprekend ook de wens van de meeste ouderen. Eenzaamheid is een groot probleem in de verouderende samenleving. Eenzaamheid is van alle leeftijden. Naarmate mensen ouder wordt neemt de kans op eenzaamheid toe door verlies van partner, vrienden, werkzaamheden en gezondheid (Van Campen et al. 2018). Sociale netwerken worden kleiner naarmate mensen ouder worden. Na de pensionering verliezen veel mensen een groot deel van hun werknetwerk en staan voor de uitdaging om nieuwe netwerken op te bouwen. Een klein sociaal netwerk vergroot de kans op gezondheidsproblemen en sociale uitsluiting en isolering van de samenleving (eenzaamheid) (vgl. Cacioppo en Cacioppo 2014; Holt-Lunstad en Steptoe 2022; Pantell et al. 2013).

Met het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid van het ministerie van VWS wil de overheid eenzaamheid in Nederland verminderen. Het ministerie van VWS overweegt een campagne met als doel 55-plussers voor te bereiden op het ouder worden en vroeg de Wetenschappelijke Adviescommissie van het programma Eén tegen eenzaamheid een sociale netwerkrichtlijn te formuleren. Doelen van een sociale netwerkrichtlijn zijn: bijdragen aan bewustwording van het belang van het sociale netwerk voor welzijn en gezondheid en mensen aanzetten tot gedragsverandering, mocht het sociale netwerk onvoldoende zijn.

Veranderingen in sociaal netwerk

De beleidswens om de sociale netwerken van ouderen te vergroten is ingegeven door het gegeven dat de omvang van sociale netwerken gemiddeld daalt met het toenemen van de leeftijd. Vanaf 55 jaar tot ongeveer 70-74 jaar blijft de omvang van het sociale netwerk van individuen redelijk stabiel. Boven de 75 jaar neemt de netwerkomvang echter versneld af (figuur 6.8).

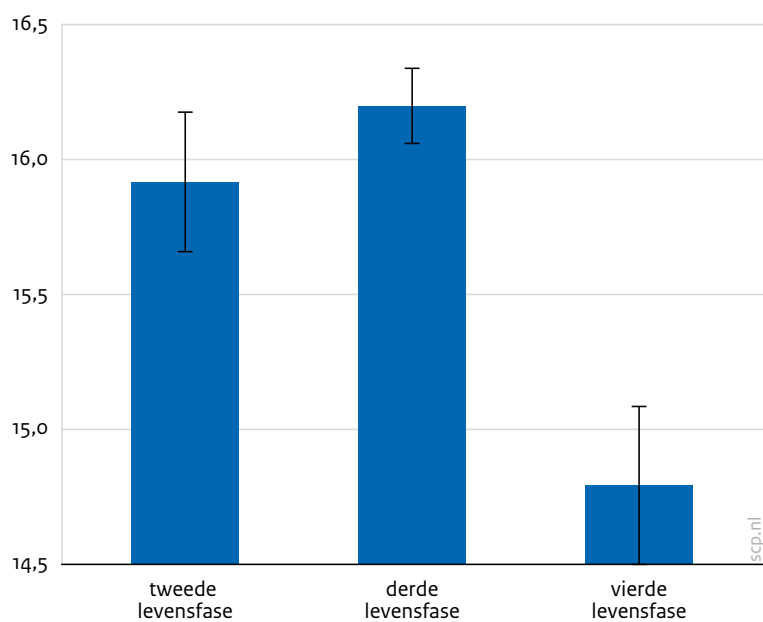
Figuur 6.8 Beloop van omvang sociaal netwerk in de levensloop vanaf 55 jaar, 1992-2019
(gemiddelden met 95%-betrouwbaarheidsintervallen, n = 4972, aantal observaties: 17.629)



Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

Bij de gemiddelde omvang van het sociale netwerk over levensfase is er geen (significante) verandering van de tweede naar de derde levensfase. Van de derde naar de vierde levensfase is die er wel: er is sprake van een afname van de netwerkomvang (figuur 6.9).

Figuur 6.9 Beloop van omvang sociaal netwerk naar levensfase, 1992-2019 (gemiddelden met 95%-betrouwbaarheidsintervallen, n = 4972, aantal observaties: 17.629)



Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

Modelling

Om te bepalen welke factoren van invloed zijn op de versnellende achteruitgang in netwerkvang, voerden we een verkennende analyse uit. Deze wees uit dat de volgende hulpbronnen een effect hebben op de relatie tussen netwerkvang en welbevinden: frequentie van sociale contacten, gehoorbeperkingen, cognitiestoornissen en mentale daadkracht. Tevens bleek het verlies van een partner (verweduwing) en verhuizing naar een instelling van invloed. Deze zogenoemde confounders zijn toegevoegd aan de rekenmodellen (tabel 6.5).

Tabel 6.5 Effect van veranderingen in sociaal netwerkvang, hulpbronnen en participatievormen op welbevinden (gestandaardiseerde coëfficiënten, n = 4312, aantal observaties: 15.251)

	model 1a	model 1b	model 2	
			directe effecten	indirect effect van netwerkvang
sociale netwerkvang	0,03**	0,04**	0,03**	0,016**
cognitieve stoornis	-0,02**	-0,02*	-0,02**	-0,002**
kwaliteit horen met hoortoestel	-0,03**	-0,03**	-0,03**	0,000
informatieverwerkingssnelheid	0,12**	0,12**	0,09**	0,013**
daadkracht	0,22**	0,22**	0,20**	0,003**
frequentie netwerkcontacten	0,02	0,02	0,02	0,003**
samenwonende partner (vs. geen partner, referentie)	0,23**	0,23**	0,19**	0,003**
niet-samenwonende partner (latrelatie; vs. geen partner, referentie)	0,07**	0,07**	0,08**	0,001
seniorenwoning vs. zelfstandig wonen	-0,02	-0,02	-0,02*	-0,003**
instelling voor ouderen vs. zelfstandig wonen	-0,01	-0,01	-0,01	-0,004**
brede participatie	0,07**		0,07**	
<i>aparte aspecten van brede participatie</i>				
werkdeelname		0,01*		
sociale rollen		0,04**		
cultuurdeelname		0,002		
sportdeelname		0,04**		

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

Model 1: effecten van hulpbronnen en participatie op welbevinden

Veranderingen in hulpbronnen

Wat zijn de effecten van een verandering in de sociale netwerkvang en gerelateerde hulpbronnen op het welbevinden in latere jaren? De uitkomsten in tabel 6.5, model 1a laten het gestandaardiseerde effect zien van sociale netwerkvang op welbevinden gecontroleerd voor confounders: 0,03. Hetzelfde effect ongecontroleerd voor confounders is 0,09 (niet in tabel). Dit betekent dat een verminderde afname van netwerkvang leidt tot een verminderde afname van het welbevinden. De effecten op welbevinden kunnen worden versterkt door bevordering van andere hulpbronnen. Verbetering van de mentale daadkracht (*self-efficacy*) en informatieverwerkingssnelheid hebben de grootste effecten. Daarnaast heeft verweduwing een extra groot negatief effect op welbevinden.

