

# Maatschappelijke participatie bij ouderen

Nancy Hoeymans

*De arbeidsparticipatie van ouderen moet omhoog, aldus de Commissie Arbeidsparticipatie. Dit is niet alleen goed voor de samenleving, ook voor de ouderen zelf. Ouderen zijn immers gezond en werken betekent een maatschappelijke bijdrage leveren. Dit artikel laat zien dat Nederlandse ouderen actief en betrokken zijn bij de maatschappij. Deels via arbeid, maar veel vaker via vrijwilligerswerk, mantelzorg dan wel via meer persoonlijke vormen van participatie, als recreatieve en culturele activiteiten. Chronische ziekten komen echter veelvuldig voor bij ouderen en leiden tot een substantiële afname van zowel arbeids- als maatschappelijke participatie. Verder stelt de Commissie Arbeidsparticipatie dat de levensverwachting toeneemt en dat hiermee zou ook de pensioenleeftijd omhoog zou kunnen. De levensverwachting van Nederlanders neemt inderdaad toe, ook, zij het in mindere mate, op 65 jarige leeftijd. Echter, op deze leeftijd is de verwachting dat mannen en vrouwen slechts 4 respectievelijk 5 jaar doorbrengen zonder chronische ziekten. Bovendien zijn er verschillen in levensverwachting en gezonde levensverwachting tussen hoog- en laagopgeleide ouderen.*

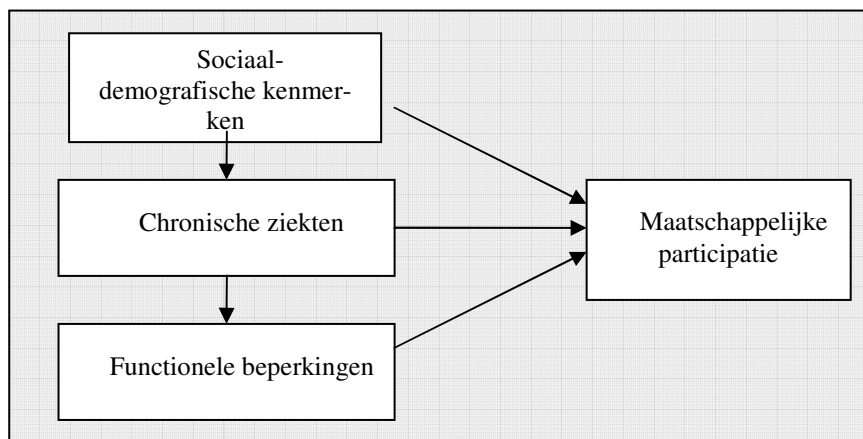
## 1 Inleiding

De Commissie Arbeidsparticipatie heeft in een advies aan de minister een aantal maatregelen voorgesteld die ertoe moeten leiden dat meer mensen aan het werk gaan dan wel blijven (Commissie Bakker 2008). Dit betreft ook ouderen. Het gaat daarbij enerzijds om het stimuleren van de participatie onder oudere werknemers (55-65-jarigen) en anderzijds om het verhogen van de pensioenleeftijd, bijvoorbeeld door deze afhankelijk te maken van de levensverwachting. Deze maatregelen bieden niet alleen soelaas aan de te verwachten tekorten op de arbeidsmarkt, ze zijn volgens de commissie ook voor de oudere zelf van belang. “Ouderen staan bij hun pensionering voor een steeds langere periode waarin zij in goede gezond-

heid geen maatschappelijke prestatie meer leveren en waarin ze zelf ook geen bevrediging meer kunnen halen uit de veelheid aan sociale contacten, uit de hulp aan anderen en aan de productie van nuttige zaken die samenhangen met betaald werk.” Deze uitspraak is gebaseerd op de veronderstelling dat ouderen in goede gezondheid verkeren en dat geen betaalde arbeid voor ouderen betekent dat zij geen maatschappelijke prestatie meer zouden leveren. Dit artikel gaat nader in op de houdbaarheid van deze twee veronderstellingen.

Het doel van dit artikel is allereerst om te laten zien hoeveel ouderen nog maatschappelijk actief zijn, ook als zij geen betaalde arbeid meer verrichten. Het gaat dan om vrijwilligerswerk en mantelzorg, maar ook om meer persoonlijke vormen van betrokkenheid bij de maatschappij. Daarnaast zal dit artikel inzicht geven in factoren die van invloed zijn op participatie (zie Figuur 1). Het gaat daarbij om sociaal-demografische factoren als leeftijd en opleidingsniveau, en om chronische ziekten en lichamelijke beperkingen. Deze factoren zijn direct van invloed op participatie, maar ze beïnvloeden ook elkaar: hoe ouder mensen zijn, hoe groter de kans dat ze een chronische ziekte krijgen, en mensen met een ziekte hebben ook weer meer kans op beperkingen dan mensen zonder ziekte.

