



Sociaal en Cultureel Planbureau

Kwetsbaar en eenzaam?

Risico's en bescherming
in de ouder wordende bevolking



Kwetsbaar en eenzaam?

Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking

Redactie:

Cretien van Campen

Frieke Vonk

Theo van Tilburg (vu Amsterdam)

Sociaal en Cultureel Planbureau

Den Haag, juni 2018

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is een interdepartementaal, wetenschappelijk instituut, dat – gevraagd en ongevraagd – sociaal-wetenschappelijk onderzoek verricht. Het SCP rapporteert aan de regering, de Eerste en Tweede Kamer, de ministeries en maatschappelijke en overheidsorganisaties. Het SCP valt formeel onder de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Het SCP is opgericht bij Koninklijk Besluit op 30 maart 1973. Het Koninklijk Besluit is per 1 april 2012 vervangen door de ‘Regeling van de minister-president, Minister van Algemene Zaken, houdende de vaststelling van de Aanwijzingen voor de Planbureaus’.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2018

SCP-publicatie 2018-16

Opmaak binnenwerk: Textcetera, Den Haag

Figuren: Mantext, Moerkapelle

Vertaling samenvatting: AVB-vertalingen, Amstelveen

Omslagontwerp: Textcetera, Den Haag

Foto omslag: Marlinde (1) | Nationale Beeldbank

ISBN 978 90 377 0874 5

NUR 740

Copyright

U mag citeren uit SCP-rapporten, mits u de bron vermeldt.

U mag SCP-bestanden op een server plaatsen mits:

- 1 het digitale bestand (rapport) intact blijft;
- 2 u de bron vermeldt;
- 3 u de meest actuele versie van het bestand beschikbaar stelt, bijvoorbeeld na verwerking van een erratum.

Data

SCP-databestanden, gebruikt in onze rapporten, zijn in principe beschikbaar voor gebruik door derden via DANS www.dans.knaw.nl.

Contact

Sociaal en Cultureel Planbureau

Postbus 16164

2500 BD Den Haag

www.scp.nl

info@scp.nl

Via onze website kunt u zich kosteloos abonneren op een elektronische attendering bij het verschijnen van nieuwe uitgaven.

Inhoud

De webversie van deze publicatie wijkt in opmaak iets af van de gedrukte, papieren versie. Bij verwijzingen naar pagina's van deze editie daarom vermelden dat naar de webversie is verwezen.

Voorwoord	6
Samenvatting	7
Over de auteurs	12
1 Eenzaamheid als individueel en maatschappelijk probleem <i>Frieke Vonk, Cretien van Campen en Theo van Tilburg</i>	13
1.1 Het 'probleem' eenzaamheid	13
1.2 Theorieën over eenzaamheid	14
1.3 Eenzaamheid meten	18
Noten	20
2 Factoren van eenzaamheid: een literatuuroverzicht <i>Theo van Tilburg en Jolien Klok</i>	21
2.1 Het lagenmodel van eenzaamheid	21
2.2 Laag 1: Persoonlijk contact	22
2.3 Laag 2: Mogelijkheid tot ontmoeting	23
2.4 Laag 3: Regie	24
2.5 Laag 4: Gezondheid	25
2.6 Laag 5: Wonen en geografische kenmerken	26
2.7 Laag 6: Demografische en sociaal-structurele kenmerken	28
2.8 Tot slot	29
Noten	30
3 Trend in prevalentie van eenzaamheid onder ouderen <i>Theo van Tilburg en Jolien Klok</i>	31
3.1 Sociale ontwikkelingen en eenzaamheid	31
3.2 Verschillen in eenzaamheid door de jaren heen	32
3.3 Verschillen in factoren door de jaren heen	33
3.4 Effecten van factoren op eenzaamheid	36
3.5 Factoren achter de trend in eenzaamheid	38
3.6 Discussie	39
Noten	40

4	Veranderingen in eenzaamheid in de tweede levenshelft <i>Theo van Tilburg, Jurjen Iedema en Jolien Klok</i>	42
4.1	Hoe ouder, hoe eenzamer?	42
4.2	Ontwikkeling van eenzaamheid in de levensloop van ouderen	42
4.3	Effecten van levensveranderingen op eenzaamheid	44
4.4	Discussie	48
	Noten	49
5	Eenzaamheid in verpleeghuizen <i>Cretien van Campen</i>	50
5.1	Beelden van eenzaamheid in verpleeghuizen	50
5.2	Prevalentie	52
5.3	Relevante factoren	53
5.4	Factoren nader bekeken	54
5.5	Discussie	62
	Noten	64
6	Eenzaamheid onder zelfstandig wonende Wmo-melders <i>Frieke Vonk</i>	65
6.1	Eenzaamheidsonderzoek onder zelfstandig wonende Wmo-melders	65
6.2	Prevalentie	68
6.3	Relevante factoren	69
6.4	Factoren nader bekeken	71
6.5	Discussie	79
	Noten	80
7	Eenzaamheid en ervaren kwaliteit van leven van langdurig hulpbehoevenden <i>Frieke Vonk en Cretien van Campen</i>	83
7.1	Eenzaamheid en kwaliteit van leven in beleid	83
7.2	Ervaren kwaliteit van leven	84
7.3	Samenhang tussen eenzaamheid en ervaren kwaliteit van leven	90
7.4	Groepen onderscheiden	92
7.5	Discussie	98
	Noten	99
8	Slotbeschouwing <i>Cretien van Campen, Theo van Tilburg en Frieke Vonk</i>	101
8.1	Opvallende bevindingen	101
8.2	Kennisleemten	103
8.3	Tot slot	104

Summary	105
Bijlagen (te vinden op www.scp.nl bij dit rapport)	
Literatuur	110
Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	120

Voorwoord

‘Eenzaamheid is bij uitstek iets om met anderen te delen’, schreef ooit iemand. Dat is zeer raak getroffen, want eenzaamheid is verborgen in onze samenleving en bovendien nog vaak een taboe. Hoe goed bedoeld het ook lijkt, het heeft bijvoorbeeld weinig zin om een ‘gezellige avond voor eenzamen’ te organiseren. De kans is groot dat er niemand komt opdagen. Mensen noemen zichzelf zelden eenzaam, hooguit voelen ze zich af en toe een beetje alleen. Eenzaamheid is iets anders dan alleen zijn. Eenzaamheid is een vervelend gevoel terwijl alleen zijn af en toe heel prettig kan zijn.

Eenzaamheid wordt door velen als een groot probleem beschouwd dat veel aandacht krijgt van media en maatschappelijke partijen. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is een landelijk actieprogramma gestart tegen eenzaamheid met als doel de toename van het aantal eenzame personen in Nederland te doorbreken. Om dat te bereiken zijn naast trendcijfers ook inzichten nodig in ontwikkelingen, verschillen tussen groepen en hun risicokenmerken. Deze verdiepende studie belicht de achtergronden van eenzaamheid bij verschillende kwetsbare groepen.

Het leed van eenzaamheid is persoonlijk, maar de remedie ligt vaak in de samenleving. De tegenhanger van eenzaamheid is samenzijn. Maar is eenzaamheid altijd een probleem? Mensen willen doorgaans een gelukkig leven leiden en tijdelijke gevoelens van eenzaamheid horen daar soms bij. Het gaat niet alleen om meer contacten, maar om betekenisvolle contacten. Eenzaamheid wordt niet altijd opgelost met meer ontmoetingen. Het gaat vooral om het ervaren van een zinvol bestaan in een samenleving waar je je thuis voelt. Deze studie geeft daar inzicht in.

Een bijzonder woord van dank aan Theo van Tilburg en Jolien Klok van Vrije Universiteit Amsterdam voor hun bijdragen aan dit rapport en aan Nora Kornalijnslijper voor haar bijdrage aan de ontwikkeling van het project.

Prof. dr. Kim Putters
Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau

Samenvatting

Eenzaamheid wordt beschouwd als zowel een individueel als een maatschappelijk probleem met negatieve gevolgen voor de persoonlijke gezondheid en de maatschappelijke participatie. Op eenzaamheid rust ook een taboe en het is lastig op te sporen. Het ontstaan van eenzaamheid lijkt een nauwelijks merkbaar geleidelijk proces van het opeen stapelen van risicofactoren zoals een kleiner wordend sociaal netwerk, ziek worden en minder regie ervaren over het leven. De omkering van deze factoren beschermen juist tegen eenzaamheid.

Doel van deze studie is om inzicht te geven in de factoren die een rol spelen bij het ontstaan van eenzaamheid in de levensloop, met name in de tweede levenshelft, en te laten zien hoe eenzaamheid samenhangt met kwaliteit van leven.

Na een overzicht van wat bekend is uit bestaand onderzoek, brengen we in deelstudies voor verschillende populaties in beeld welke factoren samenhangen met eenzaamheid in de ouder wordende bevolking. We onderzoeken zowel cohorten als de individuele levensloop van ouderen. Daarnaast bestuderen twee kwetsbare groepen die langdurig zorg en ondersteuning ontvangen: verpleeghuisbewoners en mensen die een ondersteuningsbehoefte hebben op het gebied van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Tot slot onderzoeken we de samenhang tussen eenzaamheid en kwaliteit van leven bij deze kwetsbare mensen.

Er zijn verschillende benaderingen om eenzaamheid te onderzoeken. In dit rapport nemen we de cognitieve discrepantie benadering als vertrekpunt. Deze stelt dat eenzaamheid het gevolg is van de evaluatie van de ervaren discrepantie tussen de werkelijke en de gewenste sociale relaties. We definiëren eenzaamheid als het ervaren van een gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties. De ervaring van eenzaamheid kan variëren van een matig of onplezierig tot een sterk of ontoelaatbaar gemis. Eenzaamheid is gemeten met de originele of verkorte gemis-intensiteitsschaal (elf en zes vragen) (De Jong Gierveld en Kamphuis 1985, De Jong Gierveld en Van Tilburg 1999). Op basis van de schaalscore zijn respondenten ingedeeld in drie categorieën: geen, matige of sterke eenzaamheid.

Uitkomsten van de deelstudies

Kans op eenzaamheid van ouderen neemt af, aantal eenzame ouderen stijgt

Het publieke beeld is dat de eenzaamheid toeneemt onder ouderen in Nederland.

In hoofdstuk 3 zijn de volgende vragen onderzocht: Neemt de kans op eenzaamheid de laatste twintig jaar af of toe onder ouderen? En welke factoren bepalen deze trend?

In de periode van 1996 tot 2016 daalde de gemiddelde eenzaamheid van mensen van 55 jaar en ouder met 0,2 tot 0,8 punten op een schaal van 0 tot 11. De gemiddelde individuele oudere is dus minder eenzaam dan zijn of haar leeftijdsgenoot twintig jaar eerder. In deze twintig jaar is er veel veranderd. De tachtiger van nu is anders dan de tachtiger van toen. Verbeteringen in de sociale contacten dragen bij aan de daling van eenzaamheid.

Meer ouderen hebben een partner en hun netwerk is gemiddeld groter en diverser. Ook ervaren ze gemiddeld regie over het leven. Kortom, doordat de situatie van ouderen verbeterde, is de gemiddelde kans op eenzaamheid gedaald. Tegelijkertijd groeit de oudere bevolking. Daarom zijn er in 2016 meer ouderen eenzaam dan in 1996.

Eenzaamheid van ouderen neemt toe met leeftijd door verlies van partner en sociale relaties

In hoofdstuk 4 is onderzocht hoe eenzaamheid zich ontwikkelt in de levensloop van ouderen. Veel 55-plussers worden eenzamer naarmate ze ouder worden. Tussen 55 en 95 jaar loopt het aandeel matig eenzamen op van 18% naar 53% en het aandeel sterk eenzamen van 2% naar 9%. Deze toename is te verklaren vanuit de verliezen in deze levensfase. Verlies van sociale relaties verhoogt de gemiddelde eenzaamheid op de schaal van 0 tot 11. Partnerverlies (+1,1 punt), een kleiner en minder gevarieerd netwerk (+0,1 punt) en verlies van dagelijkse netwerkcontacten (+0,3 punt) zijn veelvoorkomende veranderingen. Ook is er verlies van ervaren regie over het leven (+0,4 punt) en is men vaker afhankelijk van professionele zorg en ondersteuning (+0,3 punt). Gezondheidsverlies (+0,1 punt) en verlies van inkomen (+0,1 punt) spelen een beperkte rol bij de toename van eenzaamheid tijdens het ouder worden.

Er is één belangrijke uitzondering op de toename. Deze betreft oude ouderen met ernstige gezondheidsproblemen. Zij zijn na verhuizing naar een verpleeghuis of woonzorgcentrum minder eenzaam (-0,6 punt) dan toen zij nog zelfstandig woonden.

85-plussers in verpleeghuizen minder eenzaam

Verpleeghuizen hebben geen goed imago. Het lijken eenzame oorden in de publieke beeldvorming. In hoofdstuk 5 is onderzocht welke mensen eenzaam zijn in verpleeghuizen. Ongeveer vijf van de tien ondervraagde bewoners in verpleeghuizen voelen zich eenzaam, van wie één bewoner sterk eenzaam en vier bewoners matig eenzaam. De eenzaamheid onder de 85-plussers in verpleeghuizen is lager dan onder de jongere bewoners van een verpleeghuis. De eenzaamheid onder de verpleeghuisbewoners van 85 jaar en ouder is ook lager dan die van hun zelfstandig wonende leeftijdsgenoten. Dat komt overeen met de bevindingen in hoofdstuk 4. Onder de zelfstandig wonende ouderen neemt de eenzaamheid met het klimmen der jaren toe. Maar als men in slechte gezondheid op hoge leeftijd wordt opgenomen in een verpleeghuis, vermindert de eenzaamheid.

Verpleeghuisbewoners zijn minder eenzaam als ze ouder zijn, een partner hebben, meer regie over het leven ervaren en meer sociale contacten hebben. Ze zijn eenzamer wanneer ze een slechte mentale gezondheid ervaren en wanneer ze hoogopgeleid zijn. Men is minder eenzaam als er vaker bezoek is en als men gebeld (of geskypet) wordt door kinderen en andere familie. Ook bewoners die bij iemand buiten het verpleeghuis op bezoek gaan, zijn minder eenzaam.

Wmo-melders zijn eenzamer door alleen wonen en gezondheidsklachten

Steeds meer mensen met een ondersteuningsbehoefte wonen langer zelfstandig. In hoofdstuk 6 is onderzocht welke mensen die zich melden bij de Wmo voor ondersteuning (de zogenoemde Wmo-melders) eenzaam zijn en welke factoren daarbij een rol spelen.

Ruim de helft van de zelfstandig wonende Wmo-melders van 18 jaar en ouder voelt zich eenzaam. Bijna een op de vijf voelt zich sterk eenzaam. Dat aandeel is hoger dan in de gehele volwassen bevolking. Wmo-melders zijn vaker eenzaam wanneer ze alleen wonen, motorische en/of gezichtsbeperkingen hebben, een verslechterde of wisselende gezondheidstoestand in het afgelopen jaar hadden, en/of vermoeidheidsklachten en/of psychische en/of psychosociale problemen hebben. Ook zijn Wmo-melders tussen de 55-74 jaar vaker eenzaam dan melders tussen de 35-54 jaar. Ze zijn minder vaak eenzaam bij aanwezigheid van voldoende mogelijkheden om contacten zelfstandig of met hulp te kunnen onderhouden, bij meer wekelijks contact met familie, vrienden, burens en/of clubleden, en bij meer veerkracht, zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie. Ook de aanwezigheid van een mantelzorger en het ontvangen van een maatwerkvoorziening vanuit de Wmo verlagen de kans op eenzaamheid.

Eenzaam en toch gelukkig

Zijn eenzame mensen ook altijd ongelukkig? In hoofdstuk 7 onderzoeken we in hoeverre eenzaamheid samenhangt met het geluk van langdurig hulpbehoevenden. Eenzaamheid vatten we op als de mate van ervaren gemis aan (kwaliteit van) sociale relaties en geluk als de mate van tevredenheid met het leven in het algemeen.

Zowel bij zelfstandig wonende Wmo-melders als bij verpleeghuisbewoners vonden we dat hulpbehoevenden die eenzamer zijn niet vanzelfsprekend ook minder gelukkig zijn.

We vonden groepen van 'eenzaam ongelukkigen' en 'eenzaam gelukkigen'. De eenzaam ongelukkigen onderscheiden zich door een slechtere gezondheid, zowel onder Wmo-melders als onder verpleeghuisbewoners. Slechts een kleine groep van 2% tot 4% voelt zich sterk eenzaam en zeer ongelukkig. Een groep van 10% tot 15% voelt zich sterk eenzaam en toch redelijk gelukkig. Ongeveer de helft van de verpleeghuisbewoners en van de Wmo-melders voelt zich overigens gelukkig en niet eenzaam.

Inzichten uit deze studie

Welke inzichten bieden de resultaten van deze studie en welke kennisleemten zijn er aan te wijzen? In hoofdstuk 8 wijden we daar een slotbeschouwing aan.

Bestrijding van eenzaamheid onder ouderen

Het verminderen van eenzaamheid wordt moeilijk omdat het aantal ouderen blijft stijgen. De individuele kans op eenzaamheid daalde wel in de afgelopen twintig jaar, maar deze daling is te gering om het absolute aantal eenzame personen te verminderen.

Deze studie wijst trends aan die de individuele kans op eenzaamheid verlagen. Zo signaleerden we dat de sociale netwerken van ouderen groter en diverser zijn geworden in de

afgelopen twintig jaar. Een andere belangrijke trend is de toename van zowel het aantal zelfstandig wonende ouderen als hun gevoel van regie over het leven. Dat laatste heeft de individuele kans op eenzaamheid verlaagd.

Daarnaast zijn er natuurlijk gebeurtenissen in de individuele levensloop die niet te voorkomen zijn, zoals het verlies van een partner of het ernstig ziek worden. Deze ingrijpende levensgebeurtenissen verhogen het risico op eenzaamheid. Hoewel dit soort gebeurtenissen moeilijk te voorspellen zijn en het niet altijd duidelijk is of, en hoe, ze tot eenzaamheid leiden, markeren ze wel fasen in het leven van ouderen met een verhoogd risico op eenzaamheid.

Zelfstandig of in een verpleeghuis wonen

Deze studie signaleert een beschermend effect tegen eenzaamheid van verhuizing naar een verzorgings- of verpleeghuis wanneer mensen met ernstige gezondheidsproblemen te maken krijgen. Na opname in een verzorgings- of verpleeghuis vermindert het risico op eenzaamheid. Dit raakt het beleid en streven van het kabinet om ouderen langer zelfstandig te laten wonen. Enerzijds is dat een wens van veel ouderen, anderzijds is het door strengere indicatieprocedures moeilijker geworden om te verhuizen naar de beschermde woonvorm van een verzorgingshuis of verpleeghuis. Maar kennelijk biedt verhuizing naar een instelling voor de oudste en kwetsbaarste mensen bescherming tegen eenzaamheid.

Verbeteren van kwaliteit van leven

De aanname dat de bestrijding van eenzaamheid een weg is om mensen gelukkiger te maken, blijkt volgens deze studie niet geheel te kloppen. Het ligt genuanceerder. Een aanpak van eenzaamheidsbestrijding richt zich vaak op sociale contacten. De ervaren kwaliteit van leven (of geluk) van kwetsbare personen omvat meer dan een gemis aan sociale contacten en heeft ook met gezondheid, betekenisgeving, activiteiten en andere zaken te maken. Het bevorderen van de mentale gezondheid draagt bijvoorbeeld direct bij aan het geluk. Sociaal-culturele activiteiten op het raakvlak van sociale activiteiten en mentale ontwikkeling, en betekenisgeving zoals kunstbeoefening en sporten zouden via verschillende wegen kunnen bijdragen aan zowel geluksbevordering als eenzaamheidsbestrijding.

Kennisleemten

In deze studie zijn factoren van eenzaamheid in kaart gebracht. De dynamiek van de factoren is nog niet onderzocht. Om tot een gerichtere aanpak van eenzaamheid te komen is meer inzicht nodig in deze dynamiek en in de interactie van factoren van eenzaamheid. Eenzaamheid kent niet één oorzaak. Het heeft meer oorzaken, die elkaar kunnen versterken of afzwakken. Deze studie toont dat mensen bij wie de risico's toenemen (en de bescherming afneemt) vatbaarder zijn voor eenzaamheid. Het samenspel van factoren van eenzaamheid is ingewikkeld en hebben we nog niet volledig doorgrond.

Theorieën en modellen kunnen daarbij helpen. In het ontstaan van gevoelens van eenzaamheid spelen, zoals deze studie laat zien, veel verschillende factoren een rol. Volgens de in deze studie gebruikte theorie ontstaat eenzaamheid bijvoorbeeld als een discrepantie

tussen wens en werkelijkheid ten aanzien van sociale relaties, die geleidelijk sterker en langduriger kan worden. Het is dus van belang om eerst na te gaan wat de wensen zijn van mensen, voordat men een oplossing of aanpak gaat bedenken. Eenzaamheid is een hardnekkig probleem en de bestrijding ervan kent geen eenvoudige oplossingen.

Over de auteurs

Cretien van Campen is als wetenschappelijk strateeg Kwaliteit van leven verbonden aan het Sociaal en Cultureel Planbureau.

Jurjen Iedema is als methodoloog verbonden aan het Sociaal en Cultureel Planbureau.

Jolien Klok is als promovenda verbonden aan de afdeling Sociologie van de Vrije Universiteit Amsterdam.

Theo van Tilburg is hoogleraar Sociologie en Sociale Gerontologie en verbonden aan de afdeling Sociologie van de Vrije Universiteit Amsterdam.

Frieke Vonk is als wetenschappelijk medewerker verbonden aan het programma Gezondheid en Welzijn van het Sociaal en Cultureel Planbureau.

1 Eenzaamheid als individueel en maatschappelijk probleem

Frieke Vonk, Cretien van Campen en Theo van Tilburg

1.1 Het ‘probleem’ eenzaamheid

Eenzaamheid wordt gezien als zowel een individueel als een maatschappelijk probleem (zie bijvoorbeeld TK 2017/2018a). Een individueel probleem omdat personen die eenzaamheid ervaren zich hier niet goed bij voelen (De Jong Gierveld 1984). Een maatschappelijk probleem omdat eenzaamheid kan worden verbonden met ontwikkelingen in de samenleving als vergrijzing en individualisering met negatieve gevolgen, zoals belemmeringen om deel te nemen aan de maatschappij en gezondheidsrisico's (TK 2013/2014).

Veel Nederlanders voelen zich wel eens eenzaam (zie ook kader 1.1 aan het eind van dit hoofdstuk). Gevoelens van eenzaamheid hoeven niet altijd problematisch te zijn. Episodes van eenzaamheid horen bij het leven en kunnen zelfs een zeker nut hebben (RVS 2017). Langdurige sterke gevoelens van eenzaamheid kunnen echter leiden tot een slechte gezondheid, terugtrekken uit de samenleving en een lage kwaliteit van leven (Coalitie Eribj 2018a). Ook is het gerelateerd aan een verhoogde kans op vroegtijdig overlijden (Holt-Lunstad et al. 2015). Een sterk eenzaam persoon is niet makkelijk te vinden. Er rust een taboe op eenzaamheid, waardoor het ook niet altijd makkelijk is om het onderwerp ter sprake te brengen. Dit ervaren ook hulpverleners (Movisie 2018). Daarnaast is eenzaamheid moeilijk te herkennen voor buitenstaanders, omdat het een individuele ervaring van gemis is. Op een oproep voor een ‘koffieochtend voor eenzame mensen’ reageren weinigen. Dit alles maakt eenzaamheid lastig op te sporen. Het ontstaan van sterke en langdurige eenzaamheid is een geleidelijk proces dat in de mist is gehuld en waarin verschillende factoren een rol kunnen spelen.

Herkennen en bestrijden van eenzaamheid was tijdens de vorige kabinetsperiode een belangrijk aandachtspunt en dit blijft zo in het huidige kabinet. Zo blijft het een speerpunt binnen de Hervorming Langdurige Zorg (HLZ) en heeft het huidige kabinet het daarnaast opgenomen in het programma Waardig ouder worden (TK 2017/2018a, 2017/2018b). Doel is om ‘eenzaamheid structureel te signaleren en aan te pakken. Zo ervaren mensen een zinvol bestaan, waarbij er voldoende mogelijkheden zijn om anderen te ontmoeten en duurzame relaties op te bouwen. Het gewenste resultaat hiervan is dat eenzaamheid onder ouderen in Nederland niet verder stijgt’ (TK 2017/2018a, 2017/2018b).

Om sterke eenzaamheid te herkennen en aan te pakken, is het van belang om te weten welke factoren een rol spelen en of deze factoren verschillen voor verschillende groepen kwetsbare burgers. Het doel van deze studie is inzicht te geven in factoren die een relatie hebben met eenzaamheid voor drie verschillende groepen kwetsbare burgers: ouderen, ouderen die in een instelling wonen en volwassenen met een ondersteuningsbehoefte op het terrein van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). We doen dit door drie verschillende onderzoeken naar die groepen te bundelen. De specifieke groepen zijn gekozen

omdat die in de HLZ als kwetsbare groepen worden omschreven. Aanvullend krijgen ouderen nu veel aandacht in het programma Waardig ouder worden. Zowel in het HLZ-beleid als in het programma Waardig ouder worden wordt aangenomen dat eenzaamheid en een lage kwaliteit van leven samengaan en dat eenzaamheidsbestrijding ook de kwaliteit van leven zou verbeteren. Het tweede doel in deze studie is daarom na te gaan of, en hoe, eenzaamheid en kwaliteit van leven samenhangen voor ouderen in een instelling en volwassenen met een Wmo-ondersteuningsbehoefte.

We beantwoorden de volgende onderzoeksvragen (met tussen haakjes de hoofdstukken waarin ze aan bod komen):¹

- 1 Hoe staat het ervoor met de eenzaamheid onder de ouder wordende bevolking en specifieke kwetsbare groepen, en welke factoren hangen daarmee samen?
 - a Neemt de kans op eenzaamheid de laatste twintig jaar af of toe onder ouderen? Welke factoren bepalen deze trend? (Hoofdstuk 3)
 - b Hoe ontwikkelt eenzaamheid zich in de levensloop van gezonde en zorg-behoevende ouderen? Zijn er factoren aan te wijzen die de kans op eenzaamheid beïnvloeden? (Hoofdstuk 4)
 - c Hoe is de eenzaamheid onder kwetsbare groepen, en welke factoren hangen daarmee samen? We onderzoeken dit voor twee groepen: bewoners van verpleeghuizen en verzorgingshuizen (hoofdstuk 5) en zelfstandig wonenden met een ondersteuningsbehoefte op het gebied van de Wmo (hoofdstuk 6).
- 2 Hangt eenzaamheid samen met de ervaren kwaliteit van leven van Wmo-melders en verpleeghuisbewoners? Zijn er door de combinatie eenzaamheid en kwaliteit van leven verschillende groepen eenzamen te onderscheiden? Welke factoren spelen hier een rol? (Hoofdstuk 7)

1.2 Theorieën over eenzaamheid

Er bestaan verschillende opvattingen over wat eenzaamheid is. De conceptualisering van het begrip eenzaamheid is afhankelijk van de theoretische benadering die gekozen wordt: de evolutionaire, de existentiële, de cognitieve discrepantie (sociaal-emotionele) of de 'solitude' benadering.

In de eerste benadering, de evolutionaire benadering, speelt eenzaamheid een rol in de ontwikkeling van de mensheid. Mensen hebben de behoefte om bij een groep te horen omdat ze dan minder kwetsbaar zijn en een grotere kans op overleven hebben. Eenzaamheid betreft een negatief gevoel van ongelukkigheid, maar vooral ook van onveiligheid (Cacioppo et al. 2006). Het heeft een signaalfunctie en maakt dat mensen veiligheid kiezen voor zichzelf en contact zoeken. De kwaliteit van het contact is hierbij van groot belang, aangezien men erop moet kunnen vertrouwen dat nieuwe contacten veiligheid bieden (Cacioppo et al. 2006; Cacioppo et al. 2014). Eenzaamheid wegnemen is niet wenselijk omdat mensen zich dan minder goed kunnen beschermen. Op individueel niveau kan het wel aangepakt worden, waarbij het bieden van veiligheid dan essentieel is (Cacioppo 2014; Coalitie Erbij 2014).

Volgens de existentiële benadering staat een persoon altijd en fundamenteel los van andere mensen. In zijn diepste 'zijn' is de mens afgescheiden van anderen. Existentiële eenzaamheid is dan de ervaring van deze afscheiding (Jorna 2012). Eenzaamheid is dus iets unieks van elk individu en niet iets wat enkel ontstaat in relatie tot anderen. Het kan samengaan met het onderhouden van betekenisvolle sociale relaties. Existentiële eenzaamheid is eigen aan het bestaan, in ieder geval aan het bestaan van 'deze' mens (Jorna 2012). Er is behoefte wezensvragen te stellen: vragen naar de betekenis van het leven. Existentieel eenzamen zijn mensen die beseffen dat zij uiteindelijk alleen zijn in hun individualiteit. Zij worden alleen geboren, gaan alleen door het leven en sterven alleen. Een existentieel eenzame is vervreemd en losgeraakt van het leven. De negatieve ervaringen zijn echter noodzakelijk voor een innerlijke groei naar een hogere staat van mens-zijn. Dit proces transformeert negatieve ervaringen naar positieve ervaringen (Ettema et al. 2010). Zo kun je alleen volledig mens zijn als je lijden hebt meegemaakt. Binnen deze benadering worden de positieve gevolgen van eenzaamheid benadrukt en is het dan ook niet per se nodig iemands eenzaamheid te bestrijden (Jorna 2012).

De cognitieve discrepantie benadering stelt dat eenzaamheid het gevolg is van de evaluatie van de ervaren discrepantie tussen de werkelijke en de gewenste sociale relaties. Eenzaamheid wordt opgevat als 'die situatie die door de betrokkene wordt ervaren als één van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties' (De Jong Gierveld 1984). Aansluitend bij het werk van Weiss (1973) wordt onderscheid gemaakt naar de aard van het gemis (De Jong Gierveld en Raadschelders 1982). Het gemis van intimiteit in persoonlijke relaties, van een vertrouwenspersoon of van een emotioneel hechte band met een partner of vriend(in) wordt emotionele eenzaamheid genoemd. Sociale eenzaamheid is een situatie waarin men zich niet ingebed voelt. Het aantal of de kwaliteit van de persoonlijke relaties is lager dan gewenst. Men voelt zich niet geborgen en betrokken in een sociaal netwerk.

Tekorten in sociale relaties leiden niet direct tot eenzaamheid maar lopen via een cognitief proces (Perlman en Peplau 1982). Belangrijk in dit proces zijn de veronderstelde oorzaak van eenzaamheid, de eigen en maatschappelijke opvattingen over de gewenste set van relaties, en het tijdsperspectief (De Jong Gierveld 1984; De Jong Gierveld en Van Tilburg 2016). Eenzaamheid is dus een negatieve ervaring. Deze komt voort uit een situatie of gebeurtenis die mensen liever niet meemaken en daarom proberen te vermijden (De Jong Gierveld en Raadschelders 1982). De Jong Gierveld (1984) stelt dat er naast de negatieve ervaringen in de periode van eenzaamheid ook positieve ervaringen zijn nadat het eenzaamheidsprobleem opgelost is. Men heeft er dan van geleerd, bijvoorbeeld dat men het probleem kon oplossen. In tegenstelling tot in de twee eerdere benaderingen wordt eenzaamheid hier gezien als een afwijking van een normale situatie. In de regel zijn mensen niet eenzaam (De Jong Gierveld 1984; Van Tilburg en De Jong Gierveld 2007).

In Nederland is de laatste jaren veel aandacht geweest voor een andere, vierde conceptualisering. Sommige mensen hebben behoefte aan momenten van stilte en introspectie, en willen alleen met zichzelf zijn. De Jong Gierveld (1984) duidt deze positief beleefde en vrijwillig opgezochte situatie van isolatie of alleen-zijn aan als een behoefte aan privacy.

Deze situatie is doorgaans kortstondig. In de literatuur wordt dit ook wel ‘solitude’ genoemd (bijvoorbeeld recent door Ettema et al. 2010: 143). In tegenstelling tot eenzaamheid in de eerdere benaderingen is dit een vrijwillig gekozen vorm van alleen-zijn. Hoewel hier – net als in de andere benaderingen – ook een evaluatie van de sociale relaties wordt gemaakt, rekenen we dit vanwege het vrijwillige karakter niet onder het begrip eenzaamheid.

In tabel 1.1 geven we de vier conceptualisering van eenzaamheid systematisch weer. De definitie, oorzaak, beleving en eventuele aanpak per benadering verschillen sterk. In het oog springt dat alleen sociaal-emotionele eenzaamheid, zoals beschreven in de cognitieve discrepantie benadering, als een probleem wordt gezien dat wordt aangepakt. Onderzoek naar het onderscheid tussen deze conceptualisering en de operationalisering is nog niet verricht. Wel geeft eerder onderzoek (Mayers et al. 2002; Sjöberg et al. 2017) aanwijzingen dat er overlap bestaat in de thema’s en items die gemeten worden bij onderzoek naar existentiële eenzaamheid en sociaal-emotionele eenzaamheid.²

De cognitieve discrepantie benadering is momenteel de meest gangbare benadering in Nederland. Het is ook de benadering die in de HLZ en het programma Waardig ouder worden is gekozen (TK 2017/2018a). Daarnaast is het, zoals eerder aangegeven, de enige benadering die eenzaamheid ziet als een afwijking van de normale situatie en het aanpakken ervan als wenselijk. Om deze redenen gaan we ook in dit onderzoek uit van de conceptualisering van eenzaamheid zoals beschreven bij de cognitieve discrepantie benadering.

In deze studie hanteren we de volgende definitie van eenzaamheid:

[...] het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties. Eenzaamheid omvat zowel een als onplezierig of ontoelaatbaar ervaren tekort aan gerealiseerde contacten, als het feit dat bepaalde relaties een zekere mate van intimiteit, zoals gewenst, niet bereiken. Het gaat daarbij om een verschil tussen de gerealiseerde contacten met andere mensen en de contacten zoals men die voor zichzelf zou wensen. Deze situatie wordt als des te erger beleefd naarmate de betrokkene zichzelf minder goed in staat acht alsnog bepaalde relaties binnen redelijke termijn te realiseren dan wel verstoorte relaties te verbeteren (De Jong Gierveld 1984: 45)

Tabel 1.1

Vier conceptualiseringen van eenzaamheid

begrip	evolutionaire eenzaamheid	existentiële eenzaamheid	sociaal-emotionele eenzaamheid	'solitude'; 'privacy'
definitie	<i>loneliness is characterized by feelings of social pain and isolation and has both heritable and unshared environmental underpinnings</i>	<i>intolerable emptiness, sadness, and longing, that results from the awareness of one's fundamental separateness as a human being</i>	situatie die door de betrokkene wordt ervaren als één van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties	<i>solitude: a positive experience of isolation, i.e., a constructive way of being separated from others in order to be by and with oneself</i> privacy: vrij zijn van sociale contacten wanneer deze contacten niet gewenst worden
bron	Cacioppo et al. (2006, 2014)	Ettema et al. (2010: 142)	De Jong Gierveld (1984)	Ettema et al. (2010: 143); De Jong Gierveld (1984: 35)
meetinstrument	geen algemeen geaccepteerde gekoppeld aan de ontwikkeling van de mensheid	geen algemeen geaccepteerde inherent aan menselijk bestaan; noodzakelijk in proces van innerlijke groei	11 item gemis-intensiteitschaal	onbekend
oorzaak			overkomen situatie; gebreken in relaties (samenhangend met maatschappelijke en persoonlijke factoren, en persoonlijkheid)	gezochte situatie
beleving	negatief en onveilig, maar ook beschermende signaalfunctie	negatief, getransformeerd naar positief	negatief; soms achteraf positief (bv. 'sterker geworden')	positief
aanpak	niet wenselijk, behalve bij individu gericht op veiligheid	niet mogelijk	verbeteren relaties; wegnemen achterliggende belemmeringen	niet nodig

De term eenzaamheid refereert dus in de eerste plaats aan een gevoelstoestand van de betrokkene. Hierin verschilt eenzaamheid van objectieve sociale isolatie. Sociale isolatie is het feitelijk ontbreken of nagenoeg ontbreken van al die relaties tussen mensen, die een zekere mate van duurzaamheid vertonen (De Jong Gierveld 1984). Het gevoel van eenzaamheid kan zich los ontwikkelen van de objectieve sociale isolatie. Mensen met veel contacten kunnen zich eenzaam voelen, terwijl er ook mensen zijn met weinig contacten die zich niet eenzaam voelen. In dit onderzoek wordt niet verder ingegaan op sociale isolatie.

1.3 Eenzaamheid meten

Ruwweg zijn er twee methoden om eenzaamheid te meten: een directe meting (directe vraag of men eenzaam is) of het gebruik van een eenzaamheidsschaal. De tweede methode heeft de voorkeur omdat er bij de eerste meer kans is op sociaal wenselijke antwoorden en een onderschatting van het probleem door het taboe op eenzaamheid. Daarnaast kan een eenzaamheidsschaal gradaties in eenzaamheid zichtbaar maken en op groepsniveau een betrouwbare afspiegeling van het voorkomen van eenzaamheid geven. Er bestaan verschillende eenzaamheidsschalen, maar de twee bekendste zijn de UCLA Loneliness Scale (Russell et al. 1978; Russell 1996) en de eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld (De Jong Gierveld en Kamphuis 1985; De Jong Gierveld en Van Tilburg 1999). Beide zijn gevalideerd en van beide is een lange en een korte versie beschikbaar. De eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld is in Nederland de meest gebruikte schaal om eenzaamheid te meten. Ook in dit onderzoek maken we gebruik van deze schaal. Dit instrument wordt oorspronkelijk de gemis-intensiteitsschaal genoemd. Het sluit aan bij de definitie van eenzaamheid zoals verwoord in paragraaf 1.2. Op groepsniveau kan het meetinstrument een betrouwbare afspiegeling geven van het voorkomen van eenzaamheid. Dit instrument leent zich echter niet voor individuele diagnostiek (zie bijlage B1A voor een uitgebreide beschrijving van het instrument).

In dit onderzoek worden verschillende empirische databestanden van mensen met langdurige zorgbehoeften en ouderen over eenzaamheid geanalyseerd (zie bijlage B1C). Om de analyses op de verschillende datasets zoveel mogelijk op elkaar te laten aansluiten is gezocht naar een model om factoren die met eenzaamheid te maken hebben te kunnen ordenen. In navolging van Van Tilburg (2016) gebruiken we hiervoor het theoretisch model van Hawkey et al. (2008). In hoofdstuk 2 wordt verder ingegaan op dit model en op factoren waarvan uit de literatuur bekend is dat ze een relatie hebben met eenzaamheid.

Kader 1.1 Hoe vaak komt eenzaamheid voor in Nederland?

In de afgelopen jaren zijn er verschillende landelijke studies gedaan naar de prevalentie van eenzaamheid in de Nederlandse bevolking. In tabel 1.2 zijn de gevonden percentages van (sterke) eenzaamheid samen met informatie over methode en doelgroepen weergegeven.

Tabel 1.2

Overzicht van gevonden prevalentie van eenzaamheid in de Nederlandse bevolking^a (in procenten)

prevalentie (%)		verslag- jaar	populatie (leeftijd)	meet- instrument	bron	referentie
een- zaam	sterk een- zaam					
43	10	2016	personen van 19 jaar en ouder	De Jong Gierveld- eenzaamheids- schaal	Gezondheids- monitor	Gezondheids- monitor Vol- wassenen, GGD'en, CBS en RIVM, 2016
31	7	2016	personen van 18 jaar en ouder	De Jong Gierveld- eenzaamheids- schaal	Monitor Sociaal Domein	Boelhouwer en Pommer (2017)
33	7	2015	personen van 18 jaar en ouder	De Jong Gierveld- eenzaamheids- schaal	Monitor Sociaal Domein	Pommer en Boelhouwer (2016)
	4	2015	personen van 15 jaar en ouder	UCLA Loneliness Scale	CBS	Van Beuningen en De Witt (2016)
39	8	2012	personen van 19 jaar en ouder	De Jong Gierveld- eenzaamheids- schaal	Gezondheids- monitor	Zwet en Van de Maat (2016)
48	5	2012	personen van 18 jaar en ouder	De Jong Gierveld- eenzaamheids- schaal	TNS NIPO	Snel en Plantinga (2012)

a In deze tabel zijn alleen de cijfers weergegeven van de algehele Nederlandse populatie (of waarvan de auteurs aangeven dat die als algehele populatie kan worden opgevat)

Het eerste wat opvalt is dat de percentages uiteenlopen. Volgens deze studies voelt drie tot vijf van de tien Nederlanders zich eenzaam. Ook de percentages sterk eenzamen lopen uiteen van 4% tot 10%. Zelfs bij het gebruik van eenzelfde meetinstrument (De Jong Gierveld-eenzaamheids-schaal) in qua leeftijd vergelijkbare steekproeven van de bevolking zijn er uiteenlopende percentages gevonden. Dat kan met de werving van personen, manieren van afname (schriftelijk of mondeling) en andere methodologische oorzaken te maken hebben. Een uitgebreidere beschrijving staat in bijlage B1B.

Het verschil in de gevonden cijfers over eenzaamheid geeft aan dat eenzaamheid moeilijk te signaleren en te meten is. Het terugbrengen van het probleem tot een percentage niet/matig/sterk eenzamen is nuttig voor onderzoek naar de trend van eenzaamheid en om eenzaamheid onder verschillende groepen met elkaar vergelijken. Op die manier kan inzicht worden verkregen in de omvang van het probleem over verschillende groepen heen. Het is echter ook een vereenvoudiging van de werkelijkheid. In werkelijkheid is eenzaamheid op individueel niveau een complex fenomeen, dat dynamisch en contextafhankelijk is.³

In dit onderzoek willen we een eerste stap zetten in het vergroten van het inzicht rondom de kans op eenzaamheid voor drie kwetsbare groepen en de factoren die daarop van invloed zijn. Met deze kennis en inzichten willen we bijdragen aan handelingsperspectieven voor beleid en praktijk.

Noten

- 1 De vragen zijn empirisch onderzocht met drie landelijke bestanden: LASA, OII en Wmo-melders-onderzoek. Deze worden toegelicht in de hoofdstukken. Bijlage B1C bevat de verantwoordingen van de gegevensverzamelingen.
- 2 De operationele begripsopvatting en de meting van existentiële eenzaamheid in eerder onderzoek overlapt met die van sociaal-emotionele eenzaamheid. Mayers et al. (2002) leggen aan ondervraagden items voor zoals *'I feel I have people I can trust and rely on if I need them'* en *'Important relationships have ended or become weaker'*. Sjöberg et al. (2017) onderscheiden vier centrale thema's van existentiële eenzaamheid, namelijk 'gevangen zijn in een kwetsbaar lichaam dat achteruitgaat', 'bejegend met onverschilligheid', 'niemand hebben om het leven mee te delen' en 'gebrek aan doel en betekenis in het leven'. Binnen deze thema's zijn specifieke thema's geïdentificeerd, zoals *'I feel emptiness and loss'*, *'I feel left behind'* en *'I miss someone to share my thoughts and interests with'*. Deze items en thema's zijn ongeveer hetzelfde als een aantal items in de gemis-intensiteitsschaal.
- 3 Bijvoorbeeld door het gebruik van de schaalscore van eenzaamheid in plaats van een indeling in eenzamen en niet-eenzamen houden we beter zicht op de variatie in en de mate van eenzaamheid onder individuen.

2 Factoren van eenzaamheid: een literatuuroverzicht

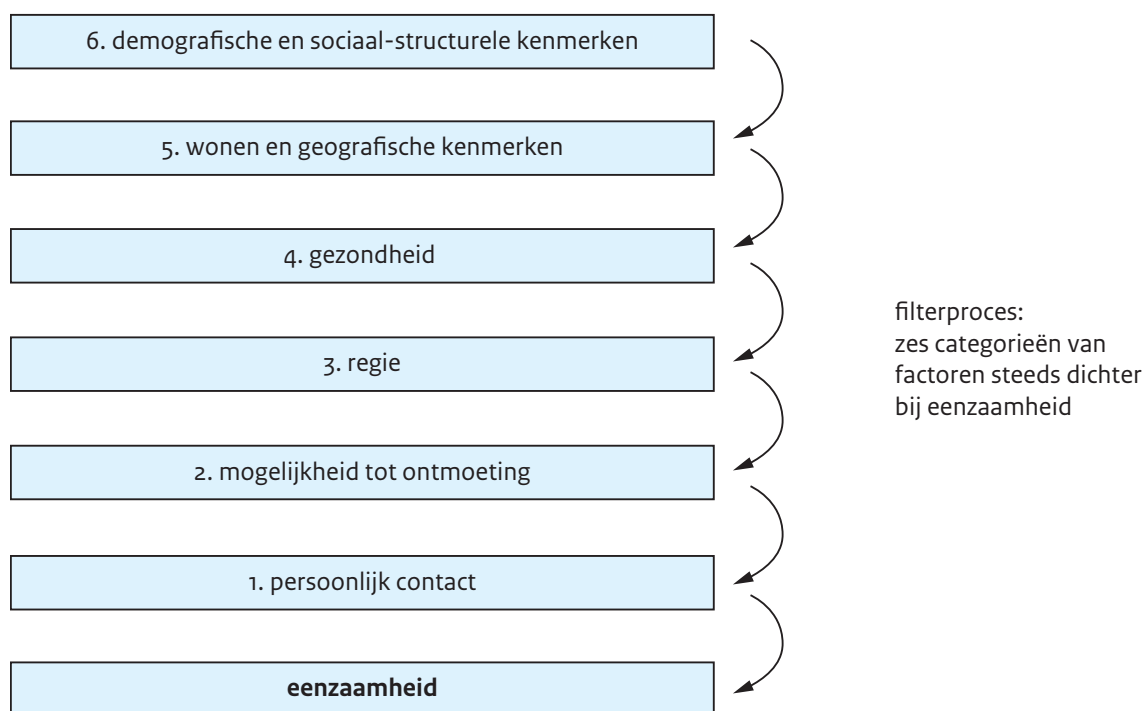
Theo van Tilburg en Jolien Klok

2.1 Het lagenmodel van eenzaamheid

Er zijn veel factoren bekend die de kans op eenzaamheid vergroten (risico's) of die juist beschermen tegen eenzaamheid. Als een factor beschermend is, dan is de afwezigheid van die factor risicovergroterend. Zo zijn mensen met een partner beter beschermd dan mensen zonder partner, en lopen mensen zonder partnerrelatie een hoger risico. In dit hoofdstuk geven we een algemeen overzicht van wat bekend is over factoren die een rol spelen bij eenzaamheid. Als ordening hanteren we een door Hawkey et al. (2008) geïntroduceerd model dat gelijksoortige factoren bij elkaar plaatst in lagen (figuur 2.1).