Veranderingen in participatie

Welke aspecten van participatie versterken het effect van netwerkomvang op welbevinden het meest? Meer cultuur- en sportdeelname hebben een groter effect dan meer arbeidsdeelname (zie tabel 6.5, model 1b). Binnen cultuurdeelname hebben deelname aan verenigingen, vrijetijdsactiviteiten en bezoek van culturele instellingen een positief effect. Binnen sportdeelname zijn dat wandelen, tuinieren en sporten (zie tabel 6.6).²⁴

Tabel 6.6 Effecten^a van veranderingen in specifieke participatievormen op welbevinden (gestandaardiseerde coëfficiënten)^b

	coëfficiënt	n	observaties
betaald werk	0,03	1342	2685
vrijwilligerswerk	0,02	1840	4679
mantelzorg	-0,09**	1123	1852
netwerkdiversiteit (verschillende rollen)	0,00	4312	15251
bezoeken van organisaties	0,02**	3404	10180
vrijetijdsactiviteiten	0,02**	4312	15251
cultuurbezoek	0,08**	4312	15249
hobby's	0,02	3377	10147
volgt cursus	0,00	4312	15251
actief met rolstoel	0,01	4312	15251
wandelen	0,02**	4312	15251
fietsen	0,01	4312	15251
tuinieren	0,02**	4312	15251
als eerste genoemde sport	0,02**	4312	15251
als tweede genoemde sport	0,02**	4312	15251

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$

a Deze onafhankelijke variabelen zaten steeds in het model, maar worden niet weergegeven: globaal cognitief functioneren (MMSE), kwaliteit horen met hoortoestel, informatieverwerkingssnelheid, daadkracht, belang van vrije tijd en vrienden, belang van inkomen en wonen, belang van mentale gezondheid, frequentie netwerkcontacten, samenwonende partner, niet-samenwonende partner (latrelatie), seniorenwoning vs. zelfstandig wonen, instelling voor ouderen vs. zelfstandig wonen, en sociale netwerkomvang. De wel weergegeven onafhankelijke variabelen werden steeds elk apart aan dit model toegevoegd.

b De coëfficiënten zijn berekend over de intensiteit (aantal uren, frequentie) van de participatievormen. In de analyses zijn enkel de respondenten zijn meegenomen die de specifieke vraag naar uren en frequenties ingevuld hebben. Daarom verschillen de N en observaties.

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

Model 2: directe en indirecte effecten op welbevinden

Het effect van sociale netwerken op welbevinden kan worden gemedieerd door participatie. Sociale netwerken zouden in stand gehouden en verbreed kunnen worden door participatie. Er is dus mogelijk een wisselwerking tussen veranderingen in participeren en de omvang van het sociale netwerk. Personen die meer activiteiten gaan doen kunnen hun netwerk vergroten en via nieuwe netwerkleiden nieuwe

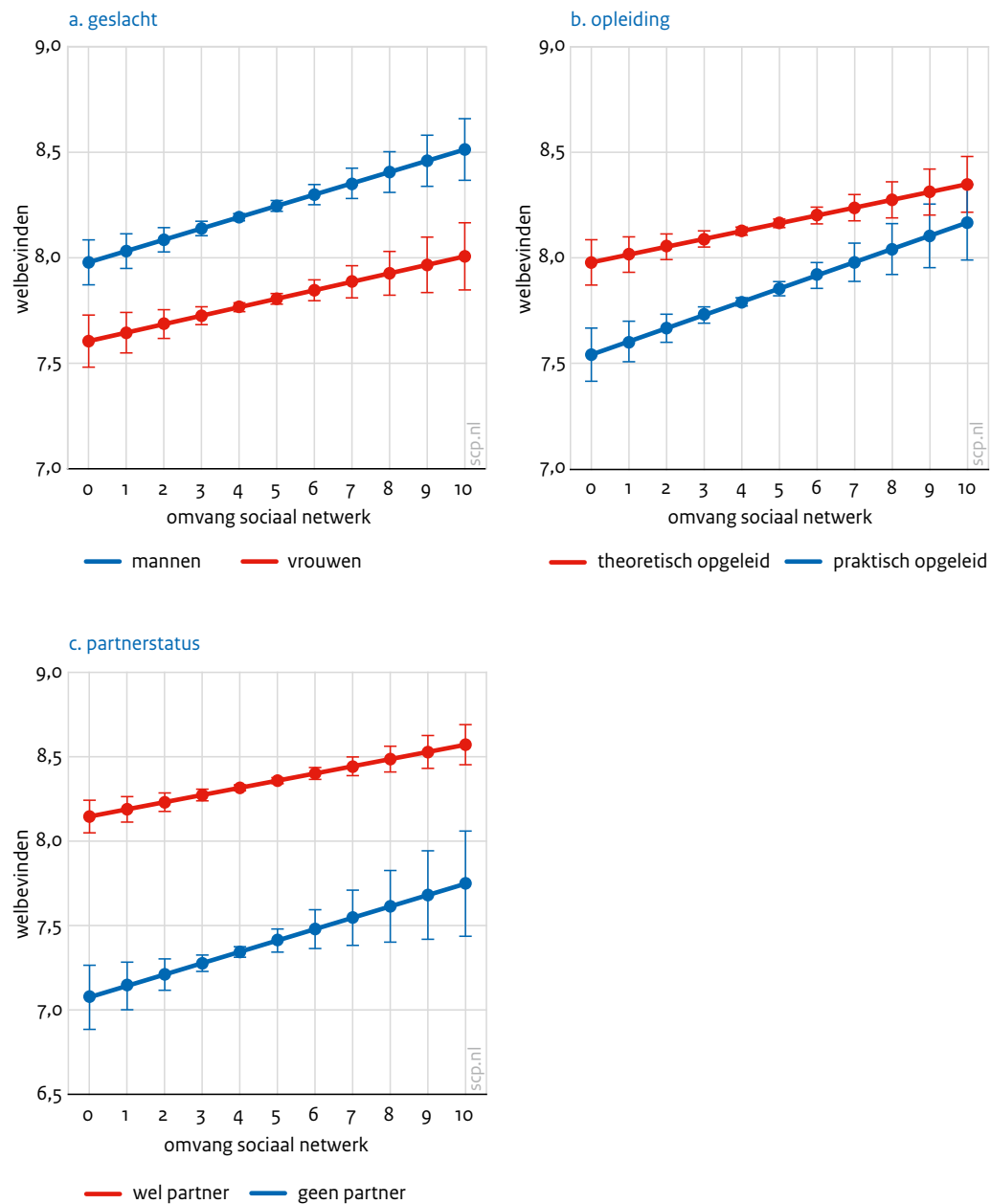
²⁴ Sociale participatie (het hebben van een gevarieerd netwerk) is in dit model moeilijk te duiden, omdat gecontroleerd wordt voor contactfrequentie en netwerkomvang. Daarom laten we dit buiten beschouwing.

activiteiten gaan ondernemen. De omgekeerde weg is helaas ook waar. Dat roept de vraag op wat de directe en indirecte effecten zijn van een veranderend sociaal netwerk op welbevinden. De omvang van het sociale netwerk heeft significant direct en indirect effect via participatie op welbevinden. Het directe effect is groter dan het indirecte effect, maar het indirecte effect is relatief groot. Dat komt vooral doordat netwerk grootte een relatief groot effect heeft op participatie. Het bevorderen van de hulpbron omvang van het sociale netwerk heeft een kleiner effect op welbevinden dan het bevorderen van brede participatie (zie tabel 6.5, model 2).

Verschillen tussen groepen

Net zoals bij casus 1 en 2 kan het effect van veranderingen in sociale netwerk grootte op het welbevinden verschillend zijn voor bijvoorbeeld mannen en vrouwen, voor mensen met verschillende opleidingen en voor mensen met en zonder partner. Daarom is ook in deze casus het model toegepast op de genoemde bevolkingsgroepen (figuur 6.10). De figuren laten een rechtlijnig verband zien bij geslacht en opleiding, waarbij enkel de startpositie verschilt. Dat betekent dat er verschillen in welbevinden zijn tussen de groepen, maar dat de relatie tussen veranderingen in netwerkomvang en welbevinden vergelijkbaar zijn voor de onderscheiden groepen. Wel bleek dat verweduwing (een verandering van partnerstatus) sterk het effect van netwerkomvang op welbevinden beïnvloedt (tabel 6.5). Deze groep is niet vertegenwoordigd in een van de twee groepen in figuur 6.10; omdat zij verandert van partnerstatus valt deze groep buiten de vergelijking.

