

De complexiteit van het verschijnsel eenzaamheid

Een onderzoek naar de risicogroepen en interventiemogelijkheden voor eenzaamheid in Utrecht

Regien Vleems

De complexiteit van het verschijnsel eenzaamheid

Een onderzoek naar de risicogroepen en interventiemogelijkheden voor eenzaamheid in Utrecht

Regien Vleems (0104698)

Universiteit Twente, Enschede

Afstudeeronderzoek Communication Studies

In opdracht van: GG&GD Utrecht

Afdeling Gezondheidsbevordering & Epidemiologie

Unit Epidemiologie en Informatie

Afstudeercommissie:

Universiteit Twente (1^{ste} begeleider): dr. E. Taal

Universiteit Twente (2^{de} begeleider): dr. C. Bode

GG&GD Utrecht: dr. E. van Ameijden

GG&GD Utrecht: drs. H. Schreurs

GG&GD Utrecht: drs. J. Roelofs

Utrecht, juni 2009

Samenvatting

Achtergrond: Het onderwerp eenzaamheid is een belangrijk agendapunt binnen de gemeente Utrecht. Hoge eenzaamheidscijfers zijn aanleiding geweest opdracht te geven een aanpak eenzaamheid te ontwikkelen en deze als pilot uit te voeren in de wijk Noordwest in Utrecht. Van de Utrechtse bevolking is 26% matig eenzaam en 7% ernstig eenzaam. De wijk Noordwest kent significant meer ernstig eenzamen dan Utrecht (9%). Om vat te krijgen op het onderwerp eenzaamheid, is het wenselijk te weten onder welke groepen eenzaamheid vooral optreedt.

Methoden: Om risicogroepen voor eenzaamheid te duiden zijn drie methoden gebruikt: 1) univariate toetsing (χ^2 -toets, $p < 0,05$), 2) multivariate logistische regressieanalyse (stepwise forward methode met $p < 0,05$ en 95%-betrouwbaarheidsinterval), 3) interviews met professionals. De uitkomsten van deze analyses zijn naast bevindingen uit de literatuur gelegd.

Resultaten: De univariate analyse laat zien dat bijna alle getoetste factoren samenhangen met eenzaamheid. Factoren die onafhankelijk bijdragen aan ernstige eenzaamheid zijn: stemmingsproblemen, angst, scheiding/weduwstaat, een lage buurtcohesie, moeite met rondkomen, en ontevredenheid met de woning. Verder komt duidelijk naar voren dat eenzaamheid al vanaf middelbare leeftijd een serieus probleem is. Professionals bevestigen de uitkomsten van de univariate analyses, maar noemen aanvullend persoonskenmerken en maatschappelijke factoren.

Conclusie: Eenzaamheid is een complex verschijnsel dat met veel factoren samenhangt. Dit onderzoek brengt risicogroepen voor eenzaamheid naar voren, die een hulpmiddel vormen bij de opsporing van eenzame mensen. Verder worden interventiestrategieën besproken en worden vraagtekens gezet bij de wijze waarop eenzaamheid gemeten is.

Abstract

Background: Loneliness is an important issue for the local authority in Utrecht. High loneliness rates were the starting point for the decision to develop a procedure to fight loneliness and to pilot this procedure in the Noordwest district. Within the population of Utrecht, 26% is moderately lonely and 7% is severely lonely. Compared to Utrecht, the Noordwest district has a significantly higher rate of severe lonely people (9%). To fully understand the loneliness issue, it is essential to know which groups are especially vulnerable to loneliness.

Methods: In order to point out risk groups for loneliness, three methods were used: 1) univariate testing (χ^2 -test, $p < 0,05$), 2) multivariate logistic regression analysis (stepwise forward method with $p < 0,05$ and 95%-reliability interval), 3) interviews with professionals. The results from these analyses' were compared to results found in literature.

Results: The univariate analysis shows that nearly all tested factors relate to loneliness. Factors that independently contribute to severe loneliness are: mood swings, fear, divorce/widow, a low cohesion in the neighbourhood, difficulty to get by financially, and being unsatisfied with the residence. Furthermore, it is obvious that loneliness is already a serious problem from middle age. Professionals confirm the results of the univariate analysis, but mention personal characteristics and social factors in addition.

Conclusion: Loneliness is a complex issue which is influenced by a lot of different factors. This study maps risk groups for loneliness, in order to help find lonely people. Furthermore, strategies for intervention are mentioned, and the way loneliness is measured is questioned.

Voorwoord

Ik schrijf dit onderzoeksrapport rondom het thema eenzaamheid in het kader van het afronden van mijn master Communication Studies aan de Universiteit Twente te Enschede. Tijdens deze master ben ik tot de ontdekking gekomen dat mijn interesses vooral liggen op het gebied van de promotie van gezond gedrag. Het in kaart brengen van de gezondheidssituatie van mensen en het vroegtijdig signaleren van ontwikkelingen en bedreigingen op dit gebied staan daarbij centraal.

Begin september 2008 ben ik mijn afstudeerstage begonnen bij de GG&GD Utrecht op de afdeling Gezondheidsbevordering & Epidemiologie, unit Epidemiologie en Informatie. Het motto van de GG&GD Utrecht, ‘voorkómen is beter dan genezen’, past prima bij mijn intrinsieke motivatie om mee te helpen aan de totstandkoming van een gezond(er) en vitaal Utrecht. In de loop der jaren is mijn interesse voor preventie gegroeid. Preventie van overgewicht, alcohol en roken zijn zaken die me aan het hart gaan. Net als de GG&GD Utrecht vind ik het bevorderen van gezond gedrag erg belangrijk en daaronder valt ook het verminderen van eenzaamheidsgevoelens.

Dit onderzoeksrapport is onder andere bedoeld voor preventiewerkers en hulpverleners in Utrecht en in het bijzonder in de wijk Noordwest, die te maken hebben of zullen krijgen met eenzame mensen, in de hoop en veronderstelling een bewustwording in hun handelen naar deze eenzame mensen toe te creëren.

Ik wil een aantal mensen bedanken die belangrijk zijn geweest bij de totstandkoming van mijn onderzoeksrapport. Allereerst wil ik Hanneke Schreurs bedanken voor haar begeleiding tijdens mijn onderzoek op de unit Epidemiologie en Informatie. Als senior epidemioloog heeft zij mij wegwijs gemaakt in de onderzoekswereld. Haar kritische blik en bruikbare tips hebben mij telkens op het goede spoor gezet. Mijn dank gaat ook uit naar Joke Roelofs, de programmaleider psychosociale gezondheid. Haar toewijding, enthousiasme en praktisch inzicht werkten aanstekelijk. Bovendien wil ik alle epidemiologen van de unit Epidemiologie en Informatie bedanken voor de gezellige stagetijd en de beantwoording van al mijn vragen. Het was zeer interessant en leerzaam om een kijkje te nemen op de werkvloer. Verder wil ik Erik Taal en Christina Bode, mijn begeleiders aan de Universiteit Twente, héél erg bedanken. Zij hebben mij telkens in de goede richting gewezen en mij geholpen structuur aan te brengen in mijn onderzoeksrapport. Voor mij geldt: ‘Het is de kunst van het schrappen’. Tot slot wil ik mijn vriend, mijn vrienden en vriendinnen, en mijn familie bedanken voor hun steun!

Regien Vleems
Utrecht, 2009

Inhoudsopgave

Voorwoord	7
1. Inleiding en afbakening	11
§ 1.1 Waarom een onderzoek naar eenzaamheid in Utrecht?	11
§ 1.1.1 Psychosociale Gezondheid: speerpunt in Utrecht	11
§ 1.1.2 Eenzaamheid op de agenda van de GG&GD Utrecht	11
§ 1.1.3 Noordwest Utrecht: pilotwijk aanpak eenzaamheid	12
§ 1.2 Onderzoeksvraag en deelvragen	12
§ 1.2.1 Doelstelling onderzoek	13
§ 1.3 Opbouw onderzoeksrapport	13
2. Literatuuronderzoek eenzaamheid	15
§ 2.1 Begripsafbakening eenzaamheid	15
§ 2.1.1 Definitie eenzaamheid	15
§ 2.1.2 Emotionele en sociale eenzaamheid	16
§ 2.1.3 Subjectieve sociale isolatie versus objectieve sociale isolatie	17
§ 2.2 Gevolgen van eenzaamheid	17
§ 2.3 Omvang eenzaamheidsprobleem	17
§ 2.3.1 Tijdelijke en langdurige eenzaamheid	18
§ 2.4 Risicogroepen voor eenzaamheid	18
§ 2.4.1 Sociaaldemografische factoren	19
§ 2.4.2 Sociaal-economische factoren	20
§ 2.4.3 Lichamelijke en geestelijke gezondheid	21
§ 2.4.4 Woonomstandigheden	21
§ 2.4.5 Persoonsfactoren	23
§ 2.4.6 Maatschappelijke factoren	23
§ 2.5 Conclusie	24
3. Gezondheidspeiling Utrecht	25
§ 3.1 Gezondheidspeiling Utrecht 2006	25
§ 3.1.1 Respondenten	25
§ 3.1.2 Respons	26
§ 3.2 Vragenlijst Gezondheidspeiling	26
§ 3.2.1 Afhankelijke variabele eenzaamheid	27
§ 3.2.2 Sociaaldemografische factoren	28
§ 3.2.3 Sociaal-economische factoren	29
§ 3.2.4 Psychosociale factoren	29
§ 3.2.5 Gezondheid en lichamelijke beperkingen	31
§ 3.2.6 Woonomstandigheden	33
§ 3.2.7 'Overige' factoren	33
§ 3.2.8 Zorggebruik	34
§ 3.2.9 Zorgbehoefte	34
§ 3.3 Statistische analyses	34
4. Risicogroepen voor eenzaamheid in Utrecht	37
§ 4.1 Achtergrondgegevens steekproef	37
§ 4.2 Eenzaamheid op stad- en wijkniveau	38
§ 4.3 Univariante toetsing: welke factoren hangen samen met eenzaamheid?	39
§ 4.4 Wat draagt onafhankelijk bij aan eenzaamheid?	41
§ 4.4.1 Welke factoren dragen in de wijk Noordwest onafhankelijk bij aan eenzaamheid?	45
§ 4.5 Zorggebruik en informatiebehoefte van eenzame mensen	46

§ 4.5.1 Zorggebruik van eenzame mensen	46
§ 4.5.2 Behoeftte van eenzame mensen aan informatie en voorzieningen.....	46
5. Raadpleging professionals	49
§ 5.1 Doelstelling kwalitatieve analyse	49
§ 5.2 Deelnemers.....	50
§ 5.3 Interviewschema.....	50
6. Wat zien professionals als risicogroepen voor eenzaamheid?	53
§ 6.1 Het begrip eenzaamheid: moeilijk onder één noemer te vatten.....	53
§ 6.1.1 Eenzaam zijn versus alleen zijn (sociale isolatie)	54
§ 6.2 Eenzaamheid is een groot probleem in de wijk Noordwest	54
§ 6.2.1 Veel verborgen eenzaamheid	55
§ 6.2.2 Taboe op eenzaamheid	55
§ 6.3 Risicogroepen voor eenzaamheid in de wijk Noordwest	55
§ 6.3.1 Sociaaldemografische factoren.....	56
§ 6.3.2 Sociaal-economische factoren	56
§ 6.3.3 Psychosociale factoren	57
§ 6.3.4 Gezondheid / lichamelijke beperkingen	57
§ 6.3.5 Woonomstandigheden	58
§ 6.3.6 ‘Overige’ factoren	58
§ 6.3.7 Welke risicogroepen worden nog meer genoemd door professionals?	58
§ 6.3.8 Eenzaamheid onder Turkse en Marokkaanse Utrechters	61
§ 6.3.9 Conclusie	63
7. Aanpak eenzaamheid in Noordwest Utrecht	65
§ 7.1 Eenzaamheidsactiviteiten in de wijk Noordwest.....	65
§ 7.2 Effectiviteit eenzaamheidsinterventies.....	66
§ 7.2.1 Effectiviteitonderzoek eenzaamheidsinterventies is schaars	66
§ 7.2.2 Wat zijn effectieve eenzaamheidsinterventies?.....	67
§ 7.3 Waarom zijn veel eenzaamheidsinterventies niet effectief?.....	69
§ 7.4 Aangedragen oplossingsrichtingen door professionals in de wijk Noordwest.....	71
8. De complexiteit van het verschijnsel eenzaamheid.....	77
§ 8.1 Eenzaamheid op de gemeentelijke agenda.....	77
§ 8.2 Omvang eenzaamheidsprobleem in Utrecht en de wijk Noordwest.....	77
§ 8.3 Risicogroepen voor eenzaamheid in Utrecht.....	77
§ 8.4 Sterke en zwakke punten onderzoek	79
§ 8.4.1 Discussie gebruik eenzaamheidsschaal: veel eenzame Utrechters of een grove maat?	80
§ 8.5 Aanbevelingen en interventierichtingen.....	81
§ 8.5.1 Focus op ernstig eenzamen.....	81
§ 8.5.2 Opsporing eenzame mensen verbeteren	81
§ 8.5.3 Gezamenlijke aanpak eenzaamheid en depressie	83
§ 8.5.4 Aansluiten bij bestaande activiteiten in de wijk Noordwest.....	83
9. Literatuur	85
10. Bijlagen	91
Bijlage 1. Beschrijving uitkomsten univariate analyses.....	93
Bijlage 2: Lijst met (risico-)factoren zoals voorgelegd aan professionals in de wijk Noordwest ...	105
Bijlage 3: Inventarisatie bestaande (eenzaamheids-)activiteiten in Noordwest Utrecht	107
Bijlage 4. Hoe komen professionals in hun werk eenzaamheid tegen?.....	111
Bijlage 5. Omvangschattingen	115

1. Inleiding en afbakening

De Gemeentelijke en Geneeskundige Gezondheidsdienst Utrecht (GG&GD Utrecht) wil inzicht verkrijgen in het verschijnsel eenzaamheid. In dit hoofdstuk wordt het onderzoek naar eenzaamheid ingeleid en afgebakend. Er wordt ingegaan op de aanleiding voor het onderzoek naar eenzaamheid, de onderzoeksvraag, bijbehorende deelvragen, en de doelstelling van het onderzoek.

§ 1.1 Waarom een onderzoek naar eenzaamheid in Utrecht?

§ 1.1.1 Psychosociale Gezondheid: speerpunt in Utrecht

Zowel landelijk als stedelijk is er een stijgende trend waar te nemen op het gebied van psychosociale klachten en stoornissen. Psychosociale gezondheid is een breed begrip en wordt ruim opgevat. Te denken valt aan problemen als angst, *eenzaamheid*, emotionele problemen, gezinsproblemen, midlifecrisis, stress, depressie, chronische vermoeidheid, relatieproblemen, rouwverwerking en verslaving. Uit de Volksgezondheidsmonitor (2005) blijkt dat één op de vijf Utrechters kampt met angst- en depressieklachten, dat één op de drie Utrechters eenzaam is en dat één op de vijf Utrechters overmatig alcohol drinkt. Psychosociale klachten komen meer voor in wijken waar sprake is van sociaal-economische achterstanden (Roelofs & van Bergen, 2008; Gemeente Utrecht, 2008a).

Deze inzichten zijn voor het Utrechtse gemeentebestuur aanleiding geweest om (extra) te investeren in de psychosociale gezondheid, vooral in de wijken Overvecht, Zuidwest, Noordwest, Zuid en Leidsche Rijn. Het college van Burgemeester & Wethouders van de gemeente Utrecht heeft voor de periode 2007-2010 het onderwerp psychosociale gezondheid tot speerpunt gemaakt en deze vastgelegd in het actieprogramma 'Beweging in gezondheid, Utrecht gezonder in 2010'. Het gemeentebestuur wil bereiken dat de psychosociale gezondheid van de Utrechtse bevolking eind 2010 verbeterd is (Roelofs & van Bergen, 2008; Gemeente Utrecht, 2008a).

Om de psychosociale gezondheid van de Utrechtse bevolking te verbeteren, heeft de GG&GD Utrecht zich ten doel gesteld om – samen met andere gemeentelijke diensten en maatschappelijke partners – te investeren in het eerder en beter opsporen en signaleren van psychosociale klachten en in het beter doorverwijzen naar preventie en – waar nodig – naar zorg (Roelofs & van Bergen, 2008; Gemeente Utrecht, 2008a).

§ 1.1.2 Eenzaamheid op de agenda van de GG&GD Utrecht

Het onderwerp eenzaamheid heeft een belangrijke plek gekregen binnen het speerpunt psychosociale gezondheid en binnen de GG&GD Utrecht. Dit hangt samen met twee aspecten. Allereerst bleek uit de Utrechtse Gezondheidspeiling 2006 – waarover meer in hoofdstuk 3 – dat één

op de drie Utrechters van 16 jaar en ouder zich eenzaam voelt: 26% voelt zich matig eenzaam en 7% voelt zich (zeer) sterk eenzaam. Daarnaast is bekend dat eenzaamheid grote gevolgen heeft voor het persoonlijke welzijn en de gezondheid van mensen (Roelofs & van Bergen, 2008). In hoofdstuk 2 wordt uitvoeriger ingegaan op wat er in de literatuur bekend is over de gevolgen van eenzaamheid op de gezondheid van mensen.

De GG&GD Utrecht werkt aan een goede lichamelijke en geestelijke gezondheid van mensen in de gemeente Utrecht. De GG&GD Utrecht wil alle inwoners uit de gemeente Utrecht optimale kansen bieden op gezondheid, waarbij een gezonde leefomgeving, een gezonde leefstijl en goede gezondheidszorg cruciaal zijn. De focus ligt op preventie en gezondheidsbevordering (Gemeente Utrecht, 2008b). Eenzaamheid staat een goede gezondheid in de weg, en dat is – samen met de hoge eenzaamheidscijfers – voor de GG&GD Utrecht aanleiding geweest om een aanpak eenzaamheid te gaan ontwikkelen en deze als pilot uit te voeren in de wijk Noordwest in Utrecht.

§ 1.1.3 Noordwest Utrecht: pilotwijk aanpak eenzaamheid

Er zijn een aantal redenen te noemen waarom de GG&GD Utrecht heeft gekozen om te focussen op de wijk Noordwest als pilotwijk. De GG&GD Utrecht kiest voor een wijkgerichte aanpak van gezondheidsproblemen, waarbij veel van de (preventie-)activiteiten zich concentreren op achterstandswijken, oftewel GSB-wijken, waarbij GSB staat voor Grote Steden Beleid. Noordwest Utrecht is zo'n GSB-wijk. Een tweede reden is dat verschillende professionals in de eerste lijn, welzijn, zorg en preventie hebben aangegeven dat ze eenzaamheid signaleren bij bewoners in de wijk Noordwest. Bovendien loopt in de wijk Noordwest het project 'Integrale Aanpak Depressiepreventie' en daar kan met de aanpak van eenzaamheid in de toekomst mogelijk bij aangehaakt worden (Roelofs & van Bergen, 2008).

§ 1.2 Onderzoeksvraag en deelvragen

De GG&GD Utrecht wil eenzaamheid in Utrecht effectief aanpakken. Om vat te krijgen op het onderwerp eenzaamheid, is het wenselijk om te weten onder welke groepen van mensen eenzaamheid vooral optreedt. Hiervoor is inzicht nodig in de risicogroepen die in Utrecht en de wijk Noordwest aanwezig zijn. Voor dit onderzoek staat daarom de volgende vraag centraal:

Welke risicogroepen voor eenzaamheid zijn er in Utrecht en in het bijzonder de wijk Noordwest te onderscheiden, en op welke manier kan eenzaamheid in de wijk Noordwest aangepakt worden?

Deze onderzoeksvraag valt uiteen in een aantal deelvragen.

1. Welke risicogroepen voor eenzaamheid zijn er in Utrecht en de wijk Noordwest te onderscheiden op basis van de Gezondheidspeiling Utrecht 2006?

2. Welke risicogroepen worden onderscheiden door professionals (in de eerste lijn, welzijn, zorg, en preventie) in de wijk Noordwest? Sluiten de geschetste risicogroepen van de professionals aan bij de risicogroepen die uit de Gezondheidspeiling Utrecht 2006 naar voren komen?
3. Wat is bekend over in Nederland bestaande eenzaamheidsinterventies? Wat voor activiteiten worden er in de wijk Noordwest georganiseerd op het gebied van eenzaamheid? En welke oplossingsrichtingen en knelpunten dragen professionals (in de eerste lijn, welzijn, zorg, en preventie) in de wijk Noordwest aan die van belang zijn om tot een effectieve aanpak van eenzaamheid te komen?

§ 1.2.1 Doelstelling onderzoek

De beantwoording van bovengenoemde vragen dient ter ondersteuning van de programmaleider psychosociale gezondheid. Met behulp van de informatie die voortvloeit uit het afstudeeronderzoek kan richting worden gegeven aan de implementatie van beleid rond het thema eenzaamheid. Het (praktijkgerichte) onderzoek geeft inzicht in de risicogroepen en interventiemogelijkheden voor eenzaamheid in Utrecht en de wijk Noordwest en dat is van belang om te kunnen werken aan preventie en waar nodig aan zorg.

§ 1.3 Opbouw onderzoeksrapport

Hoofdstuk twee geeft beknopt weer wat er in de literatuur is geschreven over eenzaamheid en de factoren die daarmee samenhangen. In hoofdstuk drie wordt een beschrijving gegeven van de Utrechtse Gezondheidspeiling 2006, waarop de analyses gedaan zijn die inzicht bieden in de risicogroepen voor eenzaamheid. Vervolgens worden in hoofdstuk vier de uitkomsten van deze analyses weergegeven. Er wordt beschreven welke risicogroepen voor eenzaamheid in Utrecht en in de wijk Noordwest aanwezig zijn. De uitkomsten van de analyses zijn gebundeld in een tabellenboek dat als naslagwerk fungeert en waarnaar in de tekst verwezen zal worden (Vleems, 2009). In hoofdstuk vijf komt de methodologische verantwoording van de kwalitatieve analyse – open interviews met professionals in de eerste lijn, welzijn, zorg en preventie (in de wijk Noordwest) – aan bod. In hoofdstuk zes worden vervolgens de uitkomsten van de interviews behandeld. Er wordt weergegeven welke inzichten de professionals in de wijk Noordwest hebben in de aanwezige risicogroepen voor eenzaamheid. Bovendien wordt beschreven of de professionals de risicogroepen herkennen zoals die uit de analyses naar voren zijn gekomen. Hoofdstuk zeven bespreekt wat er in de literatuur bekend is over de effectiviteit van bestaande Nederlandse eenzaamheidsinterventies. Daarnaast besteedt hoofdstuk zeven aandacht aan de bestaande eenzaamheidsactiviteiten in de wijk Noordwest en worden de aangedragen oplossingsrichtingen en knelpunten bij de aanpak van eenzaamheid besproken, zoals die tijdens de interviews ter sprake zijn gekomen. Tot slot worden in hoofdstuk acht de conclusies en discussie met betrekking tot de onderzoeksresultaten besproken en worden aanbevelingen gedaan waar de GG&GD Utrecht in de toekomst mee aan de slag kan.

2. Literatuuronderzoek eenzaamheid

In voorliggend hoofdstuk wordt allereerst het begrip eenzaamheid afgebakend en wordt een definitie van eenzaamheid gegeven. Daarna wordt beschreven wat de gevolgen van eenzaamheid zijn op gezondheid. Vervolgens komt de omvang van de eenzaamheidsproblematiek in Nederland aan de orde. Tot slot worden enkele risicogroepen voor eenzaamheid beschreven, zonder daarbij uitputtend te willen zijn.

Het literatuuronderzoek heeft een explorerend karakter, er wordt gekeken wat er in de bestaande literatuur is geschreven over eenzaamheid. De metastudie *'Zicht op eenzaamheid. Achtergronden, oorzaken en aanpak'* van De Jong Gierveld en Van Tilburg (2007) wordt als leidraad gebruikt bij het literatuuronderzoek. Daarnaast zal vooral gebruik worden gemaakt van literatuur in de vorm van review-artikelen die gepubliceerd zijn in de periode 1997-2008¹.

§ 2.1 Begripsafbakening eenzaamheid

§ 2.1.1 Definitie eenzaamheid

Eenzaamheid is een breed en complex verschijnsel. In de literatuur wordt eenzaamheid vanuit verschillende theoretische invalshoeken benaderd, waardoor er een grote diversiteit aan definities bestaat. In dit onderzoek wordt de algemene definitie gehanteerd zoals die door De Jong Gierveld is omschreven. Deze definitie van eenzaamheid luidt: *het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde relaties*. Dit kan betekenen dat het aantal contacten dat men heeft met andere mensen geringer is dan men wenst, maar het kan ook betekenen dat de kwaliteit van de gerealiseerde relaties achterblijft bij de wensen (De Jong Gierveld, 1998; De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2007b). De definitie van De Jong Gierveld valt uiteen in drie delen:

1. *Eenzaamheid is een persoonlijke en subjectieve ervaring*

Eenzaamheid is de uitkomst van de persoonlijke waardering van een situatie, waarin bestaande relaties worden afgewogen tegen de wensen of standaard die men ten aanzien van relaties heeft. Deze uitkomst kan per persoon verschillen. Bij sommige mensen zullen tekorten in het netwerk van sociale relaties snel eenzaamheidsgevoelens oproepen, bij andere mensen niet. Dit geeft het subjectieve en persoonlijke karakter van eenzaamheid goed weer (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2007b).

¹ De reviews zijn hoofdzakelijk gevonden middels de zoekmachine Scopus. Uit deze reviews en overzichtstudies blijkt dat veel eenzaamheidsonderzoek zich toespitst op ouderen en (bijna) niet op jongeren. Om de leesbaarheid te bevorderen zal in de tekst worden verwezen naar de auteur(s) van het review-artikel.

2. Eenzaamheid is negatief en onvrijwillig

Eenzaamheid werd vroeger gezien als een situatie waarin men zich vrijwillig, eventueel tijdelijk, terugtrok uit de samenleving ('kluizenaarschap', 'gezochte eenzaamheid'). Deze behoefte om alleen te zijn en een zekere mate van afstand te houden tot anderen, heeft tegenwoordig zijn positieve uitdrukking gevonden in het idee van privacy. Deze positieve benadering van 'alleen zijn' wordt niet verder belicht in dit onderzoek. Eenzaamheid wordt gezien als een negatieve, onvrijwillige situatie die gepaard gaat met gevoelens van gemis en teleurstelling (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2007b).

3. Eenzaamheid: gebrek aan sociale relaties

Eenzaamheid wordt gekenmerkt door een ervaren gebrek aan (betekenisvolle) relaties met andere mensen, zoals een partner, familieleden, vrienden, collega's, kennissen, en burens. Deze relaties kunnen zowel in kwantitatief als in kwalitatief opzicht tekort schieten (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2007b). Uit onderzoek blijkt dat de kwaliteit van het netwerk (tevredenheid met relaties, mate van intimiteit) van grotere invloed is op eenzaamheid dan de kwantiteit van het netwerk (frequentie van het aantal sociale contacten of het aantal vrienden) (Heinrich & Gullone, 2006). Naast het aantal en de kwaliteit van de sociale relaties, is ook het soort relaties dat iemand heeft van belang. Het zou goed zijn wanneer mensen over een gevarieerd sociaal netwerk beschikken, waarbij men een aantal intieme relaties heeft, zoals een partner of een goede vriendin, alsook een aantal andere relaties, zoals met burens (De Jong Gierveld, 1998; De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2007b).

§ 2.1.2 Emotionele en sociale eenzaamheid

In de literatuur over eenzaamheid komt veelvuldig het onderscheid tussen emotionele en sociale eenzaamheid aan de orde. Emotionele eenzaamheid ontstaat bij het subjectief ervaren van een sterk gemis rond de afwezigheid van een intieme relatie met één ander persoon. Iemand mist bijvoorbeeld een emotioneel hechte band die een levenspartner of een hartsvriend(in) kan bieden. Sociale eenzaamheid is gekoppeld aan een tekort aan sociale integratie, het ontbreken van contacten en betekenisvolle relaties met een bredere groep mensen, zoals vrienden en vriendinnen, buurtgenoten, collega's, mensen met dezelfde belangstelling en mensen om een hobby mee uit te voeren (De Jong Gierveld, 1998; Heinrich & Gullone, 2006; De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2007b; Luanaigh & Lawlor, 2008). Dit kan verklaren dat mensen met een partner te maken kunnen hebben met gevoelens van sociale eenzaamheid, omdat zij een breed sociaal netwerk missen. Omgekeerd geldt dat mensen zonder partner die over een groot persoonlijk netwerk beschikken, emotioneel eenzaam kunnen zijn omdat ze een intieme relatie missen.

Uit onderzoek blijkt dat emotionele eenzaamheid als ernstiger beleefd wordt dan sociale eenzaamheid. Een gecombineerde eenzaamheidsproblematiek (emotioneel en sociaal eenzaam) kan gezien worden als de ernstigste vorm van eenzaamheid (Van Tilburg, 2007b).

§ 2.1.3 Subjectieve sociale isolatie versus objectieve sociale isolatie

De termen ‘eenzaam zijn’ en ‘alleen zijn’ worden vaak door elkaar gebruikt. Echter, het zijn verschillende concepten. Eenzaamheid is een subjectieve ervaring van gemis, en wordt ook wel subjectieve sociale isolatie genoemd. Subjectieve sociale isolatie dient te worden onderscheiden van zogenaamde objectieve sociale isolatie, wat het feitelijk ontbreken van sociale relaties inhoudt. Bij objectieve sociale isolatie is er van buitenaf een tekort aan contacten met andere mensen waar te nemen (objectieve sociale isolatie kun je eenvoudig meten door het aantal contacten te tellen). Deze objectieve sociale isolatie kan bepaald worden met de vraag: in hoeverre is deze persoon alleen? Subjectieve sociale isolatie kan daarentegen worden bepaald met de vraag: in hoeverre voelt de persoon zich alleen en niet verbonden met andere mensen? Eenzaamheid refereert aan een gevoelstoestand van de betrokkene en is moeilijk van buitenaf waarneembaar. Het onderscheid maakt duidelijk dat iemand met weinig sociale contacten – die daardoor objectief gezien een grotere kans op eenzaamheid heeft – toch geen gevoelens van eenzaamheid hoeft te kennen. Eenzaamheid gaat vaak, maar niet altijd, gepaard met een tekortschietend netwerk van persoonlijke relaties (De Jong Gierveld, 1998; Victor, Scambler, Bond & Bowling, 2000; Routasalo & Pitkala, 2003; Heinrich & Gullone, 2006; De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2007b, Van Tilburg, 2007b; Luanaigh & Lawlor, 2008).

§ 2.2 Gevolgen van eenzaamheid

Uit de literatuur is bekend dat eenzaamheid wordt geassocieerd met een groot aantal psychosociale problemen en tekortkomingen (laag zelfvertrouwen, emotionele instabiliteit, gebrekkige sociale vaardigheden, moeite met sociale interacties, overmatig alcoholgebruik), als ook met mentale gezondheidsproblemen (angst, schizofrenie, depressie, suïcide, cognitieve achteruitgang (Alzheimer)), en met lichamelijke gezondheidsproblemen (abnormale stressreacties, slechter immuunsysteem, hoge bloeddruk, hartziekten, slaapproblemen, eetproblemen, mortaliteit). Eenzaamheid gaat dus gepaard met gezondheidsrisico's en kan in tal van opzichten ziekmakend zijn, zowel op geestelijk als op lichamelijk gebied. Eenzaamheid maakt mensen vatbaarder voor ziekte, wat resulteert in een verminderde kwaliteit van leven en (overmatig) gebruik van (medische) voorzieningen (RMO, 1997; De Jong Gierveld, 1998; Routasalo & Pitkala, 2003; Heinrich & Gullone, 2006; De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2007b; Luanaigh & Lawlor, 2008). Opgemerkt moet worden dat de causaliteitsrelatie tussen eenzaamheid en gezondheidsproblemen niet duidelijk is, omdat de grote meerderheid van het bewijs gebaseerd is op cross-sectioneel onderzoek (De Jong Gierveld, 1998; Routasalo & Pitkala, 2003; Luanaigh & Lawlor, 2008).

§ 2.3 Omvang eenzaamheidsprobleem

De afgelopen vijftientig jaar zijn in Nederland in totaal honderdduizend mensen ondervraagd over hun eenzaamheid – met behulp van de eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld, waarover meer in hoofdstuk 3. Op basis van deze gegevens kunnen schattingen gemaakt worden over

het aantal eenzame mensen in Nederland. Deze schattingen geven aan dat ongeveer 30% van de Nederlanders eenzaam is. Dit komt neer op drie en een half miljoen Nederlanders op een totaal van ruim twaalf miljoen volwassenen. Van deze 30% is ongeveer een derde ernstig eenzaam en dit betekent dat iets meer dan een miljoen Nederlandse volwassenen ernstig eenzaam is (Van Tilburg, 2007a).

§ 2.3.1 Tijdelijke en langdurige eenzaamheid

Uit onderzoek is gebleken dat mensen verschillende redenen noemen voor hun eenzaamheid, onder andere alleenstaand zijn (geen partner hebben), gebrek aan vrienden, verplaatsing (nieuwe baan, verhuizing) en/of gedwongen isolement (aan huis gebonden door bijvoorbeeld mobiliteitsproblemen). Deze redenen geven aan dat eenzaamheid heel normaal kan zijn. Veel mensen kennen gedurende hun leven perioden van eenzaamheid. Dat kan leiden tot tijdelijke eenzaamheid (bijvoorbeeld na een verhuizing) of een duurzame ontwrichting van de persoonlijke relaties met langdurige eenzaamheid tot gevolg (bijvoorbeeld na een echtscheiding of in het geval van een chronische ziekte). Uit de literatuur komt naar voren dat langdurige eenzaamheid, waar mensen niet zelf uit kunnen komen, een reden tot bezorgdheid is (Van Tilburg, 2007a; Heinrich & Gullone, 2006; Luanaigh & Lawlor, 2008).

§ 2.4 Risicogroepen voor eenzaamheid

Het beschikken over een goed functionerend sociaal netwerk is een beschermende factor voor eenzaamheid. De partner is voor veel mensen een belangrijke persoon in het netwerk van relaties, maar ook regelmatige contactmomenten met kinderen, familie, burens, collega's en vrienden en vriendinnen – waarbij emotionele en praktische steunuitwisseling centraal staan – kunnen gevoelens van geborgenheid bevorderen en daardoor gevoelens van eenzaamheid verminderen (De Jong Gierveld, 1998; Broese van Groenou & Van Tilburg, 2007). Echter, niet iedereen beschikt over de mogelijkheden om een sociaal netwerk op te bouwen of te onderhouden. In de literatuur worden een aantal factoren genoemd die kunnen leiden tot vershraling van de mogelijkheden tot het aangaan en onderhouden van sociale contacten en het opbouwen van een sociaal netwerk (RMO, 1997; De Jong Gierveld, 1998). Deze factoren worden hieronder op een rijtje gezet, zonder daarbij uitputtend te willen zijn. De factoren zijn onderverdeeld in zes categorieën, te weten 1) sociaaldemografische factoren, 2) sociaal-economische factoren, 3) lichamelijke en geestelijke gezondheid 4) woonomstandigheden, 5) persoonsfactoren, en 6) maatschappelijke factoren.

§ 2.4.1 Sociaaldemografische factoren

- Leeftijd

In onderzoek is veelvuldig de relatie tussen eenzaamheid en leeftijd onderzocht. Sommige onderzoeken noemen ouderen als risicogroep voor eenzaamheid. Levensveranderingen (met pensioen gaan, gezondheidsverlies) en verlies van belangrijke personen concentreren zich op hoge leeftijd (De Jong Gierveld, 1998, Victor et al, 2000; Routsalo & Pitkala, 2003). Ander onderzoek toont aan dat ouderen over het algemeen niet eenzamer zijn dan jongeren en mensen van middelbare leeftijd. Eenzaamheid kan op alle leeftijden voorkomen. Echter, hoe ouder iemand wordt, hoe groter het risico op vereenzaming doordat omstandigheden steeds zwaarder wegen naarmate men ouder wordt. Oudere mensen worden vaker geconfronteerd met problemen die – vooral als ze zich tegelijkertijd voordoen – kunnen bijdragen aan eenzaamheidsgevoelens, bijvoorbeeld verlies van de partner en andere dierbaren, gezondheidsproblemen die de mobiliteit beperken, slechtiendheid, en verandering van de vertrouwde woonomgeving (bijvoorbeeld door een verhuizing naar een verzorgingstehuis). Deze opeenstapeling van factoren vergroot de kans op eenzaamheid, maar het ouder-zijn op zich is dan niet de oorzaak (RMO, 1997; Heinrich en Gullone, 2006; Van Tilburg, 2007b; De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2007a; Luanaigh & Lawlor, 2008).

In de literatuur komt verder nog naar voren dat pubers en adolescenten een risicogroep vormen voor eenzaamheid. De adolescentie en pubertijd zijn periodes waarin jongeren zoeken naar hun identiteit en waarbij ze relaties aangaan. Als adolescenten niet over de noodzakelijke sociale vaardigheden beschikken voor het aangaan van relaties of als ze onrealistisch hoge verwachtingen hebben aangaande hun sociale relaties, dan lopen ze een risico op eenzaamheid, ook in de toekomst (RMO, 1997; Heinrich & Gullome, 2006).

- Scheiding en weduwstaat

Een partnerrelatie beschermt tegen eenzaamheid. Echter, niet alleen de aanwezigheid van een partner, maar vooral ook de kwaliteit van de partnerrelatie is van belang als bescherming tegen eenzaamheid (Van Tilburg, 2007c; Luanaigh & Lawlor, 2008). De eenzaamheid neemt dan ook toe als men de partner verliest. Het overlijden van de partner en echtscheiding zijn ingrijpende gebeurtenissen die bij veel mensen tot een sterke toename van eenzaamheid leidt en die de kans op langdurige eenzaamheid doet toenemen (RMO, 1997; De Jong Gierveld, 1998, Victor et al., 2000; Routsalo & Pitkala, 2003, Van Tilburg, 2007c; Van Tilburg, 2007b).