Figuur 2.1

Model van gelaagdheid met 'verre' en 'nabije' factoren die relevant zijn voor eenzaamheid



De bijdrage van Hawkey et al. (2008) aan de kennis over factoren van eenzaamheid is de gelaagdheid in de factoren die zij aanbrengen. Hun lagenmodel maakt onderscheid tussen 'verre' en 'nabije' factoren. Het model veronderstelt dat verre factoren van invloed zijn op de nabije factoren. De nabije factoren geven op hun beurt weer verschillen in eenzaamheid. Zo zijn sekseverschillen (een verre factor) in eenzaamheid bijvoorbeeld te begrijpen doordat oudere vrouwen minder vaak gewerkt hebben dan oudere mannen (een minder verre factor). Hierdoor kan een verschil ontstaan in hun sociale netwerk (een nabije factor).

Deze netwerkverschillen hangen samen met eenzaamheid. De ‘verre’ oorzaken van eenzaamheid zijn via de ‘nabije’ oorzaken van invloed op eenzaamheid, aldus Hawkley et al. (2008).¹

Voor deze studie biedt het lagenmodel een conceptueel ordeningskader voor de analyses van data in de volgende hoofdstukken. De veronderstelde mechanismen van het lagenmodel gebruiken we bij de duiding van de resultaten.

De eerste laag staat het dichtst bij eenzaamheid: persoonlijk contact. Het gaat dan om het (wel of niet) hebben van een partner, het aantal personen in het huishouden, de netwerk-omvang, de netwerkdiversiteit en het dagelijkse netwerkcontact. Een tweede, iets minder nabije laag is de mogelijkheid tot ontmoeting: bijvoorbeeld vrijwilligerswerk doen, naar de kerk gaan en werken. De derde laag, ervaren regie, gaat over het vermogen en het vertrouwen om controle uit te oefenen over het eigen leven. Afhankelijkheid van zorg en ondersteuning is een aspect van regie, en daarom komt hierbij ook de rol van professionele zorg aan bod. Gezondheid is een vierde laag waarin factoren die eenzaamheid beïnvloeden, zijn verzameld. In deze studie kijken we naar fysiek functioneren, chronische ziekte, door gezondheid veroorzaakte beperkingen, gezondheid in het algemeen, cognitief functioneren, het gezichtsvermogen en gehoor. Daarna komen, in de vijfde laag, wonen en geografische kenmerken aan de orde. Daaronder valt de vraag of men zelfstandig woont, de stedelijkheid van de woonomgeving, de regio en de vraag of men recent is verhuisd. De laatste en zesde laag categoriseert de verste factoren en bevat demografische en sociaal-structurele factoren zoals geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, opleiding en inkomen.

2.2 Laag 1: Persoonlijk contact

De kern van eenzaamheid is de ontevredenheid met het sociale netwerk. De mens heeft een sterke behoefte aan sociale relaties waarin hij verbondenheid, genegenheid en betrokkenheid vindt (Baumeister en Leary 1995). Karakteristieken van het sociale netwerk spelen daarom een grote rol in het ontstaan of versterken van eenzaamheid. We bespreken deze karakteristieken achtereenvolgens.

Partnerstatus. Onderzoek laat zien dat een partnerrelatie beschermt tegen eenzaamheid (De Jong Gierveld et al. 2018). Dit komt doordat de partnerrelatie geborgenheid en instrumentele en emotionele steun geeft. Bovendien ontstaat er vertrouwen in elkaar en intimiteit in deze relatie. Maar wanneer de partnerrelatie niet aan de verwachtingen beantwoordt, wordt eenzaamheid versterkt. Het eenzaamheidsniveau is dan hetzelfde als van mensen zonder partner, of zelfs hoger (De Jong Gierveld en Van Tilburg 1987).

Netwerkomvang, diversiteit en contactfrequentie. Wie veel sociale relaties heeft, heeft een kleinere kans op eenzaamheid (Pinquart en Sörensen 2001). In het algemeen geldt: hoe meer relaties, hoe meer de kans op eenzaamheid afneemt. Mensen met grote netwerken zijn goed beschermd tegen eenzaamheid. Als iemand ongeveer vier belangrijke relaties heeft, is dit meestal genoeg voor het afhouden van eenzaamheid. Relaties boven dit aantal geven bescherming, maar minder. Ook een divers samengesteld netwerk beschermt tegen eenzaamheid (De Jong Gierveld et al. 2018). Netwerkdiversiteit geeft aan in welke mate er

variatie is in de sociale rollen en typen relaties in het netwerk, zoals familie, vrienden, buren en collega's (Cohen et al. 1997). Daarnaast moeten er sterke relaties en zwakkere relaties zijn. Een sterke relatie is er bijvoorbeeld met een goede vriend met wie intensief contact is, een zwakkere relatie bijvoorbeeld met iemand van een organisatie met wie soms oppervlakkig contact is. Dagelijks contact met leden van het sociale netwerk verkleint de kans op eenzaamheid (Bondevik en Skogstad 1998).

Steun en informele zorg. De uitwisseling van steun is vooral belangrijk binnen sociale relaties. Volwassen kinderen spelen een grote rol bij het sociaal bijstaan van hun ouder wordende ouders. Daarnaast geven vrienden en buurtbewoners steun en wordt in het geval van ziekte instrumentele en emotionele hulp gemobiliseerd (Field et al. 1993; Schwarzer en Leppin 1991). Door deze steun neemt eenzaamheid af (De Jong Gierveld et al. 2018). Wel kan in een situatie van ziekte eenrichtingsverkeer ontstaan: steun en zorg gaat dan eenzijdig naar de zieke die de steun ontvangt. Door verstoring van het evenwicht in de relatie groeit het risico op verslechtering of beëindiging van de relatie (Klein Ikkink en Van Tilburg 1999). Daarmee neemt de kans op eenzaamheid toe (Korporaal et al. 2008). In de uitwisseling van steun is daarom ook het geven van steun belangrijk. Dit maakt de relatie gelijkwaardig en zorgt er daarnaast voor dat mensen een zinvol doel hebben. Bovendien ervaren mensen door het geven van steun waardering en respect. Zorgen voor een ander maakt de kans op eenzaamheid kleiner (De Jong Gierveld en Dykstra 2008). Samenvattend vermindert uitwisseling van steun en hulp de kans op eenzaamheid.

Het netwerk wordt meestal kleiner als men ouder wordt (Van Tilburg 1998; Wrzus et al. 2013). Dit komt onder andere doordat een verslechterde gezondheid zorgt voor beperkingen in bewegingsvrijheid en communicatie. Mensen zijn dan minder goed in staat activiteiten buiten de deur te ondernemen en relaties te onderhouden (Pinquart en Sörensen 2001). Ook de netwerkdiversiteit heeft daaronder te lijden. Een tweede belangrijke factor die leidt tot een minder groot en minder gevarieerd netwerk is het overlijden van de partner en andere leeftijdsgenoten. Het contact met mensen die men vooral via de partner kent, valt dan weg en daarmee verdwijnt een brug naar andere sociale netwerken.

2.3 Laag 2: Mogelijkheid tot ontmoeting

Om relaties met nieuwe mensen aan te gaan en relaties te onderhouden en te verdiepen, moeten mensen elkaar ontmoeten. De plaats of situatie waar men elkaar ontmoet, maakt uit voor de kans op een vervolg (Mollenhorst et al. 2008). Deelnemen aan activiteiten buitenshuis is een goede manier om mensen met dezelfde interesses of achtergrond tegen te komen (Jacobs 1990). De context en de mogelijkheden om contact te leggen spelen een rol bij eenzaamheid.

Instituties en rollen. Veel relaties beginnen in een institutionele context, zoals op een opleiding of op het werk. Sommigen zoeken naar iemand om specifieke activiteiten mee te ondernemen. Iemand om mee te wandelen vindt men bijvoorbeeld via een wandelclub of een plaats waar veel actieve buitenmensen komen. Anderen zoeken naar een intieme vriendschap, en dan moet wel eens verder gezocht worden. Betrokkenheid bij organisaties,

bijvoorbeeld door vrijwilligerswerk of kerkbezoek, biedt de mogelijkheid om bestaande contacten te onderhouden en nieuwe contacten op te doen (De Jong Gierveld et al. 2018). Ook werk brengt sociale contacten met zich mee (Cornwell 2011). Daarmee wapent men zich tegen eenzaamheid (Pinquart en Sörensen 2001). Omgekeerd bevordert een situatie waarin men niet werkt soms eenzaamheid. Werkloosheid kan leiden tot sociaal isolement doordat de aan het werk verbonden sociale relaties verloren gaan. Ook spelen schaamte en buitensluiting door werkloosheid een rol (Gallie et al. 2003; Koster en Gesthuizen 2016). Daardoor kan eenzaamheid ontstaan. Hoewel schaamte voor werkloosheid na het pensioen niet speelt, verliezen gepensioneerden ook werkgebonden relaties (Van Tilburg 2003). ICT. Contacten worden steeds vaker via informatie- en communicatietechnologie (ICT) onderhouden (Cotten et al. 2013). Een reden om ICT te gebruiken, is dat het op die manier mogelijk is om afstand te overbruggen. Daardoor worden vooral bestaande contacten onderhouden (Wagner et al. 2010). Ook ouderen gebruiken ICT, bijvoorbeeld voor contact met kinderen en kleinkinderen. Virtuele activiteiten zijn voor hen een middel om actief te blijven in de samenleving (Blit-Cohen en Litwin 2004). Onderzoek naar het effect van ICT-gebruik op vermindering van eenzaamheid laat wisselende resultaten zien (Aarts et al. 2015; Cotten et al. 2013; Khosravi et al. 2016). Het is nog niet duidelijk welk soort ICT-gebruik beschermt tegen eenzaamheid of juist eenzaamheid bevordert, en wat de rol is van de omstandigheden waaronder het plaatsvindt.

2.4 Laag 3: Regie

Een hoge mate van ervaren regie over het eigen leven en de omgeving (*mastery*) helpt eenzaamheid tegen te gaan (Guiaux 2010; Nicolaisen en Thorsen 2012). Om te begrijpen hoe ervaren regie werkt tegen eenzaamheid, grijpen we terug op de gekozen definitie van eenzaamheid (zie hoofdstuk 1). Eenzaamheid kan ontstaan wanneer het gewenste aantal en de gewenste kwaliteit van relaties verschilt van de waargemaakte relaties. Om eenzaamheid te verminderen, proberen mensen dit verschil op te heffen. Zij hebben twee mogelijkheden tot hun beschikking.

Actie ondernemen. Allereerst kunnen mensen actie ondernemen om de eenzaamheid terug te dringen. Deze aanpak (*coping*) is actief. Mensen met een hoge ervaren regie doen meer om hun eenzaamheidsprobleem kleiner te maken (Hawkley en Cacioppo 2010). Zij oefenen zelf invloed uit op de oorzaken van eenzaamheid. Het lijkt binnen hun bereik om de situatie te verbeteren. Daarmee wordt het verschil tussen gewenste en gerealiseerde relaties minder groot, waardoor zij zich minder eenzaam voelen (Michela et al. 1982). Door hun positieve houding ontwikkelen ze minder negatieve gedachten. Ook daardoor zijn ze minder snel eenzaam (Fry en Debats 2002; Smits et al. 1995).

Doelen bijstellen. De tweede mogelijkheid is om doelen naar beneden bij te stellen. Mensen met een lagere ervaren regie leren te leven met de situatie. Dit heet *passieve coping* (Brandtstädter en Rothermund 2002). Men probeert de ongewenste situatie zoveel mogelijk te ontlopen (Lawton et al. 1999). Actieve coping helpt meer dan passieve coping om eenzaamheid te verminderen (Schoenmakers et al. 2015).

De mate waarin iemand het gevoel heeft controle te hebben over het leven, hangt af van verschillende factoren. Een hoger opleidingsniveau en een hoger inkomen zorgen ervoor dat tegenslag beter te pareren valt. Dit komt doordat er meer vaardigheden en middelen zijn om hulpbronnen succesvol in te zetten (Lachman en Weaver 1998). Bij mensen die geen sociale rollen kunnen aannemen ('getrouwd' of 'werknemer' zijn) ontstaat soms een gevoel van machteloosheid, wat het vertrouwen in de eigen mogelijkheden beschadigt. Ook een slechte gezondheid kan onzekerheid en stress tot gevolg hebben, en zo een gevoel van reddeloosheid oproepen (Schieman 2001). Het verlies van sociale rollen stapelt zich op vanaf de middelbare leeftijd. Bijvoorbeeld door het stoppen met werken, het uitvliegen van de kinderen of het overlijden van de partner. Bovendien verslechtert de gezondheid dan ook. Daarom hangt ook een hogere leeftijd samen met een lagere mate van ervaren regie (Schieman 2001).

Het afhankelijk worden van professionele thuiszorg is ook een indicator dat mensen minder regie over hun leven hebben. Professionele thuiszorg bestaat vaak uit huishoudelijke hulp en hulp bij zelfverzorging. Het aanvragen van professionele zorg gaat gepaard met een verlies aan zelfredzaamheid en controle. Men is minder goed in staat zelf te bepalen wie de zorg biedt, op welk tijdstip dat gebeurt en welke zorg geboden wordt (Jacobs et al. 2016).

2.5 Laag 4: Gezondheid

In het algemeen hebben gezondheidsproblemen een belangrijke invloed op eenzaamheid (Pinquart en Sörensen 2001). Specifieker kijken we hier naar de effecten van vier typen van functioneren: fysiek, cognitief, sensorisch en psychisch.

Fysieke gezondheid. Mensen met functionele beperkingen in het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) zijn minder mobiel. Daardoor kunnen ze hun sociale relaties minder goed onderhouden (Aartsen en Jylhä 2011; Van Tilburg en Broese van Groenou 2002). Slecht ter been zijn verhindert mensen bijvoorbeeld een bezoek aan iemand te brengen of mee te doen aan activiteiten waar ze anderen ontmoeten (Kelley-Moore en Ferraro 2001). Chronisch zieke mensen leunen vanwege hun aandoening meer op hun sociale netwerk. Zij hebben tegelijk minder te bieden in de relatie, bijvoorbeeld als het gaat om het geven van instrumentele steun. Chronisch zieke mensen hebben daarom een hoge kans op eenzaamheid (Penninx et al. 1999). Niet alle chronische ziekten leiden in dezelfde mate tot een verhoogde kans op eenzaamheid. Vaatlijden, longziekte en artritis hangen samen met ernstige eenzaamheid (Penninx et al. 1999). Deze ziekten hebben symptomen die in golfbewegingen komen. Mensen in het sociale netwerk weten daardoor niet altijd van de behoefte aan steun van de patiënt. Ziekten als kanker, hartfalen, diabetes en beroerte hebben symptomen waarvan het beloop beter voorspelbaar is. Het sociale netwerk kan dan beter inspelen op de behoefte van de patiënt.

Cognitieve gezondheid. Cognitieve achteruitgang – gemeten met de Mini-Mental State Examination (MMSE) – remt het zelfstandig functioneren en het communicatievermogen (Boss et al. 2015; Holmén en Furukawa 2002). Het is daarom moeilijk om contacten te onder-

houden. Contacten worden voor een deel uit gewoonte onderhouden, maar vragen ook om nieuwe impulsen. Daarvoor zijn allerlei vaardigheden nodig die door cognitieve achteruitgang minder bereikbaar zijn. Bovendien ontwijken mensen anderen vaak uit schaamte in de beginfase van cognitieve achteruitgang. Ze hebben daardoor kans om sociaal geïsoleerd te raken en eenzaam te worden (Holmén & Furukawa, 2002).

Sensorische gezondheid. Een gemankeerd gehoor of gezichtsvermogen (visus) kan de communicatie binnen sociale relaties bemoeilijken. Dit heeft een negatief gevolg voor de sociale inbedding (Holmén en Furukawa 2002; Verstraten et al. 2005; Wallhagen et al. 2001).

Sensorische beperkingen leiden niet altijd tot een kleiner aantal relaties of een mindere relatiekwaliteit (Wahl et al. 2013). Wel is eenzaamheid onder slechthorenden sterker dan onder mensen zonder gehoorproblemen, vooral als men geen hulpmiddelen gebruikt (Pronk et al. 2012).

Psychische gezondheid. Psychische problemen en psychiatrische ziekten kennen een grote variëteit aan aandoeningen, zoals depressie, autisme, schizofrenie, angst en stemmingsstoornissen. Afhankelijk van de aard van de aandoening kan deze gerelateerd worden aan eenzaamheid. Zo wordt contact met vrienden en familie bemoeilijkt doordat een depressief persoon geen oplossingen ziet en geen pogingen doet zijn of haar situatie te verbeteren. Ook is er hulpeloosheid: het idee dat iemand de situatie zelf niet kan veranderen (McCullough 2003). Bij de partner, het familielid, de vriend of de kennis ontstaat frustratie en overbelasting (Benazon en Coyne 2000; Van Wijngaarden et al. 2004). Chronische depressie kan daarom leiden tot eenzaamheid (Houtjes et al. 2014).

2.6 Laag 5: Wonen en geografische kenmerken

Ook de leefomgeving van mensen kan een rol spelen bij het ontstaan of versterken van eenzaamheid. We bespreken enkele relevante kenmerken.

Wonen in een institutie. Over de eenzaamheid van jongvolwassenen en mensen van middelbare leeftijd die in een woonzorgcentrum (verpleeghuis of verzorgingshuis) wonen, is weinig bekend. We weten dat op latere leeftijd de manier van wonen een belangrijke rol speelt bij het ervaren van eenzaamheid (Wiles 2005). Voor ouderen met een slechte gezondheid is verhuizen naar een woonzorgcentrum soms de enige optie. Hoewel sociaal contact met personeel en andere bewoners eenzaamheid bestrijdt (Dykstra et al. 2005; Grenade en Boldy 2008), wordt ouder worden in de eigen omgeving tegenwoordig als ideaal gezien (Rojo-Perez et al. 2007; Da Roit 2012). Dan hoeft men de vertrouwde omgeving, een huisdier of familie en vrienden nabij niet te verlaten. Bovendien gaat hierdoor minder zelfstandigheid verloren, en een verlies aan zelfstandigheid kan leiden tot eenzaamheid (Hicks 2000).

De resultaten van eerder onderzoek zijn niet eenduidig. Soms blijkt dat ouderen in een woonzorgcentrum gemiddeld eenzamer zijn dan zelfstandig wonende ouderen (Prieto-Flores et al. 2011; Pinguart en Sörensen 2001; Tjihuis et al. 1999). In ander onderzoek is geen verschil gevonden (Bondevik en Skogstad 1996; Dykstra et al. 2005). In het onderzoek van Bondevik en Skogstad (1996) bleken bewoners van een woonzorgcentrum minder een-

zaam als er nog contact was met mensen van voor de verhuizing. In één onderzoek (Bloem en Van Tilburg 2006) werd vastgesteld dat ouderen na een verhuizing minder eenzaam worden.

Recente verhuizing. Verhuizen uit de buurt is een grote levensverandering. Rokach en Brock (1996) noemen dit een van de oorzaken van eenzaamheid. Men wordt gescheiden van burens en andere vertrouwde mensen in de nabijheid. Als jongeren van school veranderen, verliezen ze het contact met klasgenoten (Richaud de Minzi en Sacchi 2004). Mensen die vanwege hun werk verhuizen, verliezen vrienden (Wiggins Frame en Shehan 1994).

Een verhuizing waarbij een oudere zelfstandig blijft wonen, kan verschillende redenen hebben. Men gaat bijvoorbeeld in dezelfde wijk kleiner en comfortabeler wonen. Anderen verhuizen naar een streek waar men op een plezierige wijze oud kan worden. De noodzaak om te verhuizen, bijvoorbeeld vanwege de afstand tot werk, is er bij deze groep vaak niet. Ouderen hechten aan de leefomgeving en aan de mensen die ze elke dag zien. Dit geeft een gevoel van geborgenheid (Rojo-Perez et al. 2007). Ouderen verhuizen dan ook minder vaak dan jongvolwassenen en mensen van middelbare leeftijd. Als ze verhuizen, is dit vaak over korte afstand. Verhuizen is vooral ingrijpend als het over een grotere afstand is. Toch blijken ook dan vaak nieuwe burenrelaties te ontstaan (Bloem et al. 2013).

Stedelijkheid. In stedelijke gebieden zijn ouderen gemiddeld eenzamer dan in een dorp of op het platteland (Scharf en De Jong Gierveld 2008). Daarvoor zijn verschillende redenen. De bevolking van geurbaniseerde gebieden verjongt en activiteiten in de stad zijn vaak gericht op het aantrekken van jonge gebruikers (Phillipson 2007). Ouderen voelen zich vaak onveilig en kwetsbaar in de stad omdat hun band met de directe omgeving zwak is. Sociale isolatie en eenzaamheid kan het gevolg zijn (Buffel en Phillipson 2011). Dit bleek bijvoorbeeld uit een studie naar ouderen in Britse steden. Ouderen voelden zich buitengesloten van buurtactiviteiten om de leefbaarheid te vergroten (Scharf et al. 2003).

Regio. Naast verschillen in stedelijkheid zijn er ook regionale verschillen in eenzaamheid. Naar verschillen binnen Europa is al vaak onderzoek gedaan. Eenzaamheid komt minder vaak voor in hoog-geïndividualiseerde landen zoals Nederland, dan in sterk op de familie gerichte landen zoals Italië (Fokkema et al. 2012; Van Tilburg et al. 1998). In hoog-geïndividualiseerde landen zijn de verwachtingen lager. Het is normaal dat volwassen kinderen niet heel vaak op bezoek gaan bij hun oude ouders. Ouderen hebben in die landen ook vaak grote en ondersteunende netwerken.

Er zijn ook verschillen binnen Nederland. Zo zijn er in verschillende regio's uiteenlopende familiewaarden, die wortelen in vroegere regels voor vererving, in patronen van huwelijksleeftijd en huishoudvorming, en in religie. Persoonlijke netwerken verschillen daarom per regio. In bijvoorbeeld Oost-Nederland blijken netwerken groot, in Noord-Brabant klein, en in Noord-Holland bestaan de netwerken uit relatief veel niet-familieleden (Bras en Van Tilburg 2007).

2.7 Laag 6: Demografische en sociaal-structurele kenmerken

De verste laag beschrijft de demografische en sociaal-structurele kenmerken, die ook invloed kunnen uitoefenen op de mate van eenzaamheid. We beschrijven de relevante kenmerken.

Opleiding en inkomen. Opleiding en inkomen zijn indicatoren voor sociaaleconomische status (SES). Mensen met een hogere SES hebben vaak een groot en gevarieerd sociaal netwerk (Broese van Groenou en Van Tilburg 2003). Een groot en divers netwerk beschermt tegen eenzaamheid (Pinquart en Sörensen 2001). Laaggeschoolde mensen hebben naast een kleiner en minder divers netwerk, meer kans om werkloos te zijn of een slechtbetaalde baan te hebben (De Beer 2006). Dit leidt tot stress en onzekerheid, waarvan eenzaamheid het gevolg kan zijn (Hawkley et al. 2008). Ook wanneer er geen geld is om met activiteiten mee te doen, is er risico op sociale isolatie en eenzaamheid (Ajrouch et al. 2005; Fokkema et al. 2012).

Burgerlijke staat. Zoals eerder besproken is het al dan niet hebben van een partnerrelatie een belangrijke voorspeller van eenzaamheid. Burgerlijke staat zegt meer dan alleen of er een partner is. De weduwstaat geeft aan dat men de echtgenoot of echtgenote verloren heeft door overlijden. Dit verlies is een emotioneel zware belasting (Dykstra et al. 2005). Familie en vrienden geven veel steun, wat de eenzaamheid kan verlichten. Het verlies van de partner door echtscheiding is anders. Scheiding is vaak het eindstadium van een huwelijks-crisis. Het beëindigen van het huwelijk kan dan opluchting geven. Er is echter ook langdurige schade voor het welzijn (Williams 2003). Men verliest meestal ook relaties die men deelde met de ex-partner doordat er partij wordt gekozen voor een van de scheidende partners (Dykstra en De Jong Gierveld 2004; Terhell et al. 2004). Het aantal mensen dat scheidt, is de afgelopen decennia sterk toegenomen. Het stigmatiserende effect van scheiden, waardoor eenzaamheid kan ontstaan, neemt daardoor af (Van Tilburg et al. 2015).

*Herkomst.*² Ouderen met een migratieachtergrond zijn kwetsbaar voor eenzaamheid (De Jong Gierveld et al. 2015; Fokkema en Naderi 2013; Uysal-Bozkir et al. 2017; Victor et al. 2012; zie ook de Gezondheidsmonitor Volwassenen 2016³). Dit geldt vooral als zij uit niet-westerse landen komen. Zij spreken de taal niet, en hebben gemiddeld een lage SES en een slechte gezondheid (Schellingerhout 2004). Hun sociale exclusie en oriëntatie op het thuisland vergroot hun kwetsbaarheid (Klok et al. 2017).

Leeftijd. De prevalentie van eenzaamheid onder ouderen is groter dan onder jongeren, jongvolwassenen en mensen van middelbare leeftijd. Ouderen hebben meer en ernstiger gezondheidsproblemen. Zij hebben meer last van functionele beperkingen (Freedman et al. 2008), cognitieve beperkingen (Singh-Manoux et al. 2012) en sensorisch verlies (Wallhagen et al. 2001) dan jongere mensen. Eenzaamheid als gevolg van deze gezondheidsklachten, soms versterkt door afnemende mogelijkheden om sociale relaties te onderhouden, komt vaker voor op latere leeftijd (Dykstra et al. 2005).

De relatie tussen veroudering en eenzaamheid is echter complexer. Gedurende de levensloop verandert vaak de motivatie voor bepaalde soorten relaties (Carstensen 1991). Men richt zich meer op emotioneel belangrijke relaties. De frequentie van contact en de

ondersteuning wordt intenser (Baltes en Carstensen 1996). De kwaliteit van relaties wordt dan beter, en in principe neemt de kans op eenzaamheid af. Nadeel is dat het voordeel van een groot en gevarieerd netwerk wegvalt. Ouderen passen zich ook aan. Zij selecteren relaties, en optimaliseren deze als andere relaties verloren gaan (Baltes en Baltes 1990). Zo vernieuwen ze hun relatienetwerk (Broese van Groenou et al. 2013; Van Tilburg 1998).

Een andere aanpassing is dat ouderen negatieve situaties vermijden en hun sterke aspecten benoemen (Charles 2010). Jongere volwassenen richten zich meer op de toekomst en zijn minder tevreden met het heden dan ouderen.

Geslacht. Onderzoekresultaten over het verschil in eenzaamheid tussen vrouwen en mannen zijn niet eenduidig. De Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012 geeft aan dat eenzaamheid iets vaker voorkomt bij mannen dan bij vrouwen. Een internationale overzichtsstudie laat juist sterkere eenzaamheid onder vrouwen zien (Pinquart en Sörensen 2001). Traditioneel hebben vrouwen gemiddeld grotere en meer diverse sociale netwerken dan mannen (Ajrouch et al. 2005). Vrouwen kennen vaker meer waarde toe aan variëteit in relaties dan mannen. Mannen daarentegen zijn traditioneel meer gesocialiseerd om emotioneel onafhankelijk te zijn. Een kleiner sociaal netwerk is daardoor minder vaak problematisch (Chodorow 1978; McLaughlin et al. 2010). Verder verschillen mannen en vrouwen op een aantal belangrijke voorspellers van eenzaamheid. Vrouwen zijn vaker in de weduwstaat dan mannen (Dykstra en De Jong Gierveld 2004), maar hebben een betere band met hun kinderen. Zij ontvangen meer steun bij scheiding of verweduwing (Pinquart 2003). Vrouwen hebben vaker een slechtere gezondheid dan mannen. Dit komt door een combinatie van biologische, sociale en gedragsmatige factoren (Crimmins et al. 2011). Het effect van steun, netwerkvang, netwerkdiversiteit, verweduwing en gezondheid op eenzaamheid is al eerder uitgelegd.

2.8 Tot slot

Het lagenmodel is niet het enige model om factoren van eenzaamheid te structureren. In het model van bijvoorbeeld Cohen-Mansfield en Parpura-Gill (2007) is het uitgangspunt dat netwerkverliezen beperkt of gecompenseerd moeten worden om eenzaamheid tegen te gaan. Daarvoor is het nodig barrières weg te nemen. Deze kunnen liggen in de omgeving, gezondheid en psychologische kenmerken. In vergelijking met dit 'barrièremodel' is het lagenmodel gedifferentieerder. Het bevat bovendien ook verre factoren zoals demografische kenmerken.

In de volgende hoofdstukken gebruiken we het lagenmodel in de eerste plaats als ordening van factoren. De mechanismen van het lagenmodel toetsen we in deze studie niet. Hoe eenzaamheidsgevoelens ontstaan, is uitgewerkt in de cognitieve discrepantie benadering van het begrip eenzaamheid (Perlman en Peplau 1982). Deze benadering nemen we in deze studie als vertrekpunt (zie hoofdstuk 1 en bijlage B1A).

Noten

- 1 In deze keten van lagen kunnen ook lagen worden overgeslagen. Zo kan regie (laag 3) ook direct het aangaan en onderhouden van contacten (laag 1) beïnvloeden.
- 2 Dit rapport bevat geen analyse van de betekenis van verschillen in herkomst voor eenzaamheid.
- 3 De Gezondheidsmonitor Volwassenen is een grootschalig onderzoek onder mensen van 19 jaar en ouder van GGD'en, CBS en RIVM, dat elke vier jaar wordt uitgevoerd.

3 Trend in prevalentie van eenzaamheid onder ouderen

Theo van Tilburg en Jolien Klok

3.1 Sociale ontwikkelingen en eenzaamheid

Demografische en andere sociale ontwikkelingen hebben de structuur van familie- en relatienetwerken veranderd, inmiddels ook onder ouderen (Van Tilburg en Thomése 2010). Welke gevolgen deze veranderingen hebben voor de mogelijkheid om persoonlijke relaties te onderhouden is nog niet duidelijk. Ook de gevolgen voor eenzaamheid zijn nog niet goed in kaart gebracht. Dit hoofdstuk gaat over deze veranderingen, waarbij we de vraag beantwoorden hoe de prevalentie van eenzaamheid zich door de jaren heen ontwikkelt. We schetsen kort een aantal veranderingen. Het aantal broers en zussen en het aantal kinderen is kleiner dan vroeger. Er zijn weinig ouderen die samenwonen met hun kinderen. Door echtscheiding en daaropvolgende herpartnering is het aantal stieffamilies toegenomen. In een stieffamilie is de rol van een familielid minder duidelijk dan in een biologisch gezin. De structurele inbedding van persoonlijke relaties is veranderlijker geworden. Vroeger waren mensen bijvoorbeeld een groot deel van hun leven lid van een kerk, hadden één werkgever en waren lang lid van een vrijwilligersorganisatie. Ook waren er dwarsverbanden tussen deze organisaties. Dat komt nu minder vaak voor.

In een gefragmenteerd en minder voorspelbaar sociaal leven is er meer onzekerheid (Budgeon 2006). Soms wordt gesteld dat daardoor de kans op eenzaamheid toeneemt. Ook een verminderde onderlinge solidariteit, minder vertrouwen en afnemende cohesie in westerse samenlevingen kan leiden tot eenzaamheid (Paxton 1999; Putnam 2000; Stolle en Hooghe 2005; Thomson 2005). Een belangrijke verandering is dat mensen meer kansen krijgen hun eigen keuzes te maken (Beck 1992; Giddens 1990). Daardoor komt hun individualiteit meer tot recht. De onzekerheid binnen relaties die Budgeon (2006) beschrijft, wordt dan gecompenseerd door zelfgekozen vriendschappen. Deze vriendschappen geven de inbedding en de continuïteit waarnaar mensen verlangen.

Naar de verandering in de prevalentie van eenzaamheid is al eerder onderzoek gedaan. In 1997 concludeerde de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling dat er geen reden is te veronderstellen dat de prevalentie van eenzaamheid is toegenomen tussen 1975 en 1996.¹ Tijhuis et al. (1999) onderzochten de periode 1985 tot 1995. De eenzaamheid nam niet toe. In Amsterdam steeg de prevalentie van ernstige eenzaamheid tussen 2000 en 2012 (Dijkshoorn et al. 2013). Er is ook onderzoek uitgevoerd in andere Europese landen. Engelse onderzoekers (Victor et al. 2002) vonden van 1948 tot 1957 een toename van prevalentie van eenzaamheid. In de periode daarna – tot 2001 – was er geen stijging. Duits onderzoek (Döring 1997) liet een daling van de prevalentie zien van 1948 tot 1973. Daarna was er – tot 1995 – geen verandering. In België (Vanden Boer en Pauwels 2005) was er een daling tussen 1966 en 2001. Onderzoek naar recentere jaren laat ook geen stijging zien in Duitsland (Hülür et al. 2016), Zweden (Nyqvist et al. 2017) en Finland (Eloranta et al. 2015). In de resul-

taten van deze onderzoeken tezamen zien we geen duidelijke stijging of daling van de prevalentie van eenzaamheid in de periode na de Tweede Wereldoorlog.

In Nederland is in recente decennia echter nog geen onderzoek uitgevoerd naar veranderingen in zowel de prevalentie als de factoren. De onderzoeksvraag die we in dit hoofdstuk willen beantwoorden is of de kans op eenzaamheid de laatste twintig jaar is af- of toegenomen onder ouderen en welke factoren samenhangen met deze trend.

De Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA; Huisman et al. 2011)² verzamelde in de afgelopen decennia gegevens van eenzaamheid onder Nederlandse ouderen. De studie geeft de mogelijkheid de prevalentie van eenzaamheid in verschillende jaren te vergelijken. Met de LASA gegevens kunnen we ouderen vergelijken met ouderen die tien of twintig jaar eerder dezelfde leeftijd hadden. Ook is na te gaan of factoren veranderen. Het gaat hier dus niet om individuele veranderingen, maar om veranderingen in opeenvolgende cohorten of generaties. De gegevens komen uit de jaren 1996, 2006 en 2016.³ We onderzoeken ouderen van 58 tot 87 jaar oud en onderscheiden drie leeftijdscategorieën: 58-67-jarigen, 68-77-jarigen en 78-87-jarigen (zie tabel B3.1 in bijlage B3). De deelnemers aan het onderzoek zijn geselecteerd door steekproeftrekking uit de registers van verschillende gemeenten in drie regio's in Nederland. Bijlage B3 geeft meer informatie over het onderzoek. Elk panel heeft uitval, met name een ouderenpanel zoals bij LASA. Er bleek geen selectieve uitval te zijn van eenzame ouderen (zie bijlage B1C).

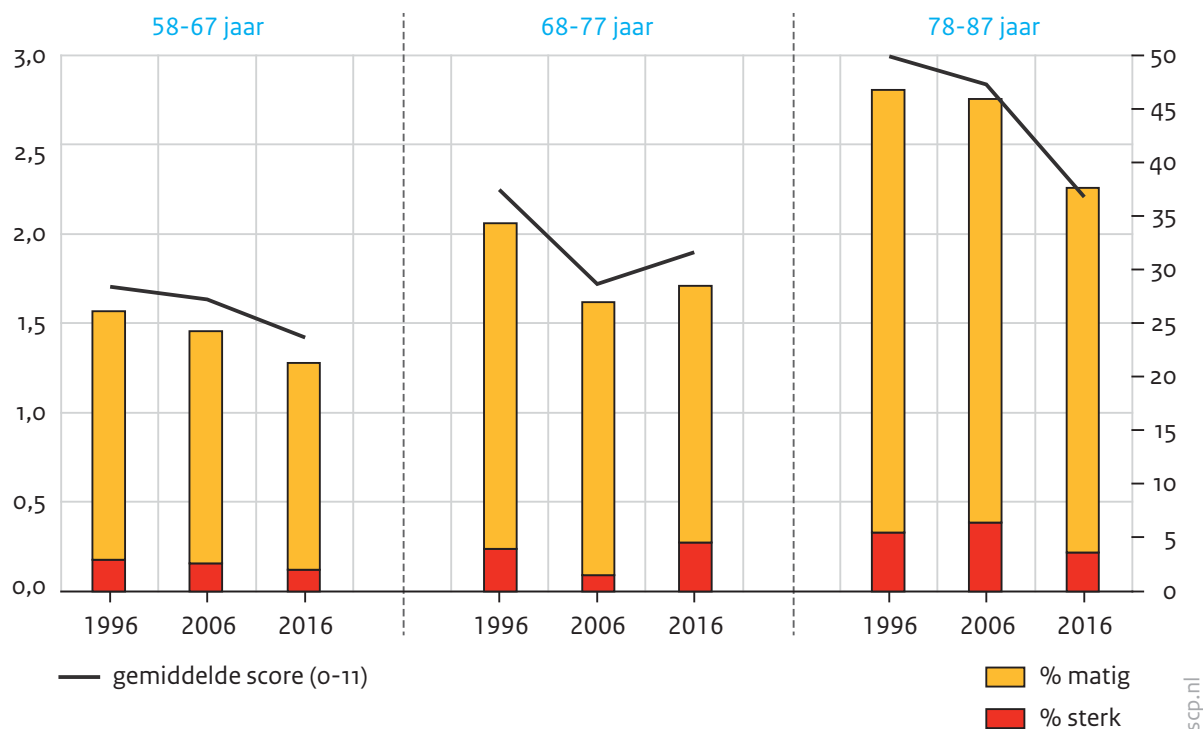
3.2 Verschillen in eenzaamheid door de jaren heen

Figuur 3.1 toont de gemiddelde eenzaamheid naar leeftijdscategorie en naar het jaar van interview. De gemiddelde eenzaamheid verschilt per leeftijd. In het jaar 1996 is de gemiddelde score voor een 63-jarige⁴ (het midden van de categorie 58-67-jarigen) 1,7 punten op de eenzaamheidsschaal die loopt van 0 tot 11. In de figuur is dit het begin van de linker lijn. De linker as toont het gemiddelde. Voor een 72-jarige (in de categorie 68-77-jarigen) is het gemiddelde 2,2 punten (het begin van de middelste lijn), en voor een 82-jarige (in de categorie 78-87-jarigen) 3,0 punten (rechter lijn). De stijging van eenzaamheid naar leeftijd zien we ook in de gegevens van de jaren 2006 en 2016.

Verandert de prevalentie door de jaren heen? De drie lijnen geven elk de gemiddelden in de jaren 1996, 2006 en 2016. De gemiddelde eenzaamheid daalt van 1996 naar 2006 en van 1996 naar 2016. De daling van de prevalentie is het grootst voor de ouderen in de leeftijd 78 tot 87 jaar. In 2016 scoren deze ouderen gemiddeld 0,8 punten lager op de schaal van 0 tot 11 dan hun leeftijdsgenoten twintig jaar eerder, en 0,6 punten minder dan hun leeftijdsgenoten tien jaar eerder. De gemiddelde score voor de middelste leeftijdscategorie (68 tot 77 jaar) daalt van 1996 naar 2006 met 0,5 punten. In de volgende periode van tien jaar is er een stijging van 0,2 punten te zien. De daling is klein voor de jongste leeftijdscategorie (58 tot 67 jaar): respectievelijk 0,1 en 0,2 in de twee perioden van tien jaar.

Figuur 3.1

Eenzaamheid naar leeftijd en jaar van waarneming^a (in gemiddelde score op schaal 0-11 op de linker as en in procenten op de rechter as)



a De n is gegeven in tabel B3.1 in bijlage B3.

Bron: VU (LASA '96-'16)

De eenzaamheidsscore is omgezet in categorieën van matige en sterke eenzaamheid. We gebruiken daarvoor respectievelijk gele en rode staafjes. In figuur 3.1 staat het percentage eenzamen op de rechter as. Wanneer we de matig en sterk eenzamen samennemen, daalt de eenzaamheid van 1996 naar 2016 voor elke leeftijdscategorie. Deze daling loopt parallel aan de daling in de gemiddelde score. Het aandeel sterk eenzamen (de rode staafjes) daalt over de drie jaren binnen de jongste leeftijdscategorie. Binnen de middelste leeftijdscategorie daalt het aandeel van 1996 naar 2006, maar daarna is er een stijging. Voor de oudste leeftijdscategorie zien we juist een tegengestelde trend: van 1996 naar 2006 stijgt het percentage sterk eenzamen, daarna neemt het aandeel weer af.

3.3 Verschillen in factoren door de jaren heen

De verbetering in de eenzaamheidssituatie hangt samen met veranderingen in de factoren van eenzaamheid. Tabel 3.1 beschrijft de factoren naar leeftijd en jaar van observatie. Voor veel factoren uit het lagenmodel (zie hoofdstuk 2) is er over de jaren heen een verbetering te zien. Deze factoren zijn: de partnersituatie, het netwerk, vrijwilligerswerk, betaald werk, ervaren regie, professionele zorg ontvangen, fysiek functioneren, cognitief functioneren, visus, gehoor, zelfstandig wonen en opleidingsniveau.

Tabel 3.1

Beschrijving van factoren (in gemiddelde of in proportie per leeftijdscategorie per jaar)

laag	n ≤	58-67 jaar		68-77 jaar		78-87 jaar			
		1996	2006	1996	2006	1996	2006	2016	
1									
	partner (vs. geen partner)	818	853	818	749	585	672	693	332
	huisgenoten (vs. geen huisgenoten)	0,80	0,84	0,81	0,65	0,70	0,74	0,39	0,56
	netwerkomvang (0-80)	0,18	0,14	0,14	*	0,09	0,07	0,06	0,04
	netwerkdiversiteit (1-13)	15,2	17,1	19,6	13,9	16,3	16,2	12,2	15,4
	dagelijks netwerkcontact (vs. geen dagelijks contact)	5,1	5,6	5,8	4,6	5,1	5,1	3,9	4,8
	informele zorg ontvangen (vs. geen informele zorg)	0,91	0,92	0,91	0,86	0,87	0,83	0,73	0,73
2									
	vrijwilligerswerk (vs. geen vrijwilligerswerk)	0,04	0,04	0,01	**	0,09	0,10	0,19	0,11
	frequentie kerkbezoek (1-6)	0,43	0,46	0,47	0,28	0,41	0,49	0,12	0,29
	werkend (vs. niet werkend)	2,9	2,6	2,3	3,0	2,9	2,6	3,1	2,9
	ervaren regie (5-25)	0,17	0,32	0,45	0,04	0,08	0,11	0,02	0,02
	professionele zorg ontvangen (vs. geen professionele zorg)	18,1	18,2	18,8	17,3	17,6	18,1	16,4	16,7
3									
	fysiek functioneren (ADL) (6-30)	0,02	0,03	0,03	0,10	0,11	0,06	0,32	0,27
	gezondheidsgerelateerde beperkingen (1-3)	28,8	28,6	28,6	27,4	27,5	27,9	24,0	25,8
	cognitief functioneren (MMSE) (0-30)	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,7	1,6
	visus (1-4)	28,0	28,0	28,3	27,2	27,6	28,0	25,1	27,0
	gehoor (1-4)	2,8	3,0	3,0	2,7	2,8	3,0	2,6	2,8
		3,9	3,9	3,9	3,8	3,8	3,8	3,6	3,7

We zien een toename van het risico op eenzaamheid dat wordt veroorzaakt door de afname in het aantal huisgenoten en van het kerkbezoek. Meer ondervraagden wonen in een sterk stedelijk gebied en zijn gescheiden.

3.4 Effecten van factoren op eenzaamheid

Hoe hangt de daling in gemiddelde eenzaamheid samen met de factoren? Voor elk van de drie leeftijdscategorieën hebben we een regressieanalyse van de eenzaamheidscore uitgevoerd. Model 1 in tabel 3.2 toont de uitgangssituatie voor de verschillen in eenzaamheid tussen 1996, 2006 en 2016. Vier van de zes verschillen zijn significant. Model 2 geeft de resultaten van de regressieanalyse met alle factoren. Nu is nog maar een van de zes parameters voor de verschillen in eenzaamheid tussen 1996, 2006 en 2016 significant. De verschillen tussen de jaren kunnen dus overwegend begrepen worden door verschillen in de onderzochte factoren.

Model 2 in tabel 3.2 laat zien dat in laag 1 (persoonlijk contact) een partnerrelatie beschermt tegen eenzaamheid. Ouderen met een partner scoren gemiddeld ongeveer één punt lager dan ouderen zonder partner. Ook een groter netwerk beschermt tegen eenzaamheid.⁵ Vooral ondervraagden met een klein netwerk hebben baat bij een groter netwerk.⁶ Als iemand een middelgroot netwerk heeft, is de toegevoegde bescherming van een nog groter netwerk beperkt. De bescherming van een groter netwerk is voor mensen in de twee oudste leeftijdscategorieën wat kleiner dan voor mensen van 58 tot 67 jaar. Netwerkdiversiteit – de variatie in de sociale rollen en typen relaties in het netwerk – is ook belangrijk om verschillen in eenzaamheid te begrijpen. Ouderen in de twee oudste leeftijdscategorieën die geen dagelijks netwerkcontact hebben, zijn 0,7 en 0,8 punten eenzamer op de schaal dan degenen die wel zo'n contact hebben.⁷ Uit laag 2 (mogelijkheid tot ontmoeting) beschermt kerkbezoek onder de oudsten.

Degenen die minstens wekelijks naar de kerk gaan, zijn gemiddeld 0,5 punten minder eenzaam dan degenen die nooit naar de kerk gaan of geen lid zijn.

