



Dimensies kwaliteit van leven en een kwaliteit van leven indicator voor thuiswonende ouderen op basis van de Gezondheidsmonitor

Jacqueline van Beuningen

De auteur bedankt Carin Reep-van den Bergh voor het reviewen van dit rapport en GGD Gelderland-zuid voor het ter beschikking stellen van aanvullende gegevens.

projectnummer

305537

SAL

30 januari 2020

Versiebeheer en distributie

Versie	Datum	Beschrijving van de wijziging	Auteur
1.0.p1	25-11-19	Eindversie	JBUE
2.0	30-01-20	Eindversie aangepast	JBUE

Versie	Distributie
1.0.p1	VWS, CBS
2.0	VWS, CBS

projectnummer 305537
SAL
30 januari 2020

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	5
2.	Voor- en nadelen van één indicator voor KvL	6
3.	Criteria waar de KvL-indicator aan moet voldoen	7
4.	Conceptueel kader	9
4.1	Wat wordt onder kwaliteit van leven verstaan?	9
4.2	Dimensies van kwaliteit van leven	9
5.	Methode	13
5.1	Gegevensbron	13
5.2	Vraagstellingen	14
5.3	Ontwikkeling KvL-indicator	17
6.	Resultaten	22
6.1	Beschrijvende analyses	22
6.2	Validiteitschecks	26
7.	Conclusies	27
8.	Referenties	28

projectnummer 305537
 SAL
 30 januari 2020

1. Inleiding

In het kader van het project Langer thuis is het CBS door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gevraagd om een indicator voor de kwaliteit van leven van thuiswonende ouderen van 75 jaar of ouder te ontwikkelen. Er wordt hiervoor gebruik gemaakt van informatie uit de Gezondheidsmonitor, een zeer omvangrijke enquête die wordt uitgevoerd door het CBS en de GGD'en, in samenwerking met het RIVM.

In de Gezondheidsmonitor is informatie over een relatief grote groep thuiswonende ouderen beschikbaar, waardoor gedetailleerde analyses naar specifieke groepen ouderen kunnen worden uitgevoerd. De monitor is gericht op allerlei aspecten van gezondheid inclusief zaken die daar mogelijk aan gerelateerd zijn en is dus een goed uitgangspunt voor onderhavig onderzoek. Nadelen van de Gezondheidsmonitor zijn het feit dat deze slechts eens per vier jaar wordt uitgevoerd en dat de continuïteit van de vraagstellingen niet gewaarborgd is. Daarnaast wordt niet naar alle relevante aspecten van kwaliteit van leven gevraagd. De in dit rapport gepresenteerde indicator geeft daarom geen compleet beeld van de kwaliteit van leven van ouderen, maar kan wel worden gebruikt om verschillen tussen ouderen inzichtelijk te maken.

Kwaliteit van leven (KvL) is een breed en daardoor moeilijk te definiëren en te operationaliseren begrip. De aanpak voor de ontwikkeling van deze indicator is gebaseerd op de richtlijnen van Saltelli (2007) en de Europese Commissie (2019) met betrekking tot samengestelde indicatoren. Eerst worden voor- en nadelen van een dergelijke samengestelde indicator kort besproken in hoofdstuk 2, vervolgens wordt in hoofdstuk 3 ingegaan op de criteria waaraan de KvL-indicator aan moet voldoen. In hoofdstuk 4 wordt beschreven wat er in dit onderzoek onder KvL wordt verstaan (paragraaf 4.1) en hoe je het kunt meten (paragraaf 4.2). Ook wordt beschreven welke informatie in deze KvL-indicator is meegenomen. Hoofdstuk 5 beschrijft de vraagstellingen en aanpak. De resultaten in hoofdstuk 6 beschrijven scores en verbanden met andere variabelen. Tevens wordt de indicator afgezet tegen enkele achtergrondkenmerken. Tot slot volgen de conclusies.

2. Voor- en nadelen van één indicator voor KvL

Het samenvatten van de kwaliteit van leven in één cijfer heeft zowel voor- als nadelen. Een belangrijk voordeel is dat één samenvattend cijfer een algemeen beeld van de stand van zaken met betrekking tot de kwaliteit van leven laat zien, wat de communicatie hierover vergemakkelijkt. Een ander voordeel dat samengaat met het gebruik van één enkel cijfer is dat bevolkingsgroepen of regio's gemakkelijker met elkaar vergeleken kunnen worden dan wanneer een set van indicatoren gebruikt wordt. Ook het monitoren van ontwikkelingen in de tijd is gemakkelijker door het gebruik van één enkel cijfer.

Er zijn ook nadelen verbonden aan het gebruik van één KvL-indicator. Het voornaamste nadeel is dat een complex begrip, bestaande uit meerdere aspecten, gereduceerd wordt tot één cijfer en dat hierbij onherroepelijk informatieverlies optreedt. Daarom kan de indicator ook niet los van de onderliggende deelindicatoren worden gezien. Er zal altijd naar de onderliggende deelindicatoren gekeken moeten worden om verschillen te kunnen interpreteren.

projectnummer 305537
SAL
30 januari 2020

3. Criteria waar de KvL-indicator aan moet voldoen

Voorafgaand aan de ontwikkeling van de KvL-indicator kunnen criteria vastgesteld worden waar de indicator aan moet voldoen. Hagerty et al. (2001) geven een lijst met principes voor KvL-indices. Deze criteria zijn afgeleid van de praktische bruikbaarheid van een dergelijke indicator voor beleid en kunnen als volgt worden vertaald voor de KvL-indicator gericht op thuiswonende ouderen:

1. De indicator moet relevant zijn voor beleid gericht op thuiswonende ouderen.
2. De indicator moet beleidsmakers helpen om op alle aggregatieniveaus ondersteuningsprogramma's te ontwikkelen. Dat houdt in dit geval in dat de indicator op individueel niveau kan worden berekend, zodat verschillende bevolkingsgroepen kunnen worden bekeken en deze keuze flexibel is. Ieder individu uit de populatie moet dus een score kunnen krijgen. Er worden daarnaast geen deelindicatoren op macroniveau meegenomen die voor de hele groep of een deel hiervan dezelfde score geven. Scores zijn daarom onderscheidend en informatief op persoonsniveau.
3. De indicator moet periodiek gemeten worden om ontwikkelingen over de tijd te kunnen monitoren. Deze voorwaarde hangt samen met voorwaarde 2 en is nodig om beleid te kunnen evalueren.
4. De deelindicatoren die het uitgangspunt van de KvL-indicator vormen, moeten worden gebaseerd op een theoretisch kader. Van belang is dat de belangrijkste indicatoren volgens de wetenschappelijke literatuur die onderdeel zijn van de kwaliteit van leven van ouderen meegenomen worden in de analyses om te testen of deze voor Nederlandse ouderen ook van belang zijn. In feite betekent dit dat de juiste aspecten meegenomen moeten worden. Deels zijn deze subjectief, deels objectief en mogelijk zijn aspecten met elkaar gecorreleerd.
5. Alle componenten bij elkaar moeten het totale leven bestrijken, of wel alle relevante aspecten voor de kwaliteit van leven. Dat wil zeggen dat het concept compleet is en er geen belangrijke aspecten van kwaliteit van leven ontbreken. Aan deze voorwaarde wordt in dit onderzoek door de keuze voor de Gezondheidsmonitor niet voldaan.
6. Iedere component moet een substantieel en losstaand aspect van KvL betreffen. In de praktijk betekent dit dat iedere component unieke variantie aan de indicator moet bijdragen.
7. Iedere component moet relevant zijn voor de hele groep 75-plussers. In dit geval worden alleen deelindicatoren opgenomen die op de hele thuiswonende bevolking van 75 jaar of ouder van toepassing zijn. Dat wil zeggen dat deelindicatoren die betrekking hebben op specifieke deelpopulaties buiten beschouwing blijven.
8. De KvL-indicator bestaat uit zowel objectieve als subjectieve aspecten. Beide zijn noodzakelijk, maar ieder apart is onvoldoende om de totaliteit van het leven te omvatten.