**Figuur 1** Relatie tussen sociaal-demografische kenmerken, chronische ziekten, functionele beperkingen en maatschappelijke participatie



Vervolgens kijken we ook hoeveel jaren een 65-jarige nog mogelijkwijs maatschappelijk actief zou kunnen zijn. Dit doen we door de levensverwachting en gezonde levensverwachting van ouderen weer te geven. Wat is de levensverwachting op 65-jarige leeftijd? En hoeveel tijd hiervan brengen ouderen door zonder ziekten of beperkingen? Deze informatie is

van belang in de discussie rondom het verhogen van de pensioenleeftijd, zoals die door de commissie Arbeidsparticipatie is aangezwengeld. Voor dat we de resultaten laten zien, staan we eerst stil bij het begrip maatschappelijke participatie en bespreken we het materiaal en methoden die gebruikt zijn voor dit onderzoek.

## **2 Definitie maatschappelijke participatie**

Maatschappelijke participatie bij ouderen staat centraal in dit artikel. Vaak lijkt het vooral te gaan om arbeidsparticipatie, maar maatschappelijke participatie is veel meer dan dat. Het staat voor allerlei positieve aspecten van ons mens-zijn, zoals zelfbeschikking, productiviteit, zelfontplooiing, en het vermogen tot betrokkenheid. Aan de ene kant zijn er vormen van participatie die een min of meer direct economisch of maatschappelijk nut hebben. Zoals betaalde arbeid en vrijwilligerswerk. Voor onbetaalde arbeid heeft Bruyn Hundt de economische waarde laten zien in haar proefschrift (Bruyn Hundt 1996). Zowel vrijwilligerswerk als het geven van mantelzorg kan gezien worden als economisch waardevolle activiteiten. Dit komt ook tot uitdrukking in de discussies rondom vergoedingen van mantelzorgers en rondom het meenemen van mantelzorg in economische evaluaties (Van den Berg 2005; Koopmanschap 2008). Daarnaast zijn er meer persoonlijke vormen van participatie. Deze persoonlijke betrokkenheid bij de samenleving is niet alleen cruciaal voor persoonlijk welzijn, maar evenzeer voor het 'weefsel van de samenleving'. Dit geldt bijvoorbeeld voor deelname aan recreatieve en culturele activiteiten of sociale contacten (Klerk en Timmermans 1999; Breedveld et al. 2004).

De ICF (International Classification of Functioning and Health) definieert maatschappelijke participatie als 'iemand's deelname aan het maatschappelijke leven' (WHO 2002). Zonder tot een welluidende definitie te komen, zijn meerdere elementen van belang in dit onderzoek. Het gaat in ieder geval niet om één of enkele, maar om vele vormen van maatschappelijke betrokkenheid, en zowel om actieve als passieve vormen van participatie. In dit onderzoek kijken we naar het verrichten van betaalde arbeid en vrijwilligerswerk, het geven van informele hulp (ook wel mantelzorg genoemd), lidmaatschap van een vereniging (politieke verenigingen, belangenverenigingen en gezelligheidsverenigingen), deelname aan culturele (bioscoop, theater, museum) en recreatieve activiteiten (bezoeken van een sportwedstrijd of recreatiegebied), regelmatig sociaal contact onderhouden en maatschappelijke betrokkenheid door het bijhouden van nieuws en maatschappelijke ontwikkelingen via kranten, tijdschriften, televisie en/of

radio. Zie Hoeymans et al. (2005) voor de precieze operationalisering van maatschappelijke participatie.

Een ander aspect bij maatschappelijke participatie is de 'norm'. Hoeveel participatie is voldoende? Zou het niet ook mogelijk moeten zijn om bewust te kiezen voor een teruggetrokken leven, vooral op oudere leeftijd? Hier zullen we niet verder ingaan op deze vragen, maar de relatie tussen ziekten, beperkingen en participatie vrij 'pragmatisch' onder de loep nemen.