Beide factoren uit laag 3 (regie) zijn relevant. Een hoge mate van ervaren regie beschermt tegen eenzaamheid. Ondervraagden die in het dagelijks leven afhankelijk zijn van professionele zorg, zijn eenzamer dan degenen die deze hulp niet ontvangen. Het verschil is 0,7 punten op de schaal in de jongste en 0,5 punten in de middelste leeftijdscategorie.

Uit laag 4 (gezondheid) is het aantal chronische ziekten voor de jongsten van belang. Onder de jongsten is iemand zonder ziekte (percentiel 10) 0,2 punten minder eenzaam dan iemand met twee ziekten (percentiel 90). Ook de subjectieve bepaling van de eigen gezondheid in het algemeen is gerelateerd aan eenzaamheid. Hoe hoger de eigen gezondheid wordt ingeschat, des te minder eenzaam mensen zijn.⁸

Tabel 3.2

Regressie van eenzaamheid (schaalscore 0-11; in ongestandaardiseerde coëfficiënten)

		58-67 jaar (n = 2489)	68-77 jaar (n = 2006)	78-87 jaar (n = 1382)
	model 1			
	eenzaamheid in 1996 (constante)	1,71***	2,25***	2,99***
	eenzaamheid in 2006 (verschil met 1996) ^a	-0,07	-0,53***	-0,16
	eenzaamheid in 2016 (verschil met 1996)	-0,29*	-0,35**	-0,79***
	leeftijd, afwijking van gemiddelde	0,02	0,07***	0,12***
laag	model 2 ^b			
	eenzaamheid in 2006 (verschil met 1996)	0,06	-0,33**	-0,01
	eenzaamheid in 2016 (verschil met 1996)	-0,09	-0,06	-0,32
1	partner (vs. geen partner)	-1,05***	-0,67***	-0,70***
	netwerkomvang ^c	0,93**	0,61*	0,76
	netwerkdiversiteit (0-13)	-0,13***	-0,15***	-0,18**
	dagelijks netwerkcontact (vs. geen dagelijks contact)	-0,23	-0,68***	-0,76***
2	frequentie kerkbezoek (1-6)	-0,03	-0,02	-0,10**
3	ervaren regie (5-25)	-0,20***	-0,18***	-0,17***
	professionele zorg ontvangen (vs. geen professionele zorg)	0,75**	0,45*	0,27
4	chronische ziekten (0-7)	-0,11*	-0,03	-0,07
	gezondheid in het algemeen (1-5)	-0,26***	-0,19**	-0,21*
5	verhuisd buiten postcode (vs. niet verhuisd of verhuisd binnen postcode)	-0,41*	0,02	-0,10
	stedelijkheid (1-5)	0,03	-0,03	0,15**
	regio zuid (vs. west)	-0,02	-0,35*	-0,09
6	vrouw (vs. man)	-0,20*	-0,03	-0,49**

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001.

a Eenzaamheid in 2006 en in 2016 zijn als dummyvariabelen in het model opgenomen.

b In model 2 zijn alleen effecten vermeld die in een of meer van de leeftijdscategorieën significant zijn.⁹ De niet-significante effecten betreffen huisgenoten, informele zorg, vrijwilligerswerk, werkend, fysiek functioneren, gezondheidsgerelateerde beperkingen, cognitief functioneren, visus, gehoor, zelfstandig wonend, inkomen, gescheiden, opleidingsniveau, leeftijd. De eenzaamheid in 1996 (de constante in de vergelijking) heeft in deze weergave geen betekenis en is daarom niet opgenomen. De volledige resultaten zijn opgenomen in tabel B3.3 t/m B3.5 in bijlage B3.

c Netwerkomvang is getransformeerd: $1/\sqrt{[\text{netwerkomvang}+1]}$. De positieve coëfficiënt geeft daarom aan dat een groter netwerk samengaat met een lagere eenzaamheidsscore.

Bron: VU (LASA'96-'16)

De vijfde laag gaat over wonen en geografische kenmerken. Jonge ouderen die in de voorgaande drie jaar verhuisden, zijn minder eenzaam (0,4 punten) dan degenen die in het postcodegebied zijn blijven wonen. Onder de oudsten is de gemiddelde eenzaamheid hoger naarmate men in een meer stedelijke omgeving woont. De oudste ouderen in de stad (percentiel 90) scoren 0,6 punten hoger op eenzaamheid dan hun leeftijdsgenoten op het platteland (percentiel 10).¹⁰ In de middelste leeftijdscategorie zijn ondervraagden in de regio zuid gemiddeld minder eenzaam (0,4 punten) dan ondervraagden in West-Nederland.

In de zesde laag kijken we naar demografische en sociaal-structurele kenmerken. Mannen in de jongste categorie (0,2 punten) en in de oudste categorie (0,5 punten) zijn eenzamer dan vrouwen in die leeftijdscategorie.¹¹

3.5 Factoren achter de trend in eenzaamheid

De toename in persoonlijk contact geeft een belangrijke verklaring voor verandering in eenzaamheid. Het aantal ondervraagden met een partner stijgt in de middelste en in de oudste leeftijdscategorie. Voor beide categorieën betekent dit een bijdrage aan de daling van 0,1 punt op de schaal van eenzaamheid (tabel 3.3).¹² Onder de jongsten neemt het aantal met een partner niet toe en is er geen bijdrage aan de daling in eenzaamheid.

Tabel 3.3

Specificatie van trend in prevalentie van eenzaamheid naar factoren uit het lagenmodel (in punten verandering in eenzaamheidsscore op de schaal van 0-11)

verandering in:	58-67 jaar (n = 2489)		68-77 jaar (n = 2006)		78-87 jaar (n = 1382)	
	2006 vs. 1996	2016 vs. 1996	2006 vs. 1996	2016 vs. 1996	2006 vs. 1996	2016 vs. 1996
partner			0,0	-0,1	0,0	-0,1
netwerkomvang	0,0	0,0	0,0	0,0		
netwerkdiversiteit	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,2
ervaren regie	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	-0,1
professionele zorg ontvangen			0,0	0,0		
gezondheid in het algemeen					0,0	0,0

Bron: VU (LASA '96-'16)

We bespreken ook de andere factoren uit het lagenmodel, voor zover deze bijdragen aan de daling van eenzaamheid van 1996 naar 2006. Als we kijken naar de eerste laag, persoonlijk contact, dan zien we dat de netwerkomvang toeneemt van 1996 naar 2016.

We legden al eerder uit dat vooral het verschil tussen een heel klein en een klein netwerk belangrijk is voor eenzaamheid. De aanzienlijke toename van een netwerkomvang van gemiddeld 15,2 in 1996 naar gemiddeld 19,6 in 2016 geeft dan ook geen verandering in de bescherming tegen eenzaamheid tussen 1996 en 2016 (zie tabel 3.3). Dat geldt ook voor de

middelste leeftijdscategorie. Voor de oudste categorie hangt netwerkomvang niet samen met eenzaamheid.

Netwerkdiversiteit is meer van belang. Tussen 1996 en 2016 neemt de diversiteit toe in alle leeftijdscategorieën. De verandering in netwerkdiversiteit over de jaren verklaart een afname van 0,1 tot 0,2 punten in eenzaamheid over de tijd.

Kerkgang onder jongere ouderen daalt. Maar voor hen hangt kerkgang niet samen met eenzaamheid. Voor de oudsten hangt kerkgang wel samen met (minder) eenzaamheid. Bij hen daalt kerkgang niet. We constateren dat verandering in prevalentie van eenzaamheid niet komt door verandering in kerkgang.

Ervaren regie neemt van 1996 naar 2016 gemiddeld toe in de twee jongste categorieën. Dit draagt voor ongeveer 0,1 punten bij aan de daling in eenzaamheid over de twee decennia. Ouderen die professionele zorg ontvangen, zijn eenzamer dan mensen zonder deze hulp. Alleen in de middelste leeftijdscategorie neemt het aantal mensen dat hulp krijgt af. De afname is echter klein (zie tabel B3.2 in bijlage B3). De verandering draagt daarom niet bij aan de verklaring van verschillen in eenzaamheid tussen de drie gemeten jaren.

De beleving van gezondheid in het algemeen is belangrijk. Onder de oudsten hangt deze samen met eenzaamheid. Er is ook verschil tussen de jaren 1996, 2006 en 2016. We zien hier geen eenduidige ontwikkeling.

3.6 Discussie

Samengevat vinden we een gemiddeld licht dalende eenzaamheid in de periode van 1996 tot 2016. Dat wil zeggen dat de gemiddelde individuele oudere in dit onderzoek, vergeleken met een andere oudere tien of twintig jaar eerder in het onderzoek, iets minder eenzaam is. De verdere analyse laat zien dat vooral verbeteringen in persoonlijk contact aan de daling bijdragen. Meer ouderen hebben een partner en het netwerk is groter en diverser. Ook de vergroting van de ervaren regie draagt bij aan de daling.

We keken steeds naar vergelijkbare leeftijdsgroepen. Sommigen zeggen dat de kalenderleeftijd in verschillende decennia een andere betekenis heeft. '50 is het nieuwe 30,' zei koning Willem-Alexander toen hij 50 werd. Kunnen we zeggen: '80 is het nieuwe 60'? Deze analyse voerden we niet uit. We vergeleken bijvoorbeeld niet een 83-jarige in 2016 met een 63-jarige in 1996. Als we wél met deze blik naar de gegevens kijken, zien we een beter functioneren op sommige factoren. Zo is de gemiddelde netwerkomvang van de oudsten in 2016 ongeveer gelijk aan die van de jongsten in 1996. Dit past bij '80 is het nieuwe 60'. We zien verbeteringen voor veel factoren die we onderzochten, maar de grootte van de verbetering is niet zo spectaculair. Voorlopig zeggen we dat 80 mogelijk het 'nieuwe 80' is. Oftewel, er zijn veranderingen in de leefsituatie van ouderen, maar het is niet zo dat de gehele ouderdom al tien of twintig jaar is opgeschoven. Onze vergelijking tussen ouderen van ongeveer dezelfde leeftijd geeft een adequaat beeld van de trend in de prevalentie van eenzaamheid.

In de analyses hielden we geen rekening met het aantal ouderen in de bevolking. We vonden van 1996 naar 2016 een licht dalende eenzaamheid bij vergelijking van individuen.

Maar in Nederland is er ook bevolkingsgroei.¹³ De groei is groter onder de oudsten.¹⁴ Daarom zijn er in 2016 meer ouderen eenzaam dan in 1996.¹⁵ Eenzaamheid blijft een probleem in onze samenleving dat een groot aantal mensen raakt.

We moeten voorzichtig zijn met conclusies omdat wij een ‘gemiddeld’ beeld presenteren. Nu we zien dat de gemiddelde eenzaamheid licht is gedaald, betekent dat niet dat alle ouderen deze verbeteringen ervaren. Er is wellicht voldoende reden voor ongerustheid over specifieke groepen ouderen. De huidige samenleving vraagt veel van mensen (Van Tilburg en Thomése 2010). Zij moeten regie nemen over hun leven. Zij moeten hun instrumentele zorg vanuit het persoonlijke netwerk organiseren. Mensen die hun zorg niet goed kunnen regelen, voelen zich in de steek gelaten. Dat verhoogt de kans op eenzaamheid.

Noten

- 1 De gegevens zijn afkomstig van het onderzoek Culturele Veranderingen in Nederland (cv).
- 2 De Longitudinal Aging Study Amsterdam wordt uitgevoerd door de Vrije Universiteit en het vu medisch centrum. LASA is mede mogelijk gemaakt door subsidie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, directie Langdurige Zorg.
- 3 De interviewperiode startte in september van het voorgaande jaar en eindigde in het najaar.
- 4 We presenteren de puntschatting voor de gemiddelde leeftijd per leeftijdscategorie.
- 5 Nagegaan is of het effect van netwerkomvang lineair is. De inverse en kwadratische functie $1/(\sqrt{[\text{netwerkomvang}+1]})$ paste beter dan de lineaire functie. De parameter voor de inverse functie van omvang is positief, wat betekent dat er met een groter netwerk minder eenzaamheid is. Het grootste verschil is waar te nemen wanneer we mensen met een heel klein netwerk vergelijken met mensen met iets groter, maar nog steeds klein netwerk. Daarna neemt het beschermende effect snel af.
- 6 Om dit te illustreren gebruiken we percentielscores. Percentiel 10 is de score waar 10% van de ondervraagden gelijk of lager scoort; 90% scoort hoger. Voor personen van 58 tot 67 jaar is percentiel 10 een netwerkomvang van zes. Percentiel 10 geeft een relatief (ten opzichte van de andere ondervraagden) klein netwerk aan, maar zes relaties in het netwerk is op zichzelf niet weinig. Wanneer we voor de jongsten percentiel 10 (omvang 6) vergelijken met percentiel 90 (de score die een groot netwerk aangeeft, namelijk netwerkomvang 31), is de persoon met percentiel 90 0,2 punten minder eenzaam. Wanneer we percentiel 10 (zes netwerkliden) vergelijken met degenen die geen netwerkliden hebben (percentiel 1), scoren de laatsten 0,6 eenzaamheidspunten hoger. Dit illustreert de niet-lineaire samenhang.
- 7 In de berekening van dit effect is al rekening gehouden met de aanwezigheid van een partnerrelatie. De effecten kunnen worden opgeteld: voor de drie leeftijdscategorieën is er een verschil van gemiddeld 1,3 tot 1,5 eenzaamheidspunten tussen degenen die een partner én een dagelijks netwerkcontact hebben, en degenen die geen van beide hebben.
- 8 Wanneer we personen in de percentielen 10 en 90 vergelijken, scoren de laatsten in de drie leeftijdscategorieën respectievelijk 0,8, 0,6 en 0,4 punten lager op de eenzaamheidsschaal.
- 9 We merken hierbij op dat het al dan niet significant zijn van het effect van een factor onvoldoende aanwijzing geeft voor een antwoord op de vraag of effecten voor de drie leeftijdscategorieën onderling verschillen. Uit een test blijkt dat de parameters van de factoren statistisch niet van elkaar verschillen (met uitzondering van stedelijkheid en sekse). Dat betekent dat het lagenmodel op grotendeels dezelfde wijze toepasbaar is voor verschillende leeftijden.
- 10 Het effect van stedelijkheid onder de oudsten is groter dan het effect in de middelste leeftijdscategorie ($z = 2,5$; $p < 0,05$), maar wijkt niet af van dat bij de jongsten.
- 11 Het effect van sekse is in de oudste categorie groter dan het effect in de middelste leeftijdscategorie ($z = 2,3$; $p < 0,05$), maar wijkt niet af van dat bij de jongsten.

- 12 Voor de middelste leeftijdscategorie geven we de berekening. De stijging in prevalentie van een partnerrelatie is $0,74 - 0,65 = 0,09$ (zie tabel B3.3 in bijlage B3) en de regressiecoëfficiënt is $-0,67$ (zie tabel 3.2). Het product hiervan is $-0,06$. Dit ronden we af tot $-0,1$ punt en nemen we op in tabel 3.3.
- 13 Op 1 januari 1996 telde de bevolking van 65 jaar en ouder 2,1 miljoen personen. In 2006 was dit 2,3 miljoen, in 2016 3,1 miljoen (CBS StatLine 2017).
- 14 Op 1 januari 1996 was 23% van de bevolking van 65 jaar en ouder in de leeftijd van 80 jaar of ouder. In 2006 was dit 25%, in 2016 24% (CBS StatLine 2017).
- 15 Zie Van Tilburg (2014) voor de wijze van berekening.

4 Veranderingen in eenzaamheid in de tweede levenshelft

Theo van Tilburg, Jurjen Iedema en Jolien Klok

4.1 Hoe ouder, hoe eenzamer?

Een van de meest voorkomende stereotypen is dat mensen in hun levensloop steeds eenzamer worden. Zo denken veel mensen dat de meerderheid van de oudere mensen ernstig eenzaam is (Thomése en Bergsma 2008). Het stereotype beeld van eenzame ouderen benadrukt de onvermijdelijkheid van het verlies van sociale relaties, gezondheid en zelfstandigheid in de tweede levenshelft. Een studie van Jylhä (2004) in Finland wijst op toenemende beperkingen en afnemende sociale integratie. Een vervolgstudie had in totaal vier waarnemingen over 28 jaar. Aartsen en Jylhä (2011) bevestigden dat verlies van de partner en een toename van fysieke beperkingen de kans op het ontstaan van eenzaamheid vergroten. Victor en Bowling (2012) analyseerden twee waarnemingen van Britse ouderen met een interval van acht jaar. Verbeteringen in fysieke gezondheid en in relaties hingen samen met verminderde eenzaamheid. De Zutphense studie van Tjihuis et al. (1999) analyseerde drie waarnemingen over tien jaar. Eenzaamheid nam toe als gevolg van verlies van de partner, institutionalisering en een zelfgerapporteerde slechte gezondheid. Fysieke belemmeringen of cognitief disfunctioneren waren niet van belang. Cohen-Mansfield et al. (2009) analyseerden gegevens van twee waarnemingen van ouderen in Israël met een interval van drieënhalve jaar. Zij vonden een toename van eenzaamheid onder vrouwen en onder mensen met een laag inkomen en een slechte gezondheid. Samengevat wijst de literatuur vooral op het belang van partnerverlies en verlies van gezondheid voor eenzaamheid in de tweede levenshelft.¹ Welke kenmerken van het relatienetwerk en welke gezondheidsaspecten van belang zijn, is niet altijd gespecificeerd. In dit hoofdstuk onderzoeken we veranderingen in eenzaamheid in de tweede levenshelft (vanaf 55 jaar). We beantwoorden de vragen: Wat is de toename van eenzaamheid in de tweede levenshelft? Hoe groot zijn de effecten van levensveranderingen op verandering in eenzaamheid?

Tussen 1992 en 2016 zijn 5.096 mannen en vrouwen van 55 jaar en ouder eenmaal of vaker ondervraagd over hun eenzaamheid in de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA; Huisman et al. 2011; zie ook hoofdstuk 3 en bijlage B3).² Dat maakt het mogelijk om te onderzoeken hoe eenzaamheid zich in de tweede levenshelft ontwikkelt. Waar we in hoofdstuk 3 keken naar trends in eenzaamheid in de oudere bevolking, gaan we hier in op de ontwikkeling van eenzaamheid in de individuele levensloop van ouderen.

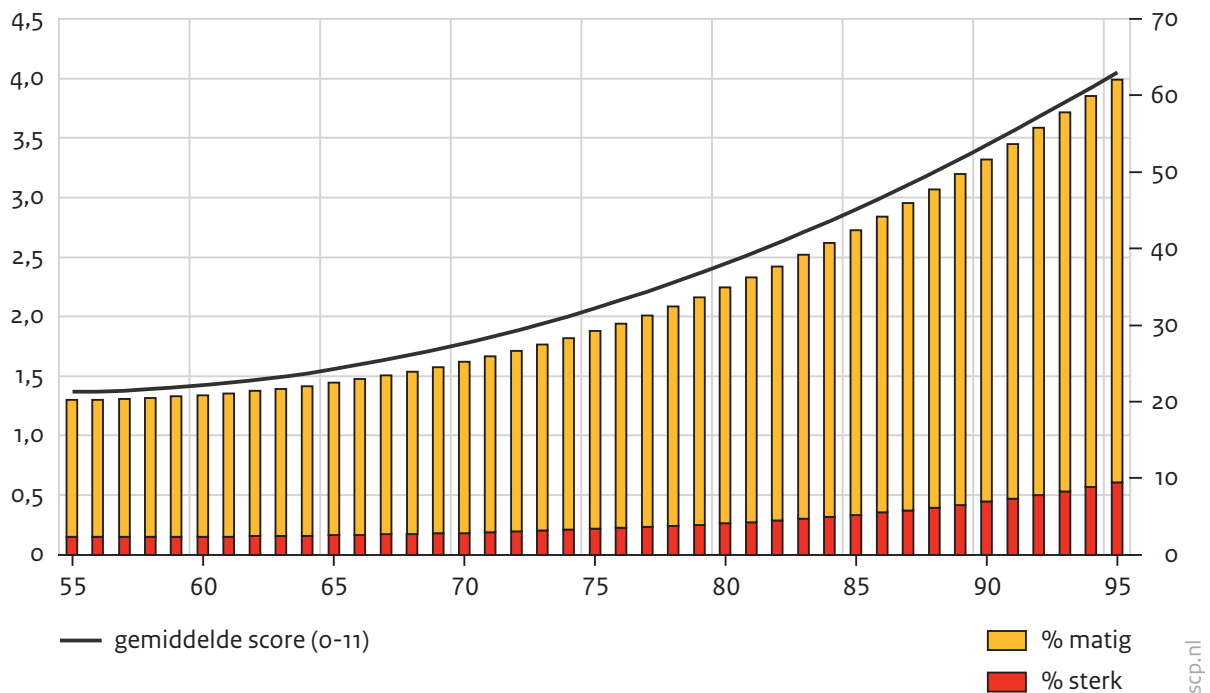
4.2 Ontwikkeling van eenzaamheid in de levensloop van ouderen

In figuur 4.1 is te zien dat eenzaamheid toeneemt in de tweede levenshelft.³ De toename in eenzaamheid is niet rechtlijnig.⁴ Van de 55-jarigen is 2% sterk eenzaam (het rode staafje in

figuur 4.1) en 18% matig eenzaam (het gele staafje). De overige 80% is niet eenzaam. Het percentage eenzamen loopt op naar 9% sterk en 53% matig eenzaam onder 95-jarigen; 38% is niet eenzaam. In procentpunten is dit een verdrievoudiging, namelijk van 20% naar 62% eenzame ouderen. Deze stijging is nog sterker voor sterke eenzaamheid: van 2% naar 9%.

Figuur 4.1

Eenzaamheid naar leeftijd (gemiddelde score op schaal 0-11 op de linker as en in procenten op de rechter as, n = 5.096 ondervraagden met 17.444 waarnemingen)

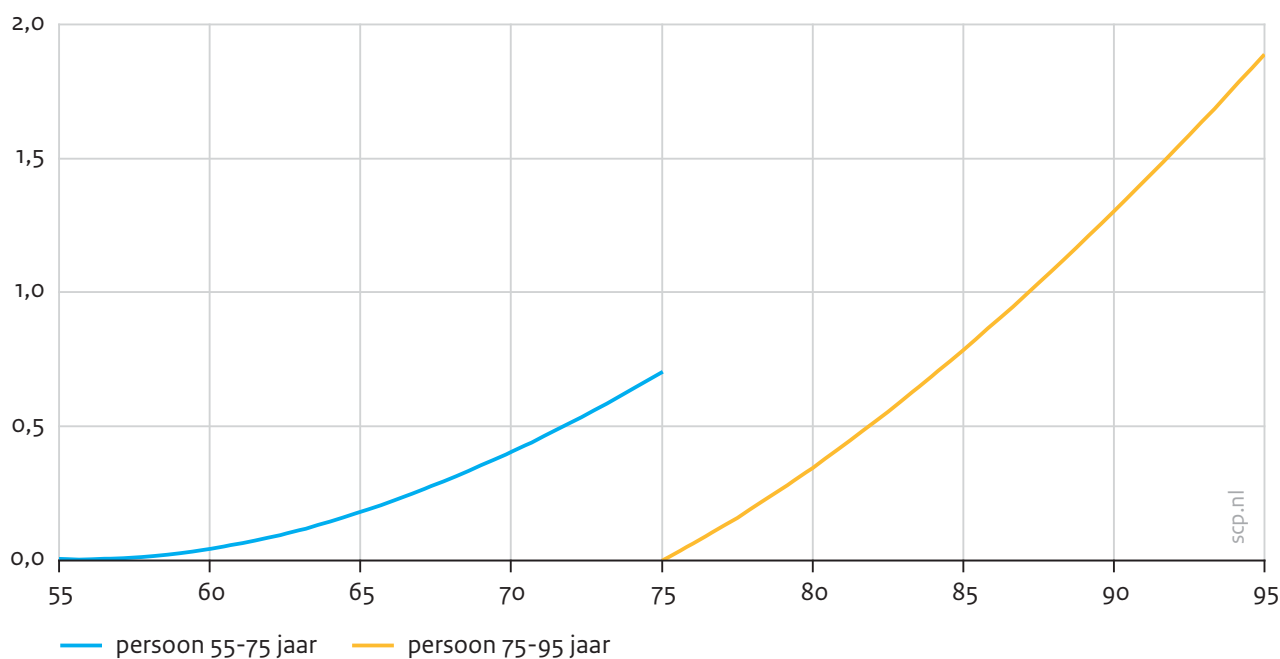


Bron: VU (LASA '92-'16)

In de volgende analyses kijken we naar veranderingen die iemand in de tweede levenshelft meemaakt. Figuur 4.2 illustreert de veranderingen van een 55-jarige en een 75-jarige in een periode van twintig jaar. Net als in figuur 4.1 zien we over de levensloop een sterkere toename in de laatste levensfase dan onder jonge ouderen.

Figuur 4.2

Verandering in eenzaamheid naar leeftijd (in gemiddelde score op schaal 0-11, n = 4.077 ondervraagden met 16.425 waarnemingen)



Bron: VU (LASA '92-'16)

Overigens neemt de eenzaamheid niet voor iedereen altijd toe. Voor 58% van de ondervraagden is de eenzaamheid steeds hetzelfde. Voor 16% loopt de eenzaamheid minstens één keer op. Voor 7% neemt de eenzaamheid minstens één keer af. Voor de resterende 18% zien we een combinatie van toename en afname van eenzaamheid.

4.3 Effecten van levensveranderingen op eenzaamheid

Eenzaamheid varieert met levensveranderingen. Als de oudere zijn of haar partner verliest, neemt de eenzaamheid toe. Het zuivere effect (gecontroleerd voor veranderingen in andere factoren) is 1,1 punten op de eenzaamheidsschaal (tabel 4.1).⁵ Bij personen die een nieuwe partnerrelatie aangaan, daalt de eenzaamheid met 1,1 punten.

Tabel 4.1

Regressie van eenzaamheid (regressiecoëfficiënten (b) voor effecten op verandering in eenzaamheidsscores 0-11, n = 4.077 ondervraagden met 16.425 waarnemingen)

laag	risico- of beschermende factor ^a	b
1	partner (vs. geen partner)	-1,14***
	netwerkomvang (0-80)	-0,01***
	netwerkdiversiteit (0-13)	-0,06***
	dagelijks netwerkcontact (vs. geen dagelijks contact)	-0,30***
3	ervaren regie (5-25)	-0,10***
	professionele zorg ontvangen (vs. geen professionele zorg)	0,32***
4	fysiek functioneren (ADL) (6-30)	-0,02*
	gehoor (1-4)	-0,17*
	gezondheid in het algemeen (1-5)	-0,06*
5	zelfstandig wonend (vs. in woonzorgcentrum)	0,60**
6	inkomen (€ netto maandelijks/1000)	-0,10*

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

a Alleen statistisch significante effecten zijn vermeld. Niet in de tabel opgenomen zijn: huisgenoten, informele zorg ontvangen, vrijwilligerswerk, frequentie kerkbezoek, werkend, gezondheidsgerelateerde beperkingen, cognitief functioneren, visus, chronische ziekten, verhuisd buiten postcode, stedelijkheid, regio, gescheiden, leeftijd. Alle effecten zijn in tabel B4.2, model 6, in bijlage B4 vermeld.

Bron: VU (LASA'92-'16)

De relatieve impact van levensveranderingen op eenzaamheid is weergegeven in tabel 4.2. We kijken hier naar veranderingen binnen de groep ondervraagden, en niet naar verschillen tussen ondervraagden. Het verlies van de partner blijkt het grootste effect te hebben op eenzaamheid. Om een indruk te geven van wanneer en hoe vaak levensveranderingen zoals partnerverlies voorkomen, zijn in tabel 4.2 naast de stijging in gemiddelde eenzaamheid na bijvoorbeeld partnerverlies ook de driejaarsincidentie van partnerverlies (17%) en de negenjaarsincidentie (24%) opgenomen. De laatste kolom in tabel 4.2 toont een gemiddelde leeftijd waarop de verandering plaatsvindt. Gemiddeld verliest men de partner wanneer men 73 jaar is. Het verlies ontstaat door scheiding of overlijden van de partner.⁶

Tabel 4.2

Levensveranderingen met effect op eenzaamheid⁷ (in punten verandering, n = 4.077 ondervraagden met 16.425 waarnemingen)

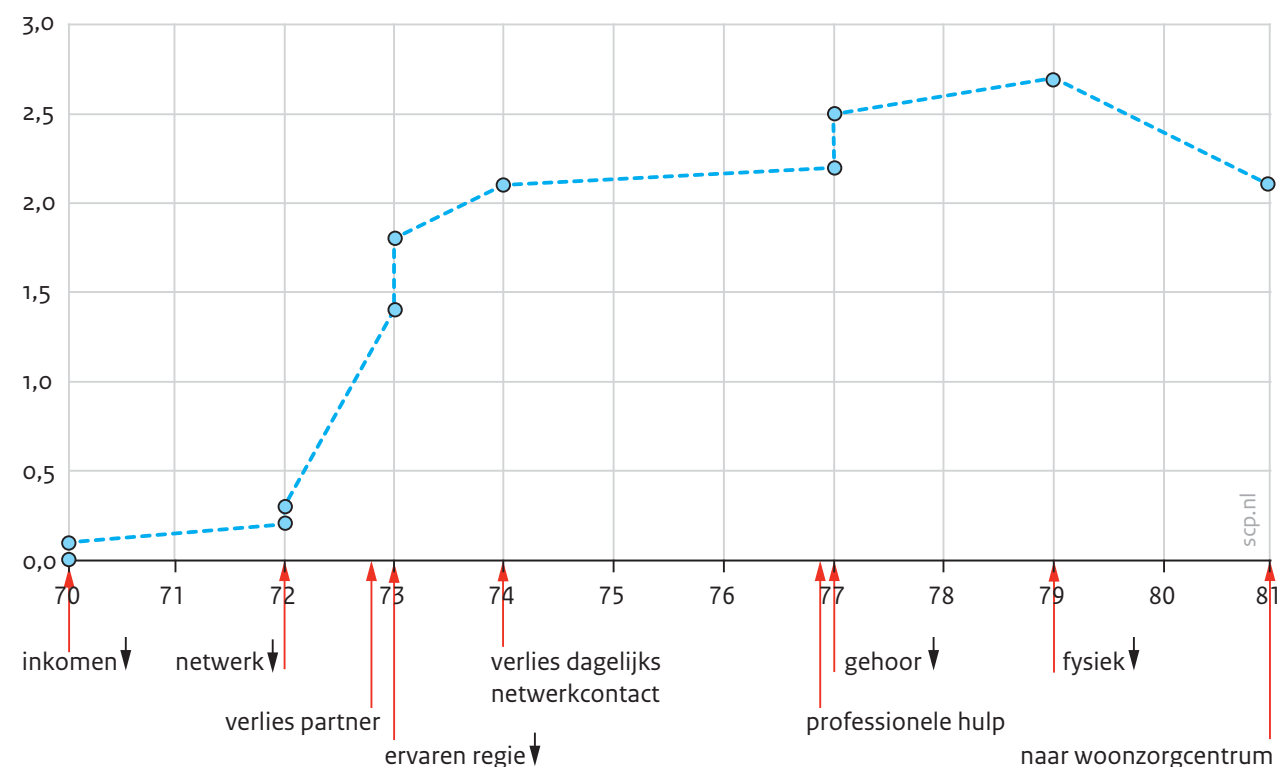
laag	levensverandering	eenzaamheid	incidentie		gemiddelde leeftijd
			3 jaar	9 jaar	
1	verlies partnerrelatie	+ 1,1 punten	17%	24%	73
	kleiner netwerk (≥ zes netwerkleden)	+ 0,1 punten	21%	44%	72
	afnemende netwerkdiversiteit (≥ twee rollen)	+ 0,1 punten	18%	45%	72
	verlies dagelijks netwerkcontact	+ 0,3 punten	18%	21%	74
3	daling ervaren regie (≥ 4 punten; schaal 5-25)	+ 0,4 punten	13%	35%	73
	professionele zorg krijgen	+ 0,3 punten	21%	28%	77
4	verlies in fysiek functioneren (≥ 12 punten; schaal 6-30)	+ 0,2 punten	1%	9%	79
	achteruitgang in gehoor (≥ 1 punt; schaal 1-4)	+ 0,1 punten	6%	18%	77
	gezondheid in het algemeen (schaal 1-5)	+ 0,0 punten			
5	verhuizing naar woonzorgcentrum	- 0,6 punten	7%	8%	81
6	lager inkomen (≥ netto € 640/maand)	+ 0,1 punten	7%	24%	70
	ouder worden	geen verandering			

Bron: VU (LASA '92-'16)

In figuur 4.3 geven we op basis van tabel 4.2 een gestileerd beeld van de invloed van belangrijke levensveranderingen op veranderingen in eenzaamheid in de levensloop voor de gemiddelde ondervraagde. De punten markeren de veranderingen in eenzaamheid in de levensloop. Het verlies van de partner is bijvoorbeeld gemarkeerd op de horizontale as bij leeftijd 73. Ten opzichte van de eenzaamheid na de vorige levensverandering (een kleiner wordend netwerk op leeftijd 72) stijgt eenzaamheid met gemiddeld 1,1 punten. De stip-pellijn verbindt de punten tot een gemiddelde levensloop.

Figuur 4.3

Levensveranderingen en verandering in gemiddelde eenzaamheid naar leeftijd (in scores op schaal 0-11, n = 4.077 ondervraagden met 16.425 waarnemingen)



Bron: VU (LASA '92-'16)

Naast partnersverlies heeft verlies in het netwerk effect op eenzaamheid. Het netwerk van veel ouderen krimpt. Gemiddeld heeft een 55-jarige 16,2 personen, een 75-jarige 14,5, en een 95-jarige 9,9 personen in het netwerk. Bij een gemiddeld verlies van ruim zes netwerkleden in veertig jaar is er ongeveer 0,1 punten toename in eenzaamheid (zie tabel 4.2). Af en toe komt een verlies van twintig personen of meer voor. De toename in eenzaamheid is dan ongeveer 0,2 punten.

De resultaten van verandering in netwerkdiversiteit – de variatie in de sociale rollen en typen relaties in het netwerk – zijn ongeveer even groot als die van netwerkvang. Verlies van diversiteit in het netwerk geeft een stijging in eenzaamheid van 0,1 punten. Tussen twee waarnemingen verliest 18% hun dagelijks netwerkcontact. Het gevolg is een toename van 0,3 eenzaamheidspunten. Sommige ondervraagden (7%) maken naast partnersverlies twee of drie netwerkveranderingen mee. Voor hen kunnen de punten waarmee eenzaamheid stijgt, opgeteld worden: hun eenzaamheid stijgt dan 1,3 tot 1,6 punten.

Gedurende de tweede levenshelft ervaren ouderen minder regie.⁸ Dit leidt tot sterkere eenzaamheid, namelijk een stijging van 0,1 punt wanneer we een 55-jarige twintig jaar volgen tot in het 75^e levensjaar. De stijging is 0,3 punten wanneer we een 75-jarige twintig jaar volgen. Wanneer mensen in het dagelijks leven afhankelijk worden van professionele zorg, stijgt de eenzaamheid met 0,3 punten.

Een slechtere gezondheid hangt samen met sterkere eenzaamheid. Over veertig jaar, tussen 55 en 95 jaar, geeft verlies in fysiek functioneren een toename in eenzaamheid van 0,2 punten. Gehoorverlies leidt tot een toename met 0,1 eenzaamheidspunten. Ook een minder positieve beoordeling van de gezondheid in het algemeen leidt tot stijgende eenzaamheid. Dit effect is echter minder dan 0,05 punten.

Van de ondervraagde ouderen verhuisde 7% naar een woonzorgcentrum. Direct na deze verhuizing waren zij gemiddeld 85 jaar oud. De verhuizing leidt gemiddeld tot een afname van 0,6 punten op de eenzaamheidsschaal.⁹ Dit effect is er alleen wanneer de verhuizing naar een woonzorgcentrum samengaat met een ernstig gezondheidsverlies.

Verlies aan inkomen is van belang. Ook dit eenzaamheidseffect, een toename van eenzaamheid met 0,1 punten bij een inkomensverlies van € 640 netto-inkomen per maand, is er alleen wanneer ook andere gebeurtenissen optreden.

4.4 Discussie

Samengevat worden veel ouderen eenzamer. Deze toename is vooral te verklaren door de verliezen die in deze levensfase optreden, zoals partnerverlies, verliezen in het netwerk en verlies van regie. De literatuur wijst op de belangrijke rol die gezondheidsverlies speelt bij toenemende eenzaamheid. Onze analyse laat echter zien dat gezondheidsverlies een beperkte rol speelt. Ook het belang van inkomensverlies is niet groot. We vonden één opmerkelijke verlaging van eenzaamheid, namelijk door verhuizing naar een woonzorgcentrum van oude ouderen met ernstige gezondheidsproblemen.

Van alle veranderingen heeft partnerverlies het grootste effect. Daarnaast zijn verliezen in het netwerk op diverse manieren gerelateerd aan toenemende eenzaamheid. Partnerverlies en andere verliezen in het netwerk overkomt velen. Vaak wordt netwerkverlies veroorzaakt door overlijden van netwerkleden, maar andere oorzaken zijn ook mogelijk. Verliezen in het netwerk zijn van minder belang als het netwerk groot is. Het beschermt tegen eenzaamheid als mensen met een groot en gevarieerd netwerk de tweede levenshelft ingaan. Dan leidt ook een aanzienlijk netwerkverlies niet snel tot een klein netwerk. Naast verliezen in het relatienetwerk is vooral het verlies aan regie gerelateerd aan toename van eenzaamheid. We onderzochten twee factoren voor regie, namelijk ervaren regie en het afhankelijk worden van professionele zorg. Beide laten zien dat grip hebben op het eigen leven en de directe omgeving belangrijk is voor minder eenzaamheid. In hoofdstuk 2 stelden we dat mensen met een lage ervaren regie weinig doen om hun sociale contacten te behouden of te verbeteren. Veranderingen in regie en afhankelijk worden van zorg hebben echter onafhankelijk van veranderingen in het netwerk effect op eenzaamheid. Een verhuizing naar een woonzorgcentrum (verzorgingshuis of verpleeghuis) beschermt ouderen tegen eenzaamheid. Deze verhuizing vindt plaats op een relatief hoge leeftijd. Een indicatie voor verhuizing wordt alleen gegeven bij ernstige beperkingen en problemen met gezondheid en welbevinden. Zo is eenzaamheid een van de factoren waardoor men verhuist naar een woonzorgcentrum. Tijhuis et al. (1999) vonden veel eenzaamheid onder bewoners van een verpleeghuis. Zij suggereerden dat de verhuizing een sterkere eenzaam-

heid veroorzaakte. Onze analyse is anders van opzet en vergelijkt de situatie voor en na de verhuizing. De resultaten zijn tegengesteld aan die van Tjihuis et al. Wij vinden minder eenzaamheid na de verhuizing naar een woonzorgcentrum. Dit effect is er alleen wanneer we vergelijken met een oudere die zelfstandig blijft wonen en anderszins dezelfde kenmerken heeft. Dit wijst op het belang van geborgenheid, dagelijkse verzorging en gezamenlijk eten in een woonzorgcentrum (Bloem en Van Tilburg 2006). De mogelijkheid om naar een woonzorgcentrum te verhuizen en het karakter van die voorziening zijn sterk veranderd in de afgelopen twintig jaar. Het volgende hoofdstuk gaat specifiek in op de eenzaamheid van bewoners van woonzorgcentra.

Noten

- 1 De longitudinale analyses waarop deze conclusies zijn gebaseerd, onderscheiden geen verschillen tussen ondervraagden en ook geen verschillen tussen de situatie van de ondervraagde op verschillende momenten in de tweede levenshelft.
- 2 De Longitudinal Aging Study Amsterdam wordt uitgevoerd door de Vrije Universiteit en het vu medisch centrum. LASA is mede mogelijk gemaakt door subsidie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, directie Langdurige Zorg. De dataverzameling in 2012-2013 is financieel ondersteund door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (nwo) in het kader van het project 'New cohorts of young old in the 21st century' (dossiernummer 480-10-014).
- 3 We berekenen deze gemiddelden op basis van een regressiemodel (zie tabel B4.1 in bijlage B4).
- 4 Er is een versnelling in de stijging van het gemiddelde. In de eerste jaren is de stijging geringer dan in latere jaren. Vanaf de gemiddelde eenzaamheid van 1,4 punten voor 55-jarige ouderen loopt de sterkte van eenzaamheid op. Zeventien jaar later is de gemiddelde score met 0,5 punten gestegen. Weer zeven jaar later is er een verdere stijging met 0,5 punten. Zes, vijf en drie jaar later is het gemiddelde steeds weer 0,5 punten hoger. Na veertig jaar, op 95-jarige leeftijd, is de gemiddelde score 4,1 punten.
- 5 In 17% van de waarnemingen blijkt dat de ondervraagde zijn of haar partner in de voorgaande drie jaar heeft verloren. Voor ruim driekwart is dit door overlijden.
- 6 Als we alleen kijken naar overlijden, is de achterblijvende partner gemiddeld 75 jaar.
- 7 In bijlage B4 wordt tabel 4.2 toegelicht.
- 8 De schaal die ervaren regie meet, heeft een bereik van 5 tot 25. De gemiddelde score is 18,3 voor een 55-jarige, 17,3 voor een 75-jarige en 14,4 voor een 95-jarige.
- 9 Dit effect is er alleen in het regressiemodel waar de andere lagen zijn meegenomen. Als we deze niet meenemen (resultaten niet getoond), is de afname slechts 0,1 punten en niet significant. Het eenzaamheidsverminderende effect van een verhuizing naar een woonzorgcentrum is er dus alleen als er bijvoorbeeld een ernstig gezondheidsverlies is.

5 Eenzaamheid in verpleeghuizen

Cretien van Campen

5.1 Beelden van eenzaamheid in verpleeghuizen

Eenzaamheid wordt vaak in een adem genoemd met ouderen in verpleeghuizen. In een jaar tijd verschenen ruim tachtig nieuwsberichten waarin eenzaamheid op een of andere manier geassocieerd werd met het verblijf in een verpleeghuis.¹ In de nieuwsartikelen gaat het over verpieteren achter de geraniums, het ‘monster van de eenzaamheid’ buiten de deur houden, het ontbreken van zingeving naast bad, brood en bed in de huizen. Veelal gaat het over kwaliteit van leven en niet over eenzaamheid alleen. Dat zien we ook in de projecten die gestart zijn in het kader van de door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) geïnitieerde beweging Waardigheid en trots (zie bv. www.waardigheidentrots.nl). Een groot aantal van de honderden projecten beoogt de kwaliteit van leven van bewoners te verbeteren. Het huidige kabinet heeft het bestrijden van eenzaamheid bij ouderen tot een van de speerpunten van het beleid gemaakt (TK 2017/2018a).

Uit onderzoek is nog weinig bekend over eenzaamheid in verpleeghuizen, en de resultaten van de weinige studies zijn niet eenduidig (zie hoofdstuk 2). In sommige studies blijken ouderen in een verzorgings- of verpleeghuis eenzamer te zijn dan zelfstandig wonende ouderen (Prieto-Flores et al. 2011; Pinquart en Sörensen 2001; Tjihuis et al. 1999). In andere onderzoeken zijn geen verschillen gevonden (Bondevik en Skogstad 1996; Dykstra et al. 2005).

In dit hoofdstuk onderzoeken we de eenzaamheid van bewoners van verpleeghuizen en verzorgingshuizen aan de hand van de volgende vragen: Hoe eenzaam zijn bewoners van verpleeghuizen en verzorgingshuizen? En welke factoren hangen samen met hun eenzaamheid?

Verpleeghuizen en verzorgingshuizen

De grenzen tussen verpleeghuizen en verzorgingshuizen zijn langzaam vervaagd en sinds de hervorming van de langdurige zorg zijn veel verzorgingshuizen gesloten. In dit hoofdstuk spreken we soms over ‘verpleeghuizen’ en daarmee bedoelen we dan ook de nog bestaande verzorgingshuizen.²

Hoe het met de eenzaamheid gesteld is in Nederlandse verpleeghuizen hebben we aan de bewoners gevraagd. We hadden het ook aan familie, verzorgenden of directies kunnen vragen, maar dan krijg je andere verhalen. Principieel vinden we dat bewoners het beste kunnen oordelen over hoe eenzaam ze zijn. Dat geeft wel een praktisch probleem. Een deel van de bewoners kan vanwege ernstige cognitieve beperkingen (vaak veroorzaakt door dementie) niet geïnterviewd worden.

Tussen april 2015 en april 2016 voerde het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) samen met het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) het onderzoek naar ouderen in instellingen (OII) uit. Onderwerp van onderzoek was de leefsituatie van personen van 55 jaar en ouder die langdurig verblijven in een verzorgingshuis of verpleeghuis. In dit onderzoek onder 1600 ouderen konden 958 bewoners zelf geïnterviewd worden. Dat is 55% van de totale steekproef. Deze mensen gaven antwoorden op vragen over hun persoonlijke leven maar ook over het leven in het verpleeghuis in het algemeen. Hun antwoorden geven daarmee een breder beeld dan dat van hun eigen leven.

Tabel 5.1 toont de kenmerken van de steekproef van geïnterviewde verpleeghuisbewoners. Dit zijn mensen met overwegend ernstige lichamelijke problemen (74%), maar ook psychische problematiek (28%) en geheugenklachten (38%). (Beginnende) dementie kwam slechts bij 4% voor. Op dit laatste kenmerk verschilt deze groep sterk van de totale steekproef van de populatie van langdurige bewoners van verpleeghuizen en verzorgingshuizen (Verbeek-Oudijk en Van Campen 2017). Verder komen zeer ernstige beperkingen minder voor bij de ondervraagden. Op andere kenmerken wijken ze weinig af van de totale steekproef van het onderzoek.

Tabel 5.1

Kenmerken van de ondervraagde en alle bewoners van verpleeghuizen en verzorgingshuizen van 55 jaar en ouder (in procenten)

	ondervraagde bewoners (n = 958)	alle bewoners (n = 1601)
man	28	27
vrouw	72	73
burgerlijke staat		
gehuwd	16	19
gescheiden	9	9
weduwe/weduwnaar	61	62
nooit gehuwd geweest	14	11
opleiding		
hooguit lager onderwijs	44	43
lbo, mulo	34	39
mms, hbs, mbo, hbo, universiteit	22	19
lichamelijke beperkingen ^a		
niet beperkt	4	2
licht beperkt	8	5
matig beperkt	15	11
ernstig beperkt	47	43
zeer ernstig beperkt	27	39

Tabel 5.1
(Vervolg)

	ondervraagde bewoners (n = 958)	alle bewoners (n = 1601)
cognitieve beperkingen		
geen geheugenklachten	49	28
soms geheugenklachten	10	8
vaak geheugenklachten	38	25
dementie vastgesteld	4	40
psychische klachten ^b	28	28

a Gemeten met de SCP-schaal voor fysieke beperkingen (zie Verbeek-Oudijk & van Campen 2017).

b Gemeten met de Mental Health Inventory 5 (MHI5) (zie CBS 2015b).

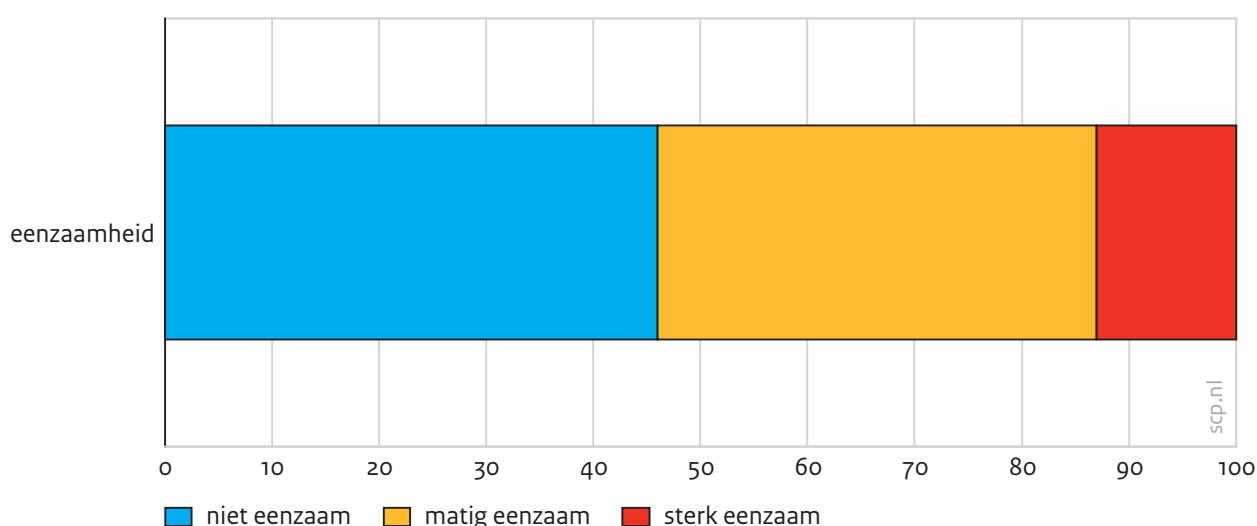
Bron: SCP/CBS (O11'15/'16)

5.2 Prevalentie

Een eerste vraag die we onderzochten was: hoe eenzaam zijn bewoners van verpleeghuizen? Op basis van de verkorte versie van de eenzaamheidsschaal (zie hoofdstuk 1 en bijlage B1A) is de eenzaamheid onder bewoners vastgesteld die geïnterviewd konden worden. Figuur 5.1 toont percentages eenzamen onder de ondervraagde bewoners. Ongeveer 13% van de ondervraagde bewoners voelt zich sterk eenzaam en 41% matig eenzaam.

Figuur 5.1

Eenzaamheid onder ondervraagde bewoners in verpleeghuizen en verzorgingshuizen (in procenten, n = 947)



Bron: SCP/CBS (O11'15/'16)

5.3 Relevante factoren

Om de vraag te beantwoorden welke factoren samenhangen met eenzaamheid zijn we uitgegaan van het lagenmodel (zie hoofdstuk 2). Niet alle factoren van het model zijn in het OII gemeten. Per laag zijn de volgende factoren gemeten en opgenomen in het regressiemodel (tabel 5.2):

- 1 *persoonlijk contact*: hebben van partner, frequentie van netwerkcontacten, gebruik van sociale media;
- 2 *sociaal-demografisch*: burgerlijke staat;
- 3 *gezondheid*: fysieke beperkingen, psychische klachten, ervaren regie over het leven;
- 4 *demografisch*: sekse, leeftijd, opleiding.

Uit de analyse (tabel 5.2) komen een aantal bepalende factoren naar voren. Verpleeghuisbewoners zijn bijvoorbeeld eenzamer naarmate ze meer psychische klachten ervaren en wanneer ze hoogopgeleid zijn. Ze zijn minder eenzaam als zij een partner hebben, meer sociale contacten hebben, ouder zijn en meer regie over het leven ervaren. Dat verpleeghuisbewoners minder eenzaam zijn wanneer ze ouder zijn is onverwacht. Hier gaan we in paragraaf 5.4 verder op in. Ook worden opleidingsniveau, partnerstatus, mentale gezondheid, ervaren regie en frequentie van sociale contacten in de volgende paragraaf nader bekeken.

Tabel 5.2

Regressiemodel³ van factoren in relatie met eenzaamheid^a onder ondervraagde bewoners in verpleeghuizen en verzorgingshuizen (in coëfficiënten, n = 958)

	coëfficiënt ^b
sociale contacten	
heeft partner	-0,45
frequentie contacten sociaal netwerk	-0,40
gebruikt sociale media	-0,50
gezondheid	
psychische klachten	1,26
ervaren regie over het leven	-0,09
sociale demografie	
leeftijd	
55-74 jaar (ref.cat.)	
75-84 jaar	-0,54
≥ 85 jaar	-0,59
opleidingsniveau	
hooguit lager onderwijs (ref.cat.)	
lbo, mulo	0,13
mms, hbs, mbo, hbo, universiteit	0,43
constante	2,98

- a De eenzaamheidsscore loopt van 0 (laag) tot 5 (sterk). In de tabel zijn alleen de variabelen weergegeven waarbij in een van de lagen een significante relatie werd gevonden met de mate van eenzaamheid. Voor fysieke beperkingen en geslacht werd geen significante relatie gevonden. Zie voor de volledige tabel B5.2 in bijlage B5.
- b Significante coëfficiënten ($p < 0,05$) zijn vetgedrukt.

Bron: SCP/CBS (011'15/'16)

5.4 Factoren nader bekeken

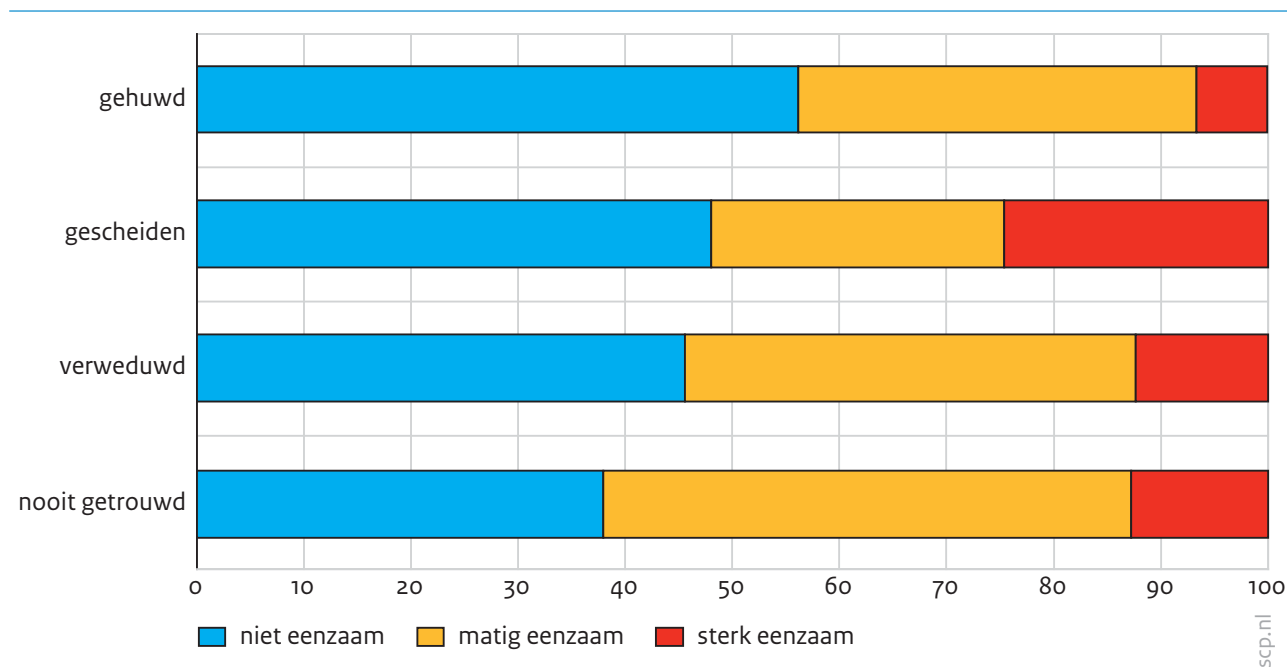
Partner

Het hebben van een partner en samenwonen zijn belangrijke buffers tegen eenzaamheid (zie ook hoofdstuk 2). Verpleeghuisbewoners zijn vaak alleenstaand en degenen met een partner wonen vaak niet samen.⁴ De meerderheid van de bewoners is weduwe of weduwnaar. Ongeveer een vijfde is getrouwd of heeft een partner. Als er een partner aanwezig is, woont deze in bijna de helft van de gevallen nog zelfstandig. Bijna een derde van degenen met een partner woont samen met die partner in hetzelfde appartement of dezelfde kamer, en ongeveer een zesde woont wel in dezelfde instelling maar in een andere kamer

(Verbeek-Oudijk en Van Campen 2017). Figuur 5.2 geeft een beeld van de eenzaamheid naar burgerlijke staat.⁵

Figuur 5.2

Eenzaamheid onder ondervraagde bewoners in verpleeghuizen en verzorgingshuizen naar burgerlijke staat (in procenten, n = 947)



Bron: SCP/CBS (011'15/'16)

Mensen die gehuwd zijn, zijn in het algemeen minder eenzaam en mensen die gescheiden zijn juist eenzamer. Onder gescheiden verpleeghuisbewoners is de prevalentie van sterke eenzaamheid bijna tweemaal zo hoog als het gemiddelde van alle bewoners (25% versus 13%). Onder gehuwde personen⁶ bijna tweemaal zo laag (7% versus 13%). Opmerkelijk is dat de eenzaamheid onder verweduwde bewoners rond het gemiddelde ligt (12% versus 13%) en niet lager, zoals men zou verwachten.

Sociale contacten

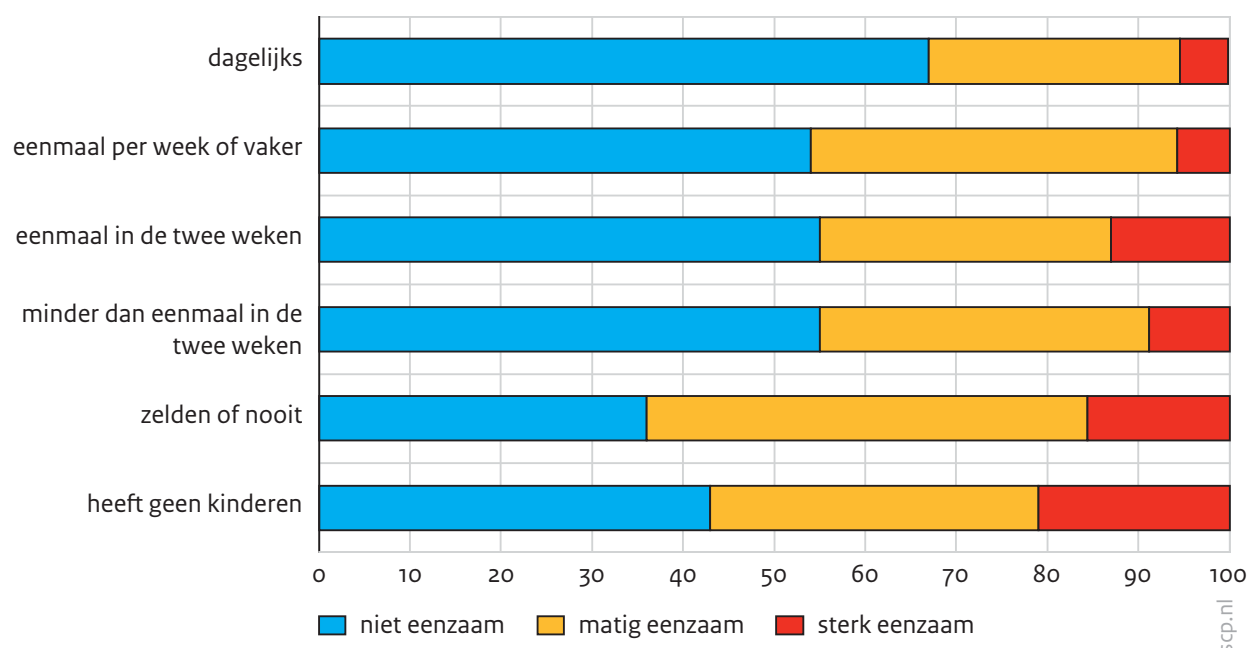
Mensen die meer en vaker sociale contacten hebben zijn over het algemeen minder eenzaam, zo blijkt uit de onderzoeksliteratuur (zie hoofdstuk 2). Verpleeghuisbewoners hebben in vergelijking met zelfstandig wonende ouderen weinig contacten. De meeste bewoners krijgen regelmatig bezoek, maar gaan zelf zelden of nooit op bezoek. Ongeveer twee derde van de oudere verpleeg- en verzorgingshuisbewoners krijgt minstens eenmaal per week bezoek, en een op de zeven bewoners krijgt zelden of nooit bezoek. Ruim een derde van de huidige bewoners gaat wel eens op visite, en ruim een op de tien bewoners doet dat ten minste eenmaal per twee weken (Verbeek-Oudijk en van Campen 2017). Bewoners zien partners en kinderen minstens wekelijks. Over het algemeen zien de bewoners hun familieleden uit de binnenste laag van hun sociale netwerk geregeld. De bewoners met een partner zien hun partner in vrijwel alle gevallen dagelijks of wekelijks.

Datzelfde geldt iets minder vaak voor kinderen en kleinkinderen. Bijna 80% van de verpleeg- en verzorgingshuisbewoners heeft kinderen en kleinkinderen. In 2015 krijgt ruim 60% van de bewoners ten minste een keer per week bezoek van kinderen of kleinkinderen. Ongeveer 12% van de bewoners ziet hun kinderen niet vaak: minder dan eens per twee weken (7%) of zelden of nooit (5%) (Verbeek-Oudijk en Van Campen 2017).

Telefonisch contact hebben de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen niet vaak. Ruim de helft van de bewoners met kinderen heeft zelden of nooit telefonisch contact met hen. Dit aandeel is nog hoger bij de overige sociale relaties. Bellen kan dan ook lastig zijn voor ouderen, vooral als er sprake is van dementie, hardhorendheid of als men kampt met de gevolgen van een beroerte. De modernere, nieuwere vormen van communicatie komen nauwelijks voor onder de instellingsbewoners. Slechts 4% van hen gebruikt wel eens e-mail of sociale media om contact te hebben met hun kinderen, overige familieleden of vrienden (Verbeek-Oudijk en Van Campen 2017).

Figuur 5.3

Eenzaamheid onder ondervraagde bewoners in verpleeghuizen en verzorgingshuizen naar frequentie van contacten met kinderen en kleinkinderen^a (in procenten, n = 948)



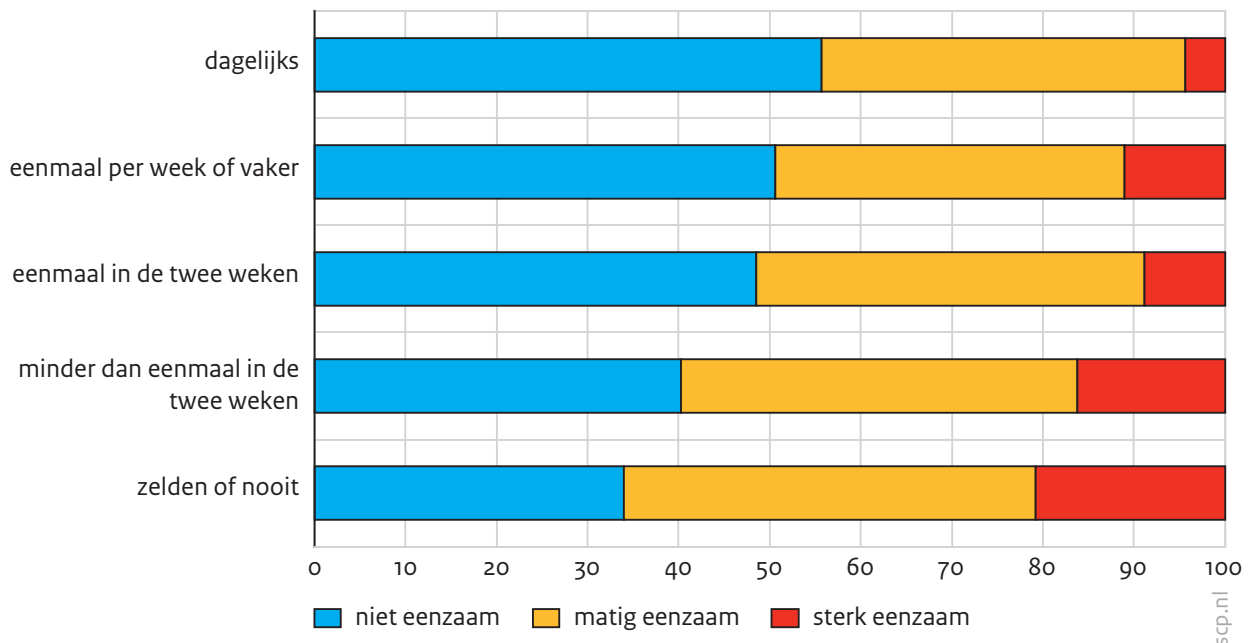
a De vraag aan de bewoners luidde: Hoe vaak ziet u uw kinderen of kleinkinderen?

Bron: SCP/CBS (011'15/'16)

In welke mate hangen de frequentie en aard van sociale contacten samen met de eenzaamheid van verpleeghuisbewoners? De figuren 5.3 en 5.4 tonen dat er een verband is tussen de frequentie van bezoek van kinderen en andere familie enerzijds en de mate van eenzaamheid anderzijds. 6% van de ondervraagde bewoners heeft wel eens contact via digitale berichtjes zoals e-mail, Facebook of sms'jes. In deze groep is het percentage sterk eenzamen kleiner (4%) dan gemiddeld (13%).

Figuur 5.4

Eenzaamheid onder ondervraagde bewoners in verpleeghuizen en verzorgingshuizen naar frequentie van bezoek van buiten^a (in procenten, n = 948)



a De vraag aan de bewoners luidde: Hoe vaak komen mensen van buiten bij u op bezoek?

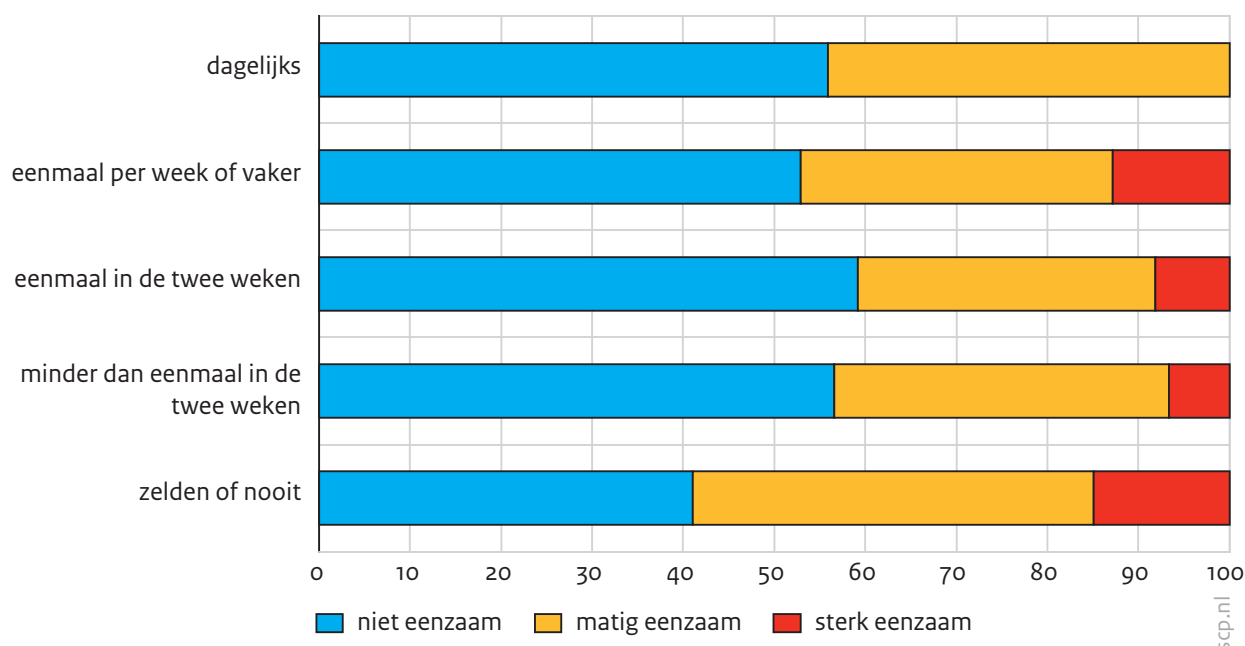
Bron: scp/cbs (011'15/'16)

Ook onderzochten we of het erop uitgaan en met name het afleggen van bezoeken buitenshuis een relatie heeft met eenzaamheid. Figuur 5.5 toont dat mensen die vaker buiten het huis bij iemand op bezoek gaan zich minder eenzaam voelen. Bewoners die dagelijks bij iemand buiten het huis op bezoek gaan zijn zelden sterk eenzaam (0% in deze steekproef).

Of mensen wel of niet een bezoek brengen aan schouwburg, cultureel centrum, bioscoop, bibliotheek of museum heeft geen verband met eenzaamheid. Ook het bezoek aan park of tuin maakt niet uit. Datzelfde geldt voor het bezoek naar buiten aan café, restaurant, buurthuis of clubhuis (niet in figuur).

Figuur 5.5

Eenzaamheid onder ondervraagde bewoners in verpleeghuizen en verzorgingshuizen naar frequentie bezoek buiten het huis^a (in procenten, n = 947)



a De vraag aan de bewoners luidde: Hoe vaak gaat u bij mensen buiten het huis op bezoek?

Bron: SCP/CBS (011'15/'16)

Ervaren regie

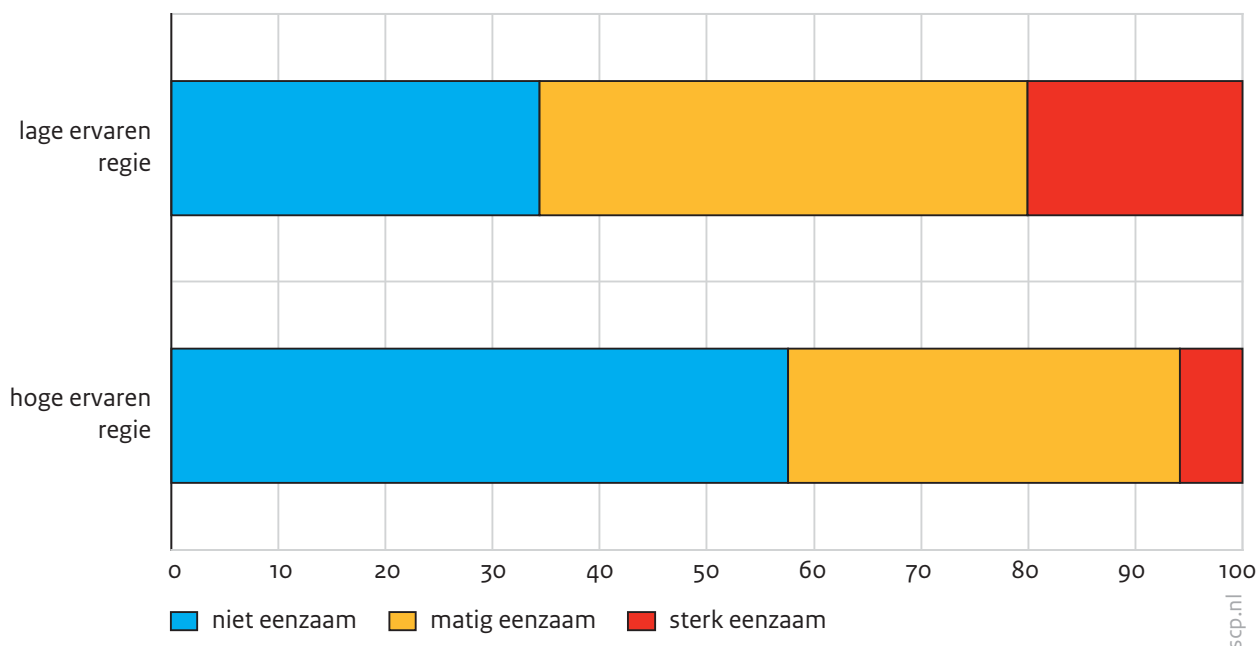
De mate waarin een bewoner regie ervaart over haar of zijn leven is een voorspeller van eenzaamheid. Mensen die meer regie ervaren voelen zich minder eenzaam dan mensen die het gevoel hebben dat het leven hun overkomt en dat ze er weinig invloed op kunnen uitoefenen.

Verpleeghuizen kunnen in meer en mindere mate ruimte geven aan autonomie van de bewoners. De ervaren autonomie wordt voor een deel ook bepaald door de persoonlijkheid en de vaardigheden van de bewoners (Van Campen en Verbeek-Oudijk 2017). Behalve via vragen over assertiviteit is met een wetenschappelijk meetinstrument bepaald in welke mate bewoners regie of controle over hun leven ervaren (de zogenoemde *mastery scale*⁷, zie bijlage B5). Personen die meer dan gemiddelde regie over hun leven ervaren voelen zich meester over hun doen en laten, terwijl personen met een lager dan gemiddelde regie ervaren dat het leven hun overkomt. Ze hebben het gevoel er minder invloed op te hebben.

In figuur 5.6 onderscheiden we twee groepen bewoners, een met een lage en een met een hoge ervaren regie over het leven. Mensen die meer regie ervaren over het leven blijken minder vaak eenzaam te zijn. De groep sterk eenzamen is meer dan driemaal kleiner (6% versus 20%) en ook het aandeel matig eenzamen is beduidend lager (37% versus 45%).

Figuur 5.6

Eenzaamheid onder ondervraagde bewoners in verpleeghuizen en verzorgingshuizen naar meer en minder ervaren regie over het leven^a (in procenten, n = 955)



a Gemeten met de mastery-schaal (Deeg 2010; zie bijlage B5).

Bron: SCP/CBS (011'15/'16)

Opleiding, inkomen en gezondheid

Hoogopgeleiden ervaren gemiddeld een sterkere eenzaamheid dan laagopgeleiden.

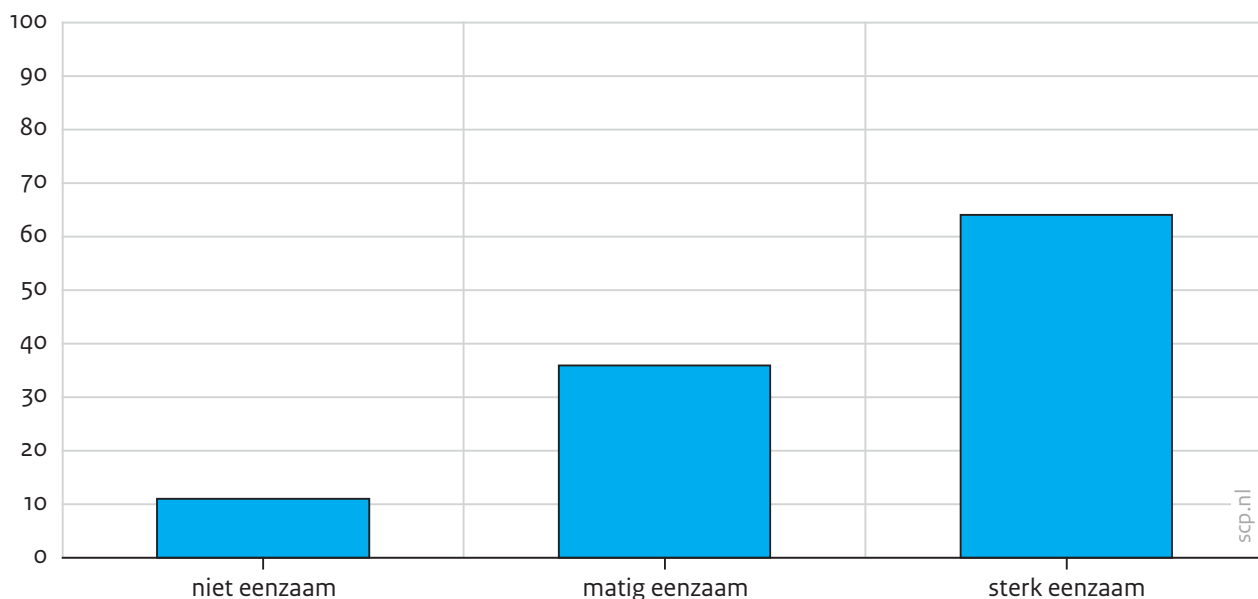
In verpleeghuizen wonen overwegend laagopgeleiden. Mogelijk voelen hoogopgeleiden zich minder thuis in de cultuur van verpleeghuizen.

Voor de mate van lichamelijke functiebeperkingen vonden we geen significante verschillen in eenzaamheid (zie tabel 5.1). Een mogelijke verklaring is dat vrijwel alle ondervraagde bewoners (zeer) ernstige lichamelijke functiebeperkingen hebben. Door de geringe variatie in beperkingen onder bewoners is het dan lastig een statistisch verband te vinden (Verbeek-Oudijk en Van Campen 2017).

Ervaren psychische klachten zijn bevraagd met de Mental Health Inventory (MHI-5, zie bijlage B5). Twee derde van de sterk eenzamen ervaart psychische klachten. Dat aandeel is veel hoger dan bij de niet-eenzamen, van wie slechts een op de tien psychische klachten ervaart (figuur 5.7).

Figuur 5.7

Ervaren psychische klachten^a naar mate van eenzaamheid onder ondervraagde bewoners in verpleeghuizen en verzorgingshuizen (in procenten, n = 955)



a Gemeten met de MHI-5, score < 60 (zie CBS 2015b).

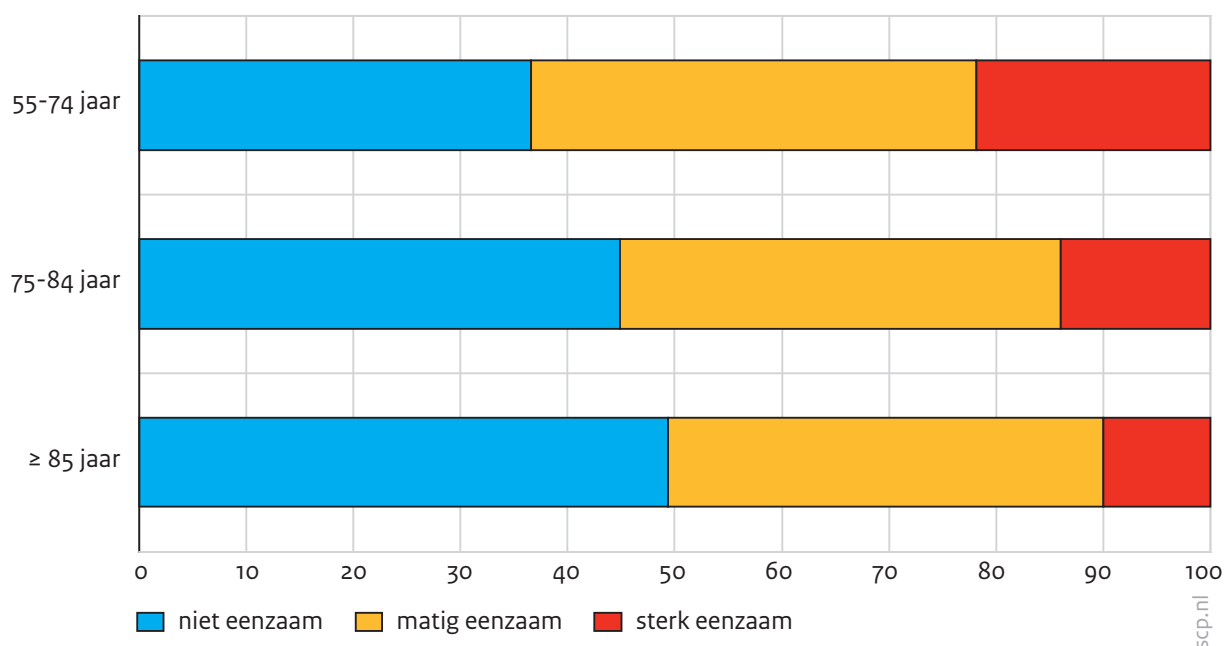
Bron: SCP/CBS (O11'15/'16)

Leeftijd

Eenzaamheid hangt samen met leeftijd, zoals we zagen in tabel 5.2 en in het literatuur-overzicht (hoofdstuk 2). In verpleeghuizen wonen overwegend hoogbejaarde mensen. De gemiddelde leeftijd van mannen is 82 jaar en van vrouwen 87 jaar. Binnen de steekproef zijn drie leeftijdsgroepen gevormd: 55-74 jaar, 75-84 jaar en 85 jaar en ouder.⁸

Figuur 5.8

Eenzaamheid onder ondervraagde bewoners in verpleeghuizen en verzorgingshuizen naar leeftijd (in procenten, n = 947)



Bron: SCP/CBS (oii'15/'16)

Verrassend is dat de oudste groep het minst eenzaam is (figuur 5.8). Vrouwen zijn gemiddeld ouder dan mannen in verpleeghuizen. Wanneer we leeftijd corrigeren voor geslacht en andere kenmerken blijft het verband tussen leeftijd en eenzaamheid significant (zie tabel 5.2).

De lagere eenzaamheid onder 85-plussers in verpleeghuizen is opmerkelijk. Onder zelfstandig wonenden neemt eenzaamheid toe met leeftijd (zie hoofdstuk 4). Leggen we de uitkomsten van een bevolkingsenquête onder zelfstandig wonende 75-plussers naast de uitkomst van ons onderzoek, dan zien we dat onder 85-plussers het aandeel eenzamen onder verpleeghuisbewoners lager ligt dan onder zelfstandig wonenden (tabel 5.3).⁹

Tabel 5.3

Eenzaamheid^a onder instellingsbewoners^b en zelfstandig wonenden in de bevolking van 75 jaar en ouder (in procenten)

	leeftijdscategorie	matig eenzaam	sterk eenzaam
zelfstandig wonenden	75-84 jaar	40	10
instellingsbewoners	75-84 jaar	41	14
zelfstandig wonenden	≥ 85 jaar	43	14
instellingsbewoners	≥ 85 jaar	41	10

a Eenzaamheid is in beide onderzoeken gemeten met de eenzaamheidsschaal (De Jong Gierveld & van Tilburg 2008, zie bijlage B1A).

b Ondervraagde bewoners van verpleeghuizen en verzorgingshuizen.

Bron: SCP/CBS (011'15/'16); GGD'en/CBS/RIVM (Gezondheidsmonitor Volwassenen'12) SCP-bewerking

5.5 Discussie

In dit hoofdstuk hebben we eenzaamheid onder bewoners in verpleeghuizen in kaart gebracht aan de hand van de vragen: hoe eenzaam zijn bewoners van verpleeghuizen en verzorgingshuizen, en welke factoren hangen samen met hun eenzaamheid? Ongeveer vijf van de tien ondervraagde bewoners in verpleeghuizen voelen zich eenzaam, van wie één sterk eenzaam en vier matig eenzaam. De eenzaamheid onder de 85-plussers in verpleeghuizen is lager dan onder de jongere bewoners. De eenzaamheid onder de verpleeghuisbewoners van 85 jaar en ouder is ook lager dan onder hun leeftijdsgenoten die zelfstandig wonen. Dat is opmerkelijk, want onder de zelfstandig wonende ouderen neemt de eenzaamheid met het klimmen der jaren toe.

We hebben specifiek gekeken naar de factoren die risico's verhogen op en/of bescherming bieden tegen eenzaamheid bij verpleeghuisbewoners. Op grond van deze studie kunnen we de volgende factoren bij verpleeghuisbewoners aanwijzen. Verpleeghuisbewoners zijn minder eenzaam naarmate ze ouder zijn, een partner hebben, meer regie over het leven ervaren en meer sociale contacten hebben. Ze zijn eenzamer als ze een slechtere mentale gezondheid ervaren en als ze hoogopgeleid zijn.

Bewoners met een hoge ervaren regie over het leven zijn minder vaak eenzaam. Er is een relatie tussen de frequentie van bezoek en/of bellen (inclusief skypen) van kinderen en andere familie enerzijds en de mate van eenzaamheid anderzijds. Proactieve mensen die vaker buiten het huis bij iemand op bezoek gaan zijn minder eenzaam.

Gezien deze factoren zou men in verpleeghuizen vooral moeten letten op de relatief jongere alleenstaande bewoners met psychische klachten, een laag zelfbeeld en weinig sociale contacten. Deze mensen lijken zich minder thuis te voelen. De medebewoners zijn gemiddeld veel ouder, zijn van een andere generatie, doen andere activiteiten, hebben een andere cultuur en het valt deze jongeren moeilijk om betekenisvolle of nauwere banden of vriendschappen aan te gaan met medebewoners. Door hun psychische klachten en lager

gevoel van regie over hun leven hebben ze minder sociale vaardigheden om contacten te leggen.

De bestrijding van eenzaamheid in verpleeghuizen lijkt dus een ander verhaal dan in wijken en buurten. De in gemeenten gangbare eenzaamheidsbestrijding gericht op fysiek kwetsbare alleenstaande hoogbejaarden zal in verpleeghuizen zijn doel waarschijnlijk missen. De hoogbejaarden zijn minder eenzaam en vrijwel iedereen is fysiek kwetsbaar en alleenstaand. De risicofactoren liggen bij deze populatie meer op het vlak van de mentale gezondheid dan bij de relatief jongere ouderen.

Een beperking van dit onderzoek naar eenzaamheid is dat het alleen uitspraken doet over mensen die geïnterviewd kunnen worden. Zoals we bij de toelichting op de samenstelling van de steekproef uit dit onderzoek in vergelijking met de totale steekproef van verpleeghuisbewoners zagen, namen mensen met zeer ernstige fysieke en cognitieve beperkingen niet deel aan het onderdeel van het onderzoek waarin eenzaamheid werd bevestigd.

Met name de bewoners met een ernstige vorm van dementie bleven buiten beschouwing. Dit is een groeiende groep in verpleeghuizen.

Een aanbeveling voor onderzoek en beleid is om te gaan bedenken hoe de eenzaamheid bij verpleeghuisbewoners met ernstige dementie in beeld gebracht kan worden. Deze mensen kunnen niet worden geïnterviewd. Hun antwoorden op de vragen zijn vaak te wispelturig om een betrouwbare score te kunnen berekenen. Ze missen vaak ook het overzicht en tijdsbesef om hun situatie en gevoelens te beoordelen. Er zijn dus andere onderzoeksmethoden nodig. Maar er is ook een ander begrip vereist. Eenzaamheid betekent mogelijk iets anders bij mensen met dementie dan bij de meeste andere mensen. Wat betekent een gemis aan sociaal contact voor hen? Op welke manier voelen zij binding met een ander persoon? Dat zijn vragen die we eerst zullen moeten beantwoorden voor we een onderzoeksmethode gaan ontwikkelen om de eenzaamheid bij mensen met dementie te meten.

Tot slot bieden de wensen van bewoners een richtsnoer voor de bestrijding van eenzaamheid. In dit onderzoek kwam naar voren dat actief zijn minder eenzaamheid geeft.

Ook kwam naar voren dat zelf op bezoek gaan beter beschermt tegen eenzaamheid dan bezoek ontvangen. Dit laatste verschil suggereert dat alleen het verhogen van sociale contacten niet voldoende is. Mogelijk zou een combinatie van leuke activiteiten met betekenisvolle contacten kunnen bijdragen aan de aanpak van eenzaamheid. Wat bewoners van verpleeghuizen betekenisvol en leuk vinden zal hen zelf gevraagd moeten worden.

Als afsluiting van het oii-interview met de bewoners werd gevraagd of zij nog iets missen in het huis en wat dan (Van Campen en Verbeek-Oudijk 2017). Uit de antwoorden bleek dat meer koffieochtenden en meer bingo niet de oplossing zijn. Men wil, zoals een bewoner het treffend verwoordde: 'Niet van dat georganiseerde carnaval met activiteiten, maar gewoon samenzijn.' Wat vaker een praatje met de eerste verantwoordelijk verzorgende, samen in de tuin zijn, samen lekker eten, een klein barretje waar je een wijntje kan drinken, samen naar buiten in een gemeenschappelijke tuin.

Bewoners geven aan dat ze een graag een praatje met het personeel maken. Maar het personeel heeft geen tijd meer om te praten, zei iemand. De sfeer ontbreekt omdat het personeel gehaast is en geen tijd heeft voor persoonlijke aandacht. Er is geen persoonlijke binding met het personeel, vertelde iemand. 'Daardoor zijn de mensen meer op zichzelf.' En een ander: 'Ze doen goed hun best in dit huis, maar gezelligheid mis ik wel.'

Noten

- 1 Search uitgevoerd in LexisNexis op de woorden 'eenzaamheid' en 'verpleeghuis', mei 2017.
- 2 De benaming van intramuraal instellingen voor langdurige zorg wisselt. Zo komt men naast verpleeghuizen en verzorgingshuizen ook andere benamingen tegen. In de voorgaande hoofdstukken werd bijvoorbeeld de term woonzorgcentra gebruikt. In Verbeek-Oudijk en Van Campen (2017) hebben we de afbakening van verpleeghuizen en verzorgingshuizen in dit onderzoek verantwoord.
- 3 Er is gecontroleerd of er geen te hoge samenhang was tussen de factoren. Factoren uit het lagenmodel (persoonlijk, gezondheid etc.) zijn per laag toegevoegd, waardoor uiteindelijk het volledige model ontstond.
- 4 Dit geldt overigens vooral voor mensen met ernstige dementie maar die niet ondervraagd zijn in dit deel van het onderzoek.
- 5 Deze cijfers beschrijven de waargenomen situatie en zijn niet gecontroleerd voor leeftijd, geslacht en andere kenmerken zoals in het regressiemodel (tabel 5.2).
- 6 De categorie 'getrouwd' omvat ook 'gescheiden van tafel en bed' en 'geregistreerd partnerschap'.
- 7 Het meetinstrument bestaat uit vijf stellingen waar men het meer of minder mee eens kan zijn. Op basis van de totaalscore zijn de ondervraagde bewoners toegewezen aan de groep die ofwel meer ofwel minder dan gemiddelde regie over hun leven ervaren (zie items in bijlage B5).
- 8 De leeftijdscategorieën zijn zo ingedeeld omdat de meeste bewoners 80-plussers zijn.
- 9 Dit verschil konden we niet toetsen omdat de percentages uit verschillende databestanden komen.

6 Eenzaamheid onder zelfstandig wonende Wmo-melders

Frieke Vonk

6.1 Eenzaamheidsonderzoek onder zelfstandig wonende Wmo-melders

In de vorige hoofdstukken lag de focus veelal op mensen in hun tweede levensfase. Eenzaamheid kan echter in alle levensfasen voorkomen en er zijn omstandigheden die de kans op eenzaamheid versterken. In dit hoofdstuk gaan we in op eenzaamheid bij mensen die een ondersteuningsbehoefte hebben op het gebied van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015.

Per 1 januari 2015 zijn de Hervorming Langdurige Zorg (HLZ) en de Wmo 2015 ingevoerd. In de HLZ is er aandacht voor de relatie tussen eenzaamheid en beperkingen. Vermindering van eenzaamheid en (meer) kwaliteit van leven wordt daarbij als een van de doelen gezien (bijlage bij TK 2012/2013b: 1). Wanneer mensen belemmeringen ervaren om deel te nemen aan de maatschappij kunnen ze een beroep doen op de gemeente. Vanuit de Wmo 2015, die onderdeel is van de HLZ, onderzoeken gemeenten vervolgens of ondersteuning nodig is, wat die zou inhouden en hoe daarin kan worden voorzien. Redzaamheid en participatie zijn hierbij als hoofddoelen geformuleerd (Staatsblad 2014: 1), met daarbij de aangrenzende doelen vanuit de HLZ: langer thuis wonen, zo min mogelijk eenzaamheid en een goede kwaliteit van leven (TK 2012/2013a).¹

Uit eerder onderzoek bleek dat zelfstandig wonende mensen die kampen met een lichamelijke of verstandelijke beperking of met langdurige psychische of psychosociale problemen vaak maatschappelijke ondersteuning of zorg nodig hebben. In 2015 kregen in Nederland ongeveer 2 miljoen 18-plussers zorg en/of ondersteuning (Verbeek-Oudijk et al. 2017). Daarnaast bleek dat eenzaamheid veel voorkomt in de groep mensen die een beroep doen op ondersteuning in het sociaal domein. Ongeveer 60% van de mensen die maatwerkvoorzieningen gebruiken in het sociaal domein rapporteert eenzaamheid, tegenover 31% van de mensen die zelf geen maatwerkvoorziening gebruiken.² Van sterke eenzaamheid is ongeveer driemaal zo vaak sprake bij mensen die maatwerkvoorzieningen gebruiken (ongeveer 17% versus 7%; Boelhouwer en Pommer 2017).³ Kijken we specifiek naar (potentiële) Wmo-gebruikers, dan zien we dat daar ook meer dan de helft eenzaam en ongeveer een vijfde sterk eenzaam is (Pommer en Boelhouwer 2016; Feijten et al. 2016; Boelhouwer en Pommer 2017). Hiermee is de eenzaamheid onder mensen die maatschappelijke ondersteuning of zorg nodig hebben hoger dan die in de algehele bevolking in 2014 en 2015 (CBS 2015a; Van Beuningen en De Witt 2016). Hoewel eenzaamheid regelmatig voorkomt, was het bijna nooit de reden om Wmo-ondersteuning aan te vragen bij de gemeenten. Minder dan een op de tien vroeg deze ondersteuning aan vanwege eenzaamheid (Feijten et al. 2016).