projectnummer 305537
 SAL
 30 januari 2020

9. De componenten van de index moeten betrouwbaar, valide en onderscheidend zijn.

10. De indicator wordt gerapporteerd als één overkoepelende score.

Daarnaast is er nog een additioneel criterium dat in dit geval van belang is, maar niet genoemd wordt door Hagerty et al. (2001):

11. De KvL-indicator moet gemakkelijk naar een breed publiek te communiceren zijn. Daarom is het wenselijk om een eenvoudige en transparante methode en een theoretisch kader te gebruiken voor de constructie ervan.

projectnummer 305537
 SAL
 30 januari 2020

4. Conceptueel kader

4.1 Wat wordt onder kwaliteit van leven verstaan?

Er bestaan veel verschillende definities van kwaliteit van leven. De meeste definities gaan uit van een multidimensionaal begrip dat uit zowel objectieve als subjectieve componenten bestaat (Cummins, 2005; Felce en Perry, 1995). Cummins (2005) noemt vier principes die van belang zijn voor de conceptualisatie van kwaliteit van leven:

1. KvL is multidimensionaal en wordt beïnvloed door persoonlijke en omgevingsfactoren en hun interacties;
2. KvL bestaat uit dezelfde componenten voor ieder individu;
3. KvL bestaat uit zowel subjectieve als objectieve componenten;
4. KvL wordt verbeterd door zelfbeschikking, hulpbronnen of (financiële) middelen, een doel in het leven of een zinvol leven, en een gevoel van geborgenheid en erbij horen.

Hieronder worden drie definities die kwaliteit van leven vanuit verschillende perspectieven belichten op een rijtje gezet:

- Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2019) is KvL *“de perceptie van personen van hun plaats in het leven binnen de context van de cultuur en waardesystemen waarin zij leven en in relatie tot hun doelen, verwachtingen, standaarden en zorgen”*.
- Volgens Emerson (1985, p. 282) is kwaliteit van leven *“de bevrediging van waarden, doelen en behoeften van een individu door het verwezenlijken van zijn of haar talenten of leefstijl”*.
- Felce en Perry (1995, p. 60-62) geven als definitie: *“een algeheel welzijn dat bestaat uit objectieve beschrijvingen en subjectieve evaluaties van fysiek, materieel, sociaal, en emotioneel welzijn in combinatie met de omvang van persoonlijke ontwikkeling en doelgerichte activiteiten, gewogen door de persoonlijke waarden”*.

Met name de definitie van Felce en Perry (1995) voldoet aan de vier principes van Cummins (2005); zowel objectieve als subjectieve componenten zijn opgenomen in de definitie, er worden meerdere dimensies of domeinen genoemd die onder kwaliteit van leven vallen, en deze componenten zijn relevant voor ieder individu. Daarom wordt deze definitie als uitgangspunt gekozen voor de ontwikkeling van het theoretisch kader.

4.2 Dimensies van kwaliteit van leven

Er zijn een aantal dimensies of levensdomeinen te onderscheiden die veelvuldig in conceptualisaties van KvL voorkomen en relevant zijn voor thuiswonende ouderen (NIVEL, 2019; OECD, 2017; Eurostat 2019; Felce en Perry, 1995; Mollenkopf en Walker, 2007; Skevington, Lotfy en O’Connell, 2004; SCP, 2017). Dit zijn: gezondheid (het gaat hierbij om zowel fysieke als psychische gezondheid), regie over het eigen leven, sociale relaties, activiteiten, welvaart, woning en woonomgeving, veiligheid, en subjectief welzijn. Het is hierbij van belang om op te merken dat het gaat om onafhankelijke aspecten die samen kwaliteit van leven vormen en niet uitwisselbaar zijn.

In kader 1 wordt het belang van iedere dimensie voor het meten van kwaliteit van leven toegelicht.

Kader 1. Dimensies van kwaliteit van leven

Gezondheid

Gezondheid is misschien wel de meest fundamentele component van het menselijke vermogen om dingen te doen of te laten. Fysieke en psychische gezondheid beïnvloeden zowel de kwantiteit (namelijk de levensduur) als de kwaliteit van leven.

Regie

De regie hebben over je leven of controle over de keuzes die gemaakt worden, draagt in belangrijke mate bij aan het gevoel van onafhankelijkheid. Hiermee hangt samen dat men voldoende cognitieve vermogens heeft om regie op het eigen leven te voeren.

Sociale relaties

Goede en voldoende sociale relaties, zoals een hechte band met familie en vrienden, of het hebben van iemand om persoonlijke zaken mee te bespreken, zorgen voor sociale steun. Het gebrek aan sociale interactie kan sociale isolatie en eenzaamheid tot gevolg hebben (Bellani en D'Ambrosio, 2011).

Activiteiten

Activiteiten dragen bij aan een zinvolle invulling van het leven waaruit voldoening gehaald wordt. Dit kan mensen een doel in hun leven geven. Voor activiteiten buitenshuis geldt dat deze ook hun sociale relaties kunnen versterken en eenzaamheid voorkomen.

Materiële welvaart

Een goede materiële levensstandaard, bijvoorbeeld in de vorm van een vast en voldoende hoog inkomen en vermogen, zorgt ervoor dat mensen zelf in hun levensonderhoud kunnen voorzien. Daardoor hoeven ze zich geen zorgen te maken over hun eerste levensbehoeften, zoals voedsel of een woning, en hebben ze meer keuzevrijheid om de dingen te doen die ze willen doen.

Woning en woonomgeving

De kwaliteit van de woning, waaronder de tevredenheid met de woning, de onderhoudsstaat en de geschiktheid van de woning kunnen worden verstaan, spelen een rol in kwaliteit van leven. De tevredenheid met de woning is gerelateerd aan het subjectief welzijn (Van Beuningen, 2018).

De woonomgeving heeft een direct effect op de levenskwaliteit, bijvoorbeeld door luchtvervuiling en overlast van verkeer of burens. Een groene leefomgeving wordt vaak als prettig ervaren en kan een betere gezondheid bevorderen (ALTERRA/NIVEL, 2009). Daarnaast is de leefbaarheid van de buurt van belang voor de sociale cohesie en het gevoel van veiligheid (de Hart, Knol, Maas-de Waal en Roes, 2002). Voor ouderen kan daarnaast de nabijheid van voorzieningen vanwege beperkte mobiliteit een rol spelen.

Veiligheid

Met veiligheid doelen we in dit onderzoek op de kans om slachtoffer te worden van criminaliteit. Veiligheid op fysiek gebied (bijvoorbeeld risico op valincidenten) hoort bij de geschiktheid van de woning. Het veiligheidsgevoel speelt hier ook een belangrijke rol, omdat dit direct impact heeft op het welzijn.

Subjectief welzijn

Subjectief welzijn bestaat onder andere uit geluk en tevredenheid met het leven. Geluk is het positieve gevoel over het eigen leven en belicht hiermee de affectieve kant van welzijn (Diener, Oishi en Lucas, 2009). Tevredenheid met het leven is een cognitieve afweging van de goede en slechte kanten van het leven (Diener, Oishi en Lucas, 2009). Deze algemene evaluaties van het leven zijn daarom fundamenteel voor de kwaliteit van leven.