- Geslacht

In de bestaande literatuur bestaat geen overeenstemming over de samenhang tussen eenzaamheid en geslacht. Enkele studies rapporteren geen sekseverschillen in eenzaamheid. In andere studies komen mannen naar voren als risicogroep en weer andere studies tonen aan dat vooral

vrouwen een risicogroep vormen voor eenzaamheid. Factoren als een hoge leeftijd, een grotere waarschijnlijkheid op weduwstaat (en alleen wonen) en een grotere kans op depressie zijn meer algemeen onder vrouwen en kunnen eraan bijdragen dat onder vrouwen meer eenzaamheid wordt gevonden. Daarnaast geven vrouwen makkelijker toe dat ze eenzaam zijn. Daarentegen beschikken vrouwen vaak over grotere sociale netwerken dan mannen, wat kan verklaren dat er onder mannen meer eenzaamheid voorkomt (De Jong Gierveld, 1998; Victor et al., 2000; Routasalo & Pitkala, 2003; Heinrich & Gullome, 2006; De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2007b; Van Tilburg, 2007b; Luanaigh & Lawlor, 2008).

- Huishouden

Sommige onderzoeken tonen aan dat alleen leven/wonen het risico op eenzaamheid beïnvloedt (RMO, 1997; De Jong Gierveld, 1998; Routasalo & Pitkala, 2003; Luanaigh & Lawlor, 2008).

Mensen die alleen leven/wonen lopen een grotere kans op eenzaamheid, omdat zij in hun directe omgeving geen aanspraak hebben. Ander onderzoek laat geen directe associatie zien tussen eenzaamheid en alleen leven/wonen (Victor et al., 2000).

Alleenstaande ouders lopen een risico op eenzaamheid. Ze hebben een grote verantwoordelijkheid op het gebied van de opvoeding van kinderen, het verschaffen van inkomen en het onderhouden van het huis(houden). Deze taakbelasting kan de opbouw en het onderhouden van sociale netwerken belemmeren (RMO, 1997; Luanaigh & Lawlor, 2008).

De relatie tussen eenzaamheid en kinderen/kinderloosheid is niet eenduidig en studies tonen tegenstrijdige resultaten (De Jong Gierveld, 1998; Victor et al., 2000; Routasalo & Pitkala, 2003).

Verzorgers van zieke of hulpbehoevende huisgenoten, ofwel mantelzorgers, kunnen door hun taak zo in beslag worden genomen, dat zij zelf kans lopen om te vereenzamen (RMO, 1997; Luanaigh & Lawlor, 2008).

§ 2.4.2 Sociaal-economische factoren

Werkloosheid, met pensioen gaan, een laag inkomen, en een laag opleidingsniveau worden geassocieerd met eenzaamheid.

Werk zorgt voor inkomsten, het reguleert het activiteitenpatroon van een persoon, het geeft betekenis en inhoud aan het leven, het geeft status en identiteit en levert formele en informele contacten op. Deze functies maken dat het ontbreken van werk een factor kan zijn die de kans op het ervaren van eenzaamheid doet toenemen (RMO, 1997; Luanaigh & Lawlor, 2008). Daarnaast verhoogt het met pensioen gaan het risico op eenzaamheid (verlies van een betekenisvolle rol in het leven, verstoring contact met collega's) (Victor et al., 2000).

Mensen met een laag inkomen kunnen als risicogroep voor eenzaamheid worden gezien (RMO, 1997; Routasalo & Pitkala, 2003; Luanaigh & Lawlor, 2008). Situaties van armoede kunnen mensen belemmeren in hun maatschappelijk functioneren. Het aangaan, verbeteren en/of uitbreiden

van sociale contacten vereist materiële mogelijkheden. Geld biedt namelijk de mogelijkheid voor diverse vormen van vrijetijdsbesteding, het aangaan van lidmaatschappen en de bekostiging van de telefoon. Deze handelingen kunnen bijdragen aan het onderhouden en uitbreiden van sociale contacten. Mensen die niet over de mogelijkheid beschikken om deze handelingen te bekostigen, lopen een grotere kans op eenzaamheid dan personen met meer materiële armsgang (RMO, 1997).

Verder komt in de literatuur naar voren dat mensen met een laag opleidingsniveau een risicogroep vormen voor eenzaamheid (Routasalo & Pitkala, 2003; Luanaigh & Lawlor, 2008).

§ 2.4.3 Lichamelijke en geestelijke gezondheid

Eenzaamheid kent een sterke associatie met een slechte lichamelijke en geestelijke gezondheid.

Chronische, langdurige of terminale ziekten en/of verlies van mobiliteit kunnen het risico op eenzaamheid doen toenemen. Naarmate iemands gezondheidstoestand verslechtert, ondervindt men in sociaal opzicht ook vaak problemen. Mensen durven of kunnen de deur niet meer uit, wat kan leiden tot een verlies aan contacten. Dit verlies aan contacten verhoogt de kans op eenzaamheid (RMO, 1997; De Jong Gierveld, 1998; Victor et al., 2000; Routasalo & Pitkala 2003). In de literatuur is verder gevonden dat slecht zicht en verlies van gehoor het risico op eenzaamheid doen verhogen (RMO, 1997; Routasalo & Pitkala 2003; Luanaigh & Lawlor, 2008).

De relatie tussen eenzaamheid en depressie is erg sterk, maar de richting van de relatie is onduidelijk. Het is niet mogelijk om aan te duiden of eenzaamheid een oorzaak is van depressie, of dat eenzaamheid een gevolg is van depressie, of dat eenzaamheid onderdeel is van depressieve symptomen. Dit komt omdat veel onderzoek een cross-sectioneel karakter heeft, waardoor het aantonen van causaliteit niet mogelijk is (RMO, 1997; Victor et al., 2000; Routasalo & Pitkala, 2003; Luanaigh & Lawlor, 2008). Naast depressie, wordt angst geassocieerd met eenzaamheid (Routasalo & Pitkala, 2003).

§ 2.4.4 Woonomstandigheden

- Woonomgeving en buurtcontacten

De plaats waar iemand woont is een belangrijke bron van contacten. Buurtcontacten zijn cruciaal om te komen tot een inbedding in de woonomgeving en daarnaast zijn ze belangrijk bij het voorkomen van eenzaamheid (Thomése, 2007). Als de sociale relaties binnen de buurt slecht zijn, bijvoorbeeld door burenruzies of door duidelijke verschillen in waarden en normen tussen buurtgenoten, kan sociale uitsluiting het gevolg zijn (RMO, 1997). Het aantal buurtcontacten houdt verband met het woningtype, de samenstelling van de buurt, en situationele beperkingen (stad versus platteland).

- Woningtype

Het blijkt dat gemiddeld de meest eenzame ouderen in flats en portiekwoningen (met twee tot vier bouwlagen) wonen. Deze woningtypen dragen er aan bij dat mensen minder contacten hebben met burens en daardoor eenzamer zijn. Aanzienlijk minder eenzaam zijn mensen in eengezinswoningen (rijtjeshuizen en vrijstaande huizen) of mensen die gebruik maken van ouderenhuisvesting (serviceflat of aanleunwoning met een of andere vorm van dienstverlening) (Thomése, 2007).

- Samenstelling van de buurt

De samenstelling van de buurt blijkt van belang te zijn voor eenzaamheid. Mensen die zich niet prettig voelen in hun buurt zijn eenzamer dan mensen die hun buurt als prettig beleven (Thomése, 2007). Zo kunnen onveiligheidsgevoelens een rol spelen bij eenzaamheid, omdat het mensen belemmert om het huis te verlaten en de deur te openen voor onverwacht bezoek (RMO, 1997; De Jong Gierveld, 2007). Verder is de etnische samenstelling van de wijk is een aandachtspunt. Autochtone ouderen die in etnisch meer diverse buurten wonen, zijn bijvoorbeeld eenzamer dan ouderen die in buurten wonen met vooral autochtone Nederlanders. Als buurten een etnisch sterk gemengde bevolking kennen, dan neemt de kans op (sociale) eenzaamheid toe. Deze toename hangt samen met het geringe aantal buurtcontacten van ouderen in buurten waar het percentage allochtonen boven de 10% komt (Thomése, 2007).

- Stad versus platteland

In dorpen of op het platteland is de kans op eenzaamheid kleiner dan in stedelijke of grootstedelijke buurten. Mensen die in een dorp of op het platteland wonen, hebben meer contacten met buurtgenoten dan mensen in stedelijke en grootstedelijke buurten (De Jong Gierveld, 1998; Thomése, 2007).

- Wonen in bejaarden- verpleeg- en verzorgingstehuizen

Mensen die in instellingen verblijven, zoals bejaardentehuizen, verpleeg- en verzorgingstehuizen, lopen een risico op eenzaamheid (RMO, 1997; Victor et al., 2000; Routasalo & Pitkala, 2003; Fokkema & Stevens, 2007a). De overstap van zelfstandig wonen naar een woonzorgcentrum kan eenzaamheidsgevoelens versterken. Bewoners van dergelijke instellingen verliezen vaak het contact met (een deel van) hun sociale netwerk. Daarbij komt het verdriet om het verruilen van een volwaardige woning, voor een kamer in een huis. Nieuwe problemen doen zich voor: de weg vinden in het woonzorgcentrum, de warme maaltijd gebruiken met mensen die men niet kent. Daarbij komt dat mensen het vaak moeilijk vinden om contacten te leggen met andere bewoners, als gevolg van groepjesvorming (vaak ontevredenheid over relaties binnen instituties). Een ander risico is dat informele en sociale relaties worden vervangen door minder intieme en formele relaties met verzorgers en medebewoners en een toename van gevoelens van afhankelijkheid (opgeven van het

normale onafhankelijke leven en alles wat vertrouwd is). Daarbij komt dat leven in een woonzorgcentrum gepaard kan gaan met lange perioden van alleen zijn (Routasalo & Pitkala, 2003; Fokkema & Stevens, 2007a).

- Verhuizing

Mensen die recentelijk zijn verhuisd lopen een risico op eenzaamheid (RMO, 1997; Victor et al., 2000; Luanaigh & Lawlor, 2008).

§ 2.4.5 Persoonsfactoren

- Persoonlijkheidskenmerken

Eenzaamheid kan ontstaan wanneer iemand een tekort aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties ervaart. Deze tekorten kunnen niet altijd eenvoudig worden opgelost. Een wens tot bepaalde relaties is niet altijd even gemakkelijk te realiseren. Bepaalde persoonlijkheidskenmerken kunnen het aangaan van sociale relaties bemoeilijken, zoals de afwezigheid van sociale vaardigheden, een negatief zelfbeeld, gevoelens van afwijzing, beperkte verwachtingen over de eigen effectiviteit, gebrek aan toekomstverwachtingen, inactiviteit, weinig zelfvertrouwen, gevoelens van sociale angst, beperkte assertiviteit, introversie en sterke verlegenheid (RMO, 1997; De Jong Gierveld, 1998; Routasalo & Pitkala, 2003; De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2007b; Luanaigh & Lawlor, 2008).

- Hoge relatiestandaards

Relatiestandaards zijn wensen, verwachtingen of behoeften die mensen hebben ten aanzien van hun persoonlijke relaties. Zij geven de situatie aan waarin iemand zich bij voorkeur wil bevinden en waarmee hij of zij de huidige situatie vergelijkt. De relatiestandaards worden gebruikt als een meetlat waartegen kenmerken van het gerealiseerde netwerk van relaties worden afgezet tegen de wensen die men ten aanzien van het relatiernetwerk heeft. Hoe hoger de relatiestandaard is die iemand voor zichzelf gesteld heeft, hoe groter de kans is dat er niet aan voldaan kan worden. Op deze manier kan er een situatie ontstaan die aanleiding kan geven tot eenzaamheid (Dykstra, 2007).

§ 2.4.6 Maatschappelijke factoren

Eenzaamheidsgevoelens kunnen versterkt worden door bepaalde ontwikkelingen in de moderne samenleving, zoals individualisering en kosteneffectief werken in de zorg.

- Individualisering

Individualisering wordt gekenmerkt door een aantal aspecten, zoals de toegenomen sociale autonomie van het individu. Individuele keuzen zijn niet langer gerelateerd aan de normen en waarden van bepaalde instituties, maar kunnen in vrijheid worden genomen. Mensen hebben een eigen

verantwoordelijkheid gekregen voor het aangaan van relaties, omdat traditionele bindingen (zoals de kerk en familiepatronen) aan belang inboeten. Mensen die deze eigen verantwoordelijkheid niet (kunnen) nemen, lopen het risico om eenzaam te worden. De toegenomen sociale autonomie kan naast bevrijdende gevoelens dus ook eenzaamheidsgevoelens tot gevolg hebben. Daarbij komt dat bepaalde persoonlijke bindingen – in de vorm van contact met een pastoor, dominee of de aan huis leverende melkboer – zwakker zijn geworden. Een ander aspect van individualisering heeft betrekking op een afnemende of zelfs verdwijnende solidariteit. Mensen houden, minder dan vroeger, rekening met de behoeften en belangen van medemensen en dat kan bij zorgafhankelijke mensen leiden tot eenzaamheid omdat zij zelf niet langer in staat zijn om betekenisvolle relaties aan te gaan en te onderhouden (RMO, 1997).

- Kosteneffectief werken in de zorg

Productiviteitsstijgingen in de gezondheidszorg, verzorgingszorg en de maatschappelijke dienstverlening hebben ertoe geleid dat hulpverleners steeds vaker gebonden zijn aan vast omschreven protocollen voor de te verrichten taken. Deze focus op instrumenteel en efficiënt werken, leidt ertoe dat hulpverleners steeds minder tijd hebben voor de cliënt. De sociale aspecten van het werk komen minder aan bod, vanwege het taakgerichte karakter in de zorg. Daarnaast vinden er veel personele wisselingen plaats in de zorg, waardoor er nauwelijks nog binding ontstaat tussen een hulpverlener en een cliënt. En dat terwijl het bezoek van een hulpverlener vaak een van de weinige sociale contacten is die de cliënt heeft (RMO, 1997).

§ 2.5 Conclusie

De conclusie die uit bovenstaand hoofdstuk getrokken kan worden is dat eenzaamheid een gecompliceerd probleem is. In de literatuur komen verscheidene risicogroepen voor eenzaamheid naar voren. Bepaalde factoren als werkloosheid, armoede, echtscheiding, gezondheidsproblemen en beperkte sociale vaardigheden, kunnen leiden tot een verschraving van de mogelijkheden tot het aangaan en onderhouden van sociale contacten. De grote diversiteit aan risicogroepen laat zien dat eenzaamheid in beginsel iedereen kan treffen, maar dat neemt niet weg dat er bepaalde risicosituaties zijn die eenzaamheid bevorderen.

3. Gezondheidspeiling Utrecht

Om inzicht te krijgen in de risicogroepen voor eenzaamheid in Utrecht en de wijk Noordwest zijn analyses verricht op een dataset die verkregen is middels de Utrechtse Gezondheidspeiling. In voorliggend hoofdstuk wordt allereerst besproken hoe de Gezondheidspeiling is uitgevoerd. Vervolgens komt aan bod hoe eenzaamheid is gemeten in de Gezondheidspeiling en wordt beschreven welke factoren in onderhavig onderzoek getoetst zijn op hun mogelijke risico voor eenzaamheid. Tot slot wordt ingegaan op de wijze waarop de statistische analyses vorm hebben gekregen.

§ 3.1 Gezondheidspeiling Utrecht 2006

Om de gezondheidssituatie van de Utrechtse bevolking in kaart te brengen, organiseert de GG&GD Utrecht elke twee à drie jaar een grote enquête onder de Utrechtse bevolking van 16 jaar en ouder: de Gezondheidspeiling. De Gezondheidspeiling is een cross-sectionele studie gebaseerd op anonieme zelfrapportage. De Gezondheidspeiling is opgezet als een schriftelijke postenquête. In het voorjaar van 2006 kregen mensen een vragenlijst toegestuurd met daarbij een begeleidende brief. In deze brief werd gewezen op de mogelijkheid om hulp te krijgen bij het invullen van de vragenlijst. Personen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond hebben – afhankelijk van hun etnische achtergrond – een Turkse of Arabische vertaling van de begeleidende brief ontvangen. De vragenlijsten zijn niet vertaald. Enerzijds vanwege financiële redenen, anderzijds heeft een vertaling in het Arabisch voor een groot deel van de Marokkanen in Utrecht weinig zin. De Utrechtse Marokkanen hebben moeite met de Nederlandse Taal, spreken Berbers (een spreektaal, geen schrijftaal) en zijn vaak analfabeet. Turken en Marokkanen hebben – in vergelijking met autochtone Utrechters – vaker gebruik gemaakt van de mogelijkheid tot mondelinge afname (Bouwman-Notenboom, 2007).

§ 3.1.1 Respondenten

Om op wijkniveau en in de GSB-wijken (GSB = Grote Steden Beleid) op subwijkniveau uitspraken te kunnen doen, is per wijk een vastgesteld aantal personen getrokken uit de gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens (GBA). Voor de Gezondheidspeiling van 2006 is berekend dat een steekproefgrootte van 4.700 personen haalbaar was. Deze personen zijn op de volgende manier gestratificeerd naar wijk: 300 personen per ‘gewone wijk’ (West, Noordoost, Oost, Binnenstad, Leidsche Rijn, Vleuten-De Meern) en 800 personen per GSB-wijk (Noordwest, Overvecht, Zuid, Zuidwest). De ‘ophoging’ van de GSB-wijken was nodig omdat de GG&GD Utrecht er voor kiest om voor deze wijken een gedetailleerder beeld op subwijkniveau te verkrijgen dan voor de overige wijken (Bouwman-Notenboom, 2007).

De Gezondheidspeiling focust zich op de Utrechtse bevolking van 16 jaar en ouder. Kinderen jonger dan 16 jaar worden niet meegenomen in de Gezondheidspeiling, omdat er binnen de gemeente

een jeugdmonitor bestaat. De grens voor de Gezondheidspeiling is gelegd bij 16 jaar, omdat personen tussen de 16 en 19 jaar niet bereikt worden via de jeugdmonitor (Bouwman-Notenboom, 2007).

Bovenop de 4.700 personen, is er in 2006 een extra steekproef van 1.530 personen van 65 jaar en ouder (geen bovengrens) getrokken. Dit was een random steekproef over de hele stad Utrecht. De ‘ophoging’ van de groep ouderen was nodig omdat de GG&GD Utrecht meer inzicht wil verkrijgen in deze doelgroep. Bij het doen van analyses wordt gebruik gemaakt van weegfactoren die corrigeren voor de ophoging in de GSB-wijken en de ophoging van de groep 65-plussers (Bouwman-Notenboom, 2007).

§ 3.1.2 Respons

Op verschillende manieren is getracht om een zo hoog mogelijke respons te verkrijgen. Zo is een antwoordenvolp met antwoordnummer van de GG&GD Utrecht meegestuurd en er waren geldprijzen te verdienen. Bovendien werd de mogelijkheid geboden om mensen te helpen met het invullen van de vragenlijst. Een andere responsverhogende manier die gebruikt is, bestaat uit het inbouwen van twee rappels. Personen die de vragenlijst na twee weken niet hadden teruggestuurd, kregen een schriftelijke herinnering. Als deze schriftelijke herinnering niets opleverde, werden mensen telefonisch benaderend of kregen ze een huisbezoek. Het responspercentage op de vragenlijst was 58%, oftewel 3.630 personen. Voor de wijk Noordwest is dit 54%, oftewel 527 personen (Bouwman-Notenboom, 2007).

§ 3.2 Vragenlijst Gezondheidspeiling

In de vragenlijst die gebruikt is bij de Gezondheidspeiling, wordt Utrechters gevraagd naar hun (lichamelijke en geestelijke) gezondheid, ziekte, leefgewoonten en leefomstandigheden. De GG&GD Utrecht heeft in 2006 gewerkt met twee vragenlijsten, één voor mensen van 16 tot 54 jaar en één voor mensen van 55 jaar en ouder. De grens ligt bij 55 jaar, omdat over het algemeen gezondheidsklachten in een grootstedelijke bevolking (lage sociaal-economische status, allochtonen) vanaf die leeftijd toenemen. Over het algemeen is driekwart van de enquête gelijk voor beide groepen (Bouwman-Notenboom, 2007).

Eén van de enquêthema's in de Gezondheidspeiling is eenzaamheid. In het huidige onderzoek wordt eenzaamheid als afhankelijke variabele beschouwd. De onafhankelijke variabelen die uit de Gezondheidspeiling zijn meegenomen, en die getoetst zijn op hun mogelijke risico voor eenzaamheid, zijn onderverdeeld in zes categorieën, te weten 1) sociaaldemografische factoren, 2) sociaal-economische factoren, 3) psychosociale factoren, 4) gezondheid / lichamelijke beperkingen, 5) woonomstandigheden, en 6) ‘overige’ factoren. Het onderzoek is explorierend van opzet, dus er worden veel factoren meegenomen in het onderzoek.

Naast het onderzoek naar de risicogroepen voor eenzaamheid, is gekeken van welke zorg eenzame mensen gebruik maken en wordt geanalyseerd waaruit hun zorgbehoefte vooral bestaat. Als

bekend is van welke zorgverleners en instanties eenzame mensen gebruik maken, kan voor de GG&GD Utrecht een taak zijn weggelegd om deze zorgverleners en instanties te wijzen op hun signalerende rol op het gebied van eenzaamheid. Door het in kaart brengen van de zorgbehoefte van eenzame mensen, kan de GG&GD Utrecht bij het bedenken, opzetten en uitvoeren van interventies rekening houden met en inspelen op de wensen en behoeften van cliënten.

§ 3.2.1 Afhankelijke variabele eenzaamheid

Het meten van eenzaamheid is niet gemakkelijk. Eenzaamheid is namelijk een persoonlijke beleving, een subjectieve ervaring. Aan de buitenkant van een individu is niet te zien of er sprake is van eenzaamheid. De mate van eenzaamheid kan achterhaald worden door rapportage door de persoon zelf. In Nederland, maar ook in meer dan twintig andere landen, wordt veelvuldig gebruik gemaakt van de zogeheten eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2007c).

Eenzaamheid is in de Gezondheidspeiling gemeten met de eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld. In de eenzaamheidsschaal komt het woord eenzaamheid niet voor. Eenzaamheid is een onderwerp waar mensen liever niet over praten (sociaal stigma op eenzaamheid). Als mensen recht op de man af gevraagd wordt of ze eenzaam zijn, zal een deel de vraag ontkennend beantwoorden wat resulteert in een onderrapportage van eenzaamheid (De Jong Gierveld, 1998; De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2007a).

De eenzaamheidsschaal bestaat uit 11 items, verdeeld over zes negatief en vijf positief geformuleerde items die in tabel 3.1 zijn weergegeven.

Tabel 3.1: Eenzaamheidsschaal De Jong Gierveld

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

Bron: De Jong Gierveld & Van Tilburg, 1999.

De 11 items worden vooraf gegaan door de volgende vraag: ‘Wilt u van elk van de volgende uitspraken aangeven in hoeverre die op u, zoals u de laatste tijd bent, van toepassing is?’. In de Utrechtse Gezondheidspeiling is gebruik gemaakt van een 3-puntsschaal met als antwoordmogelijkheden: ‘ja’, ‘min of meer’, ‘nee’. Voor de wijze van scoring dienen een aantal stappen te worden doorlopen. De antwoorden die een (bepaald) gevoel van eenzaamheid aangeven krijgen de score van één eenzaamheidspunt. Voor de negatief geformuleerde uitspraken (item 2, 3, 5,

6, 9, 10) zijn dit de antwoorden 'min of meer' of 'ja'. De score op deze items is de emotionele eenzaamheidsscore. Voor de positief geformuleerde uitspraken (item 1, 4, 7, 8, 11) zijn dit de antwoorden 'min of meer' of 'nee'. De score op deze items levert de sociale eenzaamheidsscore op. Bij deze procedure wordt het antwoord 'min of meer' niet beschouwd als neutraal antwoord, maar als een indicator van eenzaamheid. De reden hiervoor is dat niet alle mensen gemakkelijk zullen toegeven dat ze een goede vriend of vriendin missen of dat ze een leegte om zich heen ervaren. De totale eenzaamheidsscore wordt berekend door optelling van de emotionele eenzaamheidsscore en de sociale eenzaamheidsscore. Deze sommatie levert een schaal score op die van 0 t/m 11 loopt. Een score van 0 t/m 2 geeft aan dat er geen sprake is van eenzaamheid. Een score van drie tot en met acht is indicatief voor matige eenzaamheid, een score van negen of hoger is een indicator voor (zeer) ernstige eenzaamheid. Binnen de setting van dit afstudeeronderzoek is een score van vier, vijf of zes op de emotionele eenzaamheidsschaal indicatief voor (hoge) emotionele eenzaamheid. Een score van drie, vier of vijf op de sociale eenzaamheidsschaal is indicatief voor (hoge) sociale eenzaamheid. Er is geen 'gouden standaard' waaraan de afkappunten getoetst kunnen worden, ze zijn tentatief en moeten in de praktijk hun waarde bewijzen. De afkapwaarden van de eenzaamheidsschaal zijn gebaseerd op zelfbeoordelingen van eenzaamheid. Dit houdt in dat aan een groep mensen is gevraagd of ze eenzaam zijn. Hierbij spelen individuele percepties een rol. Vervolgens heeft diezelfde groep mensen de eenzaamheidsschaal ingevuld. De zelfbeoordelingen zijn vervolgens vergeleken met de uitkomsten die gegenereerd zijn op de eenzaamheidsschaal en zodoende zijn de afkappunten bepaald (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 1999; De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2007c).

De 11 items van de eenzaamheidsschaal concentreren zich volledig op gevoelens van gemis aan relevante sociale relaties. Het meetinstrument houdt geen rekening met het tijdsperspectief dat langdurige van tijdelijke eenzaamheid onderscheidt (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2007c).

Na uitvoerige testen blijkt dat de eenzaamheidsschaal op geldige wijze kan meten in welke mate eenzaamheid voorkomt in een specifieke bevolkingsgroep. Daarnaast houdt de schaal rekening met de vorm van eenzaamheid (sociaal of emotioneel). De eenzaamheidsschaal kent een schaalbetrouwbaarheid in de range van 0.80 tot 0.90 (Cronbach's alpha) (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 1999; De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2007c). In de Gezondheidspeiling wordt ook een hoge schaalbetrouwbaarheid gevonden (Cronbach's Alpha 0.90). Ook de sociale eenzaamheidsschaal (Cronbach's Alpha 0.83) en de emotionele eenzaamheidsschaal (Cronbach's Alpha 0.89) kennen een hoge interne consistentie.

§ 3.2.2 Sociaaldemografische factoren

In onderhavig onderzoek zijn vijf sociaaldemografische factoren meegenomen en getoetst op hun mogelijke risico voor eenzaamheid:

- **Geslacht:** ingedeeld in twee categorieën: 1) man, 2) vrouw.

- **Leeftijd:** ingedeeld in zes categorieën, namelijk 1) 16-29 jaar, 2) 30-39 jaar, 3) 40-54 jaar, 4) 55-64 jaar, 5) 65-74 jaar, en 6) 75+.

- **Etniciteit:** opgesplitst in zes categorieën, te weten 1) Nederlands, 2) Marokkaans, 3) Turks, 4) Surinaams / Antilliaans / Arubaans, 5) overig westers (Europa (exclusief Nederland en Oost-Europa), Noord-Amerika, Oceanië, Indonesië, Japan), en 6) overig niet-westers (Afrika, Latijns-Amerika, Azië (met uitzondering van Japan en Indonesië), Oost-Europa).

- **Burgerlijke staat:** ingedeeld in vijf categorieën: 1) gehuwd, 2) samenwonend, 3) ongehuwd / nooit gehuwd geweest, 4) gescheiden / gescheiden levend, en 5) weduwe / weduwnaar.

- **Huishouden:** opgedeeld in vier categorieën: 1) alleenwonend, 2) huishouden zonder kinderen, 3) huishouden met kinderen, en 4) eenoudergezin.

§ 3.2.3 Sociaal-economische factoren

Opleidingsniveau, inkomen, werksituatie en moeite met rondkomen zijn in onderhavig onderzoek getoetst op hun risico voor eenzaamheid.

- **Opleidingsniveau:** om het opleidingsniveau te bepalen is gevraagd naar de hoogst voltooide opleiding (een opleiding afgerond met een diploma of voldoende getuigschrift). Het opleidingsniveau is ingedeeld in vier categorieën: 1) zeer laag (geen opleiding, lager onderwijs), 2) laag (lager of voorbereidend beroepsonderwijs, middelbaar algemeen voortgezet onderwijs), 3) midden (middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs, hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs), en 4) hoog (hoger beroepsonderwijs, wetenschappelijk onderwijs).

- **Inkomen:** om inzicht te krijgen in de inkomenssituatie van de Utrechtse bevolking is gevraagd naar het netto maandinkomen van het huishouden waar de persoon deel van uitmaakt. Inkomen is ingedeeld in drie categorieën: 1) laag (minder dan € 850,-), 2) midden (€ 851,- tot en met € 1.750,-), en 3) bovenmodaal (€ 1.751,- of meer).

- **Werksituatie:** is opgesplitst in drie categorieën: 1) betaalde werkring, 2) uitkering (werkloos / werkzoekend, arbeidsongeschikt of bijstandsuitkering), en 3) overig (pensioen, fulltime huisvrouw / huisman of student).

- **Moeite met rondkomen:** om te bepalen of een persoon moeite heeft met rondkomen is de vraag gesteld of iemand in het afgelopen jaar moeite heeft gehad om rond te komen van het inkomen (van het huishouden). Moeite met rondkomen is ingedeeld in drie categorieën: 1) grote moeite, 2) enige moeite, 3) geen moeite.

§ 3.2.4 Psychosociale factoren

De volgende psychosociale problemen zijn getoetst op hun mogelijke risico voor eenzaamheid:

- **Stemmingsproblemen:** stemmingsproblemen zijn gemeten met de Kessler Psychological Distress Scale (K10). Deze schaal bestaat uit tien items die erop gericht zijn om iemands stemming te peilen: 1)

Hoe vaak voelde u zich erg vermoeid zonder duidelijke reden?, 2) Hoe vaak voelde u zich zenuwachtig?, 3) Hoe vaak was u zo zenuwachtig dat u niet tot rust kon komen?, 4) Hoe vaak voelde u zich hopeloos?, 5) Hoe vaak voelde u zich rusteloos of ongedurig?, 6) Hoe vaak voelde u zich rusteloos dat u niet meer stil kon zitten?, 7) Hoe vaak voelde u zich somber of depressief?, 8) Hoe vaak had u het gevoel dat alles veel moeite kostte?, 9) Hoe vaak voelde u zich zo somber dat niets hielp om u op te vrolijken?, en 10) Hoe vaak voelde u zich afkeurenswaardig, minderwaardig of waardeloos? Deze vragen gaan over de afgelopen maand. In de Gezondheidspeiling is een 5-puntsschaal gebruikt met als antwoorden ‘altijd’, ‘meestal’, ‘soms’, ‘af en toe’ en ‘nooit’. De scores lopen per item van 1 (‘nooit’) tot en met 5 (‘altijd’). Optelling van deze waarden levert een totaalscore op tussen de 10 en 50. De score op deze schaal geeft het risico op stemmingsproblemen aan. De variabele stemmingsproblemen is ingedeeld in drie categorieën, te weten: 1) weinig of geen risico op stemmingsproblemen (score van 10 tot 16), 2) matig risico op stemmingsproblemen (score van 16 tot 30), en 3) hoog risico op stemmingsproblemen (score van 30 of hoger) (Kessler, 2002). Binnen de onderhavige onderzoekssetting is de interne consistentie van de K10 hoog (Cronbach’s Alpha 0.92).

- **Angststoornissen:** om angststoornissen te meten zijn vier vragen gesteld, te weten: 1) Heeft u in de afgelopen maand een sterke angst gehad om alleen uit huis te gaan, in een menigte te zijn, in een rij te staan of om met de bus of trein te reizen? (vermijdingsangst), 2) Heeft u in de afgelopen maand een sterke angst gehad om iets te doen in het bijzijn van andere mensen, zoals praten, eten of schrijven? (sociale fobie), 3) Heeft u zich in de afgelopen maand het merendeel van de tijd bezorgt, zenuwachtig, gespannen of angstig gevoeld? (gegeneraliseerde angst), en 4) Heeft u in de afgelopen maand een paniekaanval gehad, waarbij u zich plotseling bang of angstig voelde of plotseling veel lichamelijke verschijnselen kreeg? (paniekaanval). Deze vragen konden beantwoord worden met ‘ja’ of ‘nee’. Er is één variabele aangemaakt waarbij respondenten die minimaal één van deze vragen met ‘ja’ hebben beantwoord samen zijn genomen ten opzichte van respondenten die geen angststoornis kennen. De variabele angststoornis is ingedeeld in twee categorieën: 1) ja (één of meerdere vormen van een angststoornis), 2) nee (geen angststoornis).

- **Problematisch alcoholgebruik:** om een indruk te krijgen van problemen rond het drinken van alcohol, is de schaal van Candel gebruikt. Deze schaal bestaat uit zes vragen en deze vragen hebben alleen betrekking op de laatste 12 maanden: 1) Heeft u wel eens de behoefte gehad om minder te gaan drinken?, 2) Heeft u wel eens geprobeerd met drinken te stoppen zonder dat het lukte?, 3) Heeft u wel eens maaltijden overgeslagen in een periode dat u meer alcoholhoudende drank dronk?, 4) Heeft u wel eens alcoholhoudende drank gedronken om uw zorgen te vergeten?, 5) Maakten uw partner en/of naaste familieleden zich wel eens zorgen over uw drankgebruik of klaagden ze er wel eens over?, 6) Raakte u wel eens geïrriteerd door aanmerkingen van anderen over uw alcoholgebruik? Deze vragen konden met ‘ja’ of ‘nee’ worden beantwoord. Per item valt één punt te behalen en het afkappunt ligt bij drie (Candel, 2001). Problematisch alcoholgebruik is ingedeeld in twee categorieën: 1) ja (problemen met het drinken van alcohol), 2) nee (geen problemen met het drinken van alcohol).

§ 3.2.5 Gezondheid en lichamelijke beperkingen

Binnen onderhavig onderzoek zijn tien factoren meegenomen die betrekking hebben op gezondheid en lichamelijke beperkingen.

- **Ervaren gezondheid:** er is gevraagd hoe mensen over het algemeen hun gezondheid noemen.

Hierop kon geantwoord worden met ‘uitstekend’, ‘zeer goed’, ‘goed’, ‘matig’ of ‘slecht’. Voor de analyses is ervaren gezondheid gedichotomiseerd in uitstekend / (zeer) goed versus matig / slecht.

- **Ziekten en aandoeningen:** om te bepalen of iemand kampt met ziekten en aandoeningen is gevraagd om bij een x aantal ziekten en aandoeningen² aan te geven welke in de afgelopen 12 maanden aan de orde zijn geweest. De antwoordcategorieën op deze vraag zijn ‘nee’, ‘ja, niet door arts vastgesteld’ en ‘ja, door arts vastgesteld’. In de analyses zal gekeken worden naar het aantal ziekten en aandoeningen die zijn vastgesteld door een arts, waarbij een indeling in drie categorieën wordt gehanteerd: 1) geen ziekten en aandoeningen, 2) één ziekte of aandoening, 3) twee of meer ziekten of aandoeningen.

- **Door ziekte of aandoening belemmerd bij het uitvoeren van dagelijkse bezigheden:** de vraag die gesteld is om deze variabele te meten luidt: in welke mate wordt u door ziekte of aandoeningen belemmerd bij het uitvoeren van dagelijkse bezigheden thuis, op school, in uw werk of in uw vrijetijdsbesteding? Er kon geantwoord worden met ‘sterk belemmerd’, ‘licht belemmerd’ en ‘niet belemmerd’. Deze drie categorieën zijn meegenomen in de analyses.

- **Overgewicht / obesitas:** is berekend op basis van zelfgerapporteerde lengte en gewicht. Bij volwassenen is sprake van overgewicht bij een Body Mass Index (BMI) tussen de 25 en 30. Er is sprake van obesitas bij een BMI van 30 of hoger. De Body Mass Index is een index die de verhouding weergeeft tussen lengte en gewicht. In de analyses zijn twee categorieën meegenomen: 1) wel overgewicht / obesitas, 2) geen overgewicht / obesitas.

De volgende zes factoren zijn alleen gemeten bij 55-plussers:

- **Vergeetachtigheid:** deze variabele is gemeten door te vragen of iemand zichzelf vergeetachtig vindt. Hierop kon geantwoord worden met ‘ja’ of ‘nee’ en deze twee categorieën zijn in de analyses meegenomen.

- **Algemene dagelijkse levensverrichtingen:** er is respondenten een lijst met handelingen voorgelegd met de vraag of ze wilden aangeven of ze het ‘zonder moeite’, ‘met enige moeite’, ‘met grote moeite’, of ‘alleen met hulp van anderen’ kunnen doen. Het betreft de volgende algemene dagelijkse

² Het betreft de volgende ziekten en aandoeningen: diabetes mellitus / suikerziekte; beroerte, hersenbloeding, herseninfarct of TIA; hartinfarct; andere ernstige hartaandoening (zoals hartfalen of angina pectoris); een vorm van kanker (kwaadaardige aandoening), migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn; hoge bloeddruk; vernauwing van de bloedvaten in buik of benen (geen spataderen); astma, chronische bronchitis, longemfyseem of CARA / COPD; ernstige of hardnekkige darmstoornissen langer dan drie maanden; psoriasis; chronisch eczeem; onvrijwillig urineverlies (incontinentie); ernstige of hardnekkige aandoening van de rug (inclusief hernia); gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën; chronische gewrichtsontsteking (ontstekingsreuma, chronische reuma, reumatoïde artritis); andere ernstige of hardnekkige aandoeningen van de nek of schouder; andere ernstige of hardnekkige aandoening van elleboog, pols of hand; geslachtsziekten (zoals chlamydia, gonorrhoe, syfilis, herpes, genitale wratten en dergelijke).

levensverrichtingen: eten en drinken; gaan zitten en opstaan uit een stoel; in en uit bed stappen; aan- en uitkleden; zich verplaatsen naar een andere kamer op dezelfde verdieping; de trap op- en aflopen; de woning verlaten en binnen gaan; zich verplaatsen buitenshuis; het gezicht en handen wassen; zich volledig wassen. Als iemand op één van deze verrichtingen antwoordt met ‘met grote moeite’ of ‘alleen met hulp van anderen’, dan is dat een indicatie dat er sprake is van beperkingen in het algemene dagelijkse functioneren. In de analyses zijn twee categorieën meegenomen: 1) geen beperking, 2) één of meer beperkingen.

- **Huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen:** er is respondenten een lijst met activiteiten voorgelegd met de vraag of ze wilden aangeven of ze de activiteiten ‘zonder moeite’, ‘met moeite’ of ‘alleen met hulp van anderen’ kunnen uitvoeren (zo nodig met een hulpmiddel). Het betreft de volgende huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen: dagelijkse boodschappen; warme maaltijd bereiden; licht huishoudelijk werk, zoals stof afnemen en afwassen; zwaar huishoudelijk werk, zoals dweilen of ramen wassen; kleine reparaties en klusjes in en bij huis; invullen van formulieren, brieven schrijven naar instanties en dergelijke. Als iemand op één van deze verrichtingen antwoordt met ‘met moeite’ of ‘alleen met hulp van anderen’, dan is dat een indicatie dat er sprake is van beperkingen in het uitvoeren van huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen. In de analyses zijn twee categorieën meegenomen: 1) geen beperking, 2) één of meer beperkingen.

