

Oorspronkelijk artikel

Het verklaren van verschillen in ervaren kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen: een 'mixed-method' onderzoek

Anne van der Vorst · G. A. Rixt Zijlstra · Nico De Witte · Ruth G. M. Vogel ·
Jos M. G. A. Schols · Gertrudis I. J. M. Kempen · D-SCOPE Consortium

Samenvatting

Onderzoek over (multidimensionale) kwetsbaarheid richt zich veelal op tekortkomingen en het risico op negatieve gevolgen. Kwetsbare ouderen kunnen echter ook positieve uitkomsten ervaren, zoals een goede kwaliteit van leven (KvL). Om nieuwe, meer positief georiënteerde preventiestrategieën te kunnen ontwikkelen richt dit exploratief onderzoek zich op (a) het identificeren van factoren gerelateerd aan de KvL van kwetsbare ouderen; en (b) het verklaren van verschillen tussen kwetsbare ouderen met respectievelijk een 'hoge' en 'lage' KvL. Bij dit laatste ligt de focus op het identificeren van sterktes die kwetsbare ouderen met een 'hoge' KvL hebben. Kwantitatieve en kwalitatieve data zijn verzameld door middel van semigestructureerde interviews met Vlaamse thuiswonende, kwetsbare ouderen met een hoge ($N = 16$) en lage KvL ($N = 18$). De kwantitatieve analyses lieten zien dat de hoge KvL groep ouder was, in mindere mate psychisch kwetsbaar was en een hogere mate van zingeving rapporteerde dan de lage KvL groep. De kwalitatieve analyses wezen uit dat de ouderen in de hoge KvL groep beter omgingen met moeilijkheden, meer gebeurtenissen in het vooruitzicht hadden, meer activiteiten ondernamen en meer tevreden waren met hun sociale netwerk. Concluderend biedt dit exploratief onderzoek handvatten om de KvL van ouderen, ondanks hun kwetsbaarheid, te verhogen.

Een Engelstalige versie van dit artikel is verschenen in BMC Geriatrics: van der Vorst A, Zijlstra GAR, De Witte N, Vogel RGM, Schols JMGA, Kempen GIJM, D-SCOPE Consortium. Explaining discrepancies in self-reported quality of life in frail older people: a mixed-methods study. BMC Geriatr. 2017;17(1): 251. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0641-y>.

Trefwoorden multidimensionale kwetsbaarheid · welzijn · kwalitatief onderzoek · positieve gezondheid

Explaining discrepancies in self-reported quality of life in frail older people: a mixed-methods study

Abstract

Most research on (multidimensional) frailty focuses on deficits and risks of adverse outcomes. However, frail older people can still report positive outcomes, such as a relatively high QoL. In order to develop more positively oriented prevention strategies, this exploratory study aimed (a) to identify characteristics related to QoL among

frail older people; and (b) to explain discrepancies between higher and lower levels of QoL, with a specific focus on strengths frail older people with a higher QoL still may have. Quantitative and qualitative data was gathered by means of semi-structured interviews with Flemish community-dwelling, frail older people with higher ($n = 16$) and lower QoL levels ($n = 18$). Quantitative analyses showed that frail older people with a higher QoL were older, had lower levels of psychological frailty, and reported higher meaning in life compared to those with a lower QoL. Outcomes of qualitative analysis showed

that participants in the high QoL subgroup adapted more effectively to difficulties, had more things in prospect, performed more activities, and were more satisfied with their social network compared to the low QoL subgroup. To conclude, this exploratory study suggests possibilities to promote and improve QoL by strengthening specific resources among frail older people.

Please note that an English version of this article has been published in BMC Geriatrics: van der Vorst A, Zijlstra GAR, De Witte N, Vogel RGM, Schols JMGA, Kempen GIJM, D-SCOPE Consortium. Explaining discrepancies in self-reported quality of life in frail older people: a mixed-methods study. BMC Geriatr. 2017;17(1): 251. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0641-y>.

Keywords Multidimensional frailty · Wellbeing · Qualitative study · Strengths-based approach

Inleiding

Kwetsbaarheid bij ouderen wordt veelal geconceptualiseerd als een fysiek construct [1]. Desalniettemin is er een groeiende tendens om kwetsbaarheid vanuit

een multidimensionaal perspectief te bekijken waarbij ook omgevings-, psychische en sociale factoren in acht worden genomen [2, 3]. De prevalentie van kwetsbaarheid in onderzoek varieert tussen de 4,2 en 59,1 %, en is afhankelijk van de definitie die gebruikt wordt en de ouderen die geïncludeerd zijn [4]. Multidimensionale kwetsbaarheid is gerelateerd aan een hogere leeftijd [4, 5] en kan leiden tot beperkingen in de algemene dagelijkse activiteiten (ADL), hospitalisatie, opname in een zorginstelling en overlijden [6, 7]. Het is dan ook aannemelijk dat kwetsbaarheid het ‘zelfstandig thuis oud te worden’ in de weg kan staan, terwijl de meeste ouderen het liefst ‘oud worden in de eigen, vertrouwde omgeving’ [8]. Dit wordt ook vanuit de overheid gestimuleerd, niet in het minst om de kosten die gepaard gaan met opname in een zorginstelling te beperken [9]. Gezien het toenemend aantal ouderen [10], de negatieve consequenties van kwetsbaarheid en de wens en noodzaak om oud te worden in de eigen woonomgeving, zijn vroege opsporing en preventie van kwetsbaarheid belangrijke onderwerpen voor zowel onderzoek, de politiek, als de klinische praktijk.

In de afgelopen decennia is kwetsbaarheid vooral benaderd vanuit een ‘deficit-approach’, oftewel een benadering gericht op tekorten. De focus ligt hierbij op zaken die mensen niet langer meer kunnen en het risico dat zij lopen op negatieve uitkomsten [6, 7]; kwetsbaarheid wordt dan gedefinieerd als een ‘openstapeling van tekorten’ [11]. In tegenstelling tot deze veelal negatieve benadering vanuit onderzoek en de klinische praktijk, blijken ouderen zelf vaak veel minder gefocust te zijn op wat niet meer goed gaat [12, 13]. Recente kwalitatieve onderzoeken laten zien dat ouderen de voorkeur geven aan ondersteuning gericht op het verhogen van hun autonomie en welzijn, in plaats van interventies die ingrijpen op ziektes en tekortkomingen [12, 13]. Ook hekelen zij een aanpak waarbij iedere oudere wordt gezien als iemand met (een risico op) tekortkomingen [12]. Uit kwalitatief onderzoek blijkt dat dergelijke stereotyperingen ook negatieve gevolgen kunnen hebben. Ouderen die als kwetsbaar bestempeld werden door anderen, gingen zich bijvoorbeeld daadwerkelijk kwetsbaar voelen en zich ook zo gedragen [14].

Een ‘strengths-based approach’, oftewel een benadering gericht op krachten, waarbij ook wordt gekeken naar competenties en mogelijkheden die ouderen zelf nog hebben [15, 16], lijkt te passen bij de voorkeuren van kwetsbare ouderen. Ook kan een dergelijke aanpak mogelijk van toegevoegde waarde zijn bij het ontwikkelen van preventiestrategieën met betrekking tot kwetsbaarheid. Omdat (ook) kwetsbare ouderen nog een goede kwaliteit van leven (KvL) kunnen ervaren, kan inzicht in factoren die hieraan bijdragen als een uitgangspunt dienen voor een dergelijke ‘strengths-based approach’. Eerder onderzoek liet bijvoorbeeld zien dat bijna 50 % van de respondenten die allen minstens kwetsbaar waren in het fysieke domein, nog een

Het D-SCOPE consortium is een internationale onderzoeksgroep, bestaande uit onderzoekers van de Universiteit van Antwerpen, Vrije Universiteit Brussel, Hogeschool Gent, Katholieke Universiteit Leuven (België) en Maastricht University (Nederland): Peter Paul De Deyn, Liesbeth De Donder, Jan De Lepeleire, Ellen De Roeck, Nico De Witte, Eva Dierckx, Daan Duppen, Sarah Dury, Sebastiaan Engelborghs, Bram Fret, Sylvia Hoens, Lieve Hoeyberghs, Tinie Kardol, Gertrudis I.J.M. Kempen, Deborah Lambotte, Birgitte Schoenmakers, Jos M.G.A. Schols, An-Sofie Smetcoren, Michaël Van Der Elst, Anne van der Vorst, Dominique Verté, G.A. Rixt Zijlstra.