Indicatoren behorend bij een aantal KvL dimensies worden gemeten in de Gezondheidsmonitor 2016 en zullen worden opgenomen in de Gezondheidsmonitor 2020 of zijn beschikbaar in registers. Deze zijn weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. Beschikbaarheid KvL indicatoren per dimensie in de Gezondheidsmonitor 2016 en 2020

Dimensie	Deelindicator
Gezondheid	Ervaren gezondheid
	Fysieke beperkingen
Regie	Regie over eigen leven
Sociale relaties	Sociale eenzaamheid
	Emotionele eenzaamheid
	Vaste partner
Activiteiten	Vrijwilligerswerk
Materiële welvaart	Welvaart (op basis van register)
	Rondkomen
Woning en woonomgeving	Woonkwaliteit (op basis van register)
Veiligheid	-
Subjectief welzijn	-

In de geharmoniseerde Gezondheidsmonitor wordt niet gevraagd naar de kwaliteit van het wonen. Uit ander onderzoek (Reep en Janssen, 2019) blijkt echter dat dit aspect met behulp van registerinformatie benaderd kan worden. Het betreffende rapport concludeert dat op basis van registerinformatie kwaliteit van wonen slechts in geringe mate benaderd kan worden en dat de enquête informatie uit het WoON de voorkeur zou moeten hebben. De indicator op basis van registerinformatie kan worden toegevoegd aan de KvL-indicator. Daarnaast mist informatie over veiligheid en subjectief welzijn essn is de informatie over activiteiten beperkt tot het doen van vrijwilligerswerk. Bij andere activiteiten, zoals bijvoorbeeld sporten, is uit de data niet af te leiden of hier sociale contacten bij opgedaan worden en of dit gezien wordt als zinvolle tijdsbesteding. Een aantal sporten, zoals fitness of wandelsport, kan alleen of met meerdere personen tegelijk worden gedaan en hierbij is niet gevraagd naar sociaal contact waardoor deze sporten qua activiteiten niet vergelijkbaar zijn met bijvoorbeeld teamsporten waar sociaal contact gebruikelijk is. Ook bij vrijetijdsbesteding is onduidelijk of dit met sociale contacten gepaard gaat en of men dit als zinvolle activiteiten ervaart. Van vrijwilligerswerk is bekend dat dit bijdraagt aan persoonlijk welzijn en onderdeel is van sociaal kapitaal (Mars en Schmeets, 2011; Schmeets en van

projectnummer 105537

Beuningen, 2014).

SAL

30 januari 2020

Ook het hebben van kinderen kan belangrijk zijn voor de kwaliteit van leven van ouderen, aangezien zij emotionele steun en mantelzorg kunnen bieden. Er is registerinformatie beschikbaar over het hebben van kinderen. Aanvullende analyses laten zien dat de indicator over het hebben van kinderen niet meegenomen kan worden, omdat deze voor de groep ouderen (met name 85-plussers) niet altijd beschikbaar is. Hierdoor is onduidelijk of mensen geen kinderen hebben of dat de kinderen niet geregistreerd staan. Toevoeging van deze variabele zorgt ervoor dat andere indicatoren in de Principale Componenten Analyse een negatieve factorlading krijgen en de variabele is niet significant gerelateerd aan geluk onder de GGD-respondenten. De informatie over uitwonende kinderen is ook niet aan te vullen met informatie uit de Gezondheidsmonitor, het is bijvoorbeeld onbekend wie mantelzorg verleent. Het al dan niet hebben van kinderen wordt daarom weggelaten.

projectnummer 305537
SAL
30 januari 2020

5. Methode

5.1 Gegevensbron

De Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen wordt uitgevoerd door het CBS, in samenwerking met de GGD'en en het RIVM. Dit onderzoek wordt om de vier jaar uitgevoerd. De Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016 is een samenvoeging van gegevens over personen van 19 jaar of ouder uit de CBS Gezondheidsenquête en van de gegevens uit de Volwassenmonitor (VGZ) en de Ouderenmonitor (GZO) van alle 25 GGD'en. Binnen deze onderzoeken waren de vraagstellingen over de volgende onderwerpen hetzelfde: ervaren gezondheid, langdurige aandoeningen, beperkingen als gevolg van gezondheidsproblemen, functiebeperkingen, mantelzorg geven, mantelzorg ontvangen, lengte en gewicht en lichamelijke activiteit. Daarnaast hebben de GGD'en over de volgende onderwerpen onderling gecoördineerd informatie verzameld over de onderwerpen angst en depressie, regie over het eigen leven, eenzaamheid, vrijwilligerswerk, ouderenmishandeling en geluidshinder.

Aan de Gezondheidsmonitor van 2016 deden 457.153 personen mee, waarvan er 93.925 destijds minimaal 75 jaren oud waren. In totaal blijven hiervan 93.254 personen over die meegedaan hebben met het GGD-deel, deze personen worden in de analyses meegenomen.

Voor het bepalen van de dimensiegewichten in de KvL-indicator is door de GGD Gelderland-zuid de data over geluk gedeeld met het CBS voor de respondenten in Gelderland-zuid. In totaal zijn 4.409 respondenten meegenomen in de analyse met geluk als doelvariabele waarmee de dimensiegewichten bepaald zijn.

Meer details staan in de onderzoeksbeschrijving van de Gezondheidsmonitor (CBS, 2016).

Er is gekozen voor samenwerking met de GGD Gelderland-zuid, omdat dit een relatief grote GGD-regio betreft die representatief is voor de GGD-regio's (zie tabel 2).

Tabel 2. Verdeling naar achtergrondkenmerken van totaal GGD regio's en GGD Gelderland-zuid, 2016

Bevolkingsgroep	Totaal	Gelderland-zuid
Totaal		
Geslacht		
Mannen	42,4	42,3
Vrouwen	57,6	57,7
Leeftijd		
75 tot 80 jaar	48,3	50,8
80 tot 85 jaar	31,1	30,2
85 jaar en ouder	20,6	18,9
Hoogst behaald onderwijsniveau		
Geen of basisonderwijs	18,8	19,2
Lbo, mavo	46,2	47,1
Mbo, havo, vwo	19,3	18,1
Hbo, wo	15,7	15,7
Migratieachtergrond		
Nederlands	86,6	84,9
Westers	11,1	13,0

projectnumm

Niet-westers	2,3	2,1
Gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen		
1 ^e kwintiel (laagste)	10,4	11,7
2 ^e kwintiel	39,1	40,4
3 ^e kwintiel	23,0	22,6
4 ^e kwintiel	16,2	14,0
5 ^e kwintiel (hoogste)	11,1	11,3

5.2 Vraagstellingen

In deze paragraaf volgt een overzicht van de gebruikte vraagstellingen en antwoordcategorieën voor zover relevant voor dit onderzoek.

Ervaren gezondheid

De vraag naar hoe men de eigen gezondheid ervaart, is als volgt: Hoe is over het algemeen uw gezondheid? De vijf antwoordcategorieën lopen van 'zeer goed' tot en met 'zeer slecht'.

Fysieke beperkingen

Het gaat om beperkingen in horen, zien en mobiliteit. De volgende vragen zijn gesteld:

1. Kunt u een gesprek volgen in een groep van 3 of meer personen (zo nodig met hoorapparaat)?
2. Kunt u met één andere persoon een gesprek voeren (zo nodig met hoorapparaat)?
3. Zijn uw ogen goed genoeg om de kleine letters in de krant te kunnen lezen (zo nodig met bril of contactlenzen)?
4. Kunt u op een afstand van 4 meter het gezicht van iemand herkennen (zo nodig met bril of contactlenzen)?
5. Kunt u een voorwerp van 5 kg (bijvoorbeeld een volle boodschappentas) 10 meter dragen?
6. Kunt u als u staat, bukken en iets van de grond oppakken?
7. Kunt u 400 meter aan een stuk lopen, zonder stil te staan (zo nodig met stok)?

