



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen

master in systeem- en procesinnovatie in de
gezondheidszorg

Masterthesis

Levenstevredenheid bij ouderen in België (en Europa) op basis van de Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)

Ian Meyssen

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in systeem- en procesinnovatie in de gezondheidszorg

PROMOTOR :

Prof. dr. Desiree VANDENBERGHE



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

www.uhasselt.be

Universiteit Hasselt

Campus Hasselt:

Martelarenlaan 42 | 3500 Hasselt

Campus Diepenbeek:

Agoralaan Gebouw D | 3590 Diepenbeek

2024
2025



Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen

master in systeem- en procesinnovatie in de
gezondheidszorg

Masterthesis

***Levenstevredenheid bij ouderen in België (en Europa) op basis van de Survey of Health,
Ageing and Retirement in Europe (SHARE)***

Ian Meyssen

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in systeem- en procesinnovatie in de gezondheidszorg

PROMOTOR :

Prof. dr. Desiree VANDENBERGHE

Inhoudstafel

Woord vooraf.....	1
Abstract	2
Inleiding.....	2
Welzijn van ouderen	2
Levenstevredenheid.....	3
Waarom levenstevredenheid onderzoeken	4
Methode.....	4
Studiedesign en -populatie	4
Databronnen.....	4
Hoofdojectieven	4
Secundaire objectieven	4
Statistische analyse	5
Ethische goedkeuring.....	5
Resultaten	6
Demografische gegevens.....	6
Levenstevredenheid.....	6
Mentale factoren	6
Financiële factoren	6
Sociale factoren	6
Invloed op levenstevredenheid.....	7
Discussie	8
Demografische gegevens.....	8
Levenstevredenheid.....	8
Beïnvloedende factoren	9
Limitaties en sterktepunten	9
Conclusie	10
Referenties	10
Addendum.....	13
Tabel 1	13
Figuur 1	14
Figuur 2	15
Figuur 3	16
Figuur 4	17
Tabel 2	18
Tabel 3	19
Tabel 4	20

Woord vooraf

Het schrijven van deze masterthesis markeert het sluitstuk van mijn opleiding "Systeem- en Procesinnovatie in de Gezondheidszorg aan de Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen van de Universiteit Hasselt. Deze thesis is het resultaat van mijn retrospectief onderzoek, lopende van 8 Oktober 2024 tot 28 Mei 2025 en aangereikt door de opgedane kennis en ervaringen vanuit mijn opleidingen en eerdere onderzoeksstages.

Tijdens het schrijven van deze thesis heb ik de kans gekregen om mij te verdiepen in een maatschappelijk relevant onderwerp, namelijk het welzijn van ouderen in een steeds verouderende samenleving. Mijn keuze voor dit onderwerp komt voort uit mijn persoonlijke ervaringen met ouderen en hun levenskwaliteit. Tijdens een eerdere stage binnen mijn vorige master "Klinische Biomedische Wetenschappen", kwam ik vaak in contact met oudere deelnemers met multiple sclerose, met diverse achtergronden. Door hun verhalen en levensomstandigheden had ik een interesse gekregen in de levenstevredenheid en -kwaliteit van mensen met deze aandoening. Daarnaast word ik thuis zelf ook vaak geconfronteerd met dit thema, sinds mijn grootouders bij ons inwonen zie ik hoe hun gezondheid en sociale contacten hun welzijn beïnvloeden. Deze ervaringen van de afgelopen jaren hebben mij geïnspireerd om mijn thesis aan rond dit onderwerp te schrijven, en hopelijk een bijdrage te kunnen leveren aan een beter begrip van levenstevredenheid bij ouderen en bijgevolg aan een betere ondersteuning voor hen en hun naasten.

Tijdens het opzoeken van literatuur, analyseren van data en het schrijven van deze thesis, heb ik vele interessante inzichten en nieuwe perspectieven gekregen over dit onderwerp. Ik wil hierbij dan in het bijzonder ook mijn promotor en stagebegeleider, Prof. dr. Desiree Vandenberghe, hartelijk bedanken voor haar begeleiding, steun en waardevolle feedback tijdens het traject van deze masterproef. Daarnaast wil ik ook enkele medestudenten en vrienden bedanken, namelijk: H. Smeers, A. Tits, L. Bortels, en B. Vanroy, voor hun steun, meedenken en feedback. Tot slot wil ik ook het onderzoeksteam achter de Survey of Healthy Aging and Retirement in Europe (SHARE) bedanken, wiens werk dit onderzoek mogelijk maakte.

Titel: Levenstevredenheid bij ouderen in België (en Europa) op basis van de Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)

Ian Meyssen¹, Prof. dr. Desiree Vandenberghe^{1,2}

¹Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen, Universiteit Hasselt, campus Diepenbeek, Agoralaan gebouw D, 3590 Diepenbeek, België

² Faculteit Bedrijfseconomische wetenschappen, Universiteit Hasselt, campus Diepenbeek, Agoralaan gebouw D, 3590 Diepenbeek, België

Lopende titel: Trends in levenstevredenheid bij Belgische ouderen

Correspondentie te richten aan: Désirée Vandenberghe; Email: Desiree.vandenberghe@uhasselt.be

Trefwoorden: levenstevredenheid, ouderen, welzijn, levenskwaliteit, determinanten

Abstract

Achtergrond: De vergrijzing vormt grote uitdagingen voor beleidsmakers op vlak van welzijn en gezondheid van ouderen. Levenstevredenheid is een waardevolle indicator die socio-economische als gezondheidsdeterminanten weerspiegelt, maar inzichten in evolutie op lange termijn bij ouderen blijven beperkt.

Onderzoeksvraag: Hoe evolueerden levenstevredenheid en bijhorende socio-economische en mentale factoren bij ouderen doorheen de tijd, en hoe verhoudt België zich tot andere Europese landen?

Methode: Gegevens werden geanalyseerd van 50-plussers uit België, Nederland en Frankrijk die deelnamen aan de SHARE-survey tussen 2006-2022. Levenstevredenheid en mentale, sociale en financiële factoren werden geanalyseerd met beschrijvende statistieken en generalized estimating equations (GEE).

Resultaten: 25.014 deelnemers werden geïncludeerd (gemiddeld 62,7 ±10,4 jaar). De gemiddelde levenstevredenheid bleef in België stabiel rond 7,80 ±1,42 op 10 en lag tussen Frankrijk (7.46 ±1,64) en Nederland (8.10 ±1,11). GEE-modellen toonden aan dat depressieve symptomen ($B = -0,097$), moeilijkheden met rondkomen ($B = -0,244$) en tevredenheid met activiteiten ($B = 0,166$) de grootste invloed hadden op levenstevredenheid.

Conclusie: Hoewel de algemene tevredenheid stabiel bleef, maakte België minder vooruitgang op sociaal en financieel vlak t.o.v. Frankrijk en Nederland. Beleidsmaatregelen gericht op mentaal welzijn, financiële ondersteuning en een actieve levensstijl zijn essentieel voor het bevorderen van het welzijn en de gezondheid bij ouderen.

Introductie

Welzijn van ouderen

Met een toenemend aandeel van 65-plussers, van 15% in het jaar 2000 naar 19% in 2024, terwijl het aandeel kinderen en volwassenen langzaam daalt, is de vergrijzing van België en de rest van Europa al duidelijk zichtbaar (1,2). Deze demografische shift naar een oudere bevolking brengt ook grote veranderingen en uitdagingen met zich mee voor de gezondheidszorg, die een sterke invloed

hebben op het welzijn en de levenskwaliteit van ouderen (3).

Als eerste is er een groeiende vraag naar zowel acute als langdurige zorg. Op vlak van fysieke gezondheid hebben ouderen vaker last van chronische pijnklachten (29% bij 65j+ tot 38% bij 75j+), hart- en vaatziekten (18% bij 65j+ tot 30% bij 85j+), en andere leeftijdsgebonden aandoeningen ten opzichte van volwassenen (4-6). Daarnaast zijn ouderen ook kwetsbaar voor psychische problemen zoals depressie en angst, mede veroorzaakt

door een verslechterende fysieke gezondheid, maar ook door gevoelens van eenzaamheid en het verlies van hun autonomie (3,7). Recente studies tonen dat maar liefst 20-30% van ouderen zit te kampen met depressie of depressieve gevoelens (7,8).

Verder brengt het ouder worden ook financiële onzekerheden met zich mee. Veel ouderen hebben geen concreet plan voor hun latere levensjaren en hebben bijgevolg niet voldoende financiële reserves (9). Hierdoor zijn ouderen vaak beperkt in hun opties en voelen zij zich gedwongen tot keuzes waar ze ongelukkig mee zijn. Dit draagt bij tot het gevoel dat ze hun autonomie langzaam verliezen (9).

Levenstevredenheid

Levenstevredenheid wordt gedefinieerd als de mate waarin een persoon het leven als rijk, betekenisvol, vervullend, of van hoge kwaliteit ervaart (10). Het omvat niet alleen hun kijk op hun huidige financiële- en gezondheids-toestand, maar ook hun reflecties op het verleden en hun verwachtingen voor de toekomst. Dit maakt de levens- tevredenheid een uitstekende maatstaf om inzichten mee te verkrijgen in het welzijn van ouderen.

Door beter te begrijpen hoe ouderen hun leven ervaren, kunnen beleidsmakers beter geïnformeerde keuzes maken om de zorg op hun noden/wensen af te stemmen. Levenstevredenheid wordt beïnvloed door verschillende factoren, die ingedeeld kunnen worden in vijf groepen (2,11,12). Van deze vijf leveren economische factoren de grootste bijdrage en verklaart ~29,4% van de variantie in levenstevredenheid (12). Dit wordt dan gevolgd door sociale (22,2%), mentale (7,4%), fysieke (3,9%) en demografische factoren (0,01%) (12).

Economische factoren zoals inkomen, woonsituatie en kosten spelen een zeer grote rol in de levenstevredenheid bij ouderen. Ongeveer 30% van ouderen hebben moeite om rond te komen met hun inkomen en 45% maakt zich zorgen of ze hun zorg en andere medische kosten nog kunnen betalen in de toekomst. Verder beïnvloedt dit ook hoeveel zij kunnen besteden aan vrijetijdsactiviteiten en hobby's, en hoeveel geld aan de kant gelegd kan worden voor toekomstige zorgkosten te dekken (9,11,12).