### **3 Materiaal en methoden**

De resultaten met betrekking tot participatie, ziekten en beperkingen zijn grotendeels gebaseerd op een eerder onderzoek dat is uitgevoerd door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), in samenwerking met het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), de Universiteit van Amsterdam en de Vrije Universiteit (zie Hoeymans et al. 2005). Dit onderzoek was gebaseerd op drie studies die zowel informatie over ziekten en beperkingen bevatten als over maatschappelijke participatie bij ouderen in een nationale steekproef: het Aanvullend Voorzieningsgebruik Onderzoek (AVO) uit 2003, het LASA onderzoek (Longitudinal Ageing Study Amsterdam) uit 1992/1993 en de ESAW-studie (European Study on Adult Well-being) uit 2002/2003.

Het Aanvullend Voorzieningsgebruik Onderzoek wordt uitgevoerd door het SCP en is een vierjaarlijks enquête onderzoek, met als doel gegevens te verzamelen over het gebruik van maatschappelijke en culturele voorzieningen. Voor dit onderzoek wordt een adressensteekproef getrokken. Ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen maken geen deel uit van de steekproef. De omvang van dit onderzoek is ongeveer 6.400 huishoudens (13.776 personen) van 6 jaar en ouder (respons van 60%). Dit komt neer op ongeveer 3.000 55-plussers. Het ESAW-onderzoek is een eenmalig onderzoek dat is uitgevoerd door de Universiteit van Amsterdam onder 1934 zelfstandig wonende personen van 50 tot 90 jaar. Het onderzoek maakt deel uit van een Europese studie in zes EU-landen: Italië, Luxemburg, Nederland, Oostenrijk, Verenigd Koninkrijk en Zweden (Drooglee-ver Fortuijn et al. 2003). In het onderzoek staat het begrip 'ageing well' centraal en zijn gegevens verzameld over sociale hulpbronnen, lichamelijke gezondheid en functioneren, mentale eigenschappen, activiteitenpatroon en materiële zekerheid. De respondenten zijn geselecteerd door middel van een getrapte steekproef. In drie regio's zijn buurten geselecteerd met uiteenlopende stedelijkheidsgraad en sociaal-economische positie. Binnen

deze buurten is een aselechte steekproef getrokken. Ouderen die in een zorg- of verpleeginstelling verbleven zijn niet in het onderzoek betrokken. De respons bedroeg 57 procent. LASA is een interdisciplinair, longitudinaal onderzoek bij 55-85 jarigen. Het is uitgevoerd in 3 regio's die samen representatief zijn voor Nederland (Deeg et al. 1993). De bevolkingsregisters vormden het steekproefkader, waardoor zowel de zelfstandig wonende als de institutionele bevolking is onderzocht. Het cohort werd oorspronkelijk gerekruteerd voor het NESTOR-onderzoek, dat een respons had van 62,3% (Knipscheer et al. 1995). Na tien maanden werden de overlevende deelnemers (n=3677) benaderd voor het LASA onderzoek. Van hen namen 3107 personen deel (respons: 84,5%) (Deeg et al. 2002).

Het AVO-onderzoek is de centrale gegevensbron. Hiermee sluiten de resultaten goed aan op de onderzoeken die het SCP regelmatig publiceert over maatschappelijke participatie (Breedveld et al. 2004; De Klerk 2001; Dekker et al. 1999). Deze bron kent echter een vrij beperkte operationalisatie van maatschappelijke participatie. Daarom is de ESAW-studie gekozen als aanvulling (Droogleever Fortuijn et al, 2003). Verder heeft AVO geen informatie over psychische problematiek. Hiervoor zijn gegevens uit het LASA-onderzoek gebruikt (Deeg et al. 1993).

Omdat twee van de drie onderzoeken geen ouderen uit verpleeg- en verzorgingshuizen bevatten, hebben de resultaten voornamelijk betrekking op de zelfstandig wonende 55-plussers.

Elf veelvoorkomende ziekten of ziektegroepen zijn geselecteerd: hartziekten, ziekten van het zenuwstelsel, ziekten van het bewegingsapparaat, astma en COPD, kanker, beroerte, diabetes, gevolgen van een ongeval, depressie, angststoornissen, en cognitieve stoornissen (o.a. dementie). Deze keus is gebaseerd op het ouderenrapport van het RIVM en SCP (van den Berg Jeths et al. 2004). De gegevens van de ziekten zijn afkomstig van zelfrapportage met behulp van één vraag per ziekte. Alleen de psychische stoornissen zijn nagevraagd met gevalideerde vragenlijsten. Lichamelijke beperkingen hebben betrekking op verschillende gebieden: zelfzorg oftewel activiteiten van het dagelijks leven (ADL), mobiliteit, huishoudelijke activiteiten, en beperkingen van het gehoor en gezichtsvermogen.