Figuur 6.10 Verschillen in effecten van veranderingen in omvang sociaal netwerk op welbevinden naar geslacht, opleiding en partnerstatus, 1992-2019 (range 0-10 met 95%-betrouwbaarheidsintervallen; figuur a en b: n = 4501, aantal observaties: 15.220; figuur c: n = 3720, aantal observaties: 11.510)^a



a Personen die veranderden van partnerstatus in de periode 1992-2019 vallen buiten de vergelijking in figuur c.

Bron: VU (LASA '92-'19); SCP-bewerking

Aanwijzingen voor effectief beleid

Het impliciete doel van een sociale netwerkrichtlijn is om de feitelijke terugval in de omvang van het sociale netwerk van ouderen te verminderen om toenemende eenzaamheid met het klimmen der jaren tegen te gaan. Dit onderzoek levert een aantal aanwijzingen op die het beleid effectiever zouden kunnen maken.

- 1 Een eerste aanwijzing is dat de verantwoordelijkheid voor het in stand houden of vergroten van het sociale netwerk niet geheel bij de persoon zelf gelegd kan worden. Vanzelfsprekend is de leefomgeving van invloed, bijvoorbeeld het aantal ontmoetingsplaatsen en gelegenheden om andere mensen te ontmoeten. Sociale netwerken worden bij uitstek in stand gehouden en verbreed door participatie. De analyses wijzen op het belang van mogelijkheden om te participeren.
- 2 Een tweede aanwijzing is dan ook dat meer cultuur- en sportdeelname een groter effect hebben dan meer deelname aan werken en zorgen. Binnen cultuurdeelname hebben deelname aan verenigingen, vrijetijdsactiviteiten en het bezoek van culturele instellingen een positief effect. Binnen sportdeelname zijn dat wandelen, tuinieren en sporten.
- 3 Een derde aanwijzing voor beleid is dat op de confounders direct beleid gevoerd kan worden door middel van medische interventies in gehoorbeperkingen, cognitiestoornissen, psychologische interventies op mentale daadkracht en informatieverwerkingssnelheid. Woonbeleid heeft invloed op verhuizingen en aan verweduwing is niets te doen, maar hierbij passen wel opvang- en begeleidingsinterventies.
- 4 Een vierde, daarbij aansluitende aanwijzing is dat het verbeteren van de mentale daadkracht (self-efficacy) en informatieverwerkingssnelheid de grootste effecten hebben. Daarnaast heeft verweduwing een groot extra negatief effect op welbevinden.

De onderzoeksresultaten ondersteunen de VWS-campagne om de omvang van het sociale netwerk te vergroten. Dat heeft een dempend effect op de afname van welbevinden. Let daarbij wel op de persoonlijke hulpbronnen en omstandigheden van mensen. Verweduwing versnelt bijvoorbeeld de afname van het welbevinden. Om die afname te verminderen of te dempen, helpen cultuur- en sportdeelname meer dan deelname aan werken en zorgen. Het is eveneens van belang om rekening te houden met verschillen in mentaal kapitaal. Netwerkvorming vergt mentale daadkracht.

Ook bij het bevorderen van sociale netwerken geldt dat een *one size fits all*-aanpak niet zal werken en dat maatwerk nodig is. Beleid dat enkel focust op het vergroten van het aantal sociale contacten van mensen in de derde levensfase zal niet gaan werken. Er is ook een leefomgeving nodig waar mensen anderen kunnen ontmoeten. Om de achteruitgang in netwerkomvang en welbevinden van mensen in de derde levensfase te verminderen is meervoudig beleid nodig. Meer gevarieerd aanbod van culturele activiteiten én mentale ondersteuning én fysieke hulpmiddelen én informatie die is afgestemd op ouderen, enzovoort. Het WPH-model kan helpen om programma's met meervoudige interventies door te rekenen en te doordenken.

7 Slotbeschouwing

7.1 Veranderingen in een vergrijzende samenleving

Een urgente maatschappelijke vraag voor de komende decennia is: hoe houden we de vergrijzende samenleving langer gezond en gelukkig met welke opofferingen? Kabinet-Rutte IV maakte de beleidskeuze de kosten van de vergrijzing op langere termijn te beheersen. Het kabinet investeerde beduidend minder in de baten van de verouderende bevolking, zoals de maatschappelijke participatie en het welbevinden van ouderen.

Er is een groot potentieel van mensen in de vitale derde levensfase die willen en kunnen meedoen en bijdragen aan de samenleving. Het verenigingsleven in onder meer sport en cultuur draait bijvoorbeeld voor een groot deel op de vrijwillige bijdrage van ouderen. De ouderenzorg zou niet zonder de mantelzorg van oudere partners van zieken kunnen. Veel ouders van jonge kinderen kunnen blijven werken omdat hun gepensioneerde ouders de kinderen een of meer dagen opvangen. Deze bijdragen zijn economisch gezien minder makkelijk in geld uit te drukken, maar zijn essentieel voor de samenleving.

Dit onderzoek maakt duidelijk dat een smalle opvatting van participatie, door ouderen te vragen meer mantelzorg te verlenen om zorgtekorten op te vangen, leidt tot slechter welbevinden. Bevordering van brede participatie, inclusief sociale, cultuur- en sportdeelname door ouderen, draagt daarentegen bij aan het behoud van welbevinden (hoofdstuk 4). Daarbij dient rekening gehouden te worden met ongelijke kansen in de derde en vierde levensfase, zo laten de modelberekeningen in hoofdstuk 5 zien. Na hun pensionering gaan mensen met ongelijke kansen de derde levensfase in. Deze kansen kunnen groter en kleiner worden door veranderingen in gezondheid, inkomen en sociale netwerken. Zodra mensen zorgbehoevend worden en ze daarmee overgaan van de derde naar de vierde levensfase, dalen hun kansen op participatie en welbevinden flink (hoofdstuk 3).

De modelberekeningen in hoofdstuk 5 en 6 laten zien dat er verschillende aanknopingspunten zijn voor het veranderen van kansen(ongelijkheid) op welbevinden bij ouderen. Deze aanknopingspunten zijn te vinden in de ontwikkeling van het fysiek en mentaal gezondheidskapitaal (ervaren regie, zelfbeeld, langdurige lichamelijke en cognitieve beperkingen), economisch kapitaal (inkomen) en sociaal kapitaal (sociale netwerken). Die ontwikkeling is niet mogelijk zonder veranderingen in de sociaal-culturele en institutionele context. Ongelijkheden als gevolg van geslacht en opleiding zijn op latere leeftijd een gegeven (hoofdstuk 5).

Brede welvaart streeft naast materiële welvaart ook subjectief welbevinden na, nu en in de toekomst (Hardus et al. 2022). Hierbij aansluitend kan het investeren in het potentieel van de derde levensfase het welbevinden, de ontplooiing en brede participatie van mensen na de pensioengerechtigde leeftijd verbeteren. Door te investeren in het potentieel van mensen in de vitale derde levensfase kan bovendien de trend van het afgelopen decennium versterkt worden dat deze derde fase langer wordt en de zorgbehoevende vierde levensfase korter. Dat kan betekenen dat de baten (welbevinden, maatschappelijke participatie) stijgen en de kosten (zorg) relatief dalen.

Investeren in de gezondheids-, economische, sociale en culturele hulpbronnen van mensen kan op veel manieren. Er is beleid op verschillende terreinen en er zijn veel initiatieven in de samenleving om de kansengelijkheid van mensen op welbevinden in de derde en vierde levensfase te versterken. Het blijft echter vaak onduidelijk of de interventies effectief zijn en het welbevinden bevorderen op langere termijn. Tevens gaat in de veelheid van losse interventies het algemene overzicht en de afstemming wat verloren. Het onderhavige onderzoek en het Welbevinden Participatie Hulpbronnen-model (WPH) kunnen helpen bij het doordenken en doorrekenen van een integrale strategie en in den brede laten zien bij welke beleidsvoornemens de effecten op welbevinden groter en kleiner zullen zijn. Het WPH-model

kan op twee manieren gebruikt worden in beleid: enerzijds als analyse van bepalende factoren in de verouderende bevolking en anderzijds als rekenmodel om beleidsvoornemens rondom de vergrijzing door te rekenen en te doordenken (ex ante beleidsevaluatie).

De analyse van de vergrijzing biedt verschillende handvatten en handelingsperspectieven. Investeer in zingevende activiteiten en sociale contacten, wellicht ook versterking van een positieve omgang (*coping*) met tegenslagen zoals verlies van gezondheid en vrienden. Versterk en intensiveer bestaande beleidsprogramma's, zoals Samen cultuur maken (ministerie van OCW), Waardigheid en trots en Samen ouder worden (beide ministerie van VWS). Verbreed het traditionele aanbod van verpleegkundigen en verzorgenden met geestelijk verzorgers en kunstzinnige professionals (zie de innovatieve ZonMw-programma's Kunst en zorg, Zingeving en Kwaliteit van leven). Versterk de sociale en culturele infrastructuur en richt deze opnieuw in voor en door ouderen (zie bv. sociale en culturele initiatieven in de wijk in het kader van Eén tegen eenzaamheid), zodat ze beter toegankelijk is en ouderen gelijke kansen hebben om betekenisvol te participeren in de samenleving. Ouderen, professionals en soms ook bedrijven hebben daarbij een rol. Veel van de initiatieven zijn co-creaties van meer partijen.

Ga in gesprek met ouderen en jongeren over de verouderende samenleving. In welke samenleving willen jongeren ouder worden? Het ministerie van VWS heeft al enkele stappen op de goede weg gezet door met ouderen na te denken over de inrichting van de samenleving (vgl. Beter Oud z.d.; Idenburg et al. 2022). Ook jongeren denken al over dit thema na (Bennink 2023; Nationale Denktank 2023).

Houd oog voor de diversiteit in activiteiten in de derde levensfase, toegankelijkheid van voorzieningen (inclusief leeftijdsdiscriminatie) en regionale verschillen. Betrek mensen in de derde levensfase bij het inrichten van de leefomgeving. Denk aan wandel- en fietspaden, theaters, volkstuinen, buurtkamers en het openbaar vervoer. Daarmee is de kans het grootst op het juiste aanbod van voorzieningen in een inclusieve samenleving met gelijkere kansen. In hoofdstuk 6 zijn als voorbeeld van de ex ante beleids-evaluatie drie beleidsvoornemens doorgerekend met het WPH-model. De effecten op welbevinden zijn berekend van veranderingen in 1) eigen regie; 2) digitale informatieverwerkingsvaardigheden; en 3) de sociale netwerken van mensen in de derde en vierde levensfase. De resultaten laten zien dat bij beleidsstimulering van ieder van de drie onderwerpen andere hulpbronnen, zoals gezondheid, inkomen en participatie, een rol gaan spelen in het effect op welbevinden.

De resultaten van de doorrekeningen laten zien dat beleid baseren op de eigen regie en digitale vaardigheden van ouderen zal leiden tot kansenongelijkheid als er hierbij geen aandacht is voor mogelijkheden in de leefomgeving. De startposities en kansen op behoud van welbevinden verschillen bij de pensionering, de aanvang van de derde levensfase (hoofdstuk 6).

Een *one size fits all*-aanpak zal niet werken, zoals beleid dat enkel focust op het vergroten van het aantal sociale contacten van mensen in de derde levensfase. Er is ook een leefomgeving nodig waar mensen anderen kunnen ontmoeten. Om de achteruitgang in de netwerkomvang en het welbevinden van mensen in de derde levensfase te verminderen, is meervoudig beleid nodig. Een meer gevarieerd aanbod van culturele activiteiten én mentale ondersteuning én fysieke hulpmiddelen én informatie die is afgestemd op ouderen, enzovoort. Het WPH-model kan helpen om programma's met meervoudige interventies door te rekenen en te doordenken.

7.2 Mogelijkheden en beperkingen van het WPH-model

Voor dit onderzoek is het Welbevinden Participatie Hulpbronnen-model ontwikkeld. Naast het beantwoorden van de onderzoeksvragen kan dit model tevens gebruikt worden voor andere doorrekeningen en doordenkingen bij het ontwikkelen van huidig en toekomstig beleid. Daarom bespreken we hier een aantal mogelijkheden én beperkingen van het rekenmodel.

Mogelijkheden

Ten eerste is het mogelijk om in het kader van ex ante beleidsevaluaties, naast de drie casussen, meer beleidsdossiers te analyseren en door te rekenen met dit model. De modellering maakt factoren zichtbaar die het effect van een interventie op welbevinden beïnvloeden. Een interventie kent zelden een eenduidig effect. Bij de beleidsvoorbereiding kunnen de gevonden *confounders* (factoren die het effect mede bepalen) gebruikt worden om te bepalen met welke specifieke groepen en omstandigheden rekening gehouden moet worden om de interventie meer effect te laten hebben op het welbevinden.

Ten tweede maakt de longitudinale aard van het model het heel geschikt om te koppelen aan demografische ontwikkelingen en ramingen te maken van de WPH-elementen in de toekomst. Er zijn meer mogelijkheden, die hier nog niet genoemd en bekeken zijn, bijvoorbeeld toepassingen van het WPH-model op andere paneldata, zoals LISS (*Longitudinal Internet Studies for the Social Sciences*). Dat biedt kansen om analyses te doen over de bevolking van 16 jaar en ouder.

Ten derde kunnen met het WPH-model naast welbevinden ook participatie en hulpbronnen als uitkomst gekozen worden. Dat geeft antwoord op vragen als: hoe kan beleid de hulpbronnen van mensen vergroten? Denk bijvoorbeeld aan gezondheidskapitaal, mentaal kapitaal en sociaal kapitaal. Of: hoe kan de participatie in den brede vergroot worden of op specifieke beleidsterreinen als arbeids-, cultuur- of sportdeelname?

Ten vierde kunnen specifieke aspecten van welbevinden doorgerekend worden. Bijvoorbeeld het dempen van de toename in eenzaamheid (doel van het VWS-programma Eén tegen Eenzaamheid), het verminderen van depressies, en de mentale weerbaarheid in de balans tussen positief en negatief affect (doel van het VWS-programma Gezond en Actief Leven Akkoord).

Beperkingen

Een beperking die het WPH-model gemeen heeft met alle rekenmodellen is dat alleen wat gemeten is doorgerekend kan worden. De LASA-dataset bevat heel veel metingen op veel terreinen, maar kent ook leemtes. Zo zijn bijvoorbeeld de kenmerken van de leefomgeving en buurt maar in beperkte mate gemeten.

Een tweede beperking is dat het model is gebaseerd op langdurige ontwikkelingen en geschikt is om langdurende interventies door te rekenen. Het model is niet geschikt om voorgenomen kortdurende interventies van 1 of 2 jaar door te rekenen.