Sociale factoren overlappen regelmatig met andere soorten factoren. Sociale- en vrijetijds-activiteiten worden bijvoorbeeld beïnvloed door zowel fysieke (beweeglijkheid, chronische ziektes) én economische factoren (besteedbaar inkomen, woonsituatie). Dagelijkse activiteiten, sociale steun en een netwerk van vrienden en familie hebben andersom ook een positief effect op het mentaal en fysiek welzijn van ouderen (9,11,12).

Mentale factoren omvatten voornamelijk subjectieve variabelen zoals eigen ervaringen en reflecties op het leven. Hebben ze een gevoel van betekenis of doel in het leven? Hebben ze spijt van bepaalde levenskeuzes? Dit zijn allemaal voorbeelden van factoren die helpen het mentale aspect van levenstevredenheid te kaderen (9,11,12).

Fysieke factoren betreffen meestal objectieve variabelen. Bijvoorbeeld de gerapporteerde gezondheidstoestand, zowel huidig als verleden, het lijden aan één of meerdere chronische aandoeningen, etc. Hier kan ook gezien worden dat er een overlap bestaat tussen de vijf soorten factoren. Zo levert een goede gezondheid ook een positievere perceptie ervan, wat mentale gezondheid kan bevorderen (11,12).

Demografische factoren zoals leeftijd, burgerlijke staat, geslacht en opleidingsniveau toonden volgens *Fernandez-Ballesteros et al. (2001)* een schijnbaar effect op levenstevredenheid (11). Echter, nadat deze variabelen als co-varianten gecontroleerd werden, verdwenen deze effecten, wat erop duidt dat de variantie in scores voornamelijk verklaard werd door andere factoren (11). Dit komt dan overeen met *Nuqoba et al. (2023)* waar demografische variabelen slechts 0,01% van de variantie verklaarden (12).

Levenstevredenheid wordt voornamelijk gemeten met gevalideerde vragenlijsten en beoordelingsschalen, gericht op specifieke factoren zoals sociale verbondenheid, mentaal welzijn en fysieke gezondheid of op algemene tevredenheid, zoals de Satisfaction With Life Scale (SWLS) en Short Form-36 (SF36) (13–15). Voor het mentaal welzijn worden bijvoorbeeld schalen gebruikt zoals de Three-Item Loneliness Scale, CASP-19, CASP-12, en de Multidimensional Self-Esteem Inventory (MSEI) (13–15). Terwijl voor fysieke

gezondheid worden dan bijvoorbeeld schalen zoals de Global Activity Limitation Index (GALI) of de Activity of Daily Living scale (ADL) gebruikt (11,16). Grootschalige surveys combineren meerdere schalen en vragenlijsten om een multidimensionaal en compleet beeld te krijgen van de levenstevredenheid binnen een populatie, zoals de Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE)

Waarom levenstevredenheid onderzoeken

Het onderzoeken en begrijpen van de levenstevredenheid bij ouderen, en de factoren die dit beïnvloeden, is van essentieel belang voor het ontwikkelen van effectieve beleidsmaatregelen en woonzorgmodellen die inspelen op de specifieke noden en wensen van onze vergrijzende bevolking (2,11,12). Hoewel eerdere onderzoeken, zoals die van Statistiek Vlaanderen, Sciensano of de OECD, reeds inzichten bieden in levenstevredenheid in België en Europa, richten deze zich eerder op de algemene populatie in plaats van specifiek op ouderen (17–19). Wanneer ouderen wel als subgroep onderzocht werden, ontbraken er analyses van hoe de levenstevredenheid over de tijd evolueert, of hoe de determinanten deze beïnvloeden over de tijd heen.

Deze studie tracht die kennislacune deels te vullen door te onderzoeken hoe de levenstevredenheid bij ouderen en de samenhangende socio-economische en mentale factoren evolueren over de tijd heen, en hoe België zich hierin verhoudt met andere Europese landen. Dit onderzoek zal waardevolle inzichten en gegevens bieden voor beleidsmakers om beter in te spelen op de veranderingen en uitdagingen die de vergrijzing met zich mee brengt en zo bij te dragen aan een hogere levenskwaliteit voor ouderen in België en Europa.

Methoden

Studie design en -populatie

Deze studie is een retrospectief, herhaald cross-sectioneel onderzoek. De studiepopulatie bestaat uit ouderen die deelnamen aan de Survey of Healthy Aging and Retirement in Europe (SHARE). Gegevens over levenstevredenheid en gerelateerde factoren werden verzameld via tweejaarlijkse

vragenlijsten (*waves*). Ter vergelijking werden ook deelnemers uit Frankrijk en Nederland opgenomen, vanwege de vele culturele gelijkenissen met België.

Deelnemers kwamen in aanmerking als ze minstens 50 jaar oud waren bij hun eerste interview, afkomstig waren uit België, Frankrijk of Nederland, en minstens één vragenlijst invulden uit wave 2, 4, 5, 8 of 9.

Databronnen

De data werd verzameld via de SHARE-database, verdeeld in datasets per wave. Deze studie gebruikte data uit waves 2, 4, 5, 8 en 9 (2006/2007 tot 2021/2022). Wave 1 werd uitgesloten omdat levenstevredenheid toen niet werd opgenomen als variabele. Data uit waves 3 en 7 werd eveneens niet meegenomen aangezien deze waves gebruik maakten van vragenlijsten met andere variabelen dan de hoofdvragenlijst. Wave 6 werd uitgesloten omdat Nederland toen niet deelnam.

Data werd reeds gepseudonimiseerd door het SHARE Research Data Center. Verzamelde gegevens omvatte: demografische kenmerken, scores omtrent tevredenheid met leven, sociaal netwerk en activiteiten, scores van de Control Autonomy Self-realisation and Pleasure (CASP-12) questionnaire, scores van de European Depression Scale (EURO-D) questionnaire, en antwoorden op meerkeuzevragen omtrent de financiële status en sociaal netwerk van de persoon.

Hoofdobjectieven

Het hoofddoel van deze studie was het analyseren of de levenstevredenheid bij ouderen in België significant veranderde tussen de verschillende waves van de SHARE survey. Levenstevredenheid werd gemeten op een schaal van 0 (volkomen ontevreden) tot 10 (volkomen tevreden). Daarnaast werd onderzocht of de Belgische scores significant verschilden van die van ouderen in Frankrijk en Nederland.

Secundaire objectieven

Deze studie onderzocht ook of de verschillende factoren die levenstevredenheid beïnvloeden significant veranderden tussen de waves en landen. De focus lag op de belangrijkste determinanten, namelijk: financiële, sociale

en mentale factoren. Daarnaast werd onderzocht hoe deze factoren de levenstevredenheid beïnvloeden en hoe België hierin verschilt van Frankrijk en Nederland.

Vooraf aan analyse werden de financiële, sociale en mentale variabelen getest op multicollineariteit om overlap te vermijden. Dit werd gedaan aan de hand van correlatiematrices met Spearman correlatiecoëfficiënten voor continue variabelen, Chi-squared- en Cramer's V-testen voor categoriale variabelen, en Generalized Estimating Equations (GEE) modellen waarbij Wald Chi-squared testen werden gebruikt. Tabel 4 toont een lijst met de verwijderde variabelen.

Financiële factoren werden geëvalueerd op basis van twee vragen "Kan het huishouden rondkomen met het huidige inkomen?" en "Vindt de respondent dat een geldtekort hen weerhoudt om dingen te doen die ze graag willen doen?".

Sociale factoren betroffen sociale activiteiten en het sociaal netwerk (familie, vrienden, collega's). Aangezien de module "gv_networks" pas later werd toegevoegd, zijn data omtrent sociale netwerken enkel beschikbaar in waves 4, 8 en 9. Voor sociale activiteiten luidt de vraag: "Hoe tevreden is de respondent met hun ondernomen activiteiten in de afgelopen 12 maanden?", op een schaal van 0 tot 10. Voor Sociale netwerken ligt de focus op: "Hoe tevreden is de respondent met hun sociaal netwerk (0-10)?", "hoeveel personen bedraagt hun sociaal netwerk?" en "Met hoeveel personen heeft de respondent dagelijks contact?".

Mentale factoren werden geëvalueerd aan de hand van twee vragenlijsten die zijn opgenomen in de SHARE-survey: De EURO-D questionnaire voor depressie, waarbij de schaal loopt van 0 (niet depressief) tot 12 (zeer depressief), En de CASP-12 voor algemene levenskwaliteit (Controle, Autonomie, Zelfrealisatie en Plezier). Hierbij loopt de schaal van 12-48, waarbij hogere scores op betere levenskwaliteit duiden.

Statistische analyse

Alle deelnemers die voldeden aan de inclusiecriteria werden geïncludeerd. Er werd daarom geen steekproefgrootte berekend.

Data-analyse gebeurde met SPSS statistics (IBM Corp. IBM SPSS Statistics voor Windows, Versie 29.0.2.0. 2023. Armonk, NY: IBM Corp). Zowel beschrijvende- als inferentiële statistieken werden toegepast. Normaliteit werd geëvalueerd met de Shapiro-Wilk test en Q-Q plots.

Continue data met normale verdeling werden weergegeven als 5% getrimde gemiddelden $\pm$ standaarddeviatie (SD). Niet-normale continue data werden weergegeven als medianen met interkwartielafstand (IQR), of als gemiddelden $\pm$ SD indien de scheefheid van de data beperkt was en gemiddelde waarden meer informatief zouden te zijn. Medianen werden dan enkel voor analyse gebruikt. Categorische data werden weergegeven als aantallen (n) en percentages (%). Ontbrekende data werden geïmputeerd met de Fully Conditional Specification (FCS) methode via multiple imputation.

Gemiddelden werden geanalyseerd aan de hand van een One-Way Analysis of Variance (ANOVA), gevolgd door Tukey's HSD- of Games-Howell-test. Niet-normale data werden geanalyseerd a.d.h.v. de Kruskal-Wallis one-way ANOVA. Verbanden tussen categorische data werden geanalyseerd met de Chi² test.

Indien scores voor levenstevredenheid normaal verdeeld waren, werd een Linear Mixed Model (LMM) toegepast om de invloed van factoren te evalueren, met demografische variabelen als controles. Indien scores niet normaal verdeeld waren, werd een Generalised Estimating Equations model (GEE) toegepast.

Ethische goedkeuring

De verzameling en het gebruik van gegevens van de SHARE survey zijn in overeenstemming met de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en relevante nationale wetgeving. De procedures voor gegevensverzameling ondergaan een voortdurende ethische toetsing en volgen internationaal erkende richtlijnen, zoals de RESPECT Gedragscode voor Sociaal-Economisch Onderzoek en de Verklaring van Helsinki.