Elektronisch aanvullend materiaal De online versie van dit artikel (<https://doi.org/10.1007/s12439-018-0261-9>) bevat aanvullend materiaal, toegankelijk voor daartoe geautoriseerde gebruikers.

A. van der Vorst (✉) · G. A. R. Zijlstra · J. M. G. A. Schols · G. I. J. M. Kempen
Department of Health Services Research, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Maastricht University, Maastricht, Nederland
e-mail: a.vandervorst@maastrichtuniversity.nl

N. De Witte
Faculty of Psychology and Educational Sciences, Vrije Universiteit Brussel, Brussel, België

Faculty of Education, Health and Social Work, Hogeschool Gent, Gent, België

R. G. M. Vogel
Research Centre for Community Care, Zuyd Hogeschool, Heerlen, Nederland

J. M. G. A. Schols
Department of Family Medicine, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Maastricht University, Maastricht, Nederland

goede tot uitstekende KvL rapporteerde [17]. In een ander onderzoek rapporteerde 46 % van de fysiek kwetsbare vrouwen nog een goede KvL [18], terwijl in een kwalitatief onderzoek 8 van de 11 kwetsbare deelnemers een voldoende tot goede KvL rapporteerden [19]. Daarnaast is in kwalitatief onderzoek gekeken wat een goede KvL voor (kwetsbare) ouderen betekent. Het hebben van sociale contacten, (fysiek) gezond zijn, psychisch welbevinden, in staat zijn om activiteiten te ondernemen en zowel thuis als in de buurt over voldoende faciliteiten beschikken werden hierbij genoemd [19]. Er is echter nog weinig bekend over factoren die bijdragen aan het daadwerkelijk verhogen van de KvL. Eerder onderzoek heeft wel aangetoond dat kwetsbare ouderen met een hogere leeftijd een hogere KvL rapporteerden [20], net als kwetsbare ouderen die zichzelf vergeleken met anderen in een slechtere situatie [19], maar het doel van deze onderzoeken was niet om sterktes (zowel intrinsiek als extrinsiek) die kwetsbare ouderen nog kunnen hebben te identificeren. Dergelijke kennis is echter nodig om te komen tot een 'strengths-based approach', waarin competenties en mogelijkheden van mensen centraal staan [15, 16].

Het doel van het huidige 'mixed-method' onderzoek was tweeledig: (1) het karakteriseren van thuiswonende, kwetsbare ouderen met een 'hoge' en 'lage' KvL; en (2) het verklaren van verschillen in de ervaren KvL, met een specifieke focus op het identificeren van sterktes die kwetsbare ouderen met een hogere KvL hebben. Het gaat hierbij niet zozeer om het onderzoeken van associaties tussen kwetsbaarheid en KvL, maar om het identificeren van factoren die kunnen bijdragen aan de KvL, ondanks de kwetsbaarheid die ouderen ervaren. Deze inzichten kunnen als basis dienen om interventies meer 'op maat' te maken, als ook om op meer positieve wijze te interveniëren.

Data en methode

Onderzoeksopzet en deelnemers

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van data van een mixed-method onderzoek dat is uitgevoerd binnen het D-SCOPE project (Detection, Support and Care for older people: Prevention and Empowerment, www.d-scope.be). Het D-SCOPE project heeft als doel om multidimensionale kwetsbaarheid vroegtijdig op te sporen zodat ouderen langer in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen. Hierbij wordt gekeken naar zowel sterktes als zwaktes van ouderen (bijvoorbeeld betreffende het lichamelijke functioneren). Dit mixed-method onderzoek werd uitgevoerd tussen november 2015 en april 2016. Respondenten dienden 60 jaar of ouder te zijn en zelfstandig te wonen. Ouderen werden geëxcludeerd wanneer zij voor zorg opgenomen waren of niet in staat waren antwoord te geven op eenvoudige vragen. In totaal namen 121 Vlaamse thuiswonende

ouderen deel aan het mixed-method onderzoek binnen het D-SCOPE project. Zij werden grotendeels geselecteerd op basis van risicoprofielen voor kwetsbaarheid [5, 21], met als doel om op gestratificeerde wijze een groter aantal kwetsbare ouderen te includeren. Door middel van deze selectiestrategie werd getracht meer respondenten met een minimale leeftijd van 75 jaar, ouderen zonder partner, ouderen met een migratieachtergrond en ouderen die in de afgelopen 10 jaar verhuisd waren [5] te includeren. Professionals werkzaam bij zorgorganisaties in Vlaanderen selecteerden potentiële respondenten uit hun cliëntenbestand en informeerden potentiële deelnemers over het onderzoek. Na toestemming voor deelname aan het onderzoek door de oudere gaf de medewerker van de zorgorganisatie de contactgegevens van de oudere door aan het onderzoeksteam. Daarnaast werd er gebruik gemaakt van 'snowball sampling'. Respondenten vroegen hierbij bijvoorbeeld aan vrienden, familieleden of andere bekenden of zij ook zouden willen deelnemen. Indien hiervoor toestemming werd gegeven, werden contactgegevens gedeeld met het onderzoeksteam. Alle 121 deelnemers tekenden het toestemmingsverklaringsformulier (informed consent). De Ethische Commissie in de Humane Wetenschappen van de Vrije Universiteit Brussel gaf toestemming voor het onderzoek (ECHW_031).

Voor het huidige deelonderzoek werden kwetsbare ouderen met een 'hoge' KvL (cijfer ≥ 8 op een schaal van 0 tot 10, $N = 16$) dan wel een 'lage' KvL (≤ 6 , $N = 18$) geïncludeerd. De afkappunten voor een hoge en lage KvL werden bepaald door middel van tertielen zodat de groepen voldoende van elkaar verschilden en van ongeveer gelijke omvang waren. "Kwetsbaar" werd gedefinieerd als een score tussen 38,76 en 100 op de CFAI (Comprehensive Frailty Assessment Instrument, [22] – welke nader wordt uitgelegd in de paragraaf *Meetinstrumenten en dataverzameling*). Dit afkappunt van 38,76 is gebaseerd op clusteranalyses (De Witte et al., beschikbaar op aanvraag). Zes onderzoekers binnen het D-SCOPE team hebben de interviews afgenomen (inclusief auteur AvdV; allen promovendi; 3 vrouwelijk). Twee van de interviews in de huidige deelstudie zijn afgenomen in het bijzijn van een tolk wegens een taalbarrière.

Meetinstrumenten en dataverzameling

In het kader van het D-SCOPE project is een concurrent mixed-method design toegepast; kwantitatieve en kwalitatieve data zijn tegelijkertijd verzameld, bij de respondenten thuis. Hierbij zijn allereerst de volgende socio-demografische kenmerken in kaart gebracht: leeftijd, geslacht, nationaliteit, geboorteplaats, burgerlijke staat en woonsituatie (alleen- of samenwonend). Daarna werd het algehele cognitieve functioneren in kaart gebracht met de Montreal Cognitive Assessment (MoCA) [23], een gevalideerd

cognitief screeninginstrument [24]. In de huidige deelstudie zijn de MoCA scores enkel gebruikt om de respondenten te beschrijven (zowel de totale groep, als ook de subgroepen gebaseerd op de KvL scores). De MoCA brengt verschillende domeinen binnen het cognitieve functioneren in kaart, zoals het geheugen, visueel-ruimtelijke vaardigheden (bijvoorbeeld klok tekenen), executief functioneren, spreekvaardigheid/vloeiendheid in taal, aandacht, concentratie, werkgeheugen, taal en oriëntatie. De score op de MoCA heeft een range van 0–30, waarbij een score van 26 of lager duidt op de aanwezigheid van cognitieve problemen [23]. Daaropvolgend is kwetsbaarheid gemeten aan de hand van de gevalideerde CFAI [22]. De CFAI meet omgevingskwetsbaarheid (bijvoorbeeld of het huis in goede staat is), fysieke kwetsbaarheid (bijvoorbeeld problemen met wandelen), psychische kwetsbaarheid (bijvoorbeeld stemmingsproblematiek en emotionele eenzaamheid) en sociale kwetsbaarheid (bijvoorbeeld sociale eenzaamheid en het potentiële steunnetwerk). De scores per kwetsbaarheidsdomein hebben een range van 0–25, de score voor algehele kwetsbaarheid heeft een range van 0–100 [22]. Een hogere score indiceert hierbij een meer ernstige mate van kwetsbaarheid [22]. Voor de vergelijkbaarheid zijn de scores per domein in deze studie omgescord naar een schaal van 0–100.

Vervolgens is KvL gemeten met de vraag: “Op een schaal van 0–10, hoe schat u uw kwaliteit van leven in op dit moment? Hiermee wordt bedoeld wat u van uw leven vindt. Bijvoorbeeld of u tevreden bent met uw leven, of u plezier in uw leven heeft en of uw leven u voldoening geeft”. Ook zijn zingeving (“Op een schaal van 0–10, in hoeverre heeft u het gevoel dat uw leven zinvol is -bijvoorbeeld de moeite waard, betekenisvol, dat u ergens naar uit kijkt of naar streeft-?”) en zelfregie (“Op een schaal van 0–10, hoeveel controle heeft u op de dingen die gebeuren in uw leven?”) in kaart gebracht. Deze laagste (0) en hoogste (10) scores betekenen respectievelijk een extreem lage (slechte) en een extreem hoge (goede) KvL, zingeving of zelfregie [25].

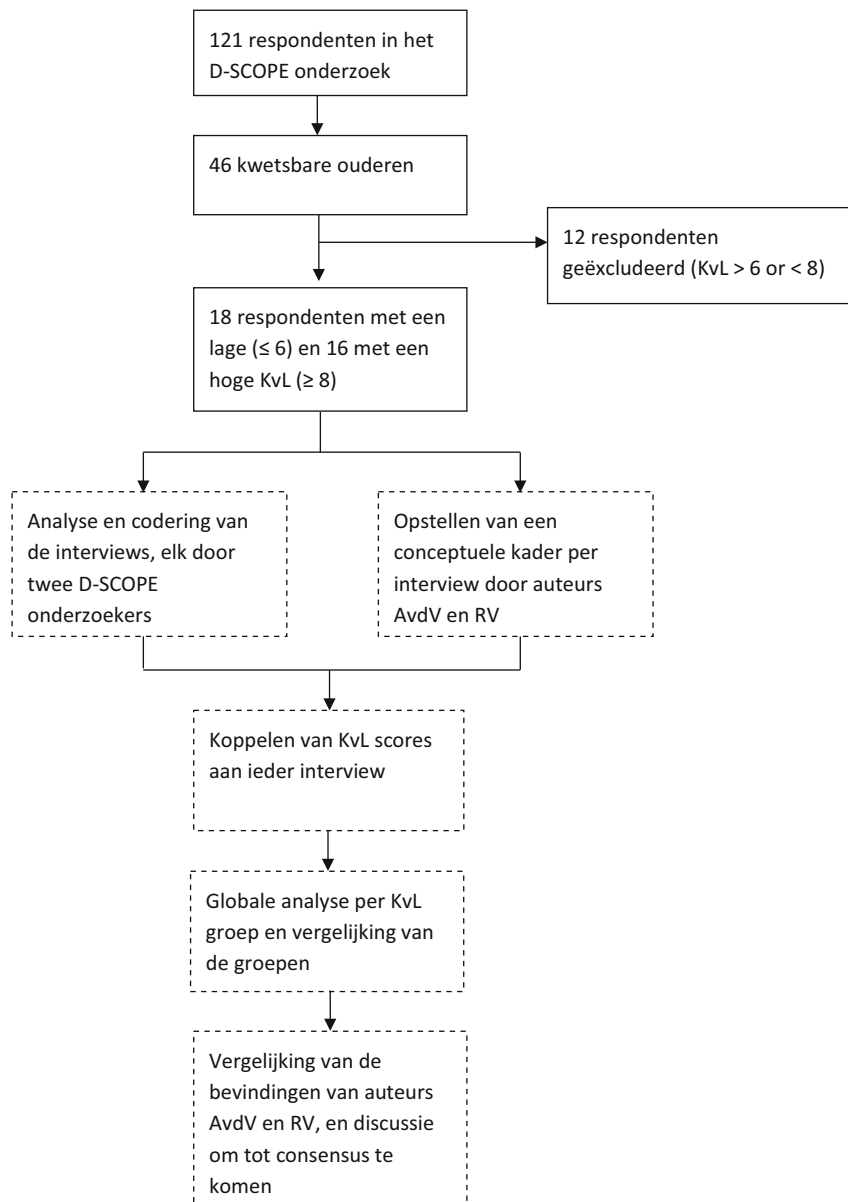
De topiclijst van de kwalitatieve interviews bevatte vragen over de betekenis van het begrip kwetsbaarheid, aspecten in het leven die belangrijk zijn voor de KvL, de invloed van kwetsbaarheid op de KvL, factoren die bijdragen aan de KvL ondanks kwetsbaarheid, positieve en negatieve kantelmomenten en het toekomstperspectief. In Bijlage I is de volledige, semigestructureerde vragenlijst te vinden. Aan de respondenten werd verteld dat het doel van het interview was om inzicht te krijgen in factoren die kunnen bijdragen aan het langer thuis blijven wonen door ouderen. Voorafgaand aan de afname van de vragenlijsten hebben de onderzoekers deelgenomen aan een 6-uur durende training, gericht op technieken die van pas komen tijdens kwalitatief onderzoek. De duur van de daadwerkelijke interviews varieerde van één tot twee-en-een-half uur, en de inter-

views werden opgenomen via Audacity (<https://www.audacityteam.org/>). De interviews werden vervolgens letterlijk getranscribeerd. Dit betekent dat het werd uitgeschreven wanneer een respondent slechts een deel van een woord uitsprak, als ook wanneer er gevoelens werden geuit (bijvoorbeeld een lach). De transcripties zijn niet aan de respondenten voorgelegd; zij zijn niet in de gelegenheid gesteld om het na te lezen en te corrigeren.

Data analyse

De kwantitatieve en kwalitatieve data zijn in eerste instantie apart van elkaar geanalyseerd. Met de kwantitatieve data zijn allereerst beschrijvende analyses uitgevoerd voor de socio-demografische karakteristieken en de scores op de MoCA en CFAI. Om de verschillen tussen de lage (≤ 6) en hoge (≥ 8) KvL groepen te toetsen, zijn chi kwadraat toetsen (categorische data, zoals geslacht) en t-toetsen voor onafhankelijke steekproeven (continue data; leeftijd, MoCA, zingeving en multidimensionale kwetsbaarheid) of Mann-Whitney U toetsen (niet-normaal verdeelde data; KvL en zingeving) uitgevoerd in SPSS voor Windows, versie 24.0 (Armonk, NY: IBM Corp).

De kwalitatieve data van alle interviews die zijn afgenomen binnen het D-SCOPE project zijn allereerst door de zes onderzoekers die de interviews afgenomen hebben geanalyseerd met behulp van MAXQDA (versie 12, licentie voor studenten). Hierbij is gemaakt van de ‘Qualitative Analysis Guide of Leuven’ [26]. Ieder interview is door twee onderzoekers, onafhankelijk van elkaar, gecodeerd om de betrouwbaarheid van de analyses te vergroten. Deze twee onderzoekers waren opgeleid in verschillende vakgebieden (bijvoorbeeld agogische wetenschappen, gerontologie, psychologie en verpleegkunde) om ervoor te zorgen dat verschillende perspectieven in acht werden genomen. De meeste thema’s (codes) zijn vooraf opgesteld, gebaseerd op de gestelde vragen. Voor het huidige onderzoek heeft daarnaast één onderzoeker (auteur AvdV) de transcripties van de interviews met de 34 geïncludeerde respondenten gelezen en één andere onderzoeker (auteur RV) de transcripties van de interviews met 10 willekeurige respondenten. Beide onderzoekers waren geblindeerd voor de KvL score en hebben samenvattingen gemaakt. Hierbij is de essentiële informatie uit ieder interview gehaald en op conceptuele wijze beschreven om per interview tot een conceptueel kader te komen [26]. Vervolgens werden de coderingen, die eerder gemaakt werden door de zes onderzoekers in MAXQDA, en de conceptuele kaders bij elkaar genomen om een analyse per KvL groep te maken. De bevindingen van beide onderzoekers (auteurs AvdV en RV) zijn naast elkaar gelegd en bediscussieerd om tot overeenstemming te komen. Fig. 1 geeft een visuele weergave van dit proces.



Figuur 1 Stroomschema van het selectieproces (—) en de kwalitatieve analyses (---)

Voor de verdere interpretatie van de resultaten werden de kwantitatieve en kwalitatieve bevindingen naast elkaar gelegd, waarbij het accent lag op de kwalitatieve bevindingen vanwege het exploratieve karakter van dit onderzoek.

