

DOSSIER

WAT WERKT BIJ de aanpak van eenzaamheid



kennis en aanpak van
sociale vraagstukken

Colofon

Auteurs: Renske van der Zwet en Jan Willem van de Maat

Met dank aan: Tamara Bouwman, Tineke Fokkema, Gerine Lodders, Anja Machielse, Arie Ouwerkerk, Eric Schoenmakers, Nan Stevens en Theo van Tilburg.

Eindredactie: Annemarie van den Berg_tekst

Redactie: Esther den Breejen, Jeske van der Waerden

Vormgeving: De Boer & Van Dorst (Typetank)

Infographic: De Boer & Van Dorst (Typetank)

Bestellen: www.movisie.nl

Overname van informatie uit deze publicatie is toegestaan onder voorwaarde van de bronvermelding:

© Movisie, kennis en aanpak van sociale vraagstukken

De inhoud van deze publicatie is met grote zorg samengesteld.

Desondanks is Movisie niet aansprakelijk voor de eventuele schade die ontstaat door het gebruik van deze informatie.

september 2016



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Inhoud

Samenvatting	6
1 Feiten en cijfers	8
1.1 Wat is het probleem?	8
1.2 Definitie eenzaamheid	8
1.3 Oorzaken	11
1.4 Gevolgen	12
1.5 Omvang vraagstuk en doelgroep	12
1.6 Systematische aanpak komt moeilijk van de grond	15
1.7 Wet- en regelgeving	16
1.8 Transformatie van ondersteuning en zorg	17
2 Wat werkt in de aanpak?	18
2.1 Stappen bij het kiezen van een passende aanpak	18
2.2 Werkzame factoren bij de aanpak van eenzaamheid	21
2.2.1 Doelgroep: alle leeftijdsgroepen	22
2.2.2 Doelgroep: ouderen	23
2.2.3 Doelgroep: mensen met psychische beperkingen	25
2.3 Veelbelovende aanpakken	26
2.4 Tot slot	31
3 Geraadpleegde literatuur	32
Bijlage Verantwoording literatuuronderzoek	38



Wat werkt bij de aanpak van Eenzaamheid

Eenzaamheid bij volwassenen van 19 jaar en ouder



Bron: Gezondheidsmonitor (2012)

Werkzame factoren

Voor alle leeftijden

- Verminderen negatieve gedachten door bijvoorbeeld sociaal cognitieve training. (vb. cognitieve gedragstherapie)

Voor ouderen

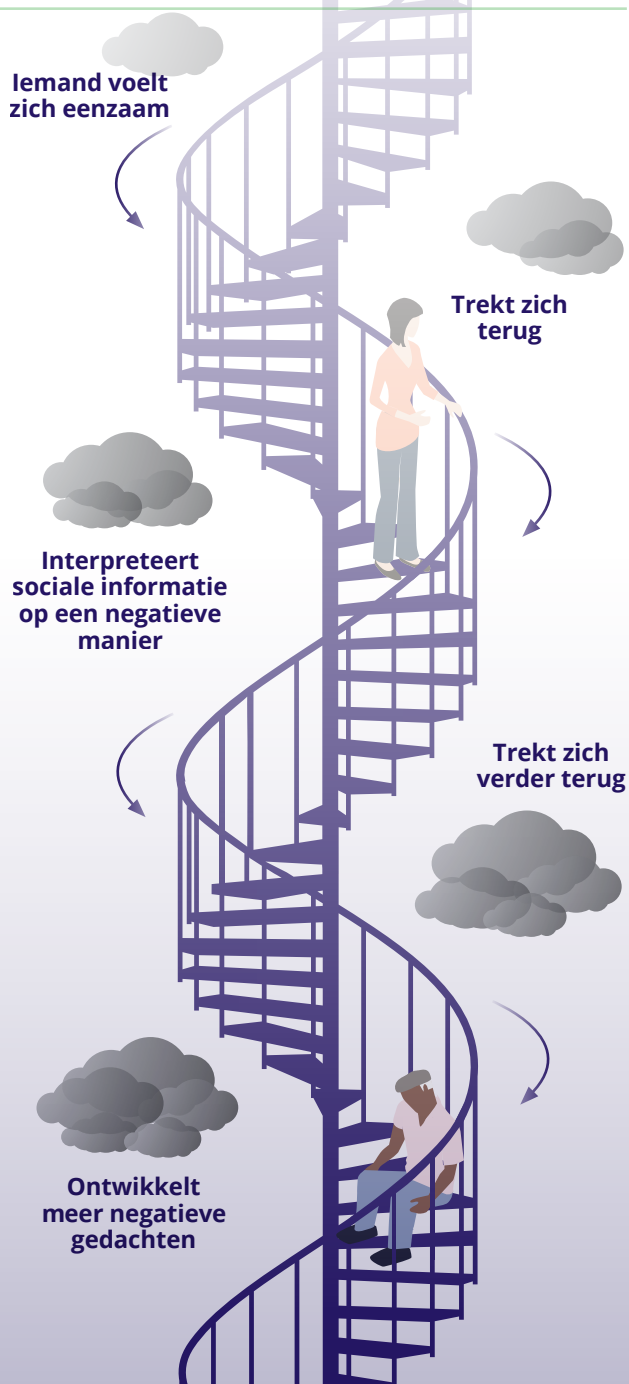
- Groepsaanpak, vooral groepsinterventies met een educatief element gericht op het verbeteren van het sociale netwerk, en groepsinterventies gericht op sociale activiteiten en sociale steun.
- Activiteiten gericht op het vergroten van de eigenwaarde en de persoonlijke controle bevorderen de langetermijneffectiviteit.
- Leren omgaan met computer en internet.
- Actieve bijdrage van ouderen bij het ontwikkelen en uitvoeren van activiteiten.

Eenzaamheid komt vaker voor bij



Wat werkt bij de aanpak van **Eenzaamheid**

De neerwaartse spiraal van eenzaamheid



Onderdelen van een structurele aanpak

- Intensief samenwerken met relevante organisaties
- Selecteren, trainen en blijvend begeleiden van coördinatoren en vrijwilligers
- Meten van de resultaten van de interventies
- Blijvend stimuleren en ondersteunen van deelnemers (om afhaken te voorkomen)
- Inzetten van interventies die aangepast kunnen worden per doelgroep



Stap voor stap naar een passende interventie

- 1 Analyse van de eenzaamheidsproblematiek (in welke mate en door welke oorzaken). Selectie van doelgroep.
- 2 Analyse van behoeften en mogelijkheden doelgroep. Aanpak alleen kans van slagen als deelnemers zich bewust zijn van eigen problematiek en daaraan willen werken.
- 3 Bepaal oplossingsrichting en inventariseer geschikte interventies.
- 4 Vergelijk interventies en maak een keuze. Let op (neven)effecten en kosten.

Deze informatie is afkomstig uit het dossier Wat Werkt bij de aanpak van eenzaamheid van Movisie waarin gegevens uit wetenschappelijk onderzoek zijn verzameld over Wat Werkt bij de aanpak van eenzaamheid. De dossiers zijn niet statisch en worden jaarlijks aangepast met nieuwe onderzoeken.



kennis en aanpak van
sociale vraagstukken

Samenvatting

Chronische eenzaamheid blijkt tot uiteenlopende lichamelijke en psychische klachten te kunnen leiden, zoals depressie, alcoholverslaving, cognitieve achteruitgang, hart- en vaatziekten, slaapproblemen en verminderde afweer. Hoewel eenzaamheid herkend wordt als een belangrijk maatschappelijk vraagstuk, worstelen beleidsmedewerkers en zorg- en hulpverleners in veel gemeenten met de vraag hoe zij eenzaamheid op een duurzame en systematische manier kunnen aanpakken. In dit dossier bieden we een overzicht van de belangrijkste werkzame factoren, en van veelbelovende aanpakken.

Eenzaamheid komt in alle leeftijdsgroepen voor. In 2012 gaf 39 procent van de Nederlandse bevolking van 19 jaar en ouder aan zich eenzaam te voelen. Ongeveer 8 procent hiervan was ernstig of zeer ernstig eenzaam. Ook kinderen en jongeren kunnen zich eenzaam voelen. Uit internationaal onderzoek blijkt dat het aantal jongeren dat zichzelf als 'soms' of 'vaak' eenzaam beschouwt, oploopt van 20 procent in de kindertijd tot 70 procent in de late adolescentie. Tussen de 3 en 14 procent van de kinderen en jongeren rapporteert bovendien chronische gevoelens van eenzaamheid.

Eenzaamheid blijkt samen te hangen met verschillende factoren:

- Burgerlijke staat: Gescheiden mensen (58 procent) en weduwen of weduwnaars (58 procent) voelen zich vaker eenzaam dan getrouwde mensen (33 procent) of ongehuwden (45 procent).
- Problemen met de gezondheid of met het hebben van een beperking: 62 procent van de mensen met een beperking voelt zich eenzaam, en 60 procent van de mensen die zich niet gezond voelen.
- Sociaaleconomische status (SES): Hoe lager de SES, hoe hoger de kans op eenzaamheid.
- Migratieachtergrond: Eenzaamheid komt meer voor onder migranten dan onder autochtone inwoners.

Oorzaken

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

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

Het is heel belangrijk dat de keuze voor een bepaalde aanpak gemaakt wordt op basis van de specifieke situatie van de cliënt of doelgroep. Voor de aanpak van eenzaamheid voor middelbaar volwassenen en ouderen zijn er drie mogelijke oplossingsrichtingen:

- 1 Netwerkontwikkeling: nieuwe relaties aangaan en/of bestaande relaties verbeteren of intensiveren.
- 2 Standaardverlaging: onrealistische wensen en te hoge verwachtingen die men van relaties heeft naar beneden bijstellen.
- 3 Leren omgaan met gevoelens van eenzaamheid: het eenzaamheidsgevoel terugdringen door bijvoorbeeld afleiding, acceptatie of relativering.



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

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

Belangrijke voorwaarden voor de uitvoering en borging van interventies:

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

Werkzame factoren

Voor alle leeftijdsgroepen geldt:

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

Voor ouderen geldt:

- Groepsinterventies kunnen werken. Dat geldt vooral voor interventies met een educatief of trainingselement gericht op het onderhouden en verbeteren van het sociale netwerk, en interventies die gericht zijn op sociale activiteiten en sociale steun.
- Activiteiten gericht op het verbeteren van het gevoel van eigenwaarde en persoonlijke controle kunnen de langetermijneffectiviteit van groepsinterventies mogelijk vergroten.
- Er is enig bewijs dat computer- en internettraining effectief zijn om eenzaamheid te verminderen.
- Het gebruik van technologie kan effectief zijn bij eenzaamheidsinterventies.
- Interventies zijn waarschijnlijk effectiever wanneer ouderen actief betrokken zijn bij de ontwikkeling en uitvoering ervan.
- Interventies zijn waarschijnlijk effectiever wanneer ze gebaseerd zijn op een specifieke theorie.



1 Feiten en cijfers

1.1 Wat is het probleem?

De laatste jaren staat het onderwerp 'eenzaamheid' steeds vaker in de belangstelling. Dat komt onder meer doordat we steeds meer weten over wat eenzaamheid is, wat de oorzaken van eenzaamheid zijn en vooral ook wat de gezondheidsgevolgen zijn. Chronische eenzaamheid blijkt tot uiteenlopende lichamelijke en psychische klachten te kunnen leiden, zoals depressie, alcoholverslaving, cognitieve achteruitgang, hart- en vaatziekten, slaapproblemen en verminderde afweer (Bassuk, Glass & Berkman, 1999; Barnett & Gotlib, 1988; Akerlind & Hornquist, 1992). Uit onderzoek van Holt-Lunstad, Smith en Layton (2010) blijkt zelfs dat het effect van chronische eenzaamheid op de gezondheid vergelijkbaar is met het roken van vijftien sigaretten per dag. Recent onderzoek bevestigt nog eens het beeld dat chronische eenzaamheid voor de gezondheid dezelfde heeft als fysieke inactiviteit, overgewicht en overmatig gebruik van genotsmiddelen (Cacioppo, Grippo, London, Goossens & Cacioppo, 2015).