Alle gebruikers zijn geregistreerd bij SHARE en gebonden aan de SHARE gebruiks-

voorwaarden, waaronder het uitsluitend wetenschappelijke gebruik van de data, het verbod op her-identificatie van deelnemers; het delen van data aan met derden (inclusief AI-tools).

Resultaten

Demografische gegevens

In totaal werden 25.014 personen geïnccludeerd in de studie, waaronder 9.856 Belgen, 8.732 Fransen en 6.426 Nederlanders. Tabel 1 geeft een overzicht van de demografische kenmerken bij hun eerste interview (eerste wave-deelname).

De mediane leeftijd bedraagt 61 jaar (54–71), met een gemiddelde van 62,7 ($\pm 10,3$). De verdeling tussen mannen (46,2%) en vrouwen (53,8%) is relatief evenwichtig. Op geslacht na ($p = 0,087$) verschillen alle demografische variabelen significant tussen de landen ($p < 0,001$).

Franse deelnemers waren algemeen iets ouder (62 jaar, IQR: 55–72) dan Belgische (60 jaar, IQR: 54–71), terwijl Nederlanders significant hoger scoorden op levenstevredenheid met gemiddeld 8,0 ($\pm 1,2$) dan Belgen (7,7 $\pm 1,5$) en Fransen (7,4 $\pm 1,7$). Nederlandse deelnemers scoorden algemeen hoger dan België en Frankrijk op gezondheid-gerelateerde variabelen. 30,3% had geen chronische aandoeningen (22,2% België, 24,6% Frankrijk) en 51% was wekelijks fysiek actief (31,5% België, 29,1% Frankrijk). Belgen hadden een hoger opleidingsniveau (32,4% vs 20,8% Frankrijk of 26,2% Nederland), rookten vaker (25,2% vs 19,2% Frankrijk, 22,4% Nederland), en hadden het grootste aandeel van >3 chronische ziekten (14,1% vs 10,5% Frankrijk, 8,7% Nederland). In Frankrijk was het aandeel gepensioneerden het hoogst (56,2% vs 43,4% België, 41,5% Nederland), met tegelijk het kleinste aandeel deelnemers dat wekelijks fysiek actief was.

Levenstevredenheid

In België bleven de gemiddelde levenstevredenheidsscores over de tijd heen vrij stabiel sinds de tweede wave (*figuur 1*). Een gelijkaardig patroon is zichtbaar voor Nederland en Frankrijk, met bij elk land een

lichte daling in wave 5. Ondanks een licht positieve trend in alle drie landen, is deze eerder zwak, met R^2 -waarden tussen 0,53 en 0,68. België scoorde consistent tussen Frankrijk en Nederland, met een gemiddelde van 7,80 ($\pm 1,42$) tegenover 7,46 ($\pm 1,64$) in Frankrijk en 8,10 ($\pm 1,11$) in Nederland. Deze scores blijven ook significant verschillend tussen alle drie landen over de tijd heen ($p < 0,001$).

Mentale factoren

Zowel voor de CASP-12- als de EURO-D-scores is er een licht positieve trend zichtbaar voor alle drie de landen (*figuur 2A, 2B*). Nederlanders rapporteerden significant hogere scores op de CASP-12-schaal (40,94 $\pm 5,04$) vergeleken met België (38,00 $\pm 6,04$) en Frankrijk (38,09 $\pm 6,00$) ($p < 0,001$), wat wijst op een hogere ervaren levenskwaliteit. Bij de EURO-D vragenlijst scoorde Nederland (1,78 $\pm 1,92$) significant lager dan België (2,40 $\pm 2,25$) en Frankrijk (2,66 $\pm 2,31$) ($p < 0,001$), wat wijst op minder depressieve klachten (*figuur 2A*). Het verschil tussen België en Frankrijk is niet significant voor de CASP-12 ($p = 0,108$), maar wel voor de EURO-D-scores ($p < 0,001$).

Financiële factoren

figuur 3A toont een daling in het aandeel deelnemers dat aangaf moeite te hebben met rondkomen met hun huidig inkomen. Alle landen vertonen een sterke, neerwaartse trend ($R^2 = 0,89-0,98$) (*figuur 3A*), hoewel België trager evolueert (-25,51%) dan Frankrijk (-33,58%) en Nederland (-53,12%). Alleen tussen wave 5 en 8 was de daling in België significant. Nederlanders rapporteerden het minst vaak financiële moeilijkheden, met percentages die de helft of zelfs minder bedroegen dan die van Franse en Belgische deelnemers.

In *figuur 3B* is er ook een sterke daling te zien in het aandeel van deelnemers dat zich beperkt voelt door geldtekorten in het uitvoeren van hun activiteiten. België presteerde opnieuw tussen Frankrijk en Nederland.

Sociale factoren

Bij Belgische deelnemers bleven tevredenheid met het sociale netwerk, aantal dagelijkse contacten en activiteiten stabiel over de tijd (figuur 4A, 4B, 4D).

De omvang van het sociale netwerk nam licht toe in België ($2,69 \pm 1,71$ naar $3,19 \pm 1,85$ personen) en Frankrijk ($2,42 \pm 1,65$ naar $3,18 \pm 1,75$ personen) (figuur 4C). Nederland zag daarentegen een sterkere stijging van $2,57 (\pm 1,56)$ personen naar $3,77 (\pm 1,78)$. Alle landen tonen relatief sterke, positieve trends ($R^2 = 0,88-0,92$).

In Frankrijk en Nederland nam de tevredenheid met het sociaal netwerk licht maar significant toe ($p < 0,001$ en $p = 0,004$), zonder significant verschil tussen België en Nederland ($p = 0,151$) (figuur 4A).

Frankrijk liet als enige een significante stijging zien in het aantal dagelijkse contacten tussen wave 4 en 8 van $0,83 (\pm 0,87)$ naar $0,97 (\pm 0,87)$ ($p < 0,001$). Hoewel verschillen tussen landen significant zijn ($p < 0,001$), zijn deze relatief klein.

Tevredenheid met activiteiten steeg licht in Frankrijk en Nederland ($p < 0,001$) (figuur 4D). Met voor Frankrijk de grootste toename, van $8,05 (\pm 1,44)$ naar $8,44 (\pm 1,28)$.

Invloed op levenstevredenheid

Tabellen 2 en 3 tonen de parametercoëfficiënten en p-waarden van de GEE modellen. Tabel 4 toont een lijst van alle geïnccludeerde- en geëxcludeerde variabelen. Model 1 omvat de demografische, mentale en financiële parameters (wave 2-9). Model 2 voegt de sociale parameters hieraan toe (waves 4, 8 en 9). De parametercoëfficiënten (B) geven de geschatte verandering in levenstevredenheidsscores weer. Bij continue variabelen duidt de coëfficiënt op de gemiddelde verandering in scores per eenheidstoename. Bij categorische variabelen geeft de coëfficiënt het gemiddelde verschil in scores weer t.o.v. van de referentiecategorie (waarvoor $B = 0$). Parameters die niet significant ($p > 0,05$) bijdroegen aan het model of sterk correleerde met ander parameters, werden verwijderd, tenzij deze op basis van literatuur en zelfkennis toch echter relevant bleken om te includeren.

Model 1

Naast geslacht dragen alle parameters significant bij aan het model ($p < 0,001$). De sterkste effecten werden waargenomen bij het land van herkomst (Nederland: $B = -0,860$, Frankrijk: $B = -0,372$), fysieke inactiviteit ($B = -0,760$), geslacht (man: $B = -0,290$) en moeilijkheden met rondkomen met het huidige inkomen ($B = -0,244$). Opvallend is de sterke negatieve coëfficiënt voor Nederland, wat duidt op een verwachte levenstevredenheidsscore 0,860 punten lager dan België, tegenstrijdig met de beschrijvende statistieken.

Bij modellen voor individuele landen variëren zowel p-waarden als coëfficiënten. Geslacht en onderwijsniveau zijn beide slechts significant bij één land (respectievelijk, bij Nederland en Frankrijk). Terwijl rookstatus en het aantal chronische ziektes wel overal behalve Nederland significant bijdragen. Franse deelnemers bleken gevoeliger voor financiële moeilijkheden ($B = -0,335$), vergeleken met België ($B = -0,187$) en Nederland ($B = -0,134$).

Daarnaast blijkt uit de QICC-scores dat het model het beste past bij de Belgische data (QICC = 142,537), en het minst bij Nederland (QICC = 272,577). De individuele modellen hebben wel nog steeds hogere individuele QICC scores dan het algemeen model (QICC = 335,840).

Model 2

In Tabel 3 worden ook sociale parameters zijn opgenomen, maar nu slechts enkel van waves 4, 8 en 9. Naast deze aanpassingen zijn er nog een aantal andere verschillen te zien tussen het eerste model en het tweede.

Een eerste verschil is zichtbaar in de QICC waarden. Zowel het algemeen model (QICC = 226,724 vs 335,840) en de modellen voor elk land (gemiddeld QICC = 94,608 vs 204,555) tonen lagere scores dan bij model 1, wat duidt op een betere fit. Daarnaast is er ook een verschil in parametercoëfficiënten van de intercept tussen model 1 ($B = 4,118$) en 2 ($B = 1,504$). Andere dalingen zijn ook zichtbaar bij geslacht, waarbij mannen gemiddeld 0,290 punten lager scoren dan vrouwen bij model 1 en 0,011 punten hoger scoren bij model 2.

Ook bij sport en activiteiten is dit patroon te zien, waar deelnemers die zelden of nooit sporten gemiddeld eerst 0,760 punten lager scoorden en nu 0,085 punten hoger scoren dan wekelijks actieve deelnemers. Parameters zoals opleidingsniveau, waves en roken dragen ook minder significant bij aan het tweede model, voornamelijk bij de individuele landmodellen. De rest van de coëfficiënten blijven algemeen hetzelfde.

Alle vier sociale factoren hebben een positieve en significante invloed op de levenstevredenheid. Tevredenheid met het sociale netwerk ($B = 0,105$) en met activiteiten ($B = 0,166$) spelen de grootste rollen. Bij Nederlanders is het effect van tevredenheid met het sociale netwerk sterker dan bij Belgische en Franse deelnemers. Hier leidt een stijging in tevredenheid tot een toename van 0,182 punten in levenstevredenheid, tegenover 0,090 in Frankrijk en 0,101 in België. Het effect van dagelijks contact is groter in België, met een gemiddelde stijging van 0,096 punten op levenstevredenheid, tegenover Nederland ($B = 0,067$) en Frankrijk ($B = 0,045$). Enkel de grootte van het sociale netwerk draagt niet significant bij op het niveau van individuele landen, behalve Nederland ($p = 0,028$).

