

Algemene aspecten van eenzaamheid

Waarom het van belang is om eenzaamheid in de zorg te herkennen

Dr. Cornelis (Kees) Kennedy (MPH)*

Eenzaamheid in beeld

We praten er niet graag over en we vinden het vaak een probleem van de ander. Praten over eenzaamheid is nog steeds een taboe. Als je zegt dat je eenzaam bent dan wordt dat in onze cultuur toch vaak als een teken van zwakte gezien. Eenzaamheid heeft te maken met een gebrek aan verbondenheid, een verminderd welzijn en een lagere kwaliteit van leven (1). Eenzaam zijn heeft als zodanig een belangrijke invloed op onze gezondheid. In dit artikel worden de verschillende vormen van eenzaamheid beschreven en wordt de relatie met gezondheid verder uitgewerkt. Deel 1 richt zich op de Nederlandse situatie en maakt dankbaar gebruik van de resultaten van intensief onderzoek aan de Vrije Universiteit van Amsterdam zoals weergegeven in de publicatie *Zicht op eenzaamheid. Achtergronden, Oorzaken en Aanpak* (1). Deel 2 is een beschrijving van de persoonlijke ervaringen van een wijkverpleegkundig- wondconsulent (Lisette Eversteijn)

Praten over eenzaamheid

Het bespreken van eenzaamheid wordt bemoeilijkt doordat het een alledaags begrip is, dat wil zeggen dat iedereen er wel een idee bij heeft en dat het op vele manieren geïnterpreteerd kan worden.

Eenzaamheid wordt gezien als een negatieve ervaring waarin verlies, gemis, gebrek en teleurstelling centraal staan. Er is een onvrijwillig tekort aan waardevolle menselijke interactie hetgeen ervaren wordt als een verlies aan welzijn en vermindering van kwaliteit van leven (1). Het is de uitkomst van een proces waarin iemand bestaande persoonlijke relaties afweegt en beoordeelt. Een proces waarin de eigen wensen en verwachtingen ten aanzien van die relaties verduidelijkt wordt. Als het relatienetwerk te klein is, of de relaties te weinig kwaliteit hebben, dan is er vaak sprake van eenzaamheid (2).

In de literatuur wordt er onderscheid gemaakt tussen verschillende vormen van eenzaamheid, namelijk emotionele eenzaamheid en sociale eenzaamheid. Over emotionele eenzaamheid spreken we als iemand een sterk gemis ervaart van een intieme relatie, dat wil zeggen het missen van een hechte emotionele band met een partner, familielid of vriend(in). Het is een persoonlijke, subjectieve ervaring van gemis of verlies die niet zelf gekozen is. In de literatuur spreekt men ook van een subjectieve sociale isolatie.

Van sociale eenzaamheid (ook wel objectieve sociale isolatie genoemd) is sprake als iemand betekenisvolle sociale relaties mist met een bredere groep mensen, zoals kennissen, collega's, buurtgenoten of mensen met

dezelfde belangstelling. Deze sociale relaties ontstaan veelal als onderdeel van gemeenschappelijke betrokkenheid met de kerk, moskee, hobbyclub, vrijwilligersorganisatie, sportverenigingen et cetera. Eenzaamheid wordt dan gezien als een ongewilde subjectieve ervaring waarbij er een verschil is tussen de relaties die men heeft en relaties die men graag zou willen hebben (1-3). Er is het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis in de kwaliteit van bepaalde sociale relaties en van buitenaf gezien is er een tekort aan verbondenheid met anderen. Zowel de kwantiteit, de kwaliteit en de diversiteit van de gevormde sociale relaties zijn bepalend voor de mate of de ernst van de eenzaamheidservaring. Het verschil tussen deze begrippen is dat 'emotionele eenzaamheid' verhaalt over de subjectieve, individuele beleving van het gemis aan menselijk contact terwijl 'sociale isolatie ofwel sociale eenzaamheid' te maken heeft met een beperking van het aantal betekenisvolle, ondersteunende persoonlijke contacten. In het geval van sociaal isolement is het aantal contacten objectiveerbaar verminderd waardoor men zich eenzaam en ongelukkig voelt. Er is dan vaak ontevredenheid over het relationele netwerk dat tekort schiet. Het is van groot belang te beseffen dat het niet over de theoretische definities gaat, maar dat dit uitingsvormen zijn van het door de patiënt ervaren lijden. In verband met de uitgebreide hoeveelheid aan factoren die een rol spelen bij het ontstaan van eenzaamheid zijn deze in verband met de overzichtelijkheid ondergebracht in tabellen (zie tabel 1 en 2; deze tabellen hebben met name hun oorsprong in de referenties) (1,2,3).