Door de huidige decentralisaties van ondersteuning en zorg, gecombineerd met het scheiden van wonen en zorg, moeten kwetsbare mensen (langer) thuis wonen in hun wijk of dorp. Alleen bij zeer ernstige gezondheidsklachten kunnen mensen nog aanspraak maken op intramurale zorg in het verpleeghuis. Mensen met gezondheidsklachten hebben, zeker als zij alleen wonen, een verhoogd risico te vereenzamen. Hoewel de beweging naar zo lang mogelijk zelfstandig wonen in de wijk of het dorp breed gedragen wordt in de samenleving, zijn er ook zorgen onder zowel beleidsmakers, politici als burgers. De vrees bestaat dat mensen hierdoor vereenzamen en sociaal geïsoleerd raken. Het schrikbeeld daarbij, dat iedereen wil voorkomen, is dat mensen na hun overlijden pas na maanden of zelfs jaren in hun woning gevonden worden.

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

Net als in landen om ons heen, zoals Groot-Brittannië (Campaign to end loneliness), België en Denemarken, is er in Nederland een landelijke campagne gestart om eenzaamheid onder de aandacht te brengen en de aanpak ervan te stimuleren. Coalitie Erbij voert deze campagne in Nederland uit. Ook verschillende gemeenten zoals Rotterdam vragen aandacht voor eenzaamheid en werken aan een systematische aanpak ervan.

In dit 'Wat werkt'-dossier hebben we kennis verzameld over de werkzame factoren bij het verminderen van eenzaamheid (zie de bijlage voor een toelichting op het literatuuronderzoek). Daarmee willen we overheden, professionals en burgers ondersteunen bij het succesvol verminderen van eenzaamheid. Dit dossier is een zogeheten groeidocument en wordt aangevuld op basis van nieuwe inzichten over effectieve aanpakken van eenzaamheid.

1.2 Definitie eenzaamheid

Eenzaamheid is een negatief gevoel dat zich kenmerkt door een gemis aan sociale relaties. Mensen hebben behoefte zich verbonden te voelen met betekenisvolle anderen die ze kunnen vertrouwen, die hun een doel in het leven geven en met wie zij samen kunnen werken om te overleven en zichzelf te ontplooiën (Cacioppo & Patrick, 2008). Voor dit Wat werkt dossier gaan we uit van de definitie van eenzaamheid zoals die standaard in Nederland wordt gehanteerd: 'Het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties. Het kan zijn dat het



aantal contacten dat men heeft met andere mensen geringer is dan men wenst. Het kan ook zijn dat de kwaliteit van de gerealiseerde relaties achterblijft bij de wensen' (Van Tilburg & De Jong Gierveld, 2007, p. 14).

Vormen van eenzaamheid

In de literatuur wordt vaak het onderscheid gemaakt tussen emotionele eenzaamheid en sociale eenzaamheid (Weiss, 1973).

Van Tilburg en De Jonge Gierveld (2007) lichten dit onderscheid als volgt toe:

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

In de standaarddefinitie van eenzaamheid staan sociale relaties, en de kwaliteit daarvan, centraal. De laatste jaren zijn er onderzoekers en auteurs geweest die erop hebben gewezen dat eenzaamheid ook sterk verbonden kan zijn aan het ervaren van zingeving (Jorna, 2012). Zij spreken wel over 'existentiële eenzaamheid'. Deze vorm, of dimensie, van eenzaamheid verwijst volgens hen naar het individuele verlangen naar een zinvol leven, naar het gevoel ertoe te doen en op je plek te zijn. Existentiële eenzaamheid wordt wel beschreven als 'een verloren en zwervend gevoel, niet je plaats in het leven weten, een gevoel van zinloosheid' (Jorna, 2012).

In dit dossier gebruiken we zoals gezegd de definitie van Van Tilburg en De Jong Gierveld (2007) waarin sociale relaties centraal staan. Existentiële eenzaamheid laten we buiten beschouwing. Een belangrijke reden voor deze keuze is dat het overgrote deel van het beschikbare onderzoek naar eenzaamheidsinterventies gericht is op de sociale dimensie van eenzaamheid. We tekenen daarbij overigens aan dat de existentiële dimensie van eenzaamheid samenhangt met de ervaren kwaliteit van sociale relaties. De zin van het bestaan is voor veel mensen namelijk direct gekoppeld aan de betekenis die zij voor anderen hebben (Van Doorn, 2006).

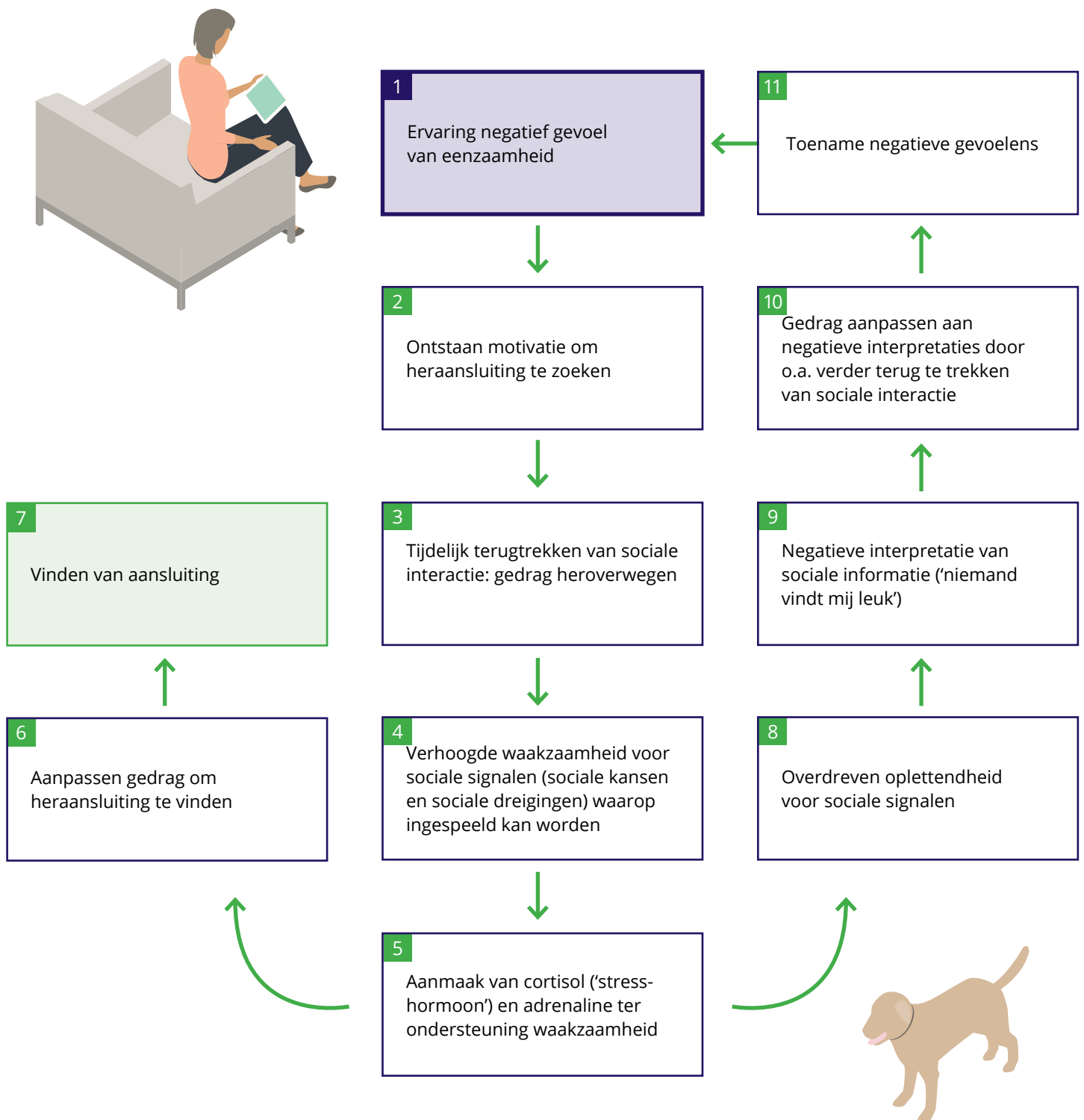
Verklaard vanuit evolutietheorie

De laatste jaren komt er steeds meer draagvlak voor de 'evolutionary theory of loneliness' (Cacioppo et al., 2015). In deze kijk op eenzaamheid, door de bril van de evolutietheorie, wordt het negatieve gevoel van eenzaamheid vergeleken met een pijnsignaal zoals honger. Dit negatieve gevoel motiveert mensen om heraansluiting te zoeken met anderen. Dit wordt wel de 'reaffiliation motive', of kortweg RAM, genoemd (Qualter, et al. 2015). Volgens Cacioppo et al. (2014) is eenzaamheid geëvolueerd tot een signaal dat mensen erop wijst dat zij, voor hun eigen behoud, hun sociale relaties moeten verbeteren. Het bewustzijn dat je aan je sociale relaties moet werken, leidt er vervolgens toe dat mensen zich tijdelijk terugtrekken om hun sociale gedrag te evalueren en heroverwegen. Op het cognitieve vlak leidt het gevoel van eenzaamheid tegelijkertijd tot een verhoogde waakzaamheid voor sociale signalen waarop ingespeeld kan worden om nieuwe contacten aan te gaan of bestaande te verbeteren. Op het fysiologische vlak leidt het gevoel van eenzaamheid tot de aanmaak van cortisol ('stresshormoon') en adrenaline die de cognitieve waakzaamheid ondersteunen.

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



Proces van vereenzamen en vinden van heraansluiting met anderen



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

Overlap begrippen

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

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

1.3 Oorzaken

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

1 Individuele oorzaken

Persoonlijke capaciteiten en eigenschappen spelen een belangrijke rol bij het ontstaan van eenzaamheid. Denk bijvoorbeeld aan een gebrek aan sociale vaardigheden en probleemoplossend vermogen, een negatief zelfbeeld, weinig zelfvertrouwen, sociale angst, sterke verlegenheid en introversie (Dykstra et al., 2005; Hortulanus, Machielse & Meeuwssen, 2003). Bovendien interpreteren eenzame mensen hun sociale omgeving vaak negatiever dan objectief verwacht mag worden. Hun eigen sociale vaardigheden worden door henzelf bijvoorbeeld negatiever beoordeeld dan door anderen. Ook beoordelen zij hun vriendschappen negatiever dan hun vrienden dezelfde vriendschap beoordelen (Lodder, Scholte, Goossens & Verhagen, 2015; Lodder, Goossens, Scholte, Engels & Verhagen, 2016). Andere individuele oorzaken zijn onder meer gezondheidsproblemen (hardhorendheid, slechtziendheid, slecht ter been zijn, psychische problemen) en een gebrek aan geld om sociale activiteiten te ondernemen. (Onrealistisch) hoge verwachtingen van sociale relaties kunnen ook een gevoel van eenzaamheid veroorzaken.