Cijfers over de levensverwachting en gezonde levensverwachting zijn afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Levensverwachting is gebaseerd op leeftijdspecifieke sterftcijfers. De gezonde levensverwachting is het aantal jaar dat ouderen zonder ziekten respectievelijk beperkingen doorbrengen: levensverwachting zonder chronische ziekten en levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen (CBS, Statline 2008).

#### 4 Maatschappelijke participatie bij ouderen

Van de Nederlandse ouderen heeft een deel nog een betaalde baan. Cijfers voor 2007 laten zien dat driekwart van de 55 tot 60 jarige mannen werkt en eenderde van de 60 tot 65 jarigen. Voor vrouwen zijn deze cijfers lager, respectievelijk 44% en 14% (zie Figuur 1). Van de 65-plussers werkt nog altijd 5% van de mannen en 1% van de vrouwen. Figuur 1 laat zien dat in de afgelopen jaren steeds meer 55 tot 65-jarigen aan het werk bleven. Dit komt deels doordat uittrederoutes (zoals VUT, WW en WAO) minder aantrekkelijk zijn gemaakt (De Boer 2006).

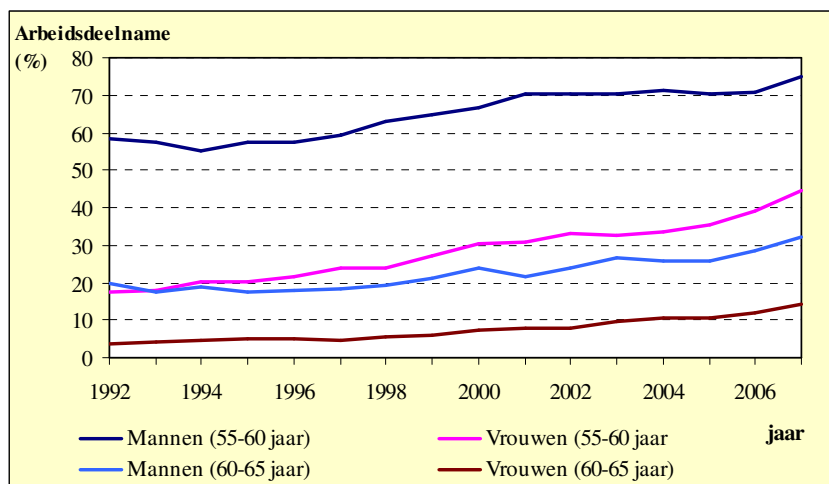
Van de hier onderzochte onderzoekspopulaties (55 jaar en ouder) heeft naar eigen zeggen ongeveer 20% een betaalde baan (zie Tabel 1). Daarnaast zijn deze ouderen ook op andere terreinen maatschappelijk actief. Zo doet 15% tot 35% vrijwilligerswerk en 15% tot 57% verleent informele hulp. De spreiding in deze cijfers heeft vooral te maken met verschillen tussen de onderzoeken in wijze van meten. Het AVO-onderzoek, bijvoorbeeld, telt alleen vrijwilligerswerk dat gedaan wordt in relatie tot organisaties, en komt hiermee op lagere schattingen. De meer persoonlijke participatievormen als recreatie, lidmaatschap van een vereniging en sociale contacten, zijn in het bijzonder van belang op oudere leeftijd, als arbeid wegvalt. Volgens de hier gehanteerde definities, is een groot deel van de ouderen actief op deze terreinen (zie Tabel 1). Als we kiezen voor een meer passieve vorm van participatie als 'maatschappelijke betrokkenheid' (bijhouden van het nieuws via kranten, radio en televisie) is zelfs 92% van de ouderen maatschappelijk actief.

**Tabel 1** Deelname aan verschillende vormen van participatie onder 55-plussers (in percentages).

	AVO	LASA	ESAW
Betaalde arbeid	21,3	12,0	19,5
Vrijwilligerswerk	15,4	28,2	35,3
Informele hulp	15,3		57,7
Lidmaatschap vereniging	61,1	74,4	50,2
Culturele participatie	30,6	34,2	27,9
Recreatieve participatie	49,6	64,6	44,4
Sociale contacten		70,9	87,2
Maatschappelijke betrokkenheid			92,3

Bron: AVO-2003, ESAW-2002/2003 en LASA 1992/1993, gegevens bewerkt door RIVM. Lege cellen betekenen dat deze informatie niet aanwezig is in het betreffende onderzoek.

<sup>a</sup> Percentage werkenden is lager in de LASA populatie. Een verklaring hiervoor is dat de cijfers uit begin jaren negentig komen, een tijd waarin de arbeidparticipatie onder ouderen lager was dan nu.