Ten derde is het model gebaseerd op antwoorden van deelnemers die mee willen en kunnen doen aan interviews. Dat betekent dat er ook groepen mensen in de derde levensfase niet of ondervertegenwoordigd zijn in het model. Denk aan mensen met ernstige cognitieve stoornissen als dementie, laaggeletterden en mensen met een migratieachtergrond.²⁵

Ten vierde was het denkkader van onderzoekers en beleidsmakers leidend bij de keuze van variabelen, dataverzameling en handelingsperspectieven. Maar welke handelingsperspectieven zien ouderen zelf? Daar is relatief weinig en hooguit indirect via literatuurstudie en toevallige gesprekken gebruik van gemaakt in deze studie.

Ten vijfde informeert het WPH-model beleidstheorieën over *waar* het best geïnvesteerd kan worden in hulpbronnen en participatie. Het model kan weinig zeggen over *hoe* met welke interventies geïnvesteerd moet worden en *wie* ze gaat uitvoeren. Zoals gezegd komt nadat met hulp, van het model een politieke keuze gemaakt is, de vraag van de uitvoering aan de orde.

²⁵ 55-plussers met een migratieachtergrond zijn één keer ondervraagd in LASA. Vanwege het eenmalige karakter waren deze gegevens niet bruikbaar in de panelanalyses.

Kansen voor nader onderzoek en verfijning

Vanuit de besproken mogelijkheden en beperkingen zien we de volgende kansen voor nader onderzoek en verfijning van het WPH-model.

Leefomgeving

Om te kunnen participeren is de leefomgeving van belang. Een volgende stap in de ontwikkeling van het WPH-model is om kenmerken van de leefomgeving van de respondenten toe te voegen. De persoonsgebonden gegevens van LASA zijn verrijkt met omgevingskenmerken uit de GECCO-gegevensbestanden (Lakerveld et al. 2020).²⁶ Dat biedt twee beleidsmatige en theoretische voordelen. Ten eerste biedt het handelingsperspectieven, omdat de fysieke en sociale inrichting van de leefomgeving stuurbaar is voor beleid. Ten tweede is modellering van de leefomgeving-persooninteractie mogelijk. In het model kan dan onderscheid gemaakt worden naar drie aspecten van de leefomgeving: 1) voorzieningen in de omgeving; 2) buurtkenmerken; en 3) leefbaarheid. Ieder aspect zal nieuwe inzichten bieden in de veranderingen in de persoon-leefomgevinginteractie met veranderingen in participatie en welbevinden. Dit biedt tevens mogelijkheden om regionale verschillen te bestuderen.

Stem geven aan niet-vertegenwoordigde groepen

Het SCIP is in samenwerking met de Leyden Academy on Vitality and Ageing (LAVA) een participatief onderzoek gestart naar handelingsperspectieven bij niet in het onderzoek vertegenwoordigde groepen (Abma 2023). Meedoen en gelukkig ouder worden is niet voor alle ouderen vanzelfsprekend, want zij missen hulpbronnen in de omgeving en vaardigheden die nodig zijn om mee te doen en kunnen uitsluiting ervaren. Daarnaast is het ook de vraag of ze het gevoel hebben mee te praten. Meepraten is belangrijk, omdat het kan voelen als meedoen en meetellen, en omdat het mensen in staat stelt wensen te uiten. Op basis daarvan kan zinvol meedoen voor deze groepen door *empowerment* duurzamer georganiseerd worden. Het onderzoek met LAVA is een aanvullende en verdiepende kwalitatieve studie op dit huidige onderzoek, en beoogt beleidsrelevante kennis en handelingsperspectieven te bieden voor twee maatschappelijke vraagstukken: 1) Hoe kunnen burgers zinvol en volwaardig deelnemen aan de samenleving?; en 2) Zijn er groepen in de samenleving die minder vertegenwoordigd zijn in besluitvorming, voelen zij zich minder vertegenwoordigd en hoe is dat te verbeteren?

Toekomstverkenning verouderende samenleving

Het WPH-model berekent effecten van veranderingen in de tijd en is daardoor zeer geschikt als basis voor toekomstverkenningen, zoals kwantitatieve ramingen en kwalitatieve toekomstscenario's. De meerwaarde is dat naast demografische ontwikkelingen (die meestal gebruikt worden bij ramingen) ook gezondheids- en sociale ontwikkelingen gemodelleerd kunnen worden om het welbevinden van de verouderende bevolking te voorspellen. Dat geeft preciezere voorspellingen dan zuiver demografische voorspellingen (vgl. Van Campen 2011; RIVM 2018).

7.3 Potentieel van de derde levensfase

De groep mensen in de vitale derde levensfase neemt toe in de bevolking, die bijna voor de helft bestaat uit 55-plussers. Veel mensen in de derde levensfase willen actief blijven en een bijdrage leveren aan de samenleving. Dat geeft hun voldoening, leefplezier en het gevoel van betekenis te zijn voor anderen. Er is veel potentie onder vitale, wijze gepensioneerden om maatschappelijke problemen aan te pakken. De vraag is hoe deze grote groep een plaats in de samenleving te geven. Het grote potentieel van de derde levensfase dient weloverwogen onderhouden en ingezet te worden. Het is eenzijdig om mensen langer te laten werken en na hun pensionering te vragen voor vrijwilligerswerk en mantelzorg om personeelstekorten op te lossen. Net als burgers in de eerste en tweede levensfase dient er een balans te zijn tussen verplichte participatie (werk en onderwijs) en vrijwillige participatie (vrijtijdsbesteding, zoals cultuur- en sportdeelname). Dit houdt mensen en de bevolking in het algemeen gezond en gelukkig. Met dit onderzoek reiken we een denkwijze en methode aan hoe die balans in de derde levensfase bereikt kan worden met weloverwogen investeringen in de hulpbronnen en participatiemogelijkheden in de samenleving.

²⁶ Zie voor een uitgebreide beschrijving van de GECCO-data: www.gecco.nl/exposure-data-1.