Discussie

Demografische gegevens

Deze studie omvatte 25.014 ouderen van 50 jaar en ouder uit België Nederland ($n = 6.426$) en Frankrijk ($n = 8.732$) die tussen 2006 en 2022 deelnamen aan de SHARE survey. Frankrijk en Nederland werden als referentielanden gekozen omdat deze cultureel het meest gelijkaardig zijn aan België. Naast geslacht vertoonden de meeste variabelen duidelijke, statistisch significante verschillen. Dit is echter niet geheel onverwacht. Hoewel de drie landen veel culturele gelijkenissen tonen, zijn ze niet identiek aan elkaar en kunnen culturele contexten en de organisatie van gezondheids- en ouderenzorg, nog steeds verschillen.

Nederlandse deelnemers bleken gemiddeld het gezondst, met meer fysieke activiteiten en minder chronische aandoeningen, wat mogelijk bijdraagt aan hun hogere baseline-levenstevredenheid. Belgische deelnemers vertoonden daarentegen het minst gunstige

gezondheidsprofiel, maar rapporteerden desondanks een hogere levenstevredenheid dan Franse deelnemers, wat aangeeft dat gezondheid slechts één van meerdere bepalende factoren is. België presteerde bovendien beter dan Frankrijk op opleidingsniveau, alcoholgebruik en het aandeel gehuwden. Toch bleken deze variabelen, behalve opleidingsniveau, niet voldoende impact te hebben of niet significant genoeg om opgenomen te worden in de GEE-modellen.

Levenstevredenheid

Uit de resultaten bleek dat de levenstevredenheidsscores (0-10) vrij stabiel bleven voor België, met gemiddelde scores tussen de 7,70 en 7,90 over de verschillende waves en slechts een zwakke, licht positieve trend. Deze scores liggen iets hoger dan die van Statistiek Vlaanderen (7,3) en Eurostat (7,6) (17,20), en boven het Europees gemiddelde van 7.1 (2022) (20). Statistiek Vlaanderen toont ook een gelijkaardige trend van 2021 tot 2024 (17). Sciensano rapporteerde in 2018 een EQ-5D-score van 79%, wat overeenkomt met de score van 7,9 van wave 8 in 2019/2020. Echter werd er vermeld dat dit een daling was ten opzichte van 2013 (81%), terwijl volgens SHARE data dit eerder een stijging was (18). OECD rapporteerde in 2024 een score van 6,8 voor België, veel lager dan zowel de wat de trendlijn van figuur 1 weergeeft en de score van Statistiek Vlaanderen van 2024 (17,19). Deze verschillen kunnen deels verklaard worden doordat andere bronnen ook Belgen jonger dan 50 meenemen. Waar Sciensano gemiddeld iets lagere scores rapporteerde voor 50-plussers bleek dit omgekeerd te zijn bij statistiek Vlaanderen, wat de werkelijke scores voor ouderen dichter bij die van onze data brengen (17,18). Andere studies die gebruik maakte van SHARE-data vonden ook gelijkaardige levenstevredenheidsscores voor België, rond de $7,72 \pm 1,39$ (wave 6) en 7,9 (waves 7 en 8). Beide tonen ook opnieuw dat België op dit vlak beter scoort dan Frankrijk, maar werden er geen vergelijkingen met Nederland gemaakt (21,22).

Hoewel de verschillen tussen de waves statistisch significant bleken, blijven deze echter klein. In vergelijking met Frankrijk en Nederland zijn de verschillen veel groter, waarbij Belgische deelnemers consistent lager

scoorden dan Nederlanders (7,97-8,22) maar wel hoger dan Fransen (7,28-7,70). Eurostat rapporteerde in 2022 ook een lagere levenstevredenheidsscore voor Frankrijk (7,0) en een score gelijkaardig aan België voor Nederland (7,6) (20). Volgens de OECD lagen de scores voor Frankrijk en België dicht bij elkaar (6,7 en 6,8), met Nederland een vol punt hoger (7,5) (19). De drie landen vertonen allen ook gelijkaardige trends, ook met relatief kleine veranderingen tussen de waves in.

Beïnvloedende factoren

De CASP-12- en EURO-D-scores bleven vrij stabiel over de waves. België scoorde gelijkaardig aan Frankrijk op levenskwaliteit (CASP-12) en iets beter op depressieve symptomen, al blijven beide landen achter op Nederland, dat significant beter scoort (23,24). Volgens Eurostat en Statistiek Vlaanderen ligt de prevalentie van chronische depressie in België rond het Europees gemiddelde (7,3% vs 7,2%), iets beter ten opzichte van Frankrijk (7,7%) en Nederland (8,3%).

Wat financiële factoren daalt in elk land het aandeel deelnemers dat financiële moeilijkheden ervaart, echter aan een iets trager tempo in België vergeleken met Nederland en Frankrijk. Statbel toont een stabielere trend van 2019-2024, maar ook met een zwakke daling (25). Opvallend is dat Frankrijk, ondanks eerdere lagere scores, België op dit vlak nadert, hoewel de literatuur een toenemende armoede in Frankrijk aangeeft. De sociale factoren tonen een gemengd beeld. België toont een stabiele trend bij tevredenheid met het sociaal netwerk en op tevredenheid met ondernomen activiteiten, in tegenstelling tot Frankrijk en Nederland, die significante verbeteringen toonde op deze domeinen. België kent echter wél een betekenisvolle toename in de grootte van het sociale netwerk, al gebeurt dit opnieuw trager dan in de andere landen.

In de GEE-modellen voor België komt naar voren dat financiële moeilijkheden, depressieve symptomen (EURO-D), en tevredenheid met dagelijkse activiteiten de meest invloedrijke factoren zijn met betrekking tot levenstevredenheid. Dit wordt verder ondersteund door eerder onderzoek, die zowel depressie als economische-/financiële- en sociale factoren (zoals fysiek actief zijn) als zeer belangrijke determinanten zien van levenstevredenheid (12,26-31).

Echter bleken Demografische variabelen zoals geslacht en opleidingsniveau, in tegenstelling tot eerdere literatuur, geen significante bijdrage te leveren aan de verklaarde variantie (26). Daarnaast bleek ook dat leeftijd een onverwacht klein effect had op de verwachte levenstevredenheid ($B = 0,010$), terwijl dit volgens literatuur een belangrijke determinant zou moeten zijn (32). Eveneens bleek de grootte van het sociale netwerk, ondanks een positieve trend, geen significante voorspeller bij Belgische ouderen, wat ook de bestaande literatuur tegen spreekt (33,34). De effectgroottes van de verschillende sociale, mentale en financiële factoren lagen vaak tussen Frankrijk en Nederland in, met relatief kleine coëfficiënten tussen de 0,1 en 0,05. Enkele uitzonderingen hierop waren de het aantal personen met wie deelnemers dagelijks contact hadden, waarbij Belgische deelnemers het grootste effect zagen van de drie landen. Daarentegen bleek de negatieve impact van geldtekorten op het uitvoeren van activiteiten minder uitgesproken bij Belgische deelnemers dan bij Franse of Nederlandse deelnemers.

Opmerkelijk is dat er aanzienlijke verschillen in effectgroottes en significantieniveaus werden waargenomen tussen model 1 en model 2, met name voor variabelen zoals het land van herkomst en sport/activiteiten. Verder droegen verschillende parameters minder significant bij aan de aan model 2, vergeleken met model 1. Beide hangen vermoedelijk samen met het toevoegen van sociale factoren aan het model. Aangezien sociale variabelen enkel beschikbaar waren voor drie van de vijf waves (4, 8 en 9), konden ze niet opgenomen worden in model 1. De opname van deze factoren in model 2 heeft mogelijk geleid tot een herverdeling van verklarende kracht, waarbij de invloed van bepaalde demografische, mentale en financiële parameters werd afgezwakt.

Limitaties en sterktepunten

Een eerste sterktepunt van deze studie is het gebruik van een herhaald cross-sectioneel design, waarbij data uit meerdere waves van de SHARE-survey over een langere periode werden geanalyseerd. In tegenstelling tot momentopnames of kortlopende studies biedt dit meer inzichten in trends en tijdsgebonden veranderingen in levenstevredenheid en gerelateerde factoren. Daarnaast werd levenstevredenheid benaderd als een multidimensionaal concept, met aandacht voor hoe mentale, financiële en sociale

factoren evolueren over de tijd en in welke mate deze levenstevredenheid beïnvloeden. Een derde sterkte is de grootte en kwaliteit van de dataset. De studie omvat meer dan 25.000 unieke deelnemers, met tussen de 7.000 en 13.000 deelnemers per wave. De SHARE-survey is ook een internationaal erkende databron met verschillende gevalideerde instrumenten zoals de CASP-12 en EURO-D, wat de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van deze resultaten versterkt. Tot slot sluit de studie aan bij een maatschappelijk relevante problematiek. In het licht van de vergrijzing in België en Europa bieden de bevindingen waardevolle inzichten in het welzijn van ouderen, die beleidsmakers kunnen ondersteunen om beter in te spelen op toekomstige uitdagingen.

Vanwege de beperkte scope van deze studie werden slechts enkele Europese landen opgenomen ter vergelijking, in plaats van Europa als geheel. Voor toekomstige, grootschalige studies kan het interessant zijn om meer landen te betrekken of te vergelijken met Europese gemiddelden uit de SHARE-dataset. Uit praktische overwegingen werd gekozen voor analyse op populatieniveau in plaats van individueel niveau. Een longitudinale benadering bleek in de praktijk moeilijk uitvoerbaar, aangezien slechts een klein deel van de deelnemers over alle waves heen gevolgd kon worden. Dit is vooral te wijten aan de lange tijdspanne van 15-16 jaar tussen de waves en de hoge leeftijd van de studiebevolking. Daarnaast richtte deze studie zich enkel op een aantal invloedrijke factoren, namelijk mentale, financiële en sociale determinanten. Andere aspecten, zoals zorgvoorkeuren, woonvormen en wensen van ouderen, bleven buiten beschouwing, maar zijn wel relevant (3,9). Door fysieke of mentale achteruitgang wordt zelfstandig wonen vaak moeilijk, wat leidt tot meer afhankelijkheid van thuisverpleging, mantelzorg of zorginstellingen (9). Toch sluiten woonzorgcentra vaak niet aan bij de voorkeuren van ouderen. Uit recent onderzoek bleek dat 38% er een negatief beeld van heeft,

tegenover 24% met een positief beeld (9). Inzicht in hoe deze voorkeuren evolueren zou een waardevolle aanvulling zijn op dit onderzoek. Verder werd slechts gebruik gemaakt van vijf van de negen beschikbare waves uit de SHARE survey, omwille van inconsistenties in variabelen en de afwezigheid van Nederland in wave 6. Dit leidde tot gaten van soms twee tot drie jaar tussen de metingen, afhankelijk van het land. Vooral bij sociale factoren vormde dit een beperking, aangezien data over sociale netwerken enkel beschikbaar was in waves 4, 8 en 9. Tot slot kunnen sommige resultaten vertekend zijn door imputatie van variabelen met veel ontbrekende data, zoals rookstatus, alcoholgebruik en financiële factoren. De grote steekproefomvang kan bovendien ook geleid hebben tot vertekening van statistische significantie bij kleine effectgroottes of kleine verschillen in mediaanwaarden en percentages, wat de interpretatie ervan bemoeilijkte en het risico op over-interpretatie van zwakke trends verhoogt.