2 Oorzaken in veranderingen in het sociale netwerk

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

3 Maatschappelijke oorzaken

Bij maatschappelijke oorzaken gaat het om het gemak waarmee in onze samenleving mensen met elkaar contact leggen. Denk bijvoorbeeld aan negatieve beeldvorming over ouderen, mensen met psychische beperkingen en migranten. Hierdoor komt betekenisvol sociaal contact moeilijker tot stand. De toegenomen individualisering wordt ook vaak als een maatschappelijke oorzaak van eenzaamheid genoemd. Door de toegenomen welvaart en mobiliteit zijn traditionele sociale verbanden zoals het dorp, de kerk, de buurt en verenigingen losser geworden. Bewoners worden daar niet langer als vanzelfsprekend bij betrokken. In de huidige samenleving moeten mensen zelf actief sociale verbanden opbouwen en onderhouden. Wie te maken heeft met beperkte sociale vaardigheden, beperkte zelfverzekerdheid of sociale angst (individuele oorzaken) loopt in de moderne samenleving dan ook een verhoogd risico op sociale uitsluiting en eenzaamheid (Machielse, 2006).



1.4 Gevolgen

Negatieve gevolgen voor de gezondheid

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

- psychische klachten zoals: depressie, cognitieve achteruitgang, dementie, (alcohol)verslaving en zelfmoordgedachten (Barnett & Gotlib, 1988; Akerlind & Hornquist, 1992; Bassuk, Glass & Berkman, 1999; Holwerda, Deeg, Beekman, Van Tilburg, Stek, Jonker & Schoevers, 2014);
- fysieke klachten zoals: beroertes, hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten, slaapproblemen en verminderde afweer (Cacioppo, Hawkey, Berntson, Ernst, Gibbs, Stickgold & Hobson, 2002; Hawkey, Thisted, Masi & Cacioppo, 2010; Cacioppo et al., 2015).

Via welke mechanismen eenzaamheid de gezondheid beïnvloedt is onderwerp van discussie. Hawkey en Cacioppo (2003) onderscheiden drie 'wegen' waarlangs eenzaamheid kan leiden tot verminderde gezondheid:

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

Negatieve spiraal in gang

Eenzaamheid kan een zichzelf versterkende negatieve spiraal in werking zetten. Ze leidt tot verminderd welbevinden (Uchino, 2006), een gevoel van leegte, en algemene ontevredenheid over het leven. Een mogelijk gevolg daarvan is dat eenzame mensen bevrediging op korte termijn gaan zoeken, en vervallen in ongezond gedrag zoals veel eten, veel alcohol drinken, roken, veel kopen en weinig bewegen (Seeman, 2000; Steptoe, Shankar, Demakakos & Wardle, 2013). Hierdoor kunnen de problemen zich opstapelen: zelfverwaarlozing, slaapproblemen, gezondheidsklachten, verslaving en schulden (Cacioppo et al., 2002; Machielse, 2011; Machielse & Hortulanus, 2011). En dat heeft weer een negatieve uitwerking op de zelfwaardering en de tevredenheid met het leven in het algemeen (Akerlind & Hornquist, 1992).

Gevolgen maatschappij

Mensen die vereenzamen hebben minder mogelijkheden om terug te vallen op een eigen sociaal vangnet waardoor zij, als er problemen ontstaan, eerder een beroep doen op professionele hulp- en zorgverlening. Bovendien heeft aanhoudende ernstige eenzaamheid gevolgen voor de gezondheid, waardoor mensen meer gebruikmaken van zorgverlening (Cacioppo & Hawkey, 2003) en eerder worden opgenomen in verpleeghuizen (Russell, Cutrona, De la Mora & Wallace, 1997). Eenzaamheid kost de samenleving in die zin dus geld.

1.5 Omvang vraagstuk en doelgroep

Alhoewel eenzaamheid vaak gekoppeld wordt aan ouder worden, komt eenzaamheid in alle leeftijdsgroepen voor. In 2012 gaf 39 procent van de Nederlandse bevolking van 19 jaar en ouder aan zich eenzaam te voelen. Ongeveer 8 procent van hen was ernstig of zeer ernstig eenzaam (Gezondheids-



monitor GGD'en, CBS en RIVM, 2012). Met name mensen die zich voor langere tijd eenzaam voelen krijgen te maken met gezondheidsproblemen.

In het algemeen neemt het percentage mensen dat zich sociaal eenzaam voelt toe met het ouder worden (zie tabel 1). Het percentage mensen dat zich emotioneel eenzaam voelt, neemt echter pas toe vanaf 75 jaar, zie tabel 2 (Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM, 2012). Na de leeftijd van ongeveer 75 jaar is de kans op eenzaamheid groter door een opeenstapeling van verschillende gebeurtenissen, zoals het overlijden van de partner en andere leeftijdsgenoten, en het verlies van mobiliteit en zelfstandigheid door afnemend fysiek, cognitief en sensorisch functioneren (Van Tilburg, 2007). Onder 85-plussers voelt 59 procent zich eenzaam (Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM, 2012). Voor deze groep is het bovendien moeilijker om uit de eenzaamheid te klimmen, omdat het vinden van een nieuwe partner, het aangaan van nieuwe relaties, en een verbetering van de gezondheid minder waarschijnlijk is op hoge leeftijd.

Onderzoek naar de prevalentie van eenzaamheid is overigens niet eenduidig. Uit een internationaal onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat eenzaamheid in een U-vorm over leeftijdscategorieën is verdeeld, met de hoogste percentages onder jongeren en oudste ouderen (Pinquart & Sörensen, 2003). In het onderzoek van de landelijke Gezondheidsmonitor uit 2012 die we hier hanteren, is eenzaamheid helaas niet onder jongeren onder 19 jaar gemeten. Internationaal onderzoek laat echter zien dat het aantal jongeren dat zichzelf als 'soms' of 'vaak' eenzaam beschouwt, oploopt van 20 procent in de kindertijd tot 20-70 procent in de late adolescentie (Qualter et al., 2015). Tussen de 3 en 14 procent van de kinderen en jongeren rapporteert bovendien chronische gevoelens van eenzaamheid, dat wil zeggen, gedurende meerdere jaren (Van Dulmen & Goossens, 2013).

Tabel 1. Prevalentie van eenzaamheid (%)

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

Leeftijdscategorie	Eenzaam	(Zeer) ernstig eenzaam
19-34	33,8	7,4
35-49	37,4	8,4
50-64	40,3	9,0
65-74	40,9	7,3
75-84	49,5	9,9
85+	59,2	13,8

Eenzaamheid is gemeten met de eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld en Kamphuis (1985), die bestaat uit elf korte stellingen. Bron: GGD-gegevens uit Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM, 2012.

Tabel 2. Prevalentie van emotionele en sociale eenzaamheid (%)

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

Leeftijdscategorie	Emotioneel eenzaam	Sociaal eenzaam
19-34	27,0	32,3
35-49	25,5	38,9
50-64	25,7	43,2
65-74	24,3	43,7
75-84	35,4	46,4
85+	50,2	48,0

Eenzaamheid is gemeten met de eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld en Kamphuis (1985), die bestaat uit elf korte stellingen. Bron: GGD-gegevens uit Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM, 2012.

Toename?

In de media wordt vaak gesuggereerd dat eenzaamheid de laatste jaren is toegenomen onder invloed van onder andere de individualisering van de samenleving en het toegenomen aantal echtscheidingen. Van Tilburg (2005) vergeleek dertig Nederlandse onderzoeken naar de prevalentie van eenzaamheid. De onderzoeken waren verdeeld over de periode 1980 en 2005, en gericht op alle volwassenen die zelfstandig wonen. De opmerkelijke uitkomst is dat eenzaamheid in die periode ongeveer gelijk is gebleven en eerder iets is afgenomen dan toegenomen. In 2008 keek Van Tilburg naar de mate waarin eenzaamheid voorkwam onder ouderen in de periode 1992 en 2006. Ook hieruit bleek dat het aantal ouderen dat zich langdurig eenzaam voelde, relatief niet was toegenomen (Van Tilburg, 2014). Vergelijkend onderzoek naar de verandering van eenzaamheid in Nederland van de laatste tien jaar is niet beschikbaar. Mogelijk is de mate waarin eenzaamheid in Nederland voorkomt veranderd, bijvoorbeeld door veranderingen in relevante wetgeving, zoals de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) uit 2007.

Risicofactoren

Eenzaamheid blijkt sterk samen te hangen met de burgerlijke staat van personen. Gescheiden mensen (58 procent) en weduwen of weduwnaars (58 procent) voelen zich vaker eenzaam dan getrouwde mensen (33 procent) of ongehuwden (45 procent). Ernstige eenzaamheid komt vaker voor bij gescheiden mensen (20 procent) dan bij weduwen of weduwnaars (16 procent). Emotionele eenzaamheid komt het meest voor bij weduwen of weduwnaars (53 procent), terwijl sociale eenzaamheid het meest voorkomt bij gescheiden mensen (55 procent) (Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM, 2012).

Behalve met de burgerlijke staat blijkt het ervaren van eenzaamheid ook sterk samen te hangen met problemen met de gezondheid of met het hebben van een beperking. 62 procent van de mensen met een beperking voelt zich eenzaam, en dat geldt voor 60 procent van de mensen die zich niet gezond voelen.



De sociaaleconomische status (SES) van personen hangt ook samen met het ervaren van eenzaamheid. Hoe lager de SES, hoe hoger de kans op eenzaamheid. Van de mensen die geen moeite hebben om rond te komen, voelt een op de drie (34 procent) zich eenzaam, terwijl van degenen die wel moeite hebben om rond te komen 55 procent aangeeft zich eenzaam te voelen. Mensen met betaald werk (33 procent) voelen zich bovendien minder eenzaam dan mensen zonder betaald werk (48 procent).¹ De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn zeer klein. Eenzaamheid komt net iets vaker voor bij mannen (39 procent versus 38 procent bij vrouwen), maar iets meer vrouwen geven aan zich ernstig eenzaam te voelen (9 procent versus 8 procent). Vrouwen voelen zich vaker emotioneel eenzaam (29 procent versus 25 procent), terwijl mannen zich vaker sociaal eenzaam voelen (42 procent versus 38 procent).²

Migranten

Uit de gezondheidsmonitoren van de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) blijkt dat eenzaamheid meer voorkomt onder migranten dan onder autochtone inwoners (GGD Amsterdam, 2013; De Kuijer, 2011; Gemeente Den Haag, 2014; Van Bergen, Vleems, Muis & Laan, 2010). In 2008 gaf 7 procent van de autochtone stadsbewoners aan zich (zeer) ernstig eenzaam te voelen, tegenover 11 procent van de Surinaamse, 14 procent van de Marokkaanse en maar liefst 27 procent van de Turkse bewoners. De prevalentie van eenzaamheid verschilt enigszins per stad, maar het patroon komt overeen: autochtonen voelen zich het minst eenzaam, gevolgd door Surinamers en Marokkanen, en het hoogste percentage komt voor onder Turken. Dit hoge percentage eenzaamheid onder Nederlanders met een niet-westerse achtergrond is overigens niet te verklaren door een cultuurspecifieke inhoud van het begrip eenzaamheid en ook niet door de meetmethode (Uysal-Bozkir, Fokkema, MacNeil-Vroomen, Van Tilburg & De Rooij, 2015). Uit onderzoek, onder oudere Turkse migranten in Duitsland, blijkt dat de verklaring voor het hoge percentage eenzaamheid onder deze groep onder andere te vinden is in de gemiddeld slechtere sociaaleconomische positie waarin zij verkeren en de grotere gezondheidsproblemen die zij ervaren (Fokkema & Naderi, 2013).

Onderzoek onder migranten in Nederland bevestigt dat de relatief grote gezondheidsproblemen onder deze groep een belangrijke verklarende factor zijn voor de relatief hoge eenzaamheid die zij ervaren (Visser en El Fakiri, 2016). Mogelijk dragen ook problemen met het beheersen van de taal bij aan de hoge percentages ervaren eenzaamheid.

Uit een analyse van de Vrije Universiteit Amsterdam (Fokkema & Klok, 2016) blijkt dat vooral oudere migranten zich eenzaam voelen als zij zich in mindere mate verbonden voelen met de Nederlandse samenleving of de eigen groep. Het zich wel verbonden voelen met de Nederlandse samenleving of de eigen groep biedt enige bescherming tegen eenzaamheid. Volgens Fokkema en Klok (2016, p. 8) zouden interventies om eenzaamheid onder oudere migranten tegen te gaan, gericht kunnen zijn op het tegengaan van marginalisering. 'De nadruk hoeft daarbij niet te liggen op integratie in de samenleving als geheel; verbondenheid met de eigen groep werkt net zo goed tegen ernstige eenzaamheid.'

1.6 Systematische aanpak komt moeilijk van de grond

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

¹ Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM, 2012

² idem



Complex verschijnsel

Eenzaamheid is een complex fenomeen, dat verschillende oorzaken en vormen kent en zich bovendien niet aan de grenzen houdt van verschillende hulpverleningssectoren (gemeentelijke gezondheidsdienst, geestelijke gezondheidszorg, sociale sector, zorgsector). Het is voor de lokaal betrokken partijen een opgave om een gezamenlijke visie te bepalen op het vraagstuk. Daarbij moet er onder andere bepaald worden welke vormen van eenzaamheid onder welke doelgroepen op welke manier aangepakt moeten worden (Van de Maat & Van Xanten, 2013).

Maatwerk, volharding en samenwerking

Gemeenten en maatschappelijke organisaties die in de praktijk aan de slag gaan met een systematische aanpak zijn vaak op zoek naar eenvoudige oplossingen waarmee snel resultaat geboekt kan worden. Wanneer blijkt dat de lokale aanpak van eenzaamheid een complex vraagstuk is dat niet alleen maatwerk vereist maar ook volharding en samenwerking tussen een groot aantal organisaties en initiatieven, lopen goede bedoelingen soms vast vanwege de benodigde investering in tijd, aandacht en financiële middelen (Van Dongen, 2013).

Taboeonderwerp

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

Gebrek aan goede scholing

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

1.7 Wet- en regelgeving

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015)

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

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

Wet publieke gezondheid (Wpg)

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



1.8 Transformatie van ondersteuning en zorg

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

Andere oplossingen

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

Persoonsgerichte zorg

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

Kansen voor samenwerking

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



2. Wat werkt in de aanpak?

Op basis van de beschikbare literatuur geven we in dit hoofdstuk een overzicht van werkzame factoren op het gebied van eenzaamheidsvermindering (paragraaf 2.2), en een korte schets van veelbelovende aanpakken (paragraaf 2.3).

Maar eerst lichten we de belangrijkste stappen toe bij het kiezen van een passende interventie (paragraaf 2.1). Uit de geraadpleegde literatuur blijkt namelijk dat het succes van de aanpak niet alleen afhangt van de specifieke kenmerken ervan (ook wel werkzame factoren genoemd), maar ook van een zorgvuldige keuze op basis van de specifieke situatie; maatwerk dus.

2.1 Stappen naar een passende aanpak

Afstemmen op type eenzaamheid

Masi, Chen, Hawkey en Cacioppo (2011) veronderstellen in hun meta-analyse van interventies om eenzaamheid te verminderen dat de oorzaken van eenzaamheid waarschijnlijk voor elk individu anders zijn. Om die reden is het waardevol om deze oorzaken te matchen met specifieke eenzaamheidsaanpakken. Met andere woorden: stem de eenzaamheidsinterventie af op het type eenzaamheid van de cliënt of doelgroep. Dat verhoogt de effectiviteit van de aanpak.

In de praktijk wordt de oplossing echter al snel gezocht in het in contact brengen van mensen die zich eenzaam voelen met anderen. Hulpverleners kiezen vrijwel altijd voor deze oplossing, zij veronderstellen dat een klein netwerk de belangrijkste oorzaak is van eenzaamheid (Fokkema & Van Tilburg, 2007). Maar de mate van de ervaren eenzaamheid wordt niet alleen bepaald door kwantiteit. Ook de kwaliteit van de sociale relaties heeft daar invloed op. Een toename van het aantal contacten is dus niet altijd de oplossing voor eenzaamheid.

Drie oplossingsrichtingen

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

1 Netwerkontwikkeling

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

Als bekend is door welke oorzaken de gerealiseerde relaties in aantal of kwaliteit minder zijn dan men wenst (zie 1.3 'Oorzaken'), dan kan de netwerkontwikkeling daarop worden toegespitst. Bij individuele oorzaken kan er gewerkt worden aan het verbeteren van persoonlijkheidskenmerken (onder andere sociale vaardigheden), zodat het aangaan en onderhouden van sociale contacten gemakkelijker verloopt. Als de oorzaak in veranderingen in het sociale netwerk ligt (bijvoorbeeld een verhuizing of scheiding), dan wordt er naar oplossingen gezocht die daarop aansluiten. Bijvoorbeeld deelname aan sociale activiteiten, of kennismaking met een contactrijke omgeving om het netwerk te vergroten. Bij het zoeken naar een oplossing kan ook aandacht worden besteed aan maatschappelijke ontwikkelingen die contacten tussen mensen in de weg kunnen staan (Fokkema & Van Tilburg, 2007). Denk daarbij bijvoorbeeld aan het bestrijden van negatieve beeldvorming over ouderen, migranten en mensen met een psychische beperking.



2 Standaardverlaging

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

3 Leren omgaan met eenzaamheid

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

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

Stappenplan voor organisaties die aan de slag gaan met eenzaamheid

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

Stap 1: Analyse van de eenzaamheidsproblematiek en kiezen van doelgroep

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

Op basis van de analyse kunnen de belangrijkste risicogroepen worden geformuleerd en kan een groep worden gekozen waarop de organisatie zich gaat richten.

Stap 2: Analyse behoeften, motivatie en mogelijkheden van betrokkenen

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

Om te kunnen slagen, moeten interventies gebaseerd zijn op de behoeften en mogelijkheden van de doelgroep zelf. Die zijn in kaart te brengen op basis van het type eenzaamheid en van de sociale vaardigheden en hulpbronnen die al aanwezig zijn, stellen Stevens en Martina (2006). Een interventie zal weinig succesvol zijn als de deelnemers er geen tijd en energie in willen steken.

Verder moet er rekening gehouden worden met de persoonlijke voorkeuren van de betrokkenen, zo blijkt uit de systematische review van de Medical Advisory Secretariat (2008). Interventies met individuele keuzemogelijkheden en flexibiliteit kunnen beter aansluiten op de behoeften van cliënten.



Lessen voor de toekomst

Verkennen eenzaamheidsprobleem

- Onderzoek naar de mate en determinanten van het eenzaamheidsprobleem
- Vaststellen van de belangrijkste risicogroepen
- Keuze van de doelgroep
- Bepalen van de mogelijke oplossingsrichting(en) om het eenzaamheidsprobleem aan te pakken

Keuze interventie

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

Uitvoerbaarheid

- Nagaan van de kanalen om (voldoende) geschikte deelnemers te bereiken
- Afwegen van de voor- en nadelen van samenwerking
- Selecteren van deelnemers die én willen én kunnen
- Vinden van draagvlak binnen de organisatie(s)
- Laten uitvoeren door geschikte en enthousiaste uitvoerders

(Bron: Fokkema & Van Tilburg, 2007, p. 200)

Stap 3: Bepalen oplossingsrichting en geschikte interventies in kaart brengen

Op basis van de analyses in de eerste twee stappen kan de oplossingsrichting worden bepaald en volgt de keuze van de interventie. Dat begint met het in kaart brengen van de beschikbare en geschikte interventies. Het is aan te bevelen op zoek te gaan naar interventies die reeds zijn uitgevoerd en na te gaan of deze voldoende hebben gewerkt (Fokkema & Van Tilburg, 2007). Met een aanpak waarmee ervaring is opgedaan, is de kans op succes groter dan met een geheel nieuwe aanpak. Zelfs als die eerdere interventies tot dusverre nog niet succesvol zijn gebleken, kan op de opgedane ervaring en kennis worden voortgebouwd. Mogelijk zijn er bij een verdere ontwikkeling van de interventie of bij toepassing bij een andere doelgroep of in andere omstandigheden wél gunstige effecten. Voor het vinden van geschikte interventies kan de databank Effectieve sociale interventies³ worden geraadpleegd of kunnen organisaties benaderd worden die al een interventie hebben uitgevoerd. Het is hierbij raadzaam na te gaan wat er bekend is over de effectiviteit van de interventie, en wat de eerdere ervaringen ermee waren. Zo zijn bekende valkuilen te ontwijken. Precieze informatie over de context waarin de interventie wel of niet heeft gewerkt, maakt bovendien duidelijk welke aanpassingen er nodig zijn voor de specifieke situatie.

³ www.movisie.nl



Stap 4: Interventies vergelijken en keuze maken

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

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

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

Aandachtspunten uitvoering bij borging

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

Andere belangrijke aandachtspunten bij het uitvoeren van interventies zijn:

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

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

2.2 Werkzame factoren

In deze paragraaf geven we op basis van de beschikbare systematische reviews een overzicht van wat bekend is over de werkzame factoren bij de aanpak van eenzaamheid. Werkzame factoren zijn de onderdelen van een aanpak die (in theorie) de doelen bij de doelgroep realiseren. Zij maken een bepaalde werkwijze effectief of werkzaam, en mogen niet ontbreken als een interventie in de praktijk wordt toegepast. Het is opvallend dat veel van de werkzame elementen die uit de systematische reviews naar voren komen vrij algemeen van aard zijn, en bijvoorbeeld betrekking hebben op het niveau van de interventie (groepsinterventie of een-op-eeninterventie) of de interventiestrategie (interventies die



gericht zijn op sociale steun of interventies gericht op sociale vaardigheden). Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat in de systematische reviews naar groepen interventies is gekeken en niet naar individuele interventies.

We bespreken eerst de werkzame factoren voor alle leeftijdsgroepen en vervolgens komen de doelgroepen 'ouderen' en 'mensen met een ernstige geestelijke beperking' aan bod.

Ouderen motiveren hun netwerk te versterken

Schoenmakers raadt maatschappelijke organisaties aan om eenzame oudere mensen ervan te overtuigen dat eenzaamheid kan worden tegengegaan en hen bewust te maken van de mogelijkheden om hun relationele netwerk te verbeteren of verbreden. Uit zijn promotieonderzoek komt naar voren dat eenzame oudere mensen en oudere mensen die een groot risico lopen eenzaam te worden, relatief weinig overwegen hun relationele netwerk te verbeteren of uit te breiden om eenzaamheid tegen te gaan (Schoenmakers, 2013). Zij lijken er niet van overtuigd dat dit voor hen zal werken, waardoor ze hier hun tijd en energie niet in steken. Maar eenzaamheid is waarschijnlijk effectiever te verminderen door het sociale netwerk te verbeteren of uit te breiden, dan door de verwachtingen over sociale relaties naar beneden bij te stellen. Aan de andere kant stelt Machielse op basis van haar onderzoek naar sociaal isolement onder ouderen dat het voor deze doelgroep vaak gemakkelijker is om verwachtingen bij te stellen, dan het sociale netwerk uit te breiden

(Machielse, 2015).

2.2.1 Doelgroep: alle leeftijdsgroepen

We hebben één review (meta-analyse) gevonden van eenzaamheidsinterventies onder alle leeftijdsgroepen: zowel kinderen, jongeren als volwassenen (Masi et al., 2011). Op basis van deze review weten wij het volgende over mogelijk werkzame factoren.

Ingaan op negatieve interpretaties en verwachtingen van sociale situaties

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



Vergroten mogelijkheden sociale interactie via groepsinterventies niet effectiever

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

Effectiviteit van gebruik computer en/of internet bij volwassenen onduidelijk

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

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

Over het algemeen lijkt te gelden dat als jongeren sociale media gebruiken als aanvulling op hun offline leven, het eerder beschermt tegen eenzaamheid dan dat het schaadt. Voor sommige jongeren die moeite hebben met face-to-face gesprekken kan het zelfs een oplossing zijn. Daarbij lijkt het wel belangrijk te zijn op welke manier zij gebruikmaken van sociale media: als zij actief zijn, zelf berichten plaatsen en deelnemen aan gesprekken, lijkt dat eenzaamheid te verminderen (Grosse Deters & Mehl, 2012). Jongeren die passief meelezen met berichten van anderen zonder zelf deel te nemen, lijken zich juist eenzamer te voelen (Verduin et al., 2015). De effecten van het omgaan met eenzaamheid (coping) in de online en offline wereld lijken sterk overeen te komen: als jongeren gebruikmaken van online mogelijkheden om emotionele steun te zoeken en sociale relaties aan te gaan, kan dat gevoelens van eenzaamheid verminderen. Maar eenzaamheid wordt juist sterker als jongeren online mogelijkheden gebruiken om hun problemen te vermijden (Seepersad, 2004).

2.2.2 Doelgroep: ouderen

Van de onderzoeken die we voor dit dossier gebruikten, gaan er zes over de effectiviteit van eenzaamheidsinterventies bij ouderen. Op basis daarvan weten we het volgende over mogelijke werkzame elementen.

Groepsinterventies

Er is enig bewijs dat groepsinterventies bij ouderen effectiever zijn dan een-op-eeninterventies, zo blijkt uit de review van Dickens, Richards, Greaves en Campbell (2011). Natuurlijk betekent dit niet dat alle groepsinterventies effectief zijn en alle een-op-eeninterventies niet effectief. Sommige groepsinterventies hebben geen effect, terwijl sommige een-op-eeninterventies dat wel hebben. De effectiviteit van groeps- of een-op-eeninterventies hangt af van het soort eenzaamheid, stellen Machielse en Hortulanus (2011, p. 80). Verder lijkt het erop dat de effectiviteit van groepsinterventies voor de langere termijn gebaat is bij activiteiten die gericht zijn op het verbeteren van het gevoel van eigenwaarde en persoonlijke controle (Cattan et al., 2005).

Verbeteren sociale netwerk

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



Sociale activiteiten en sociale steun

Er is enig bewijs dat groepsinterventies die gericht zijn op sociale activiteiten en sociale steun effectief zijn bij ouderen, stellen Dickens et al. (2011). Ook Cattan et al. (2005) vonden in hun review dat voornamelijk sociale activiteiten die gericht zijn op specifieke groepen effectief zijn. Bijvoorbeeld op vrouwen, mantelzorgers, weduwen en weduwenaren, fysiek inactieven of mensen met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen. Uit de review van de Medical Advisory Secretariat (2008) komt eveneens naar voren dat groepsinterventies gericht op groepssteun effectief zijn. Findlay (2003) stelt bovendien dat op steun gerichte groepsinterventies (zoals een steungroep voor rouwende mensen) een positief effect hebben op eenzaamheidsvermindering als de interventie vijf maanden of langer duurt.

Beperkt bewijs voor een-op-eeninterventies

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

Op theorie gebaseerde interventies

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

Input deelnemers aan ontwikkeling interventie

Als ouderen betrokken worden bij het ontwikkelen en uitvoeren van de activiteiten draagt dat bij aan de effectiviteit van de interventie, zo blijkt uit twee reviews (Cattan et al., 2005; Findlay, 2003). Uit de review van Dickens et al. (2011) komt naar voren dat participatieve interventies waarbij deelnemers actieve input leveren, en er sociaal contact plaatsvindt, effectiever zijn dan interventies waarbij deelnemers slechts 'ontvangers' zijn van de interventie (bijvoorbeeld een training).

Computer- en internettraining

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

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

Technologie-ondersteunde interventies

Het gebruik van technologie bij eenzaamheidsinterventies is effectief, zo blijkt uit de recente systematische review van Cohen-Mansfield en Perach (2015). Hagan et al. (2014) vonden in hun review



drie interventies waarin gebruikgemaakt werd van nieuwe technologie om eenzaamheid te verminderen bij ouderen. In de eerste studie van Tsai, Tsai, Wang, Chang en Chu (2010) werd de effectiviteit onderzocht van 'videoconferencing' op ouderen in verpleeghuizen. De deelnemers werd gevraagd ten minste één keer per week contact te maken met familie en geliefden via diensten zoals MSN of Skype. Uit de tweede studie (Kahlbaugh, Sperandio, Carlson & Hauselt, 2011) bleek dat samen met een partner spelen op een Wii-spelcomputer leidde tot daling van de eenzaamheid, en dat samen met een partner televisiekijken leidde tot stijging van eenzaamheid. In de derde studie (Banks, Willoughby & Banks, 2008) werd de effectiviteit van therapie met dieren ('animal-assisted therapy') onderzocht en kregen bewoners van een verzorgingstehuis een echte hond, een robothond of niets (controlegroep) toegewezen. Zowel bij deelnemers met een echte hond als bij deelnemers met een robothond daalde de eenzaamheid. Er werd tussen de echte hond en de robothond geen verschil in effectiviteit gevonden.

Inzet van dieren bij verminderen eenzaamheid

Alhoewel de eenzaamheid daalde in de hierboven genoemde studie naar de inzet van (robot)-honden van Banks et al. (2008), is er geen duidelijk bewijs dat de inzet van dieren bij het verminderen van eenzaamheid effectief is. Een systematische review liet zien dat veel studies naar de inzet van dieren bij het verminderen van eenzaamheid niet goed zijn uitgevoerd, bijvoorbeeld met te weinig participanten, of zonder controlegroep, waardoor er geen overtuigend bewijs is (Gilbey & Tani, 2015).

2.2.3 Doelgroep: mensen met psychische beperking

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

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

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

In de review is ook nagegaan wat er bekend is over de effectiviteit van de vijf socialenetwerkinterventies. Van geen van deze interventies is bekend of ze eenzaamheid verminderen. Wel blijkt uit één pre-test/post-teststudie dat steungroepen eraan bijdragen dat een on vervulde behoefte aan vriendschap afneemt bij mensen met een ernstige geestelijke ziekte (Perese, Getty & Wooldridge, ongepubliceerd). Verder tonen verschillende onderzoeken aan dat psychosociale clubs (een soort zelfhulpgroepen, maar dan met een professional) weinig invloed hebben op sociale contacten (Perese, Getty & Woolridge, 2003).

Naar de effectiviteit van zelfhulpgroepen is weinig onderzoek gedaan, maar uit één studie blijkt dat familieleden die deelnamen een verbetering in hun relatie ervaren met het familielid met een ernstige geestelijke beperking (Heller, Roccoforte, Hsieh, Cook & Pickett, 1997). Ook naar de resultaten van wederzijdse hulpgroepen is een gering aantal onderzoeken beschikbaar, deze lijken erop te wijzen dat het sociaal isolement bij de deelnemers afnam (Galanter, 1988). Tot slot lijkt 'Befriending' (waarbij getrainde vrijwilligers worden ingezet als maatje) het sociaal isolement te verminderen, maar er is geen onderzoek gedaan naar de ervaren eenzaamheid (Masi et al., 2011).



2.3 Veelbelovende aanpakken

Het verminderen van eenzaamheid is niet eenvoudig. Eenzaamheid kent vele vormen, en wanneer het langer aanhoudt, kan het een zichzelf versterkend proces worden doordat mensen zich steeds verder terugtrekken (Machielse, 2006). Het aanpakken van eenzaamheid vereist dan ook aandacht, tijd en inspanning. Uit paragraaf 2.1 blijkt dat het bij de aanpak van eenzaamheid cruciaal is om naar de specifieke eenzaamheidssituatie van mensen te kijken en vanuit hun vraag en behoefte ondersteuning te bieden. Gezien vele verschillende oorzaken van eenzaamheid en de verschillende wensen, behoeften en mogelijkheden van mensen, is er een gevarieerd aanbod van eenzaamheidsinterventies nodig. Op basis van de gevonden werkzame factoren in de systematische reviews, hebben we een aantal beloftevolle interventies geselecteerd. Daar zitten zowel enkele oudere interventies bij die werkzame elementen bevatten en waarvan vaak de effectiviteit is aangetoond, als nieuwere interventies die werkzame elementen bevatten, maar waarvan we nog geen zicht hebben op de effectiviteit. Een aantal van de oudere interventies wordt weinig meer toegepast, ondanks de potentiële bijdrage die zij kunnen leveren aan het verminderen van eenzaamheid. Waarschijnlijk ontbreekt het aan middelen om deze interventies onder de aandacht te brengen en/of aan een ondernemende aanbieder die er de aandacht op weet te vestigen. Het zou goed zijn om te onderzoeken waarom deze ooit veelbelovende interventies steeds minder worden toegepast.

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie is een van de meest toegepaste psychologische behandelvormen in Nederland. Onderzoek heeft aangetoond dat het depressie bij volwassenen vermindert. Daarnaast is cognitieve gedragstherapie een beloftevolle interventie om eenzaamheid te verminderen (Cacioppo et al., 2015; Masi et al., 2011). Cognitieve gedragstherapie is een kortdurende, gestructureerde behandelvorm die door therapeuten wordt aangeboden. Het is een combinatie van gedragstherapie en gesprekstherapie. Uitgangspunt is dat het niet de gebeurtenissen zelf zijn die een mens negatieve gevoelens en een bepaald gedragspatroon bezorgen, maar de 'gekleurde bril' waardoor hij of zij de dingen ziet. Wie leert om deze negatieve gedachten anders te interpreteren, krijgt een objectievere kijk op de eigen gevoelens en waarnemingen. Hierdoor kunnen negatieve gevoelens verminderen en het gedrag veranderen.

Depressieve mensen analyseren bijvoorbeeld samen met de therapeut of hun idee klopt dat zij mislukt zijn in het leven, of dat andere personen hen werkelijk minachten of niet mogen. Vaak hebben zij alleen aandacht voor de negatieve interpretatie van de situatie. Door deze 'disfunctionele' gedachten om te buigen, en te leren om gebeurtenissen anders te interpreteren, komt er een objectievere kijk op de eigen gevoelens en waarnemingen. Daardoor kunnen negatieve gevoelens verdwijnen, waardoor ook het gedrag verandert.

LISTEN

LISTEN is gebaseerd op de principes van cognitieve gedragstherapie en zodoende een veelbelovende interventie om eenzaamheid te verminderen (Masi et al., 2011; Theeke & Mallow, 2015). De interventie is in de Verenigde Staten ontwikkeld en bestaat uit vijf groepssessies (met drie tot vijf mensen). In de sessies komt aan bod:

- het observeren van gedachten over erbij horen ('be-longing') in relatie tot eenzaamheid;
- reflectie over jezelf in relaties met anderen;
- in en uit eenzaamheid stappen;
- ups en downs en uitdagingen van eenzaamheid;
- samenvatting van de vorige sessies.