**Figuur 2** Arbeidsdeelname van ouderen<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Bron: CBS Statline 2008.

Arbeidsparticipatie is niet voor alle ouderen in gelijke mate weggelegd. Zo zijn vrouwen gemiddeld genomen minder actief (zie Tabel 2).

**Tabel 2** Deelname aan verschillende vormen van participatie naar geslacht en leeftijd.

	Geslacht		Leeftijd		
	Mannen	Vrouwen	55-64	65-79	80+
Betaalde arbeid	30,3	13,5*	42,4	3,4	0,3*
Vrijwilligerswerk	19,0	12,2*	20,5	12,9	4,5*
Informele hulp	11,8	18,3*	18,2	14,5	7,1*
Lidmaatschap vereniging	67,1	55,9*	68,1	57,9	45,1*
Politiek	29,1	10,5	25,3	14,1	12,4*
Belangenvereniging	29,4	26,7	30,8	25,6	24,9*
Gezelligheid	35,8	34,0	40,6	33,0	19,5*
Culturele participatie	29,4	31,6	36,7	27,5	18,1*
Recreatieve participatie	54,4	45,6 *	56,0	48,4	29,6*
Sociale contacten <sup>a</sup>	79,9	93,4*	86,2	87,5	90,3
Maatschappelijke betrokkenheid <sup>1</sup>	93,4	91,4	91,5	93,1	92,6

Bron: AVO-2003 (SCP), ESAW-2002/2003 (UvA), gegevens bewerkt door RIVM.

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

<sup>a</sup> Bron: ESAW. (NB: voor de overige vormen van participatie is de bron het AVO-onderzoek).

Dit geldt ook voor lager opgeleiden (niet in tabel). Ook op andere maatschappelijke terreinen blijven vrouwen en lager opgeleiden achter. Al zijn het wel vooral de vrouwen die mantelzorg verlenen. Verder onderhouden vrouwen ook meer sociale contacten dan mannen. Mannen verrichten daarentegen meer vrijwilligerswerk en zijn meer politiek actief. Daarnaast zijn het vooral de jongere ouderen die maatschappelijk actief zijn (zie Tabel 2). Het sterkst geldt dit uiteraard voor betaalde arbeid, maar ook op andere terreinen neemt maatschappelijke participatie af met het ouder worden. Wel zien we dat ouderen tot op hoge leeftijd sociale contacten onderhouden en maatschappelijke betrokken blijven.

Behalve dat vrouwen en lager opgeleiden achter blijven, zijn ook ouderen met chronische ziekten minder maatschappelijk actief. Zo heeft de helft van de ouderen (55 tot 65 jarigen) zonder ziekte een betaalde baan tegenover een derde van de ouderen die aan een of meer ziekten lijden (zie Tabel 3).

**Tabel 3:** Relatie tussen aanwezigheid van een of meer ziekten en participatie.

	% ouderen zonder ziekte dat participeert <sup>a</sup>	% ouderen met ziekte dat participeert <sup>a</sup>	Significant <sup>b</sup>
Betaalde arbeid	48,1 <sup>c</sup>	34,1 <sup>c</sup>	*
Vrijwilligerswerk	20,0	10,9	*
Informele hulp	17,5	13,3	*
Lidmaatschap vereniging	65,4	57,0	*
Culturele participatie	35,2	26,2	*
Recreatieve participatie	51,5	47,8	
Sociale contacten <sup>d</sup>	87,9	86,7	
Maatschappelijke betrokkenheid <sup>d</sup>	92,2	92,5	

Bron AVO-2003 (SCP), ESAW-2002/2003 (UvA), gegevens bewerkt met logistische regressie door RIVM.

<sup>a</sup> Ziekten: hart- en vaatziekten, ziekten van het zenuwstelsel, ziekten van het bewegingsapparaat, astma en COPD, kanker, beroerte, diabetes mellitus, psychische problemen, gevolgen van een ongeval.

<sup>b</sup> Verschil tussen ouderen zonder en met ziekte is significant ( $p < 0,05$ ), gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, inkomensniveau en burgerlijke staat.

<sup>c</sup> Heeft betrekking op oudere werknemers (55-64 jaar).

<sup>d</sup> Bron is ESAW-studie, resultaten voor overige vormen van participatie zijn gebaseerd op AVO-onderzoek.