Conclusie

Deze studie onderzocht de evolutie van levenstevredenheid bij Belgische ouderen evolueerde tussen waves 2 en 9 van de SHARE survey (2006-2022) en hoe België zich verhoudt tot Nederland en Frankrijk. Levenstevredenheidsscores bleven in België vrij stabiel, en lagen consistent tussen Frankrijk en Nederland. Maar op vlak van financiële en sociale factoren bleek België te stagneren, terwijl Frankrijk en Nederland op deze vlakken verbeterden. GEE-modellen toonden dat depressieve symptomen (EURO-D), financiële moeilijkheden en tevredenheid met dagelijkse activiteiten de sterkste voorspellers van levenstevredenheid zijn in alle drie de landen. Deze bevindingen benadrukken het belang van mentale en financiële ondersteuning voor het welzijn van ouderen. Toekomstig onderzoek kan dit verdiepen door meer landen, individuele trajecten en aanvullende welzijnsindicatoren te betrekken.

Referenties

1. Statistiek Vlaanderen. Vlaanderen.be. 2024 [geciteerd 18 mei 2025]. Bevolking naar leeftijd en geslacht. Beschikbaar op: <https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/bevolking/bevolking-naar-leeftijd-en-geslacht>
2. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Psychological wellbeing, health and ageing. *Lancet*. 14 februari 2015;385(9968):640-8.

3. De Rynck P, Dispa MF, Tegenbos G. Koning Boudewijnstichting. 2022 [geciteerd 18 mei 2025]. Kiezen moet kunnen. Ook voor ouderen. De woonzorgomgeving van de toekomst. Beschikbaar op: <https://kbs-frb.be/nl/kiezen-moet-kunnen-ook-voor-ouderen-de-woonzorgomgeving-van-de-toekomst>
4. Statistiek Vlaanderen. Vlaanderen.be. 2025 [geciteerd 18 mei 2025]. Lichamelijke pijn. Beschikbaar op: <https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/gezondheid-en-welzijn/lichamelijke-pijn>
5. Statbel [Internet]. 2025 [geciteerd 18 mei 2025]. Doodsoorzaken 2020. Beschikbaar op: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/doodsoorzaken#panel-11>
6. Prevalentie [Internet]. Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. [geciteerd 18 mei 2025]. Beschikbaar op: <https://www.dementie.be/home/wat-is-dementie/prevalentie/>
7. Vlaamse ouderenraad [Internet]. 2020 [geciteerd 18 mei 2025]. 75-plussers extra kwetsbaar voor psychische problemen. Beschikbaar op: <https://www.vlaamse-ouderenraad.be/onderzoek/welzijn-gezondheid-en-zorg/75-plussers-extra-kwetsbaar-voor-psychische-problemen>
8. Richardson RA, Keyes KM, Medina JT, Calvo E. Sociodemographic inequalities in depression among older adults: cross-sectional evidence from 18 countries. *Lancet Psychiatry*. augustus 2020;7(8):673-81.
9. Minnebo J, Sanders C, Busschaert S, Samyn W. Koning Boudewijnstichting. 2023 [geciteerd 18 mei 2025]. Levenskeuzes bij 60-plussers. Beschikbaar op: <https://kbs-frb.be/nl/levenskeuzes-bij-60-plussers>
10. American Psychology Association. APA Dictionary of Psychology. 2018 [geciteerd 18 mei 2025]. life satisfaction. Beschikbaar op: <https://dictionary.apa.org/>
11. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD, Ruíz MA. The contribution of socio-demographic and psychosocial factors to life satisfaction. *Ageing Soc*. januari 2001;21(1):25-43.
12. NUQOBA B, TAN YW, WONG YC, LIM W. Key determinants of life satisfaction in older adults. *ROSA Res Briefs*. 1 augustus 2023;1-15.
13. Altay B, Çalmaz A. Perception of loneliness and life satisfaction in the elderly during the COVID-19 pandemic process. *Psychogeriatrics*. 2023;23(1):177-86.
14. Godwin M, Pike A, McCrate F, Parsons K, Parsons W, Pitcher H, e.a. The healthy aged: Descriptive analysis by sex of cognitively functioning elderly patients 80 years and older living independently in the community. *Can Fam Physician Med Fam Can*. maart 2015;61(3):e142-147.
15. Payne ME, Porter Starr KN, Orenduff M, Mulder HS, McDonald SR, Spira AP, e.a. Quality of Life and Mental Health in Older Adults with Obesity and Frailty: Associations with a Weight Loss Intervention. *J Nutr Health Aging*. 2018;22(10):1259-65.
16. Bogaert P, Van Oyen H, Beluche I, Cambois E, Robine JM. The use of the global activity limitation Indicator and healthy life years by member states and the European Commission. *Arch Public Health*. 28 juni 2018;76:30.
17. Statistiek Vlaanderen. Vlaanderen.be. 2025 [geciteerd 18 mei 2025]. SV-bevraging. Beschikbaar op: <https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/bevragingen/sv-bevraging>
18. Tafforeau. sciensano.be. [geciteerd 18 mei 2025]. Gezondheidsenquête 2018: Subjectieve gezondheid. Beschikbaar op: <https://www.sciensano.be/nl/biblio/gezondheidsenquête-2018-subjectieve-gezondheid>

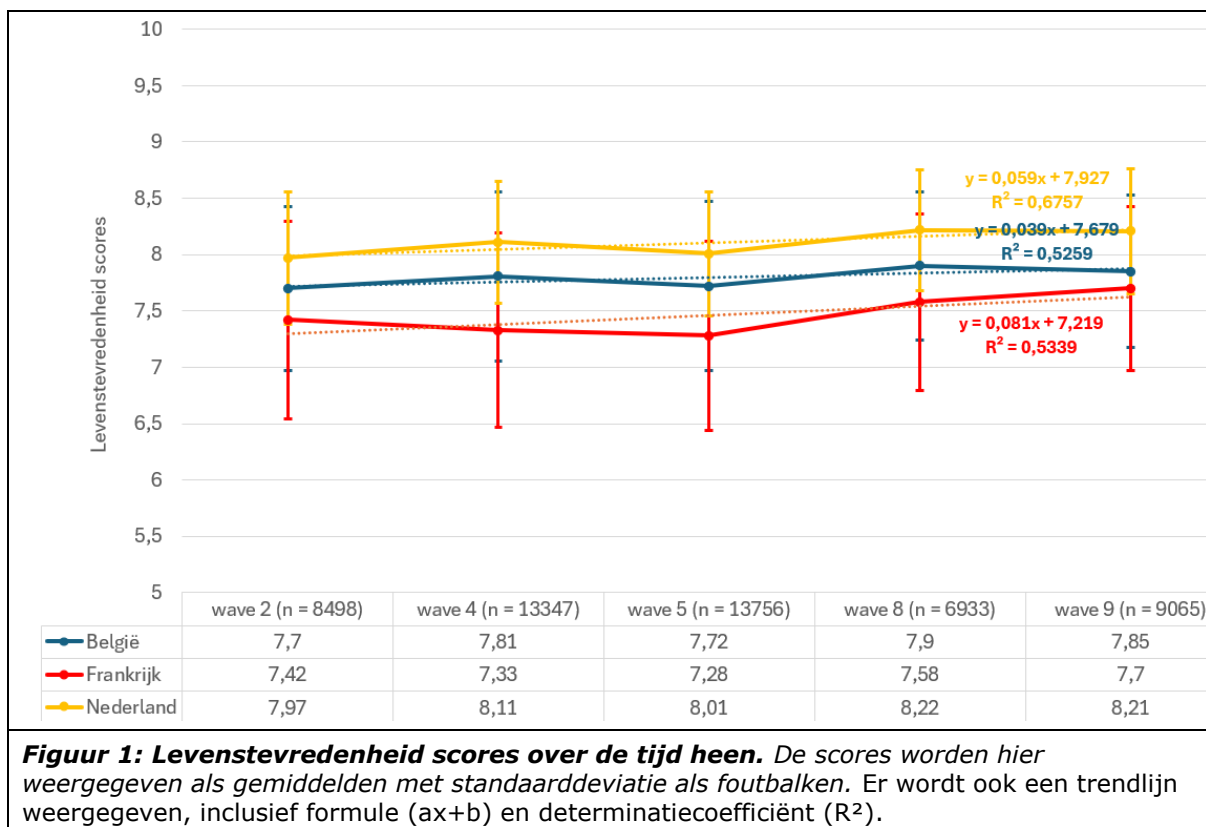
19. OECD. How's life? [Internet]. 2024 mrt. (OECD Better Life Index). Beschikbaar op: <https://www.oecdbetterlifeindex.org/>
20. Eurostat [Internet]. 2024 [geciteerd 18 mei 2025]. Average life satisfaction in the EU rated 7.1 out of 10. Beschikbaar op: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20240115-1>
21. Solé-Auró A, Cortina C. Exploring the role of family ties on life satisfaction in later life in Europe: Die Rolle familiärer Beziehungen für die Lebenszufriedenheit im Alter in Europa. *J Fam Res.* 1 september 2019;31(2):180-98.
22. Bleidorn W, Lenhausen MR, Richter D, Hopwood CJ. Personality and Cultural Income Differences Shape the Life Satisfaction Gap Between Aging Immigrants and Natives in Europe. *Soc Psychol Personal Sci.* 1 juli 2025;16(5):530-40.
23. Eurostat [Internet]. 2021 [geciteerd 18 mei 2025]. Persons reporting a chronic disease, by disease, sex, age and educational attainment level. Beschikbaar op: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_CD1E/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=2d249b06-f173-48b3-b6ed-e90b57e6f683&page=time:2019
24. Statistiek Vlaanderen. Vlaanderen.be. [geciteerd 18 mei 2025]. Psychische stoornissen. Beschikbaar op: <https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/gezondheid-en-welzijn/psychische-stoornissen>
25. Statbel [Internet]. 2025 [geciteerd 18 mei 2025]. Risico op armoede of sociale uitsluiting. Beschikbaar op: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/armoede-en-levensomstandigheden/risico-op-armoede-sociale-uitsluiting>
26. Nie Y, Wang T, Guo M, Zhou F, Ma W, Qiu W, e.a. The relationship between physical activity, life satisfaction, emotional regulation, and physical self esteem among college students. *Sci Rep.* 7 mei 2025;15(1):15899.
27. Lombardo P, Jones W, Wang L, Shen X, Goldner EM. The fundamental association between mental health and life satisfaction: results from successive waves of a Canadian national survey. *BMC Public Health.* 12 maart 2018;18(1):342.
28. Gigantesco A, Fagnani C, Toccaceli V, Stazi MA, Lucidi F, Violani C, e.a. The Relationship Between Satisfaction With Life and Depression Symptoms by Gender. *Front Psychiatry.* 14 juni 2019;10:419.
29. An HY, Chen W, Wang CW, Yang HF, Huang WT, Fan SY. The Relationships between Physical Activity and Life Satisfaction and Happiness among Young, Middle-Aged, and Older Adults. *Int J Environ Res Public Health.* juli 2020;17(13):4817.
30. Mak HW, Noguchi T, Bone JK, Wels J, Gao Q, Kondo K, e.a. Hobby engagement and mental wellbeing among people aged 65 years and older in 16 countries. *Nat Med.* 2023;29(9):2233-40.
31. Tian H, Chen J. Study on Life Satisfaction of the Elderly Based on Healthy Aging. *J Healthc Eng.* 2022;2022(1):8343452.
32. Cho D, Cheon W. Older Adults' Advance Aging and Life Satisfaction Levels: Effects of Lifestyles and Health Capabilities. *Behav Sci.* 29 maart 2023;13(4):293.
33. Helliwell JF, Putnam RD. The social context of well-being. *Philos Trans R Soc B Biol Sci.* 29 september 2004;359(1449):1435-46.
34. Tomini F, Tomini SM, Groot W. Understanding the value of social networks in life satisfaction of elderly people: a comparative study of 16 European countries using SHARE data. *BMC Geriatr.* 1 december 2016;16(1):203.