Literatuur

- Aartsen, M.J., C.H.M. Smits, T.G. van Tilburg, C.P.M. Knipscheer en D.J.H. Deeg (2002). Activity in older adults: Cause or consequence of cognitive functioning? A longitudinal study on everyday activities and cognitive performance in older adults. In: *Journal of Gerontology*, jg. 57, nr. 2, p. 153-162.
- Abma, T. (2023). *The art of belonging* (oratie). Leiden: Universiteit van Leiden.
- Atchley, R.C. (1980). *The social forces in later life*. Belmont: Wadsworth.
- Atchley, R.C. (1989). A continuity theory of normal aging. In: *The Gerontologist*, jg. 29, nr. 2, p. 183-190.
- Baltes, M.M. en L.L. Carstensen (1996). The process of successful aging. *Aging and Society*, jg. 16, nr. 4, p. 397-422 (doi.org/10.1017/S0144686X00003603).
- Baltes, M.M. en F.R. Lang (1997). Everyday functioning and successful aging: The impact of resources. In: *Psychology and Aging*, jg. 12, nr. 3, p. 433-443 (doi.org/10.1037/0882-7974.12.3.433).
- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. In: *Developmental Psychology*, jg. 23, nr. 5, p. 611-626.
- Baltes, P.B. en M.M. Baltes (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P.B., U.M. Staudinger en U. Lindenberger (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. In: *Annual Review of Psychology*, jg. 50, nr. 1, p. 471-507.
- Beekman, A.T.F., J. van Limbeek, D.J.H. Deeg, L. Wouters en W. van Tilburg (1994). Een screeningsinstrument voor depressie bij ouderen in de algemene bevolking: de bruikbaarheid van de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, jg. 25, nr. 3, p. 95-103.
- Bennink, T. (2023). *Jongeren over hun toekomst met goede zorg op een leefbare aarde*. Geraadpleegd 11 december 2023 via www.ser.nl/nl/actueel/zicht/op/art-jongeren-hun-toekomst.
- Beter Oud (z.d.). *Wie zitten er in de Raad van Ouderen? Even voorstellen*. Geraadpleegd 20 december 2023 via www.beteroud.nl/voor-ouderen/raad-van-ouderen.
- Boot, C.R., A.T.C. de Kruif, W.S. Shaw, A.J. van der Beek, D.J. Deeg en T. Abma (2016). Factors important for work participation among older workers with depression, cardiovascular disease, and osteoarthritis: a mixed method study. In: *Journal of Occupational Rehabilitation*, jg. 26, nr. 2, p. 160-172.
- Bouma, A., J. Mulder en J. Lindeboom (1996). *Neuropsychologische diagnostiek. Handboek*. Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Boumans, J. en D.J.H. Deeg (2011). Changes in the quality of life of older people living at home: does type of care play a role? In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, jg. 42, nr. 4, p. 170-183.
- Bourdieu, P. (1984 [1979]). *Distinction. A social critique of the judgement of taste*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In: J.G. Richardson (red.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (p. 241-258). Westport: Greenwood.
- Broek, A. van den, C. van Campen, J. de Haan, A. Roeters, M. Turkenburg en L. Vermeij (2016). *De toekomst tegemoet. Leren, werken, zorgen, samenleven en consumeren in het Nederland van later. Sociaal en Cultureel Rapport*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Cacioppo, J.T. en S. Cacioppo (2014). Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. In: *Social and Personality Psychology Compass*, jg. 8, nr. 2, p. 58-72.
- Campen, C. van (red.) (2011). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Campen, C. van (2020). *Gelukkig ouder worden in een veranderende samenleving. Een pleidooi voor zingeving en creativiteit*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Campen, C. van en M. Olsthoorn (2022). *Meedoen aan de samenleving. Naast kunnen en moeten ook een kwestie van willen en mogen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Campen, C. van en M. Versantvoort (2014). Aantrekkelijk gezond: de sociale gevolgen van verschillen in fysiek, mentaal en esthetisch kapitaal. In: C. Vrooman, M. Gijsberts en J. Boelhouwer (red.), *Verskil in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2014* (p. 139-176). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Campen, C. van, M. Broese van Groenou, D. Deeg en J. Iedema (2017). *Langer zelfstandig. Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Campen, C. van, F. Vonk en T. van Tilburg (2018). *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- CBS (2015). *Welzijn in Nederland*. Den Haag/Heerlen/Bonaire: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- CBS (2022). *Prognose levensverwachting 65-jarigen: 21,05 jaar in 2028*. Geraadpleegd 5 december 2023 via www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/45/prognose-levensverwachting-65-jarigen-21-05-jaar-in-2028.
- Coleman, J.S. (1990). *The Foundations of Social Theory*. Cambridge: Harvard University Press.
- Deeg, D.J.H. en M. Huisman (2010). Cohort differences in 3-year adaptation to health problems among Dutch middle-aged, 1992-1995 and 2002-2005. In: *European Journal of Ageing*, jg. 7, nr. 3, p. 157-165.
- Diener, E., R. Lucas, U. Schimmack en J.F. Helliwell (red.) (2009). *Well-being for public policy. Series in Positive Psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Drewelies, J., D.J.H. Deeg, M. Huisman en D. Gerstorf (2018). Perceived constraints in late midlife: Cohort differences in the Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). In: *Psychology and Aging*, jg. 33, nr. 5, p. 754-768 (doi.org/10.1037/pag0000276).
- Eijk, L. van (1997). *Activity and well-being in the elderly*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Erikson, E.H. en J.M. Erikson (1998). *The life cycle completed*. New York: Norton.
- Flap, H.D. (1987). De theorie van het sociaal kapitaal. In: *Antropologische verkenningen*, jg. 6, nr. 1, p. 14-27.
- Flap, H.D. en B.G.M. Völker (2013). Social Capital. In: R. Wittek, T.A.B. Snijders en V. Nee (red.), *The Handbook of Rational Choice Social Research* (p. 220-251). Stanford: Stanford University Press.
- Folstein, M.F., S.E. Folstein en P.R. McHugh (1975). 'Mini-mental state.' A practical method for the clinician. In: *Journal of Psychiatric Research*, jg. 12, nr. 3, p. 189-198.
- Freund, A.M. en P.B. Baltes (2002). Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct validity. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, jg. 82, nr. 4, p. 642-662 (doi.org/10.1037/0022-3514.82.4.642).
- Grenville-Cleave, B., D. Guðmundsdóttir, F. Huppert, V. King, D. Roffey, S. Roffey en M. de Vries (2021). *Creating the world we want to live in: How positive psychology can build a brighter future*. Abingdon en New York: Routledge.
- Hardus, S., R. Schellingerhout, M. Reudink, O. van Gerwen en S. Thewissen (2022). *Verankering van brede welvaart in de begrotingssystematiek*. Den Haag: Centraal Planbureau/Planbureau voor de Leefomgeving/Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Havighurst, R.J. en R. Albrecht (1953). *Older people*. New York: Longmans, Green.
- Holt-Lunstad, J. en A. Steptoe (2022). Social isolation: An underappreciated determinant of physical health. In: *Current Opinion in Psychology*, jg. 2022, nr. 43, p. 232-237.
- Huisman, M., J. Poppelaars, M. van der Horst, A.T. Beekman, I. Brug, T.G. van Tilburg en D.J. Deeg (2011). Cohort profile: the longitudinal aging study Amsterdam. In: *International Journal of Epidemiology*, jg. 40, nr. 4, p. 868-876.
- Idenburg, P.J., F. Hagelstein, M. Haimé, M. van Schaik en T. Schoen (red.) (2022). *Ouder Worden 2040. Een transformatieagenda voor een ouder wordende samenleving*. Utrecht: BeBright. Geraadpleegd 11 december 2023 via www.ouderworden2040.nl/wp-content/uploads/2021/05/Publicatie-Ouder-Worden-2040.pdf.
- Iso-Ahola, S.E. (1980). *The social psychology of leisure and recreation*. Dubuque: William C. Brown.
- Jong-Gierveld, J. de en F.H. Kamphuis (1985). The development of a Rasch-type loneliness-scale. In: *Applied Psychological Measurement*, jg. 9, nr. 3, p. 289-299.
- Jong-Gierveld, J. de en T.G. van Tilburg (2008). De ingekorte schaal voor algemene, emotionele en sociale eenzaamheid. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, jg. 39, nr. 1, p. 4-15.
- Jopp, D. en J. Smith (2006). Resources and life-management strategies as determinants of successful aging: On the protective effect of selection, optimization, and compensation. In: *Psychology and Aging*, jg. 21, nr. 2, p. 253-265 (doi.org/10.1037/0882-7974.21.2.253).
- Klerk, M. de, D. Verbeek-Oudijk, I. Plaisier en M. den Draak (2019). *Zorgen voor thuiswonende ouderen. Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Lakerveld, J., A.J. Wagtendonk, I. Vaartjes en D. Karssenbergh (2020). Deep phenotyping meets big data: the Geoscience and health cohort consortium (GECCO) data to enable exposome studies in the Netherlands. In: *International Journal of Health Geographics*, jg. 19, art. 49.

- LASA (2016). *Information processing speed*. Geraadpleegd 11 december 2023 via lasa-vu.nl/topics/information-processing-speed.
- LASA (z.d.). *Topic search* (zoekmachine voor LASA-indicatoren). Geraadpleegd 11 december 2023 via lasa-vu.nl/topics.
- Laslett, P. (1987). The emergence of the Third Age. In: *Ageing and Society*, jg. 7, nr. 2, p. 133-160.
- Laslett, P. (1991). *A fresh map of life: The emergence of the Third Age*. Londen: George Wiedenfield and Nicholson.
- Lin, N. (2001). *Social Capital: A Theory of Social Structure and Action*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lin, N. en B.H. Erickson (red.) (2008). *Social Capital: An International Research Program*. Oxford: Oxford University Press.
- Lyubomirsky, S., L. King en E. Diener (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? In: *Psychological Bulletin*, jg. 131, nr. 6, p. 803-855.
- Martela, F. en M.F. Steger (2016). The three meanings of meaning in life: Distinguishing coherence, purpose, and significance. In: *The Journal of Positive Psychology*, jg. 11, nr. 5, p. 531-545.
- Moser, D.K. en K. Dracup (1995). Psychosocial recovery from a cardiac event; the influence of perceived control. In: *Heart and Lung*, jg. 24, nr. 4, p. 273-280.
- Nationale DenkTank (2023). *Betekenisvol ouder worden*. Geraadpleegd 11 december 2023 via nationale-denktank.nl/word-deelnemer/thema-2022.
- Nussbaum, M.C. en A. Sen (red.) (1993). *The quality of life*. New York en Oxford: Clarendon Press.
- Pantell, M., D. Rehkopf, D. Jutte, S.L. Syme, J. Balmes en N. Adler (2013). Social isolation: a predictor of mortality comparable to traditional clinical risk factors. In: *American Journal of Public Health*, jg. 103, nr. 11, p. 2056-2062.
- Pearlin, L.I. en C. Schooler (1978). The structure of coping. In: *Journal of Health and Social Behaviour*, jg. 19, nr. 1, p. 2-21.
- Piccinin, A.M. en P.M.A. Rabbitt (1999). Contribution of cognitive abilities to performance and improvement on a substitution coding task. In: *Psychology and Aging*, jg. 14, nr. 4, p. 539-551.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. In: *Applied Psychological Measurement*, jg. 1, nr. 3, p. 385-401.
- RIVM (2018). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2018*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Geraadpleegd 11 december 2023 via <https://www.rivm.nl/volksgezondheid-toekomst-verkenning-vtv/vtv-2018>.
- RIVM (2023). *Gezonde levensverwachting | Leeftijd en geslacht*. Geraadpleegd 5 december 2023 via www.vzinfo.nl/gezonde-levensverwachting/leeftijd-en-geslacht.
- Robitaille, A., A.M. Piccinin, G. Muniz, L. Hoffman, B. Johansson, D.J.H. Deeg, M.J. Aartsen, H.C. Comijs en S.M. Hofer (2013). Longitudinal Mediation of Processing Speed on Age-related Change in Memory and Fluid Intelligence. In: *Psychology and Aging*, jg. 28, nr. 4, p. 887-901.
- RVS (2020). *De derde levensfase: het geschenk van de eeuw*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- Ryan, R.M. en E.L. Deci (2017). *Self-determination theory : basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York en Londen: The Guilford Press.
- Seligman, M. (2004). *Authentic Happiness. Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Atria Books.
- Stephens, A. en D. Fancourt (2019). Leading a meaningful life at older ages and its relationship with social engagement, prosperity, health, biology, and time use. In: *Proceedings of the National Academy of Sciences*, jg. 116, nr. 4, p. 1207-1212.
- Suanet, S. en I. Huxhold (2020). Cohort Difference in Age-Related Trajectories in Network Size in Old Age: Are Networks Expanding? In: *The Journals of Gerontology: Series B*, jg. 75, nr. 1, p. 137-147 (doi.org/10.1093/geronb/gbx166).
- Tilburg, T.G. van (1998). Losing and gaining in old age: Changes in personal network size and social support in a four-year longitudinal study. In: *Journal of Gerontology*, jg. 53B, nr. 6, S313-S323.
- Tubergen, F. van en B. Volker (2015). Inequality in Access to Social Capital in the Netherlands. In: *Sociology*, jg. 49, nr. 3, p. 521-538.
- Veenhoven, R. (2006). *Gezond geluk. Effecten van geluk op gezondheid en wat dat kan betekenen voor de preventieve gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

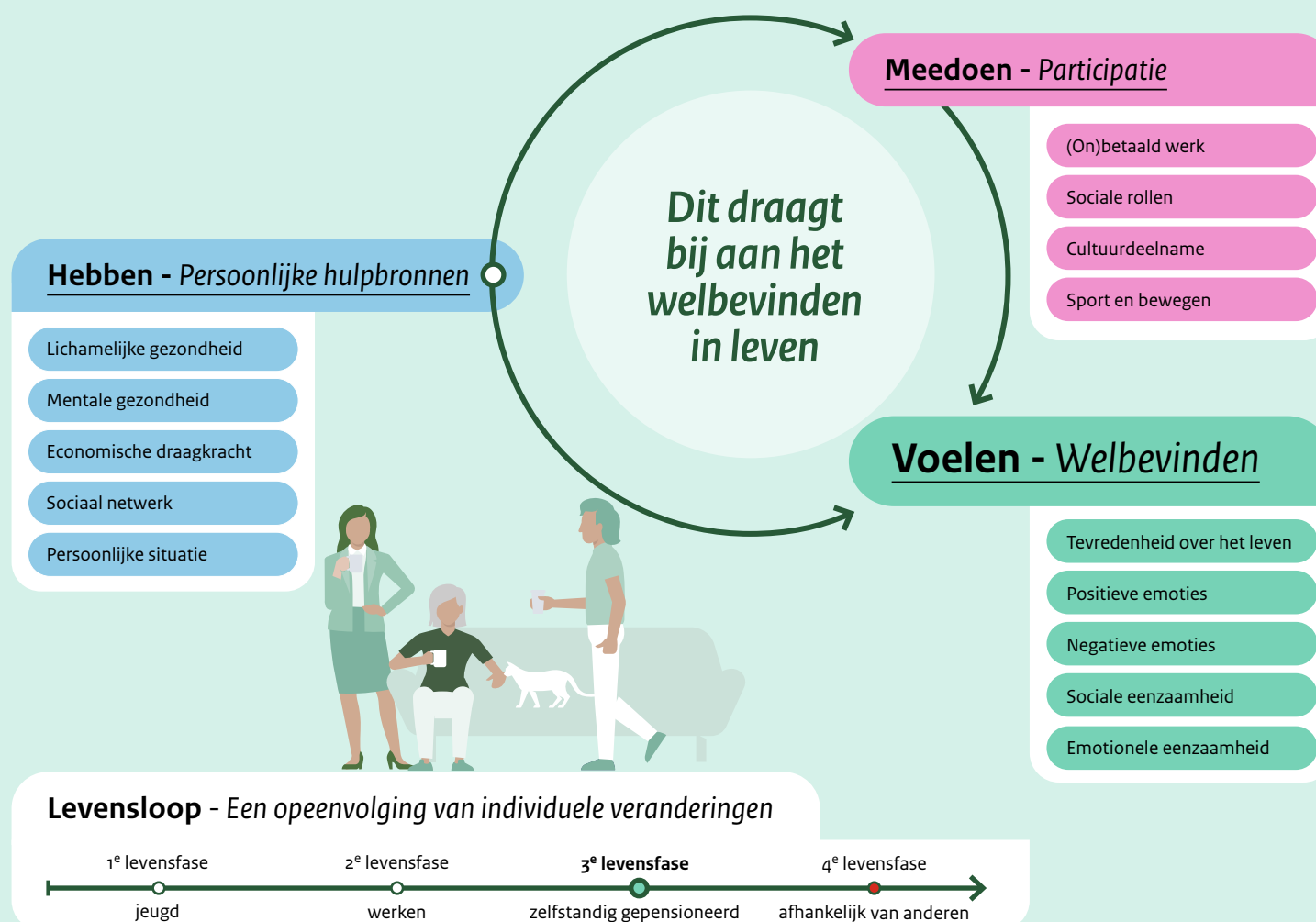
- Vektis (2020). *Factsheet kwetsbare ouderen*. Geraadpleegd 28 juli 2023 via www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-kwetsbare-ouderen.
- Vrooman, C., M. Gijsberts en J. Boelhouwer (red.) (2014). *Vershil in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Vrooman, C., J. Boelhouwer, J. Iedema en A. van der Torre (2023). *Eigentijdse ongelijkheid. De postindustriële klassenstructuur op basis van vier typen kapitaal. Vershil in Nederland 2023*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- VWS (2022). *WOZO Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen*. Geraadpleegd 11 december 2023 via www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/07/04/wozo-programma-wonen-ondersteuning-en-zorg-voor-ouderen.
- Walburg, J.A. (2008). *Mentaal vermogen. Investeren in geluk*. Amsterdam: Nieuw Amsterdam.