Je zou verwachten dat deze ouderen, juist omdat ze niet werken, meer tijd besteden aan vrijwilligerswerk of vrijetijdsbesteding, maar ook op deze terreinen van maatschappelijke participatie zijn chronisch zieken minder actief. Zo heeft bijvoorbeeld een patiënt met reumatoïde artritis veel last



van pijn, stijfheid en vermoeidheid en kosten gewone dagelijkse bezigheden veel inspanning en tijd. Hierdoor is niet alleen het werk lastiger of onmogelijk, maar komen ook andere tijdsbestedingen in de knel. Het zijn echter vooral mensen die lijden aan hartziekten, kanker of de gevolgen van een beroerte die minder actief zijn. Dit geldt vooral voor betaalde arbeid, vrijwilligerswerk en mantelzorg. De andere vormen van participatie lijken minder aangetast door lichamelijke ziekten. Psychische problematiek blijkt echter een nog sterkere belemmering voor participatie te zijn dan lichamelijke aandoeningen. Opvallend is dat dit bovendien geldt voor alle vormen van participatie. Ouderen met een depressie, angststoornis en/of cognitieve stoornis ervaren zelfs belemmeringen in het onderhouden van sociale contacten.

Niet alleen ziekten, maar ook de hiermee samenhangende functionele beperkingen beïnvloeden maatschappelijke participatie van ouderen (zie ook Figuur 1). Mensen met chronische ziekten kunnen bijvoorbeeld moeite hebben met lopen of met andere dagelijkse activiteiten waardoor het voor hen lastiger is om te werken of andere bezigheden buitenshuis te hebben. Uit eerder onderzoek is gebleken dat de relatie tussen beperkingen en participatie zelfs sterker is dan die tussen ziekten en participatie (De Klerk 2000). Dit blijkt ook uit gegevens van het LASA-onderzoek. Ouderen met een ziekte hebben een 1 tot 2 keer kleinere kans op participatie, terwijl ouderen met functionele beperkingen een 3 keer kleinere kans hebben (Hoeymans et al. 2005). Deze bevinding is van belang. Het laat zien dat het verhogen van de maatschappelijke participatie niet alleen mogelijk is door preventie van chronische ziekten, maar ook door het terugdringen van beperkingen die ontstaan als gevolg van ziekten. Zo zijn ziekten misschien niet te voorkomen, maar door goede gezondheidszorg en het gebruik van hulpmiddelen is het vaak wel mogelijk om beperkingen te vermijden of uit te stellen (de Hollander et al. 2006).

## **5 Levensverwachting en gezonde levensverwachting**

Het moge duidelijk zijn dat ziekten en beperkingen de mogelijkheden voor participatie bij ouderen verminderen. Interessant is om in dit verband te kijken naar de resterende levensverwachting van ouderen, en welk deel hiervan zonder ziekten dan wel zonder beperkingen doorgebracht wordt.

Cijfers van het CBS laten zien dat 65-jarige mannen gemiddeld nog 17 jaar leven (CBS Statline 2008). Slechts 4 jaar hiervan brengen zij door zonder chronische aandoening en 12 jaar zonder lichamelijke beperkingen. Vrouwen van 65 jaar hebben een resterende levensverwachting van 20

jaar, waarvan 4 jaar zonder ziekten en 11 jaar zonder beperkingen. Opvallend is dus dat de levensverwachting van vrouwen weliswaar veel hoger is dan die van mannen, maar dat de gezonde levensverwachting nauwelijks verschilt.

**Tabel 4** Levensverwachting en gezonde levensverwachting op 65-jarige leeftijd naar opleidingsniveau<sup>a</sup>

	Lager onderwijs	Lager voortgezet onderwijs	Hoger voortgezet onderwijs	Hoger onderwijs	Vershil laag-hoog
<b>Mannen</b>					
Levensverwachting	13,9	15,0	16,3	17,5	3,6
Levensverwachting zonder chronische ziekten	5,3	6,0	6,3	7,1	1,8
Levensverwachting zonder lich.beper- kingen	9,3	11,0	12,4	14,4	5,1
<b>Vrouwen</b>					
Levensverwachting	18,2	20,1	21,8	21,4	3,2
Levensverwachting zonder chronische ziekten	5,0	5,5	6,0	6,4	1,4
Levensverwachting zonder lich. beper- kingen	9,0	12,1	13,5	14,1	5,1

Bron: CBS Statline 2008.

<sup>a</sup> Cijfers over levensverwachting en gezonde levensverwachting naar opleidingsniveau zijn niet direct vergelijkbaar met cijfers over gehele bevolking van 65 jaar en ouder, omdat cijfers op andere jaren betrekking hebben (1997/2005) en op een iets andere manier berekend zijn.