- **Gehoorproblemen:** de variabele gehoorproblemen is gemeten aan de hand van twee vragen, te weten: 1) Kunt u – normaal gesproken – een gesprek volgen in een groep van drie of meer personen (zo nodig met gehoorapparaat)?, en 2) Kunt u – normaal gesproken – met één andere persoon een gesprek voeren (zo nodig met gehoorapparaat)? De antwoordopties op deze twee vragen zijn: ‘ja, zonder moeite’, ‘ja, met enige moeite’, ‘ja, met grote moeite’, en ‘nee, dat kan ik niet’. Als iemand op één van de twee vragen antwoordt met ‘ja, met grote moeite’ of ‘nee, dan kan ik niet’, dan is dat een indicatie dat er sprake is van gehoorproblemen. In de analyses zijn twee categorieën meegenomen: 1) ja (wel gehoorproblemen), 2) nee (geen gehoorproblemen).

- **Gezichtsproblemen:** De variabele gezichtsproblemen is gemeten aan de hand van twee vragen: 1) Zijn uw ogen – normaal gesproken – goed genoeg om de kleine letters in de krant te lezen (zo nodig met bril of contactlenzen)? en 2) Kunt u – normaal gesproken – op een afstand van vier meter het gezicht van iemand herkennen (zo nodig met bril of contactlenzen)? De antwoordopties op deze 2 vragen zijn: ‘ja, zonder moeite’, ‘ja, met enige moeite’, ‘ja, met grote moeite’, en ‘nee, dat kan ik niet’. Als iemand op één van de twee vragen antwoordt met ‘ja, met grote moeite’ of ‘nee, dan kan ik niet’, dan is dat een indicatie dat er sprake is van gezichtsproblemen. In de analyses zijn twee categorieën meegenomen: 1) ja (wel gezichtsproblemen), 2) nee (geen gezichtsproblemen).

- **Mobiliteitsproblemen:** De variabele mobiliteitsproblemen is gemeten aan de hand van drie vragen: 1) Kunt u – normaal gesproken – een voorwerp van vijf kilo (bijvoorbeeld een volle boodschappentas) tien meter dragen?, 2) Kunt u – normaal gesproken – als u staat, buigen en iets van de grond oppakken? 3) Kunt u – normaal gesproken – vierhonderd meter aan één stuk lopen, zonder stil te staan

(zo nodig met stok)? De antwoordopties op deze 3 vragen zijn: 'ja, zonder moeite', 'ja, met enige moeite', 'ja, met grote moeite', en 'nee, dat kan ik niet'. Als iemand op één van de drie vragen antwoordt met 'ja, met grote moeite' of 'nee, dan kan ik niet', dan is dat een indicatie dat er sprake is van mobiliteitsproblemen. In de analyses zullen twee categorieën worden meegenomen: 1) ja (wel mobiliteitsproblemen) 2) nee (geen mobiliteitsproblemen).

§ 3.2.6 Woonomstandigheden

De volgende woongerelateerde factoren zijn getoetst op hun mogelijke risico voor eenzaamheid:

- **Tevredenheid woonomgeving en tevredenheid woning:** er is gevraagd aan mensen om hun tevredenheid met hun woonomgeving en woning uit te drukken in een rapportcijfer van 1 t/m 10 (1=zeer ontevreden, 10= zeer tevreden). Voor de analyses is de variabele gedichotomiseerd in onvoldoende (rapportcijfer 1 t/m 5) versus voldoende (rapportcijfer 6 t/m 10).

- **Sociale buurtcohesie:** sociale buurtcohesie is gemeten aan de hand van 5 stellingen: 1) De mensen in de buurt helpen elkaar, 2) De mensen in de buurt voelen zich verbonden met elkaar, 3) De mensen in de buurt zijn te vertrouwen, 4) De mensen in mijn buurt kunnen in het algemeen slecht met elkaar opschieten, en 5) Ik ga liever niet om met de mensen die in mijn buurt wonen. De antwoordopties op deze vraag zijn: 'helemaal eens', 'beetje eens', 'niet eens / niet oneens', 'beetje oneens', 'helemaal oneens'. De scores lopen per item van 1 tot en met 5. Optelling van deze waarden levert een totaalscore op tussen de 5 en 25. De variabele sociale buurtcohesie is ingedeeld in drie categorieën, te weten: 1) lage sociale buurtcohesie (score van 5 tot 19.9), 2) gemiddelde sociale buurtcohesie (score van 19.9 tot 24.7) en 3) hoge sociale buurtcohesie (score van 24.7 of hoger).

Binnen de huidige onderzoekssetting is de interne consistentie van de items hoog (Cronbach's Alpha 0.83).

§ 3.2.7 'Overige' factoren

De categorie 'overig' is een verzamelcategorie waar verschillende factoren in worden ondergebracht die mogelijk een risicofactor voor eenzaamheid zijn, maar die niet onder de voorgaande categorieën geplaatst kunnen worden.

- **Mantelzorg geven:** om te bepalen of iemand mantelzorg geeft is de volgende vraag gesteld: Geeft u momenteel mantelzorg of heeft u in de afgelopen 12 maanden mantelzorg gegeven? De uitleg van mantelzorg is als volgt: mantelzorg is de zorg die u geeft aan een bekende uit uw omgeving, zoals uw partner, ouders, kind, buren of vrienden, als deze persoon voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. Deze zorg kan bestaan uit het huishouden doen, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer, geldzaken regelen enzovoort. Mantelzorg wordt niet betaald. Op de vraag kon geantwoord worden met 'ja, ik geef die mantelzorg nu nog', 'ja, maar ik geef die mantelzorg nu niet

meer' en 'nee'. De laatste twee antwoordmogelijkheden zijn samengevoegd, wat resulteert in twee categorieën: 1) ja (op dit moment mantelzorg geven), 2) nee (geen mantelzorg geven).

- **Huiselijk geweld:** De vraag die bij deze variabele hoort is: Bent u ooit het slachtoffer geweest van huiselijk geweld? Huiselijk geweld is geweld dat door iemand uit de huiselijke kring wordt gepleegd (gezinsleden, familieleden, (ex)partners, vrienden). Slachtoffers en daders van geweld kunnen zowel vrouwen, kinderen als mannen zijn. Het kan gaan om psychisch of emotioneel geweld (getreiterd, gekleineerd of uitgescholden worden), lichamelijk geweld (mishandeling), ongewenste seksuele toenadering (seksueel getinte opmerkingen, ongewenst aanrakingen) en/of seksueel misbruik (aanranding of verkrachting). Op de vraag naar huiselijk geweld kon geantwoord worden met 'ja' of 'nee'. In de analyses zijn deze twee antwoordmogelijkheden aangehouden.

§ 3.2.8 Zorggebruik

Het zorggebruik is gemeten met behulp van onderstaande vragen uit de Gezondheidspeiling: Heeft u in de afgelopen twaalf maanden contact gehad met een één van de volgende zorgverleners? 1) thuiszorg (wijkverpleegkundige, gezinsverzorging, Alfa-hulp), 2) Riagg (Altrecht)/GGZ (instellingen voor geestelijke gezondheidszorg), 3) Algemeen Maatschappelijk Werk, 4) CAD (centrum Maliebaan)/verslavingszorg, 5) vrijgevestigd psycholoog, 6) vrijgevestigd psychiater, en 7) huisarts. Op deze vragen kon geantwoord worden met 'ja' of 'nee'. In de analyses zal gekeken worden naar de volgende twee categorieën: 1) wel contact gehad, 2) geen contact gehad.

§ 3.2.9 Zorgbehoefte

De zorgbehoefte is gemeten aan de hand van onderstaande vragen uit de Gezondheidspeiling:

- Heeft u behoefte aan informatie of hulp (zoals voorlichting, een cursus of gesprekken met lotgenoten) bij: 1) het verminderen van spanningen of stress, 2) een gezonde nachtrust, slaapproblemen, 3) het omgaan met angsten, 4) het omgaan met depressie of neerslachtigheid, 5) het omgaan met eenzaamheid. De antwoordmogelijkheden op deze vraag zijn 'ja, behoefte aan informatie of hulp' en 'nee, geen behoefte' en deze indeling wordt in de analyses ook aangehouden.

- Heeft u behoefte aan de volgende voorzieningen in uw buurt: 1) ontmoetingsplek (bijvoorbeeld buurthuis, koffie/theehuis), 2) sociaal-culturele activiteiten (bijvoorbeeld zingen, (volks)dansen, kaarten), 3) informatiepunt over zorg en welzijn. De antwoordmogelijkheden op deze vraag zijn 'ja, behoefte' en 'nee, geen behoefte of is al aanwezig' en deze indeling wordt in de analyses ook aangehouden.

§ 3.3 Statistische analyses

Aan de hand van een bestaand databestand – de Gezondheidspeiling Utrecht 2006 – zijn met behulp van het SPSS-programma 15.0 voor Windows verschillende risicogroepen voor eenzaamheid in kaart gebracht. Allereerst zijn hiertoe verschillende univariate analyses verricht. Door middel van

het maken van kruistabellen is op stads- en wijkniveau de samenhang tussen eenzaamheid en een groot aantal factoren onderzocht. Daarnaast is de samenhang tussen eenzaamheid en zorggebruik en de samenhang tussen eenzaamheid en zorgbehoefte univariaat getoetst. In de univariate analyses wordt eenzaamheid als uitkomstvariabele gezien. De waarden die hierbij horen zijn niet eenzaam (score van 0 t/m 2 op de eenzaamheidschaal), matig eenzaam (score van 3 t/m 8 op de eenzaamheidschaal) en ernstig eenzaam (score van 9 t/m 11 op de eenzaamheidschaal). Daarnaast zijn de waarden emotioneel eenzaam (score van 4 t/m 6 op de emotionele eenzaamheidschaal) en sociaal eenzaam (score van 3 t/m 5 op de sociale eenzaamheidschaal) gebruikt. Met behulp van de Chikwadraattoets zijn groepsverschillen getoetst waarbij een overschrijdingskans van 5% is gehanteerd (χ^2 -toets, $p < 0,05$). De Chikwadraattoets mag worden gebruikt als is voldaan aan twee voorwaarden: 1) alle verwachte frequenties moeten minimaal één zijn 2) maximaal 20% van de verwachte frequenties mag kleiner dan vijf zijn. Naast deze Chikwadraattoets is er een post hoc toets uitgevoerd (adjusted standardized). Deze toets bekijkt bijvoorbeeld of de groep ernstig eenzame mensen van 40-54 jaar of de groep matig eenzame Turken, significant afwijkt van het totaalgemiddelde in Utrecht. Deze afwijking kan positief of negatief zijn. Er wordt gesproken van een significante afwijking als de getallen die de post hoc toets oplevert buiten de range van -2 t/m 2 vallen.

Voor het analyseren van significante verschillen tussen Utrecht als geheel en de wijk Noordwest is het methodologisch gezien noodzakelijk om de wijk Noordwest te vergelijken met Utrecht waarbij Noordwest buiten beschouwing wordt gelaten. Met behulp van de Chikwadraattoets (χ^2 -toets, $p < 0,05$) is bijvoorbeeld geanalyseerd of de groep uitkeringsgerechtigden in de wijk Noordwest afwijkt van de groep uitkeringsgerechtigden in de rest van Utrecht wat betreft eenzaamheid.

Naast de univariate toetsing is er ook multivariaat getoetst. Het doel van de multivariate toetsing is om te bepalen welke (risico-)factoren onafhankelijk bijdragen aan het eenzaamheidsprobleem. Op deze manier wordt inzichtelijk gemaakt welke factoren het verschijnsel eenzaamheid het sterkst verklaren. Om samenhang tussen mogelijke (risico-)factoren en eenzaamheid te identificeren, is gebruik gemaakt van multivariate logistische regressieanalyse. Door middel van de Stepwise Forward methode (met $p < 0,05$ en 95%-betrouwbaarheidsinterval) is bepaald welke factoren een significante samenhang vertonen met de afhankelijke variabele eenzaamheid (in de multivariate analyses wordt gekeken naar: eenzaamheid (overall); matige eenzaamheid; ernstige eenzaamheid; emotionele eenzaamheid; sociale eenzaamheid). Alle mogelijke factoren³ – die in paragraaf 3.2.2 t/m paragraaf 3.2.7 besproken zijn – zijn onafhankelijk van het significantieniveau in één blok toegevoegd. De missende waarden zijn listwise geëxcludeerd. Dit betekent dat de logistische regressieanalyses op een zo compleet mogelijke dataset zijn uitgevoerd. In de verkregen uitkomsten van de

³ De variabelen die alleen gemeten zijn bij 55-plussers (vergeetachtigheid, algemene dagelijkse levensverrichtingen, huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen, mobiliteitsproblemen, gezichtsproblemen, gehoorproblemen) zijn niet meegenomen in de multivariate analyses.

regressieanalyses wordt gekeken naar odds ratio's. Een odds ratio van bijvoorbeeld vijf geeft aan dat de kans op eenzaamheid bij mensen die binnen een bepaalde risicogroep vallen, vijf keer zo hoog is als bij mensen die niet in de risicogroep vallen (referentiegroep).

4. Risicogroepen voor eenzaamheid in Utrecht

In voorliggend hoofdstuk worden de resultaten van de statistische analyses weergegeven. Het hoofdstuk besteedt aandacht aan de achtergrondgegevens van de onderzoekspopulatie, de omvang van het eenzaamheidsprobleem in Utrecht, en de uitkomsten van de univariate en multivariate analyses. Uit de analyses blijkt dat eenzaamheid een gecompliceerd probleem is dat met een grote diversiteit aan factoren samenhangt. Cijfermatige informatie omtrent de univariate en multivariate analyses is terug te vinden in een apart samengesteld tabellenboek. In de tekst zal naar dit tabellenboek verwezen worden.

§ 4.1 Achtergrondgegevens steekproef

Tabel 4.1 geeft een overzicht van de onderzoekspopulatie waarbij de Gezondheidspeiling is afgenomen.

Tabel 4.1: Overzicht van de steekproefgegevens en bevolkingsgegevens voor Utrecht en de wijk Noordwest *

	Steekproefgegevens		Bevolkingsgegevens	
	N (%) Utrecht	N (%) Noordwest	N (%) Utrecht	N (%) Noordwest
Totaal	3.630	527	233.058	34.645
Geslacht				
Man	1.572 (43%)	206 (39%)	110.954 (48%)	16.559 (48%)
Vrouw	2.058 (57%)	321 (61%)	122.104 (52%)	18.086 (52%)
Leeftijd				
16-29	724 (20%)	150 (29%)	74.964 (32%)	12.283 (35%)
30-39	666 (18%)	101 (19%)	74.919 (32%)	10.644 (31%)
40-54	606 (17%)	73 (14%)	30.520 (13%)	3.981 (11%)
55-64	315 (9%)	41 (8%)	22.758 (10%)	3.496 (10%)
65-74	710 (20%)	93 (18%)	15.707 (8%)	2.471 (7%)
75+	609 (17%)	69 (13%)	14.190 (6%)	1.770 (5%)
Etniciteit				
Nederlands	2.864 (79%)	410 (78%)	167.120 (72%)	24.728 (71%)
Marokkaans	193 (5%)	33 (6%)	16.027 (7%)	2.447 (7%)
Turks	99 (3%)	17 (3%)	8.853 (4%)	1.767 (5%)
Surinaams / Antilliaans / Arubaans	100 (3%)	15 (3%)	7.645 (3%)	1.103 (3%)
Overig westers	283 (8%)	41 (8%)	24.554 (11%)	3.487 (10%)
Overig niet-westers	92 (3%)	11 (2%)	8.859 (4%)	1.113 (3%)
Burgerlijke staat				
Gehuwd	1.608 (44%)	190 (36%)	-	-
Samenwonend	479 (13%)	84 (16%)	-	-
Ongehuwd, nooit gehuwd geweest	944 (26%)	154 (29%)	-	-
Gescheiden, gescheiden levend	203 (6%)	32 (6%)	-	-
Weduwe /weduwnaar	388 (11%)	65 (12%)	-	-
Opleidingsniveau				
Zeer laag	624 (18%)	128 (27%)	-	-
Laag	835 (25%)	92 (19%)	-	-
Midden	751 (22%)	109 (23%)	-	-
Hoog	1.190 (35%)	149 (31%)	-	-

* De gegevens in kolom 2 en 3 zijn afkomstig uit de Gezondheidspeiling Utrecht 2006. Het betreft ongewogen afgeronde percentages die in de tabel zijn opgenomen. Dit betekent dat er niet is gecorrigeerd voor de ophoging in de GSB-wijken (Noordwest, Overvecht, Zuid, Zuidwest) en voor de ophoging van de 65-plussers in Utrecht. De gegevens in kolom 4 en 5 zijn ontleend aan de gemeentelijke basisadministratie van de afdeling Burgerzaken. Een streepje betekent dat er geen cijfers beschikbaar zijn.

De Utrechtse onderzoekspopulatie bestaat uit 3.630 respondenten. Er hebben meer vrouwen dan mannen meegedaan aan het onderzoek. Het aantal respondenten is gelijkmatig verdeeld over de verschillende leeftijdsgroepen (percentages lopen van 17% tot 20%), met een uitschieter naar beneden in de leeftijdsgroep van 55-64 jaar. Aan de gezondheidspeiling hebben hoofdzakelijk autochtone Utrechters deelgenomen: bijna 80% van de respondenten is autochtoon. Bijna de helft van de onderzoekspopulatie is gehuwd en 1 op de 10 respondenten is verweduwd. Bijna 1 op de 5 respondenten is zeer laag opgeleid. Daarentegen is ruim 1 op de 3 respondenten hoogopgeleid.

De Utrechtse onderzoekspopulatie is representatief voor de bevolking van Utrecht wat betreft de variabelen geslacht en etniciteit en niet representatief voor de variabele leeftijd. In Utrecht wonen relatief veel mensen in de leeftijd van 16-29 jaar en 30-39 jaar, terwijl de percentages over de verschillende leeftijdscategorieën in de onderzoekspopulatie meer gelijk verdeeld zijn. De gelijkmatige verdeling over de leeftijdscategorieën betekent dat er veel respondenten zijn in de leeftijd van 65+, terwijl de Utrechtse bevolking relatief weinig ouderen kent. Echter, dit probleem wordt ondervangen door bij het doen van analyses gebruik te maken van een weegfactor die corrigeert voor de ophoging van de groep 65-plussers.

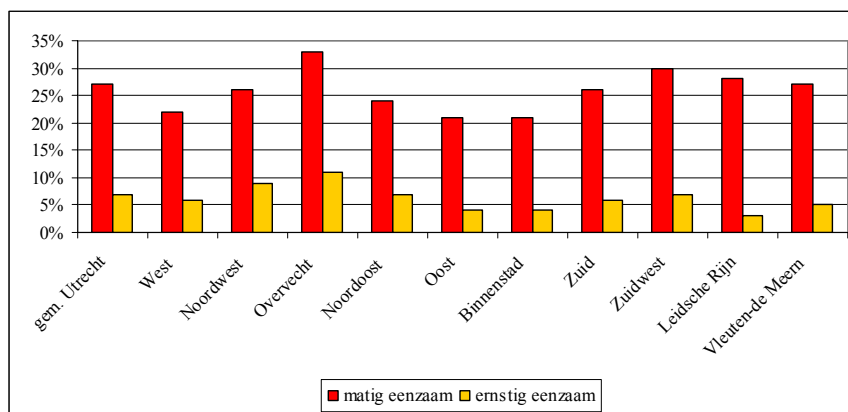
De onderzoekspopulatie in de wijk Noordwest bestaat uit 527 respondenten. De vrouwen zijn oververtegenwoordigd in deze onderzoekspopulatie. De verdeling van het aantal respondenten in de wijk Noordwest is minder gelijkmatig dan de verdeling van de respondenten in Utrecht als geheel. Net als in Utrecht, is ook in de wijk Noordwest het overgrote deel van de respondenten autochtoon. De samenstelling naar burgerlijke staat is in de wijk Noordwest vergelijkbaar met de samenstelling naar burgerlijke staat in Utrecht. In de wijk Noordwest is het aandeel respondenten met een zeer laag opleidingsniveau groter dan in Utrecht.

De steekproef in Noordwest is representatief voor de bevolking van de wijk Noordwest wat betreft de variabele etniciteit en niet representatief voor de variabelen geslacht en leeftijd. In de wijk Noordwest is de man/vrouw verhouding gelijkmatig verdeeld (respectievelijk 48% en 52%), terwijl in de onderzoekspopulatie de vrouwen oververtegenwoordigd zijn (61%). In de wijk Noordwest wonen relatief veel mensen in de leeftijd van 30-39 jaar (31%), terwijl dit percentage in onderzoekspopulatie beduidend lager ligt (19%). Daarbij komt dat in de wijk Noordwest relatief weinig 65-plussers wonen, terwijl de onderzoekspopulatie wel veel 65-plussers kent. Echter, in de analyses wordt hier rekening mee gehouden door te corrigeren voor leeftijd.

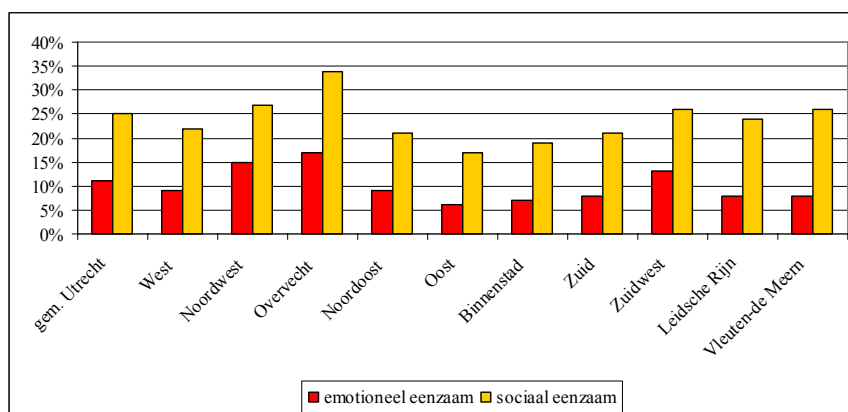
§ 4.2 Eenzaamheid op stad- en wijkniveau

In Utrecht is 26% van de bevolking matig eenzaam en 7% is ernstig eenzaam. Naar inhoud bekeken is 11% van de Utrechters emotioneel eenzaam en 24% is sociaal eenzaam. Van de Utrechtse bevolking kampt 9% met zowel emotionele als sociale eenzaamheid. De wijk Noordwest wijkt op drie punten significant af van het gemiddelde in Utrecht: 1) in de wijk Noordwest ligt het percentage ernstig eenzamen hoger ten opzichte van het gemiddelde in Utrecht (9% versus 7%), 2) het percentage

emotioneel eenzamen ligt in de wijk Noordwest hoger dan gemiddeld in Utrecht (15% versus 11%), en 3) het percentage emotioneel én sociaal eenzamen ligt in de wijk Noordwest hoger dan gemiddeld in Utrecht (13% versus 9%). De Utrechtse wijken vergeleekend, blijkt dat de eenzaamheidspercentages in de wijk Overvecht hoger liggen dan in de wijk Noordwest. In de wijk Overvecht is 33% van de bevolking matig eenzaam, 11% is ernstig eenzaam, 17% is emotioneel eenzaam, 34% is sociaal eenzaam, en 15% is zowel emotioneel als sociaal eenzaam. Deze percentages liggen allemaal significant hoger dan het gemiddelde in Utrecht. De wijken West, Noordoost, Oost, Binnenstad, Zuid, Zuidwest, Leidsche Rijn en Vleuten de Meern wijken niet negatief af van het gemiddelde in Utrecht wat betreft eenzaamheid. In figuur 4.1 en 4.2 zijn de matige, ernstige, emotionele en sociale eenzaamheidspercentages per wijk grafisch weergegeven. In hoofdstuk 2 van het Tabellenboek eenzaamheid (Vleems, 2009) is cijfermatige informatie terug te vinden.



Figuur 4.1: Matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar wijk.



Figuur 4.2: Emotionele en sociale eenzaamheid uitgesplitst naar wijk.

§ 4.3 Univariante toetsing: welke factoren hangen samen met eenzaamheid?

Door middel van het maken van kruistabellen is op stads- en wijkniveau de samenhang tussen eenzaamheid en een groot aantal factoren onderzocht. In tabel 4.2 wordt weergegeven welke factoren significant (χ^2 -toets, $p < 0,05$) samenhangen met matige, ernstige, emotionele en sociale eenzaamheid in Utrecht en de wijk Noordwest. In bijlage 1 is een gedetailleerde beschrijving te vinden aangaande

de univariate analyses. Voor cijfermatige informatie omtrent de univariate uitkomsten wordt verwezen naar hoofdstuk 3 t/m 8 uit het Tabellenboek eenzaamheid (Vleems, 2009).

Tabel 4.2: Univariate samenhang tussen eenzaamheid en 1) sociaaldemografische factoren, 2) sociaal-economische factoren, 3) psychosociale factoren, 4) gezondheid / lichamelijke beperkingen, 5) woonomstandigheden, 6) 'overige' factoren, in Utrecht en de wijk Noordwest (Bron: Gezondheidspeiling 2006, ≥ 16 jaar) *

	Matige eenzaamheid		Ernstige eenzaamheid		Emotionele eenzaamheid		Sociale eenzaamheid	
	Utrecht	Noord-west	Utrecht	Noord-west	Utrecht	Noord-west	Utrecht	Noord-west
Sociaaldemografische factoren								
Geslacht	-	-	-	-	-	-	X	-
Leeftijd	X	X	X	X	X	-	X	X
Etniciteit	X	0	X	0	X	0	X	0
Burgerlijke staat	X	X	X	X	X	X	X	X
Huishouden	X	X	X	X	X	X	X	X
Sociaaleconomische factoren								
Opleidingsniveau	X	X	X	X	X	X	X	X
Inkomen	X	X	X	X	X	X	X	X
Werksituatie	X	X	X	X	X	X	X	X
Moeite met rondkomen	X	X	X	X	X	X	X	X
Psychosociale factoren								
Stemmingsproblemen	X	X	X	X	X	X	X	X
Een of meerdere vormen van angststoornis	X	X	X	X	X	X	X	X
Problematisch alcoholgebruik	X	X	X	X	-	-	-	X
Gezondheid / lichamelijke beperkingen								
Ervaren gezondheid	X	X	X	X	X	X	X	X
Ziekten en aandoeningen	X	X	X	X	X	X	X	X
Door ziekte of aandoening belemmerd bij het uitvoeren dagelijkse bezigheden	X	X	X	X	X	X	X	X
Overgewicht / obesitas	X	X	X	X	X	-	X	X
Gezondheid / lichamelijke beperkingen (alleen gemeten bij 55-plussers)								
Vergeetachtigheid	X	-	X	-	X	-	X	-
Algemene dagelijkse levensverrichtingen	X	-	X	-	X	0	X	-
Huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen	X	-	X	-	X	X	X	-
Gehoorproblemen	X	0	X	0	X	0	-	0
Gezichtsproblemen	X	-	X	-	X	0	X	-
Mobiliteitsproblemen	X	X	X	X	X	X	X	-
Woonomstandigheden								
Tevredenheid woonomgeving	X	X	X	X	X	X	X	X
Tevredenheid woning	X	X	X	X	X	X	X	X
Sociale buurtcohesie	X	0	X	0	X	-	X	-
'Overige' factoren								
Mantelzorg geven	-	-	-	-	-	0	-	-
Ooit slachtoffer van huiselijk geweld geweest	X	X	X	X	X	X	X	-

* Een x geeft een significante samenhang ($p < 0,05$) weer tussen eenzaamheid en de betreffende factor, getoetst met de chikwadratoets. Een - geeft aan dat er geen significante samenhang is gevonden, en een 0 betekent dat er geen toetsing mogelijk is door te kleine aantallen in één of meerdere cellen.

Uit de univariate onderzoeksresultaten kunnen drie belangrijke conclusies worden getrokken:

- 1) Eenzaamheid is een complex probleem dat met heel veel verschillende factoren samenhangt, en dat geldt zowel voor Utrecht als voor de wijk Noordwest.
- 2) Bij alle univariate uitkomsten komt naar voren dat sociale eenzaamheid meer voorkomt onder alle getoetste groepen, in vergelijking met emotionele eenzaamheid. Ter indicatie: gescheiden mensen,

uitkeringsgerechtigden, en mensen die hun gezondheid als slecht ervaren scoren allemaal hoger op sociale eenzaamheid dan op emotionele eenzaamheid.

3) In de wijk Noordwest komt eenzaamheid verhoogd voor (zie paragraaf 4.2), maar er zijn weinig significante verschillen gevonden tussen Utrecht als geheel en de wijk Noordwest wanneer men bijvoorbeeld de eenzaamheid van alleenwonenden in de wijk Noordwest vergelijkt met de eenzaamheid van alleenwonenden in de rest van Utrecht.

§ 4.4 Wat draagt onafhankelijk bij aan eenzaamheid?

Uit de univariate toetsing komt naar voren dat bijna alle onderzochte factoren samenhangen met eenzaamheid. Om te bepalen welke factoren onafhankelijk bijdragen aan eenzaamheid, is een multivariate logistische regressieanalyse uitgevoerd. Het doel van deze analyse is om het aantal factoren te reduceren en te bepalen welke factoren het sterkst eenzaamheid verklaren. In tabel 4.3 zijn de uitkomsten van de multivariate toetsing weergegeven die betrekking hebben op matige, ernstige, emotionele en sociale eenzaamheid in Utrecht. In de beschrijving van de uitkomsten zal de nadruk liggen op matige en ernstige eenzaamheid.

Tabel 4.3: Uitkomsten (odds ratio's en 95%-betrouwbaarheidsintervallen) multivariate logistische regressieanalyses voor de stad Utrecht *

Risicogroepen voor eenzaamheid	Matige en ernstige eenzaamheid **	Matige eenzaamheid **	Ernstige eenzaamheid **	Emotionele eenzaamheid **	Sociale eenzaamheid **
→ Sociaaldemografische factoren:					
<i>Geslacht</i> (vrouw t.o.v. man)	0.75 (0.605 – 0.921)	0.75 (0.603 – 0.934)	-	-	0.69 (0.548 – 0.867)
<i>Leeftijd</i>					
- 16-29	1	1	1	-	1
- 30-39	2.06 (1.459 – 2.908)	1.97 (1.374 – 2.835)	2.91 (1.355 – 6.252)	-	2.57 (1.739 – 3.795)
- 40-54	3.10 (2.138 – 4.507)	3.03 (2.054 – 4.471)	3.60 (1.578 – 8.205)	-	3.76 (2.475 – 5.708)
- 55-64	3.12 (1.954 – 4.987)	2.82 (1.727 – 4.616)	5.88 (2.133 – 16.205)	-	4.04 (2.432 – 6.723)
- 65-74	2.89 (1.889 – 4.411)	2.82 (1.810 – 4.377)	4.52 (1.759 – 11.593)	-	3.25 (2.026 – 5.219)
- 75+	3.61 (2.201 – 5.915)	3.58 (2.144 – 5.964)	5.32 (1.805 – 15.701)	-	3.46 (2.007 – 5.979)
<i>Etniciteit</i>					
- Nederlands	1	1	-	-	1
- Marokkaans	2.49 (1.486 – 4.176)	2.34 (1.360 – 4.019)	-	-	2.48 (1.469 – 4.176)
- Turks	2.50 (1.258 – 4.962)	2.68 (1.336 – 5.362)	-	-	2.29 (1.174 – 4.477)
- Sur / Ant / Aru	1.24 (0.653 – 2.338)	1.41 (0.745 – 2.656)	-	-	1.25 (0.645 – 2.418)
- Overig westers	1.63 (1.156 – 4.605)	1.61 (1.125 – 2.290)	-	-	1.59 (1.104 – 2.291)
- Overig niet-westers	2.23 (1.075 – 4.605)	2.50 (1.211 – 5.162)	-	-	1.64 (0.752 – 3.563)
<i>Burgerlijke staat</i>					
- Gehuwd	1	1	1	1	1
- Samenwonend	1.23 (0.871 – 1.739)	1.19 (0.836 – 1.705)	1.30 (0.551 – 3.068)	1.00 (0.539 – 1.872)	1.07 (0.725 – 1.573)
- Ongehuwd / nooit gehuwd geweest	1.76 (1.300 – 2.389)	1.69 (1.225 – 2.318)	1.88 (0.950 – 3.727)	1.03 (0.581 – 1.836)	1.53 (1.103 – 2.129)
- Gescheiden	2.61 (1.652 – 4.121)	2.39 (1.477 – 3.858)	4.93 (2.022 – 12.026)	2.60 (1.192 – 5.647)	1.45 (0.901 – 2.337)
- Weduwe / weduwnaar	3.65 (2.327 – 5.713)	3.12 (1.960 – 4.977)	8.60 (3.491 – 21.179)	3.70 (1.741 – 7.877)	2.43 (1.525 – 3.864)
<i>Huishouden</i>					
- Huishouden zonder kinderen	-	-	-	1	-
- Alleenwonend	-	-	-	2.39 (1.347 – 4.230)	-
- Huishouden met kinderen	-	-	-	1.41 (0.886 – 2.242)	-
- Eenoudergezin	-	-	-	1.31 (0.540 – 3.171)	-
→ Sociaal-economische factoren:					
<i>Opleidingsniveau</i>					
- Hoog	1	1	-	1	1
- Midden	1.52 (1.159 – 2.004)	1.56 (1.178 – 2.074)	-	1.09 (0.682 – 1.740)	1.52 (1.154 – 2.135)
- Laag	1.92 (1.434 – 2.579)	1.85 (1.366 – 2.515)	-	2.33 (1.472 – 3.675)	1.98 (1.444 – 2.726)
- Zeer laag	1.59 (1.109 – 2.266)	1.57 (1.079 – 2.269)	-	2.25 (1.359 – 3.737)	1.59 (1.082 – 2.332)
<i>Inkomen</i>	-	-	-	-	-
<i>Werk situatie</i>	-	-	-	-	-
<i>Moeite met rondkomen</i>					
- Geen moeite	-	-	1	-	-
- Enige moeite	-	-	0.78 (0.343 – 1.419)	-	-
- Grote moeite	-	-	2.18 (1.118 – 4.230)	-	-
→ Psychosociale factoren:					
<i>Stemmingsproblemen</i>					
- Weinig of geen risico	1	1	1	1	1
- Matig risico	2.51 (2.010 – 3.137)	2.24 (1.777 – 2.820)	7.36 (3.791 – 14.276)	4.57 (2.982 – 6.997)	2.35 (1.839 – 3.015)
- Hoog risico	7.75 (4.437 – 13.518)	4.75 (2.605 – 8.673)	53.03 (20.974 – 134.088)	11.76 (6.297 – 21.974)	4.92 (2.971 – 8.145)
<i>Een of meerdere vormen van angststoornis (ja t.o.v. nee)</i>	1.77 (1.314 – 2.380)	1.62 (1.186 – 2.219)	2.54 (1.473 – 4.384)	2.35 (1.601 – 3.442)	1.62 (1.190 – 2.202)
<i>Problematisch alcoholgebruik</i>	-	-	-	-	-
→ Gezondheid / lichamelijke beperkingen:					
<i>Ervaren gezondheid</i>	-	-	-	-	-
<i>Ziekten en aandoeningen</i>	-	-	-	-	-
<i>Door ziekte of aandoening belemmerd bij het uitvoeren van dagelijkse bezigheden</i>	-	-	-	-	-
<i>Overgewicht / obesitas</i>	-	-	-	-	-
→ Woonomstandigheden					
<i>Tevredenheid woonomgeving</i>	1.66 (1.186 – 2.322)	1.60 (1.121 – 2.276)	-	-	1.74 (1.237 – 2.433)
<i>Tevredenheid woning</i>	-	-	3.01 (1.620 – 5.605)	2.70 (1.772 – 4.103)	-
<i>Sociale buurtcohesie</i>					
- Laag	1	1	1	1	1
- Gemiddeld	0.85 (0.681 – 1.071)	0.91 (0.724 – 1.154)	0.48 (0.269 – 0.860)	0.60 (0.404 – 0.879)	0.77 (0.597 – 0.980)
- Hoog	0.26 (0.154 – 0.432)	0.30 (0.182 – 0.506)	0.04 (0.004 – 0.340)	0.15 (0.046 – 0.468)	0.19 (0.100 – 0.377)
→ 'Overige' factoren:					
<i>Huiselijk geweld</i>	-	-	-	-	-
<i>Mantelzorg geven</i>	-	-	-	-	-

* In de tabel zijn de odds ratio's (en 95%-betrouwbaarheidsintervallen) vermeld bij die factoren die als sterke voorspellers voor eenzaamheid naar voren zijn gekomen tijdens de multivariate logistische regressieanalyse (Stepwise Forward methode met $p < 0,05$ en 95%-betrouwbaarheidsinterval). Een streepje betekent dat de variabele niet als onafhankelijke voorspeller voor eenzaamheid naar voren is gekomen in de logistische regressieanalyse.

** Verklaarde variantie: matige en ernstige eenzaamheid 28.4%, matige eenzaamheid 21.5%, ernstige eenzaamheid 48.6%, emotionele eenzaamheid 36.2%, sociale eenzaamheid 24.3%.

Uit tabel 4.3 kunnen een aantal belangrijke conclusies worden getrokken die hieronder kort opgesomd worden.

- Veel factoren die onafhankelijk bijdragen aan eenzaamheid

In tabel 4.3 is te zien er veel factoren zijn die onafhankelijk bijdragen aan eenzaamheid, ondanks dat er een aantal factoren zijn weggevallen. Opvallend is dat vooral de sociaaldemografische factoren, de psychosociale factoren en de factoren die gerelateerd zijn aan woonomgeving, eenzaamheid verklaren. Sociaal-economische factoren spelen veel minder op de voorgrond (met uitzondering van het opleidingsniveau), en de factoren die gerelateerd zijn aan gezondheid en lichamelijke beperkingen (ervaren gezondheid, ziekten en aandoeningen, door ziekte of aandoening belemmert bij het uitvoeren van dagelijkse bezigheden, en overgewicht/obesitas) komen in de multivariate toetsing helemaal niet naar voren als voorspellers voor eenzaamheid. Ook de ‘overige factoren’ (mantelzorg geven en huiselijk geweld) vallen weg als voorspellers voor eenzaamheid.

- Verschillen en overeenkomsten matige en ernstige eenzaamheid

Matige en ernstige eenzaamheid worden voor een groot deel verklaard door dezelfde factoren, te weten leeftijd, burgerlijke staat, stemmingsproblemen, angststoornissen en de sociale buurtcohesie. Mensen die kampen met stemmingsproblemen- en angststoornissen, gescheiden en verweeduwe mensen, mensen die een lage sociale cohesie in de buurt ervaren en mensen van middelbare leeftijd vormen belangrijke risicogroepen voor eenzaamheid. Binnen deze groepen is de kans groot dat men eenzame mensen vindt. Deze risicogroepen worden verderop uitgebreid beschreven. Matige eenzaamheid wordt naast bovengenoemde factoren nog verklaard door:

- Geslacht, waarbij vrouwen een iets kleinere kans hebben op matige eenzaamheid dan mannen.
- Etniciteit, waarbij Turken, Marokkanen en de groep overig niet-westers ongeveer tweeënhalf keer zoveel kans hebben op matige eenzaamheid dan autochtonen.
- Opleidingsniveau, waarbij mensen met een zeer laag, laag of gemiddeld opleidingsniveau ongeveer anderhalf keer meer kans hebben op matige eenzaamheid dan mensen met een hoog opleidingsniveau. Er is geen lineair verband gevonden, de odds ratio bij een laag opleidingsniveau ligt iets hoger dan bij een zeer laag of gemiddeld opleidingsniveau.
- Ontevredenheid met de woonomgeving, waarbij mensen die ontevreden zijn over hun woonomgeving ongeveer anderhalf keer meer kans hebben op matige eenzaamheidsgevoelens dan mensen die tevreden zijn over hun woonomgeving.

Ernstige eenzaamheid wordt – naast leeftijd, burgerlijke staat, stemmingsproblemen, angststoornissen en de sociale buurtcohesie – ook voorspeld door de factoren moeite met rondkomen, en de tevredenheid met de woning. Mensen die grote moeite hebben met rondkomen, hebben ongeveer twee keer meer kans op ernstige eenzaamheid dan mensen die geen moeite hebben met rondkomen. En

mensen die ontevreden zijn over hun woning hebben drie keer zo veel kans op ernstige eenzaamheid dan mensen die tevreden zijn over hun woonomgeving.

Matige eenzaamheid kent meer verklarende factoren dan ernstige eenzaamheid. Echter, matige eenzaamheid wordt voor 21.5% verklaard door de genoemde variabelen, ernstige eenzaamheid voor 48.6%.

- Mensen met stemmingsproblemen vormen een belangrijke risicogroep

Het hebben van stemmingsproblemen komt naar voren als belangrijkste voorspeller voor eenzaamheid. Mensen met een hoog risico op stemmingsproblemen hebben bijna vijf keer zoveel kans op matige eenzaamheid dan mensen die geen risico lopen op stemmingsproblemen. Bij ernstige eenzaamheid is dit zelfs 53 keer zo vaak. Naast stemmingsproblemen komen ook angststoornissen naar voren als risicofactor voor eenzaamheid. Echter, de odds ratio's voor matige en ernstige eenzaamheid die horen bij angststoornissen liggen rond de twee en hebben dus minder voorspellende kracht dan stemmingsproblemen.

- Eenzaamheidsgevoelens door het missen van een partner

Mensen die een partner missen hebben een grote kans op matige en ernstige eenzaamheid. Gescheiden mensen hebben ongeveer tweeënhalve keer zo veel kans op matige eenzaamheid en bijna vijf keer zo veel kans op ernstige eenzaamheid in vergelijking met gehuwde mensen. Voor weduwen en weduwnaars geldt dat ze drie keer zo veel kans hebben op matige eenzaamheid en zelfs bijna negen keer zo veel kans op ernstige eenzaamheid.

- Eenzaamheid treft niet alleen ouderen

Uit de multivariate toetsing komt naar voren dat eenzaamheid een probleem is dat onder alle leeftijden veel voorkomt. Mensen vanaf 40 jaar hebben ongeveer drie keer zo veel kans op matige eenzaamheid dan mensen in de leeftijd van 16-29 jaar. Ernstige eenzaamheid komt al verhoogd voor vanaf 30 jaar, maar het zijn vooral de 40-54-jarigen en de 75-plussers die de meeste kans hebben op ernstige eenzaamheid.

- Hoge sociale buurtcohesie beschermt tegen eenzaamheid

Mensen die de sociale cohesie in de buurt als hoog ervaren, hebben veel minder kans op eenzaamheid dan mensen die aangeven dat de sociale buurtcohesie laag is.

- Verschillen en overeenkomsten emotionele en sociale eenzaamheid

Wanneer men de onafhankelijk bijdragende factoren voor emotionele en sociale eenzaamheid naast elkaar legt, kan geconcludeerd worden dat beide vormen van eenzaamheid voor een groot deel verklaard worden door dezelfde factoren, namelijk burgerlijke staat (weduwstaat), een (zeer) laag

opleidingsniveau, stemmingsproblemen, angststoornissen, en een lage sociale buurtcohesie. De verschillen zitten voornamelijk binnen de sociaaldemografische factoren. Emotionele eenzaamheid wordt nog verklaard door het huishouden waar iemand deel van uitmaakt, waarbij alleenwonenden bijna tweeënhalf keer meer kans op emotionele eenzaamheid hebben dan mensen die deel uitmaken van een huishouden zonder kinderen. De sociale eenzaamheid wordt niet verklaard door het huishouden, maar door geslacht, waarbij vrouwen minder kans hebben op sociale eenzaamheid dan mannen, door leeftijd, waarbij de sociale eenzaamheid al hoog is vanaf 30 jaar, en door etniciteit, waarbij Turken en Marokkanen een risicogroep vormen voor sociale eenzaamheid.

De emotionele eenzaamheid wordt in Utrecht voor 36.2% verklaard door de genoemde variabelen, de sociale eenzaamheid voor 24.3%

§ 4.4.1 Welke factoren dragen in de wijk Noordwest onafhankelijk bij aan eenzaamheid?

In de wijk Noordwest is ook multivariaat getoetst welke factoren onafhankelijk bijdragen aan matige en ernstige, emotionele en sociale eenzaamheid. Hieronder wordt kort opgesomd wat de uitkomsten van deze multivariate toetsing zijn:

- *Matige eenzaamheid:* In de wijk Noordwest komen vier onafhankelijke voorspellers voor matige eenzaamheid naar voren, te weten (zeer laag, laag, gemiddeld) opleidingsniveau, overgewicht/obesitas, stemmingsproblemen, en angststoornissen. De verklaarde variantie van deze vier voorspellers is 27.3%.
- *Ernstige eenzaamheid:* In de wijk Noordwest komen twee onafhankelijke voorspellers voor ernstige eenzaamheid naar voren, namelijk leven van een uitkering en stemmingsproblemen. Deze voorspellers verklaren voor 46.8% ernstige eenzaamheid in de wijk Noordwest.
- *Emotionele eenzaamheid:* In de wijk Noordwest komen twee onafhankelijke voorspellers voor emotionele eenzaamheid naar voren, te weten burgerlijke staat (scheiding en weduwstaat) en stemmingsproblemen. Deze voorspellers verklaren voor 37.8% emotionele eenzaamheid in de wijk Noordwest.
- *Sociale eenzaamheid:* In de wijk Noordwest komen drie onafhankelijke voorspellers voor sociale eenzaamheid naar voren, te weten overgewicht, stemmingsproblemen en angststoornissen. Deze voorspellers verklaren voor 28.2% sociale eenzaamheid in de wijk Noordwest.

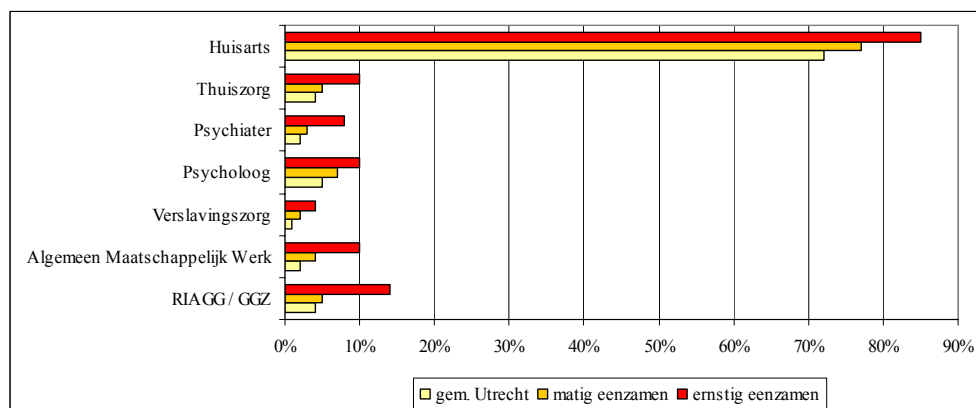
De gemene deler in bovenstaande opsomming is dat mensen met stemmingsproblemen een risicogroep vormen voor eenzaamheid. Ter indicatie: mensen met (een hoog risico op) stemmingsproblemen hebben 129 keer meer kans op ernstige eenzaamheid dan mensen die niet kampen met stemmingsproblemen. In hoofdstuk 9 van het Tabellenboek eenzaamheid is cijfermatige informatie na te lezen aangaande de logistische regressieanalyses betreffende de wijk Noordwest (Vleems, 2009).

§ 4.5 Zorggebruik en informatiebehoefte van eenzame mensen

In verband met de opsporing van eenzame mensen is (univariaat) getoetst van welke zorg eenzame mensen gebruik maken. Daarnaast is de zorgbehoefte van eenzame mensen in kaart gebracht, want dit kan de GG&GD Utrecht handvatten bieden om aan te sluiten bij de wensen en behoeften van de eenzame burger.

§ 4.5.1 Zorggebruik van eenzame mensen

Het zorggebruik van ernstig eenzame mensen ligt significant hoger dan het gemiddelde zorggebruik in Utrecht. Ernstig eenzame mensen maken significant vaker gebruik van de volgende professionals en instanties (χ^2 -toets, $p < 0,05$): RIAGG en GGZ (instelling voor geestelijke gezondheidszorg), Algemeen Maatschappelijk Werk, verslavingszorg, vrijgevestigde psycholoog, vrijgevestigde psychiater, thuiszorg en de huisarts (zie figuur 4.3). Ook matig eenzame mensen maken significant meer gebruik van zorg, maar deze verschillen zijn kleiner dan voor ernstige eenzaamheid. In hoofdstuk 10 van het Tabellenboek eenzaamheid zijn cijfers terug te vinden over het zorggebruik van eenzame mensen in Utrecht en de wijk Noordwest (Vleems, 2009). Daaruit valt af te lezen dat er in de wijk Noordwest geen significante samenhang wordt gevonden tussen eenzaamheid en het gebruik van verslavingszorg en het gebruik van een psycholoog/psychiater. Opvallend is verder dat matig eenzame mensen in de wijk Noordwest significant meer gebruik maken van thuiszorg, algemeen maatschappelijk werk, en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg dan eenzame mensen in de rest van Utrecht.

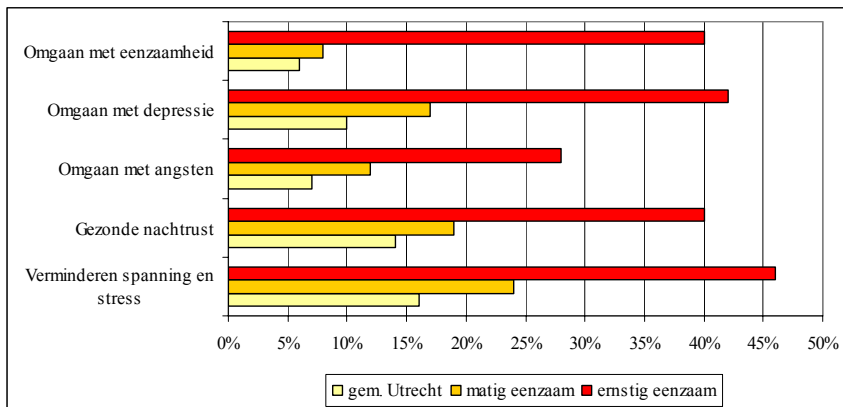


Figuur 4.3: Zorggebruik van matig en ernstig eenzame mensen in Utrecht

§ 4.5.2 Behoefte van eenzame mensen aan informatie en voorzieningen

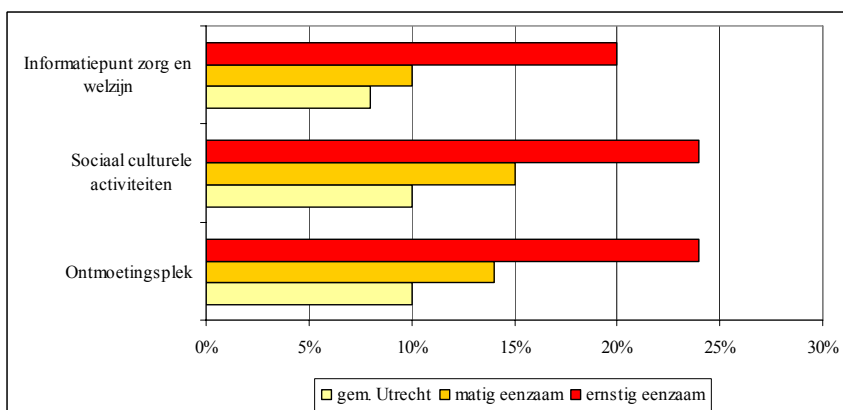
De informatiebehoefte van ernstig eenzame mensen ligt significant hoger dan de gemiddelde informatiebehoefte in Utrecht (χ^2 -toets, $p < 0,05$). Zo hebben ze bijvoorbeeld meer behoefte aan informatie en hulp bij het verminderen van spanning en stress, bij het omgaan met depressie, bij een gezonde nachtrust, bij het omgaan met eenzaamheid en bij het omgaan met angsten (zie figuur 4.4).

Opvallend is dat eenzame mensen meer behoefte hebben aan informatie bij het omgaan met depressie of bij het verminderen van spanning en stress, dan bij het omgaan met eenzaamheid.



Figuur 4.4: Behoeftte aan informatie en hulp onder matig en ernstig eenzame mensen in Utrecht

Daarnaast is de behoefte aan voorzieningen (ontmoetingsplek, sociaal-culturele activiteiten, informatiepunt zorg en welzijn) in de buurt onder ernstig eenzame mensen ook significant hoger dan de gemiddelde behoefte aan voorzieningen in Utrecht (χ^2 -toets, $p < 0,05$). Dit wordt in figuur 4.5 geïllustreerd. In hoofdstuk 11 van het Tabellenboek eenzaamheid is cijfermatige informatie na te lezen over de behoefte aan informatie en voorzieningen van mensen in Utrecht en in de wijk Noordwest (Vleems, 2009). De behoefte aan informatie en voorzieningen van eenzame mensen in de wijk Noordwest verschilt niet significant van Utrecht.



Figuur 4.5: Behoeftte aan voorzieningen onder matig en ernstig eenzame mensen in Utrecht.

5. Raadpleging professionals⁴

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke wijze de interviews hebben plaatsgevonden.

§ 5.1 Doelstelling kwalitatieve analyse

De kwalitatieve analyse beoogt een antwoord te geven op de volgende vragen (cursief weergegeven):

- *Welke risicogroepen worden onderscheiden door professionals in de wijk Noordwest? Sluiten de risicogroepen zoals die door de professionals geschetst worden aan bij de risicogroepen die uit de Gezondheidspeiling Utrecht 2006 naar voren komen?*

Het eerste deel van de vraag heeft tot doel om te achterhalen wat professionals in de wijk Noordwest zien als risicogroepen voor eenzaamheid. Hiertoe is professionals in de wijk Noordwest gevraagd aan te geven wat zij als mogelijke risicogroepen voor eenzaamheid zien. Na de beantwoording van deze vraag, is de professionals een lijst met risicogroepen voor matige en ernstige eenzaamheid – zoals die uit de univariate analyses naar voren zijn gekomen – voorgelegd met daarbij de vraag welke van deze risicogroepen voor eenzaamheid herkend worden. Deze lijst met risicogroepen is in bijlage 2 opgenomen.

Het tweede deel van de vraag heeft een toetsend karakter. De risicogroepen die tijdens de interviews genoemd zijn, zijn naast de risicogroepen gelegd die uit kwantitatieve analyse naar voren zijn gekomen. Op deze manier komen overeenkomsten en verschillen aan het licht. De interviews met professionals kunnen daarnaast voor een verdieping zorgen.

- *Wat voor activiteiten worden er in de wijk Noordwest georganiseerd op het gebied van eenzaamheid? En welke oplossingsrichtingen en knelpunten dragen professionals in de wijk Noordwest aan die van belang zijn om tot een effectieve aanpak van eenzaamheid te komen?*

De doelstelling van de GG&GD Utrecht is om – binnen het programma Psychosociale Gezondheid – een aanpak eenzaamheid te ontwikkelen en deze als pilot uit te voeren in de wijk Noordwest in Utrecht. Hiertoe is allereerst van belang om in kaart te brengen wat er in de wijk Noordwest aan activiteiten gaande is op het gebied van eenzaamheid. Professionals is gevraagd naar hun zorgtaak (op het gebied van eenzaamheid). Bovendien is gevraagd naar welke interventies en instanties de professionals doorverwijzen als ze te maken krijgen met een eenzame cliënt. Naast inzicht in bestaande eenzaamheidsactiviteiten, is het van belang om in beeld te brengen wat

⁴ Om de leesbaarheid te bevorderen wordt in hoofdstuk 5, 6 en 7 gesproken over professionals, waarmee de geïnterviewde professionals worden bedoeld die werkzaam zijn in de eerste lijn, welzijn, zorg en preventie.

professionals als mogelijke oplossingen en valkuilen zien bij een aanpak van eenzaamheid. Deze inzichten kunnen de programmaleider psychosociale gezondheid ondersteunen bij het richting geven aan de implementatie van beleid rond het thema eenzaamheid.

§ 5.2 Deelnemers

Professionals die mogelijk zicht hebben op de eenzaamheidsproblematiek, zijn geselecteerd met behulp van de sociale kaart van Noordwest. Deze sociale kaart geeft een overzicht van hulpverleners en organisaties die in Noordwest werkzaam zijn op het gebied van gezondheid en hieronder valt welzijn, zorg, hulp bij psychische en psychosociale problemen, en informatie, advies en signalering. Daarnaast bevat de sociale kaart een overzicht van vrijwilligersorganisaties, kerken en moskeeën en sport- en ontspanningsactiviteiten. De geselecteerde lijst met professionals is voorgelegd aan de wijkgezondheidswerker in Noordwest om hun representativiteit te toetsen. De volgende professionals hebben deelgenomen aan een open interview (face to face): een praktijkverpleegkundige in een huisartsenpraktijk, een ouderenwerkster in een dienstencentrum, een sociaal cultureel werkster in een buurthuis, twee ouderenadviseurs, twee maatschappelijk werkers, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, een consulent actief op het gebied van activerend huisbezoek en vriendschapsbemiddeling, een wijkverpleegkundige op een consultatiebureau voor senioren, en een assistent wijkmanager. Er is gekozen om de eenzaamheidssituatie onder allochtone mensen in Noordwest Utrecht apart te beschrijven. Hiertoe zijn drie professionals geïnterviewd, te weten een Turkse zorgconsulente, een Marokkaanse zorgconsulente en een sociaal cultureel werkster in een buurthuis, die zich bezighoudt met allochtoon vrouwenwerk. In totaal zijn 14 mensen geïnterviewd. Binnen de groep professionals is gezocht naar punten van verzadiging in de gegeven antwoorden. Nadat dit punt van verzadiging bereikt was, zijn enkele interviews gehouden om het beeld rondom eenzaamheid te bevestigen.

§ 5.3 Interviewschema

In tabel 5.1 is het interviewschema weergegeven dat tijdens de open interviews gebruikt is. Tijdens de – gemiddeld een uur durende – interviews zijn aantekeningen gemaakt. Direct na afloop van de interviews zijn de aantekeningen uitgewerkt. Bij deze uitwerking is de informatie van de professionals geordend onder vijf onderscheidbare categorieën, te weten: 1) definitie eenzaamheid, 2) omvang probleem, 3) risicogroepen voor eenzaamheid, 4) oplossingsrichtingen, en 5) knelpunten bij de aanpak van eenzaamheid. Deze vijf categorieën geven sturing aan de beantwoording van de twee onderzoeksvragen die in paragraaf 5.1 zijn besproken. Bij de beschrijving van de resultaten is gekozen om het explorerende karakter van het onderzoek centraal te stellen en dat brengt met zich mee dat ook minderheidsstandpunten worden weergegeven.

Tabel 5.1: Interviewschema

1. Kunt u wat over uw baan en werkveld vertellen?
 2. Wat verstaat u onder eenzaamheid?
 3. Komt u in uw werk mensen tegen die eenzaam zijn?
 4. Hoe vaak signaleert u eenzaamheid? Is eenzaamheid een groot probleem in Noordwest Utrecht?
Ik wil u graag wat cijfers laten zien over eenzaamheid in Noordwest Utrecht, met de vraag of u deze herkent?
 5. Praten mensen gemakkelijk over eenzaamheid?
Hoe zoeken ze hulp?
Zoeken ze vaak hulp?
 6. Zijn er volgens u specifieke aspecten die bijdragen aan het ontstaan van eenzaamheid?
Op individueel en wijkniveau?
Ik wil u graag een lijst voorleggen met risicogroepen voor eenzaamheid en u vragen welke u nog herkent, naast degenen die u net heeft genoemd.
 7. Waar is de doelgroep in de wijk te vinden?
Hoe spoor je eenzame mensen op?
Hoe bereik je eenzame mensen?
 8. Kent u initiatieven om eenzaamheid in Noordwest aan te pakken?
Wat is uw rol daarin? Heeft uw taak iets met eenzaamheid te doen?
Wat is de rol van uw organisatie daarin?
Wie zou een voortrekkersrol kunnen vervullen?
 9. Wat vindt u van het initiatief om eenzaamheid aan te gaan pakken?
Hoe zou een ideale eenzaamheidsaanpak eruit zien?
Wat moet er in een eenzaamheidsinterventie zitten?
Hoe krijg je mensen bij een activiteit?
 10. Welke kansen ziet u bij een aanpak eenzaamheid?
Welke valkuilen of moeilijkheden ziet u bij een aanpak eenzaamheid?
-

6. Wat zien professionals als risicogroepen voor eenzaamheid?

Op basis van interviews met 14 professionals in de wijk Noordwest wordt een algemeen beeld geschetst van de eenzaamheidssituatie in de wijk Noordwest. Echter, er worden ook minderheidsstandpunten weergegeven om een zo volledig mogelijk beeld van de eenzaamheidssituatie te schetsen (explorerend onderzoek). Allereerst wordt ingegaan op de kenmerken van eenzaamheid, zoals die door de geïnterviewde professionals zijn verwoord. Vervolgens wordt de omvang van de eenzaamheidsproblematiek in de wijk Noordwest besproken. Tot slot komen de risicogroepen voor eenzaamheid aan bod zoals die door de geïnterviewde professionals naar voren zijn gebracht. Daarbij wordt telkens aangegeven of deze risicogroepen ook in de univariate analyses naar voren zijn gekomen.

§ 6.1 Het begrip eenzaamheid: moeilijk onder één noemer te vatten

De overgrote meerderheid van de geïnterviewde professionals heeft aangegeven dat eenzaamheid een subjectieve beleving/ervaring is. Eenzaamheid is een gevoel en dat gevoel kan per individu verschillend zijn. De professionals leggen veel nadruk op het subjectieve karakter van eenzaamheid en dat wordt door de volgende uitspraak van een ouderenadviseur uiteen gezet: *“Het begrip eenzaamheid is een probleem. Mensen kunnen geïsoleerd leven, maar zich niet eenzaam voelen. En mensen die wel veel contacten hebben, kunnen zich eenzaam voelen. Bij eenzaamheid gaat het om de manier waarop mensen het leven beleven.”* Naast deze breed gedeelde begripsomschrijving zijn er nog enkele andere kenmerken van eenzaamheid genoemd. Enkele van deze kenmerken zullen hier kort beschreven worden. De maatschappelijk werkers benadrukten dat eenzaamheid een gevoel van leegte is dat niet op te vullen is. *“Sommige perioden in het leven gaan gepaard met eenzaamheidsgevoelens en gevoelens van leegte, en dat hoort soms bij het leven”*. Een praktijkverpleegkundige, werkzaam in een huisartsenpraktijk, gaf aan dat eenzaamheid niet alleen ontstaat doordat men te weinig contacten heeft, maar ook doordat men te weinig betekenisvolle relaties onderhoudt. *“Het gaat bij eenzaamheid niet alleen om de kwantiteit van relaties, maar ook om de kwaliteit.”* Een sociaal cultureel werkster, actief in een buurthuis, heeft verwoord dat eenzame mensen moeilijk kunnen genieten. *“Bij eenzame mensen ontbreekt vaak de behoefte aan zingeving en er is vaak een gebrek aan levenslust.”* Een laatste kenmerk dat hier genoemd wordt is dat eenzaamheid verschillende uitingsvormen kent. De uitspraak van een assistent wijkmanager geeft dit kernachtig weer: *“Er zijn verschillende vormen van eenzaamheid. Er zijn mensen die alle loketten van de overheid afstruinen (schreeuw om aandacht, onder de mensen zijn) en je hebt mensen die het huis niet uitkomen.”*

Samengevat: de vele kenmerken van het verschijnsel eenzaamheid maken duidelijk dat eenzaamheid een complex verschijnsel is dat niet onder één noemer te vatten is.

§ 6.1.1 Eenzaam zijn versus alleen zijn (sociale isolatie)

Verscheidene professionals hebben aangegeven dat ‘eenzaam zijn’ niet hetzelfde is als ‘alleen zijn’ (sociale isolatie). Alleen zijn is het daadwerkelijk op zichzelf zijn met heel weinig contacten. Eenzaamheid daarentegen is een gevoel en dat gevoel kan ook aanwezig zijn als iemand niet alleen is. Het verschil tussen eenzaamheid en sociale isolatie wordt geïllustreerd door de volgende uitspraak van een consulent op het gebied van vriendschapsbemiddeling en activerend huisbezoek: *“Sociale isolatie is makkelijker te doorbreken dan eenzaamheid. Je kunt mensen uit hun isolement halen door contacten te stimuleren. Echter, daarmee is hun eenzaamheid niet altijd opgelost. Elk individu ervaart eenzaamheid vanuit zijn of haar beleving en perspectief. Een bepaalde groep blijft eenzaam, omdat ze het op hun manier zo beleven, ondanks dat ze best veel contacten kunnen hebben. Als de beleving is dat ze eenzaam zijn, dan is dat moeilijk te doorbreken.”*

§ 6.2 Eenzaamheid is een groot probleem in de wijk Noordwest

De meeste professionals in de wijk Noordwest zien eenzaamheid als een groot probleem en komen in hun werk regelmatig met eenzame mensen in aanraking. De eenzaamheidscijfers – die gegenereerd zijn met behulp van data uit de Gezondheidspeiling 2006 – in Utrecht en de wijk Noordwest verbazen niet en worden herkend door de professionals. Uit de interviews blijkt verder dat eenzaamheid een groot probleem is onder Turken en Marokkanen.

Opvallend is dat de maatschappelijk werkers bijna geen eenzaamheid signaleren in hun dagelijkse praktijk. Ze herkennen de hoge eenzaamheidscijfers in de wijk Noordwest niet. Ter indicatie: in 2007 heeft maatschappelijk werk in de wijk Noordwest 265 dossiers afgesloten en daarvan hebben drie dossiers eenzaamheidsproblematiek genoteerd waaraan is gewerkt. De trend lijkt in 2008 niet wezenlijk af te wijken. *“We krijgen weinig met eenzaamheid te maken, ongeveer 1% van de afgesloten dossiers heeft eenzaamheid genoteerd. Echter, dit cijfer zegt niet alles. Belangrijk is: wat versta je onder eenzaamheid? Met een beetje fantasie kun je vele problematieken al of niet als eenzaamheidsproblematiek diagnosticeren.”* De eenzaamheidsproblematiek speelt niet direct op de voorgrond bij maatschappelijk werk. Maatschappelijk werkers krijgen te maken met problemen als huisvestingsproblemen, rouw, armoede, schulden, psychische beperkingen, een verstoorde ouder-kind relatie en problemen op het werk. Ze krijgen minder direct te maken met eenzaamheid. De maatschappelijk werkers geven aan dat eenzaamheid vaak voortkomt uit bovengenoemde problemen en daardoor niet als een losstaand probleem wordt gezien.

Uit bovenstaande kan geconcludeerd worden dat eenzaamheid een probleem is dat door vele professionals onderkend wordt, maar dat ze niet altijd uiting en herkenning geven aan het eenzaamheidsprobleem, omdat andere problemen duidelijker op de voorgrond spelen.

§ 6.2.1 Veel verborgen eenzaamheid

Ondanks dat de professionals in hun werk regelmatig te maken krijgen met eenzame mensen, merken ze op dat de eenzame mensen die in beeld zijn slechts het topje van de ijsberg zijn. Eenzame mensen bezorgen geen overlast en zijn daardoor vaak onzichtbaar. Eenzame mensen hebben vaak een teruggetrokken leven, waardoor je ze niet ziet. Professionals geven aan dat het belangrijk is om ook te focussen op verborgen eenzaamheid en niet alleen op de mensen die in beeld zijn.

§ 6.2.2 Taboe op eenzaamheid

Alle professionals hebben aangegeven dat er een taboe rust op eenzaamheid. Eenzame mensen praten niet snel over hun eenzaamheid. Ook benoemen mensen het eenzaam zijn niet als zodanig. Mensen schamen zich vaak voor hun eenzaamheid. Eenzame mensen komen niet met een specifieke eenzaamheidsvraag bij de professionals. Mensen zeggen niet dat ze eenzaam zijn, maar ze zeggen bijvoorbeeld wel dat ze een gemis aan sociale contacten ervaren of dat ze depressief of angstig zijn. Echter, professionals hebben aangegeven dat een eenzaam persoon zijn of haar eenzaamheidsprobleem pas ter sprake brengt, als het contact tussen een professional en een eenzaam persoon goed is en er vertrouwen is.

§ 6.3 Risicogroepen voor eenzaamheid in de wijk Noordwest

Unaniem zijn alle professionals het erover eens dat er niet één oorzaak is die ten grondslag ligt aan eenzaamheid. Eenzaamheid is een complex probleem. Er zijn veel factoren die een rol van betekenis spelen bij (het ontstaan van) eenzaamheid. Deze factoren komen vaak in combinatie voor en daarbij is een veelheid aan combinaties mogelijk. De volgende uitspraak van een sociaal cultureel werkster, werkzaam in een buurthuis, geeft dit goed weer: *“De risicofactoren voor eenzaamheid kunnen op een groot raster worden geplaatst, waarbij op verschillende kruisingen risicofactoren bij elkaar komen. Er zijn dan heel veel combinaties van risicofactoren mogelijk.”*

Bij de beschrijving van de risicogroepen voor eenzaamheid zal het eerder aangehaalde onderscheid in sociaaldemografische factoren, sociaal-economische factoren, psychosociale factoren, gezondheid / lichamelijke beperkingen, woonomstandigheden en ‘overige factoren’ gehanteerd worden.

Voordat met de beschrijving van de risicogroepen wordt begonnen zijn twee belangrijke opmerkingen op zijn plaats. Allereerst hebben verscheidene professionals aangegeven dat eenzaamheid een probleem is dat onder alle lagen van de bevolking voorkomt. *“De doelgroep met betrekking tot eenzaamheid is heel divers. Mensen met allerlei achtergronden kunnen eenzaam zijn. Eenzaamheid komt bijvoorbeeld niet alleen voor onder laagopgeleiden, ook hoogopgeleide mensen kunnen eenzaam zijn”*, aldus een consulent op het gebied van vriendschapsbemiddeling en activerend huisbezoek.

Ten tweede hebben enkele professionals hun mening gegeven over het gebruik van risicogroepen. Er komt hierbij geen eenduidig beeld naar voren. Aan de ene kant kunnen risicogroepen belangrijk zijn om een indicatie te krijgen waar eenzaamheid te vinden is en welke factoren een rol spelen. Risicogroepen kunnen verhelderend zijn bij de opsporing van eenzame mensen. Als iemand binnen een risicogroep voor eenzaamheid valt, dient een professional waakzaam te zijn. Aan de andere kant, bij een te eenzijdige focus op risicogroepen worden mensen uitgesloten, waardoor ze buiten het hulpaanbod kunnen vallen, aldus enkele professionals.

§ 6.3.1 Sociaaldemografische factoren

Uit de univariate toetsing komt naar voren dat leeftijd, burgerlijke staat en huishouden samenhang vertonen met eenzaamheid en dit wordt bevestigd door de geïnterviewde professionals.

De doelgroep die voornamelijk in beeld is bij de geïnterviewde professionals zijn ouderen. Echter, de professionals geven nadrukkelijk aan dat eenzaamheid niet uitsluitend ouderen treft. Eenzaamheid is van alle leeftijden. Er is te lang een eenzijdige focus op ouderen geweest. Het volgende citaat geeft dit treffend weer: *“Eenzaamheid bestaat niet alleen onder mensen van 70-80 jaar, het komt veel meer voor. Er komt ook eenzaamheid voor bij mensen van middelbare en jonge leeftijd. De focus ligt te veel op 75-plussers”*, aldus een ouderenwerkster (actief in een dienstencentrum). Uit de univariate toetsing komt ook naar voren naar dat eenzaamheid niet alleen voorkomt bij de oudste ouderen.

Mensen die hun partner verliezen lopen volgens de professionals een risico om eenzaam te worden. Weduwen en weduwnaars en gescheiden mensen vormen een risicogroep, omdat hun maatje is weggefallen. Daarnaast speelt dat omstanders na bijvoorbeeld een half jaar niet meer praten over het verlies, waardoor de persoon alleen komt te staan met zijn of haar verdriet. Univariate toetsing laat zien dat meer dan de helft van de gescheiden en verweduwde mensen kampt met eenzaamheidsgevoelens.

Alleenwonenden vormen volgens de professionals een risicogroep voor eenzaamheid. Professionals noemen alleenstaande moeders ook als risicogroep voor eenzaamheid, omdat ze worden opgeslokt door het gezinsleven en daardoor geen tijd hebben voor sociale contacten buiten het gezin. Beide constatering worden bevestigd door de univariate toetsing.

Uit de univariate analyses is gebleken dat geslacht niet samenhangt met eenzaamheid. Professionals hebben het man of vrouw zijn ook niet genoemd als zijnde een risicofactor voor eenzaamheid.

§ 6.3.2 Sociaal-economische factoren

Uit de univariate toetsing komt naar voren dat eenzaamheid een hoge samenhang vertoont met een (zeer) laag opleidingsniveau, een laag tot gemiddeld inkomen, leven van een uitkering en grote moeite hebben met rondkomen. Deze bevindingen worden gesteund door de inzichten van

professionals. Noordwest Utrecht is een wijk met veel minima. Factoren als een laag inkomen, leven van een uitkering, het hebben van schulden en moeite hebben met rondkomen, kunnen een drempel zijn om aan het maatschappelijke leven deel te nemen, met mogelijk eenzaamheid als gevolg.

Naast deze factoren kan stoppen met werken leiden tot eenzaamheidsgevoelens, zo wordt aangegeven door de professionals. Mensen die gestopt zijn met werken kunnen in een zwart gat vallen. Veel mensen die hun hele leven lang hard gewerkt hebben vinden het soms moeilijk om hun leven invulling te geven. Ze hebben niet geleerd om zichzelf te vermaken. Als het werk wegvalt, kan er eenzaamheid ontstaan. Uit de univariate analyses kan niet duidelijk worden opgemaakt of eenzaamheid een hoge samenhang vertoont met stoppen met werken⁵.

§ 6.3.3 Psychosociale factoren

De univariate analyses wijzen uit dat problematisch alcoholgebruik samenhang vertoont met eenzaamheid. Echter, deze samenhang wordt niet aangekaart door de professionals. Stemningsproblemen (depressie) en angst vertonen een hele hoge samenhang met eenzaamheid, en dit wordt bevestigd door de geïnterviewde professionals. Professionals maken hierbij wel direct de opmerking dat veel psychosociale problemen samenhangen, zonder dat duidelijk is wat oorzaak en gevolg is. *“Bij veel psychosociale problemen speelt de kip-ei problematiek (wat is er eerst?)”*, aldus een consultant op het gebied van vriendschapsbemiddeling en activerend huisbezoek.

Door de professionals werd eenzaamheid veelvuldig in verband gebracht met depressie en somberheid, waarbij vaak de opmerking werd gemaakt dat het één voor het ander een risico kan zijn. *“Als iemand somber van aard is, zal dat eerder leiden tot eenzaamheid en vice versa.”*, aldus een wijkverpleegkundige (werkzaam bij een consultatiebureau voor senioren).

Professionals zien mensen met angststoornissen als een risicogroep voor eenzaamheid. Eenzame mensen durven vaak de deur niet uit, vaak voelen ze zich alleen thuis op hun gemak. De volgende uitspraak van een sociaal cultureel werkster, actief in een buurthuis, geeft dit treffend weer: *“Eenzame mensen blijven vaak in huis, omdat ze bang zijn om beschadigd te worden buiten hun vertrouwde omgeving. Het huis biedt bescherming en veiligheid en eenzame mensen zoeken veiligheid.”*

§ 6.3.4 Gezondheid / lichamelijke beperkingen

Uit de univariate toetsing komt naar voren dat de eenzaamheidcijfers hoog zijn bij mensen die hun gezondheid als slecht ervaren, die kampen met ziekten en aandoeningen, die door hun ziekte of aandoening belemmerd worden bij het uitvoeren van dagelijkse bezigheden, en die kampen met overgewicht/obesitas. Professionals geven aan dat lichamelijke beperkingen een drempel kunnen zijn

⁵ Werksituatie is opgesplitst in drie categorieën: 1) betaalde werkring, 2) uitkering, 3) overig. Pensioensgerechtigden vallen binnen de groep overig, samen met fulltime huisvrouwen- en mannen en studenten. Er zijn te weinig pensioensgerechtigden onder de respondenten om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de samenhang met eenzaamheid.

om de deur uit te gaan. Verlies van gezondheid, chronische aandoeningen en een beperkte mobiliteit kunnen mensen beknotten in hun deelname aan sociale activiteiten, met eenzaamheid als gevolg. Overgewicht en obesitas noemen de professionals niet als risicofactor voor eenzaamheid.