De antwoordcategorieën zijn als volgt: 1) Ja, zonder moeite, 2) Ja, met enige moeite, 3) Ja, met grote moeite, 4) nee, dat kan ik niet. Het percentage dat minimaal één beperking ervaart, ofwel grote moeite heeft met één van de zeven punten of dit niet kan, wordt als uitgangspunt genomen voor het ervaren van beperkingen.

Regie over eigen leven

Het betreft de volgende stellingen:

1. Ik heb weinig controle over de dingen die me overkomen
2. Sommige van mijn problemen kan ik met geen mogelijkheid oplossen
3. Er is weinig dat ik kan doen om belangrijke dingen in mijn leven te veranderen
4. Ik voel me vaak hopeloos bij het omgaan met de problemen van het leven.
5. Soms voel ik dat ik een speelbal van het leven ben.
6. Wat er in de toekomst met me gebeurt hangt voor het grootste deel van mezelf af.
7. Ik kan ongeveer alles als ik mijn zinnen er op heb gezet.

De antwoorden worden samengevat in een score tussen de 7 en 35, 7 t/m 19 betekenen 'onvoldoende eigen regie' en 20 t/m 35 'matig of veel regie over eigen leven'.

Iedere vraag heeft vijf antwoordcategorieën: 1) Helemaal mee eens, 2) Meestal, 3) Niet mee eens, niet mee oneens, 4) Niet mee eens, en 5) Helemaal mee oneens. Bij antwoord 1 'Helemaal mee eens' krijg je in dit geval de laagste score 1, bij antwoord 5 'Helemaal mee oneens' krijgt de hoogste score 5. Stelling 6 en 7 zijn gehercodeerd, omdat een lagere score hier juist meer regie betekent.

Sociale en emotionele eenzaamheid

Om eenzaamheid te meten, is de bekende, gevalideerde de Jong Gierveld schaal gebruikt (De Jong Gierveld en Van Tilburg, 1999). Deze bestaat uit 11 vragen. Onder eenzaamheid vallen zowel sociale als emotionele eenzaamheid en deze worden in deze schaal onderscheiden.

1. Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan.
2. Ik mis een echt goede vriend of vriendin.
3. Ik ervaar een leegte om me heen.
4. Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen.
5. Ik mis gezelligheid om me heen.
6. Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt.
7. Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen.
8. Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel.
9. Ik mis mensen om me heen.
10. Vaak voel ik me in de steek gelaten.
11. Wanneer ik daar behoefte aan heb, kan ik altijd bij mijn vrienden terecht.

Op elk van de stellingen kan geantwoord worden met ja, min of meer, of nee. De items behorende bij emotionele eenzaamheid zijn: 2, 3, 5, 6, 9 en 10. De items behorende bij sociale eenzaamheid zijn: 1, 4, 7, 8 en 11. Voorafgaand aan de uitspraken staat de vraag: 'Wilt u van elk van de volgende uitspraken aangeven in hoeverre die op u, zoals u de laatste tijd bent, van toepassing is?', met de toelichting 'U kunt antwoorden met nee, min of meer, ja'.

Iemand is sociaal of emotioneel eenzaam als diegene op minstens twee van de bijbehorende items ongunstig scoort, dat wil zeggen: 'min of meer' of 'ja' respectievelijk 'nee' al naar gelang de formulering van de stelling. Iemand krijgt een hogere score op KvL als hij of zij niet (sociaal of emotioneel) eenzaam is.

projectnummer 305537
SAL
30 januari 2020

Vaste partner

Of iemand een vaste partner heeft, wordt afgeleid van de volgende vraag: Met welke personen woont u momenteel samen? De antwoordcategorieën 'met een partner/echtgenoot of echtgenote' en 'ik woon niet samen met een partner, maar heb wel een duurzame relatie' worden samengevoegd om tot de classificatie wel of geen partner te komen.

Vrijwilligerswerk

Doet u vrijwilligerswerk? Hieronder wordt verstaan: werk dat in georganiseerd verband (bijvoorbeeld sportvereniging, kerkbestuur, school) onbetaald wordt uitgevoerd. De respondent kan hier 'ja' of 'nee' op antwoorden.

Materiële welvaart

Deze indicator wordt samengesteld op basis van registerinformatie en geeft in kwintielen de verdeling in huishoudens weer van de laagste 20 procent tot en met de hoogste in 2016. Het gestandaardiseerd besteedbaar inkomen is daarbij gecombineerd met het vermogen.

Rondkomen

Heeft u de afgelopen 12 maanden moeite gehad om van het inkomen van uw huishouden rond te komen? De antwoorden zijn: 1) Nee, geen enkele moeite, 2) Nee, geen moeite, maar ik moet wel opletten op mijn uitgaven, 3) Ja, enige moeite, en 4) Ja, grote moeite.

Woonkwaliteit

Deze indicator wordt samengesteld op basis van registerinformatie en bestaat uit aspecten als woningbezit, woningtype, WOZ-waarde, energie- en gasverbruik, nabijheid van voorzieningen en leefbaarheid in de buurt. (Reep en Janssen, 2019).

Geluk

De vraag over geluk is alleen door bepaalde GGD-en gesteld en niet beschikbaar in de geharmoniseerde gezondheidsmonitor en kan daarom niet meegenomen worden in de KvL-indicator. De vraag naar geluk wordt in dit onderzoek wel gebruikt als doelvariabele om vast te stellen welk gewicht iedere dimensie zou moeten krijgen. De respondenten gaven aan hoe gelukkig zij zich over het algemeen voelen op een schaal van 0 tot en met 10.

Er zijn bestaande, gevalideerde schalen gebruikt om fysieke beperkingen (Gobbens et al., 2010), regie over het eigen leven (Pearlin en Schooler, 1978) en (sociale en emotionele) eenzaamheid (De Jong Gierveld en van Tilburg, 1999) te meten. Schaalanalyses met betrekking tot de bestaande schalen vallen buiten de scope van dit project (zie voor achtergrondinformatie over de gebruikte methoden en de data in de Gezondheidsmonitor 2016: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/>).

5.3 Ontwikkeling KvL-indicator

De berekening van de KvL-indicator wordt in drie stappen gedaan: in de eerste stap wordt een score berekend per dimensie. In de tweede stap worden de scores van de dimensies samengevoegd tot één score, waarbij door middel van regressieanalyse voor iedere dimensie empirisch de gewichten worden bepaald op basis van de samenhang met geluk voor de GGD Gelderland-zuid respondenten. Als laatste stap wordt de KvL-indicator gevalideerd. Uit de regressieanalyse met geluk als doelvariabele blijkt dat de dimensies materiële welvaart en woning en woonomgeving niet allebei kunnen worden meegenomen in de KvL-indicator vanwege een te grote overlap (multicollineariteit). De kwaliteit van wonen indicator samengesteld op basis van registerinformatie lijkt in feite dus te veel op de welvaart indicator om nog extra informatie toe te voegen. Daarom wordt woning en woonomgeving niet meegenomen in de KvL-indicator, maar wel besproken in de analyses van de indicatoren en dimensies.