In dit hoofdstuk onderzoeken we eenzaamheid onder zelfstandig wonenden die zich melden voor maatschappelijke ondersteuning. We spreken hier dan over Wmo-melders.

Onder Wmo-melders verstaan we specifiek mensen met een ondersteuningsbehoefte op het terrein van de Wmo die in 2015 in contact kwamen met een gespreksvoerder, met als doel deze behoefte te vervullen (Feijten et al. 2017). We beantwoorden in dit hoofdstuk de volgende vragen: Hoe eenzaam zijn zelfstandig wonende Wmo-melders van 18 jaar en ouder? En welke factoren hangen samen met hun eenzaamheid? Om de eenzaamheid onder de Wmo-melders te onderzoeken, maken we gebruik van de dataset van het onderzoek *Zicht op de Wmo* (Feijten et al. 2017). De onderzoeksgroep bestaat uit mensen die zich eind 2015 hebben aangemeld bij een gemeente voor maatschappelijke ondersteuning en in 2016 ondersteuning ontvingen. Voor dit onderzoek zijn zelfstandig wonende Wmo-melders van 18 jaar en ouder geselecteerd.⁴

Wmo-melders

De Wmo-melders komen via verschillende kanalen bij de Wmo terecht, zoals via het sociale wijkteam, via signalering door een huisarts of een familielid, of via een fysiek, telefonisch of internetmeldpunt van de gemeente. Toch zijn er ook mensen die de kanalen naar de Wmo niet vinden, ondanks hun behoefte aan ondersteuning. Omdat er geen gegevens beschikbaar zijn over deze groep konden we die helaas niet meenemen in dit onderzoek.⁵ De groep Wmo-melders die wel deelnam aan dit onderzoek is divers en bestaat uit Wmo-melders die een formele aanvraag hebben ingediend voor een maatwerkvoorziening van de gemeente (zoals hulp bij het huishouden, begeleiding of een rolstoel) en Wmo-melders die op een andere manier zijn geholpen. De gemeente heeft hen bijvoorbeeld geholpen om hulp uit hun sociale netwerk in te schakelen (mantelzorg) of heeft verwezen naar algemene en collectieve voorzieningen zoals activiteiten in een buurthuis. Ook zijn mensen door de gemeente zelf benaderd omdat zij al ondersteuning hadden (vanuit de Wmo of eerder vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten [AWBZ]) en de gemeente hun situatie wilde 'herbeoordelen' vanwege de wetswijziging per 1 januari 2015 (Feijten et al. 2016).

Tabel 6.1 toont de kenmerken van de groep Wmo-melders uit dit onderzoek in vergelijking met de gehele bevolking. Hierbij valt op dat ruim de helft van de deelnemende Wmo-melders boven de 65 jaar is en dat dit percentage hoger is dan het percentage 65-plussers in de Nederlandse bevolking in 2016 (18%). Het grootste aandeel Wmo-melders is tussen de 74 en 84 jaar oud, terwijl in de gehele Nederlandse samenleving 6% tot deze leeftijdsgroep behoort.

Bijna twee derde is vrouw (62%), en ook dit aandeel ligt hier hoger dan in de Nederlandse bevolking (50%). Ruim de helft van de Wmo-melders heeft een lage opleiding en iets meer dan de helft woont alleen. Wanneer Wmo-melders samenwonen is dat meestal met een partner (ongeveer 70%) en meestal zonder kinderen (ruim vier vijfde van de samenwonenden). Sporadisch wonen daar nog een of meerdere ouders of een ander familielid bij. Ruim de helft van de Wmo-melders die geen partner hebben maar wel samenwonen, doet dit met kinderen. Heel soms wonen daar ook een of meer ouders bij (een op de twintig). Wanneer er geen partner of kinderen aanwezig zijn, wonen Wmo-melders meestal samen met hun ouders (ruim de helft) of met anderen die geen familie zijn.

Het overgrote deel van de respondenten is Nederlands qua etniciteit. Slechts 7% is van niet-westerse afkomst, waar dat geldt voor 12% van de algehele bevolking. Omdat de aantallen niet-westerse migranten zeer klein zijn, worden de resultaten in het vervolg van deze studie niet naar etniciteit uitgesplitst.

De meeste Wmo-melders uit het onderzoek hebben motorische problemen, een kwart ervaart psychische problemen en bijna een vijfde ervaart psychosociale problemen.

Het grootste aandeel Wmo-melders ervaart ernstige beperkingen.

Tabel 6.1

Leeftijd, geslacht, leefvorm, woonvorm en etniciteit van Wmo-melders 2015-2016, van de Nederlandse bevolking 2016 (in procenten)

		Wmo-melders 2015-2016 (n = 2.300)	bevolking 1 januari 2016 (n = 16.979.120)
geslacht			
	man	38	50
	vrouw	62	50
leeftijd ^a			
18-54 jaar	18-34 jaar	9	21
	35-54 jaar	20	28
55-74 jaar	55-64 jaar	17	13
	65-74 jaar	19	10
74-84 jaar	75-84 jaar	25	6
	≥ 85 jaar	11	2
huishoudenssamenstelling ^a			
	alleen	52	17
	met anderen	48	83
opleiding			
	laag (max. lbo)	55	33
	midden (mavo/ havo/mbo)	33	39
	hoog (hbo/wo)	12	28

Tabel 6.1

(Vervolg)

	Wmo-melders 2015-2016 (n = 2.300)	bevolking 1 januari 2016 (n = 16.979.120)
ernst van beperkingen		
geen/lichte	17	-
matige	19	-
ernstige	64	-
motorische beperkingen		
aanwezig	80	-
niet aanwezig	20	-
psychische problemen		
aanwezig	26	-
niet aanwezig	74	-
psychosociale problemen		
aanwezig	18	-
niet aanwezig	82	-

a Cijfers bevolking zijn exclusief de bewoners van zorginstellingen.

- Cijfers zijn onbekend.

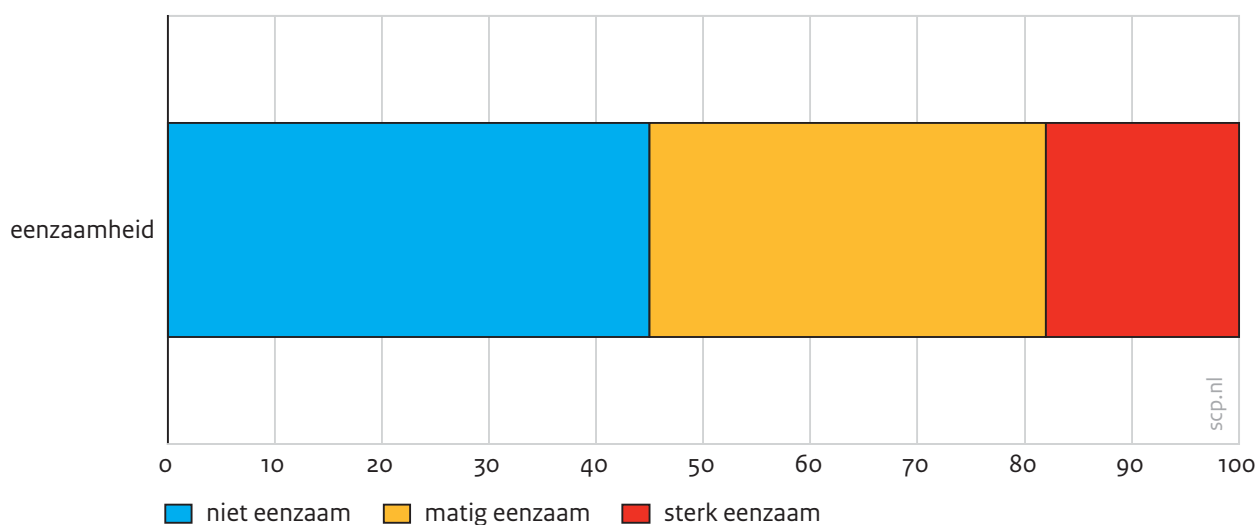
Bron: SCP (HLZ-M'16); CBS (StatLine'16)

6.2 Prevalentie

Op een schaal van 0 tot 6, waarbij een hogere score meer eenzaamheid betekent, scoren de Wmo-melders gemiddeld een 2,2. Wanneer we de score in categorieën verdelen van 'niet eenzaam' tot 'sterk eenzaam' krijgen we meer inzicht in hoe dat gemiddelde tot stand komt. Figuur 6.1 maakt duidelijk dat ruim de helft van de Wmo-melders eenzaamheid ervaart. Bij bijna twee op de vijf Wmo-melders betreft dit matige eenzaamheid en bij bijna een op de vijf sterke eenzaamheid.

Figuur 6.1

Mate van eenzaamheid naar typen van eenzaamheid onder Wmo-melders, 2016 (in procenten, n = 2004)



Bron: SCP (HLZ-M'16)

6.3 Relevante factoren

Om de vraag te beantwoorden welke factoren voor Wmo-melders samenhangen met eenzaamheid, maken we gebruik van het lagenmodel op basis van onderzoek door Hawkey et al. (2008) (zie hoofdstuk 2). Hierbij is getracht zoveel mogelijk aan te sluiten bij de aan eenzaamheid gerelateerde factoren zoals in hoofdstuk 2 beschreven. Echter, niet al die factoren zijn gemeten in het Wmo-meldersonderzoek.⁶ Per laag zijn de volgende factoren gemeten en opgenomen in het multivariate regressiemodel:⁷

- 1 *Persoonlijk contact*: alleen of samenwonen met partner en/of anderen,⁸ aantal contactbronnen waarmee minimaal wekelijks contact was (met als mogelijke contactbronnen: familie, burens, vrienden of clubleden);
- 2 *Mogelijkheden tot ontmoeting*: de mate van participatie in activiteiten,⁹ mogelijkheden om (met of zonder hulp) zelf contacten te onderhouden, werken, vrijwilligerswerk doen of mantelzorg geven;
- 3 *Weerbaarheid/mastery*: de veerkracht en mate van redzaamheid van de Wmo-melders;
- 4 *Gezondheid*: mate van beperkingen, verslechtering of verbetering van de gezondheidstoestand, aanwezigheid van vermoeidheid, motorische beperkingen, verstandelijke beperkingen en gedragsmatige, geheugen- en psychische en psychosociale problemen, visus, gehoor, ontvangen van mantelzorg en ontvangen van maatschappelijke ondersteuning;¹⁰
- 5 *Demografisch*: geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen en stedelijkheid.

Tabel 6.2 laat het definitieve model zien van factoren die een significante relatie hebben met eenzaamheid. De volledige tabel, waarin de factoren laagsgewijs worden geanalyseerd, is te vinden in tabel B6.1 in bijlage B6. Wmo-melders zijn eenzamer als ze alleen wonen, motorische en/of gezichtsbeperkingen ervaren, het afgelopen jaar een wisselende

of verslechterde gezondheidstoestand hadden, en/of vermoeidheidsklachten en/of psychische en/of psychosociale problemen hebben. Ook zijn de Wmo-melders tussen de 35 en 54 jaar minder eenzaam dan die tussen de 55 en 74 jaar.¹¹

Wmo-melders zijn minder eenzaam als ze mogelijkheden ervaren om zelfstandig of met hulp contacten te onderhouden en/of als ze meerdere bronnen van contact tot hun beschikking hebben. Deze bronnen kunnen bestaan uit familie, vrienden, kennissen, burens en/of clubgenoten met wie wekelijks contact is. Verder zijn Wmo-melders met een hogere mate van veerkracht, redzaamheid en/of participatie minder eenzaam. Wmo-melders die een maatwerkvoorziening ontvangen vanuit de Wmo zijn minder eenzaam dan de melders die deze niet of slechts deels krijgen en daarvoor (deels) zelf ondersteuning moeten regelen. Tot slot heeft de verre factor stedelijkheid invloed op de mate van eenzaamheid. Wmo-melders uit matig stedelijke gebieden zijn minder eenzaam dan Wmo-melders uit (zeer) stedelijke gebieden.

Tabel 6.2

Regressiemodel¹² van factoren in relatie met eenzaamheid^a onder Wmo-melders^b (in coëfficiënten, n = 2202)

		coëfficiënt ^b
laag		
1	alleenwonend (ref. samen)	0,48
	minimaal wekelijks contact	-0,49
2	participatie	-0,13
	contact onderhouden	
	kan het niet zelfstandig (ref.)	
	kan zelfstandig voldoende contact onderhouden	-0,77
	kan met hulp voldoende contact onderhouden	-0,70
3	veerkracht	-0,39
	redzaamheid	-0,08
4	motorische beperkingen (geen = ref)	0,31
	toestand beperking	
	stabiel (ref.)	
	verslechterd	0,14
	verbeterd	0,08
	wisselend	0,24
	vermoeid (ref. geen)	0,21
	psychische problemen (ref. geen)	0,41
	psychosociale problemen (ref. geen)	1,01
	gezichtsbeperking (ref. geen)	0,22
	heeft een mantelzorger (ref. geen)	-0,42

zoek instellingsbewoners en kinderen onder de 18 jaar tot de onderzoekspopulatie behoorden. Wellicht zijn zelfstandig wonenden meer aangewezen op ondersteuning door middel van een maatwerkvoorziening dan instellingsbewoners en kinderen.

De gevonden relatie tussen maatwerkvoorzieningen¹⁵ en eenzaamheid bij Wmo-melders is tegenstrijdig met die tussen professionele zorg en eenzaamheid bij ouderen (zie hoofdstuk 4). Bij ouderen stijgt de eenzaamheid juist wanneer er na aanvraag professionele hulp wordt ontvangen. Mogelijk kan dit verschil verklaard worden doordat Wmo-maatwerkvoorzieningen een breder aanbod van ondersteuning betreffen. Daarnaast zien we een verschil in het effect van de ontvangen professionele zorg en maatwerkvoorzieningen op de ervaren regie en de redzaamheid. Professionele zorg, die veelal op latere leeftijd wordt aangevraagd, wordt geassocieerd met een verlies aan regie, zelfredzaamheid en controle (zie hoofdstuk 2), terwijl ontvangst van maatwerkvoorzieningen bij Wmo-melders juist een vergroting van de redzaamheid laat zien (Feijten et al. 2017). Die redzaamheid of ervaren regie geeft voor zowel ouderen als verpleeghuisbewoners als Wmo-melders in meer of mindere mate een vermindering van eenzaamheid (zie ook hoofdstuk 4 en 5). Mogelijk is hier sprake van een indirect effect van de ontvangen vorm van ondersteuning op eenzaamheid. Ook kunnen andere factoren een indirect effect hebben op de invloed van de ontvangen zorg of ondersteuning, zoals de grotere kans op netwerkverlies op latere leeftijd. Indirecte effecten zijn in deze studie echter niet onderzocht.

Factoren die de sterkste relatie laten zien met eenzaamheid zijn psychosociale klachten en het niet kunnen onderhouden van contacten. Deze factoren komen bij respectievelijk 20% en 30% van de Wmo-melders voor. In hoofdstuk 2 zagen we al dat psychische klachten, afhankelijk van de aard, aan eenzaamheid gerelateerd kunnen worden. Wmo-melders is echter niet gevraagd naar de aard van hun psychische en psychosociale klachten. Dit maakt het lastig de relatie met eenzaamheid verder te onderzoeken. Depressie kan contacten met anderen bemoeilijken en daarmee eenzaamheid doen ontstaan of versterken. Ook kan eenzaamheid zelf als een psychosociaal probleem opgevat worden, wat mogelijk de sterke relatie kan verklaren.¹⁶

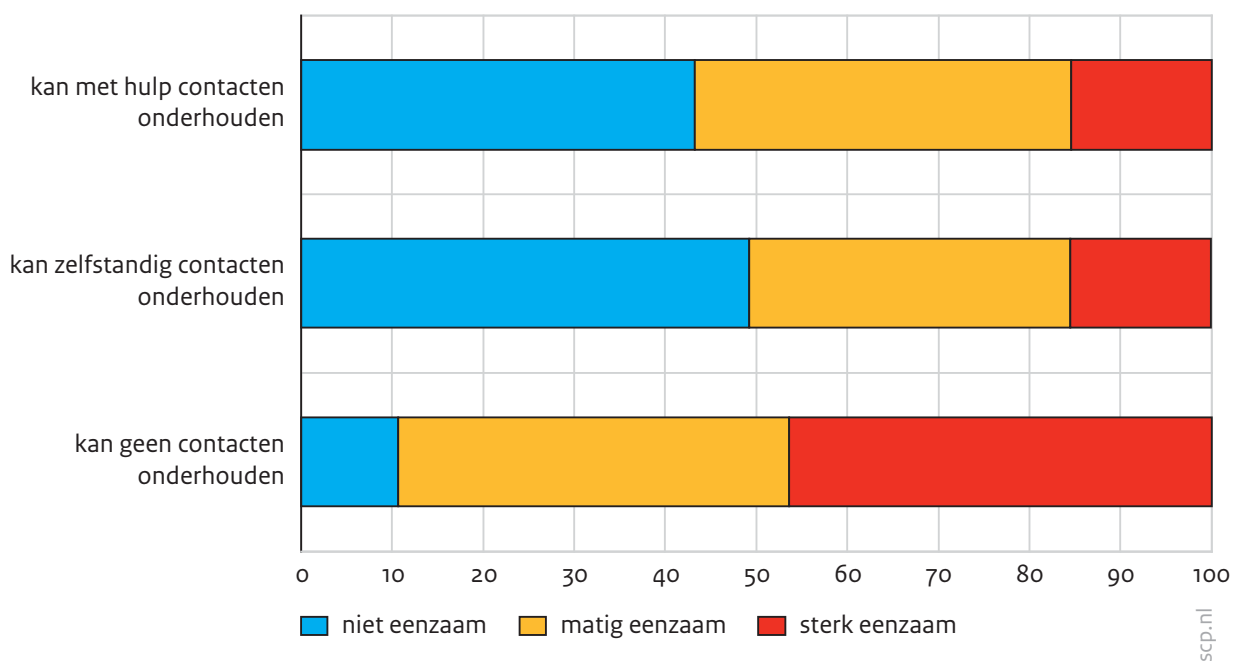
Sociale contacten

Zoals in hoofdstuk 2 is beschreven hebben mensen die meerdere contacten hebben minder kans op eenzaamheid. Een uitgebreid en gevarieerd netwerk wordt daarbij ook van belang geacht. Uit Feijten et al. (2017) blijkt dat nagenoeg alle Wmo-melders een netwerk hebben. Slechts 0,2% heeft dit niet en deze paar Wmo-melders kunnen worden aangemerkt als sociaal geïsoleerd. Het grootste aandeel van de Wmo-melders heeft echter wekelijks contacten met familie en/of vrienden en kennissen en/of burens (89%).¹⁷ De meerderheid beschikt over een redelijk gevarieerd netwerk. De meeste Wmo-melders beschikken over twee van deze bronnen van contact (ruim een derde) en ruim een kwart beschikt over drie bronnen. Toch heeft ook een kwart van de Wmo-melders slechts één bron van contact: meestal de familie (Feijten et al. 2017). Afhankelijk van de regelmaat en de kwaliteit van het contact met die ene bron ligt eenzaamheid hier mogelijk op de loer.

Het kunnen onderhouden van je netwerkcontacten is van belang om eenzaamheid tegen te gaan. Het merendeel van de Wmo-melders kan dit zelfstandig zonder hulpmiddelen (ruim 70%). Deze groep is ook minder eenzaam dan de groep die geen contacten kan onderhouden (krap 30% van de Wmo-melders). Ruim 70% van degenen die geen contact kunnen onderhouden ontvangt hiervoor hulp. Bij ruim de helft komt die hulp van gezinsleden. Ruim een derde ontvangt een maatwerkvoorziening, zoals vervoer met de regiotaxi en/of een rolstoel of scootmobiel. Ruim een kwart krijgt de hulp van familie buitenshuis en/of ontvangt formele ondersteuning van een professional. Verreweg de meeste Wmo-melders die op enige manier hulp¹⁸ ontvangen, geven aan dat het met die hulp (ruim) voldoende lukt om sociale contacten te onderhouden. Toch geeft ook een kleine groep aan dat die hulp niet tot slechts een beetje helpt (Feijten et al. 2017). Bijna de helft van deze groep Wmo-melders ervaart sterke eenzaamheid (figuur 6.2). De eenzaamheid onder de Wmo-melders die zelfstandig contacten kunnen onderhouden of dit met hulp ruim voldoende kunnen is ongeveer even groot. Opvallend is dat ook in deze groep (ruim) de helft eenzaamheid ervaart.

Figuur 6.2

Eenzaamheid naar de mogelijkheid met of zonder hulp contact te onderhouden onder Wmo-melders (in procenten, n = 1966)



Bron: SCP (HLZ-M'16)

Leeftijd

Eenzaamheid hangt samen met de leeftijd. De multivariate regressieanalyse (tabel 6.2) liet zien dat Wmo-melders tussen de 35 en 54 jaar gemiddeld minder eenzaam zijn dan die tussen 55 en 74 jaar. Bij deze berekening is de invloed van leeftijd op eenzaamheid gecorrigeerd voor alle andere factoren berekend. Wanneer we leeftijd en eenzaamheid isoleren van alle andere factoren zien we een ander beeld. Tabel 6.3 laat zien dat er nu alleen een

significant verschil in eenzaamheid is tussen de groep 55-74-jarigen en de groep 75-84-jarigen. Om dit verschil te begrijpen hebben we een verdiepende analyse gedaan naar de mogelijke oorzaken hiervan. Het omslaan van het effect van leeftijd wanneer er gecorrigeerd wordt voor alle andere factoren kan mogelijk worden verklaard door covariantie tussen leeftijd en de andere variabelen. Het effect van leeftijd op eenzaamheid wordt vooral beïnvloed door factoren uit de lagen gezondheid en persoonlijk contact. Mogelijk wordt het veranderen van de richting van het effect van leeftijd op eenzaamheid verklaard doordat ouderen meer kans hebben op gezondheidsklachten en verlies van het netwerk dan jongeren. Gezien de mogelijkheid dat factoren elkaar beïnvloeden en daarmee het effect op eenzaamheid kunnen veranderen is het van belang factoren in samenhang te onderzoeken. Indirecte effecten zijn hier niet onderzocht, maar zouden wel inzicht kunnen geven in het proces van ontstaan van eenzaamheid.

Tabel 6.3

Gemiddelde eenzaamheid naar leeftijd (ongecorrigeerd gemiddelde, n = 2004)

leeftijd	gemiddelde eenzaamheid
18-34 jaar	2,45
35-54 jaar	2,39
55-74 jaar (ref.)	2,29
75-84 jaar	1,95
≥ 85 jaar	2,14

Significante verschillen ($p < 0,05$) zijn vetgedrukt.

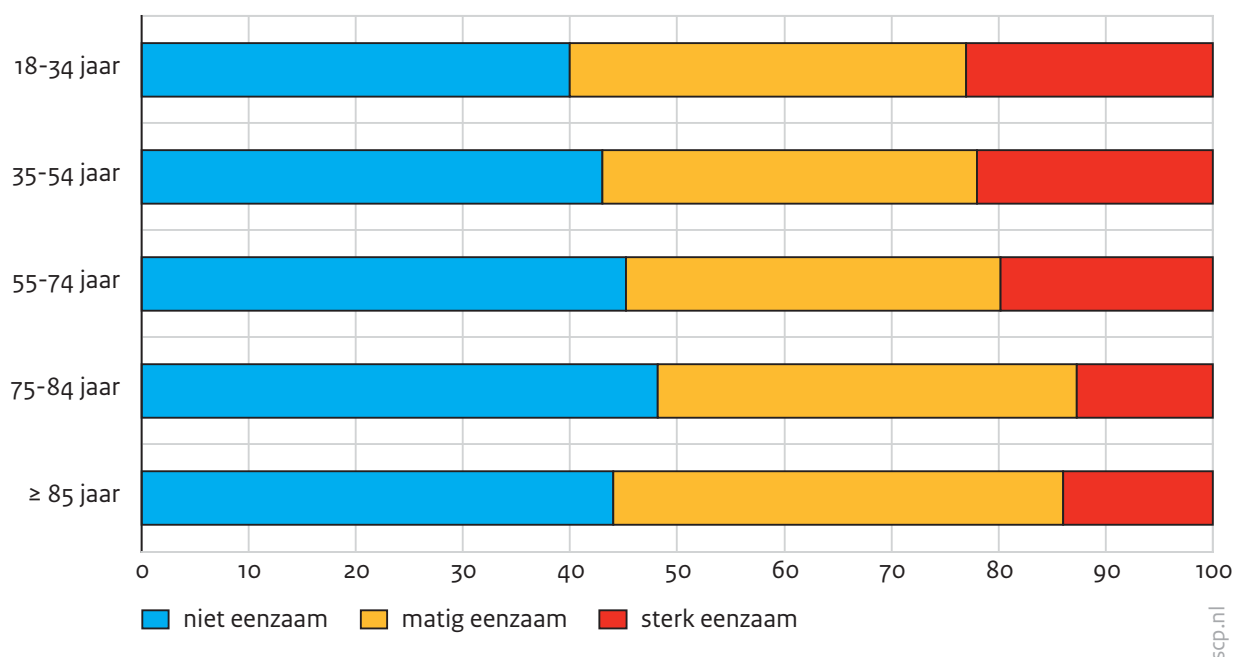
Bron: SCP (HLZ-M'16)

Om de geïsoleerde invloed van leeftijd te kunnen vergelijken met die bij de verpleeghuisbewoners en cijfers van de algehele bevolking hebben we eenzaamheid in categorieën ingedeeld (figuur 6.3). Hierbij laten de 74-85-jarigen een significant andere verdeling van eenzaamheid zien dan alle andere leeftijdscategorieën, met uitzondering van de oudste leeftijdscategorie.¹⁹ Dit verschil komt vooral door het lage aantal sterk eenzamen onder 75-84-jarigen.²⁰ Het percentage eenzame Wmo-melders in de leeftijdsgroep 75-84 komt overeen met het percentage in de algehele Nederlandse bevolking, al zijn er in de eerste groep wat meer sterk eenzamen te zien (13% vs. 10%) (Gezondheidsmonitor Volwassenen, GGD'en, CBS en RIVM, 2016).

Net als bij verpleeghuisbewoners (hoofdstuk 5) maar anders dan bij zelfstandig wonende ouderen (hoofdstuk 4) zien we bij Wmo-melders een lagere eenzaamheid in de hogere leeftijdsgroepen. Maar in de multivariate analyse, waarbij voor andere factoren wordt gecorrigeerd, blijft dat verschil voor zelfstandig wonende Wmo-melders dus niet bestaan.

Figuur 6.3

Mate van eenzaamheid naar leeftijd onder Wmo-melders (in procenten, n = 2004)



Bron: SCP (HLZ-M'16)

Kader 6.1 Sociale en emotionele eenzaamheid

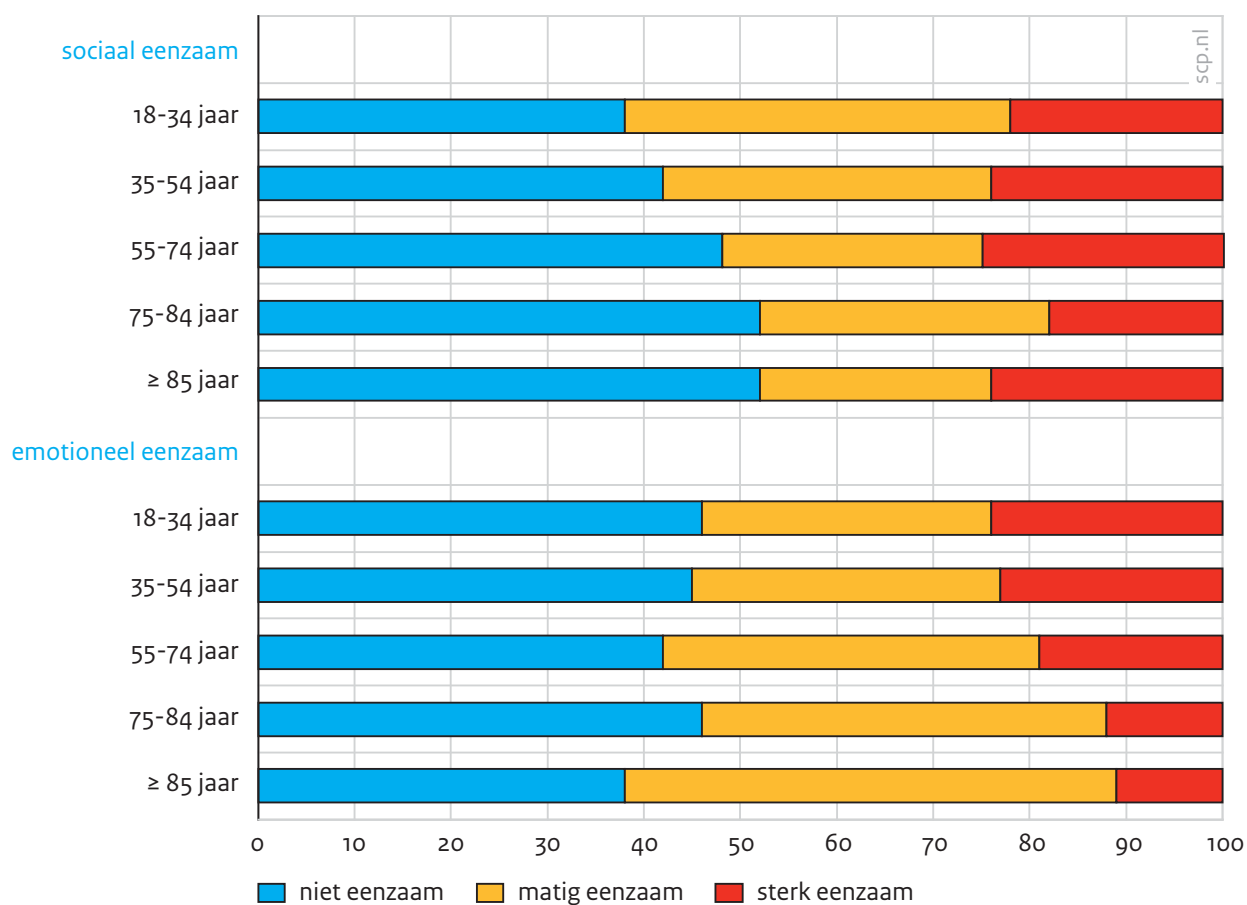
In de in dit onderzoek gehanteerde definitie van eenzaamheid (zie hoofdstuk 1) wordt onderscheid gemaakt tussen sociale en emotionele eenzaamheid. De eerste gaat uit van een ervaren tekort aan gerealiseerde contacten ten opzichte van de gewenste situatie en bij de tweede ontstaat eenzaamheid doordat een zekere gewenste mate van intimiteit niet wordt bereikt. Volgens De Jong Gierveld (2016) kunnen sommige mensen gevoeliger zijn voor sociale eenzaamheid en andere meer voor emotionele eenzaamheid. Fokkema en Van Tilburg (2006) benadrukken het belang van inzicht in de verschillende typen eenzaamheid om zo beter aansluitende interventies te kunnen ontwikkelen. Heylen (2011) onderbouwt dit door erop te wijzen dat de directe en indirecte risicofactoren voor sociale en emotionele eenzaamheid bij ouderen kunnen verschillen, waardoor deze typen eenzaamheid ook een andere aanpak vragen. De twee vormen van eenzaamheid kunnen echter ook samen voorkomen. Boelhouwer en Pommer (2017) vonden dat de emotionele eenzaamheid onder gebruikers van Wmo-voorzieningen steeg tussen 2015 en 2016 (van 17% naar 22%). Om die reden kijken we voor Wmo-melders naar hun emotionele en sociale eenzaamheid. Hoe staat het ervoor, en ervaren Wmo-melders vaker één vorm van eenzaamheid of komt de combinatie van sociale en emotionele eenzaamheid vaker voor?

Twee op de vijf Wmo-melders ervaren emotionele eenzaamheid en een op de vijf ervaart sterke emotionele eenzaamheid. Deze verdeling komt overeen met de verdeling van eenzaamheid in het algemeen. Iets minder dan drie op de tien Wmo-melders ervaren matige sociale eenzaamheid en twee op de vijf sterke.

Bij de verdeling over de leeftijdsgroepen zien we eenzelfde beeld als bij eenzaamheid in het algemeen (figuur 6.4). Zowel sterke emotionele als sterke sociale eenzaamheid komt significant minder vaak voor bij Wmo-melders van 75-84 jaar dan bij Wmo-melders in alle lagere leeftijdsklassen.

Figuur 6.4

Mate van emotionele en sociale eenzaamheid naar leeftijd onder Wmo-melders (in procenten, n = 2004)

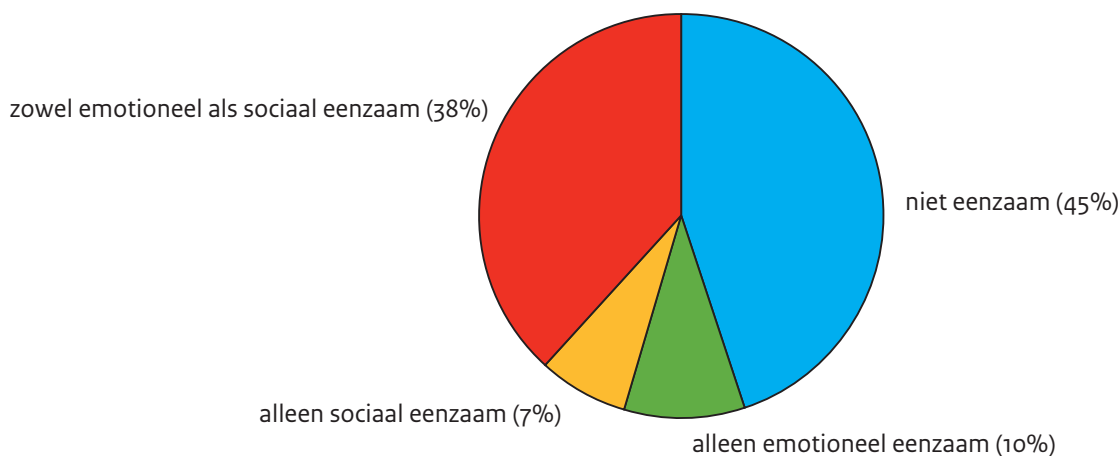


Bron: SCP (HLZ-M'16)

Figuur 6.5 laat zien dat ruim een derde van de Wmo-melders een combinatie van sociale en emotionele eenzaamheid ervaart. Slechts een klein deel ervaart alleen emotionele eenzaamheid óf sociale eenzaamheid (ongeveer een op de tien). Wanneer we de niet-eenzamen buiten beschouwing laten betekent dit dat ruim twee derde van de eenzame Wmo-melders zowel emotionele als sociale eenzaamheid ervaart.

Figuur 6.5

Prevalentie van de verschillende vormen van eenzaamheid onder Wmo-melders (in procenten, n = 2004)



scp.nl

Bron: SCP (HLZ-M'16)

Ook voor sociale en emotionele eenzaamheid is een multivariate analyse gedaan (tabel 6.4). Hieruit blijkt dat veel van de factoren zowel een significante relatie hebben met sociale als met emotionele eenzaamheid (vetgedrukt) en dat deze factoren veelal overeenkomen met de factoren voor de algehele eenzaamheid.²¹

Enkele factoren lieten in deze multivariate analyse alleen een significante relatie zien met emotionele eenzaamheid, zoals redzaamheid en vermoeidheidsklachten. Ook zijn er factoren die nu alleen een significante relatie vertonen met sociale eenzaamheid, zoals gezichtsbeperkingen, een wisselende gezondheidstoestand in het afgelopen jaar, het hebben van een mantelzorger en het wonen in een matig stedelijk gebied ten opzichte van een (zeer) stedelijk gebied. Verder zijn de Wmo-melders tussen de 55-74 jaar vaker sociaal eenzaam dan de Wmo-melders van 35-54 jaar. Wmo-melders met een middelhoge opleiding ervaren vaker sociale eenzaamheid dan Wmo-melders met een lage opleiding.

Deze multivariate analyse geeft een indicatie dat emotionele en sociale eenzaamheid deels door verschillende factoren worden bepaald. Ook al zagen we dat de twee vormen van eenzaamheid vaak samen voorkomen bij Wmo-melders, dit inzicht zou gebruikt kunnen worden bij de opsporing en aanpak van eenzaamheid.

Tabel 6.4

Determinanten van sociale eenzaamheid en emotionele eenzaamheid onder Wmo-melders
(in coëfficiënten, n = 2202)^{a, b}

	sociale eenzaamheid coëfficiënt	emotionele eenzaamheid coëfficiënt
alleenwonend (ref. samen)	0,11	0,36
minimaal wekelijks contact	-0,32	-0,17
participatie	-0,06	-0,06
contact onderhouden		
kan het niet zelfstandig (ref.)		
kan zelfstandig voldoende contact	-0,33	-0,44
onderhouden		
kan met hulp voldoende contact	-0,28	-0,42
onderhouden		
veerkracht	-0,16	-0,23
redzaamheid	-0,03	-0,05
toestand beperking		
stabiel (ref.)		
verslechterd	0,10	0,04
verbeterd	0,03	0,07
wisselend	0,16	0,09
vermoeid (ref. geen)	0,09	0,11
psychische problemen (ref. geen)	0,26	0,17
psychosociale problemen (ref. geen)	0,38	0,63
gezichtsbeperking (ref. geen)	0,18	0,05
heeft een mantelzorger (ref. geen)	-0,33	-0,08
maatschappelijke ondersteuning		
zelf opgelost (ref.)		
maatwerkvoorziening	-0,22	-0,22
maatwerkvoorziening en zelf	-0,02	-0,11
leeftijd		
55-74 jaar (ref.)		
18-34 jaar	-0,03	0,15
35-54 jaar	-0,18	-0,06
75- 84 jaar	-0,01	-0,00
≥ 85 jaar	0,05	0,04

Tabel 6.4
(Vervolg)

	sociale eenzaamheid coëfficiënt	emotionele eenzaamheid coëfficiënt
opleiding		
laag (ref.)		
midden	0,12	-0,01
hoog	0,02	-0,11
stedelijkheid		
(zeer) sterk stedelijk (ref.)		
matig stedelijk	-0,19	-0,06
weinig tot niet stedelijk	-0,05	0,04
constante	2,98	2,97

- a In de tabel zijn alleen de variabelen weergegeven waarbij in een van de lagen een significante relatie werd gevonden met de mate van sociale en/of emotionele eenzaamheid. Zie voor het volledige overzicht tabel B6.2 in bijlage B6.
- b Significante coëfficiënten ($p < 0,05$) zijn vetgedrukt.

Bron: SCP (HLZ-M'16)

6.5 Discussie

In dit hoofdstuk hebben we eenzaamheid onder zelfstandig wonende Wmo-melders in kaart gebracht aan de hand van twee vragen: Hoe eenzaam zijn zelfstandig wonende Wmo-melders van 18 jaar en ouder? En welke factoren hangen samen met hun eenzaamheid?

Ruim de helft van de melders ervaart eenzaamheid. Ruim twee op de vijf ervaren matige eenzaamheid en bijna een op de vijf sterke. Voor de meeste Wmo-melders betreft dit een combinatie van sociale en emotionele eenzaamheid. De eenzaamheid onder deze groep Wmo-melders is net als in andere groepen mensen die voorzieningen gebruiken in het sociaal domein hoger dan die in de Nederlandse samenleving als geheel.

Dit onderzoek laat zien dat zelfstandig wonende Wmo-melders boven de 18 jaar vaker eenzaam zijn bij aanwezigheid van de factoren alleen wonen, motorische en/of gezichtsbeperkingen, een verslechterde of wisselende gezondheidstoestand in het afgelopen jaar, en/of vermoeidheid en/of psychische en/of psychosociale problemen. Ook zijn melders tussen de 55-74 jaar vaker eenzaam dan melders tussen 35-54 jaar.

Wmo-melders zijn minder vaak eenzaam bij aanwezigheid van voldoende mogelijkheden om contacten te kunnen onderhouden, meerdere bronnen voor wekelijks contact (bijvoorbeeld familie, vrienden, burens en/of clubleden), en een hogere veerkracht, redzaamheid en mate van participeren. Ze zijn ook minder eenzaam wanneer ondersteuning wordt gegeven door een mantelzorger of door ontvangst van (een of meer) maatwerkvoorzieningen

vanuit de Wmo. Waar we in hoofdstuk 4 een verhoging van eenzaamheid zagen bij ontvangst van professionele zorg bij ouderen, vonden we dat de ontvangst van maatwerkvoorzieningen de eenzaamheid bij Wmo-melders juist verlaagt. Mogelijk wordt dit verklaard door het verschil in effect van professionele zorg en maatwerkvoorzieningen op regie en redzaamheid, die beide ook weer een relatie hebben met eenzaamheid. Verder zijn melders uit matig stedelijke gebieden minder eenzaam dan melders uit (zeer) stedelijke gebieden.

Factoren die de kans op eenzaamheid verhogen en die bij de helft of meer van de Wmo-melders voorkomen, zijn alleen wonen en een lage veerkracht. Factoren die minder vaak voorkomen maar wel de sterkste relatie laten zien met eenzaamheid, zijn psychosociale klachten en het kunnen onderhouden van contacten.

Dit onderzoek geeft een eerste inzicht in de prevalentie van eenzaamheid en de factoren die daarbij een rol spelen bij zelfstandig wonende Wmo-melders van 18 jaar en ouder. De kennis over deze factoren kan gebruikt worden om eenzame Wmo-melders te herkennen. Momenteel ervaart meer dan de helft van de Wmo-melders eenzaamheid, maar vraagt slechts 10% hiervoor ondersteuning aan. Wanneer die ondersteuning wel wordt verkregen zijn de meeste Wmo-melders positief over de bijdrage ervan op het kunnen onderhouden van contacten.

Noten

- 1 In de Memorie van Toelichting bij de Wmo 2015 is dit als volgt verwoord: *Mensen willen zo lang mogelijk thuis kunnen wonen, de regie op hun eigen leven behouden en niet eenzaam zijn. De regering wil de mogelijkheden bieden van passen de ondersteuning aan mensen in de eigen leefomgeving door het sociale netwerk of met behulp van gemeentelijke voorzieningen in nabijheid beter benutten. Hiervoor is het belangrijk dat mensen met beperkingen zoveel mogelijk in staat worden gesteld op gelijk voet te participeren en deel te nemen aan het dagelijkse leven* (TK 2013/2014a: 1-2).
- 2 Dit is gemeten onder vijf groepen: gebruikers van jeugdvoorzieningen; gebruikers van maatwerkvoorzieningen vanuit de Wmo 2015; gebruikers van een voorziening in de Participatiewet; gebruikers van een maatwerkvoorziening vanuit twee of drie van de drie gedecentraliseerde kaders (multiprobleemhuishoudens); en personen die geen maatwerkvoorzieningen gebruiken. Maatwerkvoorziening is hierbij gedefinieerd als: 'Een maatwerkvoorziening kan binnen de door de gemeente vastgestelde kaders bestaan uit diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen die kunnen bijdragen aan het verbeteren of het in stand houden van zelfredzaamheid, participatie of het bieden van beschermd wonen of opvang aan een cliënt. Ook datgene dat nodig is om de mantelzorger van de cliënt te ondersteunen bij het verlenen van mantelzorg of om deze (tijdelijk) te ontlasten in een situatie van (dreigende) overbelasting, kan onderdeel uitmaken van een maatwerkvoorziening.' (TK 2013/2014b: 35).
- 3 Dit geldt voor alle groepen behalve voor jeugdhulp. (Sterke) eenzaamheid is onder die laatste groep gelijk aan mensen die geen voorzieningen gebruiken.
- 4 Het betreft hier burgers die zich met een ondersteuningsvraag/-behoefte op het terrein van de Wmo bij de gemeente, het Wmo-loket, een welzijnsorganisatie, de huisarts of de wijkverpleging melden. Het kan zijn dat hieruit een aanvraag is voortgevloeid, maar dit hoeft niet het geval te zijn. Het gaat om meldingen die in 2015 bij de gemeente zijn binnengekomen. Het kan ook gaan om trajecten die nog in behandeling zijn, of om Wmo-cliënten die voor 2015 al bekend waren bij de gemeente (en die in 2015 een nieuwe melding of aanvraag deden). De gegevens over de ontvangen ondersteuning hebben

betrekking op de eerste helft van 2016 en zijn verkregen door middel van gestructureerde face-to-face-interviews. Voor de selectie zelfstandig wonenden van 18 jaar en ouder is gekozen om overlap te voorkomen met de onderzoekspopulatie instellingsbewoners uit hoofdstuk 5. Door deze selectie van de populatie kunnen de resultaten uit dit onderzoek afwijken van Feijten et al. (2017). Dit verschil wordt mogelijk vergroot door een verschil in analysetechnieken, factoren die onderzocht worden en categorisering van die factoren (bijvoorbeeld leeftijd).