De focus ligt op wat er kan werken om eenzaamheid te verminderen. De interventie eindigt met de vraag hoe deelnemers de opgedane kennis in de praktijk gaan gebruiken.

Samen Online

Een veelbelovende computer- en internetinterventie in Nederland is Samen Online. In het kader van deze interventie geven studenten van een ROC-opleiding computer- en internetles aan ouderen. Hoewel het leren omgaan met computer (tablet) en internet centraal staat, is de interventie ook gericht



op het bevorderen van contact tussen jongeren en ouderen, en het verbeteren van de onderlinge beeldvorming. De Samen Online-cursus is intensief (twee- tot driemaal per week) en bestaat uit intensieve persoonlijke begeleiding (één jonge docent op twee ouderen). Uit een evaluatie van de interventie blijkt dat deelnemers na de cursus de computer (desktop, laptop en/of tablet) en het internet veel vaker gebruiken. De deelnemers hebben door de cursus basisdigivaardigheden geleerd (internetten, e-mailen en skypen), waardoor zij gemakkelijker sociale contacten onderhouden en meer 'grip' op het moderne leven ervaren (Van de Maat, 2014).

De methode wordt in een aantal steden uitgevoerd, maar Samen Online wordt momenteel niet meer actief ondersteund en onder de aandacht gebracht door het landelijke bureau Samen Online Nederland. De materialen voor het opzetten en ondersteunen van de cursus zijn vrij beschikbaar.

Uit de recente review van Choi et al. (2013) blijkt dat er enig bewijs is dat interventies in de vorm van computer- en internettraining bij ouderen effectief zijn om eenzaamheid te verminderen. Samen Online is een recent Nederlands voorbeeld van een dergelijke interventie, maar de effectiviteit in het verminderen van eenzaamheid is (nog) niet aangetoond.

Goed gezelschap in een groot huis

Een andere eenzaamheidsinterventie die tien jaar geleden veelbelovend werd genoemd, is Goed gezelschap in een groot huis, een groepsinterventie voor ouderen die in een woonzorgcentrum leven. Deze interventie bestaat uit twee typen groepsactiviteiten (koffietijd en gespreksgroepen) binnen een woonzorgcentrum. In de gespreksgroepen voor bewoners die al langere tijd in het huis wonen, wordt onder begeleiding informatie uitgewisseld over ieders huidige en vroegere interesses, worden gezamenlijk herinneringen opgehaald, en worden verschillende thema's besproken. Die thema's kunnen door de bewoners zelf worden voorgesteld. De gespreksgroep voor nieuwe bewoners bestaat uit ongeveer vijftien bijeenkomsten, waarna een nieuwe groep van start gaat. Sociale contacten tussen nieuwe bewoners worden op preventieve wijze gestimuleerd.

In tegenstelling tot de gespreksgroepen, heeft 'koffietijd' een meer informeel karakter. De bijeenkomsten vinden plaats in de sociëteit en zijn dus voor iedereen toegankelijk. Naast het gezamenlijk koffiedrinken, worden verschillende geheugenspelletjes en herinneringsactiviteiten gedaan, gedichten voorgelezen, vragen gesteld, en actualiteiten besproken. Op deze manier krijgt iedere deelnemer de kans om zijn of haar verhaal te vertellen, waardoor de mensen elkaar steeds beter leren kennen. Een Nederlandse studie (Fokkema & Van Tilburg, 2007) toont aan dat de interventie Goed gezelschap in een groot huis effectief was: binnen de experimentele groep daalde de eenzaamheid, en de eenzaamheid binnen de controlegroep bleef ongeveer gelijk. De activiteiten binnen Goed gezelschap in een groot huis hebben vooral positief bijgedragen aan persoonlijk contact binnen het woonzorgcentrum: de deelnemers hebben nu meer onderling contact, hebben elkaar beter leren kennen, zijn ontvankelijker voor en opener naar elkaar geworden, en zorgen nu meer voor elkaar. Een kanttekening bij deze interventie is dat die vooral gericht is op verzorgingshuizen. Door veranderde wetgeving nemen die nauwelijks nog nieuwe bewoners op. De interventie zou wel ingezet kunnen worden in verpleeghuizen (al dan niet in aangepaste vorm). Een vergelijkbare interventie Van huis naar thuis is specifiek gericht op verpleeghuisbewoners en won in 2014 de Nationale Eenzaamheidsprijs.

Verder blijkt uit twee systematische reviews dat groepsinterventies die gericht zijn op sociale activiteiten en sociale steun effectief zijn (Dickens et al., 2011), en dan voornamelijk sociale activiteiten die gericht zijn op specifieke groepen (Cattan et al., 2005).

GRIP&GLANS groepscursus

De GRIP&GLANS groepscursus heeft als hoofddoel (psychosociaal) kwetsbare vrouwen van 55 jaar en ouder te leren hoe ze actief hun eigen welbevinden kunnen verbeteren en (weer) eigen regie kunnen ervaren. Doordat het welbevinden verbetert en de eigen regie toeneemt, kan eenzaamheid verminderen. De GRIP&GLANS groepscursus bestaat uit zes wekelijkse bijeenkomsten en een terugkombijeenkomst na drie maanden. Elke bijeenkomst bevat een gedeelte theorie en reflectie over een onderdeel van het eigen welbevinden en de eigen zelfmanagementvaardigheden. Daarnaast wordt er geoefend met de GLANS-schijf en met zelfmanagementvaardigheden. De cursus is gebaseerd op de



'Zelfmanagement van Welbevinden' oftewel 'Self-Management of Well-being' (SMW)-theorie, waarin de 'Social Production Functions' (SPF)-theorie verder wordt uitwerkt. Volgens deze theorie resulteert het hebben van goede kern-zelfmanagementvaardigheden – dat wil zeggen vaardigheden om goed met je fysieke en sociale hulpbronnen om te gaan – in fysiek en sociaal welbevinden.

De sinds 2002 door het Universitair Medisch Centrum Groningen (door)ontwikkelde GRIP&GLANS groepscursus is veelbelovend. Alhoewel de effectiviteit van de GRIP&GLANS groepscursus voor het bestrijden van eenzaamheid (nog) niet is aangetoond, ligt het wel in de lijn der verwachting dat de cursus effectief is. Uit de recente review van Cohen-Mansfield en Perach (2015) blijkt immers dat groepsinterventies met een educatief aspect gericht op het onderhouden en verbeteren van het sociale netwerk eenzaamheid bij ouderen vermindert. Ook is er enig bewijs dat interventies waarvan de aanpak is gebaseerd op een specifieke theorie effectiever zijn dan interventies die niet theoretisch onderbouwd zijn (Dickens et al., 2011). Verder blijkt uit onderzoek van Kremers, Steverink, Albers-nagel en Slaets (2006) naar de effectiviteit van de GRIP&GLANS groepscursus dat de vrouwen die de cursus volgden, significant verbeterden wat betreft zelfmanagementvaardigheden en welbevinden, vergeleken met de vrouwen in de controlegroep. Wat betreft eenzaamheid waren de vrouwen in de interventiegroep significant minder eenzaam dan voorheen, maar dat was ook zo bij de controlegroep. Hierdoor kan het effect wat betreft eenzaamheid niet toegeschreven worden aan de interventie. Voor meer informatie: www.movisie.nl/esi/grip-glans-groepscursus.

Zin in vriendschap

Een andere oude, maar toch veelbelovende groepsinterventie is de cursus Zin in vriendschap. Het doel van de cursus is het verminderen of voorkomen van gevoelens van eenzaamheid onder oudere vrouwen, door hen te helpen bestaande vriendschappen te verbeteren of nieuwe vriendschappen op te bouwen. Gedurende twaalf wekelijkse lessen worden de deelnemers ondersteund bij het verduidelijken van hun behoeften, wensen en verwachtingen ten aanzien van vriendschap. Tevens wordt er gewerkt aan het verstevigen van zelfwaardering als de basis voor wederzijdse vriendschappen. Tijdens de cursus maken de deelnemers een analyse van hun huidige sociale netwerk, waarbij actuele en potentiële vriendschappen in kaart worden gebracht. Vervolgens formuleren de deelnemers doelen met betrekking tot vriendschap, en maken zij een stappenplan om hun doelen te realiseren. Elke les bestaat uit theorie met betrekking tot vriendschap, oefeningen in zelfreflectie en in sociale vaardigheden, en gelegenheid om persoonlijke ervaringen met betrekking tot vriendschap uit te wisselen.

De effectiviteit van de cursus Zin in vriendschap (nog) niet is aangetoond, maar uit de recente review van Cohen-Mansfield en Perach (2015) blijkt dat groepsinterventies met een educatief aspect gericht op het onderhouden en verbeteren van het sociale netwerk eenzaamheid bij ouderen vermindert. Uit onderzoek naar de effectiviteit van Zin in vriendschap met een pre-test/post-test/follow-up/controlegroepdesign blijkt dat eenzaamheid onder de deelnemers verminderde, maar dat deze ook bij de controlegroep afnam (Martina & Stevens, 2006). Dit betekent dat de eenzaamheidsdaling niet aan de interventie is toe te schrijven. Uit verder onderzoek blijkt dat deelnemers na de cursus sterker geneigd waren om nieuwe vriendschappen te ontwikkelen en bestaande vriendschappen te verbeteren, dan leden van de controlegroep. De combinatie van deze twee strategieën droeg bij aan een significante vermindering van eenzaamheid binnen een jaar na de cursus (Stevens, Martina & Westerhof, 2006). Voor meer informatie: www.movisie.nl/esi/zin-vriendschap.

Recent is een veelbelovende onlinevariant van Zin in vriendschap ontwikkeld voor mannen en vrouwen van 50 jaar en ouder. Deze online-interventie stimuleert het gebruik van drie coping strategieën:

- netwerkontwikkeling;
- het bijstellen van verwachtingen over relaties; en
- het verminderen van het belang van het verschil tussen de aanwezige en de gewenste sociale relaties.

Indirect wordt in deze interventie gewerkt aan het verminderen van negatieve interpretaties en verwachtingen van sociale situaties. Volgens Masi et al. (2011) is dat effectief voor het verminderen van eenzaamheid. Uit onderzoek van Bouwman, Aartsen, Van Tilburg en Stevens (2016) blijkt dat zowel de emotionele eenzaamheid als de sociale eenzaamheid verminderde tijdens en na afloop van het programma. Maar doordat er niet met een controlegroep gewerkt is, kan de verandering niet met zekerheid aan de interventie worden toegeschreven.

Vrienden maken... kun je leren

Een oude, maar nog steeds veelbelovende groepsinterventie is de cursus Vrienden maken... kun je leren. Tot de doelgroep behoren volwassenen van alle leeftijden die:

- kunnen en willen werken aan het verstevigen van vriendschap in hun leven;
- bereid en in staat zijn naar zichzelf te kijken en te leren; en
- beschikken over een klein sociaal netwerk.

De cursus is erop gericht sociale steun te vergroten. In zes lessen en een terugkombijeenkomst verkennen deelnemers hun vriendschappen, werken zij aan zelfwaardering en maken ze een persoonlijk plan gericht op het aangaan en onderhouden van vriendschappen. In de eerste sessies wordt gewerkt aan zowel het verkennen van de betekenis van vriendschap en de eigen vriendschapssituaties, als aan het verstevigen van zelfwaardering en het verminderen van negatieve gedachten (deze sessies zijn gebaseerd op Zin in vriendschap).