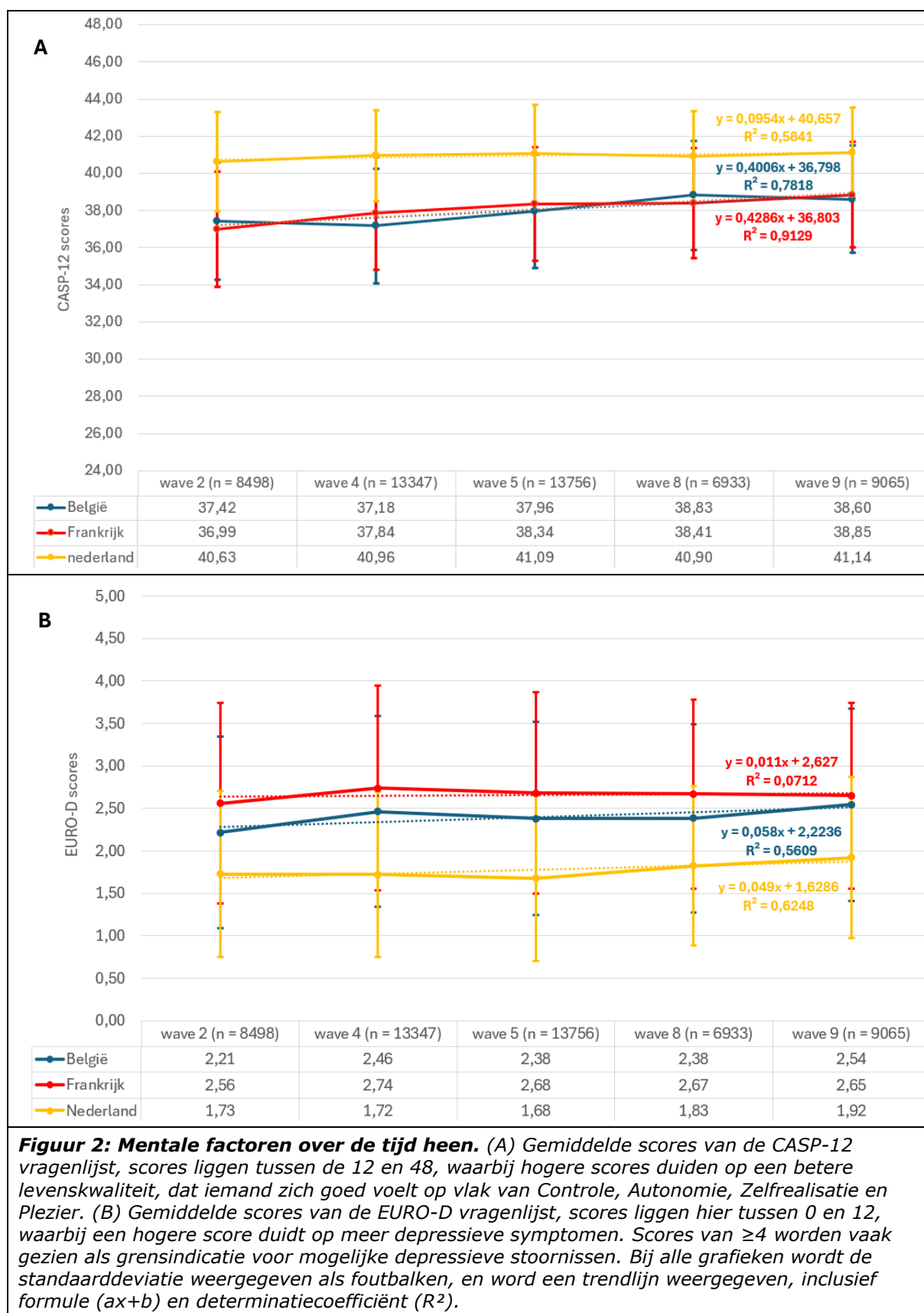
Addendum

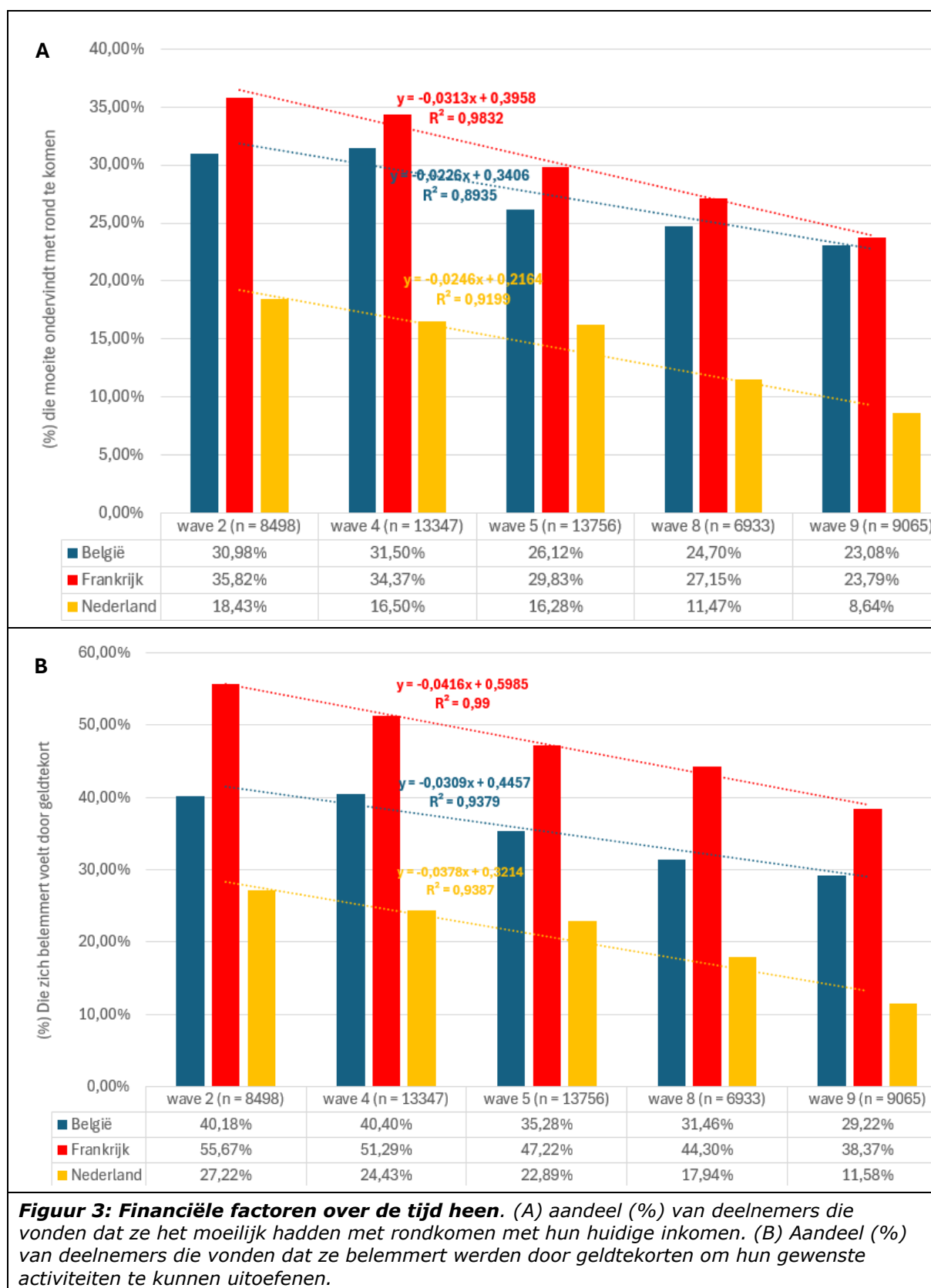
Tabel 1: Demografie van deelnemers bij hun eerste wave