- 5 Uit diverse bronnen blijkt echter dat dit regelmatig voorkomt (bv. Avi 2015a; Verbeek-Oudijk et al. 2017; Waverijn en Marangos 2016).
- 6 Voor de laag 'wonen en geografische kenmerken' zijn geen risicofactoren aanwezig vanwege de selectie zelfstandig wonenden. De woonsituatie was daarmee voor iedereen gelijk. De factoren wijken af van die in de eerdere hoofdstukken omdat het secundaire analyses betreft en er in de individuele onderzoeken vooraf geen afstemming heeft plaatsgevonden over de te onderzoeken risicofactoren.
- 7 Zie Feijten et al. (2017) voor de beschrijving van de hier genoemde factoren die meegenomen zijn in het lagenmodel.
- 8 Gebruikt als synoniem voor het hebben van een partner.
- 9 Deze activiteiten konden zijn: deelname aan vereniging, zoals sport, zang-, muziek-, toneel-, of hobbyvereniging, naar theater, concert, film, museum, restaurant, café of sportwedstrijd gaan, bezoeken van een buurthuis, dorps huis of dienstencentrum, bezoeken van godsdienstige bijeenkomst, bijvoorbeeld in kerk, synagoge, moskee of elders.
- 10 Dit kan zijn: zelf ondersteuning regelen, maatwerkondersteuning ontvangen of zowel een maatwerkondersteuning ontvangen als zelf hulp regelen. Deze maatwerkvoorziening hoefde niet specifiek aangevraagd te zijn voor eenzaamheid. Slechts een klein deel van de Wmo-melders uit het onderzoek geeft aan hulp aan te vragen vanwege eenzaamheid (ongeveer een op de tien, zie Feijten et al. 2017).
- 11 Dit verschilt van het resultaat in figuur 6.2 omdat hier naar gemiddelde eenzaamheid is gekeken in plaats van naar de verschillende categorieën (niet matig en sterk) eenzaam. Ook is de invloed van leeftijd in samenhang met de andere factoren in het model bekeken, waarbij vooral gezondheids- en persoonlijke factoren het effect van leeftijd op eenzaamheid beïnvloeden.
- 12 De relatie van de determinanten met eenzaamheid is onderzocht met een analyse waarbij mensen met deels missende waarden wel meegenomen werden in het multilevelmodel. Ook is hierbij gecorrigeerd voor gemeente omdat er meerdere Wmo-melders uit dezelfde gemeenten kwamen. Er is gecontroleerd of er geen te hoge samenhang was tussen de factoren. Factoren uit het lagenmodel (persoonlijk, gezondheid enz.) zijn per laag toegevoegd, waardoor uiteindelijk het volledige model ontstond.
- 13 Om meer zicht te krijgen op mogelijke stapeling van factoren zijn factoren met een positieve relatie met eenzaamheid omgecodeerd naar een negatieve relatie en sommige factoren zijn in categorieën verdeeld. Zo zijn redzaamheid en participatie gesplitst in onvoldoende, voldoende en goede redzaamheid en participatie. Voor deze indeling is gebruikgemaakt van het 25^e en 75^e percentiel. De ontstane indeling komt overeen met de interpretatie van rapportcijfers: 0-5 is onvoldoende, 6-7 is voldoende en 8-10 is goed.
- 14 Zie tabel B6.3 in bijlage B6 voor de relatie van de risicofactoren met eenzaamheid en hoe vaak die risicofactor voorkomt bij Wmo-melders.
- 15 Van de Wmo-melders die formele of informele hulp ontvangen, ontvangt ongeveer de helft hulp van één type hulpverlener. Vaak is dit een professionele hulpverlener (een derde) of een mantelzorger (een zesde). De overige melders (ongeveer een derde) ontvangen hulp van meerdere typen hulpverleners; zij krijgen vaak een combinatie van mantelzorg en professionele hulp (Feijten et al. 2017).
- 16 De correlatie tussen psychosociale problemen en eenzaamheid is 0,34.
- 17 Het gaat hierbij om persoonlijke ontmoetingen, telefonische, internet- en schriftelijke contacten.
- 18 Deze hulp kan bestaan uit informele of particuliere hulp, formele ondersteuning, maatwerkvoorziening(en) en/of algemene voorziening(en).

- 19 Getoetst met ordinale regressie, gecorrigeerd voor geslacht.
- 20 Getoetst met chi-kwadraattest op celsignificantie.
- 21 Anders dan bij het model voor algemene eenzaamheid vonden we voor motorische beperkingen en verslechtering van de gezondheidstoestand in het afgelopen jaar geen relatie met emotionele en sociale eenzaamheid.

7 Eenzaamheid en ervaren kwaliteit van leven van langdurig hulpbehoevenden

Frieke Vonk en Cretien van Campen

7.1 Eenzaamheid en kwaliteit van leven in beleid

In het overheidsbeleid onder het kabinet-Rutte II, waaronder dit onderzoek is opgesteld, maakte eenzaamheidsbestrijding deel uit van de bevordering van de kwaliteit van leven van kwetsbare burgers in de samenleving: onder andere in de Hervorming Langdurige Zorg (HLZ), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Hierbij werd er een verband gelegd tussen de kwaliteit van leven, zelfstandig wonen en eenzaamheid.

De essentie van welzijn was volgens toenmalig staatssecretaris Van Rijn dat mensen elkaar kunnen ontmoeten en (daarmee) gevoel van eigenwaarde kunnen behouden. Zij die thuis blijven wonen moeten kunnen deelnemen aan de maatschappij en sociale contacten hebben met familie, vrienden, bekenden en/of vrijwilligers. Eenzaamheid past daar niet bij (vrij vertaald uit TK 2013/2014b: 2).

Ook onder het nieuwe kabinet zien we deze veronderstelling van de connectie tussen eenzaamheid en kwaliteit van leven. Hierbij ligt de focus vooral op zorg voor ouderen. In een brief aan de Tweede Kamer over het zogeheten pact voor de ouderenzorg schrijft minister De Jonge hierover dat het gaat over welbevinden in bredere zin, met onder andere aandacht voor de leefomgeving: ‘Doordat ouderen langer thuis wonen én vaker alleen wonen is het aangaan van sociale contacten in de leefomgeving een belangrijke voorwaarde om eenzaamheid te voorkomen’ (TK 2017/2018b). Ook voor ouderen in verpleeghuizen is het van belang, aldus de minister: er gelden andere kwaliteitseisen, waarbij er naast de medische zorg ook wordt gekeken of ouderen de tijd en aandacht krijgen die ze verdienen (vrij vertaald vanuit TK 2017/2018b). Dit is nog eens onderstreept in de voornemens van het huidige kabinet om de eenzaamheid aan te pakken in het bredere programma Waardig ouder worden (TK 2017/2018b).

Hierbij wordt ervan uitgegaan dat bestrijding van eenzaamheid ten goede komt aan de bevordering van de kwaliteit van leven. De vraag is in hoeverre dat het geval is. Het zou kunnen zijn dat de relatie tussen eenzaamheid en kwaliteit van leven wordt verklaard door bijvoorbeeld de mate van gezondheid. Wanneer dat het geval zou zijn, zou beïnvloeding van eenzaamheid niet per definitie een direct effect hebben op de kwaliteit van leven, maar alleen bij beïnvloeding van de gezondheid.

Wordt bij de bestrijding van eenzaamheid ook het doel – een beter welbevinden (ofwel kwaliteit van leven) in bredere zin – bereikt?

Om hier inzicht in te krijgen onderzoeken we in dit hoofdstuk hoe sterk het verband tussen eenzaamheid en kwaliteit van leven is, en blijft, wanneer we rekening houden met andere

factoren die beide kunnen beïnvloeden. Of dat het verband verdwijnt doordat andere factoren belangrijker zijn. Vervolgens bekijken we of mensen die eenzaam zijn ook een lagere kwaliteit van leven laten zien of niet. We doen dit voor mensen met een ondersteuningsbehoefte op het gebied van de Wmo (Wmo-melders) en bewoners van instellingen: twee groepen die vallen onder het hiervoor beschreven HLZ-beleid en deels onder het pact voor de ouderenzorg. De ervaren eenzaamheid onder deze groepen is beschreven in hoofdstuk 5 en 6, en in dit hoofdstuk maken we de koppeling met hun ervaren kwaliteit van leven. We doen dat aan de hand van de volgende vragen: Hangt eenzaamheid samen met de ervaren kwaliteit van leven van Wmo-melders en Verpleeghuisbewoners, en in hoeverre wordt de gevonden samenhang verklaard door andere factoren? Zijn er door de combinatie eenzaamheid en ervaren kwaliteit van leven verschillende groepen eenzamen te onderscheiden? En op welke kenmerken onderscheiden deze groepen zich?

Onderzoekspopulaties

De onderzoekspopulaties van bewoners van instellingen en zelfstandig wonende Wmo-melders zijn respectievelijk in hoofdstuk 5 en 6 beschreven. De steekproef van verpleeghuisbewoners¹ bestaat uit personen van 55 jaar en ouder die ondervraagd konden worden. De steekproef van Wmo-melders bestaat uit zelfstandig wonende mensen van 18 jaar en ouder die in 2015 contact hadden met een gespreksvoerder in de gemeente vanwege een ondersteuningsbehoefte op het terrein van de Wmo.²

7.2 Ervaren kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven is een redelijk abstract en breed begrip en mensen hebben er dan ook verschillende associaties mee. In gezondheidsonderzoek worden meestal verschillende dimensies van kwaliteit van leven onderscheiden (vgl. Hubers definitie van positieve gezondheid; Huber 2013).³ Zo onderscheiden Pommer en Boelhouwer (2016) objectieve kwaliteit van leven (hoe gaat het feitelijk met mensen?) en een subjectieve kwaliteit van leven (hoe vinden mensen zelf dat het met hen gaat?). In dit rapport gaat het over de subjectieve kwaliteit van leven ofwel de ervaren kwaliteit van leven. Maar ook deze subjectieve kant van kwaliteit van leven kan verschillend worden opgevat. Van Campen en Kerkstra (1995b) omschrijven het als een oordeel van een persoon over zijn of haar ervaren autonomie, ervaren veiligheid en ervaren zintuiglijk, fysiek, psychisch en sociaal functioneren. Anderen vatten het op als een algemeen gevoel of oordeel (zie bv. Veenhoven 2013). Naast deze opvatting van kwaliteit van leven als een emotie of gevoel worden ook doelen en sociale activiteiten als aspecten van het goede leven benoemd (Webster et al. 2014). Kwaliteit van leven beslaat daarnaast niet alleen positieve kanten van het leven; ook negatieve aspecten, zoals lijden en eenzaamheid horen erbij (De Wachter 2011). Tot slot spelen tegen het levenseinde de zin om te leven of levenslust (Lawton 1998) en het waardig sterven een belangrijke rol (De Lange 2011; Van Wijngaarden 2016). In dit onderzoek wordt de samenhang van eenzaamheid met meerdere van deze opvattingen over de subjectieve kwaliteit van leven onderzocht. In het onderzoek onder instellings-

bewoners wordt het begrip kwaliteit van leven namelijk breder geïnterpreteerd dan in het onderzoek onder Wmo-melders. In beide onderzoeken is de kwaliteit van leven gemeten als 'tevredenheid met het leven'. Bij bewoners in een instelling is deze algemene indicator uitgebreid met de indicator geluk en met specifieke indicatoren, zoals ervaren gezondheid en mentale gezondheid. Ook is instellingsbewoners gevraagd naar de zin om te leven ofwel de levenslust.

Recent onderzoek (Bijl et al. 2017) laat zien dat de ervaren kwaliteit van leven onder Nederlanders van 2012 tot 2016/2017 gelijk is gebleven. De kwaliteit van leven is hierbij opgevat als tevredenheid met het leven. Nederlanders geven zichzelf gemiddeld een score van 7,8.⁴ Ook mensen die in 2016 geen voorzieningen gebruiken in het sociaal domein geven hun kwaliteit van leven een 7,8 (Boelhouwer en Pommer 2017). Degenen die wel voorzieningen gebruiken in het sociale domein rapporteren een lagere kwaliteit van leven.⁵ De ervaren kwaliteit van leven ligt het laagst bij mensen die vallen onder de Participatiewet en degenen die een combinatie van voorzieningen gebruiken (respectievelijk 6,7 en 6,8). De kwaliteit van leven bij mensen die voorzieningen gebruiken onder de Wmo krijgt een gemiddelde score van 6,9 (Boelhouwer en Pommer 2017). Tussen 2015 en 2016 is de tevredenheid met het leven van deze groepen in het sociaal domein niet veranderd. Voor instellingsbewoners is niet bekend of de kwaliteit van leven is toe- of afgenomen tussen 2015 en 2016.

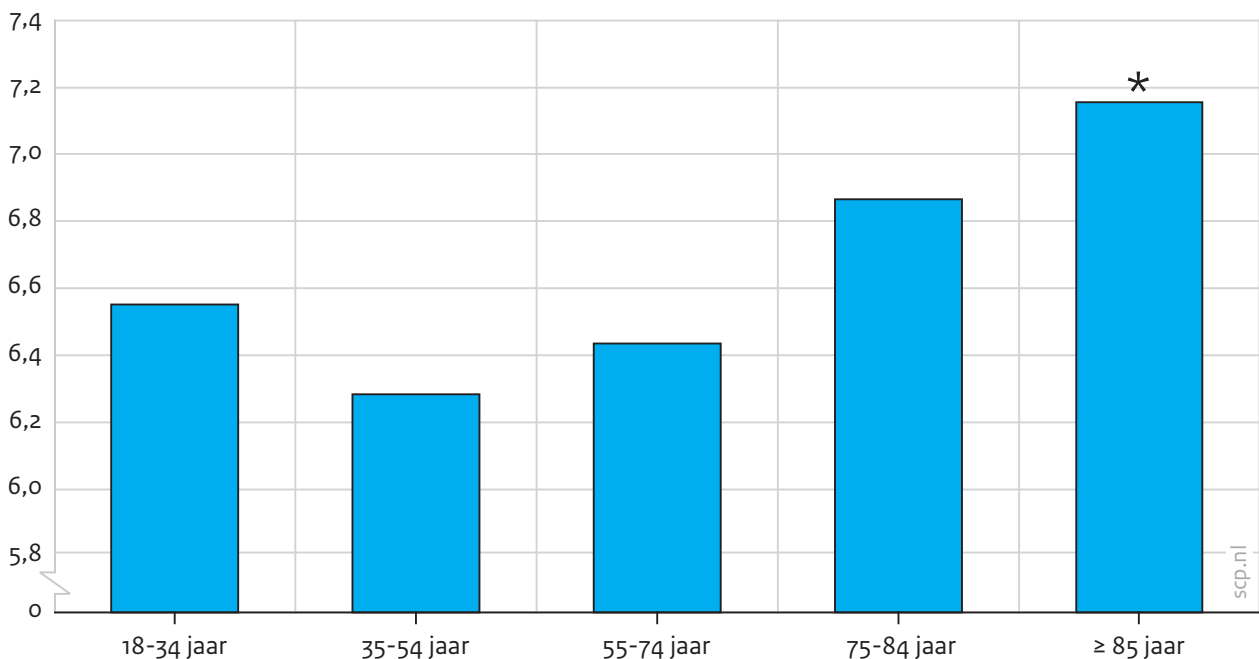
7.2.1 Wmo-melders

De ervaren kwaliteit van leven is in dit onderzoek gemeten door de Wmo-melders te vragen om op een schaal van 1 tot 10 aan te geven hoe tevreden ze zijn met het leven dat ze nu leiden. De Wmo-melders geven gemiddeld een 6,6. Dit is lager dan de score zoals gevonden door Boelhouwer en Pommer (2017) onder gebruikers van Wmo-voorzieningen. Dat zou verklaard kunnen worden doordat iedereen in die laatste groep een voorziening heeft ontvangen, terwijl dit onder de Wmo-melders niet voor iedereen het geval is. Sommigen van hen wachten nog op de voorziening en anderen ontvangen een andere oplossing dan een voorziening. Wmo-melders zijn ook iets jonger (gemiddeld 63) dan de mensen die voorzieningen onder de Wmo gebruiken.

Figuur 7.1 laat zien dat de oudste groep (85-plus) een hogere kwaliteit van leven ervaart dan alle andere leeftijdscategorieën. Verder hebben de 75-84-jarigen een hogere levens- tevredenheid dan de Wmo-melders van 35-54 en 74-84 jaar, maar lager dan die van de 85-plussers. Net als bij Boelhouwer en Pommer (2017) zien we een lichte u-vorm ontstaan wanneer we de kwaliteit van leven afzetten tegen leeftijdscategorieën.

Figuur 7.1

Ervaren kwaliteit van leven in leeftijdscategorieën onder Wmo-melders (in gemiddelden, n = 2004)



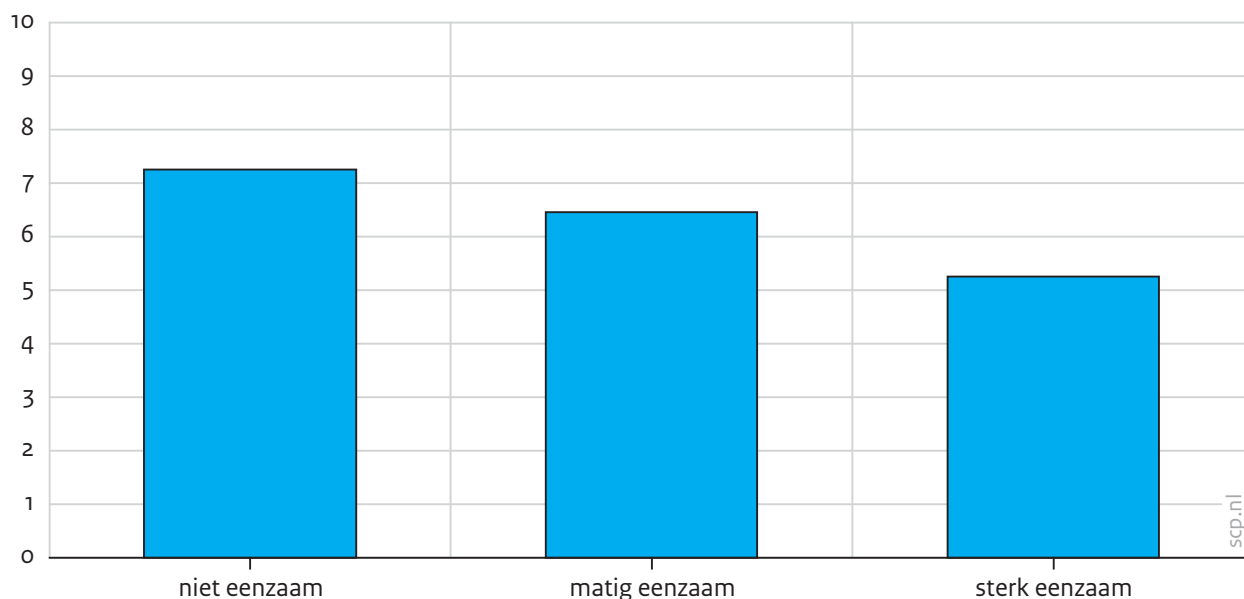
* Deze groep is significant verschillend van de groep 55-74-jarigen.

Bron: SCP (HLZ-M'16)

In hoofdstuk 6 zagen we dat eenzaamheid gerelateerd aan de leeftijd ook een u-vorm liet zien. Daarbij was een dal (lage eenzaamheid) te zien bij 75-84-jarigen (zie figuur 6.3). De eenzaamheid onder 85-plussers liet weer een lichte toename zien, terwijl we in figuur 7.1 zien dat de kwaliteit van leven in deze leeftijdsgroep doorstijgt. Figuur 7.2 laat zien dat een sterkere eenzaamheid een lagere ervaren kwaliteit van leven geeft bij Wmo-melders. Dit doet vermoeden dat de kwaliteit van leven onder de 85-plussers zou moeten dalen. Maar hoewel de eenzaamheid bij 85-plussers wat hoger is, zien we in die groep toch de hoogste kwaliteit van leven.

Figuur 7.2

De tevredenheid met het leven naar mate van eenzaamheid onder Wmo-melders (in gemiddelden, n = 2004)



Bron: SCP (HLZ-M'16)

7.2.2 Verpleeghuisbewoners

De ervaren kwaliteit van leven van verpleeghuisbewoners is in dit onderzoek met behulp van meerdere indicatoren onderzocht, namelijk tevredenheid met het leven, geluk ervaren gezondheid en levenslust.

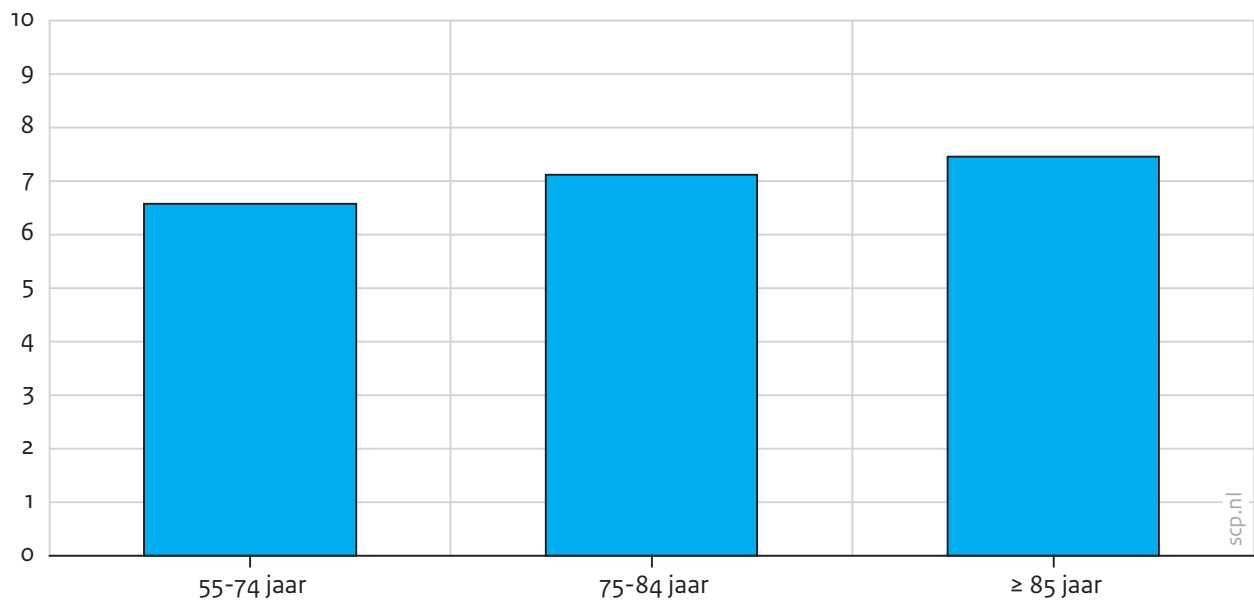
Tevredenheid met het leven

Een manier om de ervaren kwaliteit van leven te meten is bewoners te vragen een rapportcijfer aan hun leven te geven. Hoe tevreden zijn ze met het leven dat ze nu leiden in het verpleeghuis? Zes van de tien ondervraagde bewoners geven een ruime voldoende aan hun leven. Gemiddeld geven de ondervraagde bewoners hun leven het rapportcijfer 7,3 (zie ook Van Campen en Verbeek-Oudijk 2017). In figuur 7.3 is te zien dat bij de verpleeghuisbewoners de levenstevredenheid oploopt met de leeftijd en het hoogst is onder de 85-plussers.

Het gemiddelde rapportcijfer in de groep sterk eenzamen is 6,1. De niet-eenzamen geven hun leven gemiddeld een 7,7 en de matig eenzamen gemiddeld een 7,1 (figuur 7.4).

Figuur 7.3

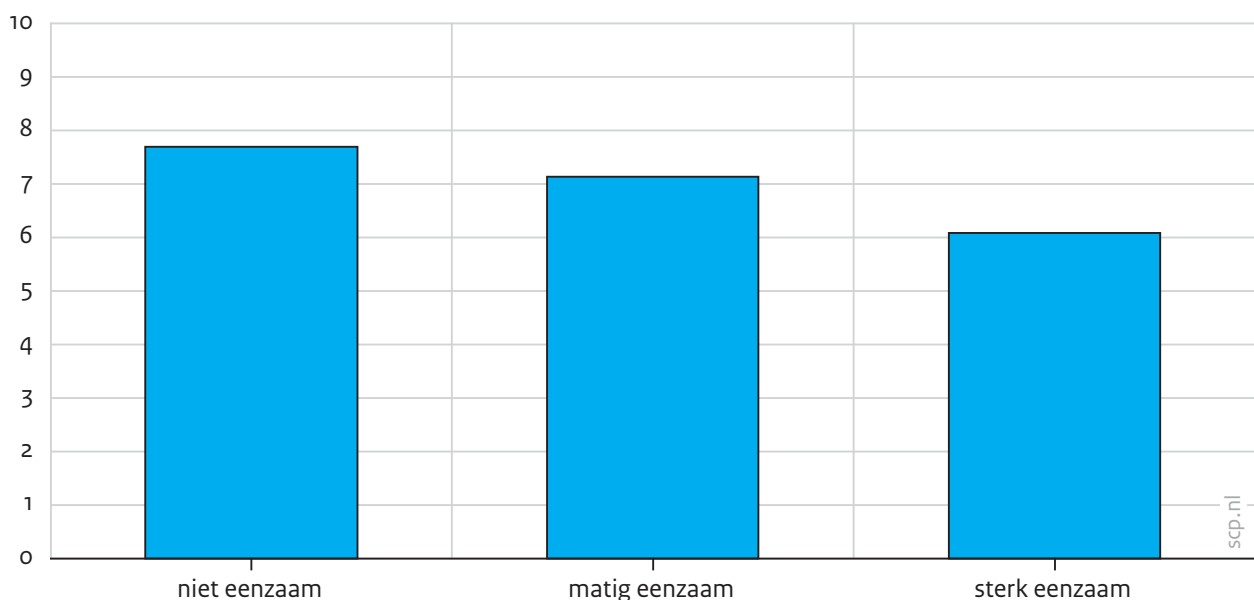
Ervaren kwaliteit van leven in leeftijdscategorieën onder verpleeghuisbewoners (in gemiddelden, n = 938)



Bron: SCP/CBS (OII'15/'16)

Figuur 7.4

De tevredenheid met het leven naar mate van eenzaamheid onder verpleeghuisbewoners (in gemiddelden, n = 928)



Bron: SCP/CBS (OII'15/'16)

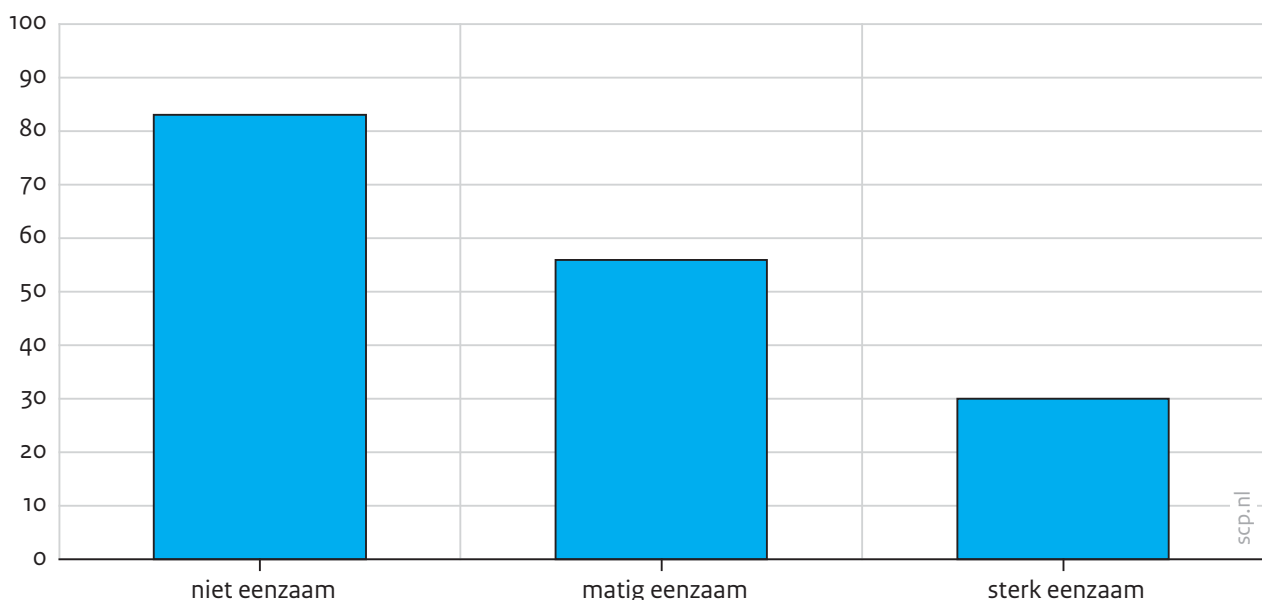
Geluk

Een veelgebruikte definitie van geluk is de subjectieve voldoening met het leven in het geheel (Veenhoven 2013). Dit begrip ligt inhoudelijk dicht bij het begrip tevredenheid met het leven (Boelhouwer 2010). Bij de vraag naar de tevredenheid met het leven maakt een

persoon echter een meer rationele afweging van de plussen en minnen, terwijl een directe vraag naar het geluk het gevoel van een persoon op dat moment weergeeft. We vroegen de verpleeghuisbewoners in welke mate ze zichzelf een gelukkig mens voelden, waarbij ze konden antwoorden op een vijfpuntsschaal van 1 = erg gelukkig tot 5 = zeer ongelukkig. Een ruime meerderheid van de ondervraagde bewoners voelt zich gelukkig (62%) en slechts 10% voelt zich ongelukkig of zeer ongelukkig. Kijken we naar de samenhang tussen eenzaamheid en geluk, dan blijkt dat niet-eenzamen gelukkiger zijn dan eenzamen: acht van de tien niet-eenzamen zijn (erg) gelukkig, tegenover slechts drie van de tien sterk eenzamen (figuur 7.5).

Figuur 7.5

Geluk van ondervraagde bewoners in verpleeghuizen en verzorgingshuizen naar mate van eenzaamheid (in procenten; n = 940)



Bron: SCP/CBS (OII'15/'16)

Levenslust

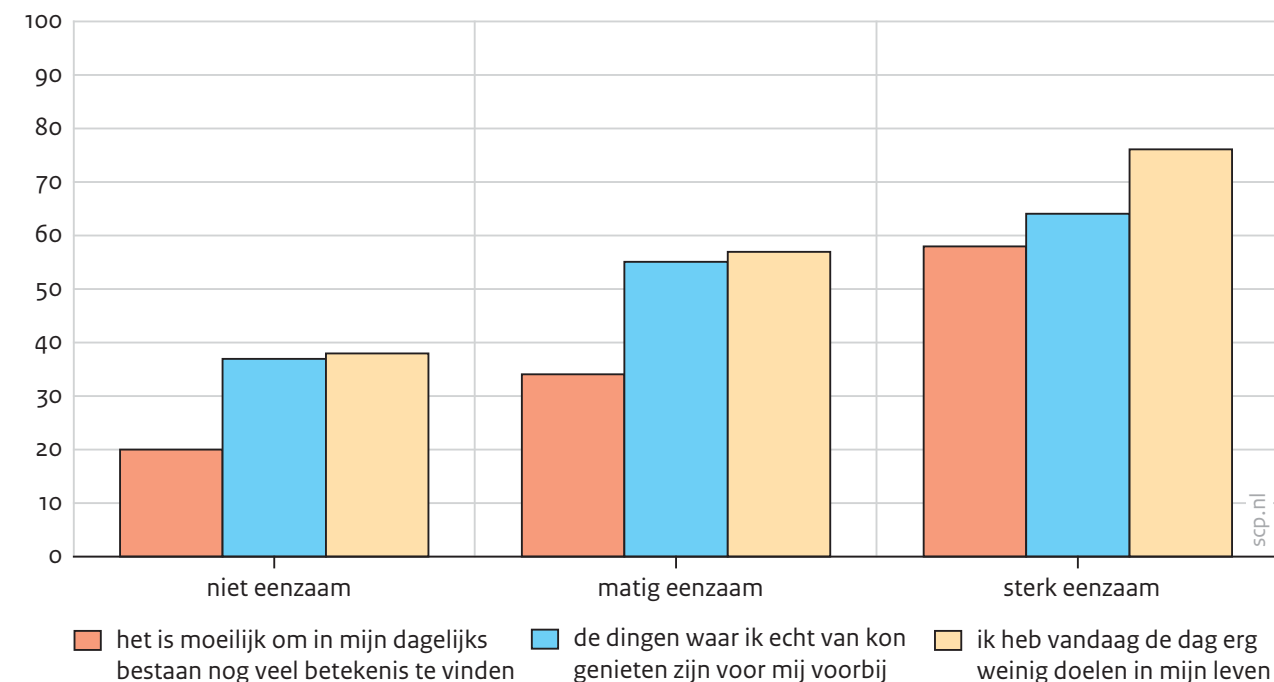
Als laatste hebben we de kwaliteit van leven gemeten met de indicator levenslust. Sommige ouderen kunnen op een gegeven moment ervaren dat het gedaan is met hun leven. Het hoeft allemaal niet meer. 'Hier ben ik te oud voor', is een veelgehoorde opmerking. Deze mensen hebben hun levenslust verloren. We legden de verpleeghuisbewoners een aantal stellingen voor over betekenis vinden in het leven, mogelijkheden zien om problemen op te lossen, het genieten van dingen en het hebben van doelen in het leven (Knipscheer et al. 2008).⁶

Een derde van de ondervraagde bewoners vindt het moeilijk om in hun dagelijks bestaan nog veel betekenis te vinden. Ze zien ook weinig mogelijkheden om hun problemen op te lossen. De helft van hen zegt erg weinig doelen in het leven te hebben. De dingen waar ze echt van kunnen genieten zijn voor hen voorbij. Een aanzienlijke groep van een derde tot de helft van de ondervraagde verpleeghuisbewoners heeft dus weinig zin meer in het leven

(Van Campen en Verbeek-Oudijk 2017). In figuur 7.6 is weergegeven in hoeverre de mate van ervaren eenzaamheid invloed heeft op de stellingen over levenslust. Hieruit blijkt dat 60% tot 75% van de ernstig eenzame ondervraagde bewoners het eens is met de stellingen. Een meerderheid van de ernstig eenzamen in verpleeghuizen heeft weinig zin meer in het leven, ofwel weinig levenslust.

Figuur 7.6

Levenslust van ondervraagde bewoners in verpleeghuizen en verzorgingshuizen naar mate van eenzaamheid (in procenten, n = 938)



Bron: SCP/CBS (011'15/'16)

Zowel bij Wmo-melders als bij bewoners van verpleeghuizen is er dus samenhang te zien tussen eenzaamheid en de ervaren kwaliteit van leven, waarbij de kwaliteit van leven lager is naarmate de eenzaamheid hoger wordt. Dit geeft een indicatie dat de aanname dat beschermingsmaatregelen tegen eenzaamheid inderdaad de kwaliteit van leven zouden kunnen bevorderen waar kan zijn. In de volgende paragraaf diepen we deze aanname verder uit.

7.3 Samenhang tussen eenzaamheid en ervaren kwaliteit van leven

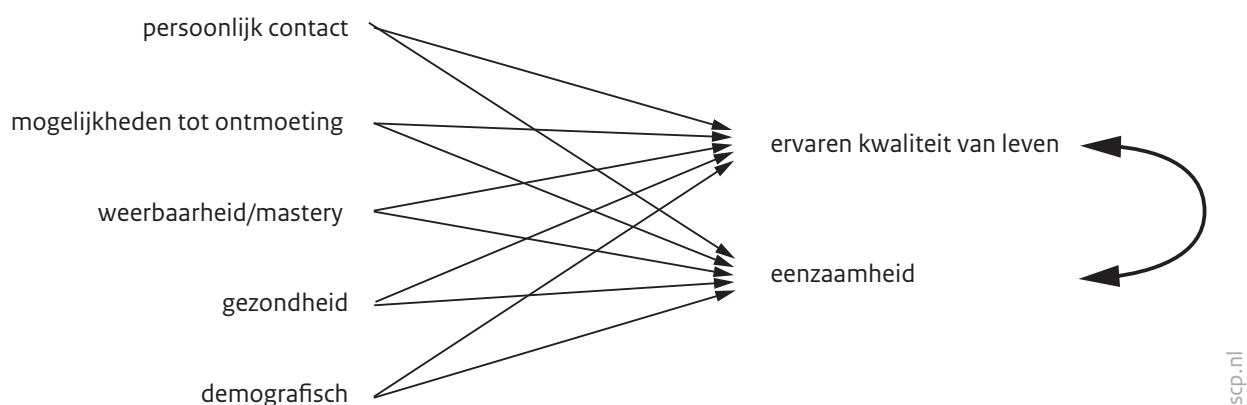
Zowel voor Wmo-melders als voor verpleeghuisbewoners is in de vorige paragraaf samenhang gevonden tussen eenzaamheid en de ervaren kwaliteit van leven. In deze paragraaf onderzoeken we hoe sterk die samenhang is, of die voor beide groepen gelijk is en of de samenhang blijft bestaan wanneer mogelijke beïnvloeding door andere factoren wordt meegenomen. Blijft er dan een significant verband tussen eenzaamheid en de ervaren kwaliteit van leven bestaan of zijn er andere factoren die meer invloed hebben op de erva-

ren kwaliteit van leven, waardoor de eerder gevonden samenhang verdwijnt? In de vorige paragraaf is geen rekening gehouden met andere factoren die mogelijk de relatie kunnen beïnvloeden, terwijl er in werkelijkheid allerlei factoren aanwezig zijn in iemands leven die de relatie tussen eenzaamheid en kwaliteit van leven kunnen beïnvloeden. Inzicht hierin kan helpen een inschatting te maken van het mogelijke effect van eenzaamheidsbestrijding op de ervaren kwaliteit van leven.

De sterkte van de samenhang en de invloed van andere factoren hierop wordt eerst onderzocht bij Wmo-melders en vervolgens bij verpleeghuisbewoners. We onderzoeken de sterkte van de relatie met een Structural Equation Modelling (SEM). Deze analysetechniek corrigeert correlaties tussen uitkomstindicatoren voor achtergrondkenmerken en komt daardoor meer overeen met de werkelijkheid dan een geïsoleerde analyse van het verband. De uitkomstindicatoren zijn eenzaamheid en de indicatoren voor kwaliteit van leven (tevredenheid met het leven, geluk ervaren gezondheid en levenslust). De achtergrondkenmerken zijn afgeleid uit het lagenmodel (zie hoofdstuk 2). De operationalisering van de SEM verschilt voor Wmo-melders en verpleeghuisbewoners, omdat het verschillende datasets zijn met andere variabelen. De factoren die meegenomen zijn in het lagenmodel staan beschreven in paragraaf 5.3 (bewoners van verpleeghuizen) en 6.3 (Wmo-melders). Figuur 7.7 toont het model dat getoetst is, waarbij de lagen van het Hawkey-model een voor een zijn toegevoegd aan de analyse om zo de invloed van de factoren per laag op de relatie tussen eenzaamheid en de ervaren kwaliteit van leven te bekijken.

Figuur 7.7

Conceptueel model van samenhang en predictoren van eenzaamheid en kwaliteit van leven



Allereerst is gekeken hoe sterk de samenhang tussen kwaliteit van leven en eenzaamheid is zonder rekening te houden met de factoren van het lagenmodel.⁷ Voor zowel de Wmo-melders als de verpleeghuisbewoners vonden we voor alle indicatoren voor kwaliteit van leven een significante correlatie die varieerde tussen 0,35 en 0,42. Behalve voor gezondheid, die een lagere correlatie liet zien (tabel 7.1). De indicator ‘tevredenheid met het leven’ is zowel voor Wmo-melders als voor verpleeghuisbewoners gemeten en liet respectievelijk een correlatie zien van -0,42 en -0,35. Toevoeging van de factoren van het lagenmodel per blok verzwakte de samenhang tussen de indicatoren voor kwaliteit van leven en eenzaam-

heid.^{8 en 9} Dat houdt hier in dat die andere factoren invloed hebben op de relatie tussen eenzaamheid en de ervaren kwaliteit van leven, en dat een geïsoleerde aanpak van eenzaamheid mogelijk niet het verwachte effect heeft op de ervaren kwaliteit van leven. Bij de verpleeghuisbewoners verdween de relatie tussen eenzaamheid en de indicator voor kwaliteit van leven ‘ervaren gezondheid’ zelfs geheel na toevoeging van de laag gezondheidskenmerken. Dit is volgens verwachting, aangezien gezondheidskenmerken als vanzelfsprekend van grotere invloed zijn op de ervaren gezondheid dan eenzaamheid.

Tabel 7.1

Samenhang van indicatoren voor kwaliteit van leven met eenzaamheid na correctie voor achtergrondkenmerken (in gestandaardiseerde correlatiecoëfficiënten, n = 897)^a

	eenzaamheid ruwe correlaties	eenzaamheid gecorrigeerde correlaties ^b
Wmo-melders		
levenstevredenheid	-0,42	-0,23
verpleeghuisbewoners		
levenstevredenheid	-0,35	-0,21
geluk	-0,36	-0,17
ervaren gezondheid	-0,16	ns
levenslust	-0,37	-0,16

a Pearson-correlatie: -1 is sterk negatief verband, 0 = geen verband, 1 = sterk positief verband.

b Na correctie voor achtergrondkenmerken.

Bron: SCP (HLZ-M'16); SCP/CBS (OII'15/'16)

7.4 Groepen onderscheiden

Eenzaamheid en kwaliteit van leven blijven dus samenhangen wanneer ook naar andere factoren wordt gekeken. De samenhang is wel afgezwakt, wat inhoudt dat andere factoren de relatie tussen eenzaamheid en kwaliteit van leven mede bepalen. Het hoeft dan ook niet per definitie zo te zijn dat alle eenzamen ook altijd een lage kwaliteit van leven laten zien. In deze paragraaf bekijken we of er op basis van de combinatie van eenzaamheid en ervaren kwaliteit van leven latente groepen aan te wijzen zijn. Vervolgens zijn we benieuwd of er tussen die eventueel gevormde latente groepen dan verschillen te zien zijn in factoren die een rol spelen.

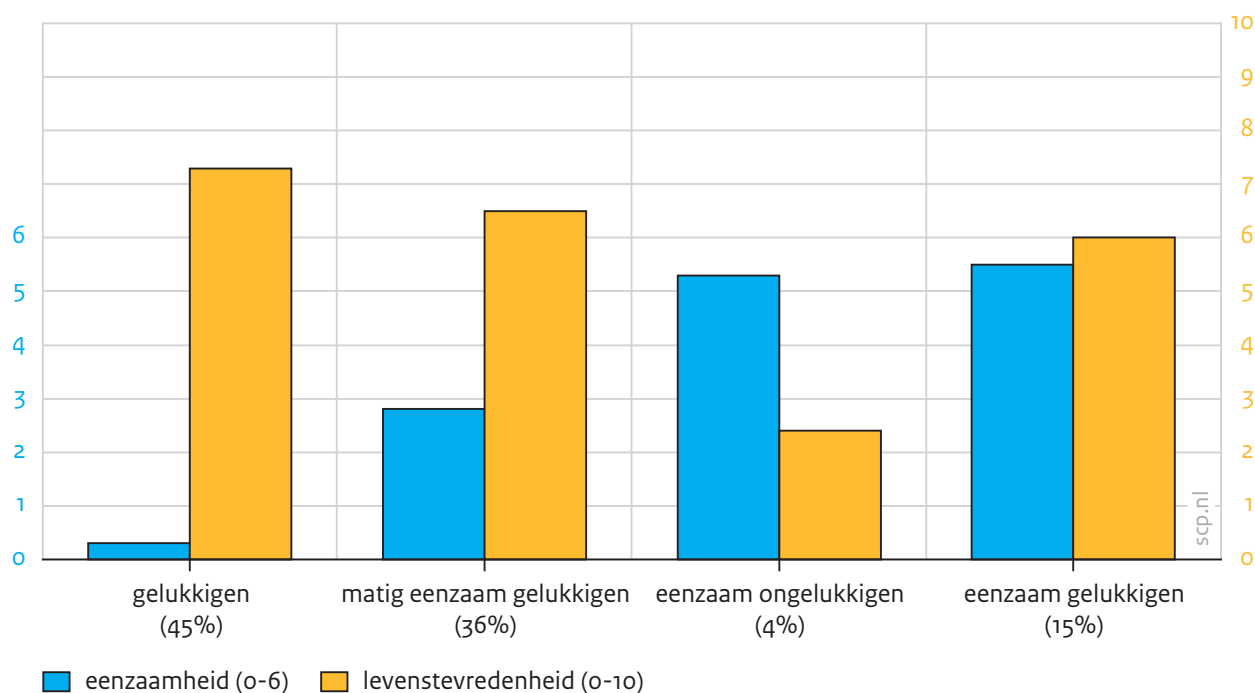
Ook deze vraag is voor zowel Wmo-melders als verpleeghuisbewoners onderzocht, waarbij gebruik is gemaakt van een latenteklasseanalyse. De latenteklasseanalyse geeft aan hoeveel onderling logisch samenhangende groepen verborgen zitten achter de verdeling van de indicatoren voor kwaliteit van leven en eenzaamheid.¹⁰

7.4.1 Wmo-melders

Uit de latenteklasseanalyse komt naar voren dat er vier verschillende klassen van Wmo-melders te identificeren zijn. Figuur 7.8 geeft de gemiddelde score op eenzaamheid en kwaliteit van leven weer. Hierin is te zien dat bijna de helft van de Wmo-melders in dit onderzoek niet eenzaam is en een vrij hoge levenstevredenheid ervaart (klasse 1: de gelukkigen). Meer dan een derde is matig eenzaam en ervaart een redelijke tevredenheid met het leven (klasse 2: de matig eenzaam gelukkigen).

Figuur 7.8

Latente klassen naar score op eenzaamheid en kwaliteit van leven onder Wmo-melders (in gemiddelden, n = 2004)



- a De eenzaamheidsschaal loopt van 0-6: niet eenzaam (0-1), matig eenzaam (2-4) en sterk eenzaam (5-6).
- b De schaal van levenstevredenheid loopt van 1-10, waarbij een hogere score een hogere mate van levenstevredenheid betekent.

Bron: SCP (HLZ-M'16)

Tabel 7.2

Kenmerken van de vier klassen van Wmo-melders (in procenten tenzij anders vermeld, n = 2004)^a

	gelukkig	matig eenzaam gelukkig	eenzaam ongelukkig	eenzaam gelukkig
alleenwonend (ref. samen)*	47,2	61,3	52,3	63,6
aantal bronnen wekelijks contact (mean)	2,4	1,9	1,3	1,3
participatie (mean) ^b	6,5	6,0	4,3	5,4
contact onderhouden*				
kan het niet zelfstandig (ref.)	1,68	8,16	22,22	17,44
kan zelfstandig voldoende contact onderhouden	81,75	72,15	62,96	67,26
kan met hulp voldoende contact onderhouden	16,57	19,69	14,81	15,30
vrijwilligerswerk doen (ref. nee)*	17,87	14,46	6,98	12,71
mantelzorg geven (ref. nee)*	11,65	11,71	3,49	6,87
veerkracht (mean)	3,2	2,8	2,2	2,6
redzaamheid (mean) ^b	6,9	6,5	4,9	6,2
motorische beperkingen (ref. geen) (ns)	80,47	81,54	80,23	81,79
toestand beperking*				
stabiel (ref.)	29,98	22,40	15,12	23,51
verslechterd	45,20	49,28	52,33	47,37
verbeterd	8,55	7,08	6,98	7,02
wisselend	16,28	21,24	25,58	22,11
ernst van beperkingen				
geen/lichte	16,9	16,3	15,12	18,6
matige	21,1	18,5	18,6	19,24
ernstige	62,0	65,3	66,3	62,2
vermoeid (ref. geen)*	53,72	60,06	83,72	65,98
psychische problemen (ref. geen)*	15,7	26,0	54,7	40,2
psychosociale problemen (ref. geen)*	5,8	18,7	51,2	34,7
gezichtsbeperking (ref. geen)	9,88	11,98	16,28	13,75
gehoor beperkingen	12,43	14,46	9,30	10,31
heeft een mantelzorg (ref. geen)*	45,17	40,22	50,00	33,68

Tabel 7.2
(Vervolg)

	gelukkig	matig eenzaam gelukkig	eenzaam ongelukkig	eenzaam gelukkig
maatschappelijk ondersteuning				
zelf opgelost (ref.)	8,04	8,37	10,13	12,69
maatwerkvoorziening	83,81	81,50	79,75	77,24
maatwerkvoorziening en zelf	8,16	10,13	10,13	10,07
geslacht*				
man (ref.)	35,85	39,67	50,00	30,58
vrouw	64,15	60,33	50,00	69,42
leeftijd				
18-34 jaar	6,55	7,30	13,95	8,59
34-54 jaar	19,42	19,28	29,07	23,37
55-74 jaar	36,18	33,88	38,37	39,86
75-84 jaar	27,75	27,55	13,95	19,59
≥ 85 jaar	10,10	11,98	4,65	8,59
stedelijkheid*				
(zeer) sterk stedelijk (ref.)	43,73	48,07	60,47	54,64
matig stedelijk	26,42	22,73	23,26	19,93
weinig tot niet stedelijk	29,86	29,20	16,28	25,43

a Vetgedrukte cijfers geven aan dat deze cellen significant bijdragen aan het verschil tussen de klassen (o.b.v. celsignificantie met chi-kwadraat).

b Alle cellen zijn significant verschillend van elkaar o.b.v. SEM-analyse.

c Klasse 3 (eenzaam ongelukkig) en klasse 4 (eenzaam gelukkig) hebben een significant andere leeftijdsverdeling dan alle andere klassen.

Bron: SCP (HLZ-M'16)

Toch zijn er ook twee kleine groepen te onderscheiden die sterk eenzaam zijn. In klasse 3 gaat dit gecombineerd met een lage levenstevredenheid (de eenzaam ongelukkigen). In klasse 4 hebben de Wmo-melders een matige tot redelijke levenstevredenheid (de eenzaam gelukkigen).¹¹ Deze laatste groep valt op, aangezien het gevonden verband tussen eenzaamheid en de ervaren kwaliteit van leven hier andersom loopt.

Op welke kenmerken verschillen de Wmo-melders uit de vier klassen? We zoomen hier in het bijzonder in op het verschil tussen de eenzaam ongelukkige en de eenzaam gelukkige Wmo-melders, aangezien dit de groepen zijn waar de beleidsintentie om eenzaamheid aan te pakken op gericht zou zijn. In vergelijking met de eenzaam gelukkige Wmo-melders zijn de eenzaam ongelukkige Wmo-melders minder redzaam, participeren ze minder en hebben ze vaker ernstige lichamelijke beperkingen. Daarnaast bevat de groep eenzaam ongelukkigen in verhouding minder vrouwen dan de groep eenzaam gelukkigen (tabel B7.1).¹² In de andere factoren is er geen verschil tussen de twee groepen Wmo-melders.

7.4.2 Verpleeghuisbewoners

Het publieke beeld is dat eenzaamheid en een lage kwaliteit van leven samengaan bij verpleeghuisbewoners. Eerder stelden we vast dat de twee een vrij matige samenhang hebben.

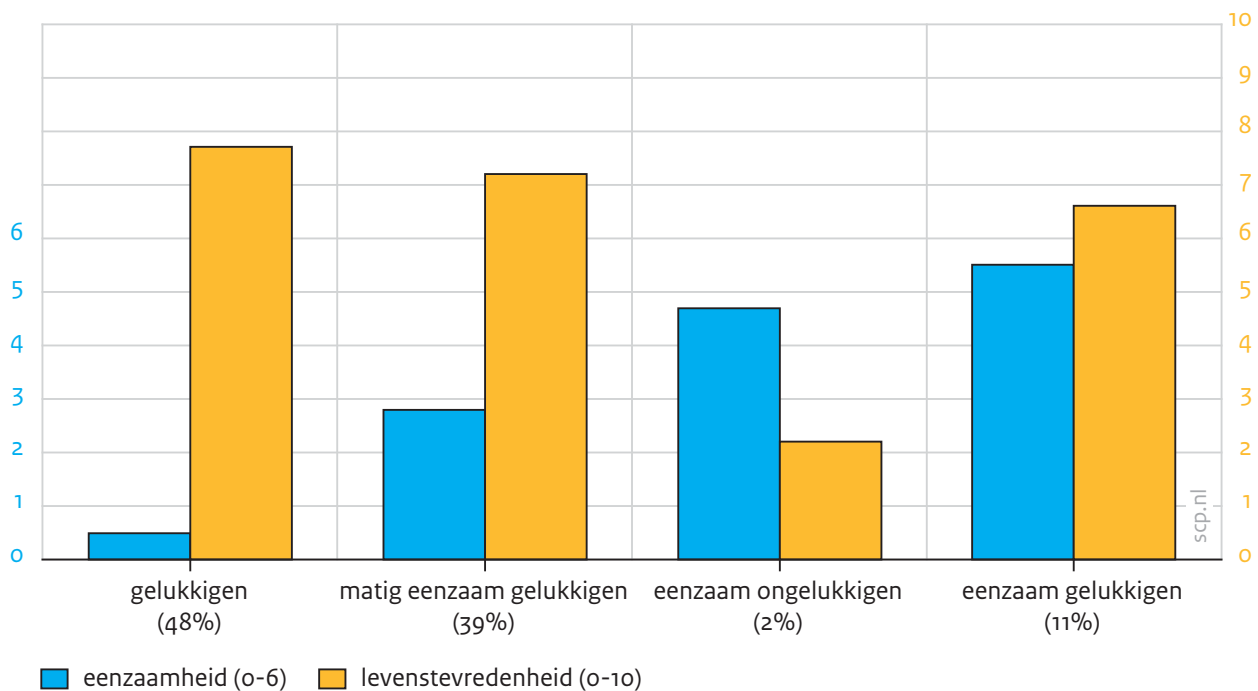
Vanwege de vergelijkbaarheid met de Wmo-melders is ervoor gekozen de latenteklasse-analyse te doen met de indicatoren eenzaamheid en tevredenheid met het leven. Net als bij de Wmo-melders werden er voor verpleeghuisbewoners vier klassen geïdentificeerd (figuur 7.9).

We zien hierbij eenzelfde patroon bij de klassenverdeling als bij de Wmo-melders, zowel in percentages binnen de klasse als in verdeling van de mate van eenzaamheid en kwaliteit van leven over de klassen. De grootste groep verpleeghuisbewoners is niet eenzaam en tevreden met het leven (de gelukkigen) en meer dan een derde is gemiddeld eenzaam en gemiddeld tevreden met het leven (de matig eenzaam gelukkigen).

Ook hier komen er twee kleine groepen naar voren met hoge eenzaamheid. Eenzaam ongelukkigen hebben een matige tot sterke eenzaamheid en een lage tevredenheid met het leven. Dit is een zeer kleine groep van 2% van alle ondervraagde bewoners. De eenzaam gelukkigen zijn zeer sterk eenzaam en zijn redelijk, maar minder dan gemiddeld tevreden met het leven. Zij vormen een iets grotere groep van 11% van de bewoners. Vervolgens is de vraag op welke kenmerken de leden van de risicogroepen eenzaam ongelukkig en eenzaam gelukkig zich onderscheiden. Tabel 7.3 toont de kenmerken van de leden van de vier klassen.

Figuur 7.9

Latente klassen naar scores op eenzaamheid en tevredenheid met het leven onder verpleeghuisbewoners (in gemiddelden, n = 958)



Bron: SCP/CBS (011'15/'16)

Tabel 7.3

Kenmerken van de vier klassen van verpleeghuisbewoners (in procenten, n = 958)

	gelukkigen	matig eenzaam gelukkigen	eenzaam ongelukkigen	eenzaam gelukkigen
vrouw (%)	74	69	60	71
leeftijd (gemiddelde)	85	86	77	83
heeft partner (%)	18	14	17	7
opleidingsniveau (1 -3)	1,7	1,8	1,7	1,9
ernst fysieke beperkingen (1-5)	3,8	3,8	4,4	4,0
mentale gezondheid (0-100)	79	70	47	57
ervaren regie (0-25)	17	15	11	13
gebruikt sociale media (%)	8	5	4	2
ontvangt wekelijks bezoek (%)	66	56	39	44

Bron: SCP/CBS (011'15/'16)

De groep eenzaam ongelukkigen bevat in vergelijking met de groep eenzaam gelukkigen meer relatief jongere verpleeghuisbewoners met ernstigere lichamelijke functiebeperkingen (tabel B7.2).¹³ Op de andere factoren zijn de eenzaam ongelukkigen en de eenzaam gelukkigen niet significant verschillend.

7.5 Discussie

In dit hoofdstuk hebben we gekeken naar de relatie tussen eenzaamheid en de ervaren kwaliteit van leven onder zelfstandig wonende Wmo-melders en langdurige zorggebruikers die in een instelling wonen, op basis van de onderzoeksvragen: Hangt eenzaamheid samen met de ervaren kwaliteit van leven van Wmo-melders en verpleeghuisbewoners, en in hoeverre wordt de gevonden samenhang verklaard door andere factoren? Zijn er door de combinatie eenzaamheid en ervaren kwaliteit van leven verschillende groepen eenzamen te onderscheiden, en welke factoren spelen daarbij een rol?

De ondervraagde verpleeghuisbewoners geven zichzelf gemiddeld een hoger cijfer op tevredenheid met het leven (7,3) dan de Wmo-melders (6,6). Beide cijfers blijven echter lager dan die gevonden in de algehele Nederlandse bevolking (7,8). Wmo-melders scoren daarnaast ook lager op hun kwaliteit van leven dan mensen die Wmo-voorzieningen gebruiken (6,8).

Zowel bij zelfstandig wonende Wmo-melders als bij ondervraagde bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen vonden we een negatieve samenhang tussen eenzaamheid en ervaren kwaliteit van leven. Het was in deze studie niet mogelijk het causale verband tussen eenzaamheid en de ervaren kwaliteit van leven te toetsen, maar door te controleren of het verband verdwijnt na toevoeging van andere factoren konden we wel nagaan of de aanname dat er een verband is plausibel is. Na correctie voor factoren uit het lagenmodel (o.a. sociaal netwerk, gezondheid en demografie) werd de samenhang tussen eenzaamheid en de indicatoren voor kwaliteit van leven zwakker maar bleef significant, behalve voor de indicator ervaren gezondheid. Er blijft dus een verband bestaan tussen de eenzaamheid en de ervaren kwaliteit van leven, al is het geen sterk verband.

De minder sterke samenhang tussen eenzaamheid en de ervaren kwaliteit van leven als gevolg van invloed van andere factoren betekent ook dat een hoge eenzaamheid niet vanzelfsprekend ook een lagere kwaliteit van leven inhoudt, of andersom. Dit bleek ook uit de latenteklasseanalyse, waarbij twee groepen eenzamen onderscheiden werden: de eenzaam ongelukkigen en de eenzaam gelukkigen. Doordat bij verpleeghuisbewoners en Wmo-melders andere factoren gemeten zijn, zijn er geen gezamenlijke factoren aan te wijzen die het verschil tussen de eenzaam ongelukkigen en eenzaam gelukkigen zouden kunnen duiden. Eenzaam ongelukkige Wmo-melders laten een lagere redzaamheid en/of participatie zien, hebben vaker ernstige beperkingen dan eenzaam gelukkige Wmo-melders. Ook zien we in de groep eenzaam ongelukkigen in verhouding minder vrouwen dan in de andere groep. De verpleeghuisbewoners in deze groep zijn relatief jong en hebben ernstigere lichamelijke functiebeperkingen. De meeste respondenten behoren echter tot de groep met een redelijk hoge levenstevredenheid en weinig eenzaamheid (de gelukkigen). Iets minder dan de helft van de Wmo-melders en verpleeghuisbewoners behoort tot die groep, en ruim een derde behoort tot de groep matig eenzaam gelukkigen.

Eenzaamheid en kwaliteit van leven laten voor zowel de Wmo-melders als de verpleeghuisbewoners dus een relatie zien, maar de sterkte van die relatie wordt beïnvloed door andere factoren. Ook is het niet zo dat eenzame mensen per definitie een lage kwaliteit

van leven hebben, zoals we zagen bij de latente klassen bij de Wmo-melders en verpleeghuisbewoners. Zowel in het HLZ-beleid als in het programma Waardig ouder worden wil men eenzaamheid aanpakken. De resultaten in dit hoofdstuk suggereren dat een geïsoleerde aanpak van eenzaamheid mogelijk niet het gewenste en verwachte effect heeft op de ervaren kwaliteit van leven. Er dient rekening gehouden te worden met andere factoren, die de relatie tussen eenzaamheid en indicatoren voor kwaliteit van leven kunnen beïnvloeden, en eventueel daarnaast ook een direct effect op de ervaren kwaliteit van leven kunnen hebben.

Noten

- 1 Betreft ook bewoners van verzorgingshuizen (zie hoofdstuk 5).
- 2 Onder Wmo-melders verstaan we 'mensen met een ondersteuningsbehoefte op het terrein van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) die in 2015 in contact kwamen met een gespreksvoerder, met als doel deze behoefte te vervullen' (Feijten et al. 2017).
- 3 Huber (2016) onderscheidt zes dimensies van positieve gezondheid: lichaamsfuncties, mentale functies en beleving, spirituele/existentiële dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren.
- 4 Gemeten op een schaal van 1-10 (Boelhouwer 2017).
- 5 Dit betreft voorzieningen onder de Participatiewet of Wmo en mensen die een combinatie van voorzieningen ontvangen. De kwaliteit van leven onder mensen die voorzieningen ontvangen onder de Jeugdwet verschilt niet van die onder mensen die geen voorzieningen ontvangen.
- 6 In onderzoek van Knipscheer et al. (2008) bleken meningen van ouderen over deze stellingen zodanig samen te hangen dat ze een factor vormden in hun zelfwaardering (Walton 2001).
- 7 De factoren die per blok zijn meegenomen zijn: 1. Persoonlijk contact: alleen of samenwonen met partner en/of anderen, aantal contactbronnen met wie minimaal wekelijks contact is (met als mogelijke contactbronnen familie, burens, vrienden of clubleden); 2. Mogelijkheden tot ontmoeting: de mate van participatie in activiteiten, mogelijkheden om (met of zonder hulp) zelf contacten te onderhouden, werken, vrijwilligerswerk doen of mantelzorg geven; 3. Weerbaarheid/mastery: de veerkracht en mate van redzaamheid van de Wmo-melders; 4. Gezondheid: mate van beperkingen (AHDL), verslechtering of verbetering van de gezondheidstoestand, aanwezigheid van vermoeidheid, motorische beperkingen, verstandelijke beperkingen en gedragsmatige, geheugen- en psychische en psychosociale problemen, visus, gehoor, ontvangen van mantelzorg en ontvangen van maatschappelijk ondersteuning; 5. Demografisch: geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen en stedelijkheid.
- 8 Zie tabel 7.1 voor het model voor Wmo-melders, met de relatie van alle factoren met eenzaamheid en kwaliteit van leven. De blokken die in de SEM-analyse zijn opgenomen voor de Wmo-melders zijn: 1. Persoonlijk contact: alleen of samenwonen met partner en/of anderen, aantal contactbronnen met wie minimaal wekelijks contact is (met als mogelijke contactbronnen familie, burens, vrienden of clubleden); 2. Mogelijkheden tot ontmoeting: de mate van participatie in activiteiten, mogelijkheden om (met of zonder hulp) zelf contacten te onderhouden, werken, vrijwilligerswerk doen of mantelzorg geven; 3. Weerbaarheid/mastery: de veerkracht en mate van redzaamheid; 4. Gezondheid: mate van beperkingen (AHDL), verslechtering of verbetering van de gezondheidstoestand, aanwezigheid van vermoeidheid, motorische beperkingen, verstandelijke beperkingen en gedragsmatige, geheugen- en psychische en psychosociale problemen, visus, gehoor, ontvangen mantelzorg en welke, hoe maatschappelijke ondersteuning eruitzag en wanneer ontvangen; 5. Sociaal-demografische: zelfstandig wonen, maar alle Wmo-melders wonen zelfstandig dus dit blok is vervallen; 6. Demografisch: geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen en stedelijkheid.

- 9 Zie tabel 7.2 voor verpleeghuisbewoners, met het model met de relatie van alle factoren met eenzaamheid en kwaliteit van leven. Voor verpleeghuisbewoners zijn in de SEM de volgende predictoren opgenomen: sociale contacten (frequentie sociale contacten, sociale media), gezondheid (lichamelijke beperkingen, mentale gezondheid, ervaren regie over het leven) en sociale demografie (geslacht, leeftijd, partnerstatus, opleidingsniveau).
- 10 De latenteklasseanalyse (latent class analysis oftewel lca) is een statistische methode die als doel heeft om aan de hand van een aantal geobserveerde variabelen een achterliggende, niet-geobserveerde variabele te identificeren (Vermunt 2004).
- 11 Het ligt echter wel onder het gemiddelde van de Nederlandse bevolking in 2015. Ook is het lager dan de score van ontvangers van Wmo-voorzieningen in 2015 (Pommer en Boelhouwer 2016).
- 12 De hier genoemde factoren zijn verkregen door logische regressie in de subpopulatie eenzaam ongelukkige en eenzaam gelukkige Wmo-melders. Zie bijlage B7.
- 13 De hier genoemde factoren zijn verkregen door logische regressie in de subpopulatie eenzaam ongelukkige en eenzaam gelukkige verpleeghuisbewoners. Zie bijlage B7.

8 Slotbeschouwing

Cretien van Campen, Theo van Tilburg en Frieke Vonk

Het kabinet heeft als onderdeel van het programma Waardig ouder worden de bestrijding van eenzaamheid tot een van de speerpunten gemaakt en zet daarmee de lijn van het vorige kabinet voort. Doel is om ‘eenzaamheid structureel te signaleren, aan te pakken en uiteindelijk te voorkomen’ (TK 2017/2018a). Met name in langdurige zorg en ondersteuning is eenzaamheid expliciet een onderdeel van beleid (bijlage bij TK 2012/2013b). Het Wmo-beleid hiervan wordt door gemeenten uitgevoerd (Kromhout et al. 2018; Boelhouwer en Pommer 2017). Welke inzichten bieden de resultaten van deze studie voor beleid en praktijk en welke kennisleemten zijn er aan te wijzen?

8.1 Opvallende bevindingen

Kans op eenzaamheid daalt

Doelstelling van het beleid is om de eenzaamheid de komende jaren te laten dalen. Het verminderen van het aantal eenzame personen wordt moeilijk omdat het aantal ouderen blijft stijgen. De individuele kans op eenzaamheid daalde wel in de afgelopen twintig jaar, maar deze daling is te gering om het absolute aantal eenzame personen te verminderen. De toename van het aantal ouderen die leidt tot meer eenzamen is moeilijk te keren. Deze studie wijst trends aan die de individuele kans op eenzaamheid verlagen. Zo signaleerden we dat de sociale netwerken van ouderen de afgelopen twintig jaar groter en diverser zijn geworden. Dit zijn mogelijk aanknopingspunten voor beleid om de stijging van het aantal eenzame ouderen te dempen.

Een belangrijke bevinding uit deze studie is dat het effect van meer netwerkdiversiteit – een gevarieerd netwerk hebben – groter is dan van het vergroten van de omvang van het netwerk. Dit veronderstelt wel dat er minimaal verschillende personen zijn bij wie iemand voor hulp en steun terecht kan. Een andere trend om rekening mee te houden, is de toename van zowel het aantal zelfstandig wonende ouderen als hun gevoel van regie over het leven. Dat laatste heeft de individuele kans op eenzaamheid verlaagd. Dit geldt voor verschillende leeftijdscategorieën, dus zowel voor zestigers als zeventigers als tachtigers. Naast de genoemde demografische ontwikkeling zijn er gebeurtenissen in de individuele levensloop die niet te voorkomen zijn, zoals het verlies van een partner of het ernstig ziek worden. Deze ingrijpende levensgebeurtenissen verhogen het risico op eenzaamheid. Hoewel dit soort gebeurtenissen moeilijk te voorspellen zijn en het niet altijd duidelijk is of, en hoe, ze tot eenzaamheid leiden, markeren ze wel de fase in een leven dat mensen kwetsbaarder worden voor eenzaamheid. Kennis van deze levensgebeurtenissen helpt om gericht in te zetten op de bestrijding van eenzaamheid. Verlies van een partner heeft het grootste effect op eenzaamheid bij ouderen, gevolgd door verlies van de ervaren regie en afhankelijk van zorg worden.

Minder eenzaam in een verpleeghuis

Een belangrijk moment voor zeer kwetsbare ouderen is de verhuizing naar een verpleeghuis of verzorgingshuis. Deze studie signaleert een relatief groot beschermend effect tegen eenzaamheid van verhuizing naar een verzorgings- of verpleeghuis wanneer mensen met ernstige gezondheidsproblemen te maken krijgen. Na opname in een verzorgings- of verpleeghuis vermindert het risico op eenzaamheid. Dit raakt het beleid en streven van het kabinet om ouderen langer zelfstandig te laten wonen. Enerzijds is dat een wens van veel ouderen, anderzijds is het door strengere indicatieprocedures moeilijker geworden om te verhuizen naar de beschermde woonvorm van een verzorgingshuis of verpleeghuis.

Daarom staan we in deze studie stil bij de eenzaamheid van hulpbehoevenden tijdens het zelfstandig wonen, de verhuizing naar een verzorgings- of verpleeghuis en het verblijf daar. Het aandeel eenzame verpleeghuisbewoners van 85 jaar en ouder is lager dan onder jongere verpleeghuisbewoners en zelfs lager dan het aandeel zelfstandig wonende 85-plus-sers. Verpleeghuisbewoners zijn minder eenzaam naarmate ze ouder zijn, een partner hebben, meer regie over het leven ervaren en meer sociale contacten hebben. Ze zijn eenzamer wanneer ze een slechtere mentale gezondheid ervaren en wanneer ze hoogopgeleid zijn.

Als we de verpleeghuisbewoners vergelijken met zelfstandig wonende mensen met een ondersteuningsbehoefte op het gebied van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo-melders), dan blijkt dat leeftijd en opleiding bij deze groepen een verschillende rol spelen. Onder zelfstandig wonenden zijn de ouderen eenzamer dan de jongeren en onder verpleeghuisbewoners zijn juist de ouderen minder eenzaam. Een andere opvallende bevinding is dat onder verpleeghuisbewoners hoogopgeleiden eenzamer zijn dan laagopgeleiden, terwijl opleiding onder zelfstandig wonende Wmo-melders geen rol speelt. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat er in verpleeghuizen meer laagopgeleide ouderen wonen.

Eenzaam en toch gelukkig

Een aanname in beleid is vaak dat de bestrijding van eenzaamheid een weg is om de ervaren kwaliteit van leven van mensen te verhogen. Deze aanname blijkt niet geheel te kloppen. Het ligt volgens deze studie genuanceerder: een deel van de eenzame mensen is gelukkig (gemeten als tevredenheid met het leven) en een deel is ongelukkig. Er is wel enige samenhang tussen eenzaamheid en geluk, maar deze is laag. We signaleren twee groepen onder hulpbehoevenden: de eenzaam gelukkigen en de eenzaam ongelukkigen. In een aantal kenmerken lijken ze op elkaar, maar ze onderscheiden zich op het punt van hun gezondheid. Die is bij de eenzaam ongelukkigen lager.

Een aanpak van eenzaamheidsbestrijding richt zich vaak op sociale contacten (zie bv. TK 2017/2018a). Een aanpak ter verbetering van de ervaren kwaliteit van leven van hulpbehoevende mensen is vaker gebaat bij interventies in het domein van de mentale gezondheid (Walburg 2011). Het bevorderen van de mentale gezondheid draagt direct bij aan het geluk. Bij het verminderen van eenzaamheid spelen het verlies van een partner, sociale contacten en regie een grotere rol. Sociaal-culturele activiteiten op het raakvlak van

sociale activiteiten en mentale ontwikkeling, en betekenisgeving zoals kunstbeoefening en sporten zouden via verschillende wegen bij kunnen dragen aan zowel geluksbevordering als eenzaamheidsbestrijding.

8.2 Kennisleemten

In deze studie zijn factoren van eenzaamheid belicht. De dynamiek en ontwikkeling van eenzaamheid is niet beschreven. Om tot een gerichtere aanpak van eenzaamheid te komen is meer inzicht nodig in deze dynamiek en in de interactie van factoren van eenzaamheid. Eenzaamheid kent niet één oorzaak. Het heeft meer oorzaken, die elkaar kunnen versterken of afzwakken. Deze studie laat zien dat mensen bij wie de risico's toenemen en de bescherming afneemt vatbaarder zijn voor eenzaamheid. Het samenspel van factoren van eenzaamheid is ingewikkeld en nog niet volledig doorgrond.

Voor de aanpak van eenzaamheid in de praktijk is dit inzicht noodzakelijk. Veel interventies richten zich op één factor. Een koffieochtend in de buurt kan mensen bijvoorbeeld contacten opleveren. Hiermee wordt mogelijk het sociale netwerk vergroot. Maar dit slaagt alleen als rekening wordt gehouden met bijvoorbeeld de mentale vrees om zich in een vreemde groep te begeven, de sociale vaardigheden, de verminderde mobiliteit, de aanwezigheid van generatiegenoten, en culturele aspecten van het gezamenlijk koffiedrinken. Het is deze dynamiek waarin we nog weinig inzicht hebben. Dat maakt de aanpak van eenzaamheid lastig. Eenzaamheid lost niet op na een eenmalige interventie. Sterke eenzaamheid ontstaat over een langere periode door een interactie van verschillende factoren. De *best guess* die we daarover op dit moment hebben, is dat eenzaamheid een proces is van een neerwaartse spiraal van toenemende risico's en afnemende bescherming (zie bv. Van der Maat en Van der Zwet 2016; Van Tilburg en De Jong Gierveld 2007).

Om eenzaamheid te bestrijden is dus meer inzicht nodig in de dynamiek van eenzaamheid. Hoe stapelen de risico's? Hoe verloopt het proces van vereenzaming in de tijd? Wanneer wordt 'af en toe een beetje eenzaam voelen' structureel een sterk gevoel? Bij het beantwoorden van deze vragen helpen theorieën en modellen. De discrepantiethorie van eenzaamheid (Perlman en Peplau 1982) helpt ons te begrijpen hoe sterke eenzaamheid ontstaat. De theorie stelt dat elk mens zijn of haar situatie op persoonlijke wijze waardeert en daarom wensen heeft. Zo'n wens kan zijn om regelmatig een goed gesprek te voeren. Het kan ook gaan over een specifiek soort relatie: een partnerrelatie, een hartsvriendin of meelevende collega's. Mensen houden ook rekening met wat andere mensen in hun omgeving hebben (De Jong Gierveld 1984). Uit de discrepantie tussen wens en werkelijkheid ten aanzien van sociale relaties ontstaat een vorm van eenzaamheid, die geleidelijk sterker en langduriger kan worden. Het is dus van belang om eerst na te gaan wat de wensen ten aanzien sociale relaties zijn van mensen, voordat men een oplossing of aanpak gaat bedenken.

We hebben in deze studie veel verschillende factoren onderscheiden die een rol spelen in het ontstaan van eenzaamheid. Hoewel de dynamiek zoals gezegd nog niet volledig is doorgrond, biedt het gehanteerde lagenmodel hiertoe wel aanknopingspunten: het ordent

de factoren en wijst op hun samenspel. Inzicht in dit samenspel kan helpen bij de keuze van een aanpak van eenzaamheid door een gemeente of een hulpverlener.

Het lagenmodel veronderstelt dat factoren direct en indirect invloed uitoefenen op eenzaamheid. Een verre factor zoals hoge leeftijd kan indirect via een slechtere gezondheid en minder sociale contacten het risico op eenzaamheid verhogen. Dit zou meer nuance bieden aan een aanpak van eenzaamheid die uitgaat van het simpele beeld dat ouderen vaker eenzaam zijn. Een andere dynamiek die uit het lagenmodel is af te leiden en inzicht biedt voor een genuanceerder aanpak van eenzaamheid, is de veronderstelde relatie tussen sociaaleconomische status (SES) en eenzaamheid. Een hypothese is dat mensen met een hogere SES in het algemeen in meer sociale situaties komen. Zij hebben daardoor meer en andere ontmoetingsplaatsen dan mensen met een lage SES. Een groot en divers netwerk beschermt tegen eenzaamheid (Pinquart en Sörensen 2001). Mensen met een lage SES zijn gemiddeld vaker eenzaam. De bestrijding van hun eenzaamheid ligt waarschijnlijk niet in het verhogen van hun opleiding of hun inkomen maar in hun vaardigheden om sociale netwerken te vormen. Beide voorbeelden zijn hypothesen die nader onderzoek verdienen. Ze geven richting aan welke aanpak beter werkt tegen eenzaamheid bij specifieke groepen.

8.3 Tot slot

Eenzaamheid wordt door velen als een individueel en maatschappelijk probleem beschouwd dat veel aandacht krijgt en ook verdient. Deze studie heeft eenzaamheid vanuit verschillende perspectieven en bij verschillende kwetsbare groepen belicht en de achterliggende factoren geordend in beeld gebracht. Het goede nieuws is dat de individuele kans op eenzaamheid onder ouderen daalt en dat ernstig zieke ouderen na verhuizing naar een verpleeghuis minder eenzaam zijn. Het minder goede nieuws is dat de belangrijkste risico's op eenzaamheid, zoals het verlies van een partner en het verlies van gezondheid, moeilijk te voorkomen zijn. De studie biedt aanwijzingen dat de aanpak van eenzaamheid rekening moet houden met de interactie van verschillende factoren in de tijd. Daarvoor is nader onderzoek nodig naar het proces van ontstaan van sterke eenzaamheid op de langere termijn. Met een fundamenteel inzicht in het ontstaan van eenzaamheid en de samenhang tussen gevoelens van eenzaamheid en geluk kan het hogere doel van verbetering van de kwaliteit van leven meer handen en voeten gegeven worden. Mensen willen doorgaans een gelukkig leven leiden en tijdelijke gevoelens van eenzaamheid horen daarbij. Met het oog op duurzaam geluk ofwel kwaliteit van leven mag de focus van beleid, praktijk en onderzoek meer verschuiven naar verbinding in de samenleving en het leggen van betekenisvolle contacten.

Summary

Vulnerable and lonely?

Risk and protective factors in an ageing society

Loneliness has a negative impact on personal health and social participation and is regarded both as a problem for individuals and an issue for society. There is also a taboo surrounding loneliness and it is difficult to identify. Loneliness seems to emerge through a gradual and almost imperceptible process of accumulating risk factors, such as a shrinking social network, poor health and a perception of less control over one's life. The way to safeguard against loneliness is to tackle these risk factors.

The aim of this study is to provide an insight into the factors that play a role in the occurrence of loneliness in the course of people's lives, particularly during the second half of life, and to show how loneliness is related to quality of life.

After presenting an overview of what we already know from previous research, we present a number of studies conducted among various populations regarding which risk factors are related to loneliness in an ageing population. We examine both cohorts and the individual lives of older persons. In addition, we focus on two vulnerable groups who receive long-term care and support: nursing home residents and people who receive support as part of the Social Support Act (Wet maatschappelijke ondersteuning – Wmo). Finally, we examine the association between loneliness and quality of life among these vulnerable members of society.

There are various approaches to investigating loneliness. In this report, we adopt the cognitive discrepancy approach as a starting point. This states that loneliness is the result of an evaluation of the perceived discrepancy between the social relationships that an individual would like and their real-life social relationships. We define loneliness as a perceived lack of social relationships, or a perceived lack of quality in those relations. Perceptions of loneliness can range from moderate or unpleasant to strong or unbearable. Loneliness was measured using the original or abbreviated loneliness intensity scale (eleven and six questions, respectively) (De Jong Gierveld and Kamphuis 1985, De Jong Gierveld and Van Tilburg 1999). On the basis of the respondents' scores on this scale, they were divided into three categories: no loneliness, moderate loneliness or severe loneliness.

Results

The likelihood of loneliness among older persons is decreasing; however the number of lonely older persons is rising

It is often assumed that loneliness among older persons in the Netherlands is increasing. Chapter 3 examines the following questions: Has the prevalence of loneliness among older persons changed in the last twenty years? And which factors have been responsible for this trend?

In the period from 1996 to 2016, average levels of loneliness among people aged 55 and older fell by 0.2 to 0.8 points on a scale of 0 to 11. The average individual older person is therefore less lonely than its contemporary twenty years ago. A lot has changed over those twenty years. An 80 year old of today is different from an 80 year old then. Improvements in social contact have contributed to a decline in loneliness. On average, more older people have a partner and their social network is wider and more diverse. Older people also feel in control of their own lives. In short, because the situation of older people improved, the average likelihood of feelings of loneliness has fallen. At the same time, the number of older persons has increased. For this reason, there were more lonely older persons in real terms in 2016 than there were in 1996.

Loneliness among older persons increases with age due to the loss of a partner and social relationships

Chapter 4 explores how feelings of loneliness develop in the lives of older persons. Many over-55s become more lonely as they get older. Between the ages of 55 and 95 years, the proportion of those experiencing moderate loneliness increases from 18% to 53%, and the proportion of very lonely people increases from 2% to 9%. This increase can be explained by the changes that often occur during this phase of life. The loss of social relationships raises the average level of loneliness on a scale of 0 to 11. The loss of a partner (+1.1 point), a smaller and less varied social network (+0.1 point) and the loss of daily social contact (+0.3 point) are the most common factors. There is also the perceived loss of control over life (+0.4 points), and older people are more likely to have to rely on professional care and support (+0.3 points). Health issues (+0.1 point) and loss of income (+0.1 point) play a limited role in the rise in loneliness as people become older.

There is one important exception to this increase. This concerns older persons with serious health problems. Following relocation to a nursing home or residential care centre, people experience less loneliness (-0.6 points) than when they lived independently.

People aged over 85 who live in a nursing home are less lonely

Nursing homes do not have a good image. They are often seen as lonely places. Chapter 5 investigates which nursing home residents experience loneliness. Approximately five out of ten respondents in nursing homes experience loneliness: one in ten feel very lonely and four in ten feel moderately lonely. Loneliness among the over-85s in nursing homes is lower than loneliness among younger residents. But loneliness among nursing home residents aged 85 and above is lower than loneliness among people of the same age who are living independently. This corresponds with the findings presented in chapter 4. Loneliness among older persons living independently increases as they become older. Among older persons who are admitted to a nursing home due to poor health, loneliness decreases. Nursing home residents who experience less loneliness are older, have a partner, perceive more control over their own life and have more social contacts. They are more likely to feel lonely if they have poor mental health and if they are highly educated. People are less lonely when they receive more visits and when children and other family members call

them often (or if they keep in touch using a video chat program). Residents who go to visit someone outside the nursing home are also less lonely.

Those receiving support under the Wmo feel more lonely because they live alone and have health problems

More and more people who need support are living independently up to a higher age. Chapter 6 investigates which people receiving support under the Wmo experience loneliness, and which factors play a role.

More than half of those living alone and receiving Wmo support (aged over 18 years) report feelings of loneliness. Almost one in five experience severe feelings of loneliness. That share is higher than in the adult population as a whole. Those receiving support under the Wmo are more often lonely if they live alone, have motor and/or visual impairments, have experienced variable or deteriorated health in the past year, and/or experience fatigue and/or psychological and/or psychosocial problems. Those between the ages of 55 and 74 are also feeling more lonely than those aged between 35 and 54 years. They are less often lonely when there are enough opportunities to maintain social contacts independently or with help, when they have weekly contact with family members, friends, neighbours and/or club members, and when they are more resilient, self-reliant and able to participate socially. The involvement of a caregiver and receiving customised services under the Wmo also reduce the chance of loneliness.

Lonely, but happy

Are lonely people necessarily always unhappy? In chapter 7 we investigate the extent to which loneliness is associated with happiness among those with long-term support needs. We define loneliness as the degree to which a person perceives a lack of (meaningful) social relationships, and happiness as their degree of satisfaction with life in general.

We found that both among those living independently and receiving support under the Wmo, and those living in nursing homes, there was no linear association between feelings of loneliness and lower levels of overall happiness. We found both people who were 'lonely and unhappy' and people who were 'lonely but happy'. The lonely and unhappy group was characterised by poorer health, both among the Wmo group and among nursing home residents. Only a small group of 2% to 4% felt very lonely and very unhappy. A group of around 10-15% felt very lonely and yet reasonably happy. It is also interesting to note that approximately half of nursing home residents and the Wmo group felt happy and not lonely.

Insights from this study

Which insights do the results of this study provide, and which gaps in our knowledge can be identified? In Chapter 8, we consider these concluding questions.

Combating loneliness among the elderly

Reducing loneliness is challenging because the number of older persons is rising steadily. Although the individual likelihood of loneliness has fallen over the past twenty years, this fall is too small to stop the number of lonely people from rising in absolute terms.

This study identifies specific trends that could help reduce the chance of loneliness at the individual level. For example, as we have explained, the social networks of older persons have become wider and more diverse over the past twenty years. Another important trend is the increase in both the number of older persons living independently and their sense of control over their own life. This has reduced the likelihood that an individual will experience loneliness.

In addition, there will always be life events that cannot be prevented, such as the loss of a partner or a serious illness. These dramatic life events increase the risk of loneliness.

Although these life events are difficult to predict and it is not always clear whether, and how, they will result in loneliness, they are an integral part of old age, a life phase in which people are already more likely to experience loneliness.

Living independently or in a nursing home

This study finds that living in a care home or nursing home can help to protect people with serious health problems from feelings of loneliness. After being admitted to a care home or nursing home, the risk of loneliness decreases. This has implications for the government's policy ambition of enabling older persons to live independently for longer. On the one hand, this reflects what many older persons themselves prefer, but on the other hand tighter requirements have made it more difficult for older persons to move to sheltered accommodation in the form of a care home or nursing home. However, moving to a care institution provides the oldest and most vulnerable people with some degree of protection against loneliness.

Improving quality of life

The assumption that combating loneliness is a way to make people happier does not seem to hold true entirely, according to this study. The situation is more nuanced than this. Tackling loneliness often involves focusing on increased social contact. However, the perceived quality of life (or happiness) of frail people invariably involves more than just a lack of social contact, and also relates to health, finding a purpose in life, activities and other issues. Promoting better mental health, for example, contributes directly to people's perceived levels of happiness. Social-cultural activities that involve both socialising and cognitive activities can help give meaning to people's lives. Participating in artistic or sporting activities, for instance, can both contribute to overall happiness and help to prevent loneliness in different ways.

Knowledge gaps

This study explores various aspects of loneliness. The dynamics between these factors have not yet been studied. In order to develop a more coherent approach to tackling lone-

liness, greater insight is needed into these dynamics and interaction between the factors involved in loneliness.

Loneliness does not have one single cause. It has multiple causes, and these can reinforce or counteract one another. This study shows that people who are at increased risk (and where there are no counteracting factors) are more susceptible to loneliness. The interplay of the factors involved in loneliness is complex and we have yet to understand this fully. Theories and models may help us to do this. Many different factors can play a role in the development of feelings of loneliness, as this study shows. According to the theory used in this study, for example, loneliness arises when there is a mismatch between the life that a person would like to live and the reality of their life with respect to social relationships; this mismatch can become more severe and longer-lasting over time. It is therefore important to check what people actually want first, before deciding on a solution or approach. Loneliness is a persistent problem and combating it has no simple solutions.

Literatuur

- Aarts, S., S. Peek en E. Wouters (2015). The relation between social network site usage and loneliness and mental health in community-dwelling older adults. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry*, jg. 30, nr. 9, p. 942-949.
- Aartsen, M. J. en M. Jylhä (2011). Onset of loneliness in older adults: Results of a 28 year prospective study. In: *European Journal of Ageing*, jg. 8, nr. 1, p. 31-38.
- Ajrouch, K. J., A.Y. Blandon en T.C. Antonucci (2005). Social networks among men and women: The effects of age and socioeconomic status. In: *Journal of Gerontology: Social Sciences*, jg. 60, nr. 6, p. S311-S317.
- AVI (2015a). *Zorg naar gemeenten. Is uw zorg veranderd onder de 'nieuwe Wmo'? Derde onderzoek naar ervaringen van cliënten, familie en mantelzorgers gedurende de transitie van AWBZ-zorg naar gemeenten*. Utrecht: Aandacht voor iedereen (npcf, Koepel Wmo-Raden, Mezzo, ieder(in), Per Saldo, Zorgbelang Nederland, cso, Oogvereniging, Landelijk Platform ggz).
- Baltes, M.M. en L.L. Carstensen (1996). The process of successful ageing. In: *Ageing and Society*, jg. 16, p. 397-422.
- Baltes, P.B. en M.M. Baltes (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: P.B. Baltes en M.M. Baltes (red.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (p. 1-34). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- Beck, U. (1992). *Risk society: Towards a new modernity*. London: Sage.
- Becker, H.A. (1995). Generations and value change. In: R. A. de Moor (red.), *Values in Western societies* (p. 269-196). Tilburg: Tilburg University Press.
- Beer, P. de (2006). Perspectieven voor de laagopgeleiden. In: *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, jg. 22, p. 218-33.
- Benazon, N.R. en J.C. Coyne (2000). Living with a depressed spouse. In: *Journal of Family Psychology*, jg. 14, p. 71-79.
- Beuning, Jacqueline van en Susanne de Witt (2016). *Eenzaamheid in Nederland*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Bijl, R., J. Boelhouwer en A. Wennekers (2017). *De Sociale Staat van Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, p. 349.
- Blit-Cohen, E. en H. Litwin (2004). Elder participation in cyberspace: A qualitative analysis of Israeli retirees. In: *Journal of Aging Studies*, jg. 18, p. 385-398.
- Bloem, B.A. en T.G. van Tilburg (2006). Minder eenzaam na verhuizing? In: *Rooilijn, Tijdschrift voor wetenschap en beleid in de ruimtelijke ordening*, jg. 39, p. 221-226.
- Bloem, B.A., T.G. van Tilburg en G.C.F. Thomése (2013). Starting relationships with neighbors after a move later in life: An exploratory study. In: *Journal of Housing for the Elderly*, jg. 27, p. 28-47.
- Boelhouwer, J. (2010). *Wellbeing in the Netherlands. The scp life situation index since 1974*. The Hague: scp
- Boelhouwer (2017) Kwaliteit van leven: leefsituatie en geluk, in Bijl, R., J. Boelhouwer en A. Wennekers (2017). *De sociale staat van Nederland 2017*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boelhouwer, J. en R. Bijl (2017). Long-Term Trends in Quality of Life: An Introduction. In: *Social Indicators Research*, jg. 130, nr. 1, p. 1-8.
- Bondevik, M. en A. Skogstad (1996). Loneliness among the oldest old: A comparison between residents living in nursing homes and residents living in the community. In: *The International Journal of Aging and Human Development*, jg. 43, p. 181-197.
- Bondevik, M. en A. Skogstad (1998). The oldest old, ADL, social network, and loneliness. In: *Western Journal of Nursing Research*, jg. 20, p. 325-343.