'Zicht op eenzaamheid' is gebaseerd op onderzoek dat werd ondersteund door de Faculteit Sociale Wetenschappen aan de Vrij Universiteit te Amsterdam en het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI) in Den Haag. Het onderzoek geeft de levensverhalen van duizenden mensen weer.

Ongeveer 30% van de Nederlanders is eenzaam, dat zijn

ruim 5 miljoen mensen, uitgaande van een populatie van 17 miljoen mensen. De meeste eenzamen zijn 'matig eenzaam': het is een probleem maar overheerst niet doorlopend hun leven. Bij een klein percentage is er sprake van 'sterke eenzaamheid' dat continu een donkere schaduw over het leven werpt (2).

Onderzoek heeft uitgewezen dat er geen duidelijke

Tabel 1: Oorzaken van eenzaamheid

Maatschappelijke factoren: deze factoren hebben voor iedereen in de maatschappij consequenties maar uiten zich verschillend	Modernisering en automatisering individualisering; verarming sociale contacten. Afname van het sociale netwerk door overlijden, verhuizing, echtscheiding. Afname van onderlinge solidariteit en sociale cohesie 'ieder voor zich'. Demografische verschuivingen, met name de samenstelling van de bevolking.
Individuele factoren waaronder leefstijlfactoren	Ongezonde leefstijl: gebrek aan beweging, ongezond eten, weinig ontspanning, veel stress, live events, zoals echtscheiding, verhuizing, verlies geliefden. Extreme verlegenheid, gebrek aan zelfvertrouwen en een gebrek aan zelfcompassie. Chronisch ziek zijn. Verwateren van sociale contacten, toename pessimisme, toename depressie en angststoornissen, meer lichamelijke klachten, ademhalingsproblemen, maagpijn, hart- en vaatziekten, vroegtijdig overlijden, woonomgeving, verminderde mobiliteit, afname van het inkomen (afname financiële draagkracht).
Beschermende factoren	Het hebben van een partner en het hebben van sociale vaardigheden. Eenzaamheid vertoont wel een sterke samenhang met het al of niet hebben van een partner. Mensen met een partner blijken gemiddeld genomen minder eenzaam te zijn dan mensen zonder partner. Ook onder mensen met een partner komt evenwel eenzaamheid voor, vooral wanneer de partnerrelatie van minder goede kwaliteit is (gebrek aan geborgenheid en intimiteit).
Nomenclatuur	Er wordt theoretisch onderscheid gemaakt tussen emotionele eenzaamheid en sociale eenzaamheid. In de praktijk kunnen deze vormen gelijktijdig aanwezig zijn. De ernstigste vorm is het gelijktijdig aanwezig zijn van sociale en emotionele eenzaamheid.
Prevalentie van eenzaamheid in Nederland	Ruim 30% is eenzaam. Sterke eenzaamheid komt voor bij 10% van de volwassenen en matige eenzaamheid bij 20%. Mensen van middelbare leeftijd zonder partner hebben het meest frequent last van eenzaamheid, gevolgd door mensen zonder partner op oudere leeftijd. Eenzaamheid is in vele gevallen tijdelijk, maar wordt vaak niet herkend en onderschat. Bij 5% is de eenzaamheid episodisch.
Voorkomen van eenzaamheid Sociaal netwerk*, sociale verbondenheid	Eenzaamheid komt in alle lagen van de bevolking voor. Sterke eenzaamheid wordt het meest frequent geconstateerd bij gescheiden vrouwen van middelbare leeftijd (26%) en het minst frequent bij jong gehuwden (12%). Van alle ouderen heeft 10% ervaring met eenzaam zijn. 64% heeft een groot netwerk van sociale relaties en heeft een geringe kans op het ontstaan van eenzaamheid (sociaal weerbaar), 6% heeft een klein netwerk en is eenzaam (contactarmen), 8% heeft een klein netwerk en is hierdoor kwetsbaar voor het ontstaan van sociaal isolement, 22% heeft een groot netwerk maar is desondanks toch eenzaam (de eenzamen).
Onderzoek naar eenzaamheid met behulp van verschillende meetinstrumenten	1) De directe vraag als self-labelling instrument 'voelt u zich weleens eenzaam' 2) UCLA eenzaamheidsschaal 3) De Nederlandse eenzaamheidsschaal ontwikkeld door De Jong Gierveld