De effectiviteit van de cursus is (nog) niet aangetoond, maar uit de meta-analyse van Masi et al. (2011) blijkt dat interventies waarin gewerkt wordt aan het verminderen van negatieve interpretaties en verwachtingen van sociale situaties ('maladaptive social cognition') beloftevol zijn wat betreft het verminderen van eenzaamheid. Uit onderzoek naar de effectiviteit van Vrienden maken... kun je leren komt naar voren dat bij een behoorlijk grote groep deelnemers de eenzaamheid significant is verminderd tijdens de cursus en twee maanden erna (Stevens, De Koning & Loretan, 2008). Maar omdat er niet met een controlegroep gewerkt is, kan de verandering niet aan de interventie worden toegeschreven. Voor meer informatie: www.movisie.nl/esi/vrienden-makenkun-je-leren.

Thuisbezoek door leeftijdgenoten

In Nederland bestaan verschillende vormen van huisbezoek (vriendschappelijk, preventief en signalerend), die lokaal vaak op verschillende manieren worden uitgevoerd. Een veelbelovende vorm van huisbezoek is het Ierse thuisbezoek door leeftijdgenoten. De interventie bestaat uit tien wekelijkse thuisbezoeken door een oudere vrijwilliger aan een oudere die zich eenzaam voelt. De vrijwilliger bouwt een vertrouwensrelatie op met de oudere en moedigt hem of haar aan om een sociaal contact te kiezen dat hij of zij zou willen toevoegen aan zijn of haar sociale netwerk.

Uit 'Randomized Controlled Trial' (RCT)-onderzoek naar thuisbezoek aan ouderen door leeftijdgenoten in Ierland blijkt dat de eenzaamheid onder de deelnemers verminderde (Lawlor et al., 2014). Op basis van die resultaten is thuisbezoek door leeftijdgenoten veelbelovend te noemen. Deelnemers maken nieuwe contacten en onderhouden vaak het contact met de vrijwilliger na afloop van de interventie. Zowel een maand als drie maanden na de interventie is de eenzaamheid bij de deelnemer afgenomen. Ook bij de vrijwilliger is de eenzaamheid mogelijk verminderd.

Verder veronderstellen onderzoekers (zie: Cattan et al., 2005) dat de inzet van leeftijdgenoten bij ouderen waarschijnlijk eerder tot wederkerigheid in een sociale steunrelatie leidt, wat belangrijk is om eenzaamheid te verminderen. Daarnaast is de interventie gericht op het verbreden van het sociale netwerk van de oudere, en dat is waarschijnlijk een effectievere manier om eenzaamheid te bestrijden dan het naar beneden bijstellen van verwachtingen over relaties (Schoenmakers, 2013).

Online zelfhulp schrijf-interventie voor rouwende mensen

Een veelbelovende interventie voor rouwende mensen is de online zelfhulpinterventie. De interventie bestaat uit vijf gestructureerde, confronterende schrijfp opdrachten en enkele algemene richtlijnen voor het schrijven. Deze zijn onder andere gebaseerd op Cognitieve-Gedragsprincipes.



De vijf opdrachten volgen de drie fasen van rouw: 'exposure, cognitive reappraisal, and integration and restoration'. Tijdens de derde opdracht moeten de deelnemers niet-helpende (negatieve) en helpende gedachten identificeren met betrekking tot hun verlies, en beschrijven hoe ze zich voelen door deze gedachten. Vervolgens moeten de deelnemers helpende gedachten opschrijven die de niet-helpende gedachten kunnen vervangen. Er wordt kortom ingespeeld op negatieve interpretaties en verwachtingen van sociale situaties, wat volgens Masi et al. (2010) effectief is in het verminderen van eenzaamheid.

RCT-onderzoek van Van der Houwen, Schut, Van den Bout, Stroebe en Stroebe (2010) toont aan dat de interventie effectief is: de emotionele eenzaamheid bij de deelnemers verminderde en de positieve gemoedstoestand nam toe. Vanwege de wereldwijde beschikbaarheid van deze online interventie kwamen de deelnemers niet uit een specifiek land of gebied. Het grootste deel van de deelnemers was afkomstig uit de Verenigde Staten of het Verenigd Koninkrijk.

Mindfulness Based Stress Reduction trainingsprogramma bij ouderen

Een beloftevolle interventie voor eenzaamheidsvermindering bij ouderen is het 'Mindfulness Based Stress Reduction' (MBSR)-trainingsprogramma. De interventie bestaat uit wekelijkse bijeenkomsten van twee uur, een retraite van een dag in week 6 of 7 en dagelijks dertig minuten mindfulness-meditatie thuis. Er is onderzoek uitgevoerd waarin de effectiviteit van de interventie is aangetoond. Creswell et al. (2012) onderzochten door middel van een kleinschalige RCT de effectiviteit het MBSR-trainingsprogramma bij ouderen in de omgeving van Los Angeles. MBSR verminderde de eenzaamheid, terwijl de eenzaamheid bij de controlegroep (wachtlust) licht toenam. Deze onderzoeksbevindingen zijn een indicatie dat MBSR een beloftevolle aanpak is voor het verminderen van eenzaamheid bij ouderen.

De onderzoekers geven aan dat verder onderzoek nodig is om te onderzoeken hoe MBSR leidt tot de vermindering van eenzaamheid. Zij suggereren dat MBSR mogelijk de psychologische perceptie verandert, waardoor mensen minder focussen op sociaal gevaar of leed, waardoor de ervaren eenzaamheid vermindert. Dit sluit aan bij de theorie van Cacioppo et al. (2014). Volgens die theorie ontwikkelt eenzaamheid zich als gevolg van een negatieve spiraal van zelfregulering waarin de waakzaamheid voor sociale signalen omslaat in een overdreven oplettendheid voor sociale signalen en gevaren.

Combinatie van cognitieve gedragsinterventies met farmaceutische behandeling

Een nog te ontwikkelen en potentieel veelbelovende eenzaamheidsinterventie is de combinatie van cognitieve gedragsinterventies met farmaceutische behandeling. Uit het onderzoek van Masi et al. bleek dat interventies waarbij cognitieve gedragstherapie wordt ingezet veelbelovend zijn voor het verminderen van eenzaamheid (Masi et al., 2011, p. 19). Volgens Cacioppo et al. (2015) is het binnenkort wellicht mogelijk om cognitieve gedragstherapie-interventies te combineren met kortdurende farmaceutische behandeling om eenzaamheid te verminderen. De onderzoekers wijzen daarbij op de ontwikkelingen die er de afgelopen vijf jaar zijn geweest op het gebied van de psycho-biologische en farmaceutische mechanismen ten aanzien van het ervaren van eenzaamheid.

2.4 Tot slot

De beschikbare kennis over werkzame factoren bij de aanpak van eenzaamheid is de afgelopen twintig jaar stap voor stap ontwikkeld. Dit dossier biedt een overzicht van de belangrijkste werkzame factoren. Beleidsmedewerkers en professionals kunnen daar gebruik van maken bij het effectief aanpakken van eenzaamheid. De genoemde werkzame elementen zijn vrij algemeen en abstract van aard. Dit hangt samen met de keuze om vooral van systematische reviews gebruik te maken. Deze reviews delen verschillende eenzaamheidsinterventies naar groepen in (bijvoorbeeld: 'interventies gericht op vergroten ontmoetingsmogelijkheden' of 'een-op-een interventies') en kunnen daarover vervolgens overkoepelende en algemene uitspraken doen. Een analyse van effectstudies naar afzonderlijke interventies geeft waarschijnlijk meer inzicht in werkzame elementen op het uitvoerende en praktische niveau. Denk daarbij aan kennis over benodigde randvoorwaarden zoals een informele en open sfeer op de locatie waar de interventie plaatsvindt, of de manier waarop professionals of vrijwill-



ligers mensen stimuleren hun sociale netwerk te versterken. Een verfijning van de resultaten naar dit praktischere niveau zou een volgende stap kunnen zijn bij het aanvullen van dit dossier.

Het is belangrijk om op deze kennis over werkzame elementen bij de aanpak van eenzaamheid te blijven voortbouwen. Hiervoor zijn degelijke kwantitatieve effectmetingen en kwalitatieve procesevaluaties nodig (zie ook: Fokkema & Van Tilburg, 2007). Daarnaast zou er meer onderzoek gedaan moeten worden naar combinaties van werkzame factoren, aangezien experts vermoeden dat een combinatie van meerdere werkzame factoren het meest effectief is. Dat geldt ook voor onderzoek naar eenzaamheidsinterventies voor ook andere doelgroepen dan ouderen en vrouwen, bijvoorbeeld mensen met ernstige psychische beperkingen. Opmerkelijk is verder dat er bijna geen onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van eenzaamheidsinterventies gericht op jongeren, terwijl eenzaamheid onder hen een van de meest voorkomende sociaal-emotionele problemen is.



3 Geraadpleegde literatuur

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

Arum, S. van & Schoorl, R. (2016). *Sociale (wijk)teams in beeld stand van zaken na de decentralisaties* (najaar 2015). Utrecht: Movisie.

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

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

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

Bergen, A. van, Vleems, R., Muis, L. & Laan, W. (2010). *Volksgezondheidsmonitor. Utrecht 2010: Tabellenboek Sociaal Kwetsbaren*. Utrecht: GG&GD.

Bouwman, T.E., Aartsen, M.J., Tilburg, T.G. van, & Stevens, N.L. (2016) Does stimulating various coping strategies alleviate loneliness? Results from an online friendship enrichment program. *Journal of Social and Personal Relationships*. Published online before print, July 13, 2016, doi: 10.1177/0265407516659158.

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

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

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

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

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

Cattan, M., White, M., Bond, J. & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people. A systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*, 25(01), 41-67.

Choi, M., Kong, S., & Jung, D. (2013). Computer and internet interventions for loneliness and depression in older adults: a meta-analysis. *Healthcare Informatics Research*, 18(3), 191-198.

Cohen-Mansfield, J. & Perach, R. (2015). Interventions for alleviating loneliness among older persons. A critical review. *American Journal of Health Promotion*, 29(3), e109-e125.



Cohen, S., & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.

Creswell, J.D., Irwin, M.R., Burklund, L.J., Lieberman, M.D., Arevalo, J.M.G., Mab, J. & Cole, S.W. (2012). Mindfulness-based stress reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults. A small randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26, 1095-1101.

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

Doorn, L. van (2006). *Handreiking Signaleringsnetwerken voor sociaal geïsoleerde ouderen*. Utrecht: NIZW.

Dickens, A.P., Richards, S.H., Greaves, C.J., & Campbell, J.L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: A systematic review. *BMC Public Health*, 11(1), 1.

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

Dykstra, P.A., Tilburg, T.G. van & Jong-Gierveld, J. de (2005). Changes in older adult loneliness: results from a seven-year longitudinal study. *Research on Aging*, 26 (6), 725-747. doi: 10.1177/0164027505279712

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

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

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

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

Fokkema, T. & Naderi, R. (2013). Differences in late-life loneliness. A comparison between Turkish and native-born older adults in Germany. *European Journal of Ageing*, 10(4), 289-300.

