

# **Systematische ontwikkeling van interventiestrategieën gericht op eenzaamheid onder ouderen**

Een samenwerkingsproject van WIJ, de Twern en Tranzo

Dr. Janneke Barelds  
Martine Lissenberg, MSc  
Dr. Katrien Luijkx

Tranzo,  
Wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn

## Colofon

Financiering: Stichting Maria Mediatrix

Tranzo

Universiteit van Tilburg

Faculteit Sociale Wetenschappen

Postbus 90153

5000 LE Tilburg

Bezoekadres: Warandalaan 2

Tiasbuilding, 5<sup>e</sup> etage

Tel. secretariaat: 013-4662969

Fax secretariaat: 013-4663637

E-mail: [tranzo@uvt.nl](mailto:tranzo@uvt.nl)

Internet: [www.uvt.nl/tranzo](http://www.uvt.nl/tranzo)

Foto omslag: de Twern

Druk: Ridderprint, Ridderkerk

ISBN: 978-90-5335-313-4

© Tranzo, 2010 Tilburg

# Inhoud

<b>1. Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1 Aanleiding voor het project	5
1.2 Centrale vraag	6
1.3 Doel en opzet van het project	6
1.4 Opzet van dit rapport	7
<b>2. Eenzaamheid</b>	<b>9</b>
2.1 Definitie van eenzaamheid	9
2.2 Risicofactoren van eenzaamheid	9
2.3 Oplossingsrichtingen voor eenzaamheid	9
2.3.1 <i>Drie netwerkbenadering</i>	11
2.3.2 <i>Interactionistische visie: cognitieve en deficit visie</i>	11
2.3.3 <i>Procesbenadering</i>	12
<b>3. Systematisch interveniëren</b>	<b>15</b>
3.1 Sociale Marketing: definitie en kenmerken	15
3.2 De analysefase	16
3.3 De strategiebepalingfase	17
3.4 De tactische planningfase	17
3.5 De uitvoeringsfase	18
3.6 De evaluatiefase	18
3.7 Risicofactoren van eenzaamheid en de interventiefasen	18
<b>4. Fasen van het project</b>	<b>23</b>
4.1 Segmentatie van de doelgroep	24
4.2 Training medewerkers en vrijwilligers	27
4.3 Toepassing systematiek in de praktijk	28
4.3.1 <i>Afname vragenlijst 'welzijn ouderen'</i>	28
4.3.2 <i>Resultaten vragenlijst 'welzijn ouderen'</i>	29
4.3.3 <i>Afname verdiepingsinterview: gedrag- en omgevingsanalyse</i>	29
4.3.4 <i>Resultaten verdiepingsinterview: gedrag- en omgevingsanalyse</i>	30
4.3.5 <i>Intervisiebijeenkomsten</i>	30
4.3.6 <i>Resultaten project</i>	31

<b>5. Discussie</b>	<b>35</b>
5.1 Sterke en zwakke punten van het project	35
5.2 Te nemen stappen in het vervolgtraject	36
<b>Literatuur</b>	<b>41</b>
<b>Bijlagen</b>	<b>43</b>
<i><b>Bijlage 1:</b> Tabel 1b. Risicofactoren van eenzaamheid en hun relatie met eenzaamheid</i>	44
<i><b>Bijlage 2a:</b> Inhoud van de eerste training voor medewerkers van WIJ en de Twern</i>	47
<i><b>Bijlage 2b:</b> Inhoud van de tweede training voor medewerkers van WIJ en de Twern</i>	55
<i><b>Bijlage 3a:</b> Vragenlijst 'welzijn ouderen'</i>	67
<i><b>Bijlage 3b:</b> Verdiepingsinterview voor de gedrags- en omgevingsanalyse</i>	74
<i><b>Bijlage 4a:</b> Resultaten vragenlijst voor alle eenzame ouderen</i>	84
<i><b>Bijlage 4b:</b> Resultaten vragenlijst voor alle eenzame ouderen per instelling</i>	86
<i><b>Bijlage 4c:</b> Resultaten vragenlijst voor alle eenzame ouderen per type eenzame oudere</i>	89
<i><b>Bijlage 5:</b> Samenvatting resultaten verdiepingsinterviews</i>	92
<i><b>Bijlage 6:</b> Verslagen intervisiebijeenkomsten</i>	107

# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding voor het project

De levensverwachting van ouderen neemt toe, evenals het aantal mensen dat een hogere leeftijd bereikt. Deze hogere leeftijd gaat vaak gepaard met een achteruitgang in de gezondheid van ouderen en een verlies aan kwaliteit van leven (Berg Jeths, Timmermans, Hoeymans, & Woittiez, 2004). Eenzaamheid is één van de specifieke problemen waarmee veel ouderen te maken krijgen. Uit longitudinaal onderzoek van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), waarin ouderen van 55 tot 85 jaar gedurende een periode van 10 jaar zijn gevolgd, blijkt dat in Nederland ruim 1,2 miljoen mensen (32%) van 55 jaar en ouder eenzaam zijn (Fokkema & Van Tilburg, 2005). Regionale cijfers bevestigen dit beeld voor de provincie Brabant. Zo blijkt uit onderzoek in de regio Hart van Brabant dat 48% van de ouderen eenzaam is, waarvan 7% ernstig eenzaam en 3% zeer ernstig eenzaam (De Boer, Enthoven, & Pallast, 2005). Uit het onderzoek van LASA blijkt dat eenzaamheid bij 15% van de ouderen in de loop van de tijd ontstaat, terwijl de eenzaamheid bij iets minder dan 10% in de loop van de tijd vanzelf verdwijnt. Bij 25% van de ouderen is de eenzaamheid wisselend in meer of mindere mate aanwezig. Een percentage van 10% van de ouderen is voortdurend eenzaam (Fokkema & Van Tilburg, 2005).

Eenzaamheid kan negatieve gevolgen hebben voor zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid van ouderen. Hierbij kan gedacht worden aan het ontstaan van depressies, gevoelens van angst of een slechter functionerend immuunsysteem (Heinrich & Gullone, 2005). Door preventief of curatief te interveniëren is het mogelijk om het ontstaan van eenzaamheidsgevoelens te voorkomen of het bestaan ervan terug te dringen. De effectiviteit van interventies kan worden verhoogd door interventies op systematische wijze te ontwikkelen en uit te voeren (Fokkema & Van Tilburg, 2005). Hierbij dient rekening te worden gehouden met de risicofactoren van eenzaamheid, met de precieze aard van de problematiek en met de behoeften van ouderen. Daarnaast dient er voldoende kennis beschikbaar te zijn over de effectiviteit van bestaande interventiemethoden (Fokkema & Van Tilburg, 2005). Vervolgens dienen de interventies evidence based te worden ontwikkeld en uitgevoerd, waarbij het handelen is gebaseerd op de wetenschappelijke evaluatie van de effectiviteit van de interventies.

Het voordeel hiervan is dat het mogelijk wordt gemaakt om de effectiviteit van de interventie te meten. In de praktijk van zorg en welzijn blijkt echter dat er lang niet altijd evidence based wordt gewerkt (Garretsen, 2001). Hierdoor blijft veel kennis over bestaande effectieve interventies ongebruikt en wordt er onvoldoende systematisch onderzoek gedaan naar de werkzame elementen van interventies.

Dit geldt ook voor eenzaamheidsinterventies. In Nederland zijn meer dan vijftig interventies bekend die gericht zijn op eenzaamheid onder ouderen (zie bijvoorbeeld [www.projectenzorgenwelzijn.nl](http://www.projectenzorgenwelzijn.nl)). Helaas wordt er weinig systematisch onderzoek gedaan naar het effect van deze interventies. Zowel effect- als procesevaluaties vinden zelden plaats (Fokkema & Van Tilburg, 2005). Indien er wel systematisch onderzoek is gedaan, blijkt echter dat een groot aantal interventies niet effectief is. Hiervoor is een aantal verklaringen mogelijk. Ten eerste wordt er vaak te snel voor een standaardoplossing gekozen, waardoor de gekozen interventies niet voldoende aansluiten bij de problematiek en de behoeften van de ouderen. Daarnaast wordt er vaak geen rekening gehouden met de diversiteit onder eenzame ouderen, waardoor het interventieaanbod vaak weinig gevarieerd is. Ten slotte is er vaak te weinig aandacht voor eventuele neveneffecten van de interventies (zoals terugval na afloop van een interventie).