§ 6.3.5 Woonomstandigheden

Uit de univariate toetsing komt naar voren dat de eenzaamheid hoog is bij mensen die hun woning en woonomgeving een onvoldoende geven en bij mensen die de sociale buurtcohesie als laag ervaren. Professionals in de wijk Noordwest benadrukken dat een slecht woonklimaat het risico op eenzaamheid kan verhogen. Alle professionals vinden de afbrokkeling van de sociale buurtcohesie een belangrijke risicofactor. De woonomgeving in de wijk Noordwest is aan verandering onderhevig. Er worden veel woningen afgebroken, er is veel verval en daarnaast vindt er veel herbouw plaats. De samenstelling van de buurten verandert, er is veel verloop en doorstroom. Mensen hebben weinig contact met de straat en mensen hebben geen oog meer voor hun burens. Mensen kennen elkaars problemen tegenwoordig niet meer. *“De ons kent ons cultuur verdwijnt”*, aldus een ouderenadviseur. De sociale controle boet aan betekenis in en de opvangfunctie verdwijnt. *“Vroeger hielden meer mensen een oogje in het zeil, waarbij te denken valt aan de bakker, wijkagent of een buurvrouw”*, aldus een consultant op het gebied van vriendschapsbemiddeling en activerend huisbezoek. Deze veranderingen komen de sociale cohesie niet ten goede: een (te) klein sociaal steunsysteem in de buurt kan eenzaamheid veroorzaken.

§ 6.3.6 ‘Overige’ factoren

Uit de univariate toetsing komt naar voren dat eenzaamheid gerelateerd is aan huiselijk geweld, maar dit wordt niet bevestigd door de professionals.

Professionals zien mantelzorgers als een risicogroep voor eenzaamheid. Zo kunnen vrouwen van 50-60 jaar, waarvan de moeder nog thuis woont, opgeslokt worden door de zorg voor hun moeder. Mantelzorgers leven vaak geïsoleerd, omdat ze het moeilijk vinden om wat voor zichzelf te doen. Daarnaast bestaat de kans dat mantelzorgers in een zwart gat vallen als de partner naar een verpleegtehuis gaat of sterft. De univariate toetsing laat echter zien dat er geen samenhang is gevonden tussen eenzaamheid en het geven van mantelzorg.

§ 6.3.7 Welke risicogroepen worden nog meer genoemd door professionals?

Uit bovenstaande beschrijving van de risicogroepen voor eenzaamheid blijkt dat professionals veel risicogroepen aandragen die ook uit de univariate toetsing naar voren komen. Echter, ze hebben nog enkele andere factoren omschreven die een risico kunnen vormen voor eenzaamheid. Deze risicogroepen worden hieronder kort besproken:

- Mensen met een dementerende partner

Mensen met een dementerende partner vormen een risicogroep voor eenzaamheid. *“Bij leven raak je je partner al kwijt”*, aldus een praktijkverpleegkundige werkzaam in een huisartsenpraktijk. Mensen met een dementerende partner zijn vaak emotioneel eenzaam. Ze kampen met schaamtegevoelens en durven hun gevoelens niet te delen met anderen, waardoor ze zich afsluiten. Daarnaast kunnen ook dementerende mensen zelf eenzaam worden, omdat ze hun sociale netwerk vaak niet meer zelfstandig kunnen onderhouden.

- Homoseksuelen

Homoseksuele ouderen (vooral mannen) vormen volgens de professionals een risicogroep. Ze kampen vaak met opgekropte gevoelens. Er ligt vooral onder ouderen een taboe op homoseksualiteit. Homoseksuelen zijn bang voor afwijzing. Deze angst kan homoseksuelen ervan weerhouden om deel te nemen aan het sociale leven.

- Mensen die bepaalde persoonskenmerken missen

Professionals hebben een aantal persoonskenmerken genoemd, die een rol kunnen spelen bij het ontstaan en voortduren van eenzaamheid.

Allereerst noemen professionals beperkte sociale vaardigheden als een risicofactor voor eenzaamheid. Mensen die over beperkte sociale vaardigheden beschikken, kunnen niet gemakkelijk contacten leggen en onderhouden en zijn niet in staat om (diepgaande) gesprekken te voeren. Dit onvermogen op sociaal vlak kan een belemmering zijn om de deur uit te gaan, wat eenzaamheid tot gevolg kan hebben.

Een tweede persoonskenmerk dat genoemd is, is de manier waarop mensen in het leven staan en omgaan met problemen en veranderingen en dit heeft invloed op de beleving van eenzaamheid. Dit wordt duidelijk aan de hand van drie voorbeelden:

Voorbeeld 1) De manier waarop mensen met een probleem omgaan kan van invloed zijn op hun beleving van eenzaamheid. Mensen die in de slachtofferrol kruipen, geen oplossingen weten voor hun problemen en niet openstaan voor oplossingen zijn vaak eenzaam. Eenzame mensen sluiten zich bij moeilijkheden vaak af. Mensen die oplossingsgericht zijn, openstaan voor initiatieven, het vermogen hebben om dingen te ondernemen en naar buiten gericht zijn, zijn minder vaak eenzaam. Een sociaal psychiatrisch verpleegkundige heeft aangegeven dat er een graadmeter is om het risico op eenzaamheid te peilen. Dit kan door te kijken naar passieve en actieve coping van mensen. Coping houdt de manier in waarop iemand met problemen (eenzaamheid) omgaat. *“Passieve mensen zien geen oplossing voor hun problemen en kruipen in de slachtofferrol. Mensen die op zoek zijn naar oplossingen en iets van hun leven willen maken (actieve coping) zullen minder eenzaam zijn”*.

Voorbeeld 2) Mensen die niet geleerd hebben om zelf iets aan hun problemen te doen en niet gewend zijn om initiatieven te nemen, hebben een verhoogd risico op eenzaamheid. Vooral de oudere

generatie heeft een afwachtende houding. Ze zijn niet assertief en actief. Het ontbreekt eenzame mensen vaak aan initiatieven. Eenzame mensen hebben niet geleerd iets zelfstandig te doen. Het volgende citaat van een wijkverpleegkundige, werkzaam bij een consultatiebureau voor senioren, illustreert dit: *“Mensen op leeftijd zijn van een andere generatie. Ze zijn in een tijd opgegroeid waarin ze niet geleerd hebben om assertief te zijn. Ze zijn autoriteitsgevoelig en vragen niet veel. Ze vragen niet om hulp, want dat hebben ze niet geleerd. Deze mensen kunnen moeilijk iets voor zichzelf organiseren.”*

Voorbeeld 3) Mensen die niet om willen of kunnen gaan met veranderingen, lopen een risico om eenzaam te worden. Eenzame mensen houden vast aan hun idee van een fijn leven, dat vaak niet meer bestaat. Ze staan niet open voor nieuwe ervaringen. Het volgende citaat van een sociaal cultureel werkster, actief in een buurthuis, geeft dit duidelijk weer: *“Eenzame mensen blijven zitten op hun plek. Ze leven niet in het heden, maar in het verleden dat er vaak niet meer is.”*

- Mensen die hun dag niet kunnen invullen

Mensen die geen invulling kunnen geven aan hun dagen of geen voldoening putten uit hun daginvulling, lopen een risico om eenzaam te worden. Ze ervaren een leegte in hun dagen. Mensen zijn niet creatief in het invulling geven van hun dagen. Eenzame mensen hebben moeite om de dag door te komen. Ook kunnen eenzame mensen vaak moeilijk beslissingen nemen over hoe ze hun leven moeten inrichten.

- Maatschappelijke trends

In de huidige maatschappij zijn volgens de professionals een aantal trends waarneembaar die het risico op eenzaamheid kunnen versterken. Deze trends worden hieronder kort weergegeven.

- Individualisering

De huidige individualisering kan eenzaamheid in de hand helpen. Een wijkverpleegkundige, werkzaam bij een consultatiebureau voor senioren, benadrukt dit als volgt: *“Er heerst een tendens in de maatschappij van ieder voor zich, mensen moeten hun eigen leven vormgeven. Er is weinig bekommring om de medemens.”* De individualisering zorgt ervoor dat mensen die niet voor zichzelf kunnen opkomen er buiten vallen.

- Ingewikkelde en vragende maatschappij

De ingewikkelde maatschappij waarin we leven kan eenzaamheid in de hand werken. Veel ouderen kunnen bijvoorbeeld niet werken met een computer. Voor ouderen is het moeilijk om vat te krijgen op dit soort ingewikkelde zaken. Ze voelen zich op deze manier sneller buiten de maatschappij geplaatst. *“Alles gaat tegenwoordig via de computer. Ouderen maken weinig of geen gebruik van internet. Op deze manier wordt hen informatie onthouden, waardoor ze het gevoel krijgen dat ze er*

niet meer bijhoren”, aldus een wijkverpleegkundige, werkzaam bij een consultatiebureau voor senioren.

De maatschappij vraagt veel van mensen. Mensen die niet goed mee kunnen komen in de maatschappij lopen een verhoogd risico om eenzaam te worden. *“Mensen die niet de instrumenten hebben om te kunnen functioneren in de vragende maatschappij, dring je in een hoek. Je maakt eenzame mensen dan nog afhankelijker. Veel eenzame mensen haken af of steken hun kop in het zand”*, aldus een sociaal cultureel werkster, actief in een buurthuis.

- Weinig continuïteit bij hulpverleners

Een ouderenadviseur heeft aangegeven dat er weinig continuïteit is bij hulpverleners. Nog maar weinig hulpverleners bouwen een jarenlange vertrouwensband op met een persoon. Er is veel doorstroom van hulpverleners. Deze doorstroom zorgt ervoor dat een hulpverlener een cliënt niet lang genoeg kent om veranderingen bij een cliënt te constateren. Te veel personele wisselingen leiden ertoe dat een eenzaam persoon zich niet meer snel aan een hulpverlener verbindt. Dit gebrek aan continuïteit is duidelijk waarneembaar binnen de huishoudelijke hulp. Maatschappelijke veranderingen hebben er toe geleid dat in veel gevallen de vertrouwde huishoudelijke hulp van mensen is weggefallen. Dit zorgt voor onrust bij mensen en kan bijdragen aan eenzaamheidsgevoelens. *“Huishoudelijke taken worden gedaan door jonge meisjes die taakgericht werken. Er is weinig tot geen aandacht meer voor de (eenzame) persoon”*, aldus een ouderenadviseur.

- Kosteneffectief werken in de zorg

De thuiszorg werkt vanuit een kosteneffectief standpunt. Dit betekent dat er geen tijd meer is voor een praatje met een eenzaam persoon.

§ 6.3.8 Eenzaamheid onder Turkse en Marokkaanse Utrechters

Uit de univariate toetsing is naar voren gekomen dat eenzaamheid een groot probleem is onder Turken en Marokkanen. In samenspraak met de programmaleider psychosociale gezondheid is besloten om de eenzaamheidssituatie onder Turkse en Marokkaanse Utrechters apart te beschrijven. Hiertoe zijn drie professionals geïnterviewd, te weten een Turkse zorgconsulente, een Marokkaanse zorgconsulente en een sociaal cultureel werkster in een buurthuis, die zich bezighoudt met onder andere allochtoon vrouwenwerk. De belangrijkste factoren die bijdragen aan eenzaamheid onder Turkse en Marokkaanse Utrechters, zoals uiteengezet door de geïnterviewde professionals, worden hieronder kort op een rijtje gezet.

- Opeenstapeling van factoren

Eenzaamheid is bij allochtonen vaak het gevolg is van een opeenstapeling van factoren die samen het risico op eenzaamheid doen toenemen, te weten: taalbarrière, analfabetisme, veranderende

familiepatronen, andere cultuur en tradities, onwetendheid over de samenleving, onbekendheid rond instanties, laag inkomen en moeite met rondkomen, niet opgeleid zijn, lichamelijke klachten (obesitas is een groot probleem), psychosociale klachten (veel angst en depressie), beperkte buurtcontacten, verlies van partner, en sociale armoede (gebrek aan sociale vaardigheden en sociale contacten). De taalbarrière en veranderende familiepatronen zijn volgens de geïnterviewde professionals de twee belangrijkste factoren.

- Taalprobleem

Het communicatieprobleem draagt er volgens de geïnterviewde professionals aan bij dat veel Turkse en Marokkaanse Utrechters eenzaam zijn. Ze willen wel meedoen in de maatschappij, maar kunnen dat vaak niet vanwege de taalbarrière. Door de taalbarrière kunnen Marokkaanse en Turkse mensen bijvoorbeeld niet deelnemen aan activiteiten in buurthuizen. Er is vaak geen begeleiding in de eigen taal.

- Veranderende familiepatronen

De allochtone zorgconsulenten benadrukken dat binnen Turkse en Marokkaanse families traditionele familiepatronen aan verandering onderhevig zijn. Het idee dat kinderen hun ouders thuis verzorgen, is in de loop der jaren veranderd. De kinderen bouwen hun eigen leven op en hebben daarbij geen tijd meer om de hele dag bij hun ouders te zijn en dat kan bij de oudere generatie gevoelens van eenzaamheid veroorzaken.

- Vooral allochtone vrouwen vormen een risicogroep

Vooral allochtone vrouwen vormen een risicogroep volgens de geïnterviewde professionals. Turkse en Marokkaanse vrouwen zitten voornamelijk binnen en gaan de deur niet uit. Ze hebben vaak een klein sociaal netwerk. Binnen hun eigen kring zijn de contacten vaak vluchtig. En ook de contacten met buurtbewoners zijn nihil. Een reden waarom allochtone vrouwen niet buiten komen, is omdat ze kampen met angstklachten die hen belemmeren deel te nemen aan het sociale leven. De allochtone sociaal cultureel werkster constateert dat eenzaamheid al aanwezig is onder allochtone vrouwen van veertig jaar. Allochtone vrouwen krijgen vaak op jonge leeftijd kinderen. Als deze kinderen zijn opgegroeid en het huis uitgaan, kunnen er eenzaamheidsgevoelens ontstaan bij de allochtone vrouw.

Allochtone mannen kennen minder eenzaamheid. Zij zijn de hele dag buiten en gaan naar de moskee. Ze houden elkaar gezelschap. *“Allochtone mannen kunnen naar de moskee, wat een belangrijke ontmoetingsplek is. Daarnaast kunnen Turkse mannen naar theehuizen. Vrouwen gaan niet naar de moskee en bezoeken ook geen theehuizen. De vrouwen zitten dus altijd thuis, wat eenzaamheid tot gevolg kan hebben”*, aldus een sociaal cultureel werkster.

§ 6.3.9 Conclusie

Uit de beschrijving van de professionals komt naar voren dat bepaalde factoren als armoede, echtscheiding, gezondheidsproblemen, een lage sociale buurtcohesie, en beperkte sociale vaardigheden kunnen leiden tot een vershraling van de mogelijkheden tot het aangaan en onderhouden van sociale contacten en het opbouwen van een sociaal netwerk. Mensen met een klein netwerk lopen volgens de professionals een heel groot risico om eenzaam te worden.

7. Aanpak eenzaamheid in Noordwest Utrecht

In dit hoofdstuk komt allereerst aan bod wat er in de wijk Noordwest gaande is aan activiteiten om eenzaamheid te verminderen. Daarbij worden enkele handvatten beschreven waarlangs eenzaamheidsinterventies getypeerd kunnen worden. Vervolgens wordt beschreven wat er in de literatuur bekend is over eenzaamheidsinterventies. Daarna worden enkele knelpunten beschreven die in ogenschouw moeten worden genomen wanneer men een eenzaamheidsinterventie opzet. Tot slot worden enkele oplossingsrichtingen beschreven – aangedragen door professionals in de wijk Noordwest – die vorm kunnen geven aan de aanpak van eenzaamheid. De conclusie die uit dit hoofdstuk getrokken kan worden is dat het aanpakken van eenzaamheid niet gemakkelijk is.

§ 7.1 Eenzaamheidsactiviteiten in de wijk Noordwest

Niet iedereen kan gevoelens van eenzaamheid op eigen houtje verminderen. Eenzaamheidsinterventies kunnen hierbij een rol van betekenis spelen. In de literatuur worden vijf typen eenzaamheidsinterventies onderscheiden, te weten: 1) algemene voorlichting en mentaliteitsverandering, 2) deskundigheidsbevordering van intermediairs, 3) sociaal-culturele activering, 4) persoonlijke activering, en 5) cursussen, gespreksgroepen en therapieën. *Algemene voorlichting en mentaliteitsverandering* proberen mensen te bewegen anders te denken en/of zich anders te gedragen. Via een voorlichtingscampagne kan bijvoorbeeld informatie gegeven worden over het verschijnsel eenzaamheid en de manieren waarop eenzaamheid kan worden voorkomen of opgeheven. *Deskundigheidsbevordering* houdt in dat beroepskrachten en vrijwilligers geschoold worden in het beter signaleren en adequater reageren op gevoelens van eenzaamheid. *Sociaal-culturele activering* richt zich direct op eenzame mensen en tracht het sociale netwerk van de eenzame persoon uit te breiden, bijvoorbeeld door koffie-inloopochtenden of dagopvang in dienstencentra of woonzorgcentra. Het accent van sociaal-culturele activiteiten ligt meestal op de activiteit en de gezelligheid, waarmee de randvoorwaarden worden gecreëerd om contacten te leggen. *Persoonlijke activering* gaat een stap verder dan sociaal-culturele activering. Bij persoonlijke activering draait het erom dat mensen bewust worden gemaakt van hun eenzaamheidsbevorderende houding of gedrag. Steeds ligt de nadruk op het geven van aandacht en emotionele en praktische steun om de sociale zelfredzaamheid te versterken. Een voorbeeld van een interventie die valt onder persoonlijke activering is een huisbezoek door een vrijwilliger of beroepskracht. Tot slot zijn er *cursussen, gespreksgroepen en therapieën* die pogen een blijvende verandering aan te brengen in de eenzaamheidsbevorderende factoren die bij het individu zelf liggen, bijvoorbeeld een tekort aan sociale vaardigheden. Interventies waar aan gedacht moet worden zijn assertiviteit- en vriendschapscursussen en bijvoorbeeld psychotherapie en psychosociale begeleiding. Het belangrijkste verschil met persoonlijke activering is dat de aandacht van dit vijfde type interventie zich

vooral richt op één bepaald aspect van het functioneren van de individuele persoon (Fokkema & Van Tilburg, 2005, Fokkema & Stevens, 2007b).

Een inventarisatie van bestaande activiteiten in de wijk Noordwest laat zien dat er zeer veel diverse activiteiten gaande zijn, die (zijdelings) tot doel hebben om eenzaamheid te verminderen. Deze activiteiten worden uitgevoerd door een grote diversiteit aan organisaties, waarbij te denken valt aan: buurt- en dienstencentra die onderdeel zijn van een grote welzijnsorganisatie in Noordwest (Portes), Aveant, Indigo, Stichting Stade, Humanitas, Zonnebloem en het Rode Kruis. In bijlage 3 is uitvoerig beschreven welke activiteiten deze organisaties precies uitvoeren. In bijlage 4 is een schema te vinden waarin staat beschreven hoe de geïnterviewde professionals invulling geven aan hun gebruikelijke zorgtaak, wat ze doen als ze in aanraking komen met een eenzaam persoon, en wat hun ervaringen zijn met het huidige aanbod voor eenzame mensen.

Het type interventie dat veelvuldig wordt toegepast in de wijk Noordwest is sociaal-culturele activering. In buurthuizen en dienstencentra wordt een groot scala aan sociale groepsactiviteiten georganiseerd, waarbij te denken valt aan bingo, yoga, en taallessen. Uit de interviews bleek dat deze activiteiten veelal bezocht worden door ouderen, en minder door mensen van middelbare leeftijd. Binnen dienstencentra en buurthuizen staat ontmoeting centraal en daarom kunnen mensen dagelijks vrij inlopen. Via bijvoorbeeld een ontmoetingslunch of een koffiesoos worden de randvoorwaarden gecreëerd voor het leggen van contacten. Naast sociaal-culturele activering richten enkele activiteiten zich in de wijk Noordwest ook op persoonlijke activering. Activerende huisbezoeken zijn hiervan een voorbeeld. Het doel van de bezoeken is om eenzame mensen de mogelijkheid te geven ‘van zich af te praten’, steun te bieden bij het vinden van een nieuwe invulling van het dagelijks leven, een hulpvraag te signaleren en de persoon te attenderen op mogelijkheden om met anderen in contact te komen. De andere drie interventietypen – algemene voorlichting en mentaliteitsverandering, deskundigheidsbevordering, en cursussen, gespreksgroepen en therapieën – worden minder veelvuldig uitgevoerd in de wijk Noordwest.

§ 7.2 Effectiviteit eenzaamheidsinterventies

§ 7.2.1 Effectiviteitonderzoek eenzaamheidsinterventies is schaars

In Nederland worden zeer veel activiteiten en projecten uitgevoerd die (in)direct trachten eenzaamheidsgevoelens bij mensen te verminderen of te voorkomen. Te denken valt aan vriendschapskursussen, activerende huisbezoeken en dagopvang in buurtcentra. Deze activiteiten worden uitgevoerd door een diversiteit aan organisaties, te weten gemeenten, vrijwilligers- en ouderenorganisaties, diensten- en wijkcentra, kerken, sociale diensten, en geestelijke gezondheidszorginstellingen. Echter, hoe effectief eenzaamheidsinterventies zijn, is nog grotendeels onbekend omdat effectonderzoek – zowel in Nederland als in het buitenland – schaars is (Fokkema & Van Tilburg, 2005; Cattani, White, Bond & Learmouth, 2005; Stevens & Martina, 2006a). Voor dit

onderzoek wordt geput uit een grootschalig effect- en procesevaluatieonderzoek naar interventies ter voorkoming en vermindering van eenzaamheid onder ouderen. Dit onderzoek is in de periode 2001-2005 uitgevoerd door het Nederlands Interdisciplinair Demografische Instituut en de Vrije Universiteit, in opdracht van Stichting Sluyterman van Loo, Stimuleringsfonds ouderenprojecten. Er zijn tien eenzaamheidsinterventies op hun effectiviteit getoetst (Fokkema & Van Tilburg 2005). Dit onderzoek wordt als kapstok gebruikt waar de bevindingen van de geïnterviewde professionals aan zullen worden opgehangen.

§ 7.2.2 Wat zijn effectieve eenzaamheidsinterventies?

Eenzaamheidsinterventies kunnen zich op verschillende niveaus afspelen, namelijk op individueel, groep- of omgevingsniveau (Stevens & Martina, 2006a). Deze indeling zal gebruikt worden om effectieve eenzaamheidsinterventies te categoriseren.

- Effectieve eenzaamheidsinterventie op individueel niveau: ‘Esc@pe, als je wereld kleiner wordt’

‘Esc@pe, als je wereld kleiner wordt’ is een individueel internet-aan-huis-interventieproject voor senioren (50+) die door een chronische ziekte of handicap aan huis gebonden zijn. Het doel is om hen in contact te brengen met anderen door het gebruik van een computer en internet. Bij dit project kregen ouderen drie jaar lang kosteloos een computer met internetvoorzieningen in bruikleen. Bij de start van het project krijgen de deelnemers computervaardigheden aangeleerd. De ondersteuning was in handen van een vaste bezoeker-vrijwilliger van het Rode Kruis of Zonnebloem. Deze vrijwilliger kwam ook al voor de start van het proefproject eens in de twee à drie werken bij de deelnemer aan huis. Aan het einde van het project was de eenzaamheid van veel, maar niet alle, deelnemers gedaald. De daling van de eenzaamheid deed zich vooral voor bij de hoger opgeleide deelnemers. De meeste deelnemers kregen tijdens het project meer contact met andere mensen, het contact met de vaste bezoeker-vrijwilliger verbeterde en de deelnemers kregen meer zelfvertrouwen (Fokkema & Van Tilburg 2005; Fokkema & Steyaert, 2005; Fokkema & Van Tongeren, 2005; Fokkema & Knipscheer, 2006; Fokkema & Stevens, 2007a).

Kijkend naar de vijf typen van eenzaamheidsinterventies, zoals beschreven in paragraaf 7.1, kan geconcludeerd worden dat deze interventie een vorm van *persoonlijke activering* is.

- Effectieve eenzaamheidsinterventie op groepsniveau: vriendschaps cursussen

Cursussen voor oudere vrouwen die vriendschappen willen sluiten of bestaande vriendschappen willen verdiepen, blijken effectief te zijn. Deelnemers aan een vriendschaps cursus komen enkele weken bij elkaar. Het thema zelfwaardering loopt als een rode draad door de cursus heen. Zelfwaardering als basis van vriendschap, als basis van waaruit vrouwen kunnen aangeven wat hun behoeften, wensen en grenzen in vriendschap zijn. Via gesprekken, gedichten en verhalen worden

verschillende facetten van vriendschap behandeld. Daarnaast zijn er oefeningen voor het verbeteren van sociale vaardigheden. Tijdens de cursus geven de deelnemers aan welke relaties ze hebben. Samen met een docent wordt vervolgens bekeken welke relaties ontbreken of onbevredigend zijn en worden stappen bedacht hoe nieuwe relaties te vergaren of bestaande te verbeteren. Uit onderzoek onder deelnemers van een aantal van deze vriendschaps cursussen blijkt dat de cursus vaak succesvol is en leidt tot een eenzaamheidsvermindering. Deelnemers slagen erin nieuwe vriendschappen te ontwikkelen, bestaande vriendschappen te verbeteren en bovendien neemt de zelfwaardering en tevredenheid met het eigen leven toe (Stevens & Albrecht, 1995; Stevens & Van Tilburg, 2000; Stevens, 2001; Stevens & Martina, 2006b; Stevens, Martina & Westerhof, 2006; Fokkema & Stevens, 2007a). Ook buitenlands onderzoek toont het effect van vriendschaps cursussen aan (Andersson, 1985).

Wanneer men kijkt naar de verschillende typen eenzaamheidsinterventies kan vastgesteld worden dat vriendschaps cursussen, de naam impliceert het al, vallen binnen *cursussen, gespreksgroepen en therapieën*.

- Effectieve eenzaamheidsinterventie gericht op de sociale omgeving: ‘Goed gezelschap in een groot huis’

Het project ‘*Goed gezelschap in een groot huis*’ is een eenzaamheidsinterventie die bestaat uit een aantal kleinschalige groepsactiviteiten gericht op ouderen in een verzorgingshuis. Het betreft twee gespreksgroepen en een groepsactiviteit (koffietijd in een sociëteit). De twee gespreksgroepen worden begeleid door een activiteitenbegeleider. Het doel is om de onderlinge (vriendschappelijke) contacten van verzorgingshuisbewoners te verbeteren. Het uitgangspunt is dat ouderen zelf de kwaliteit van hun leven reguleren, waarbij ze doelgericht gebruik maken van hulpbronnen en sociale contacten. Effectonderzoek laat zien dat er zowel na zes maanden als na één jaar een vermindering van eenzaamheid bij de deelnemers zichtbaar is. De interventie heeft een positief effect gehad op de contacten tussen verzorgingshuisbewoners onderling: ze praten meer met elkaar, kennen elkaar beter, zijn opener geworden en ze zorgen meer voor elkaar. Verder blijkt dat de deelnemers aan de gespreksgroep meer initiatief nemen op sociaal vlak (Van Kordelaar, Pleiter & Stevens, 2004; Fokkema & Van Tilburg 2005; Fokkema & Stevens, 2007a). Het project ‘Goed gezelschap in een groot huis’ is een vorm van sociaal-culturele activering.

De drie effectief bevonden eenzaamheidsprojecten worden in de wijk Noordwest niet in die hoedanigheid uitgevoerd. Over de effectiviteit van de activiteiten in de wijk Noordwest kunnen daarom geen uitspraken gedaan worden.

- Waaruit bestaat een effectieve eenzaamheidsinterventie?

Uit een grootschalig buitenlands onderzoek blijkt dat een werkzame eenzaamheidsinterventie een groepsactiviteit is, gericht op een specifieke doelgroep, waarbij deelnemers een zekere mate van

controle hebben over de interventie (Cattan & White, 1998; Cattan, et al., 2005). Deze criteria zijn van toepassing op de vriendschapskursussen en op het project ‘Goed Gezelschap in een groot huis’. De interventie ‘Escape’ is een individueel programma, maar voldoet wel aan de andere criteria voor succes (Stevens & Martina, 2006a).

Verder blijkt uit onderzoek dat een actieve inzet in vrijwilligersorganisaties bijdraagt aan een vermindering van eenzaamheid. Jezelf nuttig maken in een organisatie draagt bij aan het voorkomen van eenzaamheid. Deze uitkomsten tonen het belang van maatschappelijke participatie aan, alsook het belang om een actieve rol te (blijven) spelen in vrijwilligersorganisaties (Broese van Groenou, 2007).

§ 7.3 Waarom zijn veel eenzaamheidsinterventies niet effectief?

Het effectonderzoek, zoals uitgevoerd door het Nederlands Disciplinair Demografisch Instituut en de Vrije Universiteit, heeft aangetoond dat van tien onderzochte interventieprojecten, er twee een vermindering van eenzaamheid laten zien. Verder bleek nog dat van vier interventies – buddyzorg homoseksuelen, signalerend huisbezoek, door een andere bril (groeps cursus ter vergroting sociale zelfredzaamheid en bevordering actieve levensstijl), en groepsactiviteiten woonzorgcentra (2) – mogelijk een preventieve werking uitgaat. De eenzaamheid binnen de experimentele groep is gelijk gebleven, terwijl de eenzaamheid bij de controlegroep is gestegen. Echter, voorzichtigheid is geboden met bovenstaande conclusie. Aan het effectonderzoek kleven enkele methodologische tekortkomingen⁶ en daarom is voorzichtigheid geboden met bovenstaande conclusies aangaande de effecten van eenzaamheidsinterventies (Fokkema & Van Tilburg 2005).

Er zijn verschillende oorzaken te bedenken waarom veel interventieprojecten niet de gewenste resultaten hebben opgeleverd. Om deze oorzaken boven tafel te krijgen is, bovenop de effectevaluatie, een retrospectieve procesevaluatie uitgevoerd (ook door het Nederlands Disciplinair Demografisch Instituut en de Vrije Universiteit). Drie belangrijke uitkomsten, en hoe deze terug te vinden zijn in de wijk Noordwest, zullen hier besproken worden.

- Opsporing van eenzame mensen is een probleem

Uit het procesevaluatieonderzoek is gebleken dat het lastig is om ernstig eenzame ouderen te bereiken, ondanks de verschillende wervingskanalen die doorgaans zijn aangeboord. Er bestaan vermoedens dat de interventieprojecten niet de meest eenzame ouderen hebben aangetrokken (Fokkema & Van Tilburg 2005). Deze constatering komt overeen met bevindingen van professionals in de wijk Noordwest. Professionals hebben opgemerkt dat eenzame mensen geen overlast bezorgen en daardoor onzichtbaar zijn. Eenzame mensen hebben vaak een teruggetrokken leven, waardoor je ze

⁶ Methodologische tekortkomingen zijn: 1) binnen vrijwel alle projecten is het aantal deelnemers aan de interventie of aan de effectmeting gering, en dat maakt generalisatie van de resultaten niet zonder risico, 2) de matching van de experimentele groep met de controlegroep is niet altijd goed, en 3) de soms grote verschillen in de mate van gemiddelde eenzaamheid op T0 tussen de experimentele groep en de controlegroep bemoeilijken een evaluatie van het effect van de interventies (Fokkema & Van Tilburg 2005).

niet ziet. Het grootste knelpunt is volgens de geïnterviewde professionals dan ook de opsporing van ernstig eenzame mensen. *“Hoe bereik je eenzame mensen en hoe spoor je ze op? Hoe vind je eenzame mensen die niet in beeld zijn bij professionals en instanties en de die deur niet uitkomen?”* aldus verschillende professionals.

- Eenzame mensen wijzen hulp vaak af

Het procesevaluatieonderzoek maakt duidelijk dat het lastig is om ouderen sociaal te activeren. Het blijkt lastig om de sociale participatie van ouderen te verhogen (Fokkema & Van Tilburg 2005). Deze conclusie trekken professionals in de wijk Noordwest ook. Het is moeilijk om eenzame mensen te overtuigen om gebruik te maken van het aanwezige aanbod aan sociale activiteiten. *“Eenzame mensen hebben vaak veel mitsen en maren en zien veel beren op de weg, voordat ze tot actie overgaan”*, aldus een sociaal cultureel werkster, werkzaam in een buurthuis. Veel mensen willen bijvoorbeeld niet gebruik maken van groepsaanbod, omdat ze bang zijn dat ze er niet tussen komen. Daarnaast zijn sociale vaardigheden nodig om ergens tussen te komen en deze ontbreken vaak. Professionals hebben benadrukt dat er een stukje motivatie aanwezig moet zijn om hulp te aanvaarden en om geactiveerd te worden. Als mensen niet zelf willen, bereik je niets. Volgens de professionals is het van belang om sleutels te vinden waarop mensen te motiveren zijn om deel te nemen aan sociale activiteiten. Echter, hier speelt ook een stukje eigen verantwoordelijkheid van de burger mee. Sommige mensen willen echt niet geholpen worden. Voor de hulpverlener ontstaat hier een dilemma: *“Waar stopt de verantwoordelijkheid van de hulpverlener en waar begint de eigen verantwoordelijkheid van de burger? Waar ligt de grens? Tot hoe ver mag je gaan om van hulpmijders hulpkrijgers te maken? Moet je bij hulpmijders nog zoeken naar methoden om hun eenzaamheid te doorbreken?”*, aldus een consulent op het gebied van vriendschapsbemiddeling en activerend huisbezoek. *“Hoe ver mag je gaan met bemoeizorg?”*, aldus een praktijkverpleegkundige in een huisartsenpraktijk.

- Netwerkontwikkeling via vergroting van de sociale participatie is niet zaligmakend

Uit de literatuur is bekend dat er verschillende oplossingsrichtingen bestaan die kunnen bijdragen aan het verminderen of opheffen van eenzaamheid, te weten netwerkontwikkeling, standaardverlaging en het leren omgaan met gevoelens van eenzaamheid:

1) *Netwerkontwikkeling* heeft betrekking op het verbreden van het netwerk, en dit kan geschieden door het aangaan van nieuwe relaties of door bestaande relaties te intensiveren of te verbeteren. Er zijn verschillende oorzaken denkbaar waarom de gerealiseerde relaties minder zijn dan men wenst. Deze oorzaken kunnen in drie groepen worden ingedeeld: 1) De oorzaken voor eenzaamheid kunnen liggen in het contact van iemand met andere mensen, bijvoorbeeld door het verlies van contacten door het overlijden van de partner, het wegvallen van familie en vrienden, verhuizing, scheiding en dergelijke. Binnen dit type oorzaken vallen interventies die zich ten doel stellen om de sociale participatie van

eenzame mensen te vergroten, 2) Oorzaken voor eenzaamheid kunnen bij de persoon zelf liggen, bijvoorbeeld een tekort aan sociale vaardigheden of een verslechterde mobiliteit. Binnen dit type oorzaken vallen interventies die zich richten op verbetering van de persoonlijke kenmerken van een eenzaam persoon, 3) tot slot zijn er maatschappelijke ontwikkelingen die het aangaan en onderhouden van contacten kunnen blokkeren, waarbij gedacht kan worden aan de negatieve beeldvorming rond ouderen, afnemende solidariteit tussen en binnen generaties, toenemende individualisering, en ‘vertechnologisering’ van de samenleving (Fokkema & Van Tilburg, 2005, Stevens, 2007).

2) *Standaardverlaging* kan bijdragen aan eenzaamheidsvermindering door de wensen en verwachtingen te verlagen die men ten aanzien van relaties heeft. Onrealistische wensen en te hoge verwachtingen moeten bijgesteld worden in de richting van het niveau van de gerealiseerde relaties (Fokkema & Van Tilburg, 2005, Stevens 2007).

3) Het *leren omgaan met gevoelens van eenzaamheid* kan door relativering, afleiding, ontkenning en berusting. Het verschil tussen de gerealiseerde en gewenste relaties blijft bestaan, maar er wordt geprobeerd het belang van dit verschil te verminderen. Het leren omgaan met gevoelens van eenzaamheid vraagt om verandering in het denken over gemiste relaties (Fokkema & Van Tilburg, 2005, Stevens 2007).

Uit het procesevaluatieonderzoek is gebleken dat de meeste interventieprojecten zich focussen op netwerkontwikkeling via verhoging van iemands sociale participatie. Veel interventies proberen de sociale participatie van de deelnemers te verhogen, onder andere door het bieden van een contactrijke omgeving of door het organiseren van sociale activiteiten. Hulpverleners kiezen vaak voor een interventie die de sociale participatie verhoogt, omdat de gedachte is dat een klein netwerk de belangrijkste oorzaak is van eenzaamheid. Het stimuleren tot deelname aan sociale activiteiten en het bieden van een contactrijke omgeving is een voor de hand liggende interventiemethode. Men is echter tot de conclusie gekomen dat er voor verhoging van iemands sociale netwerk meer nodig is, waarbij te denken valt aan sociale vaardigheden en omgangsvormen, een zekere mate van extravertie en assertiviteit, een positief zelfbeeld, een goede gezondheid, realistische wensen en verwachtingen ten aanzien van relaties, en tijd om ingesleten gewoonten en gedrag te veranderen. Het bieden van een contactrijke omgeving is weinig nuttig als deze persoonskenmerken ontbreken (Fokkema & Van Tilburg 2005). Ook in de wijk Noordwest focussen de meeste activiteiten zich alleen op netwerkontwikkeling via verhoging van iemands sociale participatie. Professionals hebben ‘persoonskenmerken’ nog niet zo op het netvlies staan. Slechts enkele professionals hebben geopperd dat activiteiten gericht op het verhogen van de sociale participatie gepaard moeten gaan met cursussen ter verbetering van de sociale vaardigheden.

§ 7.4 Aangedragen oplossingsrichtingen door professionals in de wijk Noordwest

Alle geïnterviewde professionals in de wijk Noordwest vinden het goed dat eenzaamheid op de agenda staat bij de GG&GD Utrecht. De professionals hebben enkele oplossingsrichtingen en

randvoorwaarden naar voren gebracht, die vorm kunnen geven aan een aanpak van eenzaamheid. Deze oplossingsrichtingen en randvoorwaarden worden hieronder weergegeven. De professionals hebben benadrukt dat er niet één oplossing voor het eenzaamheidsprobleem is.