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

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

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

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

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



-
- Grosse Deters, F. & Mehl, M.R. (2012) Does Posting Facebook Status Updates Increase or Decrease Loneliness? An Online Social Networking Experiment. *Social Psychological and Personality Science*, 4(5).
- Hagan, R., Manktelow, R., Taylor, B.J. & Mallett, J. (2014). Reducing loneliness amongst older people. A systematic search and narrative review. *Aging & Mental Health*, 18(6), 683-693.
- Hawkey, L.C., Hughes, M.E., Waite, L.J., Masi, C.M., Thisted, R.A. & Cacioppo, J.T. (2008). From social structure factors to perceptions of relationship quality and loneliness. The Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Journal of Gerontology. Social Sciences*, 63B, S375-S384.
- Hawkey, L.C., Thisted, R.A., Masi, C.M., Cacioppo, J.T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure. Five-year cross lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 25, 132-141.
- Heller, T., Roccoforte, J.A., Hsieh, K., Cook, J.A. & Pickett, S.A. (1997). Benefits of support groups for families of adults with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(2), 187-198.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T.B. & Layton, J.B. (2010). Social relationships and mortality risk. A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1316. doi:10.1371/journal.pmed.1316.
- Holwerda, T.J., Deeg, D.J., Beekman, A.T., Tilburg T.G. van, Stek, M.L., Jonker, C., Schoevers, R.A. (2014). Feelings of loneliness but not social isolation predict incident dementia onset. Results from the Amsterdam Study of the Eldery. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 85(2), 135-42.
- Hommersons, S. & Tilburg, T. van (2015). *Voorkomen of verminderen van eenzaamheid in de langdurige zorg. Wetenschappelijk onderbouwde inspiratie uit het buitenland*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, afdeling Sociologie.
- Hortulanus, R. Machielse, A. & Meeuwssen, L. (2003). *Sociaal isolement. Een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland*. Den Haag: Elsevier Overheid.
- Houwen, K. van der, Schut, H., Bout, J. van den, Stroebe, M. & Stroebe, W. (2010). The efficacy of a brief internet-based self-help intervention for the bereaved. *Behaviour Research and Therapy*, 48(5), 359-367.
- Jones, A.C., Schinka, K.C., Dulmen, M.H.M. van, Bossarte, R.M. & Swahn, M.H. (2011). Changes in loneliness during middle child-hood predict risk for adolescent suicidality indirectly through mental health problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(6), 818-824.
- Jorna, A.A.M. (Ed.), *Mag een mens eenzaam zijn? Studies naar existentiële eenzaamheid en zingeving*. Amsterdam: SWP.
- Kahlbaugh, P.E., Sperandio, A.J., Carlson, A.L. & Hauselt, J. (2011). Effects of Playing Wii on well-being in the elderly: Physical activity, loneliness, and mood. *Activities, Adaptation & Aging*, 35(4), 331-344.
- Kremers, I.P., Steverink, N., Albersnagel, F.A. & Slaets, J.P.J. (2006). Improved self-management ability and well-being in older women after a short group intervention. *Aging & Mental Health*, 10(5), 476-484, DOI: 10.1080/13607860600841206
- Kuijter, de (2011) Lau, S. & Gruen, G. E. (1992). The social stigma of loneliness. Effect of target person's and perceiver's sex. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 18(2), 182-189.
- Lawlor, B., Golden, J., Paul, G., Walsh, C., Conroy, R.M., Holfield, E. et al. (2014). *Only the lonely. A randomized controlled trial of a volunteer visiting programme for older people experiencing loneliness* Age Friendly Ireland: http://agefriendlyireland.ie/wp-content/uploads/2014/10/AFN_Loneliness_MR.pdf



-
- Lodder, G.M.A., Scholte, R.H.J., Goossens, L. & Verhagen, M. (2015). Loneliness in early Adolescence. Friendship quantity, friendship quality, and dyadic processes. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. Advance online publication. doi:10.1080/15374416.2015.1070352.
- Lodder, G.M.A., Goossens, L., Scholte, R.H.J., Engels, R.M.C.E. & Verhagen, M. (2016). Loneliness and social skills. Discrepancies between self-, meta- and peer evaluations. *Journal of Youth and Adolescence*. Advance online publication. doi: 10.1007/s10964-016-0461-y.
- Maat, J.W. van de (2015). *Aandacht voor eenzaamheid in het Mbo- en Hbo-onderwijs. Van impliciet naar expliciet*. Interne notitie. Utrecht: Movisie (opvraagbaar bij auteur).
- Maat, J.W. van de & Xanten, H. van (2013). *Sleutels voor de lokale aanpak van eenzaamheid*. Utrecht: Movisie.
- Maat, J.W. van de, Ballering, C. & Xanten, H. van (2016). *Medisch en sociaal verbonden. Over de gouden kansen van samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal werk*. Utrecht: Movisie.
- Maat, J.W. van de (2014). *Samen Online. Effecten van een internetcursus door jongeren voor ouderen*. Utrecht: Movisie.
- Machielse, A. (2006). *Onkundig en onaangepast. Een theoretisch perspectief op sociaal isolement*. Utrecht: Van Arkel.
- Machielse, A. (2011). Sociaal isolement bij ouderen. Een typologie als richtlijn voor effectieve interventies. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 20(4), 40-61.
- Machielse, A. & Hortulanus, R. (2011). *Sociaal isolement bij ouderen. Op weg naar een Rotterdamse aanpak*. Amsterdam: SWP.
- Machielse, A. (2015). *Ouderen in sociaal isolement. Ervaren baat van hulp*. Utrecht: Movisie.
- Machielse, A. & Bos, P. (2016). *Complexe verwachtingen. Vrijwillige maatjes voor eenzame ouderen*. Utrecht: Movisie.
- Mahon, N.E., Yarcheski, A. & Yarcheski, T.J. (1993). Health consequences of loneliness in adolescents. *Research in Nursing & Health*, 16(1), 23-31.
- Martina, C.M.S. & Stevens, N.L. (2006). Breaking the cycle of loneliness? Psychological effects of a friendship enrichment program for older women. *Aging & Mental Health*, 10(5), 467-475, DOI: 10.1080/13607860600637893.
- Masi, C.M., Chen, H.Y., Hawkey, L.C. & Cacioppo, J.T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review. An Official Journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 15(3), 219-266. doi:10.1177/1088868310377394 [doi].
- Medical Advisory Secretariat (2008). Social isolation in community-dwelling seniors. An evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 8(5), 1-49.
- Nederland, T. & Razenberg, I. (2016). *Eenzaamheid onder ouderen van Turkse of Marokkaanse komaf*. Kennisplatform Integratie & Samenleving (KIS).
- Page, R.M. (1990). Loneliness and adolescent health behavior. *Health Education*, 21(5), 14-17.



-
- Perese, E., Getty, C., & Wooldridge, P. (2003). Psychosocial club members' characteristics and their readiness to participate in a support group. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(2), 153-174.
- Perese E.F. & Wolf M. (2005). Combating loneliness among persons with severe mental illness: social network interventions' characteristics, effectiveness, and applicability. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(6), 591-609.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003). Risk factors for loneliness in adulthood and old age. A meta-analysis. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Qualter, P., Vanalst, J., Harris R., Roekel, E. van, Lodder, G., Bangee, M., Maes, M. & Verhagen, M. (2015). Loneliness across the life span. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2) 250-264.
- Rotenberg, K.J., Gruman, J.A. & Ariganello, M. (2002). Behavioral confirmation of the loneliness stereotype. *Basic & Applied Social Psychology*, 24(2), 81-89.
- Russell, D.W., Cutrona, C.E., Mora, A. de la, Wallace, R.B. (1997). Loneliness and nursing home admission among rural older adults. *Psychology and Aging*, 12(4), 574-589.
- Schoenmakers, E.C. (2013). *Coping with loneliness*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Schoenmakers, E., Fokkema, T., & Tilburg, T. van (2014). Eenzaamheid is moeilijk op te lossen en treft niet alleen ouderen. *Demos*, 30(8), 5-8.
- Seeman, T.E. (2000). Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *American Journal of Health Promotion*, 14(6), 362-370.
- Seepersad, S. (2004). Coping with Loneliness. Adolescent Online and Offline Behavior. *Cyberpsychology & Behavior*, 7(1), 35-39.
- Steptoe, A., Shankar, A., Demakakos, P. & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 110(15), 5797-5801. doi:10.1073/pnas.1219686110.
- Stevens, N.L. & Martina, C.M.S. (2006). Eenzaamheidsinterventies bij ouderen. Ordening en effectiviteit. *Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie*, 37(2), 44-50.
- Stevens, N.L., Martina, C.M.S. & Westerhof, G.J. (2006). Meeting the need to belong. Predicting effects of a Friendship Enrichment Program for older women. *The Gerontologist*, 46(4), 495-502.
- Stevens, N., Koning, D. de & Loretan, N. (2008). *Stimulering van sociale zelfredzaamheid. Een onderzoek bij deelnemers van de cursus 'Vrienden maken...kun je leren'*. Verslag in opdracht van Het Nederlandse Rode Kruis. Z.pl.
- Theeke, L.A. & Mallow, J.A. (2015). The development of LISTEN. A novel intervention for loneliness. *Open Journal of Nursing*, 5(2), 136-143.
- Tilburg, T.G. van (2014). Over toe- en afname van eenzaamheid onder ouderen. Gerōn. Tijdschrift over ouder worden en maatschappij, 16(2), 46-49.
- Tilburg, T. van, & Jong Gierveld, J. de (Eds.) (2007), *Zicht op eenzaamheid. Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum.
- Van Tilburg T (2005). Loneliness from 1978 to 2003: a historical time analysis among Dutch adults. Paper prepared on the occasion of the farewell of Jenny Gierveld. Amsterdam: Vrije Universiteit.



Torensma, M. (2014). *'Wij zijn niet alleen'. Een onderzoek naar verklaringen voor eenzaamheid onder Turkse Amsterdammers*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Tsai, H.-H., Tsai, Y.-F., Wang, H.-H., Chang, Y.-C. & Chu, H.H. (2010), Videoconference program enhances social support, loneliness, and depressive status of elderly nursing home residents. *Aging & Mental Health*, 14(8), 947-954.

Uchino, B.N. (2006). Social support and health. A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377-387. doi:10.1007/s10865-006-905.

Uysal-Bozkir, Ö., Fokkema, T., MacNeil-Vroomen, J.L., Tilburg, T. van & Rooij, S.E. de (2015). Translation and validation of the De Jong Gierveld loneliness scale among older migrants living in the Netherlands. *The Journal of Gerontology. Social Sciences*. 10.1093/geronb/gbv044.

Verduyn, P., Seungjae Lee, D., Park, J., Shaback, H., Orvell, A., Bayer, J., Ybarra, O., Jonides, J. & Ethan Kross (2015). Passive Facebook Usage Undermines Affective Well-Being. Experimental and Longitudinal Evidence. *Journal of Experimental Psychology. General*, 144(2), 480-488.

Visser, M.A., El Fakiri, F. (2016). The prevalence and impact of risk factors for ethnic differences in loneliness. *European Journal of Public Health*, 1-7. doi:10.1093/eurpub/ckw115
Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association.

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

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

Via internet

Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM, 2012

Landelijke campagne aanpak eenzaamheid Groot-Brittannië



Bijlage

Verantwoording literatuuronderzoek

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

Vanwege een gelimiteerde tijdsinvestering hebben we gekozen ons te richten op het onderzoek met de sterkste bewijskracht: systematische reviews (onderzoeken waarin de resultaten van meerdere onderzoeken worden geanalyseerd). We hebben acht systematische reviews gevonden waarin de effectiviteit van eenzaamheidsinterventies is onderzocht, waarvan zes gericht op ouderen (Cattan, White, Bond & Learmouth, 2005; Cohen-Mansfield & Perach, 2015; Dickens, Richards, Greaves & Campbell, 2011; Findlay, 2003; Hagan, Manktelow, Taylor & Mallett, 2014; Medical Advisory Secretariat, 2008), één review (meta-analyse) gericht op alle leeftijdsgroepen (Masi et al., 2011) en één review gericht op mensen met een ernstige geestelijke beperking (Perese & Wolf, 2005). De kennis uit deze systematische reviews hebben we geüpdatet met kennis uit meer recente onderzoeken en publicaties en aangevuld met praktijkkennis uit evaluatieonderzoeken.