Als we de pensioenleeftijd willen koppelen aan de levensverwachting, dan lijkt het voor de hand te liggen om uit te gaan van de gezonde levensverwachting. Lang niet alle ouderen zijn immers gezond, en we hebben laten zien dat chronische aandoeningen of functionele beperkingen een forse belemmering vormen voor participatie. Er is ook nog een ander aspect van belang. Er bestaan grote verschillen tussen lager en hoger opgeleide werknemers (zie Tabel 4). Zo hebben hoger opgeleide 65-jarige mannen gemiddeld nog 3,6 jaar langer te leven dan laag opgeleide mannen. De levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen verschilt zelfs 5 jaar. Voor vrouwen zijn de verschillen vergelijkbaar. De overweging om de

pensioenleeftijd te differentiëren naar opleidingsniveau lijkt hiermee gerechtvaardigd.

## 6 Discussie en aanbevelingen

Veel ouderen zijn maatschappelijk actief. Zij leveren een bijdrage aan de maatschappij via betaald werk of andere activiteiten met een min of meer directe economische waarde. Maar meer nog zijn ouderen actief in de maatschappij via culturele en recreatieve activiteiten. Ziekten vormen voor ouderen een belemmering voor maatschappelijke participatie, vooral voor betaald werk en vrijwilligerswerk. Van alle hier bestudeerde ziekten, zijn de psychische stoornissen het meest belemmerend. Verder laat dit onderzoek zien dat niet zozeer de ziekten zelf maar vooral de hiermee gepaard gaande functionele beperkingen leiden tot minder participatie. We kunnen de maatschappelijke participatie van ouderen verhogen als we er in slagen chronische ziekten te voorkomen, dan wel de functionele beperkingen die ontstaan als gevolg van ziekten terug te dringen. Een interessante vraag hierbij is wel wat het effect van een toename van de arbeidsparticipatie onder ouderen zal zijn voor het verlenen van mantelzorg of het doen van vrijwilligerswerk.

De bevinding dat participatie lager is onder ouderen met een chronische aandoening wordt ondersteund door ander onderzoek. Zo liet een recent onderzoek naar arbeidsparticipatie van chronisch zieken en gehandicapten zien dat het aandeel arbeidsgehandicapten dat tot de beroepsbevolking behoort niet hoog is: 44% versus 68% in de totale bevolking (Van der Velden 2007). Ook chronisch zieken zelf geven aan dat ze participatieproblemen ondervinden. Zo vindt ruim 40% dat zij maatschappelijk niet zo kunnen functioneren als zij zouden willen. Problemen op het gebied van werk ervaren chronisch zieken als het meest ernstig. Ondanks diverse maatregelen van de overheid om de arbeidsdeelname van chronisch zieken te ondersteunen, is het percentage dat betaald of vrijwilligerswerk verricht sinds 2001 niet gestegen (Heijmans et al. 2005; Van den Brink-Muinen et al. 2007).

Chronische ziekten en lichamelijke beperkingen komen veelvuldig voor bij ouderen. Zo hebben we hier laten zien dat 65-jarige mannen en vrouwen nog maar 4 of 5 levensjaren zonder chronische aandoeningen voor de boeg hebben. En al neemt de levensverwachting van ouderen toe, dit zijn lang niet allemaal gezonde levensjaren. Gezien het belemmerende effect van ziekten op participatie, is het te overwegen om de discussie over de pensioenleeftijd te baseren op de gezonde levensverwachting in plaats van

de totale levensverwachting. Bovendien zien we grote verschillen in levensverwachting en gezonde levensverwachting tussen laag- en hoogopgeleiden. Het rapport van de Commissie Arbeidsparticipatie erkent ook dat deze verschillen ertoe leiden dat het doorwerken tot 65 jaar voor sommigen een zwaardere opgave kan zijn dan voor anderen en dat de resterende pensioenjaren minder zijn. De Commissie stelt voor dat voor ouderen waarvan redelijkerwijs niet meer verwacht mag worden dat zij tot de pensioenleeftijd doorwerken, een aangepast uitkeringsregime kan worden gecreëerd. Daarnaast zijn ook preventie van chronische ziekten, het terugdringen van beperkingen in geval van een ziekte, en het verlagen van drempels voor participatie van chronisch zieken aspecten die in het advies van de Commissie Arbeidsparticipatie nog onderbelicht zijn gebleven.