- Aansluiten bij bestaande activiteiten en tailoring naar behoeftes

Professionals in de wijk Noordwest hebben benadrukt dat er heel veel activiteiten worden georganiseerd voor eenzame mensen. De professionals vinden het niet noodzakelijk dat er nieuwe eenzaamheidsinterventies bijkomen. Er kan worden aangesloten bij wat er al is. Echter, het huidige aanbod sluit niet altijd aan bij bepaalde doelgroepen. Het is belangrijk om activiteiten aan te bieden die aansluiten bij de wensen en behoeften van de doelgroep. De volgende uitspraak geeft dit treffend weer: *“Laagopgeleiden willen wel kaarten en bowlen. Hoogopgeleiden willen niet klaverjassen of koffie schenken. Zij willen bijvoorbeeld deel uit maken van een leesclub. Het is belangrijk dat activiteiten meer op maat gemaakt worden,”* aldus een ouderenwerkster, werkzaam in een dienstencentrum. Het is van belang om te achterhalen waar hiaten zitten in het aanbod. Als er zaken ontbreken, kunnen er aanvullingen bedacht worden op bestaande projecten, aldus de professionals. Zo kan bijvoorbeeld de doelgroep versmald worden.

Enkele professionals hebben geopperd om aan te sluiten bij de ‘Integrale Aanpak Depressiepreventie’. Veel geïnterviewde professionals nemen deel aan de werkgroep ‘Integrale Aanpak Depressiepreventie’ die in de wijk Noordwest actief is. De werkgroep heeft drie doelen: 1) de keten van samenwerking verbeteren, 2) preventief kijken naar depressie, en 3) kwetsbaarheid signaleren. Professionals geven aan dat eenzame en depressieve mensen voor een deel dezelfde doelgroep zijn. In de wijk Noordwest heeft 23% van de inwoners te kampen met zowel stemmingsproblemen als eenzaamheid.

- Ketensamenwerking verbeteren

Professionals geven aan dat het belangrijk is om samen te werken bij een aanpak van eenzaamheid. Er zijn geluiden te horen dat er in de signalering en doorverwijzing hiaten bestaan (onder andere door een gebrek aan continuïteit in de zorg). De volgende uitspraak van een praktijkverpleegkundige, werkzaam in een huisartsenpraktijk, geeft de problematiek rond ketensamenwerking treffend weer: *“In zorgland zitten mensen te veel op eilandjes met oogkleppen op. Er moet meer openheid komen. Men moet weten van elkaar waar ze mee bezig zijn. Terugkoppeling, bijvoorbeeld door een ouderenadviseur, is daarbij essentieel. Samenwerking en terugkoppeling is van belang zodat er niet langs elkaar heen gewerkt wordt of tegen elkaar ingewerkt wordt. Op deze manier blijven signalen in beeld en voorkom je dat mensen uit beeld verdwijnen (en daardoor weer afglijden).”* Het bundelen van signalen is belangrijk, dit zal de opsporing van eenzame mensen bevorderen. De assistent wijkmanager opperde dat een meldpunt eenzaamheid een optie is. *“Professionals kunnen hun signalen doorgeven aan het meldpunt. Het meldpunt zal dan*

vervolgstappen ondernemen en bekijken wie iets met de signalen kan. Het is belangrijk dat de keten van zorg rondom een eenzaam persoon in goede banen wordt geleid”, aldus de assistent wijkmanager.

- Individuele benadering centraal stellen

Uit recent effectonderzoek komt naar voren dat signalerend huisbezoek onder ouderen die gebruik maken van extramuraal verpleeghuis- of verzorgingshuiszorg geen eenzaamheidsvermindering tot gevolg heeft, zelfs niet wanneer zij vervolgens gebruik hadden gemaakt van de welzijnsactiviteiten waar zij door bijvoorbeeld een ouderenadviseur op werden gewezen. Het doel van de interventie is er vooral op gericht geweest om door middel van netwerkontwikkeling – via het aanbieden van op contact gerichte activiteiten – de eenzaamheid te verminderen. Om het project in de toekomst succesvoller te maken, zal er een zorgvuldiger analyse gemaakt moeten worden van het eenzaamheidsprobleem. De kans is dan groot dat hulpverleners minder snel grijpen naar de vertrouwde doe-activiteiten (Fokkema & Van Tilburg, 2005; Van den Elzen & Fokkema, 2006).

De geïnterviewde ouderenadviseurs – die huisbezoeken houden – benadrukken dat huisbezoeken een goede manier zijn om bij mensen te achterhalen of er eenzaamheid speelt en zo ja, op welke manier deze eenzaamheid opgelost kan worden. Eenzaamheid is een subjectieve ervaring en daarom kunnen eenzaamheidssituaties van elkaar verschillen. Met behulp van een individueel profiel kunnen behoeften achterhaald worden en kan beter ingespeeld worden op de oorzaken van eenzaamheid. Op deze manier kan naar passende oplossingen gezocht worden, aldus de professionals.

Huisbezoeken zijn duur, maar noodzakelijk volgens de ouderenadviseurs. Eenzame mensen durven vaak niet zelf hulp te zoeken. Eenzame mensen moeten aan de hand worden genomen, ze moeten aandacht krijgen en leren om mee te doen in de maatschappij. Een individuele benadering is verder belangrijk, omdat groepsactiviteiten niet voor iedereen geschikt zijn. Voor veel mensen is het moeilijk om een (onbekende) groep binnen te stappen. En mensen met mobiliteitsproblemen of zintuiglijke problemen durven of kunnen vaak niet deelnemen aan groepsactiviteiten. Om het probleem van dure huisbezoeken te kunnen ondervangen, is het optie om vrijwilligers in te zetten, aldus de ouderenadviseurs. Vrijwilligers moeten goede begeleiding, scholing en ondersteuning krijgen. *“De taak van vrijwilligers wordt vaak onderschat. Een praatje maken met iemand die eenzaam is, niet praat en niet gezellig is, is lastig. Je moet uit bepaald hout gesneden zijn om vrijwilliger te zijn”*, aldus een ouderenadviseur.

- Zorgen voor laagdrempelig aanbod

Professionals hebben aangestipt dat laagdrempeligheid in het aanbod aan activiteiten erg belangrijk is. Deze laagdrempeligheid uit zich in een aantal aspecten:

- *Aanbod dichtbij huis*

Het activiteiten aanbod voor eenzame mensen moet dichtbij zijn, het liefst op loopafstand. Als buurthuis of dienstencentra moet je dichtbij de mensen zitten om ze te bereiken. *“Ouderen komen niet als ze twee keer met de bus moeten”*, aldus een wijkverpleegkundige, werkzaam bij een consultatiebureau voor senioren. Een voorbeeld dat werd geopperd is om in seniorenflats activiteiten te gaan organiseren.

- *Betaalbare activiteiten*

Geld kan een drempel zijn om aan activiteiten mee te doen. Er moeten weer gratis en low-budget activiteiten komen, bijvoorbeeld een koffiemorgen. Een veelgehoorde opmerking is dat de gemeente Utrecht al veel low-budget activiteiten organiseert (gebruik U-pas).

- *Bekendheid geven aan activiteiten*

In de wijk Noordwest moet duidelijk worden aangegeven wat er gaande is aan activiteiten en wat er mogelijk is. Alleen het gebruik van folders volstaat niet. Folders zijn niet altijd duidelijk en lang niet iedereen leest ze. Het is belangrijk om op algemene plaatsen, bijvoorbeeld in de supermarkt of in de huisartsenwachtkamer, het aanbod te promoten.

- *Activiteiten moeten beschikbaar zijn*

De kwantiteit van het aanbod kan verbeterd worden. Dienstencentra en buurthuizen zijn in de zomertijd en met feestdagen vaak gesloten. Een ouderenwerkster, actief in een dienstencentra heeft het belang van ontmoetingsplekken benadrukt: *“Als het dienstencentrum bijvoorbeeld drie weken dicht zit, worden mensen depressief en ziek. Als het dienstencentrum weer open gaat, dan roepen mensen dat ze niet zonder het dienstencentrum kunnen en heel depressief en eenzaam zijn geweest toen het dicht zat”*. Binnen dienstencentra en buurtcentra is vaak een tekort aan uren. Bovendien bestaan er voor sommige activiteiten wachtlijsten en andere activiteiten worden maar enkele keren per jaar aangeboden. *“Eerder was er veel meer welzijnswerk, nu veel minder. Wegens bezuinigingen zijn er dienstencentra en buurtcentra gesloten. Echter, het is belangrijk om niet op dit soort ontmoetingsplekken te bezuinigen”*, aldus de professionals.

- *Eenzaamheid niet als zodanig benoemen*

Een eenzaamheidsinterventie moet niet als zodanig benoemd worden, want dat kan een drempel zijn voor mensen om deel te nemen. Een ouderenwerkster geeft dit treffend weer: *“Eenzaam zijn impliceert dat er wat met de geest aan de hand is en mensen zijn toch niet gek of zielig. Mensen willen niet bestempeld worden.”*

- Buurt- en burgerinitiatieven stimuleren

Het stimuleren van buurt- en burgerinitiatieven sluit aan bij de laagdrempeligheid die hierboven is beschreven. Buurt- en burgerinitiatieven zijn volgens de geïnterviewden belangrijk bij een aanpak van eenzaamheid. Buurtinitiatieven hebben geen hulpverleningskarakter en zijn daardoor niet stigmatiserend. Buurtcontactpersonen kunnen als sleutelfiguren in de wijk gaan fungeren. Sleutelfiguren – waar buurtbewoners zich mee kunnen identificeren – kunnen andere buurtbewoners motiveren en activeren om mee te doen aan activiteiten. Een voorbeeld dat werd geopperd is een hardloopgroepje. Dit is een goede mogelijkheid om sociale contacten op te doen, maar er wordt geen stempel opgeplakt. Een ander voorbeeld zijn hangplekken voor ouderen. Deze ‘hangouderen’ trekken weer andere ouderen mee. Een goede wijkcampagne om het belang van buurt- en burgerinitiatieven aan te stippen is daarbij cruciaal. Buurtinitiatieven kunnen ook de sfeer in de wijk ten goede komen. Mogelijk dragen buurtinitiatieven eraan bij dat de sociale buurtcohesie verbetert. Een andere manier om de buurtcohesie te verbeteren is om bij bouwprojecten rekening te houden met mogelijke eenzaamheidsgevoelens. *“Flats zorgen al gauw voor anonimiteit. Het is belangrijk dat de buurt, woningen en flats bij mensen een gevoel oproepen dat ze erbij horen en zich betrokken voelen bij elkaar. Een gedeelde en gezamenlijke sfeer in de wijk is belangrijk”*, aldus een ouderenadviseur.

- Oplossingsrichtingen om eenzaamheid onder allochtonen aan te pakken

De Marokkaanse en Turkse zorgconsulenten hebben geopperd dat er meer betaalbare en gratis activiteiten georganiseerd moeten worden. Van belang is dat de begeleiding van activiteiten en uitjes in de eigen taal is en wordt begeleid door mensen van Turkse of Marokkaanse afkomst. Deze mensen kunnen zich verplaatsen in de cultuur en beschikken over inlevingsvermogen. Allochtone mensen hebben behoefte aan simpel en gezellig aanbod, bijvoorbeeld samen bewegen, samen eten klaar maken, en knutselen in buurthuizen. De aanwezige activiteiten moeten gepromoot worden door een goede uitnodiging in de buurt.

De sociaal cultureel werkster heeft onder allochtone vrouwen gepeild waar behoefte aan is. Allochtone vrouwen geven aan dat ze behoefte hebben aan een maatje, aan contact, aan aandacht en liefde, en aan een plek waar ze elke dag gezellig kunnen samenkomen (open inloop). Deze behoeftes kunnen vervuld worden door meer (goedkope) activiteiten te organiseren in buurtcentra en dienstencentra. Volgens de sociaal cultureel werkster kan de GG&GD een grote rol vervullen bij de aanpak van eenzaamheid als samenwerkende partner van Portes, een grote welzijnsorganisatie in de wijk Noordwest. *“De GG&GD Utrecht en Portes moeten zichtbaar zijn in de wijk. Mensen moeten met open armen worden ontvangen. Als ze het gevoel krijgen welkom te zijn, dan komen ze vanzelf naar activiteiten.”*

- Aanpak eenzaamheid vergt veel tijd

“De aanpak van eenzaamheid vraagt om een lange adem. *“Het is van belang dat eenzaamheid een agendapunt blijft binnen de GG&GD en dat de aandacht voor het thema niet wegebt”*, aldus een assistent wijkmanager. Er zal veel tijd geïnvesteerd worden om wat aan eenzaamheid te doen. Er zullen veel professionals en organisaties betrokken moeten worden om te komen tot een effectieve aanpak van eenzaamheid.

8. De complexiteit van het verschijnsel eenzaamheid

§ 8.1 Eenzaamheid op de gemeentelijke agenda

Het onderwerp eenzaamheid staat hoog op de agenda bij de GG&GD Utrecht. Enerzijds vanwege hoge eenzaamheidscijfers in Utrecht en anderzijds vanwege het feit dat eenzaamheid nadelige effecten heeft op de gezondheid van mensen. Dit is aanleiding geweest opdracht te geven een aanpak eenzaamheid te ontwikkelen en deze als pilot uit te voeren in de wijk Noordwest in Utrecht. Om vat te krijgen op het onderwerp eenzaamheid, is het wenselijk te weten onder welke groepen eenzaamheid vooral optreedt. Voor het duiden van risicogroepen zijn univariate en multivariate analyses verricht met behulp van gegevens van 3.630 Utrechters van 16 jaar en ouder, verkregen middels de Utrechtse Gezondheidsspeiling 2006. Daarnaast zijn interviews gehouden met professionals in de wijk Noordwest, om te achterhalen wat zij als risicogroepen en interventiemogelijkheden voor eenzaamheid zien.

§ 8.2 Omvang eenzaamheidsprobleem in Utrecht en de wijk Noordwest

Van de Utrechtse bevolking van 16 jaar en ouder is 26% matig eenzaam en 7% is ernstig eenzaam. Naar inhoud bekeken is 11% van de Utrechters emotioneel eenzaam, 24% is sociaal eenzaam en 9% is zowel emotioneel als sociaal eenzaam. Deze cijfers lijken erg hoog te zijn, maar vergeleken met landelijke cijfers scoort Utrecht niet slecht. Eenzaamheidsschattingen in Nederland tonen aan dat ongeveer 30% van de Nederlanders eenzaam is: 20% is matig eenzaam en 10% is sterk eenzaam (Van Tilburg, 2007a). De wijk Noordwest verschilt op drie punten significant van Utrecht: Noordwest kent meer ernstige eenzaamheid, meer emotionele eenzaamheid en het percentage emotioneel én sociaal eenzamen ligt hoger. Deze hogere eenzaamheidscijfers in de wijk Noordwest worden herkend door de geïnterviewde professionals.

§ 8.3 Risicogroepen voor eenzaamheid in Utrecht

Uit dit onderzoek komt heel duidelijk naar voren dat eenzaamheid samenhangt met zeer veel verschillende factoren. In tabel 8.1 zijn de univariate en multivariate uitkomsten weergegeven, evenals de uitkomsten van de interviews met professionals in de wijk Noordwest, en de bevindingen uit de literatuur. De univariate en multivariate uitkomsten hebben betrekking op Utrecht als geheel⁷. De inzichten van professionals in Noordwest kunnen gegeneraliseerd worden naar Utrecht.

⁷ Hoewel eenzaamheid in de wijk Noordwest verhoogd voor (zie paragraaf 8.2), zijn er bij de univariate analyses weinig significante verschillen gevonden tussen Utrecht als geheel en de wijk Noordwest wanneer men kijkt naar de verschillende risicogroepen voor eenzaamheid. Vandaar dat in de beschrijving van de risicogroepen wordt gefocust op Utrecht als geheel.

Tabel 8.1 Overeenkomsten en verschillen univariate en multivariate uitkomsten, inzichten professionals en literatuuronderzoek *

Risicogroepen	Univariaat	Professionals	Multivariaat matige eenzaamheid	Multivariaat ernstige eenzaamheid	Literatuur
Sociaaldemografische factoren					
Geslacht: man	X	X	V	X	o
Leeftijd: alle leeftijden	V	V	V	V	o
Allochtone afkomst (Turken en Marokkanen)	V	V	V	V	-
Gescheiden / weduwstaat	V	V	V	V	V
Alleen wonen / eenoudergezin	V	V	X	X	Alleen wonen: o Eenoudergezin: V
Sociaaleconomische factoren					
(zeer) laag opleidingsniveau	V	V	V	X	V
Laag inkomen	V	V	X	X	V
Uitkering / werkloos	V	V	X	X	V (ook pensioen)
Moeite met rondkomen	V	V	X	V	-
Psychosociale factoren					
Stemmingsproblemen	V	V	V	V	V
Een of meerdere vormen van angststoornis	V	V	V	V	V
Problematisch alcoholgebruik	V	X	X	X	-
Gezondheid / lichamelijke beperkingen					
Slecht ervaren gezondheid	V	V	X	X	V
Ziekten en aandoeningen	V	V	X	X	V
Door ziekte of aandoening belemmerd bij het uitvoeren dagelijkse bezigheden	V	V	X	X	V
Overgewicht / obesitas	V	X	X	X	-
Woonomstandigheden					
Ontevredenheid woonomgeving	V	V	V	X	V
Ontevredenheid woning	V	V	X	V	V
Lage sociale buurtcohesie	V	V	V	V	-
'Overige' factoren					
Mantelzorg geven	X	V	X	X	V
Ooit slachtoffer van huiselijk geweld geweest	V	X	X	X	-
<i>Persoonlijkheidsfactoren</i>	x	V	x	x	V
<i>Hoge relatiestandaards</i>	x	X	x	x	V
<i>Geen invulling kunnen geven aan dagen</i>	x	V	x	x	-
<i>Maatschappelijke ontwikkelingen</i>	x	V	x	x	V
<i>Wonen in bejaardentehuizen, verpleeg- en verzorgingstehuizen</i>	x	X	x	x	V
<i>Verhuizing</i>	x	X	x	x	V
<i>Homoseksualiteit</i>	x	V	x	x	-
<i>Het hebben van een dementerende partner</i>	x	V	x	x	-

* V = risicofactor / risicogroep voor eenzaamheid; X = geen risicofactor / risicogroep voor eenzaamheid; o = geen overeenstemming in literatuur; - = geen informatie beschikbaar; x = niet gemeten in Gezondheidspeiling

Uit tabel 8.1 kan geconcludeerd worden dat eenzaamheid met vrijwel alle univariaat getoetste factoren samenhangt. Professionals herkennen ook bijna al deze factoren. Daarnaast benoemden ze nog enkele andere factoren die niet met de Gezondheidspeiling werden gemeten. Ze benadrukten het belang van persoonlijkheidskenmerken en maatschappelijke factoren bij het ontstaan van eenzaamheid. Deze factoren komen ook in de literatuur naar voren. Bij persoonlijke factoren kan gedacht worden aan een tekort aan sociale vaardigheden, de toegenomen individualisering is een voorbeeld van een maatschappelijke tendens in de samenleving.

Naast de univariate toetsing, is multivariaat – middels logistische regressieanalyse – geanalyseerd welke factoren het sterkst bijdragen aan eenzaamheid. Deze toetsing laat zien dat er nog steeds veel risicogroepen voor eenzaamheid overblijven, weten mensen met stemmingsproblemen en angststoornissen, mensen die een partner missen (scheiding en weduwstaat), mensen die een lage sociale cohesie ervaren in de buurt, mensen die ontevreden zijn over hun woning, mensen die moeite hebben met rondkomen en mensen van middelbare leeftijd.. Deze bevindingen worden ondersteund door de professionals in de wijk Noordwest, door de univariate uitkomsten, en door bevindingen uit de literatuur. Uit de multivariate analyse voor ernstige eenzaamheid blijkt dat etniciteit niet onafhankelijk bijdraagt aan eenzaamheid. Echter, door professionals in de wijk Noordwest worden Turkse en Marokkaanse Utrechters als belangrijke risicogroep gezien. Opvallend is verder dat alle gezondheidsfactoren wegvallen bij de multivariate toetsing, terwijl deze in de literatuur en door professionals genoemd worden als belangrijke risicofactor. In de toekomst zal de relatie tussen eenzaamheid en gezondheidsfactoren scherper onderzocht moeten worden. In de multivariate analyses zijn de factoren die betrekking hebben op de gezondheid en het functioneren van 55-plussers niet meegenomen, vanwege de keuze om risicogroepen voor de gehele Utrechtse bevolking van 16 jaar en ouder in kaart te brengen. Deze keuze is gemaakt, omdat uit de eerste univariate analyses bleek dat eenzaamheid niet alleen ouderen treft. Uit de univariate analyses – niet opgenomen in tabel 8.1 – blijkt wel dat vergeetachtigheid, beperkingen in het dagelijks functioneren, en gehoor, - gezicht en mobiliteitsproblemen onder 55-plussers, een sterke samenhang vertonen met eenzaamheid. In vervolgonderzoek zou deze samenhang verder onderzocht kunnen worden.

§ 8.4 Sterke en zwakke punten onderzoek

Het onderzoek kent een aantal sterke punten. Allereerst is de steekproef van voldoende grootte: 3.630 respondenten in Utrecht en 527 in de wijk Noordwest. De steekproef is voldoende representatief. Ten tweede is de respons, door de intensieve wijze van benadering van de Gezondheidspeiling, hoog in zowel Utrecht (58%) als de wijk Noordwest (54%). Verder is de Gezondheidspeiling gebaseerd op anonieme zelfrapportage en dat draagt bij aan de betrouwbaarheid van de resultaten. Het probleem van sociale wenselijkheid wordt geprobeerd te ondervangen door de anonieme afname. Gezien de hoge eenzaamheidscijfers ligt het niet in de verwachting dat respondenten de eenzaamheidsschaal sociaal wenselijk hebben ingevuld. Dit hangt mogelijk samen

met het feit dat in de eenzaamheidsschaal het woord eenzaamheid niet voorkomt. Indirecte vragen naar eenzaamheid zullen minder snel leiden tot onderrapportage dan wanneer men direct vraagt of iemand eenzaam is (taboe wat op eenzaamheid). Tot slot is op verschillende manieren in kaart gebracht welke risicogroepen voor eenzaamheid aanwezig zijn in Utrecht en de wijk Noordwest: er is univariaat en multivariaat getoetst, alsook toetsing aan de praktijk door middel van interviews. Het aantal interviews is voldoende, na enkele interviews waren er al punten van verzadiging bereikt in de gegeven antwoorden.

Het onderzoek kent ook enkele zwakke punten. De Gezondheidspeiling is een cross-sectionele studie, hier is ook de meeste literatuur rond eenzaamheid op gebaseerd. Er is sprake van één meetmoment, waardoor het aantonen van causaliteit niet mogelijk is. De relatie tussen eenzaamheid en bijvoorbeeld stemmingsproblemen kan niet op causaliteit beoordeeld worden, er kan hoogstens gesproken worden over een gevonden associatie. In dit onderzoeksrapport wordt de term ‘factoren die een risico vormen voor eenzaamheid’ gebruikt en dat impliceert dat er sprake is van causaliteit. Echter, vanwege hierboven genoemde redenen mag niet gesproken worden over causaliteit. Om causale relaties aan te kunnen tonen is longitudinaal onderzoek nodig. Vervolgonderzoek zou zich meer kunnen toespitsen op deze vorm van onderzoek.

De Gezondheidspeiling is niet vertaald en dit kan invloed hebben op de antwoorden die gegeven zijn door etnische groepen, al was het wel mogelijk de vragenlijst met hulp van een tolk in te vullen. De items op de eenzaamheidsschaal kunnen bijvoorbeeld verkeerd gelezen (taalprobleem) of geïnterpreteerd worden (andere perceptie op vragen). De eenzaamheidsschaal is niet gevalideerd voor allochtonen (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 1999). Voorzichtigheid is geboden met de interpretatie van de kwantitatieve uitkomsten die betrekking hebben op allochtonen.

Ten tijde van de interviewronde waren de multivariate uitkomsten nog niet beschikbaar, en daardoor is de reactie van de professionals op het wegvallen van enkele risicogroepen niet getoetst. Echter, de professionals waren stellig over de door hen ingebrachte risicogroepen. Ze hebben duidelijk aangegeven hoe het komt dat volgens hen mensen eenzaam worden.

Bewoners van verpleeghuizen zijn uitgesloten in de Gezondheidspeiling. Zij kunnen echter wel een risicogroep vormen voor eenzaamheid (Fokkema & Stevens, 2007a). Daarnaast is geen onderzoek gedaan naar de non-respons van ernstig eenzame mensen ten opzichte van niet-eenzame Utrechters.

§ 8.4.1 Discussie gebruik eenzaamheidsschaal: veel eenzame Utrechters of een grove maat?

Het matige eenzaamheidspercentage in Utrecht van 26% lijkt hoog te zijn, maar wordt mogelijk verklaard door de brede range van 3 t/m 8 op de eenzaamheidsschaal. Er is geen ‘gouden standaard’ waaraan het afkappunt van drie getoetst kan worden. De afkapwaarden van de eenzaamheidsschaal zijn gebaseerd op zelfbeoordelingen van eenzaamheid. Ze zijn tentatief en moeten

in de praktijk hun waarde bewijzen (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 1999). Mogelijk is de schaal toch te weinig onderscheidend voor matige eenzaamheid.

Een andere mogelijke verklaring voor het hoge percentage matig eenzamen ligt in het feit dat de antwoordcategorie ‘min of meer’ niet beschouwd wordt als neutraal antwoord, maar als een indicator voor eenzaamheid. De reden hiervoor is dat niet alle mensen in hun beantwoording gemakkelijk zullen toegeven dat ze eenzaam zijn (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2007c).

Een ander punt van kritiek op de eenzaamheidsschaal ligt erin dat de schaal zich alleen concentreert op gevoelens van gemis (met het onderscheid naar emotionele en sociale eenzaamheid). De schaal houdt geen rekening met tijdelijke en langdurige eenzaamheid. Tijdelijke eenzaamheid is vaak situatiebepaald (bijvoorbeeld na een verhuizing). Door professionals in de wijk Noordwest werd benadrukt dat tijdelijke eenzaamheid soms bij het leven hoort. Ook uit de literatuur blijkt dat (bijna) iedereen in bepaalde fasen van het leven te maken krijgt met een bepaalde mate van eenzaamheid (Heinrich & Gullone, 2006). Voor gezondheidsrisico's is langdurige eenzaamheid relevanter, hiervoor is de schaal echter niet onderscheidend.

De eenzaamheidsschaal valt dus te bediscussiëren. Echter, de schaal is tot stand gekomen op basis van jarenlang onderzoek door experts op het gebied van eenzaamheid en er is in Nederland geen betere schaal voorhanden.

§ 8.5 Aanbevelingen en interventierichtingen

Tot slot worden enkele aanbevelingen gedaan waar de GG&GD Utrecht rekening mee kan houden bij de aanpak van eenzaamheid:

§ 8.5.1 Focus op ernstig eenzamen

Op basis van bovenstaande kritiek op de eenzaamheidsschaal wordt geadviseerd dat de GG&GD zich hoofdzakelijk moet richten op ernstig eenzame mensen. Het is niet wenselijk om de grote groep matig eenzame Utrechters (26%) te helpen en intensief te begeleiden. De groep is te groot om specifiek beleid op in te zetten. Wel kan een bewustwordingscampagne bijdragen om het taboe rond eenzaamheid te doorbreken en mensen attent te maken op bestaande sociale activiteiten. Mogelijk kan hier een preventieve werking van uitgaan.

§ 8.5.2 Opsporing eenzame mensen verbeteren

Uit de literatuur (Fokkema & Van Tilburg, 2005) en uit interviews met professionals blijkt dat de opsporing van eenzame mensen moeilijk is. Professionals hebben aangegeven dat een groot deel van de eenzame mensen onzichtbaar is, omdat ze de deur niet uitkomen. Er is sprake van veel verborgen eenzaamheid. Uit dit onderzoek zijn drie mogelijkheden naar voren gekomen om de opsporing van eenzame mensen te verbeteren.

1. Inzicht in risicogroepen: hulpmiddel bij opsporing eenzame mensen

Allereerst kan inzicht in de risicogroepen voor eenzaamheid een hulpmiddel zijn bij de opsporing van eenzame mensen. Eenzaamheid hangt met zoveel factoren samen dat bij de opsporing geadviseerd wordt om te focussen op de factoren die onafhankelijk bijdragen aan ernstige eenzaamheid en deze groepen passend aanbod te bieden. Mensen die kampen met stemmingproblemen en angst, mensen die gescheiden of verweduwd zijn, en mensen van middelbare leeftijd kunnen gezien worden als belangrijke risicogroepen voor ernstige eenzaamheid. Inzicht in deze groepen kan professionals handvatten bieden om eenzame mensen in kaart te brengen. Echter, twee kanttekeningen zijn hierbij op zijn plaats:

1) Leeftijd, burgerlijke staat, moeite met rondkomen, stemmingsproblemen, angst, ontevredenheid met de woning en een lage buurtcohesie verklaren voor bijna 50% ernstige eenzaamheid. Dit betekent dat er nog andere, niet gemeten, factoren een rol spelen. Daarbij kan gedacht worden aan de persoonkenmerken en maatschappelijke factoren die door professionals en in de literatuur zijn benoemd. Ook deze factoren moeten in het vizier zijn wil men de opsporing van eenzame mensen bevorderen. In nog sterkere mate geldt dit voor matige eenzaamheid (verklaarde variantie van 20%).

2) Gescheiden mensen en verweduwde mensen zijn relatief gemakkelijk op te sporen. Binnen deze groep is de kans groot dat men eenzaamheid aantreft. Echter, het is bij de opsporing en het bepalen van beleid, is het ook van belang om te kijken naar de omvanggroottes van de betreffende groepen. Gescheiden mensen vormen wel een risicogroep voor ernstige eenzaamheid, maar qua omvang is er een grotere groep ernstig eenzamen onder de gehuwden. In bijlage 5 zijn deze omvangschattingen terug te vinden.

2. Professionals wijzen op hun signalerende rol

Het gerapporteerde zorggebruik laat zien dat eenzame mensen wel degelijk gebruik maken van zorg en dus de deur uit komen. In de wijk Noordwest is 92% van de ernstig eenzamen het afgelopen jaar bij de huisarts geweest, ten opzichte van 70% van de niet-eenzamen. Daarnaast maken ernstig eenzame mensen gebruik van geestelijke gezondheidszorginstellingen, van maatschappelijk werk en van de thuiszorg. Opvallend is dat ernstig eenzame mensen gebruik maken van maatschappelijk werk, terwijl de geïnterviewde maatschappelijk werkers hebben aangegeven dat ze weinig met eenzame mensen in aanraking komen. Eenzame mensen zijn minder onzichtbaar als verondersteld wordt door de professionals. Het is belangrijk om professionals en instanties te wijzen op hun signalerende rol op het gebied van eenzaamheid. Dit kan door hen inzicht te bieden in de risicogroepen voor eenzaamheid.

3. Individuele benadering

Professionals hebben benadrukt dat huisbezoeken een goede manier zijn om bij mensen te achterhalen of er eenzaamheid speelt. Deze individuele benadering is tijdrovend en duur, maar het is wel een geschikte manier om eenzame mensen op te sporen. Wanneer tijdens een huisbezoek blijkt dat

iemand eenzaam is, kan gezocht worden naar de achterliggende oorzaken van eenzaamheid en kunnen passende oplossingen bedacht worden. Deze individuele benadering sluit goed aan bij het subjectieve en persoonlijke karakter dat kenmerkend is voor eenzaamheid. Bovendien kan tijdens een huisbezoek naar sleutels gezocht worden waarop eenzame mensen te motiveren zijn om iets aan hun eenzaamheid te doen. Professionals hebben benadrukt dat het lastig is om eenzame mensen te wijzen op het nut van eenzaamheidsinterventies. Echter, wil een interventie effectief zijn dan is motivatie een vereiste.

§ 8.5.3 Gezamenlijke aanpak eenzaamheid en depressie

In de wijk Noordwest loopt het project ‘Integrale Aanpak Depressiepreventie’. Kenmerk van deze aanpak is dat er, naast psychosociale gezondheid zelf, ook gefocust wordt op het opheffen van sociale isolatie onder ouderen (Roelofs en Van Bergen, 2008). Het verdient aanbeveling om met de aanpak van eenzaamheid aan te sluiten bij dit project. Dit wordt ondersteund door de geïnterviewde professionals in de wijk Noordwest, die veelal actief zijn in de werkgroep ‘Integrale Aanpak Depressiepreventie’. Eenzame en depressieve mensen zijn deels dezelfde doelgroep: 23% van de mensen in wijk Noordwest kampen zowel met eenzaamheid als met stemmingsproblemen. Daarnaast komen stemmingsproblemen, zowel in Utrecht als in de wijk Noordwest, naar voren als belangrijkste onafhankelijk bijdragende factor voor eenzaamheid (hoge odds ratio’s). Uit de literatuur komt bovendien naar voren dat de richting van de samenhang ook andersom gezien kan worden (eenzaamheid als onafhankelijk bijdragende factor voor depressie) (Cacioppo & Hughes, 2006). Eenzaamheid en depressie kunnen dus een risico voor elkaar vormen en dat maakt een gezamenlijke aanpak legitiem. Verder blijkt dat eenzame mensen een grote behoefte hebben aan informatie over eenzaamheid én depressie. Via een gezamenlijke aanpak kan ingespeeld worden op deze behoeften. Het verdient aanbeveling om na te gaan hoe met de aanpak van eenzaamheid aangehaakt kan worden bij de ‘Integrale Aanpak Depressiepreventie’.

§ 8.5.4 Aansluiten bij bestaande activiteiten in de wijk Noordwest

Uit de inventarisatie van bestaande activiteiten in de wijk Noordwest is gebleken dat er zeer veel diverse activiteiten gaande zijn, die (zijdelings) tot doel hebben om eenzaamheid te verminderen. Deze activiteiten worden uitgevoerd door een grote diversiteit aan organisaties. Veel van de georganiseerde activiteiten zijn een vorm van sociaal-culturele activering, en focussen op netwerkontwikkeling via de vergroting van iemands sociale participatie. Echter uit de literatuur is bekend dat er voor het vergroten van iemands sociale netwerk meer nodig is dan alleen het verhogen van iemands sociale participatie. Ook het verbeteren van persoonskenmerken, als sociale vaardigheden en omgangsvormen, is van belang (Fokkema & Van Tilburg, 2005). Professionals in de wijk Noordwest hebben deze persoonskenmerken nog niet zo op het netvlies staan. Ze benadrukten dat

aansluiting bij bestaande activiteiten gewenst is, maar dan verdient het wel aanbeveling om binnen die activiteiten ook aandacht te besteden aan persoonskenmerken.

Uit de gerapporteerde informatiebehoefte van eenzame mensen blijkt dat er behoefte is aan ontmoetingsplekken en sociaal-culturele activiteiten. Echter, uit de inventarisatie van bestaande activiteiten blijkt dat er in de wijk Noordwest al veel buurthuizen en dienstencentra zijn waar mensen elkaar kunnen ontmoeten en samen kunnen deelnemen aan activiteiten. Het verdient aanbeveling om het bestaande aanbod beter te promoten in de wijk en daar is een belangrijke rol weggelegd voor de welzijnsorganisatie Portes in de wijk Noordwest.

Uit de kwantitatieve analyses blijkt verder heel duidelijk dat eenzaamheid niet alleen een probleem is onder ouderen, maar ook onder mensen van middelbare leeftijd. Het is belangrijk om bij een aanpak eenzaamheid niet alleen te focussen op ouderen. Er moeten manieren gezocht worden om mensen van middelbare leeftijd te stimuleren aan activiteiten deel te nemen. Geïnterviewde professionals hebben namelijk benadrukt dat het vooral ouderen zijn die deelnemen aan activiteiten.

Tot slot: Eenzaamheid is een complex probleem dat met heel veel verschillende factoren samenhangt. De opsporing van eenzame mensen en de aanpak van eenzaamheid vergen tijd. Er moet structurele aandacht komen voor het probleem, dus de komende vier jaar moet het onderwerp psychosociale gezondheid weer een plek krijgen op de gemeentelijke agenda.

9. Literatuur

- Andersson, L. Intervention against loneliness in a group of elderly women: An impact evaluation. *Social Science Medicine*, 20, p. 355-365.
- Bouwman-Notenboom, J. (2007). Gezondheidspeiling 2006. Interne rapportage. Dataverzameling. Gemeente Utrecht, GG&GD.
- Broese van Groenou, M. (2007) Deelname aan activiteiten. In: Tilburg, T. van., Jong Gierveld, J. de. (red). (2007). Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak. Assen: Van Gorcum Uitgeverij. p. 60-64.
- Broese van Groenou, M., Tilburg, T. van. (2007). Andere persoonlijke relaties. In: Tilburg, T. van., Jong Gierveld, J. de. (red). (2007). Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak. Assen: Van Gorcum Uitgeverij. p. 51-59.
- Cacioppo, J.T., Hughes, M.E. (2006). Loneliness as a Specific Risk Factor for Depressive Symptoms: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses. *Psychology and Aging*, 21, 1, p. 140–151
- Candel, M. J. J. M. (2001). Meten van Probleemgedrag t.a.v. alcoholconsumptie. Rapportage van de Schaalanalyse (Measuring problem behaviour as oppose to alcohol consumption; Report of the Scale Analysis). Internal report Maastricht University.
- 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.
- Cattan, M., White, M., Bond, J., Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25, p. 41-67.
- Dykstra, P.A. (2007). Relatiestandaards. In: Tilburg, T. van., Jong Gierveld, J. de. (red). (2007). Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak. Assen: Van Gorcum Uitgeverij. p. 74-80.
- Elzen, A.J., van den., Fokkema, T. (2006). Huisbezoeken bij ouderen in Leiden: een onderzoek naar het effect op eenzaamheid. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 37, p. 142-146.

Fokkema, T., Knipscheer, K. (2006). Digitaal eenzaamheid te lijf. Kwantitatieve evaluatie van een Nederlands experiment om met ICT uit de eenzaamheid te geraken. *Gedrag & Gezondheid*, 34, p. 167-181.

Fokkema, T., Stevens, N. (2007a). Interventieprojecten uitgelicht. In: Tilburg, T. van., Jong Gierveld, J. de. (red). (2007). *Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum Uitgeverij. p. 100-104.

Fokkema, T., Stevens, N. (2007b). Typen van interventies. In: Tilburg, T. van., Jong Gierveld, J. de. (red). (2007). *Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum Uitgeverij. p. 95-99.

Fokkema, T., Steyaert, J. (2005). Achter de geraniums of achter het computerscherm. ICT als middel ter beschrijving van eenzaamheid bij ouderen. *Sociale interventie*, 2, p. 19-29.

Fokkema, T., Tongeren, L., van. (2005). How to Esc@pe loneliness? Kwalitatieve evaluatie van een experiment om met ICT uit eenzaamheid te geraken. *Sociale Interventie*, 14, p. 15-28.

Fokkema, T., Tilburg, T.G., van. (2005). Aanpak van eenzaamheid: Helpt het? Een vergelijkend effect- en procesevaluatieonderzoek naar interventies ter voorkoming en vermindering van eenzaamheid onder ouderen. Den Haag, Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut, rapport no. 69.

Gemeente Utrecht. (2008a). *Beweging in gezondheid, Utrecht gezonder in 2010. Actieprogramma Volksgezondheid 2007-2010*. Gemeente Utrecht, GG&GD.

Gemeente Utrecht (2008b). *Gezond voelen, gezond zijn en gezond blijven*. GG&GD Utrecht: dienst met een missie. Gemeente Utrecht, GG&GD.

Heinrich, L.M., Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26, p. 695-718.

Jong Gierveld, J. de. (1998). A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8, p. 73-80.

Jong Gierveld, J., de. (2007). Persoonlijke banden – maatschappelijke randvoorwaarden. In: Tilburg, T. van., Jong Gierveld, J. de. (red). (2007). Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak. Assen: Van Gorcum Uitgeverij. p. 81-86.

Jong Gierveld, J. de., Tilburg, T. van. (1999). Manual of the Loneliness Scale . Department of Social Research Methodology, Vrije Universiteit Amsterdam.

Jong Gierveld, J. de, Tilburg, T. van. (2007a). Inleiding. In: Tilburg, T. van., Jong Gierveld, J. de. (red). (2007). Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak. Assen: Van Gorcum Uitgeverij. p. 1-3.

Jong Gierveld, J. de, Tilburg, T. van. (2007b). Uitwerking en definitie van het begrip eenzaamheid. In: Tilburg, T. van., Jong Gierveld, J. de. (red). (2007). Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak. Assen: Van Gorcum Uitgeverij. p. 7-14.

Jong Gierveld, J. de, Tilburg, T. van. (2007c). Het vaststellen van eenzaamheid. In: Tilburg, T. van., Jong Gierveld, J. de. (red). (2007). Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak. Assen: Van Gorcum Uitgeverij. p. 15-23.

Kessler, R.C. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), p. 959-976.

Kordelaar, K., van., Pleiter, A., Stevens, N. (2004) Goed gezelschap in een groot huis: een programma gericht op bevordering van sociaal contact in een verzorgingshuis. Centrum voor psychogerontologie, Radboud Universiteit, Nijmegen.

Lunaigh, C.O., Lawlor, B.A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, p. 1213-1221.

RMO (Raad voor Maatschappelijke ontwikkeling). (1997). Vereenzaming in de samenleving. Sdu Uitgevers, Den Haag.

Roelofs, J., Bergen, A. van. (2008). Psychosociale Gezondheid. Plan van aanpak. Gemeente Utrecht, GG&GD.

Routasalo, P., Pitkala, K.H. (2003). Loneliness among older people. *Reviews in Clinical Gerontology*, 12, p. 303-311.

Stevens, N. (2001). Combating loneliness: A friendship enrichment programme for older women. *Ageing and Society*, 21(2), p.183-202.

Stevens, N. (2007). Verwerking van eenzaamheid. In: Tilburg, T. van., Jong Gierveld, J. de. (red). (2007). *Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum Uitgeverij. p. 89-94.

Stevens, N., Albrecht, H. (1995). *De vriendschapskursus voor oudere vrouwen*. Centrum voor psychogerontologie, Radboud Universiteit, Nijmegen.

Stevens, N., & van Tilburg, T.G. (2000). Stimulating friendship in later life: A strategy for reducing loneliness among older women. *Educational Gerontology*, 26(1), p.15-35.

Stevens, N., Martina, C.M.S. (2006a). Eenzaamheidsinterventies bij ouderen: ordening en effectiviteit. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 37, p. 44-50.

Stevens, N., Martina, C.M.S. (2006b). Breaking the cycle of loneliness? Psychological effects of a friendship enrichment program for older women. *Aging & Mental Health*, 10(5), p.467-475.

Stevens, N., Martina, C.M.S., Westerhof, G.J. (2006). Meeting the need to belong: predicting effects of a friendship enrichment program for older woman. *The Gerontologist*, 46(4), p.495-502.

Thomése, F. (2007). Woonomgeving. In: Tilburg, T. van., Jong Gierveld, J. de. (red). (2007). *Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum Uitgeverij. p. 65-73.

Tilburg, T. van. (2007a). Prevalentie. In: Tilburg, T. van., Jong Gierveld, J. de. (red). (2007). *Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum Uitgeverij. p. 24-30.

Tilburg, T. van. (2007b). Typen van eenzaamheid. In: Tilburg, T. van., Jong Gierveld, J. de. (red). (2007). *Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum Uitgeverij. p. 31-37.

Tilburg, T. van. (2007c). De partner. In: Tilburg, T. van., Jong Gierveld, J. de. (red). (2007). *Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum Uitgeverij. p. 41-50.

Victor, C., Scambler, S., Bond, J., Bowling, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10, p. 407-417.

Vleems, R. (2009). Tabellenboek eenzaamheid. Utrechtse bevolking van 16 jaar en ouder. Gemeente Utrecht, GG&GD.

10. Bijlagen

Bijlage 1. Beschrijving uitkomsten univariate analyses

In deze bijlage zal uitgebreid worden ingegaan op de (univariate) samenhang tussen (matige en ernstige) eenzaamheid en 1) sociaaldemografische factoren, 2) sociaal-economische factoren, 3) psychosociale factoren, 4) gezondheid / lichamelijke beperkingen, 5) woonomstandigheden, 6) ‘overige’ factoren. Er zal hier niet worden ingegaan op de uitkomsten betreffende de emotionele en sociale eenzaamheid, omdat de conclusies die gelden voor matige en ernstige eenzaamheid overeen komen met de conclusies die gelden voor emotionele en sociale eenzaamheid. Voor cijfermatige informatie wordt verwezen naar hoofdstuk 3 t/m 8 van het Tabellenboek Eenzaamheid.

1. Sociaaldemografische factoren

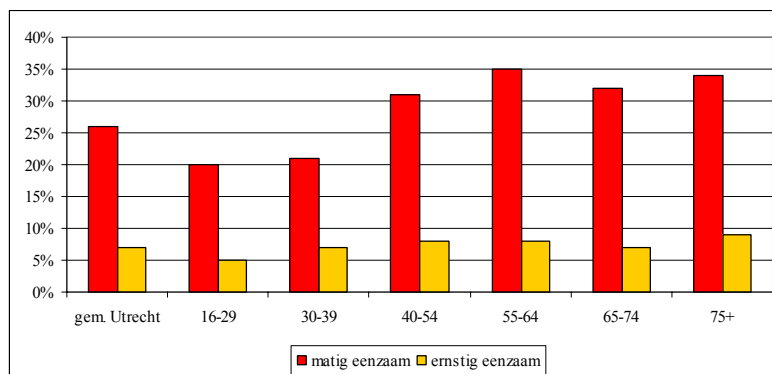
Uit de univariate onderzoeksresultaten blijkt dat van de sociaaldemografische factoren leeftijd, etniciteit, burgerlijke staat en gezinssituatie gerelateerd zijn aan matige en ernstige eenzaamheid in Utrecht. Geslacht is niet gerelateerd aan matige en ernstige eenzaamheid.

- Geslacht

Geslacht hangt niet samen met matige en ernstige eenzaamheid.

- Leeftijd

Eenzaamheid komt niet alleen voor bij de oudste ouderen. Bij matige eenzaamheid ligt de scheidslijn bij veertig jaar. Mensen boven de veertig jaar zijn over het algemeen meer matig eenzaam dan mensen onder de veertig jaar. De ernstige eenzaamheidspercentages verschillen nauwelijks tussen de verschillende leeftijdsgroepen. Deze bevindingen zijn weergegeven in figuur 1.

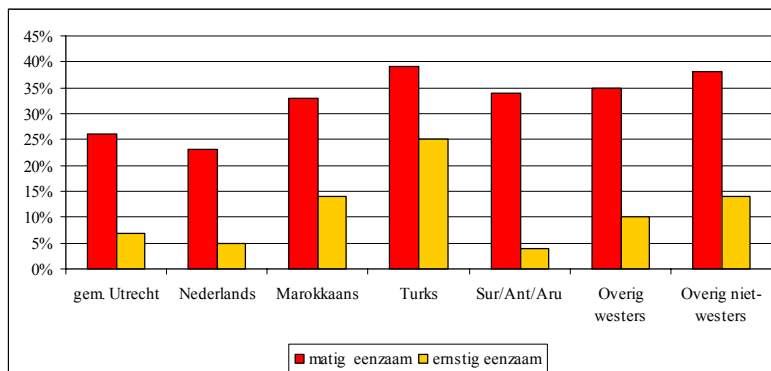


Figuur 1: Matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar leeftijd

- Etniciteit

Autochtone Utrechters kennen minder matige eenzaamheid in vergelijking met allochtone Utrechters. Onder allochtonen komt eenzaamheid verhoogd voor ten opzichte van het gemiddelde. De eenzaamheidscijfers onder Surinamers, Antillianen en Arubanen wijken niet significant af van het gemiddelde in Utrecht. Onder deze groep komt dus niet meer eenzaamheid voor dan gemiddeld in Utrecht. Opvallend is de hoge score op ernstige eenzaamheid (25%) onder de Turken. Naast Turken, scoren ook Marokkanen en de groep overig niet-westers

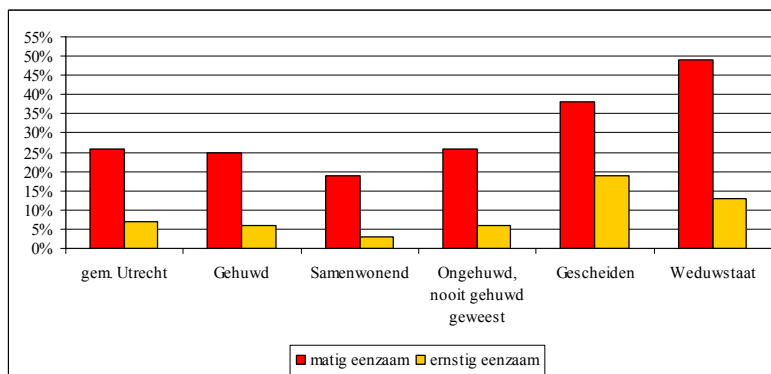
hoog op ernstige eenzaamheid. In figuur 2 worden de verschillen in matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar etniciteit.



Figuur 2: Matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar etniciteit

- Burgerlijke staat

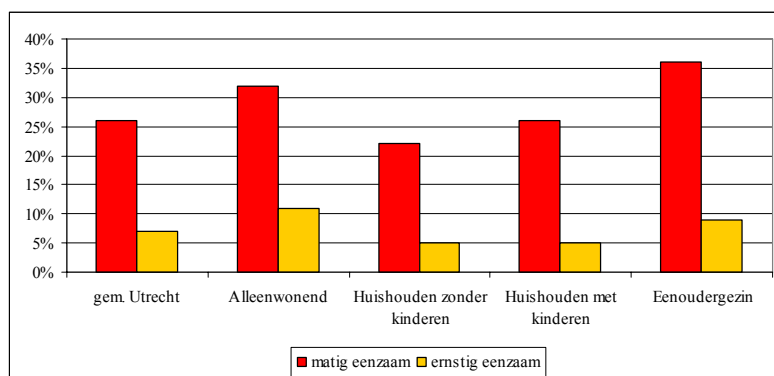
Gescheiden mensen en weduwen en weduwnaars zijn eenzamer dan ongehuwde mensen, samenwonenden en gehuwden. Van de weduwen en weduwnaars is bijna de helft matig eenzaam. Dit wordt geïllustreerd in figuur 3.



Figuur 3: Matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar burgerlijke staat

- Gezinsituatie

Alleenwonenden en eenoudergezinnen kennen meer eenzaamheid dan mensen die deel uitmaken van een huishouden zonder kinderen of een huishouden met kinderen. In figuur 4 worden de verschillen naar gezinsituatie grafisch weergegeven.



Figuur 4: Matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar gezinssituatie

- Samenhang tussen eenzaamheid en sociaaldemografische factoren in de wijk Noordwest

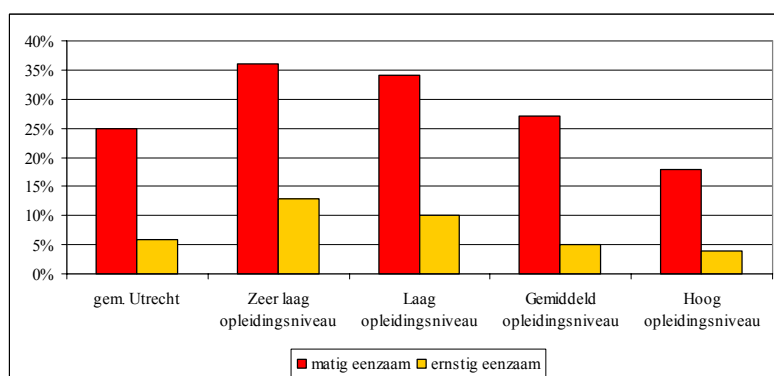
Van de sociaaldemografische factoren zijn leeftijd, burgerlijke staat en gezinssituatie gerelateerd aan matige en ernstige eenzaamheid in de wijk Noordwest. Geslacht is niet gerelateerd aan eenzaamheid. Over de samenhang tussen eenzaamheid en etniciteit kunnen geen uitspraken gedaan worden. In de wijk Noordwest zijn over het algemeen dezelfde verbanden te zien als in Utrecht. Echter, er zijn enkele significante verschillen gevonden tussen de wijk Noordwest en de rest van Utrecht. In de wijk Noordwest zijn mensen in de leeftijd van 55-64 jaar ernstiger eenzaam dan in de rest van Utrecht. Gehuwden en samenwonenden in de wijk Noordwest zijn ernstiger eenzamer dan gehuwden en samenwonenden in de rest van Utrecht.

2. Sociaal-economische factoren

Alle sociaal-economische factoren (opleidingsniveau, inkomen, werksituatie, en moeite met rondkomen) zijn gerelateerd aan matige en ernstige eenzaamheid in Utrecht.

- Opleidingsniveau

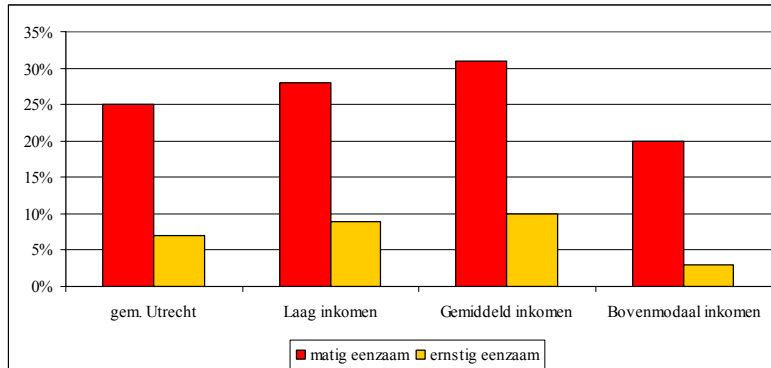
Mensen met een (zeer) lage opleiding kennen grotere eenzaamheidsgevoelens dan mensen met een gemiddelde tot hoge opleiding. De eenzaamheidspercentages nemen af naarmate het opleidingsniveau hoger wordt. Dit wordt geïllustreerd door figuur 5.



Figuur 5: Matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar opleidingsniveau

- Inkomen

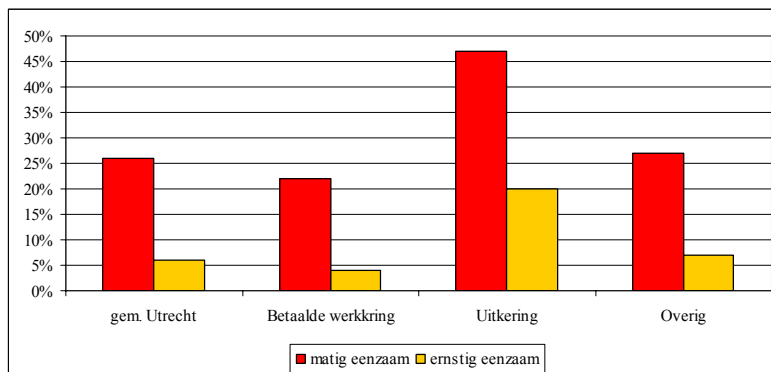
Mensen met een hoog inkomen zijn minder eenzaam dan mensen met een laag of gemiddeld inkomen. Dit wordt geïllustreerd in figuur 6.



Figuur 6: Matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar inkomen

- Werksituatie

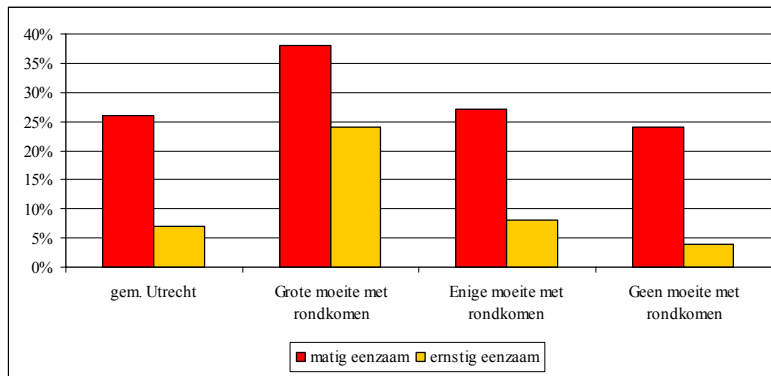
Uitkeringsgerechtigden zijn eenzamer dan mensen die betaald werk verrichten en mensen die in de categorie overig vallen (pensioen, fulltime huisvrouw / huisman, student). Dit wordt weergegeven in figuur 7. Van de mensen die leven van een uitkering is 47% matig eenzaam en 20% ernstig eenzaam.



Figuur 7: Matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar werksituatie

- Moeite met rondkomen

Mensen die grote moeite hebben met rondkomen kennen een grotere (matige en ernstige) eenzaamheidsproblematiek dan mensen die enige of geen moeite hebben met rondkomen. In figuur 8 is duidelijk het verband te zien tussen eenzaamheid en het hebben van grote moeite met rondkomen.



Figuur 8: Matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar moeite met rondkomen

- Samenhang tussen eenzaamheid en sociaal-economische factoren in de wijk Noordwest

Van de sociaaleconomische factoren zijn opleidingsniveau, inkomen, werksituatie en moeite met rondkomen gerelateerd aan matige en ernstige eenzaamheid in de wijk Noordwest.

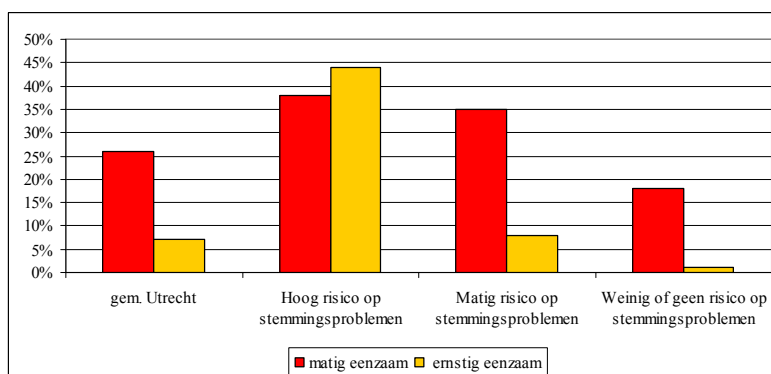
In de wijk Noordwest zijn over het algemeen dezelfde patronen te zien als in Utrecht. Echter, er zijn enkele significante verschillen gevonden tussen de wijk Noordwest en de rest van Utrecht. Laagopgeleiden kennen in de wijk Noordwest meer ernstige eenzaamheid dan laagopgeleiden in de rest van Utrecht. Mensen die leven van een uitkering zijn in de wijk Noordwest ernstiger eenzaam, dan in de rest van Utrecht.

3. Psychosociale factoren

Alle psychosociale factoren (stemmingsproblemen, angst, en problematisch alcoholgebruik) zijn gerelateerd zijn aan matige en ernstige eenzaamheid in Utrecht.

- Stemmingsproblemen

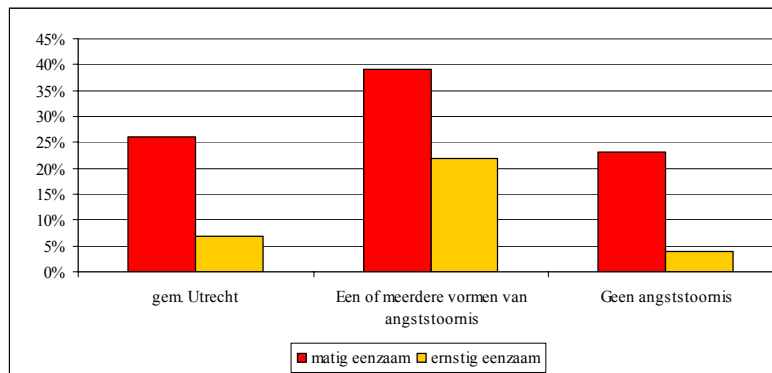
Mensen met een matig of hoog risico op stemmingsproblemen zijn veel eenzaamer dan mensen die weinig of geen risico hebben op stemmingsproblemen. Opvallend is de hoge score op ernstige eenzaamheid (44%) onder mensen die een hoog risico lopen op stemmingsproblemen. In figuur 9 is te zien dat de eenzaamheid afneemt naarmate het risico op stemmingsproblemen afneemt.



Figuur 9: Matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar stemmingsproblemen

- Angststoornissen

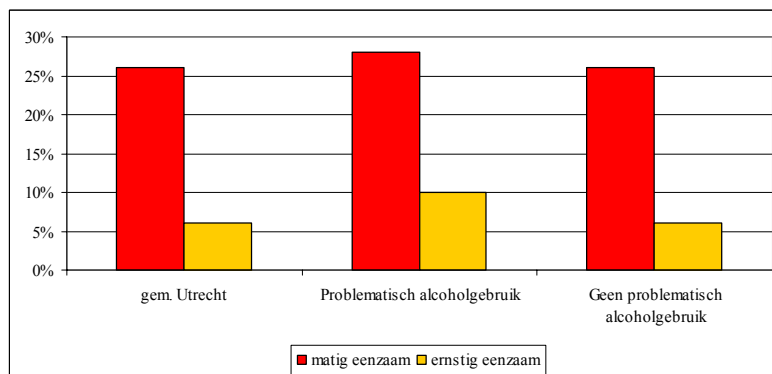
Mensen die in de maand voorafgaande aan de Gezondheidspeiling te kampen hebben gehad met één of meerdere vormen van angststoornis (paniekaanval, vermijdingsangst, sociale fobie, gegeneraliseerde angst), kennen een grotere eenzaamheidsproblematiek dan mensen die niet te kampen hebben gehad met een angststoornis en dit wordt geïllustreerd door figuur 10.



Figuur 10: Matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar angststoornissen.

- Problematisch alcoholgebruik

Mensen die problemen hebben met het drinken van alcohol kennen meer ernstige eenzaamheidsgevoelens dan mensen die geen probleem hebben met het drinken van alcohol. Dit wordt weergegeven in figuur 11.



Figuur 11: Matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar problematisch alcoholgebruik

- Samenhang tussen eenzaamheid en psychosociale factoren in de wijk Noordwest

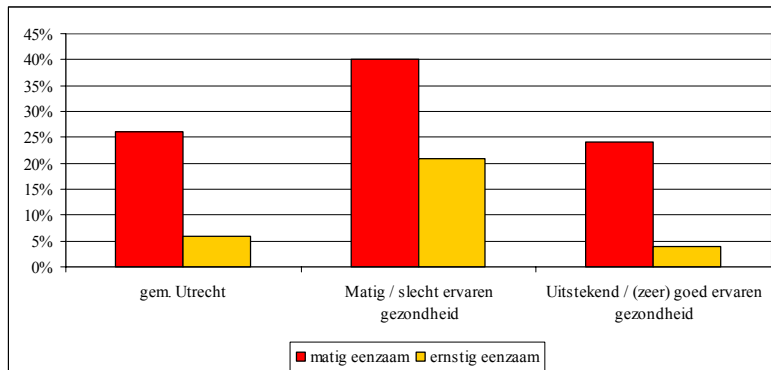
Van de psychosociale factoren zijn stemming, angst en problematisch alcoholgebruik gerelateerd aan matige en ernstige in de wijk Noordwest. In de wijk Noordwest zijn over het algemeen dezelfde patronen te zien als in Utrecht. Er is één significant verschil gevonden tussen de wijk Noordwest en de rest van Utrecht. Mensen die in de wijk Noordwest zonder angststoornis leven, kennen meer ernstige eenzaamheid dan mensen in Utrecht die geen last hebben van een angststoornis.

4. Gezondheid / lichamelijke beperkingen

Alle factoren die met gezondheid en lichamelijke beperkingen te maken hebben zijn gerelateerd zijn aan matige en ernstige eenzaamheid in Utrecht.

- Ervaren gezondheid

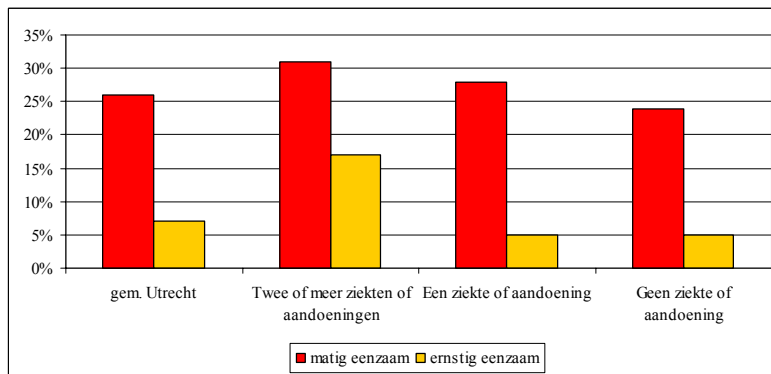
Mensen die hun gezondheid als matig of slecht ervaren kennen een grotere eenzaamheidsproblematiek dan mensen die hun gezondheid als goed of uitstekend beoordelen. Dit wordt geïllustreerd door figuur 12.



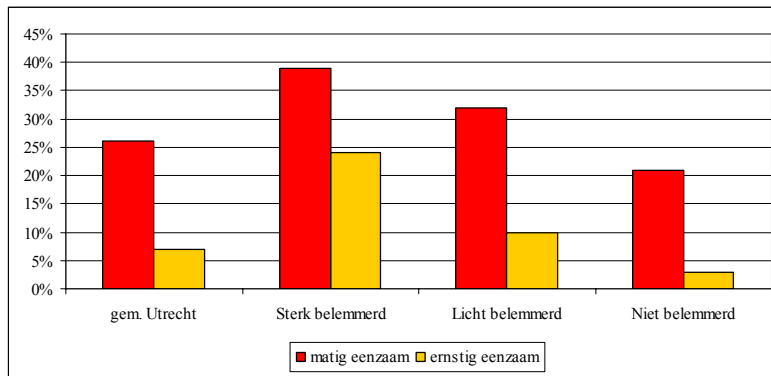
Figuur 12: Matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar ervaren gezondheid

- Ziekten en aandoeningen / door ziekte of aandoening belemmerd bij het uitvoeren van dagelijkse bezigheden

Mensen met twee of meer ziekten en aandoeningen kennen meer eenzaamheid dan mensen zonder ziekten of aandoeningen. Een en ander wordt geïllustreerd in figuur 13. In het verlengde hiervan geldt dat mensen die door hun ziekte of aandoening sterk of licht belemmerd worden bij het uitvoeren van hun dagelijkse bezigheden grotere eenzaamheidsgevoelens hebben dan mensen die niet belemmerd worden. In figuur 14 is te zien dat de eenzaamheid oploopt als iemand zich meer belemmerd voelt bij het uitvoeren van dagelijkse bezigheden.



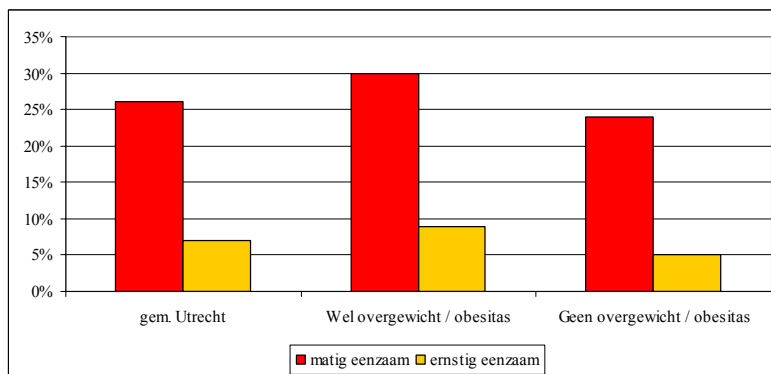
Figuur 13: Matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar ziekten en aandoeningen



Figuur 14: Matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar door ziekte of aandoening belemmerd

- Overgewicht / obesitas

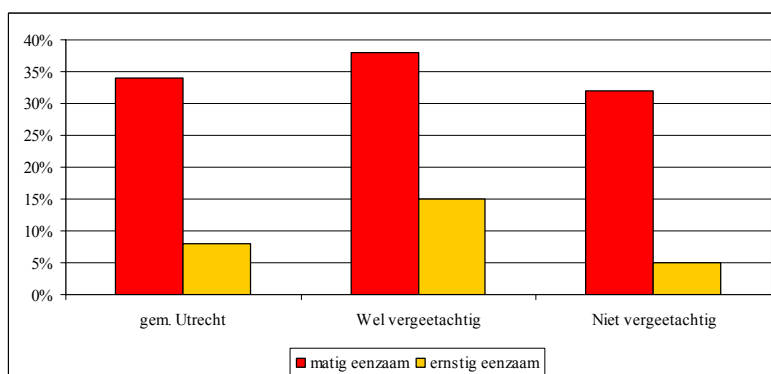
Mensen met overgewicht en obesitas zijn eenzamer dan mensen die geen overgewicht en obesitas hebben en dit wordt weergegeven in figuur 15.



Figuur 15: Matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar overgewicht

- Vergeetachtigheid (gemeten bij 55+)

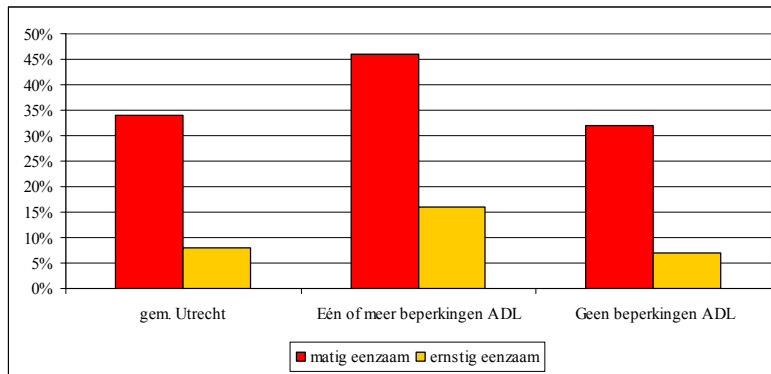
Mensen die zichzelf vergeetachtig vinden, kennen meer eenzaamheidsgevoelens dan mensen die zichzelf niet vergeetachtig vinden. Dit wordt geïllustreerd door figuur 16.



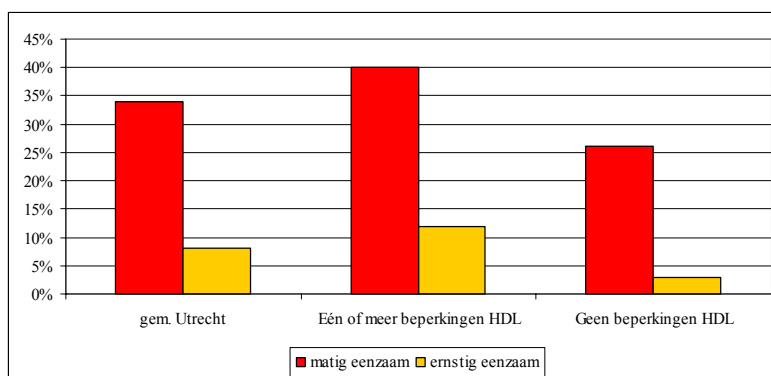
Figuur 16: Matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar vergeetachtigheid

- Algemene en huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (gemeten bij 55+)

Mensen (van 55+) die tijdens hun algemene dagelijkse levensverrichtingen met één of meer beperkingen kampen in hun functioneren, kennen een grotere eenzaamheidsproblematiek dan mensen die niet beperkt worden in hun functioneren. Hetzelfde geldt voor mensen die beperkt worden bij het uitvoeren van de huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen. Dit wordt weergegeven in figuur 17 en 18.



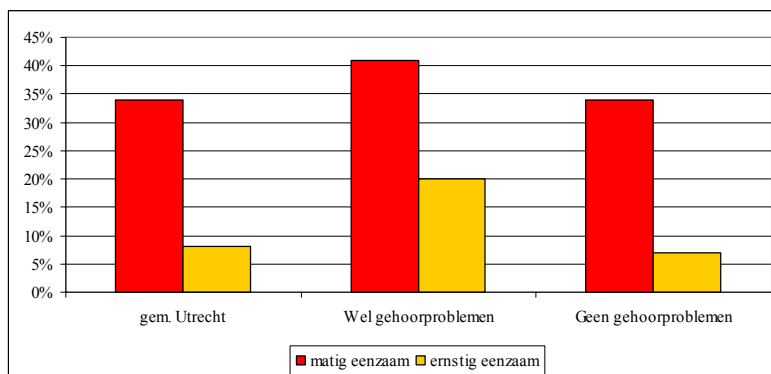
Figuur 17: Matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen



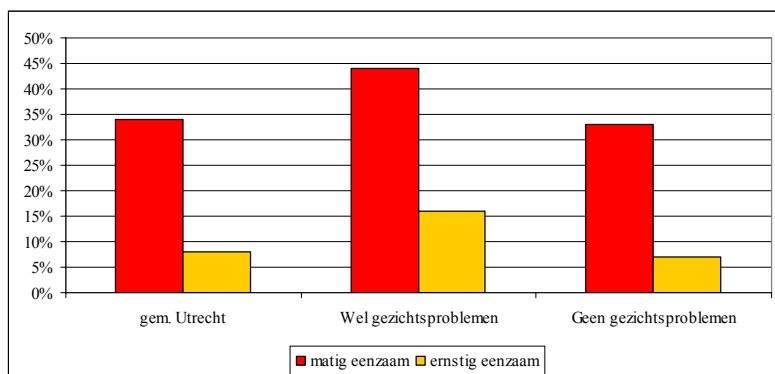
Figuur 18: Matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen

- Gehoorproblemen, gezichtsproblemen en mobiliteitsproblemen (gemeten bij 55+)

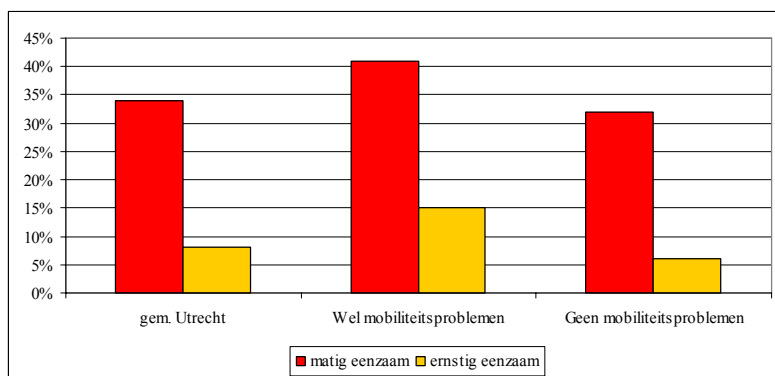
Mensen van 55+ die kampen met gehoor- gezicht en/of mobiliteitproblemen kennen een grotere eenzaamheidsproblematiek dan mensen die geen beperkingen ondervinden qua gehoor, zicht en mobiliteit. Dit wordt weergegeven in figuur 19 t/m 21.



Figuur 19: Matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar gehoorproblemen



Figuur 20: Matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar gezichtsproblemen



Figuur 21: Matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar mobiliteitsproblemen

- Samenhang tussen eenzaamheid en gezondheid / lichamelijke beperkingen in de wijk Noordwest

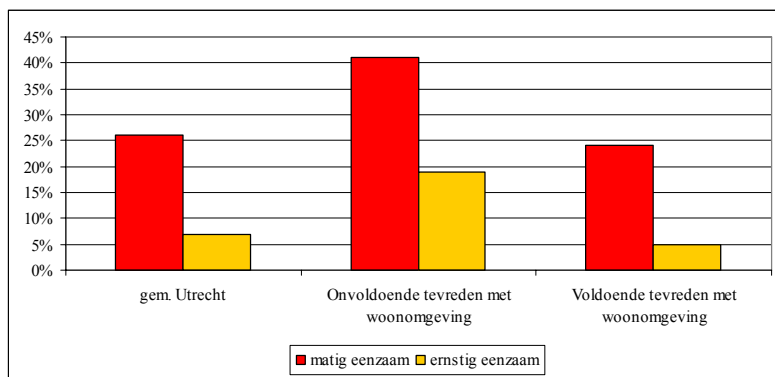
In de wijk Noordwest hangen de volgende factoren samen met matige en ernstige eenzaamheid: ervaren gezondheid, ziekten en aandoeningen, door ziekte of aandoening belemmerd bij het uitvoeren van dagelijkse bezigheden, overgewicht / obesitas, en mobiliteitsproblemen. De volgende factoren hangen in de wijk Noordwest niet samen met matige en ernstige eenzaamheid: vergeetachtigheid, algemene dagelijkse levensverrichtingen, huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen, gezichtsproblemen. Over de samenhang tussen eenzaamheid en gehoorproblemen kunnen geen uitspraken gedaan worden.

5. Woonomstandigheden

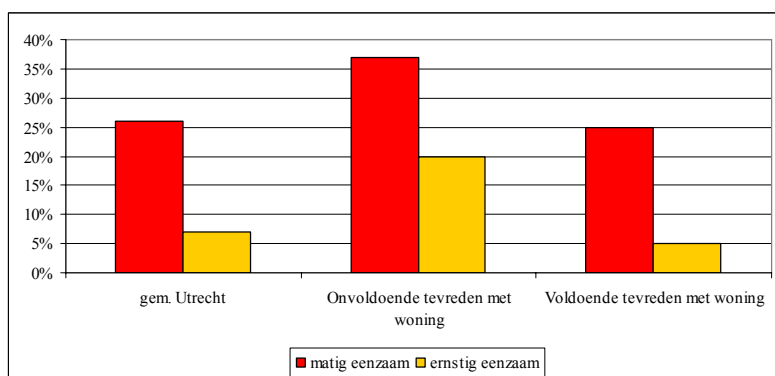
Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat tevredenheid met de woning en woonomgeving en sociale buurtcohesie gerelateerd zijn aan matige en ernstige eenzaamheid.

- Tevredenheid woonomgeving en woning

In figuur 22 en 23 is te zien dat mensen die niet tevreden zijn met hun woonomgeving en hun woning, eenzamer zijn dan mensen die hun woonomgeving en woning een voldoende geven.



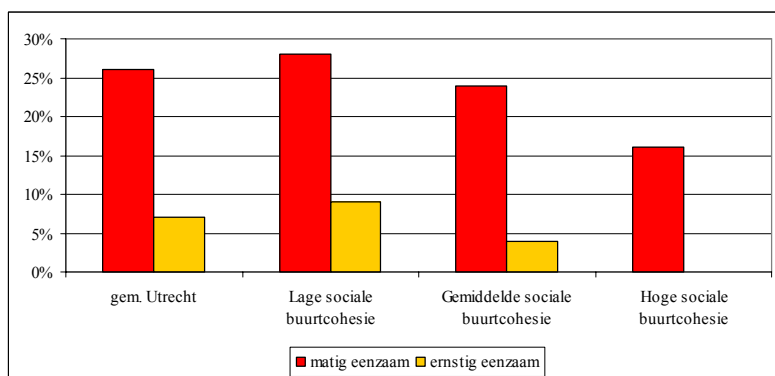
Figuur 22: Matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar woonomgeving



Figuur 23: Matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar woning

- Sociale buurtcohesie

Mensen die in een buurt wonen waar de sociale cohesie hoog of gemiddeld is, zijn minder eenzaam dan mensen die in een buurt wonen waar de sociale cohesie laag is. Er is geen sprake van ernstige eenzaamheid als de sociale buurtcohesie hoog is. In figuur 24 wordt het verband tussen eenzaamheid en sociale buurtcohesie grafisch weergegeven.



Figuur 24: Matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar sociale buurtcohesie

- Samenhang tussen eenzaamheid en woonomstandigheden in de wijk Noordwest

In de wijk Noordwest hangt het (on)tevreden zijn met de woning / woonomgeving samen met matige en ernstige eenzaamheid. In de wijk Noordwest zijn mensen die hun woning en woonomgeving een voldoende

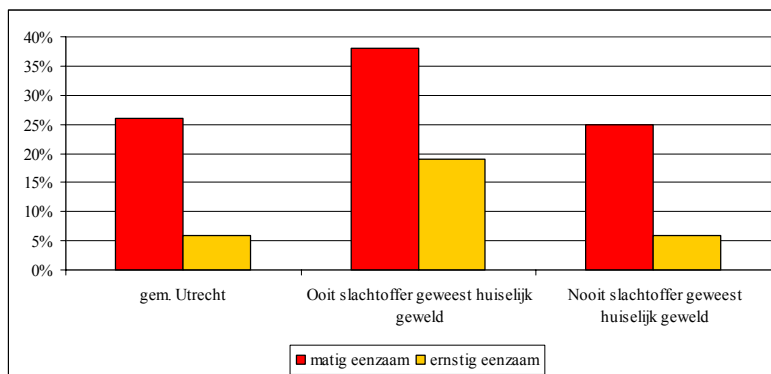
geven ernstiger eenzaam dan mensen in de rest van Utrecht die hun woning en woonomgeving een voldoende geven. Over de samenhang tussen eenzaamheid en sociale buurtcohesie kunnen geen uitspraken gedaan worden.

6. 'Overige' factoren

Huiselijk geweld en mantelzorg geven vallen binnen de categorie overig.

- Huiselijk geweld

Mensen die ooit het slachtoffer zijn geweest van huiselijk geweld zijn eenzamer dan mensen die hiervan geen slachtoffer zijn geweest. Dit wordt geïllustreerd door figuur 25.



Figuur 25: Matige en ernstige eenzaamheid uitgesplitst naar huiselijk geweld

- Mantelzorg geven

Eenzaamheid is niet gerelateerd aan het geven van mantelzorg.

- Samenhang tussen eenzaamheid en 'overige' factoren in de wijk Noordwest

In de wijk Noordwest is eenzaamheid niet gerelateerd aan mantelzorg geven. Huiselijk geweld is wel gerelateerd aan eenzaamheid. In de wijk Noordwest kennen mensen die ooit slachtoffer zijn geweest van huiselijk geweld meer ernstige eenzaamheid dan mensen in de rest van Utrecht die ooit slachtoffer zijn geweest van huiselijk geweld. In de wijk Noordwest kennen ze daarentegen wel minder matige eenzaamheid.

Bijlage 2: Lijst met (risico-)factoren zoals voorgelegd aan professionals in de wijk Noordwest

Sociaaldemografische factoren *

Leeftijd
Etniciteit **
Burgerlijke staat (scheiding, weduwstaat)
Huishouden (alleen wonen, eenoudergezin)

Sociaaleconomische factoren

Laag opleidingsniveau
Laag inkomen
Werksituatie (werkloos)
Moeite met rondkomen

Psychosociale factoren

Stemmingsproblemen
Een of meerdere vormen van angststoornis
Problematisch alcoholgebruik

Gezondheid / lichamelijke beperkingen

Slecht ervaren gezondheid
Ziekten en aandoeningen
Door ziekte of aandoening belemmerd bij het uitvoeren dagelijkse bezigheden
Overgewicht / obesitas

Woonomstandigheden

Ontevredenheid woonomgeving
Ontevredenheid woning
Lage sociale buurtcohesie ***

'Overige' factoren ****

Ooit slachtoffer van huiselijk geweld geweest

* Geslacht is niet opgenomen in de lijst, omdat er geen univariate samenhang is gevonden met eenzaamheid

** De samenhang tussen etniciteit en eenzaamheid kon niet getoetst worden voor de wijk Noordwest, omdat het verwachte aantal waarnemingen in een bepaalde groep te laag was. Echter, etniciteit is in de lijst met factoren opgenomen, omdat in Utrecht wel samenhang is gevonden tussen etniciteit en eenzaamheid.

*** De samenhang tussen eenzaamheid en sociale buurtcohesie kon niet getoetst worden voor de wijk Noordwest, omdat het verwachte aantal waarnemingen in een bepaalde groep te laag was. Echter, sociale buurtcohesie is in de lijst met factoren opgenomen, omdat in Utrecht wel samenhang is gevonden tussen sociale buurtcohesie en eenzaamheid.

**** Mantelzorg geven is niet opgenomen in de lijst, omdat er geen univariate samenhang is gevonden met eenzaamheid.

Bijlage 3: Inventarisatie bestaande (eenzaamheids-)activiteiten in Noordwest Utrecht

Organisatie	Activiteiten
Buurthuis De Uithoek (onderdeel Portes)	<ul style="list-style-type: none"> - Activiteiten voor volwassenen: aquarelleren; boetseren; badminton; Country Line Dance; naaien en patroontekenen; kaarten maken; Ouder-Kind Ochtendje (waar mensen met hun (klein)kind kunnen kennismaken met ouderen en kinderen uit de wijk tijdens een inloopochtend); yoga; bingo; Wereldkeuken (samen koken en eten); naailes - Activiteiten voor allochtone vrouwen: vrouwenspreekuur; Arabisch les (voor Marokkaanse vrouwen); Nederlandse taalles; beter omgaan met pubers (voor Turkse gezinnen); ontspanning en dans; conversatieles; koffie-inloop; actief bewegen; informatiebijeenkomst: Mee, voor ouders met kinderen met beperkingen (voor Turkse gezinnen); fietsles; fietsles met driewielers; kookgroep - Activiteiten voor allochtone mannen: Nederlandse taalles; beter omgaan met pubers (voor Turkse mannen)
Buurthuis Zuilen (onderdeel Portes)	<ul style="list-style-type: none"> - Cursussen voor volwassenen: Body Fit; Tae-Bo; Pilates; Pro Body Sport; yoga; Country Line Dance; Brasil Jazz Dance; Engels en Spaans op diverse niveaus; steenhouwen; schilderen en tekenen; mandala tekenen; cursus knappen en haarknippen; diverse naaicursussen o.a. kleding op maat, eigen mode maken, patchwork; ontmoetingslunch; minicursus filosofie; kooklessen: de keuken van India, de Provençaalse keuken, de Surinaamse keuken - Recreatieve activiteiten voor volwassenen: Koor de Hollandse Noot; badminton, open atelier en bingo - Vrouwenwerk: fietsles; wandelclub - Actief naar Werk Noord (wijkwelzijnsorganisatie) organiseert computercursussen voor werkzoekenden met ten hoogste LBO/MAVO in buurthuis Zuilen
Buurthuis Ons Ondiep (onderdeel Portes)	<ul style="list-style-type: none"> - Activiteiten voor volwassenen: bingo; computercursussen; vergaderruimte voor bewonersgroepen
Buurthuis Makosa (onderdeel Portes)	<ul style="list-style-type: none"> - Activiteiten voor volwassenen: vrouwenclub; bingo; kaartclub
Buurthuis Stella Maris (onderdeel Portes)	<ul style="list-style-type: none"> - Activiteiten voor volwassenen: biljarten; kaarten; bingo
Dienstencentrum De Plantage (onderdeel Portes)	<p>Activiteiten voor ouderen (55+):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ontspanning en ontmoeting (inloop); soos bewoners Plantage; kaarten; bridge; koersbal; zangkoor Cantemo; stildansen; bingo; internetcafé - Beweging: Line dance, ontspanningsyoga, gymnastiek, volksdansen; Meer Bewegen voor Ouderen - Creativiteit: Open atelier; tekenen/schilderen; handwerken - Hulp en dienstverlening: informatiecentrum (voorlichtingsbijeenkomsten); ouderenspreekuur hulpverlening; spreekuur ouderenadviseur (ouderen met problemen op het gebied van zorg, huisvesting, sociale contacten of financiën, kunnen een beroep doen op de ouderenadviseur.); telefooncirkels (Rode Kruis); trombosediens; voetreflex; pedicure; samen eten - Overige activiteiten: vijf dagen per week dagbesteding met of zonder indicatie (koffie drinken, samen eten, bewegingsoefeningen, spelletjes)

Organisatie	Activiteiten
Dienstencentrum Zuilen (onderdeel Portes)	<p>Activiteiten voor ouderen (55+) op gebied van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creativiteit: Aquarelleren; zangkoor Levenslust; handwerkgroep; tekenen/ schilderen; werken met papier; open atelier - Beweging: gym; ontspanningsyoga; bewegen op muziek; country-line dance, Meer Bewegen voor Ouderen - Ontspanning &, ontmoeting: bingo; open inloop; kaarten; biljarten; bridge; koersbal - Hulp en dienstverlening: ouderenspreekuur hulpverlening; spreekuur ouderenadviseur; algemene hulpdienst; trombosediens; pedicure; dameskapster; samen eten <p>Activiteiten voor allochtone ouderen: Nederlandse taallessen; voorlichting Marokkaanse mannen en vrouwen; gymnastiek allochtone vrouwen</p>
Portes (welzijnsorganisatie)	<ul style="list-style-type: none"> - Vrijwilligersmatch: Portes heeft vast of tijdelijk vrijwilligerswerk voor denkers en doeners, bijvoorbeeld in klein onderhoud, taallessen, maatjesproject, taal- en fietslessen, cursussen en activiteiten voor alle leeftijdsgroepen. - Communicatie met de Marokkaanse gemeenschap: de gemeente Utrecht wil de communicatie tussen Marokkaanse bewoners en andere bevolkingsgroepen verbeteren. Daarvoor wordt geïnvesteerd in projecten die bijdragen aan de inburgering en sociaaleconomische participatie van de Marokkaanse jeugd en hun ouders. Communicatie met de Marokkaanse gemeenschap is zo'n project. Het kan alleen slagen als het talent en de kracht van de Marokkaanse bewoners in Noordwest zelf wordt ingezet voor het verbeteren van de communicatie. En daarvoor zijn vrijwilligers nodig. Portes wil in contact komen met mannen en vrouwen die zich willen inzetten voor de Marokkaanse gemeenschap in Zuilen, Ondiep en Pijlsweerd.
Aveant (Aveant biedt integrale (thuis)zorg in de vorm van advies, ondersteuning en hulp bij het dagelijks leven, aan iedereen die daar door fysieke, psychische of sociale omstandigheden behoefte aan heeft)	<ul style="list-style-type: none"> - Cursus ontspannen: deelnemers leren hun spanning af te bouwen - Cursus Gezond leven en bewegen voor allochtonen - Service en gemakdiensten: onder andere administratie aan huis; boodschappenservice; computer- en internethulp; kapper aan huis, kledingservice aan huis; klusdienst; maaltijdservice; opruimhulp en dergelijke. - Dagverzorging met gevarieerd activiteitenprogramma (samen koffie- en theedrinken, samen eten, creatieve activiteiten, spelletjes doen, geheugentraining, oefeningen om de conditie op peil te houden. Dagverzorging is bedoeld voor ouderen (vanaf 55 jaar) die zich onder andere alleen voelen en behoefte hebben aan gezelschap) - Welzijnsactiviteiten: internetcafé; ouderenadvisering; Plusfit (fitness trainingen in groepen voor 55+); recreatieprogramma's in de zorgcentra van Aveant (met zang, bingo, soos, artiesten, creatieve activiteiten, modeshows of film); samen eten. - Allochtone zorgconsulenten: geven voorlichting en informatie aan allochtone cliënten. Dit betreft voorlichting over gezondheid, opvoeding, de Nederlandse gezondheidszorg. - Consultatiebureau voor senioren: helpt ouderen hun (psychosociale en lichamelijke) gezondheid in de gaten te houden.
Indigo (Indigo biedt o.a. hulp aan mensen met psychische of psychosociale problemen)	<ul style="list-style-type: none"> - Kortdurende behandeling vanuit gezondheidscentra en huisartsenpraktijken (maximaal acht gesprekken). - Ondersteuning in de vorm van voorlichting, cursussen en trainingen. Dit wordt geboden op diverse locaties, waaronder wijkcentra en buurthuizen. - Cursussen via internet en de mogelijkheid te e-mailen met een medewerker van Indigo.

Organisatie	Activiteiten
Stichting Stade (werkzaam op het gebied van welzijnswerk en hulpverlening)	<ul style="list-style-type: none"> - Algemene hulpdienst voor volwassenen en ouderen: werft in de gemeente Utrecht vrijwilligers die voor stad- en buurtgenoten kleine klusjes willen doen. De Algemene Hulpdienst helpt mensen die door ziekte, ouderdom, handicap of een gebrek aan sociale contacten zelf niet alles meer kunnen doen en evenmin geld hebben om daar mensen voor in te huren. - Buddyzorg midden Nederland voor volwassenen: begeleidt vrijwilligers die graag iets voor een ander willen betekenen. Buddy's bieden een luisterend oor en praktische hulp. Zo helpen ze hun cliënt gedurende een jaar om te gaan met hun ziekte en de beperkingen daarvan. Alle mensen met een ernstige of levensbedreigende ziekte kunnen voor Buddyzorg in aanmerking komen. - Steunpunt Mantelzorg Utrecht voor volwassenen en ouderen: biedt op verschillende manieren ondersteuning aan mantelzorgers uit Utrecht en is er voor mantelzorgers van alle leeftijden. Bijvoorbeeld: mantelzorgcafé, themabijeenkomsten, gespreksgroepen, weekendje weg. - Bezoekdienst voor dementerende of langdurig zieke ouderen (doelgroep ouderen): mensen die een dementerende of langdurige zieke oudere verzorgen hebben tijd en ruimte voor zichzelf nodig. De Bezoekdienst Dementerende of Langdurig Zieke Ouderen neemt hen de zorg even uit handen. De vrijwilliger biedt hand- en spandiensten, zoals koffie zetten, de krant voorlezen of helpen met de maaltijd. - Rechtstreeks voor ouderen: voor ouderen is het niet eenvoudig nieuwe vrienden te vinden. Oude vrienden zijn verhuisd, overleden, of contacten zijn verwaterd. Rechtstreeks helpt Utrechtse 50-plussers sociale contacten op te bouwen in hun eigen stad. Dit gebeurt door vriendschapsbemiddeling (Samen erop uit, Doorgeefplant) en activerend huisbezoek.
Humanitas (werkzaam op gebied maatschappelijke dienstverlening en samenlevingsopbouw)	<ul style="list-style-type: none"> - Taalmaatjesproject: project voor allochtone vrouwen die hun Nederlands willen verbeteren. Een taalmaatje helpt een allochtone vrouw met het verbeteren van haar Nederlands. Dit gebeurt bijvoorbeeld door samen te eten, met elkaar te wandelen, te sporten, of musea of buurthuizen te bezoeken. - Steun bij Rouw: sommige mensen hebben extra ondersteuning nodig bij de verwerking van een intens verlies. Dit gebeurt op twee manieren: door individueel huisbezoek, of door bijeenkomsten van lotgenotengroepen. - Vriendschappelijk huisbezoek: iedereen die in Utrecht en omgeving woont en behoefte heeft aan een luisterend oor of gezelschap, kan een beroep doen op Humanitas.
Zonnebloem (vrijwilligersorganisatie die zich inzet voor mensen met lichamelijke beperkingen door ziekte, handicap of leeftijd)	<ul style="list-style-type: none"> - De Zonnebloem levert een positieve bijdrage aan het leven van mensen met een fysieke beperking door ziekte, handicap of gevorderde leeftijd. Door middel van huisbezoeken, activiteiten en vakanties wordt kleur gegeven aan het leven van eenzame mensen.
Rode Kruis Utrecht Midden	<ul style="list-style-type: none"> - Huisbezoek: sociaal huisbezoek (voor iedereen die graag mensen ontmoet, maar daarvoor minder mogelijkheden heeft) en administratief huisbezoek - Telefooncirkels: de telefooncirkels van het district Utrecht Midden zijn voor veel eenzame of zieke mensen een uitkomst. Zij worden iedere dag even gebeld en bellen dan zelf verder. - Recreatieve activiteiten: vrijwilligers organiseren activiteiten voor ouderen die nauwelijks of nooit hun huis meer uitkomen. Te denken valt aan dagtripjes, bijkomsten in het Rode Kruisgebouw, lezingen, demonstraties, handwerken.
Stichting Wegwijs Wegwijs is een cliëntgestuurde organisatie met diverse projecten voor en door (ex-) cliënten in de geestelijke gezondheidszorg.	<p>Familie Buur: ondersteunt mensen – die een beperkt sociaal netwerk hebben – in het creëren en vasthouden van een vriendenkring of nieuwe familiekring. Binnen Familie Buur is het mogelijk om naar behoefte sociale contacten aan te gaan, zowel in een groep als op individuele basis.</p> <p>Vriendendienst: Vriendendienst koppelt een deelnemer en een vrijwilliger voor een jaar op basis van gelijke interesses, hobby's en wensen. Een koppel onderneemt enkele uren per week samen activiteiten, als bij elkaar op bezoek gaan voor koffie en een praatje, samen koken en eten, samen een sport beoefenen.</p> <p>Wegwijswinkel: Een luisterend oor bieden, lotgenotencontact en gezelligheid mogelijk maken (inloop), speciale activiteiten (Sinterklaasinloop en Paasbrunch)</p>

Organisatie	Activiteiten
Paraplu Ontmoetingscentrum voor mensen met lichamelijke beperking of chronische ziekte	<ul style="list-style-type: none"> - Cursussen: Computercursus; cursus digitale fotografie; cursus yoga; cursus zingen in een koor; cursus keramiek; cursus weven; cursus schilderen en tekenen; cursus naaien; cursus dansplezier; cursus filosofie; cursus communicatie; cursus beeldhouwen; cursus klassieke muziek van a tot z; cursus dromen en daden; cursus schrijfsin - Ontmoetingsgroepen: ontmoetingsgroepen voor mensen met een motorische beperking, voor mensen met een visuele beperking en afasiegroepen - Activiteitengroepen: tuingroep, klaverjasgroep, hobbygroep - Bingoavonden - NAH-café: is een ontmoetingsplek voor mensen vanaf 18 jaar met niet aangeboren hersenletsel uit de hele provincie Utrecht.

Bijlage 4. Hoe komen professionals in hun werk eenzaamheid tegen?

Geïnterviewde professionals	Hoe komen professionals in hun werk eenzaamheid tegen?	Ervaringen
Praktijkverpleegkundige (werkzaam binnen een huisartsenpraktijk)	<ul style="list-style-type: none"> - Neemt bepaalde medische of verpleegkundige taken en handelingen over van de huisarts. - Gaat op huisbezoek als de huisarts een problematische thuissituatie constateert (huisarts -> signalerende functie). Onderdeel van deze problematische thuissituatie kan eenzaamheid zijn. - Eenzame mensen worden gewezen op dienstcentra en daarnaast wordt gevraagd of ze openstaan voor contacten met vrijwilligers. 	<ul style="list-style-type: none"> - “Er is er veel en goed aanbod in Utrecht. Er is voor elk wat wils. De Zonnebloem en het Rode Kruis organiseren veel activiteiten voor eenzame mensen. Mensen die hulp aanvaardden, ervaren dit als prettig”.
Ouderenadviseurs (werkzaam binnen dienstencentrum / gezondheidscentrum de Plantage)	<ul style="list-style-type: none"> - Ouderenadviseurs worden ingeschakeld door bureaus, de thuiszorg, de pastor, de pedicure, de familie, de praktijkverpleegkundige of door de eenzame persoon zelf. - Taak: ouderen helpen om oplossingen te bedenken voor uiteenlopende problemen waar ze tegenaan lopen. De ouderenadviseur is goed op de hoogte van alle voorzieningen in de buurt en kan een oudere informatie en advies geven. Ouderen kunnen naar het dienstencentrum komen (De Plantage), maar ouderenadviseurs houden ook huisbezoeken. - Binnen het dienstencentrum is er dagopvang (met onder andere ontspanning-, ontmoeting- en bewegingsactiviteiten) en dagverzorging. Voor mensen die niet zelf op pad kunnen gaan worden vrijwilligers gezocht die bij de eenzame persoon langsgaan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dienstencentrum de Plantage is een drukbezocht dienstencentrum. “Groepsactiviteiten worden goed bezocht. Voor veel ontmoetingsactiviteiten zijn wachtlijsten en dat is frustrerend”.
Ouderenwerkster (werkzaam binnen dienstencentrum Zuilen)	<ul style="list-style-type: none"> - Coördineert het ouderenwerk binnen dienstencentrum Zuilen. - Binnen het dienstencentrum staat ontmoeting centraal en daarom is er dagelijkse vrije inloop. Het dienstencentrum richt zich op groepswork. Er worden diverse activiteiten georganiseerd. Mensen worden geïnformeerd door middel van folders waar activiteiten in worden genoemd. Daarnaast worden mensen wel eens doorverwezen door maatschappelijk werk, de politie of een huisarts. Binnen het dienstencentrum wordt een passende groepsactiviteit gezocht of er wordt gezocht naar passend vrijwilligerswerk voor de eenzame persoon. 	<ul style="list-style-type: none"> - Het dienstencentrum onmisbaar is: “Als het dienstencentrum bijvoorbeeld drie weken dicht zit, worden mensen depressief en ziek. Als het dienstencentrum weer open gaat, dan zeggen ze vaak dat ze niet zonder het dienstencentrum kunnen en heel depressief zijn geweest toen het dicht zat”.
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige (werkzaam voor Indigo)	<ul style="list-style-type: none"> - Biedt mentale ondersteuning aan mensen met psychische of psychiatrische klachten. Huisartsen zijn de belangrijkste verwijzers. - Veel (matige) eenzame mensen worden verwezen naar welzijnsorganisaties en vrijwilligersorganisaties als het draait om het opbouwen van een nieuw netwerk of nieuwe contacten. 	<ul style="list-style-type: none"> - “Als er passend aanbod komt voor eenzame mensen, dan zullen deze mensen minder lichamelijke klachten ondervinden, en minder naar de huisarts gaan. Kortom, het levensgeluk zal omhoog gaan”.

Geïnterviewde professionals	Hoe komen professionals in hun werk eenzaamheid tegen?	Ervaringen
Maatschappelijk werkers	<p>- Mensen kunnen bij maatschappelijk werkers terecht met uiteenlopende problemen als rouw en verdriet, problemen op het werk en depressiviteit. Tijdens gesprekken met cliënten vragen maatschappelijk werkers of iemand alleen is. Als mensen daar ja op antwoorden, wordt er doorgevraagd. Er wordt gevraagd of mensen het alleen zijn vervelend vinden. Als mensen deze vraag met ja beantwoorden, wordt er gevraagd naar eenzaamheid.</p> <p>- Mensen die aangeven eenzaam te zijn worden doorgestuurd naar een buurthuis of bingoavond.</p>	
Assistent wijkmanager in Ondiep en Pijlsweerd (werkzaam bij Wijkservicebureau Noordwest)	<p>- Eerste aanspreekpunt voor inwoners uit de wijk Ondiep en Pijlsweerd.</p>	<p>- “Het is niet mijn taak om iets aan eenzaamheid te doen. Ik signaleer wel veel eenzaamheid, maar doe daar weinig mee. Ik kan wel, net als het wijkbureau Noordwest, een signalerende functie vervullen. Maar het is dan wel zaak dat we ergens terecht kunnen met onze signalen en dat er wat met deze signalen gedaan wordt. Het is nu vaak zo dat instanties waar we met signalen heen gaan, heel druk zijn en daardoor weinig doen met de signalen die ze doorkrijgen.”</p> <p>- “Er wordt al heel veel georganiseerd in Ondiep en dat wordt alleen maar meer (dienstencentra, gezondheidscentra, voorzieningengebouw).”</p>
Consulent op het gebied van vriendschapsbemiddeling en activerend huisbezoek (werkzaam bij Bureau Rechtstreeks)	<p>- Bureau Rechtstreeks verzorgt vriendschapsbemiddeling en activerend huisbezoek. Vriendschapsbemiddeling is bedoeld voor Utrechtse 55-plussers die sociale contacten willen opbouwen in Utrecht. Ze komen met elkaar in contact via een telefoonvrijwilliger, een oproepje in een nieuwsbrief of op een contactbijeenkomst. Voor mensen die een extra steuntje in de rug nodig hebben is er activerend huisbezoek. Vrijwilligers en stagiaires komen ongeveer zes maanden tot een jaar regelmatig op bezoek bij mensen om hen te helpen weer een sociaal leven op te bouwen. Na ongeveer een jaar wordt gekeken of de cliënt zelf stappen kan ondernemen om zich te redden in de maatschappij. Als wordt geconstateerd dat dit niet lukt, wordt een vervolgtraject ingezet (bijvoorbeeld een vrijwilliger die elke week langskomt).</p> <p>- Huisartsen en praktijkverpleegkundigen sturen mensen door naar Bureau Rechtstreeks.</p>	<p>- “Vriendschapsbemiddeling wordt positief ontvangen. Het cliënttevredenheid onderzoek wees uit dat 99% van de ingeschreven ouderen tevreden is. Mensen die niet tevreden zijn, zijn ook vaak niet te koppelen, ze leggen de lat te hoog. Er staan vooral vrouwen ingeschreven bij Bureau Rechtstreeks. Wat opvalt is dat de oudere Nederlandse doelgroep niet gekoppeld wil worden aan een buitenlander. Een hetero koppelen aan een homo lukt meestal ook niet.”</p> <p>- “Activerend huisbezoek wordt positief gewaardeerd door de deelnemers. Over het algemeen is de tevredenheid hoog. Wat opvalt, is dat mensen die gebruik hebben gemaakt van activerend huisbezoek, daarna makkelijker zelf stappen durven ondernemen bij het opbouwen van een sociaal leven”.</p>
Sociaal cultureel werkster (werkzaam bij Buurthuis Zuilen)	<p>- Houdt zicht bezig met het project Actief naar werk in Buurthuis Zuilen. Het doel van dit project is om mensen weer aan het werk te helpen, zodat ze weer participeren in de maatschappij. Er maken veel mensen gebruik van het project. Naast het project Actief naar werk, worden er in Buurthuis Zuilen veel activiteiten georganiseerd. De doelgroep waar het buurthuis zich op richt bestaat uit volwassenen van 18+.</p>	<p>- Buurthuis Zuilen draait goed: “Het is vechten om ruimtes. De dialoogavond is een voorbeeld van een leuke en goedlopende activiteit. Echter, deze worden wel bezocht door een bepaald publiek. Het zijn vaak mensen die het belang inzien van een ontmoeting. Er moet namelijk een bepaald besef bij een eenzaam persoon zijn, dat hij of zij zelf een mogelijkheid heeft om er wat aan te doen”.</p>

Geïnterviewde professionals	Hoe komen professionals in hun werk eenzaamheid tegen?	Ervaringen
Wijkverpleegkundige (werkzaam op consultatiebureau voor senioren)	<p>- Op het consultatiebureau voor senioren voeren wijkverpleegkundigen gezondheidscontroles uit bij ouderen van 55+. Het doel is om gezondheidsproblemen tijdig te signaleren (preventieve insteek). Tijdens een gesprek kan een oudere zijn verhaal vertellen. Daarnaast vraagt de wijkverpleegkundige naar sociale aspecten, waaronder eenzaamheid en het activiteitenpatroon. De taak van de wijkverpleegkundige is om ouderen advies te geven.</p> <p>- Indien noodzakelijk vindt er doorverwijzing plaats naar bijvoorbeeld een ouderenadviseur, een huisarts, of thuisbegeleiding. Ook wordt de oudere gewezen op het bestaan van groepsactiviteiten, rouwverwerking of een beweegaanbod.</p>	<p>- Tijdens de gesprekken wordt veel resultaat geboekt. De individuele benadering is succesvol, omdat er voldoende tijd is voor de oudere en dat zorgt voor vertrouwen. Vaak volgen mensen de adviezen van de wijkverpleegkundige op en nemen ze de hulp aan.</p> <p>- Naast de individuele consulten heeft het consultatiebureau ook dagopvang, eettafelprojecten en een koffie-inloop. Het aantal mensen dat deelneemt aan bepaalde activiteiten is wisselend.</p> <p>- Sinds kort is er ook een Senioren Adviespunt waar ouderen met al hun problemen terecht kunnen. De wijkverpleegkundige geeft aan dat er veel gebruik wordt gemaakt van dit adviespunt.</p>
Marokkaanse zorgconsulente (werkzaam voor Aveant)	<p>- Allochtone zorgconsulenten werken voor de allochtone patiënten van verschillende hulpverleners in Utrecht. Ze geven voorlichting over gezondheid, chronische ziektes, opvoeding en de Nederlandse gezondheidszorg. Behalve voorlichting en informatie geven, kan een zorgconsulent de vragen van de hulpverlener en de patiënt verhelderen en de patiënt verder begeleiden.</p>	<p>- De Marokkaanse zorgconsulente heeft aangegeven dat er in buurthuizen veel wordt georganiseerd voor allochtonen. De activiteiten richten zich voornamelijk op vrouwen. Vergeleken met 10 jaar geleden gaan er steeds meer Marokkaanse vrouwen naar buurthuizen. De activiteiten die in de buurthuizen georganiseerd worden sluiten aan bij de behoeften (kooklessen, sportaanbod). Echter, het zijn kortdurende activiteiten. Na de activiteiten zitten de Marokkaanse vrouwen weer alleen thuis.</p>
Turkse zorgconsulente (werkzaam voor Aveant)	<p>- Allochtone zorgconsulenten werken voor de allochtone patiënten van verschillende hulpverleners in Utrecht. Ze geven voorlichting over gezondheid, chronische ziektes, opvoeding en de Nederlandse gezondheidszorg. Behalve voorlichting en informatie geven, kan een zorgconsulent de vragen van de hulpverlener en de patiënt verhelderen en de patiënt verder begeleiden.</p>	<p>De Turkse zorgconsulente heeft te kennen gegeven dat het huidige aanbod voor Turkse mensen beperkt is. Er worden weinig activiteiten georganiseerd en ook het aantal uitstapjes voor Turkse mensen is beperkt. Bovendien is de begeleiding van activiteiten in het Nederlands. Door de taalbarrière kunnen Turkse mensen daarom niet deelnemen aan activiteiten in buurthuizen. Naast de taalbarrière, zijn ook dure activiteiten een belemmering om aan activiteiten deel te nemen. Uitjes moeten vaak uit eigen zak worden betaald worden. De eerste generatie Turken is veelal met pensioen en heeft geen geld om dure activiteiten te betalen. De tweede generatie Turken is belast met dure school- en studiekosten voor hun kinderen, waardoor er geen geld overblijft voor deelname aan activiteiten in buurtcentra.</p>

Geïnterviewde professionals	Hoe komen professionals in hun werk eenzaamheid tegen?	Ervaringen
<p>Sociaal cultureel werkster (allochtoon vrouwenwerk) (werkzaam bij buurthuis de Uithoek)</p>	<p>Buurthuis de Uithoek organiseert activiteiten voor autochtone en allochtone volwassen Utrechters, waarbij te denken valt aan bingoavonden en bijvoorbeeld bewegingsgroepen voor allochtone vrouwen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - “Door de activiteiten wordt de eenzaamheid beperkt minder. Na een bingo-avond gaat iedereen weer zijn eigen (eenzame) weg”. - “ Als allochtone vrouwen hebben deelgenomen aan een bewegingsgroep dan glinsteren hun ogen, hoor je ze enthousiast praten, voelen ze zich jong en straalt de positiviteit van hun gezicht af.” - Er zijn weinig activiteiten voor allochtone oudere mannen. Er wordt meer georganiseerd voor vrouwen. - Allochtonen willen graag in contact komen met autochtone Utrechters, maar door de taalbarrière durven ze de eerste stap niet te zetten. Echter, vooral autochtone ouderen willen niet deelnemen aan activiteiten waar ook allochtonen aan deelnemen. - Autochtone mannen en vrouwen kunnen gezamenlijk deelnemen aan activiteiten. Voor allochtone mannen en vrouwen ligt dit anders. Bepaalde activiteiten (bijvoorbeeld een beweeggroepje) zullen gescheiden worden uitgevoerd.

Bijlage 5. Omvangschattingen

Opmerking: In onderstaande twee schema's zijn de omvangschattingen weergegeven bij die factoren die onafhankelijk bijdragen aan eenzaamheid (ofwel de factoren die uit de multivariate logistische regressieanalyse naar voren zijn gekomen)

Omvangschattingen aantal eenzame mensen in Utrecht binnen verschillende groepen *

	Aantal matig eenzamen	Aantal ernstig eenzamen	Aantal emotioneel eenzamen	Aantal sociaal eenzamen
Geslacht				
Vrouw	-	-	-	25.632
Man	-	-	-	30.929
Leeftijd				
16-29	13.238	3.309	-	9.928
30-39	11.795	3.932	-	11.795
40-54	16.400	4.232	-	15.871
55-64	9.788	2.237	-	9.788
65-74	5.220	1.142	-	5.057
75+	4.596	1.217	-	4.055
Etniciteit				
Nederlands	41.811	-	-	38.175
Turks	3.922	-	-	4.992
Marokkaans	2.636	-	-	3.515
Sur / Ant /Aru	2.219	-	-	1.827
Overig westers	6.444	-	-	5.892
Overig niet- westers	2.923	-	-	2.769
Burgerlijke staat				
Gehuwd	23.189	5.565	9.276	24.117
Samenwonend	7.572	1.196	1.594	6.376
Ongehuwd / nooit gehuwd geweest	21.511	4.964	9.101	18.202
Gescheiden	4.605	2.303	3.272	4.848
Weduwe / weduwnaar	5.139	1.363	2.832	4.824
Gezinssituatie				
Alleenwonend	-	-	10.103	-
Huishouden zonder kinderen	-	-	6.689	-
Huishouden met kinderen	-	-	6.209	-
Eenoudergezin	-	-	1.272	-
Opleidingsniveau				
Zeer laag	10.320	-	6.593	10.893
Laag	15.135	-	7.122	16.025
Midden	15.543	-	5.181	12.664
Hoog	18.416	-	6.139	15.347
Moeite met rondkomen				
Grote moeite	-	5.537	-	-
Enige moeite	-	4.139	-	-
Geen moeite	-	6.330	-	-
Stemmingsproblemen				
Weinig of geen risico	22.360	1.242	2.484	17.391
Matig risico	32.873	7.514	14.088	29.116
Hoog risico	5.491	6.358	8.092	9.826
Een of meerdere vormen van angststoornis				
Ja	15.997	9.024	13.536	19.279
Nee	44.169	7.682	11.522	36.488
Tevredenheid woning				
Onvoldoende	-	4.568	6.852	-
Voldoende	-	10.511	18.920	-
Tevredenheid woonomgeving				
Onvoldoende	9.842	-	-	11.522
Voldoende	50.173	-	-	45.992
Sociale buurtcohesie				
Laag	39.741	12.774	19.871	-
Gemiddeld	17.787	2.964	5.188	-
Hoog	2.722	-	340	-

* De omvangschattingen zijn berekend met de eenzaamheidspercentages zoals die uit de univariate analyses naar voren zijn gekomen.

Omvangschattingen aantal eenzame mensen in de wijk Noordwest binnen verschillende groepen *

	Aantal matig eenzamen	Aantal ernstig eenzamen	Aantal emotioneel eenzamen	Aantal sociaal eenzamen
Burgerlijke staat				
Gehuwd	-	-	1.796	-
Samenwonend	-	-	630	-
Ongehuwd / nooit gehuwd geweest	-	-	1.488	-
Gescheiden	-	-	849	-
Weduwe / weduwnaar	-	-	675	-
Opleidingsniveau				
Zeer laag	2.144	-	-	-
Laag	1.728	-	-	-
Midden	2.825	-	-	-
Hoog	1.980	-	-	-
Werksituatie				
Betaalde werkring	-	1.154	-	-
Uitkering	-	1.386	-	-
Overig	-	532	-	-
Stemmingsproblemen				
Weinig of geen risico	2.505	167	501	1.670
Matig risico	5.687	1.497	2.993	5.388
Hoog risico	924	1.698	2.026	2.294
Een of meerdere vormen van angststoornis				
Ja	3.650	-	-	4.681
Nee	5.342	-	-	4.808
Overgewicht				
Ja	4.293	-	-	-
Nee	4.700	-	-	-

* De omvangschattingen zijn berekend met de eenzaamheidspercentages zoals die uit de univariate analyses naar voren zijn gekomen.