- Boss, L., D.-H. Kang en S. Branson (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: A systematic review. In: *International Psychogeriatrics*, jg. 27, p. 541-553.
- Brame, R., R. Paternoster, P. Mazerolle en A. Piquero (1998). Testing for the equality of maximum-likelihood regression coefficients between two independent equations. In: *Journal of Quantitative Criminology*, jg. 14, p. 245-261.
- Brandtstädter, J. en K. Rothermund (2002). The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. In: *Developmental Review*, jg. 22, p. 117-150.
- Bras, H. en T.G. van Tilburg (2007). Kinship and social networks: A regional analysis of sibling relations in twentieth-century Netherlands. In: *Journal of Family History*, jg. 32, p. 296-322.
- Broese van Groenou, M.I. en T.G. van Tilburg (2012). Six-year follow-up on volunteering in later life: A cohort comparison in the Netherlands. In: *European Sociological Review*, jg. 28, p. 1-11.
- Broese van Groenou, M.I., E.O. Hoogendijk en T.G. van Tilburg (2013). Continued and new personal relationships in later life: Differential effects of health. In: *Journal of Aging and Health*, jg. 25, p. 274-295.
- Budgeon, S. (2006). Friendship and formations of sociality in late modernity: The challenge of 'post traditional intimacy'. *Sociological Research Online*, 11.
- Buffel, T. en C. Phillipson (2011). Experiences of place among older migrants living in inner-city neighbourhoods in Belgium and England. In: *Diversité Urbaine*, jg. 11, p. 13-37.
- Cacioppo, J.T., S. Cacioppo en D.I. Boomsma (2014). Evolutionary mechanisms for loneliness. In: *Cognition and Emotion*, jg. 28, p. 3-21.
- Cacioppo J.T., L.C. Hawkley, J.M. Ernst, M. Burleson, G.G. Berntson, B. Nouriani en D. Spiegel (2006). Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective. In: *Journal of Research in Personality*, jg. 40, p. 1054-1085.
- Campen, C. van (2016). *Als het thuis niet meer kan... wat willen ouderen dan... In: Waardigheid en Trots, Verpleeghuiszorg 2025 (p. 148-154). Utrecht: Waardigheid en Trots.*
- Campen, C. van en D. Verbeek-Oudijk (2017). *Gelukkig in een verpleeghuis? Ervaren kwaliteit van leven en zorg van ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.*
- Campen, C. van, A. Kerkstra en J.J. Kerssens (1999). Familieleden en verzorgenden als proxy's van oudere somatische verpleeghuisbewoners. In: *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (tsg)*, jg. 77, nr. 6, p. 324-330.
- Campen, C. van en A. Kerkstra (1995a). *Over de bijdrage van somatische verpleeghuiszorg aan de kwaliteit van leven. Utrecht: Nivel.*
- Campen, C. van en A. Kerkstra (1995b). *Kwaliteit van leven van somatische verpleeghuispatiënten; een begripsverheldering en overzicht van meetinstrumenten. Utrecht: Nivel.*
- Campen, C. van, J. Iedema en H. Wellink (2006). *Gezond en wel met een beperking. Ervaren kwaliteit van leven en functioneren van mensen met langdurige lichamelijke beperkingen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-werkdocument 122).*
- Campen, C. van, M. Broese van Groenou, D. Deeg en J. Iedema (2017). *Langer zelfstandig. Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.*
- Carstensen, L.L. (1991). Socioemotional selectivity theory: Social activity in life-span context. In: *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, jg. 11, p. 195-217.
- Carstensen, L.L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. In: *Psychology and Aging*, jg. 7, p. 331-338.
- cbs (2015a). *Een half miljoen mensen voelt zich eenzaam. Geraadpleegd 14 maart 2018 via <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2015/39/een-half-miljoen-mensen-voelt-zich-eeenzaam>.*
- cbs (2015b). *MHI-5. Geraadpleegd 18 januari 2018 via www.cbs.nl/nl-nl/artikelen/achtergrond/2015/18/beperkingen-in-dagelijkse-handelingen-bij-ouderen/mhi-5.*
- cbs (2016). *Gezondheid, relaties en werk belangrijker voor geluk dan geld. Geraadpleegd 18 januari 2018 via www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/11/gezondheid-relaties-en-werk-belangrijker-voor-geluk-dan-geld.*

- Charles, S.T. (2010). Strength and vulnerability integration: A model of emotional well-being across adulthood. In: *Psychological Bulletin*, jg. 136, p. 1068-1091.
- Chodorow, N. (1978). Mothering, object-relations, and the female oedipal configuration. In: *Feminist Studies*, nr. 4, p. 137-158.
- Coalitie Erbij (2014). *Eenzaamheid om jezelf te beschermen: de evolutionaire kijk op eenzaamheid*. Geraadpleegd 6 maart 2018 via <https://www.samentegeneenzaamheid.nl/blog/blik-uit-de-wetenschap/eenzaamheid-om-jezelf-te-beschermen-de-evolutionaire-kijk-op-eeenzaamheid>.
- Coalitie Erbij (2018a). *Gevolgen van eenzaamheid*. Geraadpleegd 6 maart 2018 via <https://www.eenzaam.nl/over-eeenzaamheid/83-gevolgen-van-eeenzaamheid>.
- Coalitie Erbij (2018b). *Wanneer is eenzaamheid een probleem?* Geraadpleegd 6 maart 2018 via <https://www.eenzaam.nl/over-eeenzaamheid/82-wanneer-is-eeenzaamheid-een-probleem>.
- Cohen-Mansfield, J. en A. Parpura-Gill (2007). Loneliness in older persons: A theoretical model and empirical findings. In: *International Psychogeriatrics*, jg. 19, p. 279-294.
- Cohen-Mansfield, J., D. Shmotkin en S. Goldberg (2009). Loneliness in old age: Longitudinal changes and their determinants in an Israeli sample. In: *International Psychogeriatrics*, jg. 21, p. 1160-1170.
- Coolen, J. (2015). *Ouderen in zorghuizen: broze mensen én leefplezier*. Amsterdam: Ben Sajet Centrum.
- Cornwell, B. (2011). Age trends in daily social contact patterns. In: *Research on Aging*, jg. 33, p. 598-631.
- Cotten, S.R., W.A. Anderson en B.M. McCullough (2013). Impact of internet use on loneliness and contact with others among older adults: Cross-sectional analysis. In: *Journal of Medical Internet Research*, jg. 15, nr. 2.
- Crimmins, E.M., J.L. Kim en A. Solé-Auró (2011). Gender differences in health: Results from SHARE, ELSA and HRS. In: *European Journal of Public Health*, jg. 21, p. 81-91.
- Da Roit, B. (2012). The Netherlands: The struggle between universalism and cost containment. In: *Health & Social Care in the Community*, jg. 20, p. 228-237.
- Debets, P. en E. Brouwer (1989). *MSP: A program for Mokken scale analysis for polychotomous items (version 1.50)*. Groningen: iec PROGAMMA.
- Deeg, D.J.H. (2010). *Empowerment*. Amsterdam: VU/LASA.
- Dijkshoorn, H., F. Hazeleger, A.P. Janssen en J. Ujcic-Voortman (2013). *Amsterdammers gezond en wel? Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012*. Amsterdam: GGD Amsterdam.
- Doorten, I. (2016). *Eenzaamheid: Beeldvorming en cijfers*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- Döring, N. (1997). Einsamkeit in der "Informationsgesellschaft". In: *ZUMA-Nachrichten*, jg. 21, p. 36-52.
- Dröes, Rose-Marie, Jos Schols en Philip Scheltens (2015). *Meer kwaliteit van leven. Integratieve persoonsgerichte dementiezorg*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- Dulk, C.J. den, H. van de Stadt en J.M. Vliegen (1992). Een nieuwe maatstaf voor stedelijkheid: De omgevingsadressendichtheid. In: *Maandstatistiek van de Bevolking*, jg. 40, p. 14-27.
- Dykstra, P.A. (2009). Older adult loneliness: Myths and realities. In: *European Journal of Ageing*, nr. 6, p. 91-100.
- Dykstra, P.A. en J. de Jong Gierveld (2004). Gender and marital-history differences in emotional and social loneliness among Dutch older adults. In: *Canadian Journal on Aging*, jg. 23, p. 141-55.
- Dykstra, P.A., T.G. van Tilburg en J. de Jong Gierveld (2005). Changes in older adult loneliness. In: *Research on Aging*, jg. 27, p. 725-747.
- Ejlskov, L., J. Wulff, H. Bøggild, D. Kuh en M. Stafford (2017). Assessing the relative importance of correlates of loneliness in later life: Gaining insight using recursive partitioning. In: *Ageing & Mental Health*.
- Ellwardt, L., T.G. van Tilburg en M.J. Aartsen (2015). The mix matters: Complex personal networks relate to higher cognitive functioning in old age. In: *Social Science and Medicine*, jg. 125, p. 107-115.
- Eloranta, S., S. Arve, H. Isoaho, A. Lehtonen en M. Viitanen (2015). Loneliness of older people aged 70: A comparison of two Finnish cohorts born 20 years apart. In: *Archives of Gerontology and Geriatrics*, jg. 61, p. 254-260.

- Ettema, E., L. Derksen en E. van Leeuwen (2010). Existential loneliness and end-of-life care: A systematic review. In: *Theoretical Medicine and Bioethics*, jg. 31, p. 141-169.
- Field, D., M. Minkler, R.F. Falk en E.V. Leino (1993). The influence of health on family contacts and family feelings in advanced old age: A longitudinal study. In: *Journal of Gerontology*, jg. 48, p. 18-28.
- Fokkema, T. en R. Naderi (2013). Differences in late-life loneliness: A comparison between Turkish and native-born older adults in Germany. In: *European Journal of Ageing*, jg. 10, p. 289-300.
- Fokkema, T., J. de Jong Gierveld en P.A. Dykstra (2012). Cross-national differences in older adult loneliness. In: *The Journal of Psychology*, jg. 146, p. 201-228.
- Folstein, M.F., S.E. Folstein en P.R. McHugh (1975). 'Mini-mental state': A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. In: *Journal of Psychiatric Research*, jg. 12, p. 189-198.
- Freedman, V.A., L.G. Martin, R.F. Schoeni en J.C. Cornman (2008). Declines in late-life disability: The role of early- and mid-life factors. In: *Social Science and Medicine*, jg. 66, p. 1588-1602.
- Fry, P.S. en D.L. Deaton (2002). Self-efficacy beliefs as predictors of loneliness and psychological distress in older adults. In: *The International Journal of Aging and Human Development*, jg. 55, p. 233-269.
- Gallie, D., S. Paugam en S. Jacobs (2003). Unemployment, poverty and social isolation: Is there a vicious circle of social exclusion? In: *European Societies*, jg. 5, p. 1-32.
- Gerritsen, D.L. (2017). Mensen zoals wij. In: *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, jg. 48, nr. 3, p. 1-3.
- Gezondheidsmonitor Volwassenen, GGD'en, CBS en RIVM, 2016: site : <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/eenzaamheid> en <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/eenzaamheid/cijfers-context/huidige-situatie>. (Geraadpleegd november 2017.)
- Giddens, A. (1990). *The consequences of modernity*. Cambridge: Polity.
- Grenade, L. en D. Boldy (2008). Social isolation and loneliness among older people: Issues and future challenges in community and residential settings. In: *Australian Health Review*, jg. 32, p. 468-478.
- Guiaux, M. (2010). *Social adjustment to widowhood: Changes in personal relationships and loneliness before and after partner loss* (proefschrift), Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Hawkey, L.C. en J.T. Cacioppo (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. In: *Annals of Behavioral Medicine*, jg. 40, nr. 2, p. 218-227.
- Hawkey, L.C., M.E. Hughes, L.J. Waite, C.M. Masi, R.A. Thisted en J.T. Cacioppo (2008). From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: The Chicago Health, Aging, and Social Relations study. In: *The Journals of Gerontology, Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, nr. 63, p. 375-384.
- Hicks, T. (2000). What is your life like now? Loneliness and elderly individuals residing in nursing homes. In: *Journal of Gerontological Nursing*, jg. 26, p. 15-19.
- Holmén, K. en H. Furukawa (2002). Loneliness, health and social network among elderly people: A follow-up study. In: *Archives of Gerontology and Geriatrics*, jg. 35, p. 261-274.
- Holt-Lunstad, J., T.B. Smith, M. Baker, T. Harris en D. Stephenson (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. In: *Perspectives on Psychological Science*, jg. 10, p. 227-237.
- Houtjes, W., B. van Meijel, P.M. van de Ven, D.J.H. Deeg, T.G. van Tilburg en A.T.F. Beekman (2014). The impact of an unfavorable depression course on network size and loneliness in older people: A longitudinal study in the community. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry*, jg. 29, p. 1010-1017.
- Huber, M. (2013). Naar een nieuw begrip van gezondheid: Pijlers voor Positieve Gezondheid. In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, jg. 3, nr. 91, p. 133-134.
- Huisman, M., J. Poppelaars, M. van der Horst, A.T. Beekman, J. Brug, T.G. van Tilburg en D.J.H. Deeg (2011). Cohort profile: The Longitudinal Aging Study Amsterdam. In: *International Journal of Epidemiology*, jg. 40, p. 868-876.
- Hülür, G., J. Drewelies, P. Eibich, S. Düzel, I. Demuth, P. Ghisletta, E. Steinhagen-Thiessen, G.G. Wagner, U. Lindenberger en D. Gerstorf (2016). Cohort differences in psychosocial function over 20 years: Cur-

- rent older adults feel less lonely and less dependent on external circumstances. In: *Gerontology*, jg. 62, p. 354-361.
- Jacobs, M.T., M.I. Broese van Groenou, M.J. Aartsen en D.J.H. Deeg (2016). Diversity in older adults' care networks: The added value of individual beliefs and social network proximity. In: *The Journals of Gerontology: Series B*.
- Jacobs, R.H. (1990). Friendships among old women. In: *Journal of Women & Aging*, nr. 2, p. 19-32.
- Jong Gierveld, J. de (1984). *Eenzaamheid: Een meersporig onderzoek*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Jong Gierveld, J. de (1998). A review of loneliness: Concept and definitions, determinants and consequences. In: *Reviews in Clinical Gerontology*, jg. 8, p. 73-80.
- Jong Gierveld, J. de en P.A. Dykstra (2008). Virtue is its own reward? Support-giving in the family and loneliness in middle and old age. In: *Ageing and Society*, jg. 28, p. 271-287.
- Jong Gierveld, J., de en F.H. Kamphuis (1985). The development of a Rasch-type loneliness-scale. In: *Applied Psychological Measurement*, jg. 9, p. 289-299.
- Jong Gierveld, J. de en J. Raadschelders (1982). Types of loneliness. In: L.A. Peplau en D. Perlman (red.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (p. 105-119). New York: Wiley.
- Jong Gierveld, J. de, S. van der Pas en N. Keating (2015). Loneliness of older immigrant groups in Canada: Effects of ethnic-cultural background. In: *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, jg. 30, p. 251-268.
- Jong Gierveld, J. de en T.G. van Tilburg (1987). The partner as source of social support in problem and non-problem situations. In: *Journal of Social Behavior & Personality*, jg. 2, p. 191-200.
- Jong Gierveld, J. de en T.G. van Tilburg (1999). Living arrangements of older adults in the Netherlands and Italy: Coresidence values and behaviour and their consequences for loneliness. In: *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, jg. 14, p. 1-24.
- Jong Gierveld, J. de en T. van Tilburg (2008). De ingekorte schaal voor algemene, emotionele en sociale eenzaamheid. In: *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, jg. 39, nr. 1, p. 4-15.
- Jong Gierveld, J. de, T.G. van Tilburg en P.A. Dykstra (2018). New ways of theorizing and conducting research in the field of loneliness and social isolation. In: D. Perlman en A.L. Vangelisti (red.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (second edition). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Jonker, C., D.L. Gerritsen, J.T. van der Steen, P.R. Bosboom, C. van Campen, A.H.M. Kleemans en Th.L. Schrijver (2001). Kwaliteit van leven en dementie-I. Model om welbevinden bij demente patiënten te meten. In: *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, jg. 32, nr. 6, p. 252-258.
- Jorna, T. (red.) (2012). *Mag een mens eenzaam zijn? Studies naar existentiële eenzaamheid en zingeving*. Amsterdam: Humanistics University Press/SPW.
- Jorna, Ton (2008). *Echte woorden. Authenticiteit in geestelijke begeleiding*. Amsterdam: SPW.
- Jylhä, M. (2004). Old age and loneliness: Cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. In: *Canadian Journal on Aging*, jg. 23, p. 157-168.
- Kahn, R.L. en T.C. Antonucci (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles and social support. In: P.B. Baltes en O. Brim (red.), *Life-span development and behavior* (p. 253-286). New York: Academic.
- Kelley-Moore, J.A. en K.F. Ferraro (2001). Functional limitations and religious service attendance in later life: Barrier and/or benefit mechanism? In: *Journal of Gerontology*, jg. 56B, p. S365-S373.
- Kempen, G.I.J.M. en T.P.B.M. Suurmeijer (1991). Professional home care for the elderly: An application of the Andersen-Newman model in the Netherlands. In: *Social Science & Medicine*, jg. 33, p. 1081-1089.
- Khosravi, P., A. Rezvani en A. Wiewiora (2016). The impact of technology on older adults' social isolation. In: *Computers in Human Behavior*, jg. 63, p. 594-603.
- Klein Ikkink, K. en T.G. van Tilburg (1999). Broken ties: Reciprocity and other factors affecting the termination of older adults' relationships. In: *Social Networks*, jg. 21, p. 131-146.
- Klok, J., T.G. van Tilburg, B.A. Suanet, T. Fokkema en M. Huisman (2017). National and transnational belonging among Turkish and Moroccan older migrants in the Netherlands: Protective against loneliness? In: *European Journal of Ageing*, jg. 14, p. 341-351.

- Knipscheer, C.P.M., J. de Jong Gierveld, T.G. van Tilburg en P.A. Dykstra (1995). *Living arrangements and social networks of older adults*. Amsterdam: vu University Press.
- Knipscheer, K., N.M. van Schoor, B.W.J.H. Penninx en J.H. Smit (2008). Levenswaardering bij ouderen (lwo): de validering van een meetinstrument. In: *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, jg. 39, nr. 4, p. 133-145.
- Kooiker, Sjoerd (2013). Gezondheid heeft twee kanten: actief kunnen zijn en je goed voelen. In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, jg. 91, nr. 3, p. 134-135.
- Korporaal, M., M.I. Broese van Groenou en T.G. van Tilburg (2008). Effects of own and spousal disability on loneliness among older adults. In: *Journal of Aging and Health*, jg. 20, p. 306-325.
- Koster, T. en M. Gesthuizen (2016). Werkloosheid doorstaan? In: *Mens en Maatschappij*, jg. 91, p. 183-210.
- Lachman, M.E. en S.L. Weaver (1998). The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, jg. 74, p. 763-773.
- Lange, Frits de (2011). Een waardige dood? In: *Pallium*, jg. 13, nr. 3, p. 17.
- Lawton, M.P., M. Moss, C. Hoffman, R. Grant, T.T. Have en M.H. Kleban (1999). Health, valuation of life, and the wish to live. In: *The Gerontologist*, jg. 39, p. 406-416.
- Lawton, M. Powell, Miriam Moss, Christine Hoffman, Morton H. Kleban, Katy Ruckdeschel en Laraine Winter (2001). Valuation of life: A concept and a scale. In: *Journal of Aging and Health*, jg. 13, nr. 1, p. 3-31.
- Mannheim, K. (1952). *Essays on the sociology of knowledge*. London: Routledge.
- Mayers, A.M., S.T. Khoo en M. Svartberg (2002). The existential loneliness questionnaire: Background, development, and preliminary findings. In: *Journal of Clinical Psychology*, jg. 58, nr. 9, p. 1183-1193.
- McCullough, J. P. (2003). Treatment for chronic depression using Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). In: *Journal of Clinical Psychology*, jg. 59, nr. 8, p. 833-846.
- McLaughlin, D., D. Vagenas, N.A. Pachana, N. Begum en A. Dobson (2010). Gender differences in social network size and satisfaction in adults in their 70s. In: *Journal of Health Psychology*, jg. 15, nr. 5, p. 671-679.
- Michela, J.L., L.A. Peplau en D.G. Weeks (1982). Perceived dimensions of attributions for loneliness. In: *Journal of Personality & Social Psychology*, jg. 43, p. 929-936.
- Mollenhorst, G., B. Völker en H. Flap (2008). Social contexts and personal relationships: The effect of meeting opportunities on similarity for relationships of different strength. In: *Social Networks*, jg. 30, p. 60-68.
- Movisie (2018). *Sociale professionals: laat eenzaamheid toe*. Geraadpleegd 14 maart 2018 via <https://www.movisie.nl/artikel/sociale-professionals-laait-eeenzaamheid-toe>.
- Nicolaisen, M. en K. Thorsen (2012). Impairments, mastery, and loneliness: A prospective study of loneliness among older adults. In: *Norsk Epidemiologi*, jg. 22, p. 143-150.
- Nyqvist, F., M. Cattan, M. Conradsson, M. Näsman en Y. Gustafsson (2017). Prevalence of loneliness over ten years among the oldest old. In: *Scandinavian Journal of Public Health*, jg. 45, p. 411-418.
- Patiëntenfederatie Nederland (2016). *Kwaliteit verpleeghuiszorg, wat vinden bewoners en mantelzorgers belangrijk?* Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland.
- Paxton, P. (1999). Is social capital declining in the United States? A multiple indicator assessment. In: *The American Journal of Sociology*, jg. 105, p. 88-127.
- Pearlin, L.I. en C. Schooler (1978). The structure of coping. In: *Journal of Health and Social Behaviour*, jg. 19, p. 2-21.
- Penninx, B.W.J.H., T.G. van Tilburg, D.M.W. Kriegsman, A.J.P. Boeke, D.J.H. Deeg en J.T.M. Van Eijk (1999). Social network, social support, and loneliness in older persons with different chronic diseases. In: *Journal of Aging and Health*, jg. 11, p. 151-168.
- Perlman, D. en L.A. Peplau (1982). Theoretical approaches to loneliness. In: L.A. Peplau en D. Perlman (red.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (p. 123-134). New York: Wiley.
- Phillipson, C. (2007). The 'elected' and the 'excluded': Sociological perspectives on the experience of place and community in old age. In: *Ageing & Society*, jg. 27, p. 321-342.
- Pinquart, M. (2003). Loneliness in married, widowed, divorced, and never-married older adults. In: *Journal of Social and Personal Relationships*, jg. 20, p. 31-53.

- Pinquart, M. en S. Sörensen (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. In: *Basic and Applied Social Psychology*, jg. 23, p. 245-266.
- Pommer, Evert en Jeroen Boelhouwer (2016). *Overall rapportage Sociaal Domein 2015. Rondom de transitie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Prieto-Flores, M.E., M.J. Forjaz, G. Fernandez-Mayoralas, F. Rojo-Perez en P. Martinez-Martin (2011). Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and institutionalized older adults. In: *Journal of Aging and Health*, jg. 23, p. 177-194.
- Pronk, M., D.J.H. Deeg, C. Smits, T.G. van Tilburg, D.J. Kuik, J.M. Festen en S.E. Kramer (2012). Recent onderzoek: Een slechter gehoor leidt tot meer eenzaamheid, maar niet bij alle ouderen. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, jg. 43, p. 103-104.
- Putnam, R.D. (2000). *Bowling alone*. New York: Simon & Schuster.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (1997). *Vereenzaming in de samenleving*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. In: *Applied Psychological Measurement*, jg. 1, nr. 3, p. 385-401.
- Richaud de Minzi, M.C. en C. Sacchi (2004). Adolescent loneliness assessment. In: *Adolescence*, jg. 39, p. 701-710.
- Ridder, J. den, P. Dekker en P. van Houwelingen (2015). *Zorgen over de zorg: bevindingen in recent onderzoek naar de publieke opinie over de gezondheidszorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Rokach, A. en H. Brock (1996). The causes of loneliness. In: *Psychology: A Journal of Human Behavior*, jg. 33, p. 1-11.
- Ross, C.E. en C.W. Wu (1995). The links between education and health. In: *American Sociological Review*, jg. 60, p. 719-745.
- Russell, D., Peplau, L. A. & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. In: *Journal of Personality Assessment*, 42, 290-294.
- Russell, D. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. In: *Journal of Personality Assessment*, 66, 20-40.
- rvs (2017). *De vele kanten van eenzaamheid: Verkenning*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- Ryder, N.B. (1965). The cohort as a concept in the study of social change. In: *American Sociological Review*, jg. 30, p. 843-861.
- Scharf, T., & De Jong Gierveld, J. (2008). Loneliness in urban neighbourhoods: An Anglo-Dutch comparison. *European Journal of Ageing*, 5, 103-115.
- Scharf, T., Phillipson, C., & Smith, A. (2003). Older people's perceptions of the neighbourhood: Evidence from socially deprived urban areas. *Sociological Research Online*, 8.
- Schellingerhout, R. (2004). *Gezondheid en welbevinden van allochtone ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schieman, S. (2001). Age, education, and the sense of control. In: *Research on Aging*, jg. 23, nr. 2, p. 153-178.
- Schoenmakers, E.C., T.G. van Tilburg en T. Fokkema (2014). Awareness of risk factors for loneliness among third agers. In: *Ageing & Society*, jg. 34, p. 1035-1051.
- Schoenmakers, E.C., T.G. van Tilburg en T. Fokkema (2015). Problem-focused and emotion-focused coping options and loneliness: How are they related? In: *European Journal of Ageing*, jg. 12, p. 153-161.
- Schwarzer, R. en A. Leppin (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. In: *Journal of Social and Personal Relationships*, jg. 8, p. 99-127.
- Singh-Manoux, A., M. Kivimaki, M.M. Glymour, A. Elbaz, C. Berr, K.P. Ebmeier, J.E. Ferrie en A. Dugravot (2012). Timing of onset of cognitive decline: Results from Whitehall II prospective cohort study. In: *BMJ*, nr. 344, d7622.
- Sjöberg, M., I. Beck, B.H. Rasmussen en A.-K. Edberg (2017). Being disconnected from life: Meanings of existential loneliness as narrated by frail older people. In: *Ageing & Mental Health*.

- Smits, C.H.M., D.J.H. Deeg en R.J. Bosscher (1995). Well-being and control in older persons: The prediction of well-being from control measures. In: *The International Journal of Aging and Human Development*, jg. 40, nr. 237-251.
- Snel, N. en Plantinga, S. (2012) *Eenzaamheid in Nederland*, Coalitie Erbij, Amsterdam : TNS NIPO
- Staatsblad (2014). Wet van 9 juli 2014, houdende regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015). In: *Staatsblad*, jg. 2014, nr. 280.
- Steen, J. van der, C. van Campen, P.R. Bosboom, D.L. Gerritsen, A.M.H. Kleemans, Th.L. Schrijver en C. Jonker (2001). Kwaliteit van leven en dementie-II. Selectie van een meetinstrument voor welbevinden op 'modelmaat'. In: *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, jg. 32, nr. 6, p. 259-264.
- Stolle, D. en M. Hooghe (2005). Inaccurate, exceptional, one-sided or irrelevant? The debate about the alleged decline of social capital and civic engagement in Western societies. In: *British Journal of Political Science*, jg. 35, p. 149-167.
- Terhell, E.L., M.I. Broese van Groenou en T.G. van Tilburg (2004). Network dynamics in the long-term period after divorce. In: *Journal of Social and Personal Relationships*, jg. 21, p. 719-738.
- Thomése, G.C.F. en A. Bergsma (2008). Van oude mensen en de dingen die nog komen? In: *Gerôn, Tijdschrift over ouder worden en maatschappij*, jg. 10, p. 60-63.
- Thomson, I.T. (2005). The theory that won't die: From mass society to the decline of social capital. In: *Sociological Forum*, jg. 20, p. 421-448.
- Tijhuis, M.A.R., J. de Jong Gierveld, E.J.M. Feskens en D. Kromhout (1999). Changes in and factors related to loneliness in older men: The Zutphen elderly study. In: *Age and Ageing*, jg. 28, p. 491-495.
- Tilburg, T.G. van (1998). Losing and gaining in old age: Changes in personal network size and social support in a four-year longitudinal study. In: *Journal of Gerontology*, jg. 53B, p. S313-S323.
- Tilburg, T.G. van (2003). Consequences of men's retirement for the continuation of work-related personal relationships. In: *Ageing International*, jg. 28, p. 345-358.
- Tilburg, T.G. van en M.I. Broese van Groenou (2002). Network and health changes among older Dutch adults. In: *Journal of Social Issues*, jg. 58, p. 697-713.
- Tilburg, T.G. van en M.I. Broese van Groenou (2013). Netwerken en gezondheid. In: B. Völker, H. Flap en G. Mollenhorst (red.), *Sociale netwerken* (p. 139-151). Groningen: Noordhoff.
- Tilburg, T.G. van en J. de Jong Gierveld (1999). Cesurbepaling van de eenzaamheidsschaal. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, jg. 30, p. 158-163.
- Tilburg, T.G. van en E.D. de Leeuw (1991). Stability of scale quality under different data collection procedures: A mode comparison on the 'De Jong Gierveld Loneliness Scale'. In: *International Journal of Public Opinion Research*, jg. 3, p. 69-85.
- Tilburg, T.G. van en G.C.F. Thomése (2010). Societal dynamics in personal networks. In: D. Dannefer en C.R. Phillipson (red.), *The Sage handbook of social gerontology* (p. 215-225). London: Sage.
- Tilburg, T.G. van, M.J. Aartsen en S. van der Pas (2015). Loneliness after divorce: A cohort comparison among Dutch young-old adults. In: *European Sociological Review*, jg. 31, p. 243-252.
- Tilburg, T.G. van, J. de Jong Gierveld, L. Lecchini en D. Marsiglia (1998). Social integration and loneliness: A comparative study among older adults in the Netherlands and Tuscany, Italy. In: *Journal of Social and Personal Relationships*, jg. 15, p. 740-754.
- Tilburg, T.G. van, B. Havens en J. de Jong Gierveld (2004). Loneliness among older adults in the Netherlands, Italy, and Canada: A multifaceted comparison. In: *Canadian Journal on Aging*, jg. 23, p. 169-180.
- Tilburg, Theo van en Jenny de Jong Gierveld (2007). *Zicht op eenzaamheid. Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum.
- TK (2012/2013a). *Toekomst AWBZ*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012/2013, 30597, nr. 296.

- TK (2013/2014). *Intensiveren en verankeren aanpak eenzaamheid*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 16 juli 2014. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 29538, nr. 155.
- TK (2013/2014b). *Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015)*. Memorie van Antwoord. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33841, nr. G.
- TK (2014/2015). *Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014/2015, 31765, nr. 215.
- TK (2015/2016). *Waardig leven met zorg*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 26 februari 2016. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015/2016, 34104, nr. 105.
- TK (2017/2018a). *Actieprogramma Eén tegen eenzaamheid*. Geraadpleegd 14 maart 2018 via <https://www.rijks-overheid.nl/documenten/publicaties/2018/03/20/actieprogramma-een-tegen-eeenzaamheid>.
- TK (2017/2018b). *Pact voor de ouderenzorg*. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 december 2017. Tweede Kamer, vergaderjaar 2017/2018, 31765, nr. 290.
- TK (nog te verschijnen). *Waardig ouder worden*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2017/2018.
- Uysal-Bozkir, Ö., T. Fokkema, J.L. MacNeil-Vroomen, T.G. van Tilburg en S.E. de Rooij (2017). Translation and validation of the de Jong Gierveld Loneliness scale among older migrants living in the Netherlands. In: *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, jg. 72, p. 109-119.
- Vanden Boer, L. en K. Pauwels (2005). *Eenzame ouderen: Mythe of realiteit?* www.cbgs.be, bijdragen onderzoek, 11 februari.
- Van der Zwet, R. en Van de Maat, J.W. (2016). *Wat werkt bij de aanpak van eenzaamheid*. Utrecht: Movisie.
- Veenhoven, Ruut (2013). The four qualities of life ordering concepts and measures of the good life. In: Antonella Delle Fave (red.), *The exploration of happiness* (p. 195-226). Berlijn: Springer.
- Vegter, F., L. Gijsbers en M. Voorn (2016). *Verpleeghuiszorg in Nederland. Belevingsonderzoek onder Nederlands publiek, professionals en bestuurders*. Amsterdam: Motivaction.
- Verbeek-Oudijk, D. en C. van Campen (2017). *Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Landelijk overzicht van hun leefsituatie in 2015/16*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Vermunt, J.K. en J. Magidson (2000). *Latent Gold 2.0 user's guide*. Belmont, MA: Statistical Innovations.
- Vermunt, J. (2004). Toepassingen van latente klasse analyse in sociaal wetenschappelijk onderzoek. In: *Sociale Wetenschappen*, jg. 47, nr. 1, p. 2-14.
- Verstraten, P.F.J., W.L.J.H. Brinkmann, N.L. Stevens en J.S.A.G. Schouten (2005). Loneliness, adaptation to vision impairment, social support and depression among visually impaired elderly. In: *International Congress Series*, nr. 1282, p. 317-321.
- Victor, C.R. en A. Bowling (2012). A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. In: *The Journal of Psychology*, jg. 146, nr. 3, p. 313-331.
- Victor, C.R., V. Burholt en W. Martin (2012). Loneliness and ethnic minority elders in Great Britain: An exploratory study. In: *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, jg. 27, p. 65-78.
- Victor, C.R., S.J. Scambler, S. Shah, D.G. Cook, T. Harris, E. Rink en S. de Wilde (2002). Has loneliness amongst older people increased? An investigation into variations between cohorts. In: *Ageing and Society*, jg. 22, p. 585-597.
- Wachter, D. de (2011). *Borderline times. Het einde van de normaliteit*. Leuven: Terra Lannoo.
- Wagner, N., K. Hassanein en M. Head (2010). Computer use by older adults: A multi-disciplinary review. In: *Computers in Human Behavior*, jg. 26, p. 870-882.
- Wahl, H.W., V. Heyl, P.M. Drapaniotis, K. Hörmann, J.B. Jonas, P.K. Plinkert en K. Rohrschneider (2013). Severe vision and hearing impairment and successful aging: A multidimensional view. In: *Gerontologist*, jg. 53, p. 950-962.

- Wallhagen, M.I., W.J. Strawbridge, S.J. Shema, J. Kurata en G.A. Kaplan (2001). Comparative impact of hearing and vision impairment on subsequent functioning. In: *Journal of the American Geriatrics Society*, jg. 49, p. 1086-1092.
- Waverijn, Geeke en Anna Maria Marangos (2016). *Bekendheid en eerste ervaringen met de Wmo 2015 van mensen met een lichamelijke beperking*. Utrecht: Nivel.
- Webster, Jeffrey D., Ernst T. Bohlmeijer en Gerben J. Westerhof (2014). Time to flourish: The relationship of temporal perspective to well-being and wisdom across adulthood. In: *Aging & mental health*, jg. 18, nr. 8, p. 1046-1056.
- Weeks, D.J. (1994). A review of loneliness concepts, with particular reference to old-age. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry*, jg. 9, p. 345-355.
- Weiss, R.S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge: MIT Press.
- Wiggins Frame, M. en C.L. Shehan (1994). Work and well-being in the two-person career: Relocation stress and coping among clergy husbands and wives. In: *Family Relations*, jg. 43, p. 196-205.
- Wijngaarden, B. van, A.H. Schene en M.W. Koeter (2004). Family caregiving in depression: Impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking. In: *Journal of Affective Disorders*, jg. 81, p. 211-222.
- Wijngaarden, E. van (2016). *Voltooid leven. Over leven en willen sterven*. Amsterdam: Atlas Contact.
- Wijngaarden, E. van en A.-M. The (2017). Luisteren als belangrijkste interventie bij eenzaamheid. In: *Bijblijven*, jg. 33, p. 296-306.
- Wiles, J. (2005). Conceptualizing place in the care of older people: The contributions of geographical gerontology. In: *Journal of Clinical Nursing*, jg. 14, p. 100-108.
- Williams, K. (2003). Has the future of marriage arrived? A contemporary examination of gender, marriage, and psychological well-being. In: *Journal of Health and Social Behavior*, jg. 44, p. 470-487.
- Wrzus, C., M. Hänel, J. Wagner en F.J. Neyer (2013). Social network changes and life events across the lifespan: A meta-analysis. In: *Psychological Bulletin*, jg. 139, p. 53-80.
- Zorginstituut (2017). *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

SCP-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze publicaties zijn in gedrukte vorm verkrijgbaar bij de (internet)boekhandel en zijn als pdf gratis te downloaden via www.scp.nl. Een complete lijst is te vinden op www.scp.nl/publicaties.

SCP-publicaties 2018

- 2018-1 *Werken aan de start. Jonge vrouwen en mannen op de arbeidsmarkt* (2018). Ans Merens en Freek Bucx (red.). ISBN 978 90 377 0859 2
- 2018-2 *Lees:Tijd. Lezen in Nederland* (2018). Annemarie Wennekers, Frank Huysmans en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0858 5
- 2018-3 *De Wmo 2015 in praktijk. De lokale uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning* (2018). Lia van der Ham, Maaïke den Draak, Wouter Mensink, Peggy Schyns en Esther van den Berg. M.m.v. Pepijn van Houwelingen en Isabella van de Velde. ISBN 978 90 377 0856 1
- 2018-4 *Jezelf zijn in het verpleeghuis* (2018). Lisette Kuiper, Debbie Verbeek-Oudijk en Cretien van Campen. ISBN 978 90 377 0855 4 (pdf)
- 2018-5 *Maatschappelijke ondersteuning: keuzes van cliënten en beleid van gemeenten* (2018) (handelseditie proefschrift). Anna Maria Marangos. ISBN 978 90 377 0846 2 (pdf)
- 2018-6 *Een lokaal sociaal contract. Voorwaarden voor een inclusieve samenleving* (2018). Kim Putters. ISBN 978 90 377 0861 5
- 2018-7 *The social state of the Netherlands 2017* (2018). Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer en Annemarie Wennekers (red.). ISBN 978 90 377 0862 2 (pdf)
- 2018-8 *Net als thuis. Wooninitiatieven opgezet door ouders voor hun kinderen met een beperking* (2018). Inger Plaisier en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0863 9
- 2018-9 *Bouwend aan een toekomst in Nederland. De leefsituatie van Poolse migranten die zich na 2004 in Nederland hebben ingeschreven* (2018). Mérove Gijsberts, Iris Andriessen, Han Nicolaas (CBS) en Willem Huijnk. ISBN 978 90 377 0864 6 (pdf)
- 2018-10 *Publieke voorkeuren. Een methodologische en inhoudelijke verkenning van voorkeuren voor publieke voorzieningen* (2018). Martin Olsthoorn en Ab van der Torre. ISBN 978 90 377 0867 7 (pdf)
- 2018-11 *De religieuze beleving van moslims in Nederland. Diversiteit en verandering in beeld* (2018). Willem Huijnk. ISBN 978 90 377 0868 4 (pdf)
- 2018-12 *Opvattingen over seksuele en genderdiversiteit in Nederland en Europa* (2018). Lisette Kuiper. ISBN 978 90 377 0866 0 (pdf)
- 2018-13 *Verhalen blijven vertellen en elkaar willen begrijpen* (2018). Kim Putters, Andries van den Broek, Ab van der Torre, Martin Olsthoorn, Esther van den Berg, Wouter Mensink, Lotte Vermeij, Marcel Coenders en Annemarie Wennekers. ISBN 978 90 377 0872 1
- 2018-14 *Syriërs in Nederland. Een studie over de eerste jaren van hun leven in Nederland* (2018). Jaco Dagevos, Willem Huijnk, Mieke Maliepaard (WODC) en Emily Miltenburg. ISBN 978 90 377 0869 1
- 2018-15 *Tijdelijk werk geven. Invloed van laagconjunctuur en langdurende ziektegevallen* (2018). Edith Josten en Jan Dirk Vlasblom. ISBN 978 90 377 0870 7

2018-16 *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking* (2018). Cretien van Campen, Frieke Vonk en Theo van Tilburg (VU AMSTERDAM). ISBN 978 90 377 0874 5

Digitale publicaties 2018

Verhalen blijven vertellen en elkaar willen begrijpen (infographic). Kim Putters, Andries van den Broek, Ab van der Torre, Martin Olsthoorn, Esther van den Berg, Wouter Mensink, Lotte Vermeij, Marcel Coenders en Annemarie Wennekens. ISBN 978 90 377 0873 8, publicatiedatum 4-5-2018

Overige publicaties 2018

Burgerperspectieven 2018 | 1 (2018). Paul Dekker, Lia van der Ham en Annemarie Wennekens. ISBN 978 90 377 0865 3

SCP-publicaties 2017

- 2017-1 *Grenzen aan de eenheid. De beleving en waardering van diversiteit en inclusiviteit onder medewerkers van Defensie* (2017). Iris Andriessen, Wim Vanden Berghe en Leen Sterckx. M.m.v. Jantine van Lisdonk en Ans Merens. ISBN 978 90 377 0814 1
- 2017-2 *Wie maakt het verschil? Sociale ongelijkheid in condities en consequenties van informele hulp. Oratie.* (2017). Alice de Boer. ISBN 978 90 377 0752 6
- 2017-3 *Langer zelfstandig. Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg* (2017). Cretien van Campen en Jurjen Iedema (SCP), Marjolein Broese van Groenou (VU-LASA) en Dorly Deeg (VUMC-LASA). ISBN 978 90 377 0817 2
- 2017-4 *Beleidssignalement Ervaringen van LHBT-personen met sport* (2017). Ine Pulles en Kirsten Visser. ISBN 978 90 377 0820 2 (pdf)
- 2017-5 *Voorzieningen verdeeld. Profijt van de overheid* (2017). Martin Olsthoorn, Evert Pommer, Michiel Ras, Ab van der Torre en Jean Marie Wildeboer Schut. ISBN 978 90 377 0821 9
- 2017-6 *Van oost naar west. Poolse, Bulgaarse en Roemeense kinderen in Nederland: ouders over de leefsituatie van hun kinderen* (2017). Ria Vogels, Simone de Roos en Freek Bucx. ISBN 978 90 377 0819 6
- 2017-7 *First steps on the labour market* (2017). Ans Merens, Freek Bucx en Christoph Meng (ROA). ISBN 978 90 377 0822 6
- 2017-8 *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2015. Ontvangen hulp bij het huishouden, persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding* (2017). Debbie Verbeek-Oudijk, Lisa Putman en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0818 9 (pdf)
- 2017-9 *Kwesties voor het kiezen. Analyses van enkele maatschappelijke thema's voor de Tweede Kamerverkiezingen 2017* (2017). ISBN 978 90 377 0770 0 (pdf)
- 2017-10 *Achtervolgd door angst. Een kwantitatieve vergelijking van angst voor slachtofferschap met een algemeen gevoel van onveiligheid* (2017). Lonneke van Noije en Jurjen Iedema. ISBN 978 90 377 0825 7
- 2017-11 *Discriminatie herkennen, benoemen en melden* (essay) (2017). Iris Andriessen. ISBN 978 90 377 0826 4 (pdf)
- 2017-12 *Dorpsleven tussen stad en land. Slotpublicatie Sociale Staat van het Platteland* (2017). Anja Steenbekkers, Lotte Vermeij en Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0830 1 (pdf)
- 2017-13 *Leren van verschillen. Opleidingsverschillen in de vrouwenemancipatie* (2017). Anne Roeters. ISBN 978 90 377 0829 5 (pdf)

- 2017-14 *Transgender personen in Nederland* (2017). Lisette Kuiper, m.m.v. Wim Vanden Berghe. ISBN 978 90 377 0831 8 (pdf)
- 2017-15 *Gelijk verdeeld. Een verkenning van de taakverdeling bij LHb-stellen* (2017). Anne Roeters, Floor Veerman en Eva Jaspers. ISBN 978 90 377 0832 5 (pdf)
- 2017-16 *Nederlanders en nieuws. Gebruik van nieuwsmedia via oude en nieuwe kanalen* (2017). Annemarie Wennekers en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0833 2 (pdf)
- 2017-17 *Beroep op het mbo. Betrokkenen over de responsiviteit van het middelbaar beroepsonderwijs* (2017). Monique Turkenburg en Ria Vogels. M.m.v. Yvette Sol. ISBN 978 90 377 0836 3
- 2017-18 *Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Landelijk overzicht van hun leefsituatie in 2015/'16* (2017). Debbie Verbeek-Oudijk en Cretien van Campen. ISBN 978 90 377 0838 7
- 2017-19 *Gelukkig in een verpleeghuis? Ervaren kwaliteit van leven en zorg van ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen* (2017). Cretien van Campen en Debbie Verbeek-Oudijk. ISBN 978 90 377 0837 0
- 2017-20 *Zicht op de Wmo 2015. Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders* (2017). Peteke Feijten, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk, Anja Steenbekkers, Peggy Schyns, Frieke Vonk, Anna Maria Marangos, Alice de Boer en Liesbeth Heering. ISBN 978 90 377 0842 4
- 2017-21 *Gevlucht met weinig bagage. De leefsituatie van Somalische Nederlanders* (2017). Iris Andriessen, Mérove Gijsberts, Willem Huijnk en Han Nicolaas (CBS). ISBN 978 90 377 0839 4 (pdf)
- 2017-22 *Overall rapportage sociaal domein 2016. Burgers (de)centraal* (2017). Evert Pommer en Jeroen Boelhouwer (red.). ISBN 978 90 377 0843 1
- 2017-23 *Samenvatting Overall rapportage sociaal domein 2016. Burgers (de)centraal* (2017). Evert Pommer, Jeroen Boelhouwer (red.) ISBN 978 90 377 0844 8
- 2017-24 *Regionale verschillen in het sociaal domein: voorzieningengebruik nader verklaard* (2017). Ingrid Ooms, Klarita Sadiraj en Evert Pommer. ISBN 978 90 377 0852 3 (pdf)
- 2017-25 *De sociale staat van Nederland 2017* (2017). Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer, Annemarie Wennekers (red.). ISBN 978 90 377 0847 9
- 2017-26 *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2016* (2017). Lisa Putman, Debbie Verbeek-Oudijk en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0850 9 (pdf)
- 2017-27 *Voor elkaar?* (2017). Mirjam de Klerk, Alice de Boer, Inger Plaisier, Peggy Schyns. ISBN 978 90 377 0849 3

Digitale publicaties 2017

- Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2015* (onepager). Debbie Verbeek-Oudijk, Lisa Putman en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0824 0, publicatiedatum 23-1-2017
- Eerste treden op de arbeidsmarkt* (digitaal magazine). Ans Merens, Freek Bucx, m.m.v. Christoph Meng (ROA). ISBN 978 90 377 0823 3, publicatiedatum 31-1-2017
- Arbeidsmarkt in kaart. Werkgevers 2017* (card stack). Patricia van Echtelt en Marian de Voogd-Hamelink. ISBN 978 90 377 0840 0, publicatiedatum 24-10-2017
- Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2016* (onepager). Debbie Verbeek-Oudijk, Lisa Putman en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0851 6, publicatiedatum 17-11-2017
- De sociale staat van Nederland 2017* (infographic). Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer, Annemarie Wennekers (red.). ISBN 978 90 377 0853 0, publicatiedatum 12-12-2017
- Een week in kaart – editie 1* (card stack). Anne Roeters. ISBN 978 90 377 0857 8, publicatiedatum 21-12-2017

Overige publicaties 2017

Burgerperspectieven 2017 | 1 (2017). Paul Dekker, Josje den Ridder en Pepijn van Houwelingen.

ISBN 978 90 377 0827 1

Burgerperspectieven 2017 | 2 (2017). Josje den Ridder, Iris Andriessen en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0834 9

Oud worden in Nederland (2017). Redactie: Lotte Vermeij (SCP) en Radboud Engbersen (PLATFORM31).

ISBN 978 90 377 0835 6

Burgerperspectieven 2017 | 3 (2017). Josje den Ridder, Paul Dekker en Pepijn van Houwelingen.

ISBN 978 90 377 0841 7

Burgerperspectieven 2017 | 4 (2017). Paul Dekker en Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0854 7

Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt jaarlijks zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma is te vinden op de website van het SCP: www.scp.nl.