Tot slot is gezondheid maar één van de belemmeringen voor maatschappelijke participatie. Voor zowel ouderen mét als ouderen zonder ziekten zal bijvoorbeeld gelden dat het wegnemen van fysieke en financiële drempels en het verhogen van (het gevoel van) veiligheid op straat de participatie zal verhogen (Klerk en Timmermans 1999). Aan de andere kant moet het voor ouderen ook mogelijk zijn en blijven om zich bewust in enige mate terug te trekken uit de maatschappij. Het gaat er tenslotte niet om dat ouderen zo lang mogelijk actief moeten blijven, maar het gaat erom dat ouderen zelf kunnen bepalen in hoeverre zij mee doen aan het maatschappelijk leven.

### **Auteur**

Nancy Hoeymans is verbonden aan het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. E-mail: [nancy.hoeymans@rivm.nl](mailto:nancy.hoeymans@rivm.nl).

### **Literatuur**

- Berg, B. van den, 2005, *Mantelzorg: een economische benadering*. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Berg Jeths, A. van den, J. Timmermans, N. Hoeymans en I. Woittiez, 2004, *Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verzorging en verpleging 2000-2020*, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Boer, A. de, 2006, Rapportage ouderen 2006; veranderingen in de leefsituatie en levensloop, SCP-publicatie 2006/12, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, juni 2006.
- Breedveld, K., M. de Klerk en J. de Hart, 2004, *Ouderen en maatschappelijke inzet*, Den Haag: Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling.

- Brink-Muinen, A. van den, P. Spreeuwenberg en P.M. Rijken, 2007, Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten: kerngegevens maatschappelijke situatie 2006, Utrecht, NIVEL.
- Bruyn-Hundt, M., 1996, *The economics of unpaid work* (thesis). Maastricht: Universiteit Maastricht.
- CBS, 2008, Statline, geraadpleegd op 2 september 2008.
- Commissie Bakker, 2008, *Naar een toekomst die werkt. Advies Commissie Arbeidsparticipatie*.
- Deeg, D.J.H., C.P.M. Knipscheer en W. van Tilburg, 1993, *Autonomy and well-being in the aging population: Concepts and design of the Longitudinal Aging Study Amsterdam*, *NIG Trendstudies*, nr. 7, Bunnik, Nederlands Instituut voor Gerontologie.
- Deeg, D.J.H., T. van Tilburg, J.H. Smit en E.D. de Leeuw, 2002, *Attrition in the Longitudinal Aging Study Amsterdam: The effect of differential inclusion in side studies*. *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 55: 319-328.
- Dekker, P., J. de Hart, M. Leijenaar, K. Niemöller en E.M. Uslander EM, 1999, *Vrijwilligerswerk vergeleken; Civil society en vrijwilligerswerk III*, Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Droogleever Fortuijn, J., M. van der Meer (met S. Sassenrath, S. Quattrini, D. Ferring, V. Burholt, G. Windle, C. Borg), 2003, *Comparative report on ageing well and life activities, Report to the European Commission*, Brussel, ESAW.
- Heijmans, M.J.W.M., P. Spreeuwenberg en P.M. Rijken, 2005, *Patiënten Panel Chronisch Zieken: kerngegevens maatschappelijke situatie 2004*, Utrecht, NIVEL.
- Hoeymans, N., J.M. Timmermans, M.M.Y. de Klerk, A.H. de Boer, D.J.H. Deeg, J.L. Poppelaars, F. Thissen, J.C. Droogleever Fortuijn en A.E.M. de Hollander, 2005, *Gezond actief: de relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie onder Nederlandse ouderen*, RIVM rapport 270054001. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Hollander, A.E.M., N. Hoeymans, J.M. Melse, J.A.M. van Oers en J.J. Polder, 2006, *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Klerk, M.M.Y. de en J.M. Timmermans, 1999, *Rapportage ouderen 1998*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/Elsevier bedrijfsinformatie.
- Klerk M.Y.Y. de, 2000, *Rapportage gehandicapten 2000, Arbeidsmarkt en financiële situatie van mensen met beperkingen en/of chronische ziekten*, Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, M.M.Y. de, 2001, *Rapportage ouderen 2001, Veranderingen in de leefsituatie*, SCP-publicatie 2001/11, Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Knipscheer, C.P.M., J. de Jong Gierveld, T.G. van Tilburg en P.A. Dykstra, 1995, *Living arrangements and social networks of older adults*, Amsterdam, VU University Press.
- Koopmanschap, M.A., J.N. Exel, B. van den Berg en W.B. Brouwer, 2008, *An overview of methods and applications to value informal care in economic evaluations of healthcare*. *Pharmacoeconomics*, vol. 26(4):269-80.

Velden, N. van der, 2007, Arbeidsparticipatie en Reïntegratie van chronisch zieken en gehandicapten, Kerkdriel: I-Research.

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