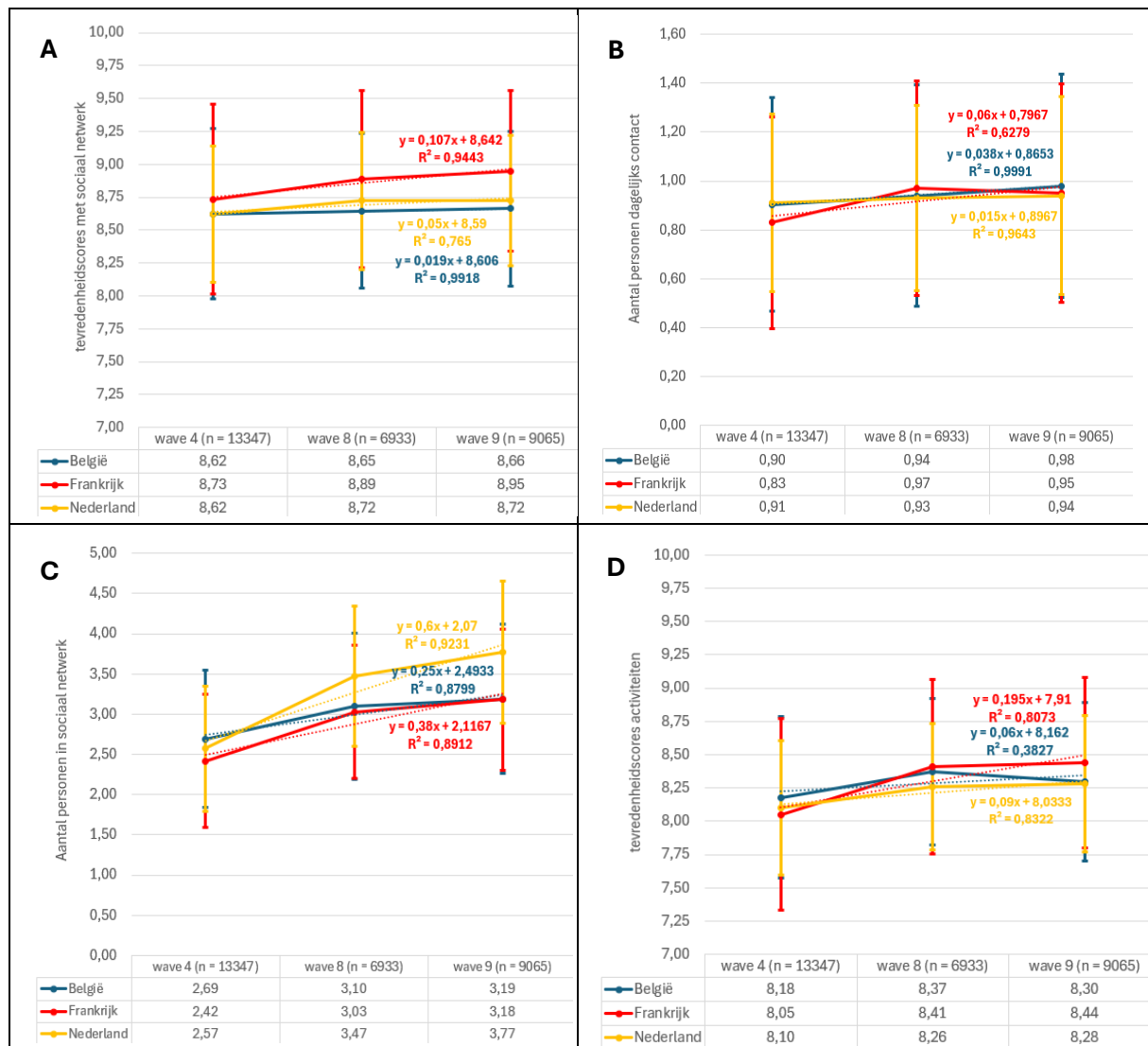
Variabelen		Totaal n = 25.014		België n = 9.856		Frankrijk n = 8.732		Nederland n = 6.426		p*
Leeftijd										
	Mediaan (IQR)	61	(54-71)	60	(54-70)	62	(55-72)	61	(55-70)	<0,001
	Gemiddelde (SD)	62,7	(10,4)	61,8	(10,3)	63,8	(10,8)	62,7	(10,3)	
Geslacht										
Man	n (%)	11.635	(46,5)	4.621	(46,9)	3.980	(45,6)	3.034	(47,2)	0,087
Vrouw	n (%)	13.379	(53,5)	5.235	(53,1)	4.752	(54,4)	3.392	(52,8)	
Levenstevredenheid score										
	Mediaan (IQR)	8	(7-8)	8	(7-8)	8	(6-8)	8	(7-9)	<0,001
	Gemiddelde (SD)	7,7	(1,5)	7,7	(1,5)	7,4	(1,7)	8,0	(1,2)	
Burgerlijke staat										
Getrouwd	n (%)	16.307	(65,2)	6.427	(65,1)	5.104	(58,5)	4.775	(74,3)	<0,001
Nooit getrouwd	n (%)	1.618	(6,5)	680	(7,0)	676	(7,7)	263	(4,1)	
Gescheiden/weduwe	n (%)	7.089	(28,3)	2.749	(27,9)	2.952	(33,8)	1.388	(21,6)	
Woonsituatie										
Huiseigenaar	n (%)	18.496	(74,0)	7.480	(75,9)	6.714	(76,9)	4.302	(66,9)	<0,001
Huurder	n (%)	5.689	(22,7)	2.003	(20,3)	1.645	(18,8)	2.041	(31,8)	
Andere	n (%)	829	(3,3)	373	(3,8)	373	(4,3)	83	(1,3)	
Huidige werkstatus										
Pensioen	n (%)	11.853	(47,4)	4.274	(43,4)	4.912	(56,2)	2.667	(41,5)	<0,001
Werkt	n (%)	7.934	(31,7)	3.307	(33,5)	2.577	(29,5)	2.049	(31,9)	
werklloos	n (%)	3.528	(14,1)	1.486	(15,1)	870	(10,0)	1.172	(18,2)	
Andere	n (%)	1.699	(6,8)	789	(8,0)	373	(4,3)	537	(8,4)	
Bent u de afgelopen 12 maanden in een verpleeghuis opgenomen geweest?										
Nee	n (%)	24.859	(99,4)	9.787	(99,3)	8.701	(99,6)	6.371	(99,1)	<0,001
Tijdelijk	n (%)	78	(0,3)	30	(0,3)	16	(0,2)	32	(0,5)	
Permanent	n (%)	76	(0,3)	38	(0,4)	16	(0,2)	22	(0,4)	
Hoogste opleidingsniveau										
Geen diploma	n (%)	1.226	(4,9)	209	(2,1)	970	(11,1)	47	(0,7)	<0,001
Primair onderwijs	n (%)	4.569	(18,3)	1.600	(16,2)	2.199	(25,2)	770	(12,0)	
Secundair onderwijs	n (%)	12.532	(50,1)	4.857	(49,3)	3.748	(42,9)	3.926	(61,1)	
Hoger onderwijs	n (%)	6.687	(26,7)	3.191	(32,4)	1.814	(20,8)	1.682	(26,2)	
Aantal chronische ziekten										
Geen	n (%)	6.286	(25,1)	2.186	(22,2)	2.153	(24,6)	1.947	(30,3)	<0,001
1-3	n (%)	15.861	(63,4)	6.280	(63,7)	5.663	(64,9)	3.917	(61,0)	
>3	n (%)	2.867	(11,5)	1.390	(14,1)	915	(10,5)	562	(8,7)	
Rookt u momenteel?										
Ja	n (%)	5.603	(22,4)	2.486	(25,2)	1.678	(19,2)	1.439	(22,4)	<0,001
Nee	n (%)	19.411	(77,6)	7.370	(74,8)	7.054	(80,8)	4.987	(77,6)	
Hoe vaak heeft u de afgelopen 3 maanden 6 of meer glazen alcohol gedronken?										
Nooit	n (%)	9.359	(37,4)	3.821	(38,8)	3.571	(40,9)	1.968	(30,6)	<0,001
Maandelijks	n (%)	2.439	(9,8)	996	(10,1)	917	(10,5)	527	(8,2)	
Wekelijks	n (%)	4.526	(18,1)	1.870	(19,0)	1.467	(16,8)	1.189	(18,5)	
>1x/week	n (%)	2.356	(9,4)	922	(9,3)	563	(6,4)	871	(13,6)	
Dagelijks	n (%)	6.334	(25,3)	2.248	(22,8)	2.214	(25,4)	1.871	(29,1)	
Hoe vaak doet u aan fysieke activiteiten/sport?										
Nooit	n (%)	11.108	(44,4)	4.720	(47,9)	4.425	(50,6)	1.963	(30,5)	<0,001
Maandelijks	n (%)	1.729	(6,9)	785	(8,0)	696	(8,0)	248	(3,9)	
Wekelijks	n (%)	3.258	(13,0)	1.248	(12,6)	1.071	(12,3)	940	(14,6)	
>1x/week	n (%)	8.919	(35,7)	3.104	(31,5)	2.540	(29,1)	3.275	(51,0)	

*P-waarden werden berekend aan de hand van een Kruskal-Wallis ANOVA test voor continue variabelen en een Chi² test voor categoriale variabelen. P-waarden kleiner dan 0.05 duiden op significante verschillen tussen landen. IQR = interkwartielafstand, SD = standaard deviatie.









Figuur 4: Sociale factoren over de tijd heen. (A) Gemiddelde scores (0-10) voor tevredenheid met eigen sociaal netwerk. (B) Gemiddeld aantal personen binnen sociaal netwerk waarmee de deelnemer dagelijks contact mee heeft. (C) Gemiddeld aantal personen binnen het sociaal netwerk. (D) Gemiddelde scores (0-10) voor tevredenheid met eigen activiteiten. Bij alle grafieken wordt de standaarddeviatie weergegeven als foutbalken, en word een trendlijn weergegeven, inclusief formule ($ax+b$) en determinatiecoëfficiënt (R^2).

Tabel 2: GEE model 1 voor demografische + mentale + financiële variabelen.

Goodness of fit		Totaal n = 25.014	België n = 9.856	Frankrijk n = 8.732	Nederland n = 6.426
QICC*					
waarde		335,840	142,537	198,551	272,577
Parameters**					
Intercept					
	B	4,118	4,060	3,608	4,524
	(p)	(<0,001)	(<0,001)	(<0,001)	(<0,001)
Land					
Nederland	B	-0,860			
Frankrijk	B	-0,372			
België	B	0***			
	(p)	(<0,001)			
Waves					
Wave 2	B	-0,024	-0,027	0,001	-0,128
Wave 4	B	-0,004	0,136	-0,151	-0,052
Wave 5	B	-0,153	-0,061	-0,300	-0,154
Wave 8	B	0,023	0,041	-0,048	0,037
Wave 9	B	0***	0***	0***	0***
	(p)	(<0,001)	(<0,001)	(<0,001)	(<0,001)
Leeftijd					
	B	0,008	0,010	0,007	0,006
	(p)	(<0,001)	(<0,001)	(<0,001)	(<0,001)
Geslacht					
Man	B	-0,290	0,003	-0,045	-0,064
Vrouw	B	0***	0***	0***	0***
	(p)	(0,083)	(0,860)	(0,158)	(0,015)
Rookstatus					
Roker	B	-0,080	-0,103	-0,078	-0,056
Niet-roker	B	0***	0***	0***	0***
	(p)	(<0,001)	(<0,001)	(0,042)	(0,061)
Sport/activiteiten					
Nooit	B	-0,760	-0,053	-0,100	-0,084
Wekelijks-Maandelijks	B	-0,035	-0,040	-0,035	-0,037
Meermaals per week	B	0***	0***	0***	0***
	(p)	(<0,001)	(0,105)	(0,006)	(0,005)
Hoogste opleidingsniveau					
Geen	B	-0,060	-0,052	-0,061	0,068
Primair onderwijs	B	-0,095	-0,038	-0,141	-0,076
Secundair onderwijs	B	-0,054	-0,037	-0,089	-0,040
Hoger onderwijs	B	0***	0***	0***	0***
	(p)	(<0,001)	(0,512)	(0,013)	(0,290)
Aantal Chronische ziekten					
	B	-0,023	-0,026	-0,031	-0,003
	(p)	(<0,001)	(<0,001)	(0,006)	(0,759)
CASP-12					
	B	0,097	0,093	0,107	0,086
	(p)	(<0,001)	(<0,001)	(<0,001)	(<0,001)
EURO-D					
	B	-0,097	-0,109	-0,074	-0,115
	(p)	(<0,001)	(<0,001)	(<0,001)	(<0,001)
Rondkomen met geld?					
Moeilijk	B	-0,244	-0,187	-0,335	-0,134
Makkelijk	B	0***	0***	0***	0***
	(p)	(<0,001)	(<0,001)	(<0,001)	(<0,001)
Geldtekort belemmert activiteiten?					
Ja	B	-0,059	-0,075	-0,109	0,082
Nee	B	0***	0***	0***	0***
	(p)	(<0,001)	(0,005)	(<0,001)	(0,010)

*QICC = Corrected Quasi likelihood under Independence model Criterion, een indicator voor de goodness-of-fit van een GEE model, waarbij lagere waarden duiden op een beter passende modellen.

B = parametercoëfficiënt; geeft aan hoeveel de verwachte levenstevredenheidsscore gemiddeld verandert als de bijbehorende voorspeller met 1 stijgt, terwijl de andere gelijk blijven. **P = p-waarden, berekend aan de hand van de Wald-Chi² test. P-waarden kleiner dan 0,05 geven aan dat deze parameters significant bijdragen aan het model. *Deze categorieën werden aangeduid als referentiecategorieën voor het model, waardoor de parametercoëfficiënten (B) automatisch naar 0 werden gezet. De laatste categorie van categoriale parameters werd hiervoor automatisch als referentiecategorie gekozen.

Tabel 3: GEE model 2 voor demografische + mentale + financiële + sociale variabelen.

Goodness of fit		Totaal n = 18.232	België n = 7.452	Frankrijk n = 6.931	Nederland n = 3.849
QICC*		226,724	102,220	123,052	58,552
Parameters**					
Intercept					
	B	1,504	1,530	1,181	1,074
	(p)	(<0,001)	(<0,001)	(0,003)	(0,020)
Land					
Nederland	B	-0,090			
Frankrijk	B	-0,398			
België	B	0***			
	(p)	(<0,001)			
Waves					
Wave 4	B	0,062	0,173	-0,078	0,045
Wave 8	B	0,030	0,042	-0,034	0,038
Wave 9	B	0***	0***	0***	0***
	(p)	(0,030)	(<0,001)	(0,173)	(0,416)
Leeftijd					
	B	0,010	0,012	0,008	0,012
	(p)	(<0,001)	(<0,001)	(<0,001)	(<0,001)
Geslacht					
Man	B	0,011	0,020	-0,003	0,024
Vrouw	B	0***	0***	0***	0***
	(p)	(0,606)	(0,537)	(0,761)	(0,453)
Rookstatus					
Roker	B	-0,066	-0,060	-0,082	-0,088
Niet-roker	B	0***	0***	0***	0***
	(p)	(0,020)	(0,109)	(0,062)	(0,082)
Sport/activiteiten					
Nooit	B	0,085	0,091	0,096	0,056
Wekelijks-Maandelijks	B	0,085	0,055	0,102	0,108
Meermaals per week	B	0***	0***	0***	0***
	(p)	(<0,001)	(0,019)	(0,014)	(0,027)
Hoogste opleidingsniveau					
Geen	B	-0,007	-0,084	0,036	0,161
Primair onderwijs	B	-0,041	0,050	-0,096	0,006
Secundair onderwijs	B	-0,036	-0,019	-0,062	-0,022
Hoger onderwijs	B	0***	0***	0***	0***
	(p)	(0,338)	(0,461)	(0,143)	(0,538)
Aantal Chronische ziekten					
	B	-0,020	-0,009	-0,038	-0,013
	(p)	(0,008)	(0,397)	(0,006)	(0,324)
CASP-12					
	B	0,093	0,088	0,104	0,080
	(p)	(<0,001)	(<0,001)	(<0,001)	(<0,001)
EURO-D					
	B	-0,077	-0,091	-0,057	-0,088
	(p)	(<0,001)	(<0,001)	(<0,001)	(<0,001)
Rondkomen met geld?					
Moeilijk	B	-0,273	-0,195	-0,371	-0,160
Makkelijk	B	0***	0***	0***	0***
	(p)	(<0,001)	(<0,001)	(<0,001)	(0,005)
Geldtekort belemmert activiteiten?					
Ja	B	-0,059	-0,077	-0,092	0,090
Nee	B	0***	0***	0***	0***
	(p)	(0,010)	(0,026)	(0,016)	(0,038)
Tevredenheid met sociale netwerk					
	B	0,105	0,101	0,090	0,182
	(p)	(<0,001)	(<0,001)	(<0,001)	(<0,001)
Grootte van sociale netwerk					
	B	0,015	0,015	0,015	0,020
	(p)	(0,007)	(0,066)	(0,140)	(0,028)
Aantal personen met dagelijks contact					
	B	0,069	0,096	0,046	0,067
	(p)	(<0,001)	(<0,001)	(0,022)	(0,003)
Tevredenheid met activiteiten					
	B	0,166	0,166	0,163	0,174
	(p)	(<0,001)	(<0,001)	(<0,001)	(<0,001)

*QICC = Corrected Quasi likelihood under Independence model Criterion, een indicator voor de goodness-of-fit van een GEE model, waarbij lagere waardes duiden op een beter passende modellen.

**B = parametercoëfficiënt; geeft aan hoeveel de verwachte levenstevredenheidsscore gemiddeld verandert als de bijbehorende voorspeller met 1 stijgt, terwijl de andere gelijk blijven. **P = p-

waarden, berekend aan de hand van de Wald- χ^2 test. P-waardes kleiner dan 0,05 geven aan dat deze parameters significant bijdragen aan het model. ***Deze categorieën werden aangeduid als referentiecategorieën voor het model, waardoor de parametercoëfficiënten (B) automatisch naar 0 werden gezet. De laatste categorie van categoriale parameters werd hiervoor automatisch als referentiecategorie gekozen.

Tabel 4: Lijst van alle geïnccludeerde en geëxcludeerde parameters voor GEE modellen 1 en 2.

Variabelen (33)	Geïnccludeerd*	Reden voor exclusie
Demografische variabelen (12)		
1. Leeftijd	JA	/
2. Land van herkomst	JA	/
3. Geslacht	JA	/
4. Burgerlijke staat	NEE	Droeg niet significant bij tot model
5. Woonsituatie	NEE	Droeg niet significant bij tot model
6. Huidige werkstatus	NEE	Droeg niet significant bij tot model
7. Bent u de afgelopen 12 maanden in een verpleeghuis opgenomen geweest?	NEE	Droeg niet significant bij tot model
8. Hoogste opleidingsniveau	JA	/
9. Aantal chronische ziekten	JA	/
10. Rookt u momenteel?	JA	/
11. Hoe vaak heeft u de afgelopen 3 maanden 6 of meer glazen alcohol gedronken?	NEE	Droeg niet significant bij tot model
12. Hoe vaak doet u aan fysieke activiteiten/sport?	JA	/
Mentale factoren (2)		
13. EURO-D	JA	/
14. CASP-12	JA	/
Sociale factoren (12)		
15. Hoe vaak doet u aan vrijwilligers-werk?	NEE	Redundant
16. Hoe vaak doet u aan sport, sociale activiteiten, clubs, etc?	NEE	Redundant
17. Hoe vaak leest u?	NEE	Redundant
18. Hoe vaak doet u aan bordspellen, kaartspellen, etc?	NEE	Redundant
19. Aantal familieleden in sociaal netwerk	NEE	Redundant
20. Aantal vrienden in sociaal netwerk	NEE	Redundant
21. Aantal collega's in sociaal netwerk	NEE	Redundant
22. Aantal andere personen in sociaal netwerk	NEE	Redundant
23. Aantal personen met dagelijks contact	JA	/
24. Tevredenheid met sociaal netwerk	JA	/
25. Grootte van sociaal netwerk	JA	/
26. Tevredenheid met activiteiten	JA	/
Financiële factoren (6)		
27. Effort/Reward index (ERI)	NEE	Droeg niet significant bij tot model
28. Vindt de u dat een geldtekort u weerhoudt om dingen te doen die u graag wilt doen?	JA	/
29. Kan het huishouden rondkomen met het huidige inkomen?	JA	/
30. Vindt u dat uw loon adequaat is voor uw werk?	NEE	Redundant
31. Hoeveel andere personen dragen bij aan het huishoudelijk inkomen?	NEE	Redundant
32. Gemiddeld huishoudelijk inkomen	NEE	Redundant
Andere variabelen (1)		
33. Wave nummer	JA	/

*Parameters werden verwijderd uit het model indien deze volgens multicollineariteitstesten redundant bleken te zijn, of indien deze niet significant bijdroegen tot het model ($p < 0,05$). Indien een demografische variabele niet significant bijdroeg maar wel voldeed aan bepaalde criteria kon deze in het model behouden worden. Deze voorwaarden zijn: De variabele heeft een rol als controlevariabele/confounder, de variabele is in één van de twee modellen wél significant.