Visualisatie van het *Welbevinden Participatie Hulpbronnen-model*



Heeft jouw plan een **positief effect** op het **welbevinden** van ouderen?



Voor wie is dit model bedoeld?

Beleidsadviseurs bij overheden, professionals bij maatschappelijke organisaties en betrokken burgers die het welbevinden van ouderen willen bevorderen.

Wat kun je met het Welbevinden Participatie Hulpbronnen-model?

Met dit model kun je een beleidsvoornemen, buurtplan of burgerinitiatief analyseren en toetsen op de mate van welbevinden bij ouderen en welke investeringen het meest doeltreffend zijn.

Hoe werkt het? (zie pagina 5)

Stel, je wilt als beleidsadviseur gehoor geven aan een burgerinitiatief om de eenzaamheid van ouderen te verkleinen. Door eerst de hulpbronnen van ouderen in kaart te brengen, krijg je inzicht in hun doenvermogen. Dat heeft invloed op hun welbevinden en kansen om mee te doen in de samenleving. Het model rekent niet alleen de effecten door, maar laat ook zien met welke persoonlijke hulpbronnen en participatiemogelijkheden je rekening moet houden. Zo krijg je zicht op de juiste investeringen in het persoonlijk vermogen van ouderen en hun kansen om mee te doen in de samenleving.

Waarom is dit belangrijk?

Investeren in vitale ouderen betekent dat ze langer actief meedoen in de samenleving. Niet alleen voorkomt het dat ze zorgbehoevend en afhankelijk worden; het vergroot hun welbevinden en hun bijdrage aan de samenleving.

Hebben – Persoonlijke hulpbronnen

Ieder mens heeft hulpbronnen. Deze zijn divers; ze kunnen zowel aangeboren als aangeleerd of verworven zijn. Denk aan een goede gezondheid, inkomen, sociale contacten. Hulpbronnen ondersteunen en stimuleren mensen in hun dagelijks leven. Het ontbreken ervan vermindert daarentegen het welbevinden.

Het versterken van hulpbronnen heeft een positief effect op het welbevinden, zeker ook bij ouderen. Daarnaast zorgt het voor een hogere levensverwachting, minder zorggebruik en langer zelfstandig wonen. Gezonde mensen leven langer, zijn productiever, socialer, veerkrachtiger, kunnen beter omgaan met tegenslagen en hebben meer vertrouwen in de medemens en samenleving.

Welke **hulpbronnen** hebben of missen mensen?



Lichamelijke gezondheid

Beperkingen bij het zien, horen en/of uitvoeren van dagelijkse activiteiten, chronische fysieke beperkingen, aantal chronische aandoeningen, leefstijl (roken en drinken).



Mentale gezondheid

Cognitief functioneren, leervermogen, zelfbeeld, ervaren regie, ervaren daadkracht.



Economische draagkracht

Opleiding, (voormalig) beroep, inkomen.



Sociaal netwerk

Omvang van het persoonlijk netwerk van familie, vrienden, collega's, kennissen, burens.



Persoonlijke situatie

Geslacht, leeftijd, partnerstatus, woning, woonomgeving.



Meedoen – Participatie

Participatie kent veel vormen. Zij kan in aard, omvang en verscheidenheid variëren. Voorbeelden zijn betaalde arbeid, scholing, vrijwilligerswerk, hulp aan zieke naasten (mantelzorg), zorg voor kinderen, sociale activiteiten, sport- en cultuurdeelname. Het SCP beschouwt participatie als meedoen aan de samenleving: alle activiteiten die burgers in verbinding met anderen ontplooiën.

Het **Welbevinden Participatie Hulpbronnen-model** onderscheidt vier aspecten van brede participatie



(On)betaald werk

Het aantal vormen en combinaties van betaald en onbetaald werk, zoals een vaste of tijdelijke baan, vrijwilligerswerk en mantelzorg.



Sociale rollen

Het aantal verschillende rollen dat iemand heeft in het sociale netwerk zoals collega, familielid, vriend, buur, verenigingslid.



Cultuurdeelname

Het aantal activiteiten met andere mensen met als doel persoonlijke ontwikkeling en zingeving: verenigingsleven, vrijetijdsactiviteiten, theater- of bioscoopbezoek, hobby's, het volgen van een cursus.



Sport en bewegen

Het aantal bewegingsactiviteiten zoals sporten, wandelen, fietsen, tuinieren.



Voelen – welbevinden

Welbevinden gaat onder meer over zin hebben in het leven en ervan genieten, maar ook over betrokken voelen bij de samenleving, van betekenis zijn voor anderen, waardering hebben voor jezelf, doelen voor ogen hebben.

Welbevinden kent drie dimensies:

1. **cognitief** > bijvoorbeeld tevredenheid met het leven.
2. **affectief** > bijvoorbeeld leefplezier, blijdschap.
3. **zingevend** > bijvoorbeeld doelbewust leven, betekenisvolle contacten.

Het **Welbevinden Participatie Hulpbronnen** model onderscheidt vijf aspecten van welbevinden:



Tevredenheid over het leven

De mate waarin men tevreden is met het leven in het algemeen.



Positieve emoties

De mate waarin men positieve gevoelens ervaart.



Negatieve emoties

De mate waarin men negatieve gevoelens ervaart.



Sociale eenzaamheid

De mate waarin men sociale contacten mist.



Emotionele eenzaamheid

De mate waarin men betekenisvolle contacten mist.



Voorbeeld van werkwijze met het **Welbevinden Participatie Hulpbronnen model**

Eenzaamheid is een probleem in een vergrijzende samenleving. Niet alleen heeft het negatieve invloed op het welbevinden van ouderen; het kan ook gezondheidsklachten bij hen veroorzaken. Het ministerie van VWS adviseert ouderen dan ook om hun sociale netwerk op peil te houden. Met het WPH-model is de invloed van dit advies op het welbevinden van ouderen te bepalen. Welke effecten hebben veranderingen in het sociale netwerk op het welbevinden? Hoe hebben veranderingen in hulpbronnen en participatie invloed daar op?



Dit is een uitgave van:

Sociaal en Cultureel Planbureau
Postbus 16164
2500 BD Den Haag
www.scp.nl
info@scp.nl

50 jaar spiegel
van de
samenleving