seksverschillen zijn in het voorkomen van sterke eenzaamheid. Leeftijd speelt wel een rol maar het ouder worden is op zich geen oorzaak van het eenzaam zijn. In Nederland is 2% van de mensen van 55 en jaar en ouder 'sterk eenzaam', dit stijgt naar 9% 'sterk eenzaam' onder de 95 jarigen en ouder. Van de mensen van 55 jaar en ouder is 18% 'matig eenzaam' en van de mensen van 95 jaar en ouder is 53% 'matig eenzaam'. Ouderen hebben een groter risico om eenzaam te worden door een combinatie aan factoren, zoals een verandering in de leefomstandigheden, een vermindering van het inkomen, het verlies van dierbaren en achteruitgang van de fysieke en mentale gezondheid (1-3).

Chronisch zieken hebben een significant hoger risico om zich eenzaam te voelen. Vergeleken met gezonde mensen wordt er een significant hoger risico gezien voor het ontstaan van eenzaamheid bij mensen die chronisch ziek zijn. Uit onderzoek aan de Universiteit van Antwerpen bleek dat ruim 24% van de Belgische bevolking tussen de 18 en 79 jaar leeft met een chronische of langdurige aandoening en dat 34% van de langdurig zieken zich sterk (sociaal) eenzaam voelt (4). Hoe zwakker men de gezondheid inschat hoe hoger het risico op sociale en emotionele eenzaamheid. Sterke gevoelens van emotionele eenzaamheid komen voor bij 9% van de mannen vs. 15% van de vrouwen met een chronische aandoening. Chronisch zieken zonder partner hebben een groter risico op eenzaam zijn dan degenen met een partner (23 vs. 16%). Emotionele eenzaamheid is groter bij zieken die thuis zitten vs. degenen die werken.

Eenzaamheid is geassocieerd met verhoogde morbiditeit en mortaliteit (5,6). Eenzaamheid vergroot de kans op: depressie, angststoornissen, misbruik van alcohol en drugs, hart- en vaatziekten, obesitas, ademhalingsproblemen en alzheimer. Eenzaamheid hangt samen met een slechte zelfzorg en een ongezonde leefstijl die gekarakteriseerd wordt door een ongezond voedingspatroon, een gebrek aan lichamelijke activiteit en een hoog stressniveau. Armoede, een lage sociaal economische status en het leven als een minderheid vergroten het risico op het ontstaan van eenzaamheid. In de Verenigde Staten wordt een hoge prevalentie gevonden bij mensen met een

bi-culturele achtergrond en bij mensen met een Afro-Amerikaanse achtergrond (5,6).

Voor de hulpverlener is het van belang om een duidelijk beeld te hebben van de problematiek van de individuele patiënt waarbij het ook van belang is om de sociale netwerken van de patiënt te karakteriseren. De hulpverlener/onderzoeker kan daarbij gebruik maken van de kenmerken van het sociale netwerk om tot een globaal risicoprofiel te komen. Objectieve datacollectie is van groot belang aangezien er hardnekkige misverstanden bestaan over de oorzaken en de risicofactoren.

Misverstanden ten aanzien van eenzaamheid

Via interventies wordt geprobeerd om de eenzaamheid te bestrijden. Er bestaan evenwel hardnekkige misverstanden rond eenzaamheid. Zo zou eenzaamheid zijn toegenomen door de voortschrijdende individualisering, zouden vooral ouderen en alleenstaanden er last van hebben en zou een contactrijke omgeving de eenzaamheid verminderen. Veel zaken kunnen de interventie echter in de weg staan en daardoor de kans op succes verminderen.

Misverstand 1: individualisering leidt tot meer eenzaamheid.

Harde bewijzen voor het toenemen van eenzaamheid als gevolg van individualisering zijn echter niet te vinden. Mensen zouden steeds meer op zichzelf zijn gericht, maar hebben ook meer keuzemogelijkheden en nemen ook meer verantwoordelijkheid voor hoe ze hun leven willen inrichten, terwijl de traditionele sociale vangnetten van familie, kerk en buurt sterk aan kracht hebben ingeboet.

Het Noord-Zuid-verskil. In tegenstelling tot wat over het algemeen wordt gedacht, is het percentage eenzame ouderen het laagst in de meest individualistische landen in Scandinavië en het hoogst in de sterk familiegeoriënteerde landen in Zuid-Europa.

De verklaring voor deze landenverschillen moet worden gezocht in verschillen in heersende normen en mede daaruit voortvloeiende wensen, verwachtingen of behoeften ten aanzien van sociale relaties. In Zuid-Europa zijn bijvoorbeeld de familiebanden veel sterker en invloedrijker dan in Scandinavië. De standaards ten aanzien van

Tabel 2: Kenmerken van de sociale netwerken

De sociaal weerbaren	Deze mensen hebben veel contacten en een goed functionerend sociaal netwerk
De eenzamen	Deze mensen hebben veel contacten maar voelen zich eenzaam omdat de contacten niet aan hun wensen voldoen
De contactarmen	Deze mensen hebben slechts enkele contacten maar ervaren deze als toereikend omdat ze voldoen aan hun sociale behoeften
De sociaal geïsoleerden	Deze mensen hebben weinig tot geen betekenisvolle contacten en voelen zich eenzaam en ongelukkig

Tabel 3: Interventies in Nederland

WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) Welzijn Nieuwe Stijl	De 'eigen kracht van de burger' versterken. Versterken sociale cohesie en eigen netwerken, versterken maatschappelijke betrokkenheid/interactie.
Movisie	Ondersteuning in het opbouwen van betekenisvolle contacten; versterken van de maatschappelijke participatie.
Welzijn op recept	Competenties en functioneren in de maatschappij verbeteren, versterken sociale cohesie, verminderen fysieke en mentale klachten waardoor lagere zorgkosten.

familierelaties zijn dan ook in Zuid-Europa veel hoger dan in Scandinavië, met een grotere kans dat iemand wordt teleurgesteld en vereenzaamt.

Misverstand 2: eenzaamheid is alleen een zaak van ouderen en alleenstaanden.

Een wijdverbreide gedachte is dat vooral ouderen last hebben van eenzaamheid.

Analyse van deze gegevens laat zien dat gevoelens van eenzaamheid pas na de 75-jarige leeftijd exponentieel toenemen. Het is te simplistisch om groepen in de samenleving te bestempelen als eenzaam of niet-eenzaam. Bovendien schuilt hierin het gevaar dat hulpverlenende instanties de eenzaamheidsproblematiek veel minder (h) erkennen van personen binnen groepen die worden geacht niet eenzaam te zijn, terwijl de interventies zich steeds verder ontwikkelen voor groepen die worden geacht wél eenzaam te zijn (waaronder ouderen en alleenstaanden).

Misverstand 3: een contactrijke omgeving is dé oplossing voor eenzaamheid.

Soms lukt het mensen niet om zich na verloop van tijd minder eenzaam te voelen, zelfs niet na inschakeling van mensen uit de directe omgeving. In dat geval kunnen eenzaamheidsinterventies behulpzaam zijn.

Hulpverleners kiezen vrijwel altijd voor deze oplossing vanwege de gedachte dat een tekort aan sociale relaties de belangrijkste oorzaak is van eenzaamheid. Daarbij wordt verondersteld dat door een eenzame man of vrouw in contact te brengen met anderen de kans op vergroting van het sociaal netwerk toe- en bijgevolg de eenzaamheid afneemt. Een gescheiden vrouw die naarstig op zoek is naar een nieuwe partner zal daarentegen meer baat hebben bij deelname aan speciale activiteiten voor singles dan aan culturele activiteiten met lotgenoten. De sociale omgeving contactrijker maken heeft ook weinig kans van slagen wanneer de oorzaak van de eenzaamheid is te wijten aan persoonlijke kenmerken, zoals een gebrek aan sociale vaardigheden, een negatief zelfbeeld en onrealistische wensen of te hoge verwachtingen van relaties. Verwacht mag worden dat cursussen die specifiek aan deze condities werken een groter effect sorteren.

Misverstand 4: eenzaamheidsinterventies hebben gegarandeerd succes.

Behalve dat de interventie dient aan te sluiten bij de oorzaak van eenzaamheid, zijn er tal van andere zaken die succes in de weg kunnen staan. Interventies kunnen verder onbedoelde negatieve effecten hebben op eenzaamheid. Bij het leggen van nieuwe contacten kan iemand bijvoorbeeld pijnlijk worden herinnerd aan een overleden harts-vriendin of worden geconfronteerd met het eigen falen in het verleden of het heden.

Beleid

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) is een samenwerkingsplan dat tussen 2023 en 2026 moet zorgen voor meer passende, preventiegerichte, duurzame en gedigitaliseerde zorg in Nederland. De wijkverpleging krijgt een nóg belangrijkere rol in het zorglandschap, met name omdat er steeds meer zorg thuis wordt gegeven, dit als alternatief voor ziekenhuiszorg, palliatieve zorg, GGZ-zorg, verpleeghuiszorg. Het idee is om meer mensen zorg thuis te laten krijgen en dat de thuiszorg ook steeds meer kan met behulp van technologie. Het betekent dat de wijkverpleegkundige steeds meer mensen met complexe zorgvragen thuis zal gaan behandelen. Zorgmedewerkers in de wijk hebben een goed oog voor kwetsbare ouderen en kunnen, als ze de tijd hebben, voorkomen dat deze ouderen in een crisissituatie terechtkomen. Van groot belang is daarbij het herkennen van eenzaamheidsproblematiek en het gericht ingrijpen. De wijkverpleging/thuiszorg speelt hierbij centrale rol.

Literatuur

1. van Tilburg TG, de Jong-Gierveld J. **Zicht op Eenzaamheid: achtergronden, oorzaken en aanpak.** 2007, Van Gorcum.
2. van Tilburg TG. **Ontevredenheid over netwerk leidt tot eenzaamheid ouderen.** TvZ: Verpleegkunde in praktijk en wetenschap 2019;129(5):16-8.
3. van Tilburg TG, Iedema J, Klok J. **Veranderingen in eenzaamheid in de tweede levenshelft.** In: Van Campen C, Vonk F, van Tilburg TG, Editors. Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau; 2018:46-53.

4. Heylen L. **De ervaringen van eenzaamheid bij chronisch zieken: van cijfers tot aanbevelingen.** Cello, Universiteit van Antwerpen. Vlaams Onderzoeks- en Kennis- centrum Derde Leeftijd.
5. Jansen M, Hajema KJ, Schefman S et al. **Eenzaam aan de onderkant: een studie naar ziekte, armoede en eenzaamheid.** Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen. 2015;7 (93): 68 www.tsg.nl.
6. Henriksen J, Larsen ER, Mattisson C et al. **Loneliness, Health and Mortality.** Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2019;28:234-8.
7. Cacioppo JT, Hawkey LC, Crawford E. **Loneliness and Health: Potential Mechanisms.** Psychosomatic Medicine. 2002;64:407-17.
8. Heu LC, Hansen N, van Zomeren M, et al. **Loneliness across cultures with different levels of social embeddedness: a qualitative study.** Pers Relationships 2021;28:379-405.
9. Bernard T. **How to be sick: A Buddhist-Inspired Guide for the Chronically Ill and Their Caregivers.** Wisdom Publications, 2010.
10. **Integraal Zorgakkoord: Samenwerken aan gezonde zorg.**

**Dr. Cornelis Kennedy, MPH, docent dermatologie en venereologie, afdeling Huidziekten, Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), Leiden*