Resultaten

Karakteristieken van de respondenten

De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 80,7 jaar en varieerde van 66 tot 94 jaar. 61,8% was vrouw, 8,8% had een migratieachtergrond, 61,8% was weduwe of weduwnaar en 67,6% woonde alleen (zie ook tab. 1).

Vergelijking KvL groepen op basis van kwantitatieve data

Uit de kwantitatieve analyses bleek dat de respondenten in de hoge KvL groep (≥ 8 ; $N = 16$) op enkele gebieden significant verschilden van de lage KvL groep (≤ 6 , $N = 18$). De ouderen met een hoge KvL waren ouder en in mindere mate psychisch kwetsbaar, en rapporteerden een hogere mate van zingeving (tab. 1).

Vergelijking KvL groepen op basis van kwalitatieve data

Tijdens de kwalitatieve interviews zijn de volgende thema's behandeld: multidimensionale kwetsbaarheid, welzijn, omgang met problemen, kantelmomenten en toekomstperspectief.

Tabel 1 Karakteristieken van de respondenten en vergelijking van de KvL groepen

	Totaal (n= 34)	Lage KvL groep (n= 18)	Hoge KvL groep (n= 16)	Versillen tussen de groepen		
<i>Socio-demografisch</i>						
Leeftijd (gemiddeld) (SD)	80,7 (7,3)	78,1 (6,5)	83,9 (7,0) ^a	*		
Vrouwelijk geslacht (%) (N)	61,8	21	61,1	11	62,5	10
Migratieachtergrond (%) (N)	8,8	3	11,1	2	6,3	1
Burgerlijke staat (%) (N)						
– Gehuwd	11,8	4	16,7	3	6,3	1
– Nooit gehuwd	11,8	4	5,6	1	18,8	3
– Gescheiden	14,7	5	27,8	5	–	0
– Weduwe/weduwnaar	61,8	21	50,0	9	75,0	12
Woonsituatie (%) (N)						
– Alleen	67,6	23	72,2	13	62,5	10
– Met partner	11,8	4	16,7	3	6,3	1
– Met kind(eren)	17,6	6	11,1	2	25,0	4
– Met anderen	2,9	1	–	0	6,3	1
<i>Cognitie</i>						
– MoCA (gemiddeld) (SD)	19,9 (4,1)	18,8 (4,4) ^b	–	21,2 (3,3) ^c		
<i>Kwetsbaarheid (gemiddeld) (SD)</i>						
Algeheel	50,4 (8,6)	53,1 (8,3)	47,3 (8,3)			
– Omgeving	31,3 (17,7)	26,7 (19,2)	36,6 (14,7)			
– Fysiek	81,3 (22,5)	82,0 (21,1)	80,5 (24,6)			
– Psychisch	40,0 (22,9)	52,0 (16,2)	26,6 (19,7)			**
– Sociaal	52,3 (18,6)	52,9 (15,1)	51,6 (22,4)			
<i>Kwaliteit van leven</i>						
VAS-schaal (mediaan)	6	6	9			**
<i>Zingeving</i>						
VAS-schaal (gemiddeld) (SD)	7,6 (1,9)	6,9 (2,1)	8,4 (1,3)			*
<i>Zelfregie</i>						
VAS-schaal (mediaan)	8	8	8,5			

Lage KvL: ≤6 op een schaal van 0–10. Hoge KvL: ≥8. Cognitie (MoCA): range 0–30, afkappunt voor een Milde Cognitieve Stoornis is ≤26. Kwetsbaarheid (Comprehensive Frailty Assessment Instrument): range 0–100 per domein, waarbij hogere scores een hogere mate van kwetsbaarheid aanduiden

SD Standaard Deviatie, MoCA Montreal Cognitive Assessment, KvL Kwaliteit van leven, VAS Visueel Analoge Schaal

^aN= 15

^bN= 17

^cN= 13

*p-waarde van <0,05; **p-waarde van <0,001

Thema 1: Multidimensionale kwetsbaarheid

De meerderheid van de respondenten in beide KvL groepen identificeerde zichzelf niet met het beeld van een kwetsbare oudere. Wel rapporteerde het merendeel problemen in minstens een van de volgende gebieden: fysieke gezondheid, sociale contacten, psychisch welbevinden, de woonomgeving en het cognitieve functioneren. Enkele voorbeelden van problemen in de fysieke gezondheid waren het verliezen van spierkracht, mobiliteitsproblemen, een verminderde visus en gehoorverlies. Ook noemden de respondenten negatieve gevolgen, zoals het verlies van zelfvertrouwen na een val. Daarnaast zei een mannelijke respondent (>75 jaar): *'Ik ging zo graag vissen. Ik heb alles moeten wegdoen. Ik zag mijn dobber niet meer'*. Betreffende hun sociale netwerk gaven respondenten in beide groepen aan dat zij gevoelens van eenzaamheid ervaarden en een afname in sociale contacten, bijvoorbeeld doordat familieleden of vrienden overleden waren of gezondheidsproblemen hadden. Voor wat betreft het psychisch welbevinden benoemden respondenten dat zij vaker piekerden, zich meer zorgen maakten en gevoeliger waren voor zaken die andere mensen zeiden. Een vrouwelijke respondent (>80 jaar) vertelde bijvoorbeeld: *'Vroeger zou ik zeggen van allé trekt u dat niet aan. Maar dat doet ge niet meer als ge oud zijt. Dat is eigenaardig eh. Ge hebt die macht niet meer'*. Daarnaast hadden twee respondenten in het verleden te maken gehad met depressies en werden stemmingswisselingen benoemd. Een mannelijke respondent (>75 jaar) vertelde: *'Het kan zijn als u hier buiten bent, dat ik vanavond in zak en as zit. Ja dat ik doodbedroefd ben dat ik haar (overleden echtgenote, red.) niet heb'*. Over de leefomgeving werden enkele negatieve aspecten benoemd zoals weinig faciliteiten (bijvoorbeeld winkels) in de buurt, minder contact met burens dan gewenst en een afname in het aanbod van hulp door burens. Een vrouwelijke respondent (>70 jaar) benoemde de veranderingen in haar buurt als volgt: *'De eerste generatie mensen die hier woonden waren vrienden, we gingen samen naar concerten, we deden dingen samen. De tweede generatie dat waren vriendelijke mensen, maar dat waren geen vrienden niet meer. En nu er wonen nog een aantal stokoude mensen die nog moeilijk uit de voeten kunnen, die dus geen computer meer hebben, die ook eigenlijk geïsoleerd zijn. Plus een aantal jonge mensen, veel vreemdelingen die zelfs gewoon geen goeiedag zeggen ... Dat was vroeger ondenkbaar'*. Voor wat betreft de interne leefomgeving werd enkele keren genoemd dat het huis niet meer toereikend was, bijvoorbeeld vanwege mobiliteitsproblemen. Hierbij kan gedacht worden aan de wens om een bad door een douche te vervangen, of naar een gelijkvloerse woning te verhuizen omdat men moeite had met traplopen. Betreffende het cognitieve functioneren benoemden enkele respondenten dat zij geheugenproblemen ervoeren of dat anderen hen wel eens confronteerden met iets

dat zij vergeten waren. Ook waren enkele respondenten bang om ernstige geheugenproblemen te ontwikkelen. Tot slot werd in beide groepen enkele keren genoemd dat men moeite had om 'bij te blijven' in de huidige maatschappij.

Ondanks dat de ervaren kwetsbaarheid in beide groepen vergelijkbaar was, werden er wel enkele verschillen waargenomen met betrekking tot specifieke factoren die respondenten aanhaalden. Zo vertelden alleen respondenten in de hoge KvL groep ook positieve verhalen over hun sociale contacten. Een mannelijke respondent (>85 jaar) deelde bijvoorbeeld met de interviewer dat hij zich nooit alleen/eenzaam voelt omdat hij altijd samen met zijn kinderen dineert. Daarnaast werd enkel in de lage KvL groep een aantal malen genoemd dat men niet genoeg financiële middelen had om gewenste activiteiten te kunnen ondernemen.

Thema 2. Welzijn.

Subthema 1: Kwaliteit van leven In beide KvL groepen werd aangegeven dat de volgende aspecten van belang zijn voor de KvL: het ondernemen van activiteiten (zoals tuinieren); onafhankelijkheid; beschikken over voldoende financiële middelen; (fysiek) gezond zijn; optimistisch zijn; huisdieren hebben; sociale contacten hebben met partner, familieleden, burens en/of vrienden; en reizen.

Bij het vergelijken van beide groepen bleek dat enkel in de hoge KvL groep genoemd werd dat het van belang is om iets in het vooruitzicht te hebben en om anderen te kunnen helpen. Een mannelijke respondent (>75 jaar) zei bijvoorbeeld: *'Ik moet zeggen, ge moogt in de diepste put zitten en ge doet dat [anderen helpen, red.], en ge krijgt die blik terug. Uw dag is goed he. Dat is verbazend hoe dat werkt'*. Daartegenover werden enkel in de lage KvL groep 'onvervulde behoeften' genoemd. Terwijl beide groepen aangaven dat het ondernemen van activiteiten en sociale contacten van belang zijn voor een goede KvL, benoemde de lage KvL groep ook gevoelens van eenzaamheid, het hebben van onvoldoende sociale contacten en het niet in staat zijn om gewenste activiteiten te ondernemen. Een andere 'onvervulde' behoefte werd, via een tolk, gedeeld door een vrouwelijke respondent (>65 jaar): *'Ze zegt uhm, om kwaliteitsvoller te leven en een zinvol leven te hebben, is vooral de gezondheid van belang. Dus dat je gezond moet zijn en ook wel financiële middelen. Dat moet je ook wel hebben want ja, als je het geld er niet voor hebt, dan ja ...' [...]* *'Dat vermoet mij ook enorm zegt ze. Dus omdat ze constant moet opletten op haar geld'*.

Subthema 2: Zingeving In beide groepen werden de volgende factoren van belang geacht voor de zingeving in het leven: zelfstandig in de eigen leefomgeving oud kunnen worden, goede familiebanden en sociale contacten hebben, activiteiten kunnen ondernemen, huisdieren hebben en van waarde kunnen zijn voor ande-

ren. Een mannelijke respondent (>85) vertelde bijvoorbeeld: *‘Moesten de kinderen daar niet meer zijn, ja dan zou ik om het leven niets meer geven, niets. Dan ik even goed zeggen, ik wens mijn eigen dood dan. Ik ben daar [met de kinderen, red.] heel content mee en ik heb daar altijd mijn bezigheid mee. Ah ja. Tuurlijk. He! Vandaag ga ik soep maken’.*

Bij het vergelijken van beide groepen bleek dat alleen in de hoge KvL groep genoemd werd dat respondenten nog gebeurtenissen hadden waar zij naar uit keken – zoals het zien opgroeien van kleinkinderen, of iedere zaterdag met een vriend(in) een kop koffie gaan drinken. Daarnaast kwamen ook hier onvervulde behoeften naar voren in de lage KvL groep. Een vrouwelijke respondent (>65 jaar) vertelde bijvoorbeeld dat haar kinderen en kleinkinderen belangrijk waren voor haar zingeving, maar zij woonden in het buitenland, waardoor er minder contact was dan zij wenste.

Thema 3: Omgang met problemen

Subthema 1: Individuele factoren In beide groepen werden de volgende manieren genoemd om met problemen om te gaan: acceptatie, het actief proberen op te lossen van problemen, het uiten van gevoelens en emoties, optimisme, troost zoeken in het geloof, afleiding zoeken (bijvoorbeeld door het uitoefenen van hobby's) en zichzelf vergelijken met anderen die er slechter aan toe zijn. Betreffende het ‘actief’ omgaan met problemen deden bijvoorbeeld enkele respondenten met cognitieve klachten geheugentraining en probeerden anderen fysiek actief te zijn ondanks hun lichamelijke beperkingen.

Sommige manieren van omgaan met problemen leken vaker voor te komen in de hoge KvL groep. Zij focusten bijvoorbeeld niet zozeer op wat zij niet meer konden, maar vooral op waar zij nog wel toe in staat waren, of ze probeerden iets te veranderen aan hun situatie. Een mannelijke respondent (>80 jaar) vertelde bijvoorbeeld: *‘Vroeger kon ik nog fietsen, nu ga ik op bezoek bij kameraden en vrienden en familie’.* Ook zocht de hoge KvL groep vaker zelf steun bij familie en vrienden. De lage KvL groep nam minder snel het initiatief tot contact, ook niet op momenten dat zij eigenlijk wel behoefte hadden aan steun. Daarnaast kwam de hoge KvL groep meer overtuigend over in de manier waarop zij omgingen met problemen. Een mannelijke respondent (>80 jaar) reageerde bijvoorbeeld op de vraag *‘En u hebt geprobeerd dat op te lossen?’* met: *‘Ja. Ik heb dat niet geprobeerd, ik heb dat gedaan. Ik heb dat gedaan’.* De strategieën die respondenten in de lage KvL groep gebruikten in het omgaan met problemen leken niet altijd effectief. Zo antwoordde een vrouwelijke respondent (>80 jaar) op de vraag *‘Wat denkt u dat een oudere moet doen om de kwaliteit van leven te behouden?’* met: *‘De optimist blijven. Optimist blijven. (...) Dat wordt moeilijker. Dan vraagt ge u af: Wat blijft er nog over? Ik*

ben dikwijls in mijn eigen bezig... wat doe ik hier nog?’.

Ook reageerden enkele respondenten in de lage KvL groep op meer passieve wijze, hetgeen niet altijd leek te helpen. Een vrouwelijke respondent (>65 jaar) zei, via haar tolk, bijvoorbeeld: *‘En ook dat ze hier alleen komt. En dan de leegte, eenzaamheid vooral. En in haar eentje dat ze gewoon tv kijkt. En dan kijkt ze gewoon los tv, zo zonder er bij na te denken. En dan is het precies dat mijn hersenen een beetje verdoofd zijn zegt ze’.*

Subthema 2: Buurt en leefomgeving In beide groepen leefden enkele respondenten samen met hun kind in één huis. Zij gaven aan dat dit eraan bijdroeg dat zij nog zelfstandig thuis konden wonen. Daarnaast werden de volgende aspecten van belang geacht bij het (langer) thuis kunnen blijven wonen: het hebben van een gelijkvloerse woning, hulp ontvangen van burens, in de nabijheid van faciliteiten (zoals winkels) wonen en gehecht zijn aan de woonomgeving. Zo was een vrouwelijke respondent (>70 jaar) emotioneel erg gehecht aan haar woning omdat haar overleden echtgenoot dit gebouwd had. Dit zorgde ervoor dat zij minder moeite had met het omgaan met moeilijkheden in huis zoals traplopen.

Bij het vergelijken van beide KvL groepen zijn ten aanzien van de buurt en leefomgeving geen duidelijke verschillen gevonden.

Subthema 3: (In)formele zorg en sociale steun De meerderheid van de respondenten in beide groepen ontving informele zorg van familieleden of burens. Een vrouwelijke respondent (>85 jaar) ontving zelfs hulp van haar voormalige schoonzoon. De respondenten waren veelal positief over de hulp die zij ontvingen. Betreffende de formele zorg benoemden respondenten voornamelijk het belang van het (sociale) contact dat hierbij komt kijken, zoals het opbouwen van een vertrouwensrelatie, het kunnen uiten van gevoelens en het vertellen over problemen. Daarnaast was het geruststellend dat ze iemand hadden bij wie ze terecht konden. Dit sociale aspect was soms nog belangrijker dan de daadwerkelijke zorg (bijvoorbeeld in het huishouden). Een vrouwelijke respondent (>80 jaar) vertelde: *‘Ik ben gelukkig als ik ze zie. Want ik beschouw die, ik zal ook nooit zeggen een hulp. Nee nee, dan zeg ik altijd mijn vriendin’.* Een negatief aspect aan het ontvangen van (in)formele zorg was dat dit respondenten extra confronteerde met zaken die zij niet langer konden. Ook was er sprake van gevoelens van afhankelijkheid of de angst afhankelijk te worden. Een vrouwelijke respondent (>85 jaar) vertelde bijvoorbeeld: *‘Ik zou heel graag regelmatig nog een keer op restaurant gaan. Maar alleen kan ik dat niet. Ik heb altijd iemand nodig voor met mij mee te gaan. Ik ben al een keer geweest met de verzorgster, maar zij moet dan ook aan euh, aan haar organisatie toelating [toestemming, red.] vragen en dan ja, ik kan altijd voor haar niet betalen. Zodus dat valt dan ook weg’.* Daarnaast waren er enkele respondenten die zaken liever niet uit handen gaven. Zo vertelde een man-

nelijke respondent (>80 jaar): *‘On fait tout nous même parce que j’en, j’en avais ras le bol. Non, non, non ... Les enfants croient qu’ils savent mieux faire que nous. Non, on sait bien le faire’,* oftewel: *‘Wij doen alles zelf omdat ik, omdat ik het zat was. Neen, neen, neen ... De kinderen denken dat ze het beter kunnen dan wij. Neen, we kunnen het zelf ook’.* Tot slot zijn enkele negatieve ervaringen met formele zorg genoemd, zoals dat men zich als een nummer behandeld voelde.

Bij het vergelijken van beide groepen werden enkele verschillen waargenomen. In de hoge KvL groep maakten meer respondenten gebruik van hulpmiddelen dan in de lage KvL groep. Dit stelde hen in staat om activiteiten te ondernemen. Zo vertelde een vrouwelijke respondent (>85 jaar): *‘En als het goed weer is kan ik op een achternoon [namiddag, red.] tien keer tot aan mijn hek gaan. Met me karrekke [rollator, red.], voor mijn knieën, en dat doet deugd. En er loopt toch altijd één, met wie dat ge dan kunt klappen [praten, red.]’.* Daarnaast namen respondenten in de hoge KvL groep vaker deel aan activiteiten die werden aangeboden door zorgorganisaties. Dit gaf hen iets om naar uit te kijken. Ook werd in de hoge KvL groep vaker het belang en effect van sociale ondersteuning genoemd. Zo vertelde een vrouwelijke respondent (>75 jaar): *‘Soms simpel iemand aan de telefoon te krijgen, of dat ik ’ns met iemand gesproken heb en dat ik zeg “oef ik ben precies stukken beter”’.* In de lage KvL groep kwam dit minder vaak naar voren, alhoewel zij soms ook positieve aspecten met betrekking tot sociaal contact benoemden: *‘Dat is voor mij een verlichting dat je een keer kunt buiten komen en een keer met die mannen aan tafel een tas koffie drinken enzo’* (man, >80 jaar).

Thema 4: Kantelmomenten

Respondenten in beide groepen benoemden voornamelijk negatieve kantelmomenten, zoals een afname van de (fysieke) gezondheid, het overlijden van naasten, of problemen binnen de familie. Een vrouwelijke respondent (>85 jaar) had bijvoorbeeld recent haar jongste broer verloren. Zij had hem grotendeels opgevoed en hij was als een zoon voor haar. Daarnaast was het huis van een andere vrouwelijke respondent (>75 jaar) recent afgebrand, hetgeen leidde tot een verlies van kostbare herinneringen: *‘En dan huis verbrand. Dat heb ik, die tegenslag kan ik niet goed doen. Dat zijn al mijn herinneringen en dingetjes, en allemaal zijn ze weg. En dan, ja. Dat mis ik nu nog. Dat is, nu is voorbij. Nu kan dat niet meer terugkomen. Nee. Dat weet ik heel goed’.* Ook was een vrouwelijke respondent (>75 jaar) recent haar baan verloren door ziekte, hetgeen een negatieve weerslag had op haar sociale contacten. Er werden echter ook enkele positieve kantelmomenten genoemd, zoals een verbetering in de gezondheid na het stoppen met roken en de geboorte van kleinkinderen, zoals verteld door een tolk: *‘Het lijkt alsof zij terug*

kracht en terug euh gezonder is door die kinderen. [...] Alsof ze de Lotto heeft gevonden, uh gewonnen’ (vrouw, >85 jaar). Ook wanneer respondenten verhuisd waren, was dit veelal positief, bijvoorbeeld omdat het nieuwe huis meer comfortabel was.

Bij het vergelijken van de groepen zijn geen duidelijke verschillen waargenomen.

Thema 5: Toekomstperspectief

In beide groepen werden enkele specifieke dromen voor de toekomst genoemd, zoals nog een keer uiteten gaan, de loterij winnen, zwemmen met dolfijnen, onafhankelijk blijven, of terugverhuizen naar de plek waar men was geboren en grootgebracht.

Bij het vergelijken van de groepen, bleek dat respondenten in de lage KvL groep minder vaak durfden te dromen of geen verwachtingen meer hadden. Zij zeiden bijvoorbeeld *“Wat loop ik hier nog te doen?”* (man, >85 jaar), of waren bang voor de toekomst. Op de vraag *“En denk je dat je leven er anders uit gaat zien binnen één jaar?”*, antwoorde een mannelijke respondent (>80 jaar) bijvoorbeeld: *“Ik hoop van niet maar ik vrees van wel. Dat ik misschien meer de bibber ga krijgen”.*

Discussie

Dit mixed-method onderzoek is de eerste studie met als doel om verschillen tussen thuiswonende kwetsbare ouderen met een hoge en een lage KvL te verklaren. De focus lag hierbij op het identificeren van sterktes die kwetsbare ouderen met een hoge KvL hebben. Ondanks dat kwetsbaarheid eigenlijk op een vergelijkbare wijze ervaren werd in beide groepen, bleek uit de kwantitatieve data dat de hoge KvL groep minder psychisch kwetsbaar was dan de lage KvL groep. Daarnaast was de hoge KvL groep gemiddeld ouder en ervaarde de hoge KvL groep een hogere mate van zingeving dan de lage KvL groep. De kwalitatieve data wees daarnaast uit dat respondenten uit de hoge KvL groep meer gebeurtenissen in het vooruitzicht hadden, vaker van betekenis en/of waarde waren voor anderen, beter konden omgaan met moeilijkheden, meer activiteiten ondernemen en meer tevreden waren met hun sociale netwerk. Daarnaast werden enkel in de lage KvL groep ‘onvervulde behoeften’ genoemd ten aanzien van factoren die van belang waren voor hun welzijn.

Met betrekking tot de omgang met problemen focussten respondenten uit de hoge KvL groep bijvoorbeeld op zaken die zij wel nog konden, terwijl respondenten in de lage KvL groep voornamelijk vertelden over wat zij niet meer konden. Hieraan gerelateerd probeerden alleen respondenten in de hoge KvL groep activiteiten waar zij niet meer toe in staat waren te vervangen door een andere activiteit. Onze bevinding dat de omgang met problemen van belang is, komt overeen met eerder onderzoek bij oudere revalidanten dat heeft

laten zien dat goed kunnen omgaan met problemen bijdraagt aan de levensvredeheid [27]. In een ander onderzoek werd aangetoond dat mensen die beperkt zijn in hun dagelijkse activiteiten maar zich kunnen aanpassen, een hogere KvL rapporteren dan mensen die zich niet kunnen aanpassen [28]. Ook onze bevinding dat zingeving en gebeurtenissen in het vooruitzicht hebben gerelateerd zijn aan KvL komen overeen met eerder onderzoek. Zo is aangetoond dat een gevoel van zingeving bijdraagt aan de KvL [29]. Daarnaast is het missen van een doel in het leven in een eerder onderzoek geassocieerd met een lagere KvL [28]. Dit is in lijn met onze bevindingen. Echter, er is eerder ook al een verband aangetoond tussen goed kunnen omgaan met problemen en zingeving [30]. Het is daarom mogelijk dat zingeving een onderdeel is van de relatie tussen het goed om kunnen gaan met problemen en KvL.

Terwijl de kwalitatieve data geen duidelijke verschillen tonen betreffende de subjectieve ervaring van kwetsbaarheid, blijkt uit de kwantitatieve data dat de hoge KvL groep in mindere mate psychisch kwetsbaar was. Ook eerder onderzoek toont dat het zich ongelukkig voelen, wat een belangrijk onderdeel is van psychische kwetsbaarheid, gerelateerd is aan een slechtere KvL [31]. Daarnaast heeft psychische kwetsbaarheid een negatieve invloed op het aantal activiteiten dat iemand uitoefent, zowel in het verleden, heden, als in de toekomst [32]. De kwalitatieve bevinding uit het huidige onderzoek dat kwetsbare ouderen in de hoge KvL groep meer activiteiten ondernemen, komt hier mee overeen. Ook de kwantitatieve bevinding dat de hoge KvL groep gemiddeld ouder was is in lijn met ander onderzoek waarin geconcludeerd wordt dat een hogere leeftijd geassocieerd is met een betere KvL, ondanks kwetsbaarheid [20]. In dit eerdere onderzoek werd beargumenteerd dat de mensen die ouder waren, al voor een langere periode kwetsbaar waren en hierdoor al (beter) geleerd hadden hiermee om te gaan [20]. Gezien het cross-sectionele design van het huidige onderzoek kon niet worden getoetst of de hoge KvL groep inderdaad al langer kwetsbaar was dan de lage KvL groep. Wel was goed kunnen omgaan met problemen belangrijk voor de KvL.

Voor wat betreft factoren die van belang zijn voor de KvL, zijn in eerder onderzoek de volgende genoemd: psychisch welbevinden, sociale contacten en in staat zijn om activiteiten te ondernemen [19]. Deze factoren komen ook in het huidige onderzoek naar voren, waarbij onze resultaten suggereren dat door in te spelen op deze factoren, de KvL ook daadwerkelijk verhoogd kan worden. Zo zijn alleen in de lage KvL groep 'onvervulde behoeften' genoemd op deze gebieden. Daarnaast is het niet beschikken over voldoende financiële middelen enkel in de lage KvL groep aangekaart. Hoewel eerder onderzoek uitwijst dat financiële middelen geen invloed hebben op de associatie tussen kwetsbaar-

heid en welzijn [33], gingen de onderzoekers voorbij aan het feit of het inkomen ook daadwerkelijk voldeed aan de behoeften. Op basis van de bevindingen van het kwalitatieve deel van het huidige onderzoek lijkt dit echter van groter belang dan de hoogte van het inkomen.

Een onverwachte bevinding van het huidige onderzoek is dat de meerderheid van de kwetsbare ouderen uit zowel de hoge als de lage KvL groep (in)formele zorg ontving. Eerder onderzoek toonde bijvoorbeeld aan dat steun van informele zorgverleners bijdraagt aan de mate van welzijn, ondanks kwetsbaarheid [34]. De verwachting was dan ook dat het aantal respondenten dat zorg ontving, lager zou zijn in de lage KvL groep. Tussen beide groepen werd echter wel een verschil gezien in de mate waarin zij zich daadwerkelijk gesteund voelden. Hoewel in beide groepen aan bod kwam dat het sociale aspect van de zorg belangrijk was, noemde de lage KvL groep minder vaak dat zij zich daadwerkelijk gesteund voelden. In het eerder genoemde onderzoek droeg juist dit sociale aspect bij aan de mate van welzijn [34].

Beperkingen en sterktes van het onderzoek

Dit onderzoek heeft meerdere sterktes. Ten eerste zijn zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruikt waardoor op verschillende niveaus inzicht is verkregen in de ervaringen van kwetsbare ouderen. Het kwalitatieve gedeelte maakte het daarnaast mogelijk om meerdere individuele perspectieven in kaart te brengen. Ten tweede zijn alle interviews door twee onafhankelijke onderzoekers, opgeleid in verschillende vakgebieden, geanalyseerd om te voorkomen dat individuele perspectieven de analyses beïnvloedden. Ook de analyses op groepsniveau zijn door twee onafhankelijke onderzoekers gedaan, waarvan één onderzoeker (auteur AvdV) tevens interviews heeft afgenomen en de andere onderzoeker (auteur RV) niet bij het overkoepelende D-SCOPE project betrokken was. Dit vergroot de betrouwbaarheid van de bevindingen. Tot slot worden lezers in staat gesteld om de data zelf te interpreteren doordat quotes weergegeven zijn in de resultaten.

Er zijn echter ook enkele tekortkomingen aan ons onderzoek. Ten eerste was het aantal respondenten relatief klein, hetgeen met name de statistische power van de kwantitatieve analyses beïnvloedt. Ten tweede scoorden slechts vijf van de achttien respondenten in de lage KvL groep (score ≤ 6) een vijf of lager en scoorde niemand lager dan een vier. In de hoge KvL groep (score ≥ 8) scoorden vijf van de zestien respondenten een tien. Hierdoor kende de hoge KvL groep enkele 'extreme' waarden maar de lage KvL groep niet. Het is aannemelijk dat wanneer het contrast tussen beide groepen groter was geweest, de verschillen tussen de groepen meer substantieel zouden zijn. In onderhavig onderzoek kon het contrast niet sterker worden ge-

maakt omdat dan de aantallen te klein werden. Ten derde is bekend dat de KvL per dag kan verschillen [35], hetgeen ook door één respondent in de hoge KvL groep werd aangehaald. In het huidige onderzoek zijn echter geen herhaalde metingen verricht, terwijl dit de betrouwbaarheid van de ervaren KvL wellicht had kunnen verhogen. Ten vierde kan de manier waarop de KvL is gemeten bekritiseerd worden. Doordat alleen de algehele KvL is gemeten, kan het zijn voorgekomen dat respondenten hier een andere betekenis aan hebben gegeven. Echter, KvL kan ook gedefinieerd worden als 'de algehele tevredenheid van een individu over het leven en het algehele gevoel van welzijn' [36]. Met dit voor ogen is de toegepaste meetmethode juist geschikt voor het huidige onderzoek [37]. Ten vijfde waren bij drie interviews in de hoge KvL groep en één interview in de lage KvL groep mantelzorgers aanwezig. Dit kan ertoe geleid hebben dat de respondenten meer sociaal wenselijk geantwoord hebben, of dat hun antwoorden op andere wijze zijn beïnvloed. Hieraan gerelateerd is in beide groepen één keer gebruik gemaakt van een tolk wegens een taalbarrière. Ook dit kan de bevindingen beïnvloed hebben [38]. Tot slot hadden respondenten in beide groepen relatief lage scores op de MoCA. Een eerdere systematische review laat echter zien dat veel respondenten in cohortstudies lager scoren dan de afkapwaarde van 26, en de auteurs argumenteren dat deze afkapwaarde moet worden aangepast/bijgesteld [39]. Daarnaast zijn de relatief lage scores in onze studie mogelijk een gevolg van het selecteren van respondenten met een verhoogd risico op kwetsbaarheid.

Conclusie

Kwetsbare ouderen met een hogere KvL lijken betere en meer effectieve manieren gevonden te hebben om met problemen om te gaan. Daarnaast ervaren zij een hogere mate van zingeving, lijken zij meer gebeurtenissen in het vooruitzicht te hebben, zijn ze ouder, ervaren zij in mindere mate psychische kwetsbaarheid, ondernemen zij meer activiteiten en zijn ze meer tevreden over hun sociale netwerk dan kwetsbare ouderen met een lagere KvL. Daarnaast rapporteren kwetsbare ouderen met een lagere KvL meer 'onvervulde behoeften' met betrekking tot aspecten die van belang zijn voor hun welzijn.

Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Gezien het exploratieve karakter van het huidige onderzoek, waarin getracht is meerdere, individuele per-

spectieven in kaart te brengen, is het van belang om de bevindingen in de toekomst op grote schaal te toetsen in kwantitatief onderzoek. Op dergelijke wijze kan op grotere schaal empirisch geverifieerd worden of bijvoorbeeld de manier waarop met problemen wordt omgegaan, of mensen gebeurtenissen in het vooruitzicht hebben en de mate van zingeving bijdragen aan de KvL bij ouderen ondanks kwetsbaarheid. Hiervoor wordt een longitudinaal design aanbevolen, ook omdat de KvL over de tijd heen kan fluctueren. Daarnaast zou expliciet gevraagd moeten worden of mensen zich al dan niet kwetsbaar voelen. Eerder onderzoek toonde namelijk aan dat ouderen die geclassificeerd werden als kwetsbaar, zichzelf niet altijd kwetsbaar voelden [40]. Het is aannemelijk dat of iemand zich al dan niet kwetsbaar voelt, ook van invloed is op de ervaren KvL.

Praktische aanbevelingen

Momenteel focust de klinische praktijk zich voornamelijk op het voorkomen van negatieve gevolgen van kwetsbaarheid, zoals het uitstellen van functionele achteruitgang [41] of het voorkomen van opname in een zorginstelling [42]. Ons onderzoek biedt echter ook handvatten om te focussen op het stimuleren van positieve uitkomsten ondanks kwetsbaarheid, in dit geval de KvL. Hierbij is het van belang om in te spelen op sterktes die kwetsbare ouderen nog hebben. Een dergelijke 'strengths-based approach', met een focus op zaken die ouderen wel nog kunnen, sluit beter aan bij de behoefte van ouderen zelf [12]. Hierbij kan gedacht worden aan ouderen beter leren omgaan met problemen, het vergroten van het psychisch welbevinden en de mate van zingeving, ervoor zorgen dat mensen nog gebeurtenissen in het vooruitzicht hebben en aan het bevorderen van de sociale contacten. De verwachting is dat dit zal bijdragen aan het kwaliteitsvol 'zelfstandig oud kunnen worden in de eigen woonomgeving'.

Digitaal aanvullende content

- Bijlage I Overzicht kwantitatieve en kwalitatieve dataverzameling

Dankbetuiging. De auteurs willen alle ouderen die hebben deelgenomen aan dit onderzoek bedanken.