## **1.2 Centrale vraag**

Dit project speelt in op bovenstaande problematiek en zal trachten de volgende vraagstelling te beantwoorden:

*'Op welke manier kunnen interventiestrategieën gericht op het voorkomen en verminderen van eenzaamheid onder ouderen op systematische wijze worden ontwikkeld, uitgevoerd en geëvalueerd?'*

## **1.3 Doel en opzet van het project**

Dit project wordt uitgevoerd binnen een samenwerkingsverband tussen WIJ (netwerk van dienstverleners), de Twern (een organisatie voor maatschappelijke diensten) en Tranzo. De doelstelling van dit project is het ontwikkelen en toetsen van een systematische benaderingswijze teneinde de eenzaamheidsproblematiek van ouderen in kaart te brengen en interventies 'op maat' te ontwikkelen en te evalueren. De systematiek is in eerste instantie ontwikkeld door

de onderzoekers op basis van een literatuurstudie naar eenzaamheid en systematisch interveniëren en op basis van brainstormsessies met professionals van WIJ en de Twern over segmentatie van de doelgroep. Medewerkers en vrijwilligers van WIJ en ouderenadviseurs, ouderenwerkers, huiskamermedewerkers en maatschappelijk werkers van de Twern in één stadsdeel in Tilburg zijn vervolgens getraind in het gebruik van de systematiek, waardoor zij op basis van hun ervaringen kunnen meedenken over de werkzame elementen die bijdragen aan de ontwikkeling van passende en effectieve interventies. Het uitgangspunt hierbij is dat medewerkers op termijn leren om zelfstandig de eenzaamheidsproblematiek van ouderen in kaart te brengen en interventies te ontwikkelen en te evalueren die aan de unieke behoeften van individuele ouderen beantwoorden.

#### **1.4 Opzet van dit rapport**

Het project is opgebouwd uit 4 fasen. De eerste fase bestond uit een literatuurstudie naar eenzaamheid en systematisch interveniëren. De resultaten hiervan staan beschreven in hoofdstuk 2 en 3 van dit rapport. In de tweede fase zijn segmenten van 'eenzame ouderen' ontwikkeld op basis van brainstormsessies met professionals van WIJ en de Twern en onderzoekers van Tranzo. De resultaten hiervan staan beschreven in hoofdstuk 4 van dit rapport. De fasen 1 en 2 dienden als input voor fase 3, de training aan ouderenadviseurs en vrijwilligers van WIJ en ouderenadviseurs en vrijwilligers van de Twern over systematisch interveniëren. De laatste fase van het project bestond uit de praktische toepassing van de systematiek bij WIJ en de Twern door medewerkers en vrijwilligers. De resultaten hiervan staan eveneens beschreven in hoofdstuk 4 van dit rapport. Hoofdstuk 5 beschrijft de resultaten van het project, de zwakke en sterke kanten van het project en aanbevelingen voor de praktijk en voor mogelijkheden voor vervolg.





## **2. Eenzaamheid**

### **2.1 Definitie van eenzaamheid**

In dit project zal de definitie van eenzaamheid van De Jong-Gierveld worden gehanteerd: *'Een onplezierig en ontoelaatbaar ervaren discrepantie tussen de gerealiseerde en gewenste relaties'* (De Jong Gierveld, 1984; Fokkema & Van Tilburg, 2006). Deze definitie onderkent dat situaties om diverse redenen als onplezierig of onwenselijk kunnen worden ervaren, bijvoorbeeld doordat het aantal relaties kleiner is dan gewenst, de kwaliteit lager is dan gewenst of het gewenste type relatie niet of in onvoldoende mate aanwezig is.

### **2.2 Risicofactoren van eenzaamheid**

In tabel 1a worden de risicofactoren van eenzaamheid gepresenteerd. Risicofactoren zijn elementen die het risico op en in stand blijven van eenzaamheid bevorderen of voorkomen. De presentatie beperkt zich tot de risicofactoren die in diverse onderzoeken frequent zijn onderzocht. Dit betekent dat bepaalde factoren die mogelijk invloed hebben op eenzaamheid toch niet worden gepresenteerd, zoals de hoeveelheid tijd die een persoon alleen doorbrengt (Victor, Scambler, Bowling, & Bond, 2005), hertrouwen en culturele normen (Van Tilburg & de Jong Gierveld, 2007). De risicofactoren kunnen eenzaamheid veroorzaken of voorkomen. De factoren die het risico op eenzaamheid vergroten hebben een positief verband met eenzaamheid. Achter deze factoren staat een '+' in de kolom 'Relatie met eenzaamheid'. Zo kan in de tabel worden afgelezen dat weduwen vaker eenzaam zijn dan niet-weduwen. De factoren die beschermen tegen eenzaamheid hebben een negatief verband met eenzaamheid. Achter deze factoren staat een '-' in de kolom 'Relatie met eenzaamheid'. Zo zijn ouderen met een hoger inkomen minder vaak eenzaam dