

DOSSIER

WAT WERKT BIJ de aanpak van eenzaamheid



kennis en aanpak van
sociale vraagstukken

Colofon

Auteurs: Renske van der Zwet, Susan de Vries en Jan Willem van de Maat

Eindredactie: Esther den Breejen

Redactie: Esther den Breejen, Hanneke Mateman

Vormgeving: De Boer & Van Dorst (Typetank)

Infographics: De Boer & Van Dorst (Typetank)

Bestellen: www.movisie.nl

Overname van informatie uit deze publicatie is toegestaan onder voorwaarde van bronvermelding:
© Movisie, kennis en aanpak van sociale vraagstukken

De inhoud van deze publicatie is met grote zorg samengesteld.
Desondanks is Movisie niet aansprakelijk voor de eventuele schade die ontstaat door het gebruik van deze informatie.

februari 2020



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Inhoud

Samenvatting	4
Inleiding	8
1. Feiten en cijfers	9
1.1 Wat is het probleem?	9
1.2 Definitie eenzaamheid	10
1.3 Oorzaken	13
1.4 Gevolgen	14
1.5 Omvang vraagstuk en doelgroep	15
1.6 Risicofactoren	18
1.6.1. Individuele factoren m.b.t. leefomstandigheden	18
1.6.2. Individuele factoren m.b.t. mate van sociale integratie	21
1.6.3. Macrofactoren	21
1.7 Systematische aanpak komt moeilijk van de grond	22
1.8 Wet- en regelgeving	23
1.9 Transformatie van ondersteuning en zorg	24
2. Wat werkt in de aanpak?	26
2.1 Preventie en signalering	26
2.1.1. Inzetten op beschermende factoren	26
2.1.2. Ondersteunen van mensen met risicofactoren	28
2.1.3. Voorkomen van verergering van eenzaamheid	28
2.2 Stappen naar een passende aanpak	31
2.2.1. Drie oplossingsrichtingen	31
2.2.2. Vormen van ondersteuning	32
2.2.3. Stappenplan voor organisaties	34
2.3 Werkzame elementen	38
2.3.1. Doelgroep: alle leeftijdsgroepen	38
2.3.2. Doelgroep: ouderen	39
2.3.3. Doelgroep: mensen met een ernstige psychische beperking	43
2.4 Tot slot	44
3. Bronnenlijst	46
Bijlage 1 Verantwoording literatuuronderzoek	56

Samenvatting

Chronische eenzaamheid kan tot uiteenlopende lichamelijke en psychische klachten leiden, zoals depressie, alcoholverslaving, cognitieve achteruitgang, hart- en vaatziekten, slaapproblemen en verminderde afweer. Ook weten we dat eenzaamheid samenhangt met een verhoogde kans op vroegtijdig overlijden. In veel gemeenten wordt eenzaamheid herkend als een belangrijk maatschappelijk vraagstuk, maar toch worstelen beleidsmedewerkers en zorg- en hulpverleners met de vraag hoe zij eenzaamheid op een duurzame en systematische manier kunnen aanpakken. Om hierin richting te bieden, zetten we in dit Wat Werkt bij-dossier risicofactoren, vormen van ondersteuning en werkzame factoren op een rij.

In 2016 gaf 43 procent van de Nederlandse bevolking van 19 jaar en ouder aan zich eenzaam te voelen. Ongeveer 10 procent van hen voelde zich ernstig of zeer ernstig eenzaam. Het percentage van mensen dat zich eenzaam voelt neemt gemiddeld toe met het ouder worden, maar eenzaamheid komt onder alle leeftijdsgroepen voor. Ook kinderen en jongeren voelen zich eenzaam, aldus blijkt uit buitenlands onderzoek. In Nederland is onder kinderen en jongeren tot en met 18 jaar nog geen onderzoek gedaan naar de prevalentie.

Oorzaken

De oorzaken van eenzaamheid zijn in te delen in drie categorieën:

- individuele oorzaken (bijvoorbeeld gebrek aan sociale vaardigheden of gezondheidsproblemen)
- veranderingen in het sociale netwerk (levensgebeurtenissen zoals ontslag of scheiding)
- maatschappelijke oorzaken (zoals negatieve beeldvorming over ouderen).

Risicofactoren

Er zijn bepaalde factoren die het risico op eenzaamheid blijken te vergroten. Deze factoren zijn divers en in te delen in drie categorieën (De Jong Gierveld, Van Tilburg, & Dykstra, 2018).

Individuele factoren met betrekking tot leefomstandigheden

- Socio-economische status (SES). Hoe lager de SES, hoe hoger de kans op eenzaamheid.
- Gezondheidsproblemen. Mensen met gezondheidsproblemen, of met een partner met gezondheidsproblemen, hebben gemiddeld een grotere kans op eenzaamheid.
- Seksuele identiteit. Eenzaamheid komt vaker voor onder mensen die lesbisch, homoseksueel, biseksueel, transgender of interseksueel zijn.
- Migratieachtergrond. Eenzaamheid komt meer voor onder Nederlanders met een migratieachtergrond dan onder mensen met een Nederlandse achtergrond.
- Leeftijd. Het percentage eenzamen neemt gemiddeld toe met het ouder worden. Dit geldt specifiek voor sociale eenzaamheid. Het percentage mensen dat zich emotioneel eenzaam voelt, neemt pas toe vanaf 75 jaar.

- Persoonskenmerken. Mensen met persoonlijke eigenschappen zoals een gebrek aan sociale vaardigheden, een negatief zelfbeeld, weinig zelfvertrouwen, gevoelens van sociale angst, sterke verlegenheid, neuroticisme en introversie, hebben een grotere kans op eenzaamheid.

Individuele factoren met betrekking tot mate van sociale integratie

- Burgerlijke staat. Gescheiden mensen en weduwen of weduwnaars hebben een grotere kans op eenzaamheid dan samenwonenden of ongehuwden.
- Ouder-kind relaties. Mensen die geen contact hebben met hun volwassen kinderen hebben een grotere kans op eenzaamheid.
- Broers en zussen relaties. Mensen van wie een broer of zus wegvalt, hebben een grotere kans op eenzaamheid.
- Niet-familierelaties. Een persoon met een sociaal netwerk bestaande uit familierelaties, heeft een grotere kans op eenzaamheid dan een persoon met een sociaal netwerk van zowel familierelaties als niet-familie relaties (zoals vrienden en burens).

Macrofactoren

- Individualisering.
- Vervoersmogelijkheden.
- Sociaaleconomische context.
- Culturele normen en waarden.

Preventieve aanpak

Eenzaamheidsexperts verwachten dat er met een aanpak gericht op het voorkomen van eenzaamheid meer winst is te behalen dan met een aanpak gericht op het verminderen van eenzaamheid. Een duurzame, preventieve aanpak van eenzaamheid moet op drie niveaus worden ingestoken (Van der Zwet, & Van de Maat, 2018).

- Inzetten op beschermende factoren bij mensen zonder bekende risicofactoren of eenzaamheidsgevoelens om te voorkomen dat zij risicofactoren ontwikkelen.
- Ondersteunen van mensen met risicofactoren voor het krijgen van eenzaamheidsgevoelens om te voorkomen dat zij eenzaamheidsgevoelens ontwikkelen.
- Inzetten op het voorkomen van verergering van de problematiek bij mensen met eenzaamheidsgevoelens. Hierbij is het cruciaal om eenzaamheid in een zo vroeg mogelijk stadium te signaleren en bespreken.

Keuze voor interventie: maatwerk

Interventies die zijn afgestemd op de omstandigheden en behoeften van de cliënt of doelgroep en op het type eenzaamheid, hebben een grotere kans op eenzaamheidsvermindering. Het is heel belangrijk dat de keuze voor een bepaalde aanpak of interventie gemaakt wordt op basis van de specifieke situatie van de cliënt of doelgroep. Voor de aanpak van eenzaamheid voor middelbaar volwassenen en ouderen zijn er drie mogelijke oplossingsrichtingen:

- 1 **Netwerkontwikkeling:** nieuwe relaties aangaan en/of bestaande relaties verbeteren of intensiveren.



- 2 **Standaardverlaging:** onrealistische wensen en te hoge verwachtingen die men van relaties heeft naar beneden bijstellen.
- 3 **Leren omgaan met gevoelens van eenzaamheid:** het eenzaamheidsgevoel terugdringen door bijvoorbeeld afleiding, acceptatie of relativering.

Naast de bovenstaande drie oplossingsstrategieën hebben Bouwman en Van Tilburg (2020) zeven overkoepelende 'typen van werkzame elementen' van eenzaamheidsinterventies beschreven. Deze typen zien we als een aanvulling en verfijning van de drie bestaande oplossingsstrategieën. Het gaat om de volgende 'vormen van ondersteuning':

1. **Zinvol bezig zijn.** Iemand krijgt het gevoel zinvol bezig te zijn met een productieve activiteit of met vermaak.
2. **Ontmoeten.** Iemand heeft de mogelijkheid sociale interacties te hebben of nieuwe sociale contacten aan te gaan.
3. **Praktisch ondersteunen.** Iemand krijgt steun bij praktische zaken, en heeft daardoor het gevoel ingebed te zijn in een groter, zorgzaam verband.
4. **Betekenisvol contact.** Het gaat om regelmatig en duurzaam contact, waarin een vertrouwensband bestaat. Iemand ervaart een gevoel van herkenning en dat de ander er voor hem of haar is.
5. **Sociale vaardigheden.** Sociale vaardigheden zijn van belang bij het aangaan en onderhouden van sociale relaties. Met goede sociale vaardigheden kunnen mensen relaties diepgang geven, bijvoorbeeld door goed te luisteren en ondersteunende reacties te geven.
6. **Realistische verwachtingen.** Realistische verwachtingen over de mogelijke frequentie van contact, of over de snelheid waarmee een diepgaand of duurzaam contact ontstaat, voorkomt teleurstellingen. Dit voorkomt negatieve interpretaties van het sociaal gedrag van anderen: "Ze willen mij niet" en ontstaat er geen reden om zich sociaal terug te trekken. Met behulp van training of therapie wordt inzicht verkregen in de eigen denkpatronen en het eigen gedrag dat tot negatieve gevoelens of ervaringen leidt en worden handreikingen geboden om positieve ervaringen op te doen en over teleurstellingen heen te stappen.
7. **Betekenisvolle rol.** Iemand die iets doet voor anderen krijgt het gevoel dat hij of zij van belang is en er toe doet. Hij of zij is deel van een groter geheel. Iets doen voor een ander, of voor de samenleving, vergroot het zelfvertrouwen. Dat maakt iemand beter in staat om te gaan met zijn of haar situatie.

Bij het kiezen van een passende interventie kunnen organisaties die met eenzaamheid aan de slag willen de volgende stappen doorlopen:

- Een analyse maken van de eenzaamheidsproblematiek: in welke mate kampen de inwoners met eenzaamheidsgevoelens en welke factoren veroorzaken dit? Op basis van de analyse kunnen de belangrijkste risicogroepen worden geformuleerd en kan een groep worden gekozen waarop de organisatie zich gaat richten.
- Een analyse maken van de mogelijkheden en de motivatie van de betrokkenen. De aanpak van eenzaamheid heeft alleen kans van slagen als de deelnemers 'weten', 'willen' en 'kunnen'.
- De oplossingsrichting bepalen en geschikte interventies in kaart brengen.
- Geschikte interventies met elkaar vergelijken en kiezen (lettend op effectiviteit, mogelijke neveneffecten en kosten).

Belangrijke voorwaarden voor de uitvoering en borging van interventies:

- intensieve samenwerking tussen organisaties die zich met de doelgroep bezighouden;
- aandacht voor de selectie en training van de coördinatoren en vrijwilligers die betrokken zijn bij de interventies, en doorlopende ondersteuning;
- gebruik van consistente en gedegen manieren om eenzaamheid te meten;
- continue steun aan en aanmoedigen van de deelnemers om te blijven deelnemen;
- flexibiliteit om de interventie aan te passen aan de doelgroep en de lokale omstandigheden.

Werkzame elementen

Aan de hand van systematische reviews van eenzaamheidsinterventies komen uit de analyse de volgende werkzame elementen, voor alle leeftijden en voor ouderen, naar voren.

Voor alle leeftijdsgroepen geldt:

- Interventies waarbij gewerkt wordt aan het verminderen van negatieve gedachten hebben meer effect dan interventies die gericht zijn op sociale steun (bijvoorbeeld huisbezoeken), interventies gericht op het verbeteren van sociale vaardigheden, of interventies die de mogelijkheden voor sociale interactie willen vergroten (bijvoorbeeld ontmoetingsactiviteiten).
- Interventies waarin gewerkt wordt met sociaal cognitieve training om de negatieve spiraal te doorbreken, kunnen eenzaamheid verminderen.

Over de effectiviteit van de aanpak van eenzaamheid bij ouderen is het volgende bekend:

- Interventies (zowel groepsinterventies als één-op-één interventies) met een educatief aspect gericht op het onderhouden en verbeteren van het sociale netwerk kunnen eenzaamheid bij ouderen verminderen (bijvoorbeeld een cursus waarbij vrouwen initiatief leren nemen en zelfvertrouwen opbouwen).
- Groepsinterventies die gericht zijn op sociale activiteiten en sociale steun kunnen effectief zijn.
- Activiteiten gericht op het verbeteren van het gevoel van eigenwaarde en persoonlijke controle kunnen de langetermijneffectiviteit van groepsinterventies mogelijk vergroten.
- Computer- en internettraining bij ouderen (waarbij zij leren omgaan met een computer en het internet) kan effectief zijn om eenzaamheid te verminderen.
- Het gebruik van technologie kan effectief zijn bij eenzaamheidsinterventies.
- Er is enig bewijs dat de interactie met een 'social robot' de eenzaamheidsgevoelens bij ouderen vermindert.
- Interventies zijn waarschijnlijk effectiever wanneer ouderen actief betrokken zijn bij de ontwikkeling en uitvoering ervan.
- Interventies waarbij ouderen actief meedoen zijn waarschijnlijk effectiever dan interventies waarbij deelnemers slechts 'ontvangers' zijn van de interventie (bijvoorbeeld een training).
- Interventies zijn waarschijnlijk effectiever wanneer ze gebaseerd zijn op een specifieke theorie.
- Interventies waarbij verschillende strategieën worden toegepast zijn waarschijnlijk meer succesvol in het verminderen van eenzaamheid onder ouderen. Voorbeelden zijn complexe programma's waarbinnen verschillende benaderingen, zoals educatief, cognitief en sociaal, of verschillende technieken (coaching, groepsdiscussies, trainingen) worden gecombineerd binnen één interventie.
- Interventies die aangepast kunnen worden aan de lokale context zijn waarschijnlijk effectiever.

Inleiding

In het Wat werkt bij-dossier hebben we zowel feiten en cijfers over eenzaamheid in Nederland verzameld als kennis over wat werkt bij de aanpak van eenzaamheid. We baseren ons daarbij op de best beschikbare kennis. Een beschrijving van hoe dit dossier tot stand is gekomen, staat in bijlage 1 'verantwoording literatuuronderzoek'. Met deze publicatie willen we beleidsmedewerkers van gemeenten en maatschappelijke organisaties, uitvoerende professionals en burgers ondersteunen bij het zo doelgericht en succesvol mogelijk voorkomen en verminderen van eenzaamheid.

In de afgelopen twintig jaar is de beschikbare kennis over het voorkomen en verminderen van eenzaamheid snel toegenomen, met name de laatste jaren. Tegelijkertijd is bescheidenheid op zijn plek want er is nog veel dat we niet weten. Zo weten we nog maar in beperkte mate wat precies voor welke specifieke doelgroep, en onder welke omstandigheden, het beste werkt. Bovendien is eenzaamheid soms iets dat moeilijk of niet te voorkomen of verminderen is. Mensen komen soms in een situatie terecht waar gevoelens van eenzaamheid bijna niet te vermijden zijn. Denk bijvoorbeeld aan mensen die chronisch last hebben van ernstige psychische klachten en mensen die door hoge ouderdom hun sociale netwerk zien krimpen en wiens gezondheid verslechtert. Soms is het accepteren, bespreken en omgaan met gevoelens van eenzaamheid passender dan deze proberen 'op te lossen'. Dit dossier is een zogeheten 'groeidocument' en wordt regelmatig aangevuld met nieuwe inzichten over wat werkt bij de aanpak van eenzaamheid.

Om de kennis uit dit dossier toegankelijk en toepasbaar te maken, heeft Movisie in samenwerking met gemeenten, universiteiten en hogescholen, verschillende praktische instrumenten ontwikkeld: de tool '**Wegwijs in de aanpak van eenzaamheid**', de training '**In gesprek over eenzaamheid**' en de '**Online verbetertool Eenzaamheid**'. Met deze laatste tool kunnen professionals en vrijwilligers die bezig zijn met projecten en initiatieven hun aanpak vergelijken met de beschikbare kennis over wat werkt. De actuele tools staan op www.movisie.nl/eenzaamheid.

1. Feiten en cijfers

1.1 Wat is het probleem?

De laatste jaren staat het onderwerp 'eenzaamheid' steeds vaker in de belangstelling. Dat komt onder meer doordat we steeds meer weten over wat eenzaamheid is, wat de oorzaken van eenzaamheid zijn en vooral ook wat de gezondheidsgevolgen zijn. Chronische eenzaamheid blijkt tot uiteenlopende lichamelijke en psychische klachten te kunnen leiden, zoals depressie, alcoholverslaving, cognitieve achteruitgang, hart- en vaatziekten, slaapproblemen en verminderde afweer (Bassuk, Glass & Berkman, 1999; Barnett & Gotlib, 1988; Akerlind & Hornquist, 1992). Uit onderzoek van Holt-Lunstad, Smith en Layton (2010) blijkt zelfs dat het effect van chronische eenzaamheid op de gezondheid vergelijkbaar is met het roken van vijftien sigaretten per dag. Bovendien toont onderzoek aan dat zowel eenzaamheid als sociaal isolement gerelateerd zijn aan een verhoogde kans op vroegtijdig overlijden (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris & Stephenson, 2015; Leigh-Hunt et al., 2017).

Een andere reden waarom eenzaamheid hoog op de agenda staat, is het beleid gericht op het zo lang mogelijk zelfstandig wonen van ouderen en andere kwetsbare groepen. Hoewel de beweging om zo lang mogelijk zelfstandig te wonen breed gedragen wordt in de samenleving, zijn er ook zorgen onder zowel beleidsmakers, politici als burgers. De vrees bestaat dat mensen hierdoor vereenzamen en sociaal geïsoleerd raken. Het schrikbeeld daarbij, dat iedereen wil voorkomen, is dat mensen na hun overlijden pas na maanden of zelfs jaren in hun woning worden gevonden. De huidige decentralisaties van ondersteuning en zorg, gecombineerd met het scheiden van wonen en zorg, zorgt ervoor dat kwetsbare mensen (langer) thuis wonen. Alleen bij zeer ernstige gezondheidsklachten kunnen mensen nog aanspraak maken op intramurale zorg in het verpleeghuis. Daarnaast wonen mensen met een psychische kwetsbaarheid steeds meer zelfstandig in de wijk (vanuit een intramurale instelling).

Mensen met gezondheidsklachten hebben, zeker als zij alleen wonen, een verhoogd risico te vereenzamen. Een recente Nederlandse studie van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) signaleert bovendien een relatief groot beschermend effect tegen eenzaamheid van verhuizing naar een verzorgings- of verpleeghuis (Van Campen, 2018). Ouderen die met ernstige gezondheidsproblemen te maken krijgen, (2018) hebben, na opname in een verzorgings- of verpleeghuis een verminderd risico op eenzaamheid.

Ook het besef dat eenzaamheid op jonge leeftijd risico's met zich meebrengt voor latere problemen, zoals sociale problemen en gezondheidsproblemen, is reden om meer aandacht te besteden aan het voorkomen en verminderen van eenzaamheid (Jones, Schinka, Van Dulmen, Bossarte, & Swahn, 2011; Mahon, Yarcheski, & Yarcheski, 1993; Page, 1990).

1.2 Definitie eenzaamheid

Eenzaamheid is een negatief gevoel dat zich kenmerkt door een gemis aan sociale relaties. Mensen hebben de behoefte om zich verbonden te voelen met betekenisvolle anderen. Mensen die ze kunnen vertrouwen, die hen een doel in het leven geven en met wie zij samen kunnen werken om te overleven en zichzelf te ontplooien (Cacioppo, & Patrick, 2008). In dit Wat werkt bij-dossier gaan we uit van de definitie van eenzaamheid zoals deze standaard in Nederland wordt gehanteerd:

'Het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties. Het kan zijn dat het aantal contacten dat men heeft met andere mensen geringer is dan men wenst. Het kan ook zijn dat de kwaliteit van de gerealiseerde relaties achterblijft bij de wensen'

(Van Tilburg, & De Jong-Gierveld, 2007, p. 14).

Vormen van eenzaamheid

In de literatuur wordt vaak onderscheid gemaakt tussen emotionele eenzaamheid en sociale eenzaamheid (Weiss, 1973). Van Tilburg en De Jong-Gierveld (2007, p.14) lichten dit onderscheid als volgt toe:

- Emotionele eenzaamheid ontstaat door een sterk gemis van een intieme relatie, een emotioneel hechte band met een partner, familielid of een hartsvriend(in) en kan bijvoorbeeld ontstaan na een scheiding.
- Sociale eenzaamheid is gekoppeld aan het gemis van betekenisvolle relaties met een bredere groep van mensen om je heen, zoals kennissen, collega's, buurtgenoten, mensen met dezelfde belangstelling of mensen om samen een hobby mee uit te voeren.

In de standaarddefinitie van eenzaamheid staan sociale relaties, en de kwaliteit daarvan, centraal. De laatste jaren hebben onderzoekers en auteurs erop gewezen dat eenzaamheid ook verbonden kan zijn aan het ervaren van zingeving (Jorna, 2012). Zij spreken dan wel over 'existentiële eenzaamheid'. Deze vorm, of dimensie, van eenzaamheid verwijst volgens hen naar het individuele verlangen naar een zinvol leven, naar het gevoel ertoe te doen en op je plek te zijn. Het concept existentiële eenzaamheid wordt door Jorna (2012) beschreven als 'een verloren en zwervend gevoel, niet je plaats in het leven weten, een gevoel van zinloosheid'. Ettema, Derksen en Van Leeuwen (2010) concluderen in hun review van het concept dat er een gebrek is aan overeenstemming en duidelijkheid over de precieze inhoud van het concept existentiële eenzaamheid. Zij definiëren gevoelens van existentiële eenzaamheid als 'gevoelens van een ondragelijke leegte, van verdriet en verlangen die voortkomen uit het besef van de fundamentele afgescheidenheid als individu.' Deze gevoelens zijn volgens Ettema et al. (2010) gangbaar bij ernstige levensgebeurtenissen, zoals bijvoorbeeld het ernstig ziek zijn. Ondersteuning bij existentiële eenzaamheid is dan ook meer gericht op het bespreken van het gevoel dan het wegnemen ervan (van Wijngaarden, & The, 2017).

Omdat er nog onduidelijkheid bestaat over het concept existentiële eenzaamheid en er beperkt onderzoek is gedaan naar wat het beste werkt bij deze vorm van eenzaamheid, maken we in dit dossier, voor nu, gebruik van de definitie van Van Tilburg en De Jong-Gierveld (2007). Hierin staan sociale relaties, en sociale en emotionele eenzaamheid, centraal. Wel is emotionele eenzaamheid gekoppeld aan zingeving. In een artikel van Bouwman en Van Tilburg (2020) betogen zij dat gevoelens van emotionele eenzaamheid kunnen ontstaan door een gebrek aan twee factoren: 'het ervaren van intimiteit' en het 'hebben van betekenis'. De laatste factor verwijst naar 'het gevoel dat iemand een

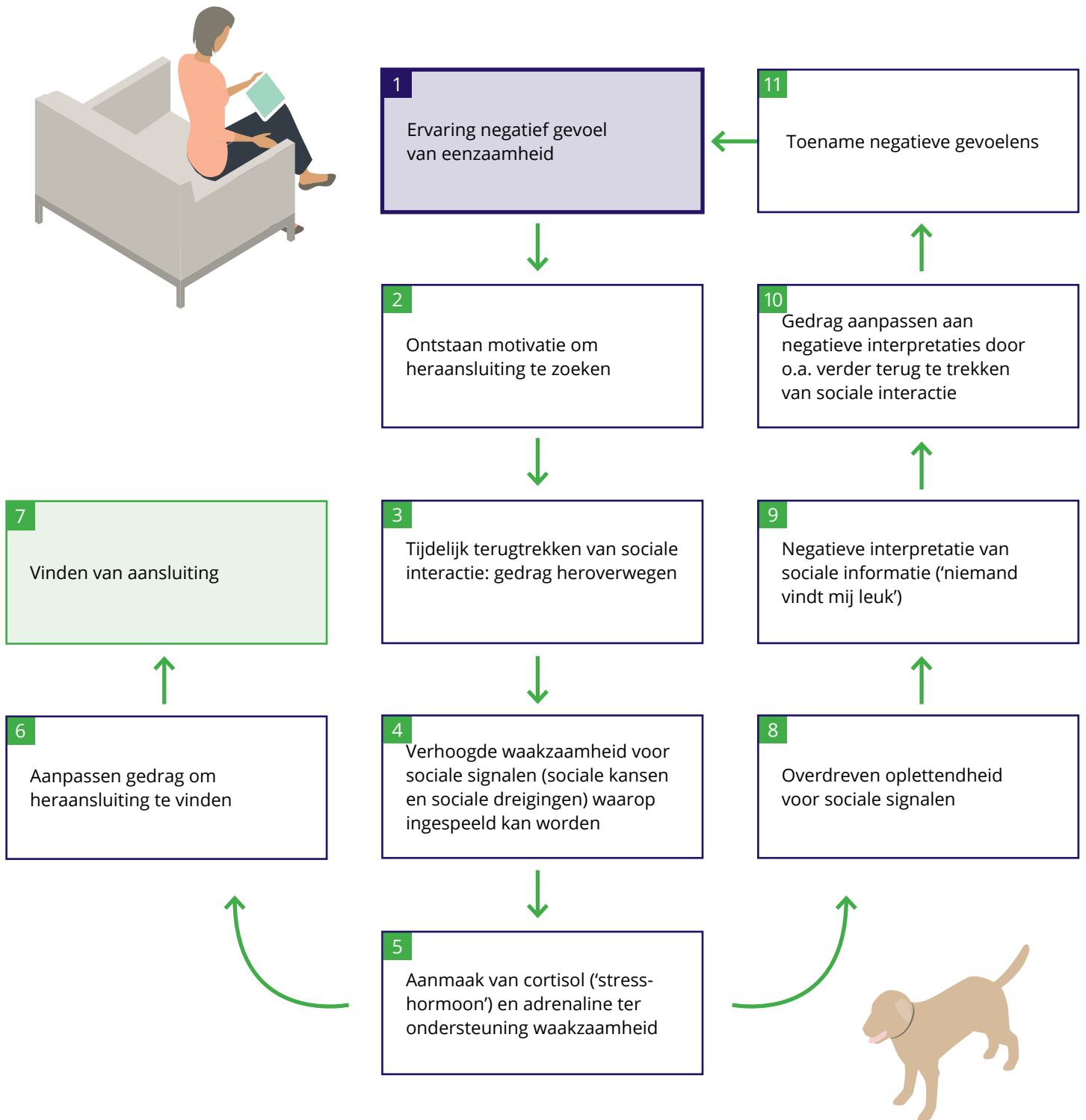
doel in het leven heeft, en deelneemt aan en bijdraagt aan, een sociaal verband zoals de familie of de samenleving als geheel' (Bouwman, & Van Tilburg, 2020, p. 5). Hiermee wordt dus het 'van betekenis zijn' en 'ertoe doen' meegenomen als onderdeel van emotionele eenzaamheid. Emotionele eenzaamheid duidt daarmee dus niet alleen op een gebrek aan een intieme hechte relatie met een ander, maar ook op een gebrek aan hechting in bredere zin, met een sociaal verband of de samenleving als geheel.

Eenzaamheid verklaard vanuit de evolutietheorie

De laatste jaren ontstaat er steeds meer draagvlak voor de 'evolutionary theory of loneliness' (Cacioppo, Grippo, London, Goossens & Cacioppo, 2015). In deze kijk op eenzaamheid, door de bril van de evolutietheorie, wordt het negatieve gevoel van eenzaamheid vergeleken met een pijnsignaal zoals honger. Dit negatieve gevoel motiveert mensen om heraansluiting te zoeken met anderen. Dit wordt wel de 'reaffiliation motive', of kortweg RAM, genoemd (Qualter et al., 2015). Volgens Cacioppo et al. (2015) is eenzaamheid geëvolueerd tot een signaal dat mensen erop wijst dat zij, voor hun eigen behoud, hun sociale relaties moeten verbeteren. Het bewustzijn dat je aan je sociale relaties moet werken, leidt er vervolgens toe dat mensen zich tijdelijk terugtrekken om hun sociale gedrag te evalueren en heroverwegen. Op het cognitieve vlak leidt het gevoel van eenzaamheid tegelijkertijd tot een verhoogde waakzaamheid voor sociale signalen waarop kan worden ingespeeld om nieuwe contacten aan te gaan of bestaande te verbeteren. Op het fysiologische vlak leidt het gevoel van eenzaamheid tot de aanmaak van cortisol, het 'stresshormoon', en adrenaline die de cognitieve waakzaamheid ondersteunen.

Als dit proces goed verloopt, leidt dat ertoe dat mensen wederkerige en betekenisvolle relaties met anderen opbouwen en onderhouden. Als het mensen niet lukt om hun sociale relaties te verbeteren en zij vereenzamen, ontwikkelen zij zich vaak op een negatieve manier. Volgens de theorie van Cacioppo en collega's (2015) ontstaat er dan een negatieve spiraal van zelfregulering waarin de waakzaamheid voor sociale signalen omslaat in een overdreven oplettendheid voor sociale signalen. Sociale informatie wordt dan op een negatieve manier geïnterpreteerd: 'familieleden bellen me nauwelijks, ze vinden me een loser', waardoor mensen zich verder terugtrekken en meer negatieve gevoelens ontwikkelen. Dit proces wordt versterkt door gevoelens van stress en slaapproblemen die beide het gevolg zijn van langdurig verhoogde cortisolwaarden (Cacioppo, & Cacioppo, 2014).

Proces van vereenzamen en vinden van heraansluiting met anderen



Gebaseerd op de figuur 'The activation of the reaffiliation motive (RAM)' (Qualter et. al, p.255, 2015).

Overlap begrippen

In beleidsplannen van overheden en maatschappelijke organisaties, en in de dagelijkse praktijk, worden de begrippen 'eenzaamheid' en 'sociaal isolement' vaak als synoniem gezien en door elkaar gebruikt. Hoewel de begrippen voor een belangrijk deel inderdaad met elkaar overlappen, verschilt de invalshoek. Mensen die een objectief vast te stellen zeer klein of geen netwerk van sociale relaties hebben, zijn 'sociaal geïsoleerd' (Machielse, 2011). Meestal voelen zij zich ook eenzaam, maar dat hoeft niet. De objectieve omvang van een sociaal netwerk en de subjectieve beleving van de kwaliteit en kwantiteit ervan zijn twee verschillende zaken. Mensen kunnen zich eenzaam voelen, ondanks een groot sociaal netwerk. Andersom voelen mensen met een klein netwerk zich niet per se eenzaam.

1.3 Oorzaken

De oorzaken van eenzaamheid zijn divers en in te delen in drie categorieën (Fokkema, & Van Tilburg, 2007):

1. Individuele oorzaken

Persoonlijke capaciteiten en eigenschappen spelen een belangrijke rol bij het ontstaan van eenzaamheid. Denk bijvoorbeeld aan een gebrek aan sociale vaardigheden en probleemoplossend vermogen, een negatief zelfbeeld, weinig zelfvertrouwen, sociale angst, sterke verlegenheid en introversie (Dykstra, Van Tilburg, & De Jong-Gierveld, 2005; Hortulanus, Machielse, & Meeuwssen, 2003). Bovendien interpreteren eenzame mensen hun sociale omgeving vaak negatiever dan objectief verwacht mag worden. Een recente review van Spithoven, Bijttebier en Goossens (2017) toont aan dat eenzame individuen meer aandacht lijken te hebben voor sociaal bedreigende prikkels uit de omgeving, zij verwachten vaker afgewezen te worden en evalueren zichzelf en anderen negatiever. Hun eigen sociale vaardigheden worden door hen zelf bijvoorbeeld negatiever beoordeeld dan door anderen. Ook beoordelen zij hun vriendschappen negatiever dan hun vrienden dezelfde vriendschap beoordelen (Lodder, Scholte, Goossens, & Verhagen, 2015; Lodder, Goossens, Scholte, Engels, & Verhagen, 2016). Andere individuele oorzaken zijn onder meer gezondheidsproblemen (hardhorendheid, slechtziendheid, slecht ter been zijn, psychische problemen) en een gebrek aan geld om sociale activiteiten te ondernemen. (Onrealistisch) hoge verwachtingen van sociale relaties kunnen ook een gevoel van eenzaamheid veroorzaken.

2. Oorzaken in veranderingen in het sociale netwerk

Veranderingen in het sociale netwerk van mensen kunnen gevoelens van eenzaamheid veroorzaken. Deze veranderingen ontstaan vaak na ingrijpende gebeurtenissen. Voorbeelden daarvan zijn een echtscheiding, een ontslag, een overstap naar een nieuwe baan of opleiding, een verhuizing, of door het overlijden van dierbaren, zoals goede vrienden of een partner.

3. Maatschappelijke oorzaken

Bij maatschappelijke oorzaken gaat het om het gemak waarmee in onze samenleving mensen met elkaar contact leggen. Denk bijvoorbeeld aan negatieve beeldvorming over ouderen, mensen met psychische beperkingen en migranten, waardoor betekenisvol sociaal contact moeilijker tot stand komt. De toegenomen individualisering wordt ook vaak als een maatschappelijke oorzaak van eenzaamheid genoemd. Door de toegenomen welvaart en mobiliteit zijn traditionele sociale verbanden zoals het dorp, de kerk, de buurt en verenigingen lossier geworden. Bewoners worden

daar niet langer als vanzelfsprekend bij betrokken. In de huidige samenleving moeten mensen zelf actief sociale verbanden opbouwen en onderhouden. Wie te maken heeft met beperkte sociale vaardigheden, beperkte zelfverzekerdheid of sociale angst (individuele oorzaken) loopt in de moderne samenleving dan ook een verhoogd risico op sociale uitsluiting en eenzaamheid (Machielse, 2006).

1.4 Gevolgen

Negatieve gevolgen voor de gezondheid

Eenzaamheid hoort bij het leven, net zoals verdriet. Iedereen heeft zich wel eens eenzaam gevoeld. Meestal is het een tijdelijk gevoel. Het wordt problematisch wanneer de eenzaamheid ernstig is, langere tijd aanhoudt en mensen niet op eigen kracht uit het proces van vereenzamen kunnen klimmen. Vereenzaming raakt aan de kern van het menselijk bestaan en gaat ten koste van het emotionele en fysieke welbevinden (Uchino, 2006). Niet alleen het welbevinden vermindert, maar op termijn heeft eenzaamheid ook een negatieve invloed op de gezondheid.

Eenzaamheid blijkt bij te dragen aan uiteenlopende psychische en fysieke klachten:

- psychische klachten zoals: depressie, cognitieve achteruitgang, dementie, (alcohol)verslaving en zelfmoordgedachten (Barnett, & Gotlib, 1988; Akerlind, & Hornquist, 1992; Bassuket al., 1999; Holwerda et al., 2014, Santini et al., 2016);
- fysieke klachten zoals: beroertes, hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten, slaapproblemen en verminderde afweer (Cacioppo et al., 2002; Hawkey, Thisted, Masi, & Cacioppo, 2010; Cacioppo et al., 2015).

Via welke mechanismen eenzaamheid de gezondheid beïnvloedt is onderwerp van discussie.

Cacioppo en Hawkey (2003) onderscheiden drie 'wegen' waarlangs eenzaamheid kan leiden tot verminderde gezondheid:

- Eenzaamheid leidt tot ondermijnend gezondheidsgedrag doordat mensen een ongezonde levensstijl ontwikkelen (Seeman, 2000). In de hiernavolgende paragraaf 'Eenzaamheid zet een negatieve spiraal in gang' gaan we daar nader op in.
- Door eenzaamheid worden fysiologische systemen meer beïnvloed door stress. Sociale contacten kunnen helpen om stressvolle alledaagse situaties op te vangen ('stress-buffering hypothesis' van Cohen, & Wills, 1985).
- Eenzaamheid vermindert de heilzaamheid van herstellende processen zoals slaap, doordat deze verstoord raken (Cacioppo et al., 2002).

Negatieve spiraal in gang

Eenzaamheid kan een zichzelf versterkende negatieve spiraal in werking zetten. Ze leidt tot verminderd welbevinden (Uchino, 2006), een gevoel van leegte, en algemene ontevredenheid over het leven. Een mogelijk gevolg daarvan is dat eenzame mensen bevrediging op korte termijn gaan zoeken, en vervallen in ongezond gedrag zoals veel eten, veel alcohol drinken, roken, veel kopen en weinig bewegen (Seeman, 2000; Steptoe, Shankar, Demakakos, & Wardle, 2013). Hierdoor kunnen de problemen zich opstapelen: zelfverwaarlozing, slaapproblemen, gezondheidsklachten, verslaving en schulden (Cacioppo et al., 2002, Machielse, 2011; Machielse, & Hortulanus, 2011). En dat heeft weer

een negatieve uitwerking op de zelfwaardering en de tevredenheid met het leven in het algemeen (Akerlind, & Hornquist, 1992).

Gevolgen maatschappij

Mensen die vereenzamen hebben minder mogelijkheden om terug te vallen op een eigen sociaal vangnet waardoor zij, als er problemen ontstaan, eerder een beroep doen op professionele hulp- en zorgverlening. Daarnaast heeft aanhoudende ernstige eenzaamheid gevolgen voor de gezondheid, waardoor mensen meer gebruikmaken van zorgverlening (Cacioppo, & Hawkley, 2003) en eerder worden opgenomen in verpleeghuizen (Russell, Cutrona, De la Mora, & Wallace, 1997). Deze gezondheidsgevolgen, en de mogelijke neerwaartse spiraal waar mensen in belanden, kunnen leiden tot uitval op werk of het verlies van hun baan. Echter, uitsluitel over de hoogte van de financiële lasten van eenzaamheid voor de samenleving is tot op heden niet gevonden. Een recente systematische review van Mihalopoulos et al. (2019) naar de economische kosten die samenhangen met eenzaamheid toont aan dat er weinig literatuur beschikbaar is en geeft aan dat er meer onderzoek nodig is om de kosten van eenzaamheid vast te stellen.

1.5 Omvang vraagstuk en doelgroep

Eenzaamheid wordt vaak gekoppeld aan ouder worden, maar eenzaamheid komt in alle leeftijdsgroepen voor (zie tabel 1). In 2016 gaf 43 procent van de volwassen bevolking (19 jaar en ouder) aan zich eenzaam te voelen. Ongeveer 10 procent van hen voelde zich ernstig of zeer ernstig eenzaam (Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM, 2016). Eenzaamheid komt iets vaker voor bij mannen dan bij vrouwen (44,4% versus 41,6%), maar bij (zeer) ernstige eenzaamheid zijn er nauwelijks verschillen tussen mannen (9,8%) en vrouwen (10,1%). Vrouwen voelen zich vaker emotioneel eenzaam (31,7% versus 29,7%), terwijl mannen vaker sociaal eenzaam zijn (46,0% versus 40,4%) (Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM, 2016).

Eenzaamheid neemt toe met de leeftijd

In het algemeen neemt het percentage mensen dat zich sociaal eenzaam voelt toe met het ouder worden. Zoals in tabel 2 te zien is, neemt het percentage mensen dat zich emotioneel eenzaam voelt echter pas toe vanaf 75 jaar (Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM, 2016). Na de leeftijd van ongeveer 75 jaar is de kans op eenzaamheid groter door een opeenstapeling van verschillende levensgebeurtenissen, zoals het overlijden van de partner en andere leeftijdsgenoten, het verlies van mobiliteit en zelfstandigheid door afnemend fysiek, cognitief en sensorisch functioneren (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007). Onder 85-plussers voelt bijna twee derde (63%) zich eenzaam (Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM, 2016). Voor deze groep is het bovendien moeilijker om uit de eenzaamheid te komen, omdat het vinden van een nieuwe partner, het aangaan van nieuwe relaties, en een verbetering van de gezondheid minder waarschijnlijk is op hoge leeftijd.

Prevalentie eenzaamheid jongeren onduidelijk

In Nederland is de prevalentie van eenzaamheid onder jongeren nauwelijks onderzocht. In het onderzoek van de landelijke Gezondheidsmonitor uit 2016 is eenzaamheid helaas niet gemeten onder jongeren onder 19 jaar. Er zijn wel enkele buitenlandse onderzoeken beschikbaar. Uit een recent Deens onderzoek blijkt dat 22 procent van de adolescenten/jongvolwassenen (16-29 jaar)

matig eenzaam is en 6,4 procent sterk eenzaam. Verder blijkt uit dit onderzoek dat matige en sterke eenzaamheid in een zwakke U-vorm over leeftijdscategorieën is verdeeld (Lasgaard, Friis, & Shevlin, 2016). De hoogste percentages matige en sterke eenzaamheid werden gevonden onder adolescenten/jongvolwassenen (16-29 jaar) en onder de oudste ouderen (75-plussers).

Een internationaal onderzoek dat is gebaseerd op gegevens uit 25 Europese landen vond eveneens een U-vorm, maar dan voor de groep mensen die 'soms eenzaam' zijn (Yang, & Victor, 2011). De hoogste percentages 'soms eenzamen' werden gevonden in de leeftijdscategorie jonger dan 30 jaar en de leeftijdscategorie 80-plussers. Voor de groep mensen die frequent eenzaam zijn, werd geen U-vorm gevonden. Het percentage frequent eenzamen neemt toe met de leeftijd; van 5,9 procent onder 15-19-jarigen tot 16,9 procent onder 80-plussers. Qualter et al. (2015) schatten op basis van verschillende onderzoeken dat het aantal jongeren dat zichzelf als 'soms' of 'vaak' eenzaam beschouwt, oploopt van 20 procent in de kindertijd (7-12 jaar) tot 20-70 procent in de late adolescentie/jong-volwassenheid (15-21 jaar). Tussen de 3 en 14 procent van de kinderen en jongeren (7-20 jaar) rapporteert bovendien chronische gevoelens van eenzaamheid, dat wil zeggen, gedurende meerdere jaren, zo blijkt uit een internationaal onderzoek gebaseerd op gegevens uit de Verenigde Staten, Verenigd Koninkrijk en België (Van Dulmen, & Goossens, 2013).

Tabel 1 Prevalentie van eenzaamheid (%)

In de middelste kolom staat het totaalpercentage vermeld van mensen dat zich per leeftijdscategorie eenzaam voelt (zowel licht, matig als zeer ernstig). In de rechterkolom staat het percentage mensen van de totale bevolking dat zich ernstig tot zeer ernstig eenzaam voelt.

Leeftijdscategorie	Eenzaam	(Zeer) ernstig eenzaam
19-34	38,7	8,9
35-49	40,8	10,4
50-64	44,7	10,9
65-74	43,9	8,4
75-84	52,5	10,3
85+	62,7	14,8

Eenzaamheid is gemeten met de eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld en Kamphuis (1985), die bestaat uit elf korte stellingen. Bron: GGD-gegevens uit Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM, 2016.



Tabel 2 Prevalentie van emotionele en sociale eenzaamheid (%)

In de middelste kolom staat het percentage mensen dat zich per leeftijdscategorie emotioneel eenzaam voelt. In de rechterkolom staat het percentage mensen dat zich sociaal eenzaam voelt.

Leeftijdscategorie	Emotioneel eenzaam	Sociaal eenzaam
19-34	32,2	35,6
35-49	29,9	41,5
50-64	29,3	47,4
65-74	26,4	46,9
75-84	37,2	49,8
85+	53,1	52,0

Eenzaamheid is gemeten met de eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld en Kamphuis (1985), die bestaat uit elf korte stellingen. Bron: GGD-gegevens uit Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM, 2016.

Toename of daling?

In de media wordt vaak gesuggereerd dat eenzaamheid in Nederland de laatste jaren is toegenomen onder invloed van onder andere de individualisering van de samenleving en het toegenomen aantal echtscheidingen. Van Tilburg (2005) vergeleek dertig Nederlandse onderzoeken naar de prevalentie van eenzaamheid. De onderzoeken waren verdeeld over de periode 1980 en 2005, en gericht op volwassenen die zelfstandig wonen. De opmerkelijke uitkomst is dat eenzaamheid in die periode ongeveer gelijk is gebleven. Het is eerder iets afgenomen dan toegenomen. Recenter onderzoek van het CBS bevestigt dit beeld. In 2015 was 4 procent van de Nederlanders van 15 jaar en ouder eenzaam, net zoveel als in 2012 (Van Beuningen, & De Witt, 2016). Wel bleek uit dit onderzoek dat in enkele groepen het percentage eenzamen in deze periode licht is gestegen, met name doordat zij te maken kregen met gezondheidsproblemen. Dit geldt voor mannen, mensen met een Nederlandse achtergrond en mensen in huishoudens met hoge inkomens.

Niet alleen onder volwassenen, maar ook onder ouderen is de gemiddelde kans op eenzaamheid licht gedaald, zo blijkt uit recent onderzoek (Van Tilburg, & Klok, 2018). Zij onderzochten of de kans op eenzaamheid onder ouderen de laatste twintig jaar (1996-2016) is af- of toegenomen. De gemiddelde kans op eenzaamheid van mensen van 55 jaar bleek licht gedaald. De gemiddelde individuele oudere is dus iets minder eenzaam dan zijn of haar leeftijdsgenoot twintig jaar eerder. Verdere analyse laat zien dat vooral verbeteringen in persoonlijk contact bijdragen aan de daling. Zo hebben meer ouderen een partner en is hun netwerk groter en meer divers. Ook de vergroting van de ervaren eigen regie draagt bij aan de daling. Doordat de situatie van ouderen verbeterde, daalde de gemiddelde kans op eenzaamheid. Dat er in 2016 toch meer ouderen eenzaam zijn dan in 1996 komt door de groei van het aantal ouderen.

Check zelf de cijfers per wijk

In opdracht van het Actieprogramma Een tegen Eenzaamheid heeft het RIVM een website gemaakt met daarop cijfers over eenzaamheid: <https://www.rivm.nl/media/eenzaamheid/>. Op gemeente-, wijk- en buurniveau zijn er kaarten en cijfers beschikbaar over verschillende vormen van eenzaamheid. Dit geeft een overzicht van de gebieden waar eenzaamheid vaker voorkomt. Naast de eenzaamheidscijfers staan er ook cijfers vermeld van kenmerken gerelateerd aan eenzaamheid.

1.6 Risicofactoren

Er is inmiddels redelijk veel bekend over de factoren die de kans op eenzaamheid vergroten en de verschillende risicogroepen die te onderscheiden zijn. De risicofactoren zijn divers en in te delen in drie categorieën (De Jong-Gierveld, Van Tilburg, & Dykstra, 2018).

1. Individuele (demografische en sociaal-culturele) factoren met betrekking tot leefomstandigheden
2. Individuele factoren met betrekking tot de mate van sociale integratie
3. Macrofactoren

1.6.1. Individuele factoren m.b.t. leefomstandigheden

Sociaaleconomische status (SES)

Hoe lager de SES, hoe hoger de kans op eenzaamheid. Mensen die een laag opleidingsniveau hebben, een laag inkomen of werkloos zijn, hebben een grotere kans op eenzaamheid. Van de laagopgeleiden boven de 19 jaar voelt 63 procent zich eenzaam, ten opzichte van 36 procent van de hoogopgeleiden (Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM, 2016). Bij de mensen die geen moeite hebben om rond te komen van hun inkomen, een op de drie (34%) zich eenzaam voelt. Bij degenen die wel moeite hebben om rond te komen van hun inkomen geeft 55 procent aan zich eenzaam te voelen. Mensen met betaald werk voelen zich minder eenzaam (33%) tegenover mensen zonder betaald werk (48%), (Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM, 2016).

Gezondheid

Mensen met gezondheidsproblemen, of met een partner met gezondheidsproblemen, hebben gemiddeld een grotere kans op eenzaamheid. Uit een analyse van het RIVM in 2012 blijkt dat 62 procent van de mensen met een beperking zich eenzaam voelde, terwijl van degenen zonder beperkingen 35 procent dat aangeeft. Mensen die zich gezond voelen, zijn minder vaak eenzaam (32 procent) dan degenen die zich niet gezond voelen (60 procent). Maar liefst 43 procent van de mantelzorgers voelt zich sterk eenzaam, dit ten opzichte van 10 procent van de Nederlandse bevolking. Ook mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een (ernstige) chronisch psychiatrische problematiek voelen zich vaker eenzaam. Uit een enquête van het Panel Psychisch Gezien (Trimbos, 2016) onder mensen met langdurige psychische problemen blijkt dat 81 procent

eenzaam is. De mate waarin mensen eenzaam zijn, verschilt; 41 procent van de leden is matig eenzaam en 40 procent erg of heel erg eenzaam (ten opzichte van respectievelijk 33% en 10% van de Nederlandse bevolking).

Seksuele identiteit

Eenzaamheid komt vaker voor onder mensen die lesbisch, homoseksueel, biseksueel, transgender of interseksueel zijn (Felten, & Meijsen, 2015). Een kwart van de transgenders is sterk eenzaam ten opzichte van 10 procent van de Nederlandse bevolking (Keuzenkamp, 2012).

Migratieachtergrond

Onder Nederlanders met een niet-westerse migratieachtergrond komt (ernstige) eenzaamheid meer voor onder (64%) dan onder Nederlanders met een westerse migratieachtergrond (51%) en Nederlanders zonder migratieachtergrond (39%) (Gezondheidsmonitor Volwassenen GGD'en, CBS en RIVM, 2016). Ook uit de gezondheidsmonitoren van de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) blijkt dat eenzaamheid meer voorkomt onder inwoners met een migratieachtergrond dan onder inwoners zonder migratieachtergrond (GGD Amsterdam, 2013; De Kuijper, 2011; Gemeente Den Haag, 2014; Van Bergen, Vleems, Muis, & Laan, 2010).

In 2008 voelde 7 procent van de stadsbewoners zonder migratieachtergrond zich (zeer) ernstig eenzaam, tegenover 11 procent van de Surinaamse, 14 procent van de Marokkaanse en maar liefst 27 procent van de Turkse stadsbewoners. De prevalentie van eenzaamheid verschilt enigszins per stad, maar het patroon komt overeen: bewoners zonder migratieachtergrond voelen zich het minst eenzaam, gevolgd door Surinamers en Marokkanen, en het hoogste percentage eenzaamheid komt voor onder Turken. Verder blijkt uit een recent onderzoek dat eenzaamheid vaker voorkomt onder ouderen met een Marokkaanse en Turkse migratieachtergrond dan Nederlanders zonder migratieachtergrond (Van Tilburg, & Fokkema, 2018).

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de verhoogde mate van eenzaamheid onder oudere migranten niet te verklaren is door verschillen in sociale contacten. Oudere migranten hebben juist meer sociale contacten (met familie, burens, vrienden/bekenden) dan ouderen van Nederlandse afkomst. Zij zijn daardoor juist beter beschermd tegen eenzaamheid dan ouderen van Nederlandse herkomst. De verhoogde mate van eenzaamheid onder oudere migranten wordt daarentegen wel verklaard door hun slechtere sociaaleconomische positie, lagere maatschappelijke participatie, lagere ervaren eigen regie en slechtere gezondheid (Van Tilburg, & Fokkema, 2018). Mogelijk vormt de geringe Nederlandse taalvaardigheid voor migranten ook een risico voor eenzaamheid, maar taalvaardigheid is in dit onderzoek niet onderzocht.

Leeftijd

Het percentage eenzamen neemt gemiddeld toe met het ouder worden (Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM, 2016). Dit geldt specifiek voor sociale eenzaamheid. Het percentage mensen dat zich emotioneel eenzaam voelt, neemt toe vanaf 75 jaar. Bijna twee derde (63%) van de 85-plussers voelt zich eenzaam, ten opzichte van 43 procent van de Nederlandse bevolking. Ook weten we uit onderzoek dat veel 55-plussers eenzamer worden naarmate ze ouder worden (Van Tilburg, Iedema, & Klok, 2018). Tussen de leeftijd van 55 jaar en 95 jaar loopt het aandeel matig eenzamen op van 18 procent naar 53 procent en het aandeel sterk eenzamen van 2 procent naar 9 procent. Deze

toename is te verklaren door ingrijpende levensgebeurtenissen (verlies van partner, gezondheidsproblemen, verminderde mobiliteit) in de individuele levensloop van ouderen die het risico op eenzaamheid verhogen (Van Tilburg et al., 2018).

De specifieke risicofactoren (zoals sociaal demografische factoren en gezondheid gerelateerde factoren) verschillen per leeftijdsgroep (Lasgaard, Friis, & Shevlin, 2016). Dit toont het belang van een eenzaamheidsaanpak die is afgestemd op verschillende leeftijdsgroepen.

Specifieke risicofactoren bij ouderen zijn: het verlies van een partner en verlies van de ervaren eigen regie en afhankelijk worden van zorg (Van Tilburg et al., 2018). Recent onderzoek toont bovendien aan dat het verlies van een partner het grootste effect op eenzaamheid heeft bij ouderen, gevolgd door het verlies van de ervaren eigen regie en afhankelijk worden van zorg (Van Tilburg, Iedema & Klok, 2018).

Onderzoek van Ejlskov et al. (2018) geeft inzicht in combinaties van kenmerken die gerelateerd zijn aan eenzaamheidsgevoelens bij ouderen. De studie toont aan dat de volgende kenmerken samen hangen met minder eenzaamheidsgevoelens bij ouderen: een goede mentale gesteldheid, persoonlijke beheersing, het identificeren van de echtgenoot als de naaste vertrouweling, extravert zijn en het hebben van informeel contact. Daarnaast geven zij aan dat het kijken naar alleen klassieke demografische variabelen, zoals het opleidingsniveau, leeftijd of genderseks, onvoldoende is om risicogroepen te onderscheiden. De gevonden kenmerken in deze studie bieden meer kans om risicogroepen te identificeren (Ejlskov, et al., 2018).

Voor de leeftijdsgroep jongeren zijn de specifieke risicofactoren: weinig toegang tot leeftijdgenoten, weinig sociale steun, geen aansluiting kunnen vinden vanwege hun vaardigheden of het negatief interpreteren van hun situatie (Lodder, 2016). Verder weten we uit onderzoek dat er een verband is tussen het meemaken van meerdere belangrijke levensgebeurtenissen tijdens de jeugd en vroege adolescentie (zoals ouders die scheiden of verhuizing) en eenzaamheid in de adolescentie (Lasgaard, Armour, Bramsen, & Goossens, 2016). In aanvulling is er enig bewijs dat hechtingstijlen die zijn ontstaan vanaf de geboorte van invloed zijn op de relatie tussen de ontwikkeling van het brein en ervaren eenzaamheid van adolescenten (Wong et al., 2018).

Persoonskenmerken

Mensen met bepaalde persoonlijke eigenschappen zoals: gebrek aan sociale vaardigheden, negatief zelfbeeld, weinig zelfvertrouwen, gevoelens van sociale angst, sterke verlegenheid, neuroticisme (een tendens tot emotionele instabiliteit) en introversie (het tegengestelde van extraversie), hebben een grotere kans op eenzaamheid (De Jong-Gierveld, & Van Tilburg, 2007).

Dak- of thuisloos

Er zijn nauwelijks gegevens beschikbaar over de mate van eenzaamheid onder dak- en thuislozen. Wel blijkt uit onderzoek onder Utrechtse ex-dak- en thuislozen dat bijna 40 procent ernstige eenzaamheid ervaart ten opzichte van het landelijke gemiddelde van 10 procent (Van Amelsfort, 2014).



1.6.2. Individuele factoren m.b.t. mate van sociale integratie

Burgerlijke staat

Gescheiden mensen en weduwen of weduwnaars hebben een grotere kans op eenzaamheid dan samenwonenden of ongehuwden. Ruim 60 procent van de gescheiden mensen en weduwen of weduwnaars voelt zich eenzaam, ten opzichte van 43 procent van de Nederlandse bevolking. Ernstige eenzaamheid komt onder beide groepen ook aanzienlijk vaker voor dan gemiddeld: gescheiden mensen (22%) en weduwen of weduwnaars (17%) (Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM, 2016).

Ouder-kind relaties

Mensen die geen contact onderhouden met hun volwassen kinderen hebben een grotere kans op eenzaamheid (De Jong-Gierveld et al., 2018).

Broers en zussen relaties

Mensen van wie een broer of zus is overleden, hebben een grotere kans op eenzaamheid (De Jong-Gierveld et al., 2018).

Niet-familierelaties

Een persoon met een sociaal netwerk dat grotendeels uit familierelaties bestaat heeft een grotere kans op eenzaamheid dan een persoon met een sociaal netwerk dat zowel uit familierelaties als niet-familie relaties (zoals vrienden en burens) bestaat (De Jong-Gierveld et al., 2018).

1.6.3. Macrofactoren

Individualisering

De toegenomen individualisering wordt vaak als een maatschappelijke oorzaak van eenzaamheid genoemd. Door de toegenomen welvaart en mobiliteit zijn traditionele sociale verbanden zoals het dorp, de kerk, de buurt en verenigingen losser geworden. De betrokkenheid van bewoners is niet langer vanzelfsprekend. Mensen moeten in de huidige samenleving zelf actief sociale verbanden opbouwen en onderhouden. Wie te maken heeft met beperkte sociale vaardigheden, beperkte zelfverzekerdheid of sociale angst (individuele oorzaken) loopt in de moderne samenleving een verhoogd risico op sociale uitsluiting en eenzaamheid (Machielse, 2006).

Vervoersmogelijkheden

Voor mensen met beperkingen stellen betrouwbare vervoersmogelijkheden die toegankelijk en veilig zijn hen in staat om maatschappelijk te blijven participeren en hun relaties te onderhouden. Dorpsbewoners zonder auto ervaren bijvoorbeeld meer eenzaamheid dan bewoners met auto (Vermeij, 2015).

Culturele normen en waarden

De verwachtingen die mensen hebben van hun relaties worden mede gevormd door culturele normen en waarden. Dit kan doorwerken in hun ideeën over een optimaal sociaal netwerk en de verwachtingen van familieleden (De Jong-Gierveld et al., 2018).



Sociaaleconomische context

Sociaaleconomische ongelijkheid verhoogt de kans op eenzaamheid. Sociaaleconomisch kwetsbare bevolkingsgroepen hebben vaak minder toegang tot sociale netwerken, middelen en diensten waardoor zij een grotere kans op eenzaamheid hebben (De Jong-Gierveld et al., 2018).

1.7 Systematische aanpak komt moeilijk van de grond

Hoewel eenzaamheid in de samenleving herkend wordt als een belangrijk maatschappelijk vraagstuk, lukt het vooralsnog slechts moeizaam om op lokaal niveau eenzaamheid op een duurzame en systematische manier aan te pakken. Dat heeft een aantal redenen: eenzaamheid is een complex verschijnsel, de aanpak vraagt om maatwerk, volharding en samenwerking, er heerst een taboe op het onderwerp, en het ontbreekt aan goede scholing over dit onderwerp.

Complex verschijnsel

Eenzaamheid is een complex en overkoepelend vraagstuk. Het kent verschillende vormen en daar kunnen verschillende oorzaken onderliggen. Het vraagstuk houdt bovendien niet op bij de grens van verschillende (hulpverlenings-)sectoren. Het voorkomen en verminderen van eenzaamheid is een doel, of subdoel, in vele verschillende sectoren. Bijvoorbeeld sectoren gericht op (geestelijke) gezondheid, wonen, zorg, mobiliteit, ondersteuning, sport en cultuur. Voor de lokaal betrokken partijen is het een lastige opgave om een gezamenlijke visie op dit vraagstuk te bepalen. Daarbij moet onder meer bepaald worden welke vormen van eenzaamheid, bij welke doelgroepen, op welke manier, aangepakt moeten worden (Van de Maat, & Van Xanten, 2013). In de praktijk, waarin vaak met lokale netwerken of 'coalities' wordt gewerkt, blijkt het lastig om focus aan te brengen. Het blijkt lastig om keuzes te maken wanneer het gaat over vormen van eenzaamheid en specifieke doelgroepen. Sommige gemeenten ontwikkelen daarom persona's van specifieke doelgroepen die een verhoogd risico hebben om te vereenzamen. Dit geeft hen beter zicht op de problematiek in de praktijk en welke mogelijkheden er zijn om passende ondersteuning te bieden.

Acht persona's van de Aanpak eenzaamheid Amsterdam

In het kader van de Aanpak eenzaamheid Amsterdam zijn acht persona's gemaakt. Persona's zijn op maat gemaakte 'klantprofielen' om de kennis over doelgroepen 'tot leven' te brengen. Zij geven in dit geval een naam en gezicht aan 'de eenzame Amsterdammer' met motieven, verlangens en doelen in het leven. Het is een simpel en krachtig middel om de aanpak persoonsgerichter te maken. Persona's zorgen voor een meer gedifferentieerde aanpak naar 'type' eenzame Amsterdammer en ze geven handvatten voor de uitvoering.

Maatwerk, volharding en samenwerking

Gemeenten en maatschappelijke organisaties die in de praktijk aan de slag gaan met een systematische aanpak van eenzaamheid zijn vaak op zoek naar eenvoudige oplossingen die snel

resultaat boeken. Wanneer de lokale aanpak van eenzaamheid een complex vraagstuk blijkt dat niet alleen maatwerk vereist, maar ook volharding en samenwerking tussen een groot aantal organisaties en initiatieven, lopen goede bedoelingen soms vast vanwege de benodigde investering in tijd, aandacht en financiële middelen (Van Dongen, 2013).

Taboeonderwerp

Door het taboe op het onderwerp 'eenzaamheid', wordt er niet gemakkelijk over gesproken. Uit onderzoek blijkt dat eenzame mensen, die bestempeld zijn als eenzaam, negatiever gezien en benaderd worden dan mensen die niet eenzaam zijn. Eenzame mensen worden onder andere minder leuk en aantrekkelijk gevonden, en beoordeeld als zwakker en passiever (Lau, & Gruen, 1992; Rotenberg, Gruman, & Ariganello, 2002). Spreken over eenzaamheid blijkt een zeer gevoelig onderwerp te zijn, zelfs onder hulpverleners. Mensen vermijden het onderwerp zo veel mogelijk uit angst zelf als eenzaam bestempeld te worden (of ermee geassocieerd te worden).

Gebrek aan goede scholing

Het ontbreekt voornamelijk aan goede scholing over eenzaamheid. Binnen opleidingen in het mbo- en hbo-onderwijs in zorg en welzijn is er nauwelijks specifiek aandacht voor het omgaan met eenzaamheid onder cliënten (Van de Maat, 2015). Hierdoor zijn professionals niet optimaal toegerust om eenzaamheid bespreekbaar te maken en tegen te gaan.

1.8 Wet- en regelgeving

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015)

Met betrekking tot het vraagstuk eenzaamheid is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) relevant. Gemeenten zorgen er volgens deze wet voor dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen en volwaardig kunnen deelnemen aan de samenleving. In de Wmo staat het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie centraal. Belangrijke doelgroepen binnen de Wmo zijn mensen met een gezondheidsbeperking of een chronisch psychisch probleem, en mensen met een psychosociaal probleem.

Als mensen vereenzamen en er psychosociale problemen ontstaan, komen hun zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie onder druk te staan. Problemen kunnen zich dan opstapelen, zoals lichamelijke en psychische gezondheidsklachten, verslaving, slaapproblemen, zelfverwaarlozing, werkloosheid en schulden. Om de doelen van de Wmo te bereiken, is het belangrijk zo vroeg mogelijk passende ondersteuning te bieden aan mensen die vereenzamen, zodat verslechtering van de situatie en verlies van zelfredzaamheid en participatie kunnen worden voorkomen.

Wet publieke gezondheid (Wpg)

In de Wet publieke gezondheid (Wpg) staat preventieve gezondheidszorg centraal. Omdat eenzaamheid allerlei negatieve gevolgen heeft voor de gezondheid, kunnen gemeenten vanuit de Wpg ook aandacht geven aan het signaleren, voorkomen en verminderen van eenzaamheid. Afgezien van het monitoren van de prevalentie van eenzaamheid door GGD'en lijkt er in de praktijk vanuit deze wet voornamelijk weinig aandacht te zijn voor het signaleren, voorkomen en verminderen van eenzaamheid.

1.9 Transformatie van ondersteuning en zorg

De leefwereld van de mens als uitgangspunt

De landelijke overheid heeft de afgelopen jaren een groot aantal taken overgeheveld naar de gemeentelijke overheid. Dat geldt onder andere voor taken op het terrein van ondersteuning en zorg. De overheveling van deze taken is gepaard gegaan met ideaalbeelden over een nieuwe manier van werken door professionals en vrijwilligers, waar termen als 'eigen kracht', 'maatwerk', 'passende zorg', 'leefwereld' en 'integraal werken' centraal staan. Het streven is om mensen met een hulpvraag zo te helpen dat de geboden ondersteuning en zorg aansluiten bij het alledaagse leven van mensen. In plaats van het hulpverleningssysteem en de regelgeving moet de leefwereld van de mens daarbij het uitgangspunt zijn. Hulp- en zorgverleners kijken daarbij naar de volledige situatie (gezin en sociale netwerk), richten zich op alle levensgebieden, en werken met elkaar samen. In de ondersteuning aan kwetsbare kinderen is dit kernachtig samengevat met de slogan: 'één gezin, één plan en één regisseur'.

Andere oplossingen

De integrale manier van werken biedt een goed uitgangspunt voor de aanpak van eenzaamheid. Mensen die zich met gezondheidsklachten (hoofdpijn, hoge bloeddruk, stress en slaapklachten) melden, kunnen zich eenzaam voelen. Waar voorheen uitsluitend aan medische oplossingen gedacht werd, komen nu ook oplossingen op het sociale terrein in beeld, die aansluiten bij het alledaagse leven van mensen. Voorbeelden daarvan zijn het uitvoeren van betekenisvolle activiteiten, netwerkversterking en betaald werk. De meeste gemeenten maken gebruik van sociale wijkteams (bestaande uit professionals met verschillende achtergronden) die op een integrale wijze naar problemen van burgers kijken wanneer zij zich melden met een hulpvraag.

Persoonsgerichte zorg

Niet alleen in het sociale domein verandert momenteel veel; ook in het medische domein en de GGZ is dat het geval. De rol van de huisarts en die van de praktijkondersteuner huisarts (POH'er) en wijkverpleegkundige veranderen. Ook voor hen geldt dat zij met een bredere blik kijken dan alleen de medische ('vraag achter de vraag'), en zorg willen bieden die goed aansluit bij de wensen en het leven van hun cliënten: 'persoonsgerichte zorg'. Zij zijn bovendien belangrijke partijen als het gaat om het signaleren van vereenzaming. Voor hen geldt dan ook dat zij goed op de hoogte moeten zijn van lokale ondersteuningsmogelijkheden, zodat zij mensen die vereenzamen goed kunnen doorverwijzen naar passende vormen van ondersteuning.

Ambulantisering GGZ

In Nederland zijn relatief veel intramurale voorzieningen voor mensen met ernstige psychische klachten. Het overheidsbeleid is er momenteel op gericht om het aantal mensen dat intramuraal verblijft te verminderen: de 'ambulantisering'. Mensen die intramuraal woonden, komen voor een deel zelfstandig in de wijk te wonen en voor een ander deel gaan zij 'beschermd wonen'. Zowel bij het zelfstandig als beschermd wonen is er vaak begeleiding nodig bij het wonen, het werken, dagbesteding en ook het aangaan en onderhouden van sociale contacten. Het vanzelfsprekende sociale contact in de intramurale voorziening moet op een andere manier worden vorm gegeven. Wanneer hier onvoldoende aandacht voor is, lopen mensen het risico te vereenzamen.

Kansen voor samenwerking

De veranderingen die de transformatie met zich meebrengt zijn groot, en daardoor is de nieuwe manier van werken nog niet uitgekristalliseerd. Door de hoge werklast en de zware en complexe problematiek waar veel sociale wijkteams mee te maken hebben, hebben zij vooralsnog bijvoorbeeld weinig tijd om bij hulpvragen vroegtijdig vereenzaming te signaleren. Laat staan dat er bij mogelijke eenzaamheidsproblematiek outreachend gewerkt wordt (Van Arum, & Schoorl, 2016). Dat is jammer, want bij de aanpak van eenzaamheid biedt een outreachende werkwijze veel kansen. Mensen die vereenzamen, melden zich vaak niet zelf, en hebben de neiging zich juist terug te trekken. Bovendien liggen in veel lokale praktijken volop mogelijkheden om de samenwerking tussen professionals en vrijwilligers te verstevigen. Alhoewel professionals meestal het eerste contact leggen, kunnen vrijwilligers vaak de benodigde tijd vrijmaken om eenzame mensen te begeleiden bij het aangaan van nieuwe of het verbeteren van bestaande sociale relaties, of bij het vinden van zinvolle bezigheden (Van de Maat, Ballering, & Van Xanten, 2016).



2. Wat werkt in de aanpak?

Op basis van de beschikbare literatuur geven we in dit hoofdstuk een overzicht van werkzame elementen op het gebied van eenzaamheidsvermindering (2.3). Maar eerst gaan we in op preventie en signalering (2.1). Experts verwachten namelijk dat met een aanpak gericht op het voorkomen van eenzaamheid meer winst is te behalen dan met een aanpak gericht op het verminderen van eenzaamheid. Vervolgens lichten we de belangrijkste stappen toe bij het kiezen van een passende interventie (2.2). Uit de geraadpleegde literatuur blijkt namelijk dat het succes van de aanpak niet alleen afhangt van specifieke kenmerken (ook wel werkzame elementen genoemd), maar ook van een zorgvuldige keuze op basis van de specifieke situatie: maatwerk.

2.1 Preventie en signalering

Eenzaamheidsexperts verwachten dat er met een aanpak gericht op het voorkomen van eenzaamheid meer winst is te behalen dan met een aanpak gericht op het verminderen van eenzaamheid (De Jong-Gierveld, & Fokkema, 2015). Bij mensen die zich eenzaam voelen, is het in de praktijk lastig om gevoelens van eenzaamheid te verminderen. Daarom is het zinvol om in te zetten op de preventie van eenzaamheid.

Een duurzame, preventieve aanpak van eenzaamheid werkt op drie niveaus (Van der Zwet, & Van de Maat, 2018).

- Inzetten op beschermende factoren bij mensen zonder bekende risicofactoren of eenzaamheidsgevoelens om te voorkomen dat zij risicofactoren ontwikkelen.
- Ondersteunen van mensen met risicofactoren voor het krijgen van eenzaamheidsgevoelens om te voorkomen dat zij vereenzamen.
- Voorkomen van verergering van de problematiek bij mensen die vereenzamen.

2.1.1. Inzetten op beschermende factoren

Inzetten op beschermende factoren kan bijvoorbeeld door tijdig te investeren in een netwerk met verschillende typen contacten en sociale relaties. Mensen zijn daarbij allereerst zelf aan zet. Eenzaamheidsexperts stellen dat een divers sociaal netwerk, bestaande uit contacten die emotionele steun bieden en minder diepgaande contacten, het beste middel is om eenzaamheid te voorkomen (De Jong-Gierveld, & Fokkema, 2016). Een divers netwerk kent variatie in sociale rollen en typen relaties, zoals familie, vrienden, burens en collega's. Verder is het volgens eenzaamheidsexperts belangrijk dat mensen zich bewust zijn van de risicofactoren van eenzaamheid. Zicht op mogelijk



toekomstige risicofactoren, is de eerste stap richting preventie. Ingrijpende gebeurtenissen (zoals ziekte of het overlijden van een partner, maar ook (v)echtscheiding, afhankelijk worden van de bijstand, of een overstap naar een nieuwe baan of opleiding zijn voorbeelden van risicofactoren. Deze leiden tot veranderingen in het sociale netwerk van mensen en kunnen gevoelens van eenzaamheid veroorzaken.

Investeren in contact met burens is ook een manier om in te zetten op beschermende factoren. Mensen met actieve contacten in de buurt zijn vaak minder eenzaam dan mensen die andere buurtbewoners alleen van gezicht kennen (Kearns, Whitley, Tannahill, & Ellaway, 2015; Van Tilburg en De Jong-Gierveld, 2007). Uit een onderzoek naar eenzaamheid in achterstandswijken blijkt dat de manier waarop buurtbewoners contact hebben van invloed is op eenzaamheid (Kearns, Whitley, Tannahill, & Ellaway, 2015). Mensen die actief kennis maken met buurtbewoners zijn minder vaak eenzaam dan mensen die niet stoppen voor een praatje met de burens. Actieve kennismaking van buurtbewoners lijkt een belangrijk onderdeel van de aanpak van eenzaamheid in achterstandswijken. Overigens blijkt uit hetzelfde onderzoek dat mensen die de kwaliteit van hun woonomgeving hoger beoordelen, en meer gebruik maken van voorzieningen in de buurt, minder kans hebben om zich eenzaam te voelen (Kearns, Whitley, Tannahill, & Ellaway, 2015).

Jongeren

Bij jongeren kan ingezet worden op beschermende factoren door zowel aandacht te besteden aan het verbeteren van de sociale vaardigheden als het verbeteren van het zelfbeeld, dit blijkt uit het onderzoek van Gerine Lodder (Lodder et al., 2016). Dit onderzoek laat zien dat er grofweg twee verschillende typen oorzaken van eenzaamheid te onderscheiden zijn bij adolescenten. Enerzijds kan dit het gevolg zijn van minder goede sociale vaardigheden. Sommige eenzame jongeren hebben minder goede sociale vaardigheden en vinden dat ook van zichzelf; ook hun klasgenoten zijn het daarmee eens. Hierdoor krijgen ze minder kansen om vriendschappen te sluiten en dat kan leiden tot gevoelens van eenzaamheid. Anderzijds, kan eenzaamheid het gevolg zijn van een overmatige focus op negatieve sociale informatie en een negatief zelfbeeld. Sommige eenzame jongeren vinden van zichzelf dat ze slechte sociale vaardigheden hebben en dat hun vriendschappen van lagere kwaliteit zijn. Dit beeld wordt door de vrienden en klasgenoten van deze jongeren niet herkend; zij vinden de vaardigheden en de vriendschapskwaliteit van deze eenzame jongeren goed. Voor deze jongeren lijkt eenzaamheid dus het gevolg te zijn van een negatief denkbeeld. De jongeren zien zowel zichzelf als hun omgeving door een donkere bril, wat gevoelens van eenzaamheid kan aanwakkeren of in stand houdt (Lodder, 2016).

Sociale media als aanvulling op offline contacten kan jongeren beschermen tegen eenzaamheid.

Over het algemeen lijkt te gelden dat als jongeren sociale media gebruiken als aanvulling op hun offline leven, het eerder beschermt tegen eenzaamheid dan dat het schaadt. Voor sommige jongeren die moeite hebben met *face-to-face* gesprekken kan het zelfs een oplossing zijn. Daarbij lijkt het wel belangrijk te zijn op welke manier zij gebruikmaken van sociale media: als zij actief zijn, zelf berichten plaatsen en deelnemen aan gesprekken, lijkt

dat eenzaamheid te verminderen (Grosse Deters, & Mehl, 2012). Jongeren die passief meeleezen met berichten van anderen zonder zelf deel te nemen, lijken zich juist eenzamer te voelen (Verduyn et al., 2015). De effecten van het omgaan met eenzaamheid (coping) in de online en offline wereld lijken sterk overeen te komen: als jongeren gebruikmaken van online mogelijkheden om emotionele steun te zoeken en sociale relaties aan te gaan, kan dat gevoelens van eenzaamheid verminderen. Maar eenzaamheid wordt juist sterker als jongeren onlinemogelijkheden gebruiken om hun problemen te vermijden (Seepersad, 2004).

2.1.2. Ondersteunen van mensen met risicofactoren

Het ondersteunen van mensen met risicofactoren begint bij inzicht in de belangrijkste risicofactoren en risicogroepen (1.6). De volgende stap is het vormen van een beeld over het verloop van het vereenzamingsproces bij deze risicogroepen. Vervolgens kunnen preventieve activiteiten daarop inspelen. Bij mensen die in armoede leven kunnen bijvoorbeeld eenzaamheidsgevoelens ontstaan doordat zij te weinig financiële middelen hebben om aan allerlei activiteiten deel te nemen. Gemeenten kunnen mensen die in armoede leven ondersteunen door bijvoorbeeld korting te geven op culturele en sportactiviteiten.

Bij oudere migranten, een groep met een verhoogd risico, kan de verhoogde kans op eenzaamheid niet worden verklaard door een gebrek aan sociale contacten. Wel kan de verklaring liggen in een slechte sociaaleconomische positie, lagere maatschappelijke participatie, lagere ervaren regie en slechtere gezondheid (Van Tilburg, & Fokkema, 2018). Interventies die zich richten op het vergroten van de mogelijkheden tot ontmoeting, persoonlijk contact en praktische steun sluiten dan ook onvoldoende aan bij het eenzaamheidsprobleem van de oudere migranten. Op basis van hun bevindingen geven Van Tilburg en Fokkema (2018) suggesties waar deze interventies wel op kunnen richten, namelijk op zinvolle bezigheden, het versterken van de sociaal gewaardeerde rol en het vermijden van negatieve interpretaties.

2.1.3. Voorkomen van verergering van eenzaamheid

Om te voorkomen dat problemen verergeren, is het van belang dat eenzaamheid in een zo vroeg mogelijk stadium gesignaleerd en besproken wordt. Het signaleren van eenzaamheid is dan ook cruciaal voor een adequate aanpak en van groot belang bij de preventie van eenzaamheid of om ergere vereenzaming te voorkomen (Flapper, 2013).

Machielse en Jonkers (2012) zien signalering van eenzaamheid als een proces en onderscheiden drie stappen die ondernomen worden: het herkennen en het bespreekbaar maken van eenzaamheid en het opvolgen van signalen.

1. Herkennen van eenzaamheid

Om eenzaamheid te herkennen, hebben professionals en vrijwilligers kennis nodig van de signalen van eenzaamheid. Er zijn een groot aantal lichamelijke, psychische, sociale en gedragsmatige signalen

die erop kunnen wijzen dat iemand zich eenzaam voelt (Van der Zwet, & Van de Maat, 2018). Het is belangrijk om voorzichtig te zijn met het trekken van conclusies en vermoedens te controleren. Een signaal hoeft nog niet direct te betekenen dat de persoon in kwestie zich eenzaam voelt. Ook duiden deze signalen niet altijd alleen op eenzaamheid. Ze kunnen ook een aanwijzing zijn voor andere problemen, zoals een depressie of beginnende dementie.

Voorbeelden van professionals die signaleren zijn: huisartsen, praktijkondersteuners, medewerkers van het sociale wijkteam, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, huismeesters, wijkagenten, buurtpreventieteams, wijkverpleegkundigen, medewerkers van de sociale dienst, medewerkers van de thuiszorg, schuldhulpverleners, dominees/pastoraal werkers/imams, chauffeurs van aanvullend openbaar vervoer en sleutelfiguren in de wijken. Het is belangrijk dat zij tijdens hun werk alert zijn op signalen. Dat zij de risicofactoren kennen en weten hoe zij eenzaamheid bespreekbaar kunnen maken of waar zij hun signalen kunnen melden. Sommige van deze professionals kunnen deskundigheidsbevordering nodig hebben (Van der Zwet, & Van de Maat, 2018).

2. Bespreekbaar maken van eenzaamheid

Een tweede stap in het signaleringsproces van eenzaamheid is het bespreken van de signalen en het verkennen van de aard en ernst van problematiek. Het vraagt om een adequate probleemanalyse waarbij de situatie goed in beeld komt en inzicht ontstaat in de behoeften en mogelijkheden van een specifiek persoon. Een rustige, open houding en goed luisteren zijn daarbij van belang (Den Hollander, Talma, & Heessels, 2020). Het bespreekbaar maken van eenzaamheid is lastig doordat er een taboe kan rusten op het onderwerp (Dahlberg, 2007; Fokkema, & Dykstra, 2009). Mensen komen er niet graag voor uit dat ze zich eenzaam voelen of weinig contacten hebben (Van der Zwet, & van de Maat, 2018).

Coping

Een recente systematische review is uitgevoerd om strategieën te identificeren die thuiswonende ouderen inzetten om met hun eenzaamheid om te gaan (Kharicha et al., 2018). De onderzoekers beschrijven verschillende coping mechanismen die ouderen inzetten en hebben op basis van de resultaten een model ontwikkeld. Het model bevat twee dimensies: (1) gerelateerd aan de context van coping (alleen of met anderen) en (2) gerelateerd aan het type strategie (preventie, actie of acceptatie). Het model kan door professionals worden gebruikt om in gesprek te gaan met eenzame ouderen die thuis wonen. Op deze manier krijgen zij zicht op de individuele coping-stijlen en voorkeuren. Op basis van deze kennis, kan men manieren zoeken waarop ouderen hun gevoelens van eenzaamheid willen aanpakken.

Sociale professionals kunnen ook schroom en/of weerstand ervaren. Zij kunnen te maken hebben met handelingsverlegenheid (Heessels et al., 2015; Machielse, & Jonkers, 2012; Linders, 2010). Zij willen voorkomen dat ze een waardeoordeel toekennen aan de kwaliteit van het leven van de persoon in kwestie (Machielse, & Jonkers, 2012). Daarnaast kunnen professionals zich verantwoordelijk voelen om het probleem direct op te moeten lossen (Talma, & Hollander, 2018a).

Deskundigheidsbevordering geeft professionals de kennis en tools in handen om te leren hoe ze eenzaamheid bespreekbaar kunnen maken. Hierbij is het belangrijk om als professional eerst naar je eigen gevoelens van eenzaamheid te kijken en je bewust te worden van de redenen voor je eigen schroom (Van der Zwet, & Van de Maat, 2018). Hierdoor kan er, van mens tot mens, begrip ontstaan voor de gevoelens van eenzaamheid van de persoon in kwestie en kunnen deze gevoelens erkend worden (Talma, & Hollander, 2018a).

3. Opvolgen van signalen

Een derde stap is het opvolgen van signalen. Belangrijk is dat signalen op de juiste plek terecht komen waar er verder mee aan de slag wordt gegaan en de hulpverlening op gang komt (Machielse, & Jonkers, 2012). Vrijwilligers, professionals, ondernemers en bewoners hebben een laagdrempelige plek nodig waar zij met signalen terecht kunnen. Dat kan bijvoorbeeld het Wmo-loket zijn, het sociaal wijkteam, een bestaand multidisciplinair overleg of een meldpunt. Voor een goede opvolging is het van belang dat er duidelijke afspraken zijn over wie, wat gaat doen als signalen binnen komen (Van der Zwet, & Van de Maat, 2018). Verder lijkt het van belang dat de signalen bij verschillende organisaties terecht komen die samenwerken om passende hulp te kunnen bieden, afgestemd op de aard en ernst van de situatie (Machielse, & Jonkers, 2012).

Inzet ervaringsdeskundigheid

Er is weinig wetenschappelijke literatuur beschikbaar over de inzet en het effect van ervaringsdeskundigheid bij eenzaamheid. In de GGZ wordt al vaker gebruik gemaakt van ervaringsdeskundigheid en uit onderzoek blijkt dat dit belangrijke ondersteuning biedt voor het herstel (Boertien, & van Bakel, 2012). Ervaringsdeskundigen kunnen hoop en geloof uitstralen in de mogelijkheid van herstel. Dit helpt mensen in het verkrijgen van meer empowerment, zelfvertrouwen, zelfmanagementvaardigheden en het stelt ze in staat om sociale relaties te onderhouden (Repper, & Carter, 2011). Deze bevindingen maken het waarschijnlijk dat de inzet van ervaringsdeskundigen niet alleen relevant is voor mensen met GGZ-problematiek, maar ook voor mensen met andere vormen van kwetsbaarheid, zoals eenzaamheid (Van der Kooij, & Keuzenkamp, 2018).

Integrale aanpak

Gemeenten die met de aanpak van eenzaamheid aan de slag zijn, komen naar verloop van tijd vaak tot inzicht dat eenzaamheid een overkoepelend sociaal vraagstuk is. Zij zien in dat eenzaamheid vaak een uitkomst is van onderliggende sociale problematiek zoals armoede, schulden, psychische kwetsbaarheid, ziekte, beperkte mobiliteit, ongeschikte woningen en overbelasting door mantelzorg (Van de Maat, 2019). Om het overkoepelende vraagstuk aan te pakken, lijkt een integrale aanpak, met aandacht voor verschillende problemen die tegelijkertijd kunnen spelen, het meest passend. Een integrale aanpak van eenzaamheid kan vanuit twee perspectieven uitgewerkt worden, enerzijds het perspectief van de inwoner en anderzijds het perspectief van de organisaties en beleid (Verweij, 2017). Vanuit het perspectief van de inwoner betekent een integrale aanpak dat er bij de ondersteuning aandacht is voor alle levensgebieden (zoals wonen, financiën, meedoen, zingeving,

gezondheid en werk) waar de inwoner mee worstelt. Vanuit het perspectief van de organisaties en beleid werken medewerkers uit de praktijk en het beleid, vanuit verschillende domeinen, met elkaar samen om processen, werkwijze en expertise op elkaar af te stemmen. Concreet gaat het er bijvoorbeeld om dat medewerkers uit verschillende sectoren alert zijn op vereenzaming en weten aan wie zij hun signaal kunnen melden (Van de Maat, 2019).

Integraal werken, vanuit het organisatorische perspectief, geven gemeenten nu vaak vorm door te werken met een lokaal netwerk (coalitie), van verschillende partijen uit verschillende domeinen. De meeste van deze netwerken staan nog in de kinderschoenen. Een succesfactor van goed functionerende netwerken is het aanstellen van een projectleider die door gesprekken te voeren met organisaties draagvlak creëert en partijen met elkaar in contact brengt. Ten slotte blijkt het werken met kleinere werkgroepen, die zich op specifieke thema's of doelgroepen richten, goed te werken (Van de Maat, 2019).

2.2 Stappen naar een passende aanpak

Aanpak afstemmen

Interventies die zijn afgestemd op de omstandigheden en behoeften van individuen, op specifieke groepen en op een specifiek type van eenzaamheid hebben een grotere kans om eenzaamheid te verminderen, aldus de aanbeveling uit een recent overzicht van reviews (Victor et al., 2018). Dat de oorzaken van eenzaamheid voor elk individu waarschijnlijk anders zijn, veronderstellen Masi, Chen, Hawkley en Cacioppo (2011) in hun meta-analyse van interventies om eenzaamheid te verminderen. Om die reden is het waardevol om deze oorzaken te matchen met specifieke eenzaamheidsaanpakken. Oftewel, de eenzaamheidsinterventie afstemmen op het type eenzaamheid van de cliënt of doelgroep verhoogt de effectiviteit van de aanpak.

Het inzicht dat eenzaamheid hele verschillende oorzaken heeft, en om een aanpak op maat vraagt, wint snel terrein. Maar in de praktijk wordt de oplossing nog vaak gezocht in het opdoen van contacten. Fokkema en Van Tilburg concludeerden in 2007 al dat hulpverleners vrijwel altijd kiezen voor deze oplossing. Zij veronderstellen daarbij dat een klein netwerk de belangrijkste oorzaak is van eenzaamheid (Fokkema, & Van Tilburg, 2007). Maar de mate van de ervaren eenzaamheid wordt niet alleen bepaald door kwantiteit. Ook de kwaliteit van de sociale relaties heeft daar invloed op. Een toename van het aantal contacten is dus niet altijd de oplossing voor eenzaamheid.

2.2.1. Drie oplossingsrichtingen

In de literatuur worden er voor middelbaar volwassenen en ouderen drie oplossingsrichtingen beschreven om eenzaamheid te verminderen.

1. Netwerkontwikkeling

De eerste oplossingsrichting is het aangaan van nieuwe relaties en/of het verbeteren of intensiveren van bestaande relaties, oftewel: netwerkontwikkeling. Het ervaren verschil tussen gerealiseerde en gewenste relaties wordt verminderd door de gerealiseerde relaties op het peil te brengen van de



gewenste relaties. Als bekend is door welke oorzaken de gerealiseerde relaties in aantal of kwaliteit minder zijn dan men wenst (zie 1.3 'Oorzaken'), dan kan de netwerkontwikkeling daarop worden toegespitst. Bij individuele oorzaken kan er gewerkt worden aan het verbeteren van persoonlijkheidskenmerken (onder andere sociale vaardigheden), zodat het aangaan en onderhouden van sociale contacten gemakkelijker verloopt. Als de oorzaak in veranderingen in het sociale netwerk ligt (bijvoorbeeld een verhuizing of scheiding), dan wordt er naar oplossingen gezocht die daarop aansluiten. Bijvoorbeeld deelname aan sociale activiteiten, of kennismaking met een contactrijke omgeving om het netwerk te vergroten.

Bij het zoeken naar een oplossing kan ook aandacht worden besteed aan maatschappelijke ontwikkelingen die contacten tussen mensen in de weg kunnen staan (Fokkema, & Van Tilburg, 2007). Denk daarbij bijvoorbeeld aan het bestrijden van negatieve beeldvorming over ouderen, migranten en mensen met een psychische beperking.

2. **Standaardverlaging**

De tweede oplossingsrichting is het bijstellen van de wensen en verwachtingen die men ten opzichte van relaties heeft. Onrealistische wensen of te hoge verwachtingen van relaties worden naar beneden bijgesteld.

3. **Leren omgaan met eenzaamheid**

Een derde oplossingsrichting is het leren omgaan met gevoelens van eenzaamheid. Het verschil tussen iemands feitelijke en iemands gewenste contacten blijft dan bestaan, maar men probeert het belang van het eenzaamheidsprobleem terug te dringen. Bijvoorbeeld door acceptatie, relativering, of door de aandacht op iets anders te richten (afleiding) (Fokkema, & Van Tilburg, 2007; Schoenmakers, Fokkema, & Van Tilburg, 2014).

Eenzaamheidsexperts Theo van Tilburg (Vrije Universiteit Amsterdam) en Gerine Lodder (Rijksuniversiteit Groningen) stellen dat deze oplossingsrichtingen niet zonder meer kunnen worden ingezet bij adolescenten. De oorzaken van eenzaamheid en het toekomstperspectief van volwassenen verschillen van die van adolescenten (Qualter et al., 2015).

2.2.2. Vormen van ondersteuning

Naast de hoofdingeling van de drie oplossingsstrategieën hebben Bouwman en Van Tilburg (2020) een indeling gemaakt naar zeven overkoepelende 'typen van werkzame elementen' van eenzaamheidsinterventies. De indeling hebben zij gemaakt op basis van een kwalitatieve analyse van 119 eenzaamheidsinterventies die beschreven zijn in 22 reviews van interventies. De zeven typen, die we hier 'vormen van ondersteuning' noemen, zijn een aanvulling en verfijning van de drie bestaande oplossingsstrategieën en zijn gericht op:

1. **Zinvol bezig zijn.** Een productieve activiteit of vermaak kan het gevoel geven zinvol bezig te zijn. Iemand haalt voldoening en plezier uit het bezig zijn, waardoor de eenzaamheid minder zwaar weegt of men is afgeleid van de eenzaamheid. Voorbeelden zijn het aanleren van computervaardigheden in een groep, lidmaatschap van een koor en tuinieren.



2. **Ontmoeting.** Het onderhouden van sociale interacties of nieuwe sociale contacten aangaan. Voorbeelden zijn het gebruiken van sociale media om met anderen in contact te komen en deelnemen aan groepsbijeenkomsten.
3. **Praktisch ondersteunen.** Als iemand weet dat hij of zij (laagdrempelig) om hulp kan vragen, door inbedding in een groter zorgzaam verband, dan draagt dat bij aan het gevoel er niet alleen voor te staan. Voorbeelden zijn huisbezoeken waarbij ondersteuning geboden wordt, hulp bij vervoer en informatieverstrekking over lokaal beschikbare voorzieningen.
4. **Betekenisvol contact.** Wanneer er sprake is van regelmatig en duurzaam contact, en er een vertrouwensband bestaat, dan ervaart iemand een gevoel van herkenning. Er is een ander voor hem of haar en de relatie heeft diepgang en is persoonlijk: men kent elkaar van mens tot mens. Voorbeelden zijn lotgenotencontact en vrijwilligers die als maatje op bezoek komen.
5. **Sociale vaardigheden.** Bij het aangaan en onderhouden van sociale relaties zijn sociale vaardigheden van belang. Deze kunnen relaties diepgang geven, bijvoorbeeld door goed te luisteren en ondersteunende reacties te geven. Bovendien kunnen met goede sociale vaardigheden problemen binnen relaties voorkomen en overwonnen worden. Een voorbeeld is het oefenen met over jezelf vertellen en luisteren naar de ander in tweetallen in de cursus 'Zin in vriendschap'.
6. **Realistische verwachtingen.** Iemand met onrealistische verwachtingen over de mogelijke frequentie van contact, of over de snelheid waarmee een diepgaand of duurzaam contact ontstaat, raakt teleurgesteld. Dit kan leiden tot negatieve interpretaties van het sociaal gedrag van anderen ('ze willen mij niet'). Hierdoor ontstaat de neiging zich sociaal terug te trekken. Met behulp van training of therapie kan iemand inzicht krijgen in de eigen denkpatronen en het eigen gedrag dat tot negatieve gevoelens of ervaringen leidt. Er worden handreikingen geboden om positieve ervaringen op te doen en over teleurstellingen heen te stappen. Een voorbeeld is cognitieve gedragstherapie.
7. **Betekenisvolle rol.** Iemand die iets doet voor anderen krijgt het gevoel dat hij of zij van belang is, er toe doet, en daarmee deel is van een groter geheel. Iets doen voor een ander of voor de samenleving vergroot het zelfvertrouwen, waardoor iemand beter in staat is met zijn of haar situatie om te gaan. Het is van belang dat iemands bijdrage ook erkend en gewaardeerd wordt. Een voorbeeld is het zijn van een mentor of maatje voor kwetsbare jongeren.

Vier subdoelen

Bouwman en Van Tilburg (2020) geven in hun artikel aan dat het verminderen van eenzaamheid doelgerichter kan door in te zien dat activiteiten en interventies nooit direct eenzaamheid kunnen verminderen, maar dat dit altijd verloopt via vier subdoelen. De zeven vormen van ondersteuning kunnen, eventueel gecombineerd, via de vier subdoelen bijdragen aan het verminderen van eenzaamheid. Het gaat om de volgende vier subdoelen:



1. **Verbeteren van het sociale netwerk (gekoppeld aan sociale eenzaamheid).**
Het aangaan van nieuwe relaties, het onderhouden van bestaande relaties, het omgaan met het verlies van relaties en het aanpassen van de verwachtingen over relaties.
2. **Vergroten van het gevoel erbij te horen (gekoppeld aan sociale eenzaamheid)**
Het gevoel deel uit te maken van een groep, mee te doen en een sociaal wezen te zijn. En dat er mensen zijn waar je op kunt rekenen op momenten dat je behoefte hebt aan steun en vertrouwen.
3. **Vergroten van intimiteit (gekoppeld aan emotionele eenzaamheid)**
Het gevoel van gehechtheid, dat er een intieme band is met een ander persoon, en dat diegene er speciaal voor jou is.
4. **Vergroten van het gevoel betekenis te hebben (gekoppeld aan emotionele eenzaamheid)**
Het gevoel dat iemand een doel in het leven heeft, en deelneemt en bijdraagt aan een sociaal verband zoals een hechte vriendengroep of de samenleving als geheel.

2.2.3. Stappenplan voor organisaties

Op basis van een procesevaluatieonderzoek naar tien eenzaamheidsprojecten, hebben Fokkema en Van Tilburg (2007) verschillende valkuilen in kaart gebracht bij het aanpakken van eenzaamheid. Ze hebben deze vervolgens geformuleerd als leerpunten voor organisaties die aan de slag gaan met eenzaamheidsbestrijding (zie kadertekst). Volgens Gerine Lodder zijn deze leerpunten ook van toepassing op eenzaamheidsbestrijding bij jongeren (persoonlijke communicatie, 7 juli 2016). Een valkuil is de haast waarmee organisaties hulp willen verlenen zonder het eenzaamheidsprobleem eerst goed te verkennen.

Stap 1: Analyse van de eenzaamheidsproblematiek en kiezen van doelgroep

Voordat een organisatie een geschikte lokale aanpak kan kiezen, moet eerst worden onderzocht wat de kern van het eenzaamheidsprobleem is: in welke mate worstelen mensen met eenzaamheidsgevoelens en welke factoren veroorzaken dit? De kans is groot dat uit zo'n analyse blijkt dat de mate, de vorm en de oorzaken van eenzaamheid voor mensen afzonderlijk heel verschillend zijn. Op basis van de analyse kunnen de belangrijkste risicogroepen worden geformuleerd en kan een groep worden gekozen waarop de organisatie zich gaat richten.

Lessen voor de toekomst

Verkennen eenzaamheidsprobleem

- Onderzoek naar de mate en determinanten van het eenzaamheidsprobleem.
- Vaststellen van de belangrijkste risicogroepen.
- Keuze van de doelgroep.

- Bepalen van de mogelijke oplossingsrichting(en) en vormen van ondersteuning om het eenzaamheidsprobleem aan te pakken.

Keuze interventie

- Doorlichten van bestaande interventies.
- Inwinnen van informatie over effecten en eerder opgedane ervaringen.
- Bepalen noodzakelijke aanpassingen voor de gekozen doelgroep.
- Nagaan van de mogelijkheden om interventies te combineren.
- Opstellen verwachte positieve én negatieve effecten.
- Keuze op basis van kosten-batenafwegingen.

Uitvoerbaarheid

- Nagaan van de kanalen om (voldoende) geschikte deelnemers te bereiken
 - Afwegen van de voor- en nadelen van samenwerking
 - Selecteren van deelnemers die én willen én kunnen
 - Vinden van draagvlak binnen de organisatie(s)
 - Laten uitvoeren door geschikte en enthousiaste uitvoerders
- (Bron: Fokkema, & Van Tilburg, 2007, p. 200)

Stap 2: Analyse behoeften, motivatie en mogelijkheden van betrokkenen

Een tweede, en minstens zo belangrijke stap als de eerste, is een zorgvuldige analyse van de behoeften, mogelijkheden en motivatie van de potentiële deelnemers (Fokkema, 2007; Windle, Francis, & Coomber, 2014). De aanpak van eenzaamheid heeft volgens Fokkema en Van Tilburg (2007) alleen kans van slagen als aan de voorwaarden 'weten', 'willen' en 'kunnen' is voldaan. Iemand moet zich bewust zijn van zijn of haar eenzaamheidsprobleem, en van de mogelijkheden die de interventie biedt om iets aan dit probleem te doen. Het 'willen' slaat op de motivatie om aan eenzaamheidsvermindering te werken. Wanneer een persoon baat heeft bij een interventie maar geen zin heeft om hieraan mee te doen, is de aanpak gedoemd te mislukken. Het 'kunnen' heeft betrekking op iemands mogelijkheden om aan de interventie mee te doen. Lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen kunnen dit bijvoorbeeld bemoeilijken, net als financiële beperkingen, een gebrek aan sociale vaardigheden en een laag zelfvertrouwen (Fokkema, & Van Tilburg, 2007).

Om te kunnen slagen, moeten interventies gebaseerd zijn op de behoeften en mogelijkheden van de doelgroep zelf. Die zijn in kaart te brengen op basis van het type eenzaamheid en van de sociale vaardigheden en hulpbronnen die al aanwezig zijn, stellen Stevens en Martina (2006). Een interventie zal weinig succesvol zijn als de deelnemers er geen tijd en energie in willen steken. Verder moet er rekening gehouden worden met de persoonlijke voorkeuren van de betrokkenen, zo blijkt uit de systematische review van de Medical Advisory Secretariat (2008). Interventies met individuele keuzemogelijkheden en flexibiliteit kunnen beter aansluiten op de behoeften van cliënten.

Netwerk versterken of leren omgaan met gevoelens van eenzaamheid?

Schoenmakers (2013) raadt maatschappelijke organisaties aan om eenzame oudere mensen ervan te overtuigen dat eenzaamheid kan worden tegengegaan en hen bewust te maken van de mogelijkheden om hun relationele netwerk te verbeteren of verbreden. Uit zijn promotieonderzoek komt naar voren dat eenzame oudere mensen en oudere mensen die een groot risico lopen eenzaam te worden, relatief weinig overwegen hun relationele netwerk te verbeteren of uit te breiden om eenzaamheid tegen te gaan. Zij lijken er niet van overtuigd dat dit voor hen zal werken, en steken er daardoor geen tijd en energie in. Maar eenzaamheid is waarschijnlijk effectiever te verminderen door het sociale netwerk te verbeteren of uit te breiden, dan door de verwachtingen over sociale relaties naar beneden bij te stellen. Toch raadt Schoenmakers maatschappelijke organisaties aan om oudere mensen te ondersteunen bij het bijstellen van hun verwachtingen van sociale relaties. Met andere woorden: een combinatie van netwerkversterking en verwachtingen bijstellen kan bijdragen aan het effectief aanpakken van eenzaamheid. Recent onderzoek laat bovendien zien dat het bij netwerkversterking effectiever is om in zetten op een meer gevarieerd netwerk (met een variatie aan sociale rollen en typen relaties, zoals familie, vrienden, burens en collega's) dan op het vergroten van het netwerk (Van Tilburg et al., 2018).

Aan de andere kant stelt Machielse (2015) dat het voor sociaal geïsoleerde ouderen vaak gemakkelijker is om verwachtingen bij te stellen, dan het sociale netwerk uit te breiden. Sommige sociaal geïsoleerde ouderen slagen er niet in om contacten te leggen die ondersteunend en blijvend zijn: vanwege gedragskenmerken, psychische problemen, gebrekkige sociale competenties of negatieve ervaringen in het verleden. Zij hebben daardoor een geringe kans om een goed functionerend netwerk op te bouwen. Het is raadzaam voor maatschappelijke organisaties om ouderen dan te ondersteunen bij het bijstellen van verwachtingen en het beter leren omgaan met hun eenzaamheidsgevoelens.

Stap 3: Bepalen oplossingsrichting en geschikte interventies in kaart brengen

Op basis van de analyses in de eerste twee stappen kan de oplossingsrichting en vorm van ondersteuning worden bepaald en volgt de keuze van de interventie. Dat begint met het in kaart brengen van de beschikbare en geschikte interventies. Het is aan te bevelen op zoek te gaan naar interventies die reeds zijn uitgevoerd en na te gaan of deze voldoende hebben gewerkt (Fokkema, & Van Tilburg, 2007). Met een aanpak waarmee ervaring is opgedaan, is de kans op succes groter dan met een geheel nieuwe aanpak. Zelfs als die eerdere interventies tot dusverre nog niet succesvol zijn gebleken, kan op de opgedane ervaring en kennis worden voortgebouwd. Mogelijk zijn er bij een verdere ontwikkeling van de interventie of bij toepassing bij een andere doelgroep of in andere omstandigheden wél gunstige effecten. Voor het vinden van geschikte interventies kan de databank Effectieve sociale interventies worden geraadpleegd of kunnen organisaties benaderd worden die al een interventie hebben uitgevoerd. Het is hierbij raadzaam na te gaan wat er bekend is over de

effectiviteit van de interventie, en wat de eerdere ervaringen ermee waren. Zo zijn bekende valkuilen te ontwijken. Precieze informatie over de context waarin de interventie wel of niet heeft gewerkt, maakt bovendien duidelijk welke aanpassingen er nodig zijn voor de specifieke situatie.

Stap 4: Interventies vergelijken en keuze maken

Vervolgens kan uit de beschikbare interventies een keuze worden gemaakt. Het is belangrijk om per interventie een realistische inschatting te maken van de te verwachten effecten. Hierbij moet er ook gekeken worden naar mogelijke negatieve neveneffecten, zoals:

- bewustwording van de bestaande, onprettige situatie;
- het openhalen van oude wonden;
- gevoelens van afwijzing en vermijding omdat de uitvoerder zich afstandelijker is gaan gedragen naar de cliënt of voortijdig met de interventie is gestopt vanwege de onbedoelde rol die hij of zij toegedicht kreeg; en
- terugval na beëindiging van de interventie.

Uiteindelijk wordt de interventie gekozen met de meeste kans op succes, de minste kans op negatieve neveneffecten, en waarvan de kosten aanvaardbaar zijn (Fokkema, & Van Tilburg, 2007).

Aandachtspunten bij de uitvoering en borging

- Een op papier geschikte interventie is geen garantie voor succes, waarschuwen Fokkema en Van Tilburg (2007). Er kan immers nog van alles misgaan in de daadwerkelijke uitvoering. Bijvoorbeeld wanneer de beoogde doelgroep niet voldoende wordt bereikt. Fokkema en Van Tilburg (2007) adviseren organisaties (die zelf niet in direct contact staan met de beoogde doelgroep) om partners te zoeken die toegang hebben tot de doelgroep en er maatschappelijke verantwoordelijkheid voor dragen.
- Uit onderzoek blijkt bovendien dat intensief samenwerken met organisaties die zich met het welzijn van de doelgroep bezighouden, van belang is om de interventie duurzaam te kunnen aanbieden (Windle et al., 2014).
- Ook moeten zorg- en welzijnsorganisaties nauw samenwerken met vrijwilligersorganisaties, aangezien vrijwilligers vaak worden ingezet bij eenzaamheidsinterventies. Findlay trekt in zijn review (2003) een vergelijkbare conclusie: interventies hebben een grotere kans op succes als ze gebruikmaken van capaciteiten van bewoners en organisaties uit de lokale gemeenschap en tot doel hebben om deze capaciteiten te vergroten. Findlay noemt als goed voorbeeld het Gatekeeper-model uit Amerika, waarbij medewerkers van lokale bedrijven getraind worden om eenzame ouderen die mogelijk hulp nodig hebben te herkennen en door te verwijzen.

Andere belangrijke aandachtspunten bij het uitvoeren van interventies zijn:

- de selectie, training en doorlopende ondersteuning van de coördinatoren en vrijwilligers die betrokken zijn bij de interventies;
- consistente en gedegen manieren om eenzaamheid te meten;
- continue steun en aanmoediging aan de deelnemers om deel te blijven nemen, en
- flexibiliteit om de interventie aan te passen aan de doelgroep en lokale omstandigheden (Findlay, 2003; Windle et al., 2014).

Er zijn aanwijzingen in de literatuur dat vrijwilligers die tot dezelfde generatie behoren als de deelnemer, en dezelfde cultuur en achtergrond hebben, waarschijnlijk effectiever zijn in het opbouwen van een relatie met de deelnemer (Windle et al., 2014).

2.3 Werkzame elementen

Werkzame elementen zijn de onderdelen van een aanpak die (in theorie) de doelen bij de doelgroep realiseren. Zij maken een bepaalde werkwijze effectief of werkzaam, en mogen niet ontbreken als een interventie in de praktijk wordt toegepast. Aan de hand van 18 systematische reviews van eenzaamheidsinterventies hebben we geanalyseerd welke werkzame elementen hieruit naar voren komen. Het is opvallend dat veel van de werkzame elementen die uit onze analyse naar voren komen vrij algemeen van aard zijn, en bijvoorbeeld betrekking hebben op het niveau van de interventie (groepsinterventie of een-op-een interventie) of de interventiestrategie (interventies die gericht zijn op sociale steun of interventies gericht op sociale vaardigheden). Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat in de systematische reviews naar categorieën van interventies is gekeken en niet naar individuele interventies. In dit deel bespreken we eerst de werkzame elementen voor alle leeftijdsgroepen en vervolgens voor de doelgroepen ouderen en 'mensen met een ernstige geestelijke beperking.

2.3.1. Doelgroep: alle leeftijdsgroepen

We hebben één review (meta-analyse) gevonden van eenzaamheidsinterventies onder alle leeftijdsgroepen: zowel kinderen, jongeren als volwassenen (Masi et al., 2011). Ook één review (meta-analyse) over de effectiviteit van *befriending* interventies (Siette et al., 2017) en één review over de effectiviteit van gezelschapsdieren (Gilbey, & Tani, 2015). Op basis van deze reviews weten wij het volgende over mogelijk werkzame factoren.

Ingaan op negatieve interpretaties en verwachtingen van sociale situaties

Interventies waarbij er aandacht is voor negatieve interpretaties en verwachtingen van sociale situaties: *maladaptive social cognition* oftewel 'ik ga niet naar dat feestje, niemand wil toch met me praten', zijn veelbelovend. De effecten van dit soort interventies blijken groter te zijn dan van interventies die gericht zijn op sociale steun (bijvoorbeeld huisbezoeken), interventies gericht op het verbeteren van sociale vaardigheden, of interventies die de mogelijkheden voor sociale interactie willen vergroten (bijvoorbeeld ontmoetingsactiviteiten) (Hawkey, & Cacioppo, 2010). Dit komt volgens de onderzoekers waarschijnlijk doordat deze methoden het beste aansluiten bij wat eenzaamheid volgens hen is: een negatieve cirkel van zelfregulering waarin eenzame individuen onder andere meer aandacht besteden aan negatieve sociale informatie, negatievere sociale verwachtingen hebben, en zich vaker gedragen op manieren die de negatieve verwachtingen bevestigen (zie ook 1.2, onder 'Eenzaamheid verklaard vanuit de evolutietheorie'). Vooral interventies waarin gebruik wordt gemaakt van sociaal-cognitieve training om de negatieve spiraal te doorbreken, verminderen het gevoel van eenzaamheid, zo bleek uit het onderzoek.

Vergroten mogelijkheden sociale interactie via groepsinterventies niet effectiever

Hoewel een aantal onderzoekers (Cattan, & White, 1998; Cattan, White, Bond, & Learmouth, 2005) stelt dat interventies die de mogelijkheden voor sociale interactie via groepsactiviteiten of groepsinterventies verbeteren meer succesvol zijn dan andere aanpakken (bijvoorbeeld het verbeteren van sociale vaardigheden of het vergroten van de sociale steun), komt uit de meta-analyse van Masi et al. (2011) naar voren dat dit niet het geval is. Masi et al. (2011) vermoeden dat het samenbrengen van mensen die zich eenzaam voelen slechts in beperkte mate tot nieuwe vriendschappen leidt, omdat de gedachtes en het gedrag van mensen die zich eenzaam voelen hen minder aantrekkelijk maakt voor elkaar en voor anderen.

Effectiviteit van gebruik computer en/of internet bij volwassenen onduidelijk

Er is vooralsnog geen overtuigend empirisch bewijs dat het gebruik van een computer en/of het internet eenzaamheid vermindert bij volwassenen (Windle et al., 2011). Daarentegen is er wel bewijs dat computer- en internettrainingen bij ouderen effectief zijn om eenzaamheid te verminderen (zie 2.3.2).

Befriending interventies

Op basis van een meta-analyse van vijf studies is er geen bewijs gevonden voor de effectiviteit van befriending interventies (Siette et al., 2017). Echter, vanwege methodologische beperkingen kunnen de onderzoekers geen harde conclusies trekken. Befriending interventies zijn vergelijkbaar met maatjesprojecten. Het zijn interventies waarbij mensen met eenzaamheidsgevoelen worden gekoppeld aan betrokken vrijwilligers. Het zijn ondersteunende eenrichtingsrelaties gericht op het verminderen van eenzaamheidsgevoelens en het bieden van sociale steun door regelmatig een-op-eencontact met een maatje.

Inzet van gezelschapsdieren bij het verminderen van eenzaamheid

Er is geen duidelijk bewijs dat de inzet van gezelschapsdieren bij het verminderen van eenzaamheid effectief is. Een systematische review liet zien dat veel studies naar de inzet van dieren bij het verminderen van eenzaamheid niet goed zijn uitgevoerd, bijvoorbeeld met te weinig participanten, of zonder controlegroep, hierdoor is er geen overtuigend bewijs (Gilbey, & Tani, 2015).

2.3.2. Doelgroep: ouderen

We hebben één meta-analyse gevonden van eenzaamheidsinterventies voor ouderen (Choi, Kong, & Jung, 2013) en 13 systematische reviews (Cattan et al., 2005; Chen, & Schulz, 2016; Cohen-Mansfield en Perach, 2015; Dickens, Richards, Greaves, & Campbell, 2011; Findlay, 2003; Franck, Molyneux, & Parkinson, 2016; Gardiner, Geldenhuys, & Gott, 2018; Hagan, Manktelow, Taylor, & Mallett, 2014; Khorasravi, Rezvani, & Wiewiora, 2016; Medical Advisory Secretariat, 2008; Poscia et al., 2018; Pu, Moyle, Jones, & Todorovic, 2019; Shvedko, Whittaker, Thompson, & Greig, 2018).

Groepsinterventies versus een-op-eeninterventies

Er zijn tegenstrijdige bewijzen op het gebied van de effectiviteit van groepsinterventies of een-op-eeninterventies. Uit de review van Dickens et al. (2011) blijkt dat groepsinterventies bij ouderen effectiever zijn dan een-op-eeninterventies. Echter, uit een recente review van Gardiner et al., (2018)



blijkt dat groepsinterventies niet effectiever zijn dan een-op-eeninterventies. Verder komt uit een andere recente systematische review naar voren dat zowel groepsinterventies als een-op-eeninterventies effectief zijn in het verminderen van eenzaamheid (Poscia et al., 2018). Op basis van de beschikbare systematische reviews is het niet mogelijk om vast te stellen of groepsinterventies effectiever zijn dan een-op-eeninterventies of andersom. Sommige groepsinterventies hebben geen effect, terwijl sommige een-op-eeninterventies dat wel hebben en andersom. De effectiviteit van groepsinterventies of een-op-eeninterventies hangt af van het soort eenzaamheid, stellen Machielse en Hortulanus (2011, p. 80).

Interventies met een educatief element gericht op verbeteren sociale netwerk

Uit de systematische review van Cohen-Mansfield en Perach (2015) blijkt dat interventies (zowel groepsinterventies als een-op-eeninterventies) met een educatief aspect gericht op het onderhouden en verbeteren van het sociale netwerk (zoals een cursus waarbij vrouwen initiatief leren nemen en zelfvertrouwen opbouwen) eenzaamheid bij ouderen verminderen. Uit de review van Cattan et al. (2005) komt eveneens naar voren dat voornamelijk groepsinterventies met een educatief of trainingsaspect effectief zijn.

Groepsinterventies gericht op sociale activiteiten en sociale steun

Er is enig bewijs dat groepsinterventies die gericht zijn op sociale activiteiten en sociale steun effectief zijn bij ouderen, stellen Dickens et al. (2011). Ook Cattan et al. (2005) vonden in hun review dat groepsinterventies gericht op sociale activiteiten effectief zijn bij ouderen. Dat geldt bovendien met name voor groepsinterventies die gericht zijn op specifieke groepen zoals vrouwen, mantelzorgers, weduwen en weduwenaren, fysiek inactieven of mensen met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen. Verder lijkt het erop dat de effectiviteit van deze groepsinterventies voor de langere termijn gebaat is bij activiteiten die gericht zijn op het verbeteren van het gevoel van eigenwaarde en persoonlijke controle (Cattan et al., 2005). Uit de review van de Medical Advisory Secretariat (2008) komt eveneens naar voren dat groepsinterventies gericht op groepssteun effectief zijn bij ouderen. Findlay (2003) stelt bovendien dat groepsinterventies die op steun gericht zijn (zoals een steungroep voor rouwende mensen) een positief effect hebben op eenzaamheidsvermindering bij ouderen als de interventie vijf maanden of langer duurt. Een recente review van Franck et al. (2016) ondersteunt de bevinding dat groepsinterventies gericht op sociale activiteiten en sociale steun effectief zijn bij ouderen. Zij voegen toe dat het van belang is bij het inzetten van deze type interventies dat er goed opgeleid personeel bij betrokken is en dat sociale interactie geoptimaliseerd kan worden door het onderling delen van verhalen.

Beperkt bewijs voor een-op-eeninterventies

Zowel Hagan et al. (2014) als Cattan et al. (2005) vonden maar beperkt bewijs voor de effectiviteit van een-op-eeninterventies, zoals huisbezoeken door vrijwilligers. Volgens Cattan et al. kwam dit mogelijk doordat dat in geen van de in hun onderzoek opgenomen een-op-een interventies rekening werd gehouden met de behoefte van ouderen aan wederkerigheid. Wederkerigheid ontstaat eerder wanneer de deelnemers aan de een-op-een interventies van dezelfde generatie zijn (peers), gemeenschappelijke interesses delen en dezelfde sociale en culturele achtergrond hebben.

Op theorie gebaseerde interventies

Er is enig bewijs dat interventies die gebaseerd zijn op een (specifieke of brede) theorie effectiever zijn dan interventies die geen theoretische basis hebben (Dickens et al., 2011).



Actieve input van deelnemers aan ontwikkeling en uitvoering van de interventie

Als ouderen betrokken worden bij het ontwikkelen en uitvoeren van de activiteiten draagt dat bij aan de effectiviteit van de interventie, zo blijkt uit drie reviews (Cattan et al., 2005; Findlay, 2003, Gardiner et al., 2018). In deze benadering, ook wel community development genoemd, zijn de gebruikers actief betrokken bij het ontwikkelen en uitvoeren van interventies.

Productieve versus passieve activiteiten

Uit de review van Dickens et al., (2011) komt naar voren dat interventies waarbij deelnemers actief meedoen effectiever zijn dan interventies waarbij deelnemers slechts 'ontvangers' zijn van de interventie (bijvoorbeeld een training). Deze uitkomst wordt ondersteund in een recente review van Gardiner et al. (2018), waarin naar voren komt dat productieve activiteiten of interventies met een specifiek doel meer succesvol zijn dan passieve activiteiten (zoals ergens naar luisteren of kijken).

Computer- en internettraining

Er is enig bewijs dat computer- en internettraining bij ouderen (waarbij zij leren omgaan met een computer en het internet) effectief zijn om eenzaamheid te verminderen. Uit een meta-analyse van Choi et al. (2013) blijkt dat computer- en internetinterventies bij ouderen eenzaamheid significant verminderen. Alle beoordeelde interventies waren gericht op 65-plussers en omvatten zowel een computer- als een internettraining. De onderzoekers concluderen dat het gebruik van de computer en het internet ouderen helpt om met hun familie en vrienden te communiceren, en hen bovendien helpt met het vinden van nieuws en praktische informatie. Sociale steun die tot stand komt via het internet nam toe als mensen langere tijd gebruik maakten van het internet, meer kennis hadden van het internet, jonger waren, vrouw waren, en minder fysieke beperkingen hadden. Zeker met de komst met mobiele apparaten zoals tablets en smartphones kunnen computer- en internetinterventies helpen bij het onderhouden van sociale netwerken. Een kanttekening bij dit onderzoek is dat de nieuwe generaties ouderen al steeds meer digivaardig zijn. Maar dat neemt niet weg dat de interventie nog steeds zinvol kan zijn voor ouderen die nog niet met een computer en internet overweg kunnen.

Esc@pe

Esc@pe is een Nederlands voorbeeld van een dergelijke computer- en internettraining. Ruim tien jaar geleden werd deze interventie al veelbelovend genoemd op basis van het kleinschalige onderzoek van Fokkema en Knipscheer (2007) waarin de effectiviteit van Esc@pe is aangetoond. Verder bleek uit kwalitatief onderzoek dat het gebruik van e-mail bijdraagt aan sociaal contact en dat het gebruik van de computer en het internet ook vaak gebruik wordt om de tijd door te brengen, zodat men even niet aan de eenzaamheid denkt.

Esc@pe wordt momenteel niet meer uitgevoerd en er heeft sinds 2007 geen vervolgonderzoek plaatsgevonden. In een meer recent kwantitatief, niet vergelijkend, onderzoek van Jones, Ashurst, Atkey en Duffy (2015) verkenden zij het effect van internetgebruik op de contacten van ouderen met anderen, hun eenzaamheidsgevoelens en geestelijke gezondheid.

De interventie die zij onderzochten, Plymouth SeniorNet, omvatte zowel individuele en kleine groepssessies over basis computergebruik, navigeren online en zoeken op internet, online winkelen, e-mail, Skype of Facebook en online nieuws en entertainment. Door de kleine groepssessie, gegeven door vrijwilligers, nam het aantal contacten van de ouderen toe en werden eenzaamheidsgevoelens onder de ouderen significant verminderd.

Technologie-ondersteunde interventies

Het gebruik van technologie bij eenzaamheidsinterventies is effectief, zo blijkt uit drie recente systematische reviews (Cohen-Mansfield, & Perach, 2015; Khorasravi et al., 2016; Poscia et al., 2018). In hun review naar recente interventies voor ouderen gericht op het verminderen van eenzaamheid vonden Hagan et al. (2014) drie interventies waarin gebruik gemaakt werd van nieuwe technologie om eenzaamheid te verminderen bij ouderen. In de eerste studie van Tsai, Tsai, Wang, Chang en Chu (2010) werd de effectiviteit onderzocht van 'videoconferencing' op ouderen in verpleeghuizen. De deelnemers werd gevraagd ten minste één keer per week contact te maken met familie en geliefden via diensten zoals MSN of Skype. Uit de tweede studie (Kahlbaugh, Sperandio, Carlson, & Hauselt, 2011) bleek dat samen met een partner spelen op een Wii-spelcomputer leidde tot daling van de eenzaamheid, en dat samen met een partner televisiekijken leidde tot stijging van eenzaamheid. In de derde studie (Banks, Willoughby, & Banks, 2008) werd de effectiviteit van therapie met dieren ('animal-assisted therapy') onderzocht en kregen bewoners van een verzorgingstehuis een echte hond, een robohond of niets (controlegroep) toegewezen. Zowel bij deelnemers met een echte hond als bij deelnemers met een robohond daalde de eenzaamheid. Er werd tussen de echte hond en de robohond geen verschil in effectiviteit gevonden. Khorasravi et al., (2016) vonden naast de bovengenoemde studie van Kahlbaugh et al. (2011) naar de Wii-spelcomputer, ook een studie naar de inzet van PRISM (Personal Reminder Information and Social Management System) (Weinert, Cudney, & Hill, 2008) en een studie naar de inzet van Paro (Robinson, MacDonald, Kerse, & Broadbent, 2013). PRISM is een speciale software ontwikkeld voor senioren om sociale connectiviteit, geheugen en vrijetijdsactiviteiten te ondersteunen. Deze studie evalueerde de impact van het PRISM-systeem op sociaal isolement en eenzaamheid en toonde aan dat PRISM de eenzaamheid verminderde. Paro is een geavanceerde interactieve robot in een verzorgingstehuis (Robinson et al., 2013). Door middel van gerandomiseerd onderzoek met een controlegroep werd achterhaald wat de psychosociale effecten van de robot waren. In vergelijking met de controlegroep hadden bewoners die interacteren met de robot een significante afname van eenzaamheidsgevoelens gedurende de periode van de trial.

Inzet van social robots

In een mixed-method systematische review naar de effectiviteit van de inzet van social robots bij ouderen concluderen de onderzoekers dat de interactie met een social robot mogelijke effecten heeft op de eenzaamheidsgevoelens bij ouderen (Pu et al, 2018).

ICT interventies

Een systematische review naar de effectiviteit van specifiek ICT interventies (met telefoon, computer en/of internet) gericht op het verminderen van sociaal isolement bij ouderen toont aan dat deze effectief kunnen zijn in het verminderen van sociaal isolement. Maar er is geen overtuigend bewijs dat deze ICT interventies effectief kunnen zijn in het verminderen van eenzaamheid (Chen, & Schulz, 2016). ICT interventies verminderen het sociaal isolement van ouderen via vier mechanismen: 1.



contact met de buitenwereld, 2. het krijgen van sociale steun, 3. bezig zijn met interessante activiteiten en 4. het versterken van het zelfvertrouwen. Verder is het volgens de onderzoekers belangrijk om ICT interventies af te stemmen op de specifieke behoeften van ouderen. Ook het bieden van voldoende training op maat is cruciaal voor de gewenste effecten (Chen, & Schulz, 2016)

Enig bewijs voor effectiviteit interventies met meerdere strategieën

Uit de review van Poscia et al., (2018) komt enig bewijs naar voren dat interventies waarbij verschillende strategieën worden toegepast het meest succesvol zijn in het verminderen van eenzaamheid onder ouderen. Voorbeelden zijn complexe programma's waarbinnen verschillende benaderingen, zoals educatief, cognitief en sociaal, of verschillende technieken (coaching, groepsdiscussies, trainingen) worden gecombineerd binnen één interventie.

Het aanpassingsvermogen van een interventie

Er is enig bewijs dat het aanpassingsvermogen van de interventie naar de lokale context een belangrijke factor is die invloed heeft op de effectiviteit en succes van eenzaamheidsinterventies bij ouderen. Dit werkt omdat de lokale betrokkenheid nodig is om in te kunnen spelen en te reageren op lokale contextuele factoren (Gardiner et al., 2018).

Geen bewijs voor interventies gericht op lichamelijke activiteiten

Op basis van een systematische review en meta-analyse van 23 studies is er geen bewijs gevonden voor de effectiviteit van interventies die lichamelijke activiteiten inzetten om eenzaamheidsgevoelens onder ouderen te verminderen (Shvedko et al, 2018).

2.3.3. Doelgroep: mensen met een ernstige psychische beperking

Er is een review uitgevoerd naar eenzaamheidsinterventies bij mensen met een ernstige psychische beperking (Perese, & Wolf, 2005). Daarbij zijn de kenmerken, de effectiviteit en de toepasbaarheid van vijf sociale netwerk interventies op een rij gezet. Dit zijn: steungroepen, psychosociale clubs, zelfhulpgroepen, wederzijdse steungroepen, en getrainde vrijwilligers (bijvoorbeeld 'Compeer and Befriending'). Volgens de onderzoekers is het belangrijk om bij de keuze voor een interventie rekening te houden met:

- de beperkingen en het sociale netwerk van de cliënt;
- de kenmerken van de verschillende interventies;
- de effectiviteit van elke interventie;
- de waarschijnlijkheid dat de persoon en interventie goed op elkaar aansluiten
- de beschikbaarheid van interventies in de gemeente.

Zo is het voor cliënten met beperkte sociale vaardigheden bijvoorbeeld verstandiger om te kiezen voor een interventie die is gericht op het versterken van de bestaande sociale contacten.

In de review is ook nagegaan wat er bekend is over de effectiviteit van de vijf socialenetwerkinterventies. Van geen van deze interventies is bekend of ze eenzaamheid verminderen. Wel blijkt uit één pre-test/post-teststudie dat steungroepen eraan bijdragen dat een onvervulde behoefte aan vriendschap afneemt bij mensen met een ernstige geestelijke ziekte (Perese, Getty, & Wooldridge, ongepubliceerd). Verder tonen verschillende onderzoeken aan dat

psychosociale clubs (een soort zelfhulpgroepen, maar dan met een professional) weinig invloed hebben op sociale contacten (Perese, Getty, & Woolridge, 2003).

Naar de effectiviteit van zelfhulpgroepen is weinig onderzoek gedaan, maar uit één studie blijkt dat familieleden die deelnamen een verbetering in hun relatie ervaren met het familielid met een ernstige geestelijke beperking (Heller, Roccoforte, Hsieh, Cook, & Pickett, 1997). Ook naar de resultaten van wederzijdse hulpgroepen is een gering aantal onderzoeken beschikbaar, deze lijken erop te wijzen dat het sociaal isolement bij de deelnemers afnam (Galanter, 1988). Een recente scoping review heeft de stand van zaken rondom eenzaamheidsinterventies voor mensen met een psychische beperking in kaart gebracht (Mann et al., 2017). Echter, ook deze resultaten wijzen erop dat er weinig interventies zijn die zich richten op mensen met psychische problemen en dat de effectiviteit van deze interventies niet is aangetoond.

2.4 Tot slot

De beschikbare kennis over eenzaamheid, in zijn algemeen en wat werkt bij de aanpak, is in de afgelopen twintig jaar stap voor stap ontwikkeld. Dit Wat werkt bij-dossier biedt een overzicht van de laatste stand van zaken. In deze update hebben we onder andere de laatste kennis over preventie van eenzaamheid toegevoegd. Zo blijkt het van belang te zijn dat professionals en vrijwilligers, die in contact komen met mensen die vereenzamen, goed toegerust zijn om eenzaamheid bespreekbaar te maken en weten waar zij met hun signalen naartoe kunnen. Er is echter nog relatief weinig onderzoek gedaan naar preventie van eenzaamheid, terwijl deskundigen verwachten dat hiermee relatief veel winst te behalen is. In de volgende update hopen we bijvoorbeeld meer kennis op te kunnen nemen over of, en hoe, sport en cultuurbeoefening kunnen bijdragen aan het voorkomen van vereenzaming.

Een andere belangrijke toevoeging in deze publicatie zijn de zeven 'vormen van ondersteuning' en de vier subdoelen bij het verminderen van eenzaamheid, van Bouwman en Van Tilburg (2020). De zeven vormen van ondersteuning benadrukken nog eens dat, naast het faciliteren van ontmoeting, ook andere vormen van ondersteuning bij kunnen dragen aan het verminderen van eenzaamheid. Mits deze passend worden aangeboden.

De gevonden werkzame elementen in deze publicatie zijn vrij algemeen en abstract van aard. Dit hangt samen met de keuze om vooral van systematische reviews gebruik te maken. We hebben hiervoor gekozen, omdat deze een hoge bewijskracht hebben. De reviews delen verschillende eenzaamheidsinterventies in naar categorieën (bijvoorbeeld 'interventies gericht op vergroten ontmoetingsmogelijkheden' of 'een-op-een interventies') en kunnen vervolgens over de werkzaamheid van die categorieën overkoepelende en algemene uitspraken doen. Een analyse van effectstudies van afzonderlijke interventies geeft waarschijnlijk meer inzicht in werkzame elementen op het uitvoerende en praktische niveau. Denk daarbij aan kennis over de werkhouding van professionals en hoe deze goed werkt of hoe een welkome sfeer gecreëerd wordt bij groepsactiviteiten. Een verfijning van de resultaten naar dit praktische niveau kan een volgende stap zijn bij het aanvullen van dit dossier.

Een andere aanvulling die professionals en vrijwilligers nieuwe handvatten kunnen geven, is het beter zicht krijgen op wat ervaringsdeskundigen aangeven over de beste hulp voor mensen die vereenzamen. Er zijn nu wel mensen die ervaringsdeskundig zijn als het gaat om eenzaamheid, maar er is nog geen analyse gemaakt van de ervaringsverhalen om gemene delers in kaart te brengen. Idealiter wordt dit voor specifieke doelgroepen in kaart gebracht.

Natuurlijk is het ook belangrijk dat er meer degelijke kwantitatieve effectmetingen en kwalitatieve procesevaluaties worden uitgevoerd naar eenzaamheidsinterventies, zodat de kennis over werkzame elementen van eenzaamheidsinterventies verder uitgebouwd kan worden. Daarbij wordt idealiter meer onderzoek gedaan naar combinaties van werkzame elementen, aangezien experts vermoeden dat een combinatie van meerdere werkzame elementen het meest effectief is.

Ten slotte is meer onderzoek naar andere doelgroepen dan ouderen, bijvoorbeeld mensen met ernstige psychische beperkingen of een licht verstandelijke beperking, van harte welkom. Voor eenzaamheid onder jongeren is de aandacht de afgelopen jaren weliswaar snel toegenomen, maar ook onder deze doelgroep is nog maar weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van eenzaamheidsinterventies. Ook hierover hopen we in een volgende update nieuwe kennis te publiceren.



3. Bronnenlijst

Akerlind, I., & Hornquist, J.O. (1992). Loneliness and alcohol abuse. A review of evidences and an interplay. *Social Science & Medicine*, 34, 405-414.

Banks, M.R., Willoughby, L.M., & Banks, W.A. (2008). Animal-assisted therapy and loneliness in nursing homes. Use of robotic vs. living dogs. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9, 173-177.

Barnett, P.A., & Gotlib, I.H. (1988). Psychosocial functioning and depression. Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychological Bulletin*, 104, 97-126.

Bassuk, S., Glass, T., & Berkman, L. (1999). Social disengagement and incident cognitive decline in community dwelling elderly persons. *Annals of Internal Medicine*, 131, 165-173.

Boertien, D., & Van Bakel, M. (2012). *Handreiking voor de inzet van ervaringsdeskundigheid vanuit de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Bouwman, T.E., & Van Tilburg, T.G. (2020). Naar een gerichte aanpak van eenzaamheid: zeven werkzame elementen in eenzaamheidsinterventies. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, vol 51.

Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2014). Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and personality psychology compass*, 8(2), 58-72.

Cacioppo, J.T., & Hawkley, L.C. (2003). *Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms*. *Perspectives in biology and medicine* 46 (3), 39-52.

Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C., Berntson, G.G., Ernst, J.M., Gibbs, A.C., Stickgold, R., & Hobson, J.A. (2002). Lonely days invade the night. Social modulation of sleep efficiency. *Psychological Science*, 13, 385-388.

Cacioppo, J.T., & Patrick, B. (2008). *Loneliness. Human nature and the need for social connection*. New York: W.W. Norton & Company.

Cacioppo, S., Grippo, A.J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J.T. (2015), *Loneliness. Clinical import and interventions*. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 238-249.

Cattan, M., & White, M. (1998). Developing evidence based health promotion for older people. A Systematic review and survey of health promotion interventions targeting social isolation and loneliness among older people. *Internet Journal of Health Promotion*, 13 [online]. Available: <http://www.rhpeo.org/ijhp-articles/1998/13.index.htm>.



- Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people. A systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*, 25(01), 41-67.
- Chen, Y.-R. R., & Schulz, P. J. (2016). The effect of information communication technology interventions on reducing social isolation in the elderly: A systematic review. *Journal of Medical Internet research*, 18(1), e18.
- Choi, M., Kong, S., & Jung, D. (2013). Computer and internet interventions for loneliness and depression in older adults: a meta-analysis. *Healthcare Informatics Research*, 18(3), 191-198.
- Cohen-Mansfield, J., & Perach, R. (2015). Interventions for alleviating loneliness among older persons. A critical review. *American Journal of Health Promotion*, 29(3), e109-e125.
- Cohen, S., & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Dahlberg, K. (2007). The enigmatic phenomenon of loneliness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2(4), 195-207
- De Jong Gierveld, J., & Fokkema, T. (2015). 14 *Strategies to Prevent Loneliness. Addressing loneliness: Coping, prevention and clinical interventions*, 218.
- De Jong Gierveld, J., & Kamphuis, F. (1985), The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9, 3, 289-299
- De Jong-Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (2007). Uitwerking en definitie van het begrip eenzaamheid. In: Van Tilburg, T., & De Jong-Gierveld, J. (redactie), *Zicht op eenzaamheid. Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum.
- De Jong-Gierveld, J., Van Tilburg, T. G., & Dykstra, P. A. (2018). New ways of theorizing and conducting research in the field of loneliness and social isolation. In: A. L. Vangelisti, & D. Perlman (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (2 ed., pp. 391-404). Cambridge: Cambridge University Press.
- Den Hollander, M., Talma, M., & Heessels, M. (2020). In gesprek over eenzaamheid. Utrecht: Movisie.
- Dickens, A.P., Richards, S.H., Greaves, C.J., & Campbell, J.L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: A systematic review. *BMC Public Health*, 11(1), 1.
- Dykstra, P.A., Van Tilburg, T.G., & De Jong-Gierveld, J. (2005). Changes in older adult loneliness: results from a seven-year longitudinal study. *Research on Aging*, 26 (6), 725-747. doi: 10.1177/0164027505279712

Ejlskov, L., Wulff, J., Bøggild, H., Kuh, D., & Stafford, M. (2018). Assessing the relative importance of correlates of loneliness in later life. Gaining insight using recursive partitioning. *Aging & mental health*, 22(11), 1486-1493. DOI: 10.1080/13607863.2017.1370690.

Ettema, E.J., Derksen L.D., & Van Leeuwen, E. (2010). Existential loneliness and end-of-life care: A systematic review. *Theoretical Medicine and Bioethics* 31(2). 141-169.

Felten, H., & Meijsen, E. (2015). *Handreiking LHBT-emancipatie. Eenzaamheid onder LHBT's: Feiten, cijfers en aanpak*. Utrecht: Movisie

Findlay, R.A. (2003). Interventions to reduce social isolation amongst older people. Where is the evidence? *Ageing and Society*, 23(05), 647-658.

Flapper, T. (2013). *Module signaleren en begeleiden van eenzaamheid*. Drachten: TREES.

Fokkema, T. (2007). Werken aan verwerking. In: Van Tilburg, T., & De Jong-Gierveld, J. (redactie), *Zicht op eenzaamheid. Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum.

Fokkema, T., & Dykstra, P.A. (2009). De aanpak van eenzaamheid. *Demos*, 25(3), 5-8.

Fokkema, T., & Knipscheer, K. (2007). Escape loneliness by going digital. A quantitative and qualitative evaluation of a Dutch experiment in using ECT to overcome loneliness among older adults. *Aging & Mental Health*, 11(5), 496-504, DOI: 10.1080/13607860701366129.

Fokkema, T., & Van Tilburg, T.G. (2007). Zin en onzin van eenzaamheidsinterventies bij ouderen [Loneliness interventions among older adults: Sense or nonsense?]. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 38, 185-203.

Fokkema, T., & Klok, J. (2016). Verbondenheid beschermt oudere migranten tegen ernstige eenzaamheid. *Demos*, 32(6).

Franck, L., Molyneux, N., & Parkinson, L. (2016). Systematic review of interventions addressing social isolation and depression in aged care clients. *Quality of Life Research*, 25(6), 1395-1407.

Galanter, M. (1988). Zealous self-help groups as adjuncts to psychiatric treatment. A study of Recovery, Inc. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1248-1253.

Gardiner, C., Geldenhuys, G., & Gott, M. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: An integrative review. *Health & Social Care in the Community*.

Gemeente Den Haag (2014). *Gezondheidsmonitor Den Haag 2014*. Den Haag: Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, Productgroep Epidemiologie en Gezondheidsbevordering, Afdeling Epidemiologie.

Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM (2016). Geraadpleegd van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/eenzaamheid/cijfers-context/huidige-situatie>

GGD Amsterdam (2013). *Amsterdammers gezond en wel?* Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012. Amsterdam: Cluster Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering.

Gilbey, A., & Tani, K. (2015). Companion Animals and Loneliness. A Systematic Review of Quantitative Studies. *Anthrozoös*, 28(2).

Grosse Deters, F., & Mehl, M.R. (2012) Does Posting Facebook Status Updates Increase or Decrease Loneliness? An Online Social Networking Experiment. *Social Psychological and Personality Science*, 4(5).

Hagan, R., Manktelow, R., Taylor, B.J., & Mallett, J. (2014). Reducing loneliness amongst older people. A systematic search and narrative review. *Aging & Mental Health*, 18(6), 683-693.

Heessels, M., Braun, M., Kroes, J., Dankers, T., Roozendaal, K., Ouwerkerk, A., Damoiseaux, D., & Van Biene, M. (2015). *Eenzaam ben je niet alleen, samenwerken aan een nieuwe blik op eenzaamheid*. Utrecht: Movisie.

Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 40(2), 218-227.

Hawkley, L.C., Thisted, R.A., Masi, C.M., & Cacioppo, J.T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure. Five-year cross lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 25, 132-141.

Heller, T., Roccoforte, J.A., Hsieh, K., Cook, J.A., & Pickett, S.A. (1997). Benefits of support groups for families of adults with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(2), 187-198.

Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., & Layton, J.B. (2010). Social relationships and mortality risk. A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1316. doi:1.1371/journal.pmed.1316.

Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Baker, M., Harris, T. & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. In: *Perspectives on Psychological Science*, jg. 10, p. 227-237.

Holwerda, T.J., Deeg, D.J., Beekman, A.T., Van Tilburg T.G., Stek, M.L., Jonker, C., & Schoevers, R.A. (2014). Feelings of loneliness but not social isolation predict incident dementia onset. Results from the Amsterdam Study of the Eldery. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 85(2), 135-42.

Hortulanus, R. Machielse, A., & Meeuwssen, L. (2003). *Sociaal isolement. Een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland*. Den Haag: Elsevier Overheid.

Jones, R. B., Ashurst, E. J., Atkey, J., & Duffy, B. (2015). Older people going online: its value and before-after evaluation of volunteer support. *Journal of medical Internet research*, 17(5), 122–134



Jones, A.C., Schinka, K.C., Van Dulmen, M.H.M., Bossarte, R.M., & Swahn, M.H. (2011). Changes in loneliness during middle childhood predict risk for adolescent suicidality indirectly through mental health problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(6), 818-824.

Jorna, A.A.M. (Ed.), *Mag een mens eenzaam zijn? Studies naar existentiële eenzaamheid en zingeving*. Amsterdam: SWP.

Kahlbaugh, P.E., Sperandio, A.J., Carlson, A.L., & Hauselt, J. (2011). Effects of Playing Wii on well-being in the elderly: Physical activity, loneliness, and mood. *Activities, Adaptation & Aging*, 35(4), 331-344.

Kearns, A., Whitley, E., Tannahill, C., & Ellaway, A. (2015). Loneliness, social relations and health and well-being in deprived communities. *Psychology, Health & Medicine*, 20(3), 332-344.

Keuzenkamp, S. (2012). *Worden wie je bent. Transgenders in Nederland*. Den Haag: SCP

Kharicha, K., Manthorpe, J., Iliffe, S., Davies, N., & Walters, K. (2018). Strategies employed by older people to manage loneliness: systematic review of qualitative studies and model development. *International psychogeriatrics*, 30(12), 1767-1781.

Khorasravi, P., Rezvani, A., & Wiewiora, A. (2016). The impact of technology on older adults' social isolation. *Computers in Human Behavior*, 63, 594-603.

Lasgaard, M., Armour, C., Bramsen, R. H., & Goossens, L. (2016). Major life events as predictors of loneliness in adolescence. *Journal of Child and Family Studies*, 25(2), 631-637.

Lasgaard, M., Friis, K., Shevlin, M. (2016). "Where are all the lonely people?" A population-based study of high-risk groups across the life span. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 51, 1373 - 1384.

Lau, S., & Gruen, G. E. (1992). The social stigma of loneliness. Effect of target person's and perceiver's sex. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 18(2), 182-189.

Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*. 152, 157-171.

Linders, L. (2010). *De betekenis van nabijheid: een onderzoek naar informele zorg in een volksbuurt*. Den Haag: SDU-uitgevers

Lodder, G.M.A. (2016). *Social perception and loneliness in adolescence: Attention to social cues, emotion recognition and social evaluation* (Proefschrift). Verkregen november 2019, van: <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/157125/157125.pdf>

Lodder, G.M.A., Goossens, L., Scholte, R.H.J., Engels, R.M.C.E., & Verhagen, M. (2016). Loneliness and social skills. Discrepancies between self-, meta- and peer evaluations. *Journal of Youth and Adolescence*.



- Lodder, G.M.A., Scholte, R.H.J., Goossens, L., & Verhagen, M. (2015). Loneliness in early Adolescence. Friendship quantity, friendship quality, and dyadic processes. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. Advance online publication*. doi:10.1080/15374416.2015.1070352.
- Machielse, A. (2006). *Onkundig en onaangepast. Een theoretisch perspectief op sociaal isolement*. Utrecht: Van Arkel.
- Machielse, A. (2015). *Ouderen in sociaal isolement. Ervaren baat van hulp*. Utrecht: Movisie.
- Machielse, A. (2011). Sociaal isolement bij ouderen. Een typologie als richtlijn voor effectieve interventies. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 20(4), 40-61.
- Machielse, A., & Hortulanus, R. (2011). *Sociaal isolement bij ouderen. Op weg naar een Rotterdamse aanpak*. Amsterdam: SWP.
- Machielse, A., & Jonkers, M. (2012). *Als meedoen niet lukt. Signaleren, typeren en aanpakken van sociaal isolement in Utrecht, Amersfoort en Nieuwegein*. Utrecht: LESI.
- Masi, C.M., Chen, H.Y., Hawkey, L.C., & Cacioppo, J.T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review. An Official Journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 15(3), 219-266. doi:10.1177/1088868310377394 [doi].
- Medical Advisory Secretariat (2008). Social isolation in community-dwelling seniors. An evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 8(5), 1-49.
- Mann, F., Bone, J. K., Lloyd-Evans, B., Frerichs, J., Pinfold, V., Ma, R., ..., & Johnson, S. (2017). A life less lonely: the state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(6), 627-638.
- Mihalopoulos, C., Le, L. K. D., Chatterton, M. L., Bucholc, J., Holt-Lunstad, J., Lim, M. H., & Engel, L. (2019). The economic costs of loneliness: a review of cost-of-illness and economic evaluation studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1-14.
- Page, R.M. (1990). Loneliness and adolescent health behavior. *Health Education*, 21(5), 14-17.
- Perese, E., Getty, C., & Wooldridge, P. (2003). Psychosocial club members' characteristics and their readiness to participate in a support group. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(2), 153-174.
- Perese, E., Getty, C., & Wooldridge, P. (z.d.). Ongepubliceerd.
- Perese E.F., & Wolf M. (2005). Combating loneliness among persons with severe mental illness: social network interventions' characteristics, effectiveness, and applicability. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(6), 591-609.

Poscia, A., Stojanovic, J., La Milia, D. I., Duplaga, M., Grysztar, M., Moscato, U., ..., & Magnavita, N. (2018). Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: an update systematic review. *Experimental gerontology*, 102, 133-144

Pu, L., Moyle, W., Jones, C., & Todorovic, M. (2019) The Effectiveness of Social Robots for Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies. *The Gerontologist*, 59(1), 37-51.

Qualter, P., Vanalst, J., Harris R., Van Roekel, E., Lodder, G., Bangee, M., Maes, M., & Verhagen, M. (2015). Loneliness across the life span. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2) 250-264.

Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of mental health*, 20(4), 392-411.

Robinson, H., MacDonald, B., Kerse, N., & Broadbent, E. (2013). The psychosocial effects of a companion robot: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(9), 661-667.

Rotenberg, K.J., Gruman, J.A., & Ariganello, M. (2002). Behavioral confirmation of the loneliness stereotype. *Basic & Applied Social Psychology*, 24(2), 81-89.

Russell, D.W., Cutrona, C.E., De la Mora, A., & Wallace, R.B. (1997). Loneliness and nursing home admission among rural older adults. *Psychology and Aging*, 12(4), 574-589.

Santini, Z. I., Fiori, K. L., Feeney, J., Tyrovolas, S., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2016). Social relationships, loneliness, and mental health among older men and women in Ireland: A prospective community-based study. *Journal of Affective Disorders*, 204, 59-69.

Schoenmakers, E.C. (2013). *Coping with Loneliness*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

Schoenmakers, E., Fokkema, T., & Van Tilburg, T. (2014). Eenzaamheid is moeilijk op te lossen en treft niet alleen ouderen. *Demos*, 30(8), 5-8.

Seeman, T.E. (2000). Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *American Journal of Health Promotion*, 14(6), 362-370.

Seepersad, S. (2004). Coping with Loneliness. *Adolescent Online and Offline Behavior. Cyberpsychology & Behavior*, 7(1), 35-39.

Shvedko, A., Whittaker, A. C., Thompson, J. L., & Greig, C. A. (2018). Physical activity interventions for treatment of social isolation, loneliness or low social support in older adults: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychology of Sport and Exercise*, 34, 128-137.



- Siette, J., Cassidy, M., & Priebe, S. (2017). Effectiveness of befriending interventions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 7(4)
- Spithoven, A. W., Bijttebier, P., & Goossens, L. (2017). It is all in their mind: A review on information processing bias in lonely individuals. *Clinical psychology review*, 58, 97-114.
- Stephens, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 110(15), 5797-5801. doi:10.1073/pnas.1219686110.
- Stevens, N.L., & Martina, C.M.S. (2006). Eenzaamheidsinterventies bij ouderen. Ordening en effectiviteit. *Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie*, 37(2), 44-50.
- Talma, M., & Den Hollander, M. (2018a). *Verbinden met eenzaamheid: omgaan met eigen schroom of weerstand*. Utrecht: Movisie
- Talma, M., & Den Hollander, M. (2018b, 23 februari). *Sociale professionals: laat eenzaamheid toe*. Geraadpleegd op 10 mei 2019, van <https://www.movisie.nl/artikel/sociale-professionals-laat-eenzaamheid-toe>
- Trimbos (2016). *Leefsituatie en ervaringen met zorg van mensen met langdurige psychische problemen. Nieuwe bevindingen van het panel Psychisch Gezien*. Utrecht: Trimbos.
- Tsai, H.H., Tsai, Y.-F., Wang, H.H., Chang, Y.C., & Chu, H.H. (2010). Videoconference program enhances social support, loneliness, and depressive status of elderly nursing home residents. *Aging & Mental Health*, 14(8), 947-954.
- Uchino, B.N. (2006). Social support and health. A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377-387. doi:10.1007/s10865-006-905.
- Van Amelsfort, I. (2014). *Meetellen in Utrecht. Jaarrapportage 2013*. Utrecht: Gemeente Utrecht
- Van Arum, S., & Schoorl, R. (2016). *Sociale (wijk)teams in beeld stand van zaken na de decentralisaties (najaar 2015)*. Utrecht: Movisie.
- Van Bergen, A., Vleems, R., Muis, L., & Laan, W. (2010). *Volksgesondheidsmonitor*. Utrecht 2010: Tabellenboek Sociaal Kwetsbaren. Utrecht: GG&GD.
- Van Beuningen, J., & De Witt, S. (2016). *Eenzaamheid in Nederland*. Den Haag: CBS.
- Van der Eerden, E. (2017). Vereniging van Ervaringsdeskundigen: tegen misstanden. In: *Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken*, 2, 40.

Van Campen, C. (2018). *Eenzaamheid in verpleeghuizen*. In: Van Campen, C., Vonk, F. en Van Tilburg, T. (red.) *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking*. Den Haag: SCP.

Van de Maat, J.W. (2015). *Aandacht voor eenzaamheid in het Mbo- en Hbo-onderwijs. Van impliciet naar expliciet*. Interne notitie. Utrecht: Movisie (op te vragen bij auteur).

Van de Maat, J.W. (2019). *Geleerde lessen bij de aanpak van eenzaamheid. Opbrengsten van de decentralisatie uitkering*. Utrecht: Movisie.

Van de Maat, J.W., Ballering, C., & Van Xanten, H. (2016). *Medisch en sociaal verbonden. Over de gouden kansen van samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal werk*. Utrecht: Movisie.

Van de Maat, J.W., & Van Xanten, H. (2013). *Sleutels voor de lokale aanpak van eenzaamheid*. Utrecht: Movisie.

Van der Kooij, A., & Keuzenkamp, S. (2018). *Ervaringsdeskundigen in het sociale domein: wie zijn dat en wat doen ze?* Utrecht: Movisie

Van der Zwet, R., & Van de Maat, J.W. (2018). *Preventie van eenzaamheid. Bouwstenen voor beleid*. Utrecht: Movisie.

Van Dongen, I. (2013). De lokale aanpak van eenzaamheid. BVWO Jaarpublicatie 2013. Tilburg: *Brabantse Vereniging van instellingen voor Welzijn Ouderen* (BVWO).

Van Dulmen, M.H., & Goossens, L. (2013). Loneliness trajectories. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1247-1249.

Van Tilburg, T. (2005). *Loneliness from 1978 to 2003: a historical time analysis among Dutch adults. Paper prepared on the occasion of the farewell of Jenny Gierveld*. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Van Tilburg, T., & De Jong-Gierveld, J. (Eds.) (2007). *Zicht op eenzaamheid. Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum.

Van Tilburg, T., & Fokkema, T. (2018). Hogere eenzaamheid onder Marokkaanse en Turkse ouderen in Nederland: Op zoek naar een verklaring. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 49, 263-273.

Van Tilburg, T., Iedema, J., & Klok, J. (2018). Veranderingen in eenzaamheid in de tweede levenshelft. In: Van Campen, C., Vonk, F., & Van Tilburg, T. (red.). *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking*. Den Haag: SCP.

Van Tilburg, T., & Klok, J. (2018). Trend van prevalentie van eenzaamheid onder ouderen. In: Van Campen, C., Vonk, F. en Van Tilburg, T. (red.), *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking*. Den Haag: SCP.

Van Wijngaarden, E., & The, A.M. (2017). Luisteren als belangrijkste interventie bij eenzaamheid. *Bijblijven*, 33(4-5), 296-306.

Verduyn, P., Lee, D. S., Park, J., Shablack, H., Orvell, A., Bayer, J., ..., & Kross, E. (2015). Passive Facebook usage undermines affective well-being: Experimental and longitudinal evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 144(2), 480.

Vermeij, L. (2015). *Dichtbij huis. Lokale binding en inzet van dorpsbewoners*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Verweij, S. (2017). *Integraal werken: nog volop in ontwikkeling*. Geraadpleegd op 10 juni 2019, van: <https://www.movisie.nl/artikel/integraal-werken-nog-volop-ontwikkeling>.

Weinert, C., Cudney, S., & Hill, W. (2008). Rural women, technology, and self-management of chronic illness. *The Canadian Journal of Nursing Research (Revue Canadienne De Recherche En Sciences Infirmieres)*, 40(3), 114-134.

Weiss, R. (1973). *Loneliness. The experience of emotional and social isolation*. Boston, MA: Massachusetts Institute of Technology.

Windle, K., Francis, J., & Coomber, C. (2014). *Preventing loneliness and social isolation. Interventions and outcomes*. Londen: Social Care Institute for Excellence.

Wong, N. M., Yeung, P. P., & Lee, T. M. (2018). A developmental social neuroscience model for understanding loneliness in adolescence. *Social neuroscience*, 13(1), 94-103.

Yang, K., & Victor, C. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing & Society*, 31, 1368-1388.

Victor, C., Mansfield, L., Kay, T., Daykin, N., Lane, J., Duffy, L. G., & Meads, C. (2018). An overview of reviews: the effectiveness of interventions to address loneliness at all stages of the life-course. London, UK: *What Works Centre for Wellbeing*.

Geraadpleegde websites

<https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/eenzaamheid/cijfers-context/huidige-situatie>

<http://www.campaigntoendloneliness.org/>

https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2013/Bijna_veertig_procent_van_de_volwassen_Nederlanders_voelt_zich_eenzaam

<https://www.amsterdamsnetwerkeenzaamheid.nl/experimenten/blog/289/visie-op-verbinden>

Bijlage 1 Verantwoording literatuuronderzoek

Dit Wat werkt-bij dossier is een update van het dossier dat in 2016 is gepubliceerd. Hieronder beschrijven we eerst hoe de update is uitgevoerd en daarna kun je lezen hoe het oorspronkelijke dossier tot stand kwam.

Update dossier (2020)

We hebben het dossier ge-update op basis van twee literatuuronderzoeken. Een literatuuronderzoek is gericht uitgevoerd op een vijftal thema's omdat we vragen en signalen kregen uit het werkveld dat er op deze thema's behoefte was aan meer kennis. Deze thema's zijn:

1. Bespreekbaar maken van eenzaamheid
2. Inzet van ervaringsdeskundigheid
3. Preventie van eenzaamheid
4. Signalering van eenzaamheid
5. Integrale aanpak van eenzaamheid.

Het tweede literatuuronderzoek was gericht op het vinden van nieuwe systematische reviews, die zijn verschenen sinds ons eerdere literatuuronderzoek (het gaat om de periode 2016 - april 2019).

Voor beide literatuuronderzoeken zijn eerst literatuur *searches* uitgevoerd. Daarna hebben we de gevonden publicaties beoordeeld op relevantie. Deze literatuurlijst is vervolgens voorgelegd aan de volgende experts: Eric Schoenmakers, Gerine Lodder, Tamara Bouwman, Theo van Tilburg, Tineke Fokkema en Nan Stevens. De experts hebben aanvullende literatuur aangedragen die we hebben beoordeeld op relevantie. Dit leverde zowel aanvullende literatuur op over de vijf thema's als enkele systematische reviews.

In totaal zijn er 35 publicaties beoordeeld op relevantie en hebben we in totaal acht nieuwe (systematische) reviews en meta-analyses gevonden waarin de effectiviteit van eenzaamheidsinterventies is onderzocht (zie schema hieronder).

	2016	2019
Alle leeftijdsgroepen	Masi et al., 2011) (Gilbey, & Tani, 2015) (Cattan, White, Bond & Learmouth, 2005) (Cohen-Mansfield, & Perach, 2015) (Dickens, Richards, Greaves, & Campbell, 2011) (Findlay, 2003) (Hagan, Manktelow, Taylor, & Mallett, 2014)	(Siette et al. 2017) (Chen, & Schulz, 2016) (Franck et al., 2016) (Gardiner et al., 2018) (Khorasravi et al., 2016) (Poscia et al., 2018) (Pu et al., 2018) (Shvedko et al., 2018)
Ouderen		

	2016	2019
	(Medical Advisory Secretariat, 2008) (Choi et al., 2013)	
Mensen met een ernstige psychische beperking		(Perese, & Wolf, 2005)

De gevonden literatuur is verwerkt in een conceptversie, welke voor feedback aan de Wetenschappelijke Advies Commissie van het Actieprogramma Een tegen Eenzaamheid is voorgelegd. De leden van deze adviescommissie zijn de belangrijkste deskundigen op het terrein van eenzaamheid onder volwassenen. De feedback van de commissieleden is verwerkt in de huidige versie van het Wat werkt bij-dossier.

Oorspronkelijk dossier (2016)

We hebben gekozen dit dossier specifiek te richten op eenzaamheid en niet op sociaal isolement. Als in onderzoeken de begrippen eenzaamheid en sociaal isolement samenvallen, en eenzaamheid expliciet genoemd wordt als het bestudeerde onderwerp, nemen we de onderzoeksresultaten mee. Wanneer het onderzoek alleen gericht is op sociaal isolement, en eenzaamheid niet genoemd wordt, hebben we het onderzoek buiten beschouwing gelaten.

Uit het literatuuronderzoek, en de literatuurtips, aangedragen door de experts: Tineke Fokkema, Theo van Tilburg en Tamara Bouwman, blijkt dat er veel onderzoek is gedaan naar de aanpak van eenzaamheid. We hebben ruim 140 publicaties beoordeeld op relevantie. Het is opvallend dat in veel van de gevonden publicaties specifiek wordt ingegaan op de aanpak van eenzaamheid bij ouderen, en dat een veel kleiner deel gericht is op de aanpak van eenzaamheid bij alle leeftijdsgroepen. Bovendien is geen enkel onderzoek specifiek gericht op de aanpak van eenzaamheid bij jongeren.

Vanwege een gelimiteerde tijdsinvestering hebben we gekozen ons te richten op het onderzoek met de sterkste bewijskracht: systematische reviews en meta-analyses. Uiteindelijk hebben we in totaal 10 systematische reviews en meta-analyses gevonden waarin de effectiviteit van eenzaamheidsinterventies is onderzocht (zie bovenstaand schema). De kennis uit deze systematische reviews en meta-analyses hebben we geüpdatet met kennis uit meer recente onderzoeken en publicaties en aangevuld met praktijkkennis uit evaluatieonderzoeken.