Financiering. De auteurs zijn erkentelijk voor de onderzoeksfinanciering van het Agentschap voor Innovatie door Wetenschap en Technologie (IWT-140027-SBO).

Literatuur

- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):146–57.
- De Witte N, Gobbens R, De Donder L, Dury S, Buffel T, Schols JMGA, Verté D. The comprehensive frailty assessment instrument: Development, validity and reliability. *Geriatr Nurs*. 2013;34(4):274–81.
- De Roeck EE, Dury S, De Witte N, De Donder L, Bjerke M, De Deyn PP, et al. CFAI-Plus: Adding cognitive frailty as a new domain to the Comprehensive Frailty Assessment Instrument. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018;33(7):941–7.
- Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of Frailty in Community-Dwelling Older Persons: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(8):1487–92.
- Dury S, De Roeck E, Duppen D, Fret B, Hoeyberghs L, Lambotte D, et al. Identifying frailty risk profiles of home-dwelling older people: Focus on sociodemographic and socioeconomic characteristics. *Aging Ment Health*. 2016;2016 <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1193120>.
- Gobbens RJJ, Assen MALM van, Luijckx KG, Schols JMGA. The Predictive Validity of the Tilburg Frailty Indicator: Disability, Health Care Utilization, and Quality of Life in a Population at Risk. *Gerontologist*. 2012;52(5):619–31.
- Song X, Mitnitski A, Rockwood K. Prevalence and 10-Year Outcomes of Frailty in Older Adults in Relation to Deficit Accumulation. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(4):681–7.
- Wiles JL, Leibing A, Guberman N, Reeve J, Allen RES. The Meaning of “Aging in Place” to Older People. *Gerontologist*. 2012;52(3):357–66. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr098>.
- Scharlach A. Creating Aging-Friendly Communities in the United States. *Ageing Int*. 2011;37(1):25–38.
- European Commission. *Aging Report 2014*. 2015. http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2014/pdf/ee8_en.pdf. Geraadpleegd op: 15 mrt 2017.
- Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007;62a(7):722–7.
- Lette M, Baan CA, Berg M van den, Bruin SR de. Initiatives on early detection and intervention to proactively identify health and social problems in older people: Experiences from the Netherlands. *Bmc Geriatr*. 2015;15:143. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0131-z>.
- Kempen JAL van, Robben SHM, Zuidema SU, Olde Rikkert MGM, Melis RJE, Schers HJ. Home visits for frail older people: A qualitative study on the needs and preferences of frail older people and their informal caregivers. *Br J Gen Pract*. 2012;62(601):554–60.
- Warmoth K, Lang IA, Phoenix C, Abraham C, Andrew MK, Hubbard RE, Tarrant M. “Thinking you’re old and frail”: A qualitative study of frailty in older adults. *Ageing Soc*. 2015;36:1483–500.
- Graybeal C. Strengths-Based Social Work Assessment: Transforming the Dominant Paradigm. *Fam Soc*. 2001;82(3):233–42.
- Minimol K. Risk Assessment and Strengths Based Case Management in Elderly Care—Scope of Social Work Practice. *J Soc Sci*. 2016;15(2):121–33.
- Ament BHL, Vugt ME de, Verhey FRJ, Kempen GJIM. Are physically frail older persons more at risk of adverse outcomes if they also suffer from cognitive, social, and psychological frailty? *Eur J Ageing*. 2014;11(3):213–9.
- Zaslavsky O, Woods NF, LaCroix AZ, Cauley JA, Johnson KC, Cochrane BB, Sagi SZ. Identification of Risk Factors for Mortality and Poor-Quality-of-Life Survival in Frail Older Women Participating in the Women’s Health Initiative Observational Study. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(4):831–7.
- Puts MTE, Shekary N, Widdershoven G, Heldens J, Lips P, Deeg DJH. What does quality of life mean to older frail and non-frail community-dwelling adults in the Netherlands? *Qual Life Res*. 2007;16(2):263–77. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-9121-0>.
- Bilotta C, Bowling A, Casè A, Nicolini P, Mauri S, Castelli M, Vergani C. Dimensions and correlates of quality of life according to frailty status: A cross-sectional study on community-dwelling older adults referred to an outpatient geriatric service in Italy. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8(56):1–10.
- Smetcoren AS, Dury S, De Donder L, Dierckx E, De Witte N, et al. Detectie en preventie van kwetsbaarheid: Op zoek naar risicoprofielen voor fysieke, psychische, sociale en omgevingskwetsbaarheid. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2018;49(1):1–11.
- De Witte N, Gobbens R, De Donder L, Dury S, Buffel T, Verté D, Schols JMGA. Validation of the Comprehensive Frailty Assessment Instrument against the Tilburg Frailty Indicator. *Eur Geriatr Med*. 2013;4(4):248–54. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2013.03.001>.
- Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, Cummings JL, Chertkow H. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(4):695–9.
- Lam B, Middleton LE, Masellis M, Stuss DT, Harry RD, Kiss A, Black SE. Criterion and Convergent Validity of the Montreal Cognitive Assessment with Screening and Standardized Neuropsychological Testing. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61:2181–5. <https://doi.org/10.1111/jgs.12541>.
- Polit DF, Beck CT. *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Dierckx de Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(3):360–71.

27. Aberg AC, Sidenvall B, Hepworth M, O'Reilly K, Lihell H. On loss of activity and independence, adaptation improves life satisfaction in old age—a qualitative study of patients' perceptions. *Qual Life Res.* 2005;14(4):1111–25.
28. Albrecht GL, Devlieger PJ. The disability paradox: high quality of life against all odds. *Soc Sci Med.* 1999;48(8):977–88.
29. Bernard M, Braunschweig G, Fegg MJ, Borasio GD. Meaning in life and perceived quality of life in Switzerland: results of a representative survey in the German, French and Italian regions. *Health Qual Life Outcomes.* 2015;13:160. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0353-y>.
30. Park CL, Malone MR, Suresh DP, Bliss D, Rosen RI. Coping, meaning in life, and quality of life in congestive heart failure patients. *Qual Life Res.* 2008;17:21. <https://doi.org/10.1007/s11136-007-9279-0>.
31. Gobbens RJJ, Luijckx KG, Assen MALM van. Explaining quality of life of older people in the Netherlands using a multidimensional assessment of frailty. *Qual Life Res.* 2013;22:2051–61. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0341-1>.
32. Coelho T, Paúl C, Fernandes L. Physical, Psychological and Social Frailty in Prediction of Disability and Quality of Life. *Eur Psychiatry.* 2015;30(1):447.
33. Hubbard RE, Goodwin VA, Llewellyn DJ, Warmoth K, Lang IA. Frailty, financial resources and subjective well-being in later life. *Arch Gerontol Geriatr.* 2014;58(3):364–9.
34. Lloyd A, Kendall M, Starr JM, Murray SA. Physical, social, psychological and existential trajectories of loss and adaptation towards the end of life for older people living with frailty: A serial interview study. *Bmc Geriatr.* 2016;16:176. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0350-y>.
35. Moons P, Budts W, De Geest S. Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *Int J Nurs Stud.* 2006;43:891–901. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.03.015>.
36. Spilker B, Revicki DA. Taxonomy of quality of life. In: Spilker B, redactie. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials.* Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996. pag. 25–31.
37. Arnold R, Ranchor AV, Sanderman R, Kempen GIJM, Ormel J, Suurmeijer TPBM. The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Qual Life Res.* 2004;13:883–96.
38. Squires A. Methodological Challenges in Cross-Language Qualitative Research: A Research Review. *Int J Nurs Stud.* 2009;46:277–87.
39. Davis DHJ, Creavin ST, Yip JLY, Noel-Storr AH, Brayne C, Cullum S. Montreal Cognitive Assessment for the diagnosis of Alzheimer's disease and other dementias (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;10 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010775.pub2>.
40. Puts MTE, Shekary N, Widdershoven G, Heldens J, Deeg DJH. The meaning of frailty according to Dutch older frail and non-frail persons. *J Aging Stud.* 2009;23(4):258–66.
41. Ruikes FGH, Zuidema SU, Akkermans RP, Assendelft WJJ, Schers HJ, Koopmans RTCM. Multicomponent Program to Reduce Functional Decline in Frail Elderly People: A Cluster Controlled Trial. *J Am Board Fam Med.* 2016;29(2):209–17.
42. Almeida Mello J de, Declercq A, Cès S, Van Durme T, Van Audenhove C, Macq J. Exploring Home Care Interventions for Frail Older People in Belgium: A Comparative Effectiveness Study. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64(11):2251–6.