Stap 1. Berekenen van een score per dimensie

Voor een aantal indicatoren zijn de scores op de antwoordcategorieën gehercodeerd zodat een hogere score 'positiever' is en waarschijnlijk bijdraagt aan een betere kwaliteit van leven. Dit zijn: ervaren gezondheid, fysieke beperkingen, sociale en emotionele eenzaamheid en rondkomen. Om de scores op de indicatoren onderling vergelijkbaar te maken, zijn deze lineair getransformeerd naar een schaal van 0 t/m 10. Dat wil zeggen dat bijvoorbeeld een indicator zoals ervaren gezondheid die bestaat uit vijf antwoordcategorieën getransformeerd wordt naar de scores: '0', '2,5', '5', '7,5' en '10'. Een indicator met twee categorieën zoals wel of geen vaste partner, krijgt de scores '0' en '10'. Indicatoren met drie categorieën krijgen de scores '0', '5' en '10' en indicatoren met vier categorieën '0', '4', '7' en '10'. Zo wordt voorkomen dat een indicator met meer antwoordcategorieën automatisch in grotere mate bijdraagt aan de overkoepelende KvL-indicator.

Drie dimensies, namelijk activiteiten, regie en woning en woonomgeving (uiteindelijk niet meegenomen in de KvL), bevatten slechts één indicator. In dit geval is de score van de dimensie gelijk aan de score van de betreffende indicator. De dimensies gezondheid en materiële welvaart bevatten ieder twee indicatoren en sociale relaties bevat er drie. Om de onderlinge samenhang van de twee of drie indicatoren per dimensie te bekijken, is gekeken naar de correlaties tussen de indicatoren.

Van de indicatoren binnen dezelfde dimensie zijn de ervaren gezondheid en fysieke beperkingen het sterkst gecorreleerd, namelijk 64 procent (Spearman's $\rho = 0,64$). Sociale eenzaamheid en het hebben van een vaste partner zijn slechts voor 6 procent gecorreleerd. Emotionele en sociale eenzaamheid en emotionele eenzaamheid en het hebben van een partner zijn hoger gecorreleerd (respectievelijk 33 en 31 procent). En rondkomen en welvaart voor 25 procent. Zie voor meer informatie over de correlaties tussen de indicatoren tabel 7 op pagina 25.

Het percentage ontbrekende waarden is relatief hoog voor de indicatoren sociale en emotionele eenzaamheid, vrijwilligerswerk, rondkomen en regie over eigen leven, maar ook op de overige indicatoren zijn er ontbrekende scores (zie tabel 3). Alleen bij de dimensie gezondheid zijn de twee indicatoren voldoende gecorreleerd dat een score op één van de twee gebruikt kan worden als dimensiescore indien de andere indicator ontbreekt. Hierdoor wordt het percentage ontbrekende scores lager. Bij de overige dimensies is dit niet mogelijk. Voor de dimensies wordt daarom een gemiddelde score berekend indien alle scores beschikbaar zijn met uitzondering van de dimensie gezondheid waarbij slechts één van de twee indicatoren beschikbaar hoeft te zijn.

Tabel 3. Percentage ontbrekende waarden per indicator en dimensie

Indicatoren en dimensies	Ontbrekende waarden (%)
Indicatoren	
Ervaren gezondheid	1,3
Fysieke beperkingen	3,2
Regie over eigen leven	12,1
Sociale eenzaamheid	11,2
Emotionele eenzaamheid	13,7
Vaste partner	1,7
Vrijwilligerswerk	7,0
Welvaart	0,3
Rondkomen	7,4
Dimensies	
Gezondheid	0,7
Regie	12,1
Sociale relaties	17,6
Activiteiten	7,0
Materiële welvaart	7,6
KvL-indicator¹	4,5

¹⁾ De indicator woonkwaliteit en de dimensie woning en woonomgeving worden niet meegenomen in de KvL-indicator en worden daarom niet getoond in tabel 3.

Stap 2. Samenvoegen van afzonderlijke dimensiescores voor overkoepelende KvL-indicator

Om ervoor te zorgen dat een dimensie met meer indicatoren niet automatisch zwaarder meetelt, is ervoor gekozen om de indicatoren eerst samen te voegen tot dimensiescores en vervolgens de KvL-indicator op basis van deze dimensiescores te construeren.

In totaal heeft 27,8 procent van de respondenten minstens één ontbrekende score op de dimensies, de overige 72,2 procent heeft op alle dimensies een score (67.402 respondenten, ongewogen aantal). Dit is een relatief hoog aandeel met ontbrekende scores. Voor de KvL-indicator is er daarom voor gekozen om alle personen met scores op minimaal 3 van de 5 dimensies mee te nemen. Voor personen die scores op 1 of 2 dimensies missen, wordt de gemiddelde score op de overige dimensies geïmputeerd om tot een KvL score te komen. Hierdoor kunnen deze mensen wel meegenomen worden voor de indicator, maar speelt het feit dat men scores mist geen rol in de uiteindelijke score. Wel is minder informatie beschikbaar over de kwaliteit van leven dan bij de personen met alle scores. Om tot een voldoende vergelijkbaar eindoordeel te komen, wordt daarom de grens bij maximaal 2 ontbrekende dimensies gelegd. Personen die scores op meer dan 2 dimensies missen, worden voor de KvL-indicator buiten beschouwing gelaten.

projectnummer

305537

SAL

30 januari 2020

Hierbij moet worden opgemerkt dat dimensiescores strikt genomen niet uitwisselbaar zijn en dat over de groep met ontbrekende scores een minder goed KvL-oordeel beschikbaar is dan over de groep zonder ontbrekende scores. In het kader van de representativiteit is het echter van belang om voor zoveel mogelijk mensen tot een KvL-indicator te komen. Om geïmputeerde scores te kunnen onderscheiden en eventueel hierop te selecteren in vervolganalyses wordt een hulpvariabele gemaakt waarin wordt aangegeven of de KvL score deels geïmputeerd is of niet. Door de imputatie komt het uiteindelijke percentage ontbrekende waarden op 4,5 procent.

Het is onwaarschijnlijk dat alle dimensies evenveel bijdragen aan de kwaliteit van leven. Daarom worden dimensies gewogen samengevoegd tot de KvL-indicator. Door de dimensies te relateren aan een doelvariabele die een belangrijk onderdeel van kwaliteit van leven is, worden de dimensies extern gevalideerd en kunnen de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten gebruikt worden als dimensiegewichten. Om deze reden is met medewerking van de GGD Gelderland-zuid voor de respondenten in Gelderland-zuid hun antwoord op de vraag naar geluk gebruikt als doelvariabele om de gewichten van de dimensies van kwaliteit van leven te bepalen. Door middel van regressieanalyses is vastgesteld welk gewicht wordt toebedeeld aan iedere dimensie. Standaardisatie van de variabelen is niet nodig, want het verandert niet de regressiecoëfficiënten. De analyses laten zien dat welvaart en de woonkwaliteit indicator te hoog gecorreleerd zijn om allebei mee te nemen in de KvL-indicator (multicollineariteit). Hierdoor verandert het verband met geluk van één van deze twee indicatoren van positief naar negatief. In het geval van de deelindicatoren is dat welvaart, in het geval van de dimensies de woning en woonomgeving. Er is in feite een te hoge overlap tussen welvaart en de woonkwaliteit indicatoren. Op basis hiervan is ervoor gekozen om alleen welvaart mee te nemen in de KvL-indicator, omdat deze indicator integraal in het register beschikbaar is. Daarnaast zijn de indicatoren welvaart (dan wel woonkwaliteit) en vrijwilligerswerk niet significant gerelateerd aan geluk. Omdat het om een kleine steekproef gaat, kan het zijn dat het verband wel significant is met een grotere steekproef. Op dimensieniveau is de dimensie materiële welvaart, bestaande uit welvaart en rondkomen, wel significant gerelateerd aan geluk. De dimensies materiële welvaart en activiteiten worden, ondanks een relatief laag gewicht, toch meegenomen in de KvL-indicator omdat zij conceptueel van belang zijn. De dimensies gezondheid, regie en sociale relaties dragen het meest bij aan geluk. Deze dimensies krijgen daarom de hoogste gewichten in de KvL-indicator. De verklaarde variantie op basis van de adjusted Nagelkerke R^2 is 23 procent (Nagelkerke, 1991). Dit is voor een dergelijke analyse met deels subjectieve variabelen in de sociale wetenschappen gebruikelijk en houdt in dat de dimensies gedeeltelijk variantie verklaren van geluk (Cohen, 1992; Neter, Wasserman en Kutner, 1990).

De regressiecoëfficiënten zijn lineair getransformeerd zodat de resulterende KvL-indicator een minimale waarde van 0 en een maximale waarde van 10 heeft om interpretatie te vergemakkelijken. De score op de KvL-indicator kan niet opgevat worden als een rapportcijfer en geeft geen normatief oordeel over een goede of slechte kwaliteit van leven. De scores zijn te gebruiken om bevolkingsgroepen met elkaar te vergelijken. De resultaten hiervan staan in tabel 4.

Tabel 4. Samenstelling KvL-indicator op basis van relatie van dimensies met geluk

Dimensie	Gewicht dimensie in KvL (beta coëfficiënt)	Deelindicator
Gezondheid	0,34 (0,25)**	Ervaren gezondheid
		Fysieke beperkingen
Regie	0,26 (0,19)**	Regie over eigen leven
Sociale relaties	0,27 (0,20)**	Sociale eenzaamheid
		Emotionele eenzaamheid
		Vaste partner
Activiteiten	0,05 (0,04)	Vrijwilligerswerk
Materiële welvaart	0,07 (0,05)*	Welvaart (op basis van register)
		Rondkomen
Adj. Nagelkerke R² (verklaarde variantie)		0,23

Noot. * is $p < 0,05$; ** is $p < 0,01$.

Stap 3. Valideren van de KvL-indicator

Door middel van Principale Componenten Analyse (PCA) met oblique rotatie is bepaald of de indicatoren samen te voegen zijn tot één indicator en of hierbij onderliggende dimensies kunnen worden onderscheiden (zie tabel 5). Conceptueel gezien is dit minder relevant omdat de keuze voor de dimensies en indicatoren gebaseerd is op het theoretische kader. Omdat de KvL uit onafhankelijke dimensies bestaat, hoeven deze onderling niet sterk met elkaar te correleren zoals het geval is bij traditionele schaalconstructie. De Cronbach's alpha, een maat voor interne consistentie, is hierbij daarom niet zo relevant. De indicatoren hoeven immers niet uitwisselbaar te zijn en eenzelfde onderliggend concept te representeren (een reflectief construct), maar laten gezamenlijk een beeld zien van kwaliteit van leven (een formatief construct)¹. In de praktijk is het echter interessant omdat op deze manier meer inzicht wordt verkregen in de onderliggende structuur en samenhang van de dimensies en indicatoren.

Uit de PCA blijkt dat één indicator een factor lading heeft die onder de grens van 0,4 ligt, namelijk vrijwilligerswerk. Dit houdt in dat deze indicator ten opzichte van de overige indicatoren weinig extra informatie bijdraagt. Er worden drie componenten onderscheiden met de volgende indicatoren: 1) gezondheid, beperkingen, regie en vrijwilligerswerk, 2) sociale eenzaamheid, emotionele eenzaamheid en een partner, en 3) rondkomen en welvaart. De dimensies gezondheid, regie en activiteiten worden dus samengevoegd, sociale relaties en materiële welvaart zijn daarnaast allebei apart te onderscheiden. Vanwege het conceptuele onderscheid van de dimensies is ervoor gekozen om aparte dimensiescores te maken volgens het conceptuele kader en deze vervolgens tot één KvL-indicator samen te voegen.

De communaliteiten in tabel 5 geven het deel van de variantie van de indicator weer dat door de component verklaard wordt en is de gedeelde variantie met alle andere indicatoren (proportie gemeenschappelijke variantie).

De betrouwbaarheidsanalyse op basis van de indicatoren laat zien dat de KvL-indicator een Cronbach's alpha van 0,60 heeft, waar de grens voor een goede betrouwbaarheid voor een traditionele schaal op minimaal 0,70

projectnummer 305537

SAL

¹ In een formatief meetmodel 'vormen' de indicatoren samen het latente construct dat zij beogen te meten. Variatie in de indicatoren veroorzaakt variatie in het latente construct (Jarvis, MacKenzie en Podsakoff, 2003). Formatieve indicatoren worden ook wel causale indicatoren genoemd. Een voorbeeld van een formatief meetmodel is sociaaleconomische status (SES). SES is opgebouwd uit indicatoren als opleidingsniveau, inkomen, en beroepsprestige. Als iemand zijn baan verliest, gaat de SES omlaag, omdat inkomen en prestige omlaag gaan. Deze daling in SES brengt echter geen daling in opleidingsniveau teweeg.

ligt (Hair et al., 1998). De indicator zit daar dus enigszins onder, maar dit is in het geval van een dergelijk formatief construct niet zo informatief. Als naar de indicatoren gekeken wordt, blijken alle indicatoren een toegevoegde waarde te hebben voor de betrouwbaarheid ten opzichte van de overige indicatoren. De Cronbach's alpha stijgt niet als een van de indicatoren zou worden weggelaten. Bij vrijwilligerswerk blijft deze vrijwel hetzelfde, door afronding lijkt het toevoegen van deze indicator niks uit te maken voor de betrouwbaarheid van KvL, maar vrijwilligerswerk draagt wel minimaal bij.

Tabel 5. Principale Componenten Analyse met de KvL-indicatoren

Indicator	Factorlading op bijbehorende component (factor)	Communaliteit	Cronbach's alpha excl. deze dimensie
Ervaren gezondheid	0,85 (1)	0,73	0,56
Fysieke beperkingen	0,86 (1)	0,72	0,55
Regie over eigen leven	0,64 (1)	0,48	0,56
Sociale eenzaamheid	0,65 (2)	0,47	0,59
Emotionele eenzaamheid	0,78 (2)	0,68	0,52
Vaste partner	0,63 (2)	0,46	0,59
Vrijwilligerswerk	0,36 (1)	0,15	0,60
Welvaart	0,78 (3)	0,64	0,58
Rondkomen	0,71 (3)	0,52	0,59
Percentage verklaarde variantie		54	
Cronbach's alpha		0,60	

In paragraaf 6.2 komen validiteitschecks aan bod. Hierbij wordt gekeken naar de plausibiliteit van de verschillen tussen bevolkingsgroepen op basis van de KvL-indicator en de correlatie tussen de KvL-indicator en het risico op angststoornissen en depressie.

6. Resultaten

6.1 Beschrijvende analyses

Indicatoren

Ouderen scoren relatief goed op rondkomen en gezondheid. Van hen ervaaarde 39 procent hun gezondheid als redelijk en 53 procent als goed of zeer goed, 98 procent geeft aan geen moeite te hebben om rond te kunnen komen. Op vrijwilligerswerk scoort men relatief laag, 21 procent geeft aan vrijwilligerswerk te doen.

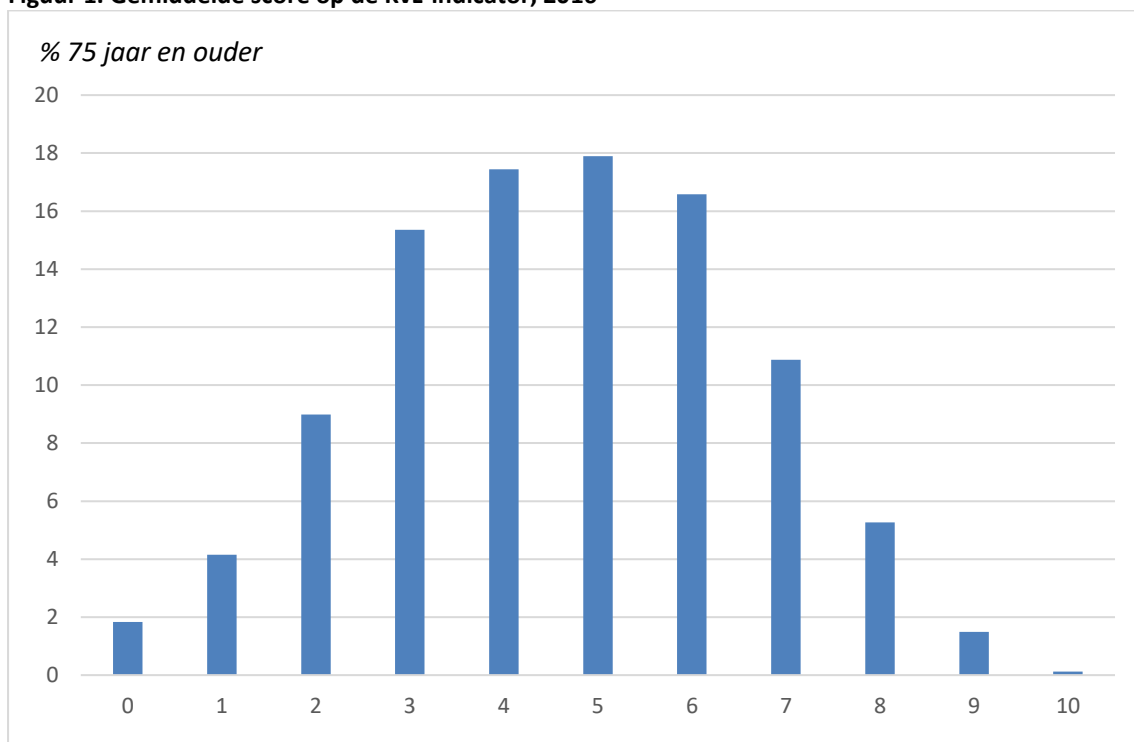
Dimensies

Twee van de vijf dimensies hebben een gemiddelde score van 6 of hoger op een schaal van 0 tot en met 10, namelijk gezondheid (gemiddelde=6,3; SD=2,3) en materiële welvaart (gemiddelde=6,9; SD=2,5). Op activiteiten en regie ligt deze gemiddelde score lager; 2,1 voor vrijwilligerswerk, dat in feite uit twee categorieën bestaat waarbij het gemiddelde weinig zegt, en 4,5 voor regie.

KvL-indicator

De gemiddelde score op de KvL is 5,1 met een standaarddeviatie van 2,0. Achttien procent van de ouderen scoort een gemiddeld cijfer van 7 of hoger, 34 procent scoort een 5 of 6 en 48 procent heeft een score lager dan 5. Dertig procent scoort maximaal een 3 op de schaal van 0 tot en met 10. Figuur 1 toont de frequentieverdeling van de KvL-indicator.

Figuur 1. Gemiddelde score op de KvL-indicator, 2016



Tabel 6 laat de gemiddelde scores en standaarddeviaties voor bevolkingsgroepen op basis van geslacht, leeftijd en hoogst behaald onderwijsniveau zien. Vrouwen hebben gemiddeld een lagere kwaliteit van leven dan mannen, kwaliteit van leven neemt af naarmate men ouder is en neemt toe naarmate men hoger opgeleid is. Deze verbanden blijven bestaan als gecorrigeerd wordt voor de achtergrondkenmerken geslacht, leeftijd en hoogst behaald onderwijsniveau.

Tabel 6. Score op KvL-indicator voor 75 jaar en ouder naar bevolkingsgroepen, 2016

Bevolkingsgroep	Gemiddelde	Standaard-deviatie
Totaal	5,1	2,0
Geslacht		
Mannen	5,5	1,9
Vrouwen	4,8	1,9
Leeftijd		
75 tot 80 jaar	5,6	1,9
80 tot 85 jaar	4,9	1,9
85 jaar en ouder	4,2	1,8
Hoogst behaald onderwijsniveau		
Geen of basisonderwijs	4,4	1,9
Lbo, mavo	5,1	1,9
Mbo, havo, vwo	5,4	1,9
Hbo, wo	5,9	1,9

projectnummer 305537
 SAL
 30 januari 2020

Tabel 7. Beschrijvende statistieken van de indicatoren van de KvL, 2016

Indicator	Gemiddelde	St.dev.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ervaren gezondheid (5 categorieën)	6,3	1,9	1								
Fysieke beperkingen (hogere score is minder beperkingen) (3 categorieën)	6,4	3,2	0,64	1							
Regie over eigen leven (3 categorieën)	4,5	2,7	0,39	0,37	1						
Sociale eenzaamheid (hogere score is minder eenzaam) (2 categorieën, 0=ja, 10=nee)	5,0	5,0	0,15	0,12	0,18	1					
Emotionele eenzaamheid (hogere score is minder eenzaam) (2 categorieën, 0=ja, 10=nee)	6,0	4,9	0,25	0,20	0,28	0,33	1				
Vaste partner (2 categorieën, 0=nee, 10=ja)	5,3	5,0	0,11	0,09	0,08	0,06	0,31	1			
Vrijwilligerswerk (2 categorieën, 0=nee, 10=ja)	2,1	4,1	0,20	0,18	0,14	0,06	0,10	0,07	1		
Welvaart (5 categorieën)	4,9	3,3	0,19	0,14	0,15	0,03	0,11	0,16	0,12	1	
Rondkomen (2 categorieën, 0=nee, 10=ja)	8,9	3,1	0,14	0,12	0,13	0,08	0,10	0,03	0,04	0,25	1

Noot. Alle correlaties zijn significant ($p < 0,01$). Spearman's rho correlaties, geschikt voor categoriale variabelen, zijn gerapporteerd.

6.2 Validiteitschecks

De KvL-indicator zoals deze in dit onderzoek is opgesteld, kan worden vergeleken met een KvL-indicator waarbij alle dimensies evenveel meetellen. De correlatie van de KvL-indicator samengesteld met de getoonde dimensiegewichten en een KvL-indicator met gelijke gewichten (gewicht = 1) is 86 procent. De invloed van de keuze voor deze manier van samenvoegen, is redelijk beperkt. Daarnaast is de KvL-indicator negatief gecorreleerd met het risico op angststoornissen en depressie ($r = -0,55$), zoals mag worden verwacht op basis van de theorie. Dit is een indicatie dat de KvL-indicator (in ieder geval deels) meet wat het beoogt te meten.

7. Conclusies

De KvL-indicator is ontwikkeld op aanvraag van VWS. VWS heeft ervoor gekozen om de indicator op basis van de Gezondheidsmonitor te ontwikkelen vanwege het grote aantal 75+ respondenten. Het CBS zal deze indicator niet gebruiken in eigen publicaties, omdat een deel van de informatie over kwaliteit van leven niet beschikbaar is. Het CBS heeft een completere bron beschikbaar met kwaliteit van leven informatie, namelijk het onderzoek Sociale samenhang en Welzijn (S&W). Dit onderzoek is veel kleiner dan de Gezondheidsmonitor en bevat daarom minder 75+ respondenten waardoor minder uitsplitsingen mogelijk zijn.

De dimensie wonen en woonomgeving kon helaas niet meegenomen worden in de KvL-indicator alhoewel dit een belangrijk onderdeel van kwaliteit van leven is. De indicator kwaliteit van wonen is gebaseerd op registergegevens waarmee de combinatie van de tevredenheid met de woning en de woonomgeving zoals gevraagd in het WoON-onderzoek zo goed mogelijk benaderd werd. De indicator kwaliteit van wonen kon echter niet goed genoeg geconstrueerd worden uit de registergegevens om opgenomen te worden in de KvL-indicator en had een te grote overlap met de indicator welvaart. Een dergelijke kwaliteit van wonen indicator kan waarschijnlijk beter met behulp van enquêtevragen samengesteld worden, maar deze is dan niet integraal beschikbaar. Daarnaast kon subjectief welzijn niet worden meegenomen, omdat hierover geen informatie in de geharmoniseerde Gezondheidsmonitor beschikbaar is. Er is wel informatie over geluk gebruikt van een klein deel van de respondenten om de gewichten van de KvL dimensies te bepalen. Ook de dimensie sociale relaties kon door middel van de indicator vrijwilligerswerk slechts in beperkte mate gemeten worden. Tot slot mist informatie over de dimensie veiligheid in de Gezondheidsmonitor.

De indicator geeft slechts een beperkt beeld van de KvL vanwege de ontbrekende informatie. De indicator laat zien dat de verschillen tussen bevolkingsgroepen met betrekking tot kwaliteit van leven plausibel zijn; kwaliteit van leven is bijvoorbeeld lager voor oudere leeftijdsgroepen en voor laagopgeleiden. Daarnaast is de KvL-indicator negatief gecorreleerd met het risico op angststoornissen en depressie, wat verwacht mag worden op basis van de theorie. Op basis van de plausibele verschillen tussen bevolkingsgroepen en de correlatie met het risico op angststoornissen en depressie kan geconcludeerd worden dat de KvL deels bruikbare informatie bevat om groepen ouderen te vergelijken, maar dat kwaliteit van leven van thuiswonende ouderen niet volledig in beeld is. Vervolgonderzoek kan de bruikbaarheid van de indicator uitvoeriger testen. Er kan overwogen worden om de dimensies apart te gebruiken als specifieke aspecten van kwaliteit van leven onderwerp van onderzoek zijn.

8. Referenties

ALTERRA/NIVEL (2009). Groen is gezond. Belangrijkste conclusies uit het Vitamine G onderzoeksprogramma. Symposium Natuur als Kuur, 29 september 2009.

Bellani, L. en C. D'Ambrosio (2011). Deprivation, Social Exclusion and Subjective Well-Being. Social Indicators Research, 104, blz. 67-86.

Beuningen, J. van (2018). Woning en woonomgeving gerelateerd aan tevredenheid met het leven. Statistische Trends, (januari), blz. 1-19.

CBS (2016). Gezondheidsmonitor 2016. Den Haag/ Heerlen, CBS. <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/onderzoeksomschrijvingen/korte-onderzoeksbeschrijvingen/gezondheidsmonitor-2016>

Cohen, J. (1992). A power primer. Psychological Bulletin, 115 (1), blz. 155-159.

Cummins, R. A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. Journal of Intellectual Disability Research, 49 (10), blz. 699-706.

Diener, E., S. Oishi en R. E. Lucas (2009). Subjective well-being: the science of happiness and life satisfaction. In: Lopez, S. J. en C. R. Snyder (Eds.). The Oxford handbook of positive psychology. New York, Oxford University Press, blz. 187-194.

Europese Commissie (2019). 10 Step guide. Brussel, Competence Centre on Composite Indicators and Scoreboards. <https://composite-indicators.jrc.ec.europa.eu/?q=10-step-guide/step-1-theoretical-framework>

Eurostat (2019). Quality of life (QOL). <https://ec.europa.eu/eurostat/web/gdp-and-beyond/quality-of-life/data>

Felce, D. en J. Perry (1995). Quality of life: its definition and measurement. Research in Developmental Disabilities, 16 (1), blz. 51-74.

Gobbens, R. J., K. G. Luijckx, M. T. Wijnen-Sponselee en J. M. Schols (2010). In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. Journal of the American Medical Directors Association, 11(5), blz. 338-343.

Hagerty, M. R., et al. (2001). Quality of life indexes for national policy: review and agenda for research. Social Indicators Research, 55, blz. 1-96.

Hair, J. F., Jr., R.E. Anderson, R. L. Tatham en W. C. Black, 1998, Multivariate data analysis with readings, (5e ed.). Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.

Hart, J. de, F. Knol, C. Maas-de Waal en T. Roes (2002). Zekere banden. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau.
https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2002/Zekere_banden

Jarvis, C. B., S. B. MacKenzie en P. M. Podsakoff (2003). A critical review of construct indicators and measurement model misspecification in marketing and consumer research. The Journal of Consumer

Research, 30(2), blz. 199–218.

Jong Gierveld, J. de, en T. van Tilburg (1999). Manual of the Loneliness Scale. Amsterdam, Vrije Universiteit Amsterdam (PDF and online version).

http://home.fsw.vu.nl/tg.van.tilburg/manual_loneliness_scale_1999.html

Mars, G., en H. Schmeets (2011). Meer sociale samenhang, meer geluk? Bevolkingstrends (3^e kwartaal), blz. 39-44. <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2011/39/meer-sociale-samenhang-meer-geluk->

Mollenkopf, H., en A. Walker (Eds., 2007). Quality of life in old age. International and multi-disciplinary perspectives. Social indicators research series, Springer, Dordrecht.

Nagelkerke, N. J. D. (1991). A Note on a General Definition of the Coefficient of Determination. Biometrika, 78, blz. 691-692.

Neter, J., W. Wasserman en M. H. Kutner (1990). Applied linear statistical methods: Regression, analysis of variance, and experimental designs. Homewood, IL: Irwin.

NIVEL (2019). Kwaliteit van leven van langer thuiswonende ouderen. Sessies met de praktijk. Utrecht, Nivel. <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/kwaliteit-van-leven-van-langer-thuiswonende-ouderen-sessies-met-de-praktijk>

OECD (2017). How's life? 2017: Measuring well-being. Parijs, OECD Publishing. https://www.oecd-ilibrary.org/economics/how-s-life-2017_how_life-2017-en

Pearlin L. I., en C. Schooler (1978). The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior, 19, blz. 2-21.

Reep, C., en S. Janssen (2019). Indicator woonkwaliteit voor ouderen. Den Haag/Heerlen, CBS, intern rapport.

Saltelli, A. (2007). Composite indicators between analysis and advocacy. Social Indicators Research, 81, blz. 65-77.

Schmeets, H. en J. van Beuningen (2014). Discrepancies in sociaal kapitaal van bevolkingsgroepen. Bevolkingstrends (augustus), blz. 1-17.

SCP (2017). De sociale staat van Nederland 2017. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau. https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2017/De_sociale_staat_van_Nederland_2017

Skevington, S. M., M. Lotfy, en K.A. O'Connell (2004). The world health organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. Quality of Life Research, 13, blz. 299-310.

World Health Organization (2019). WHOQOL: Measuring Quality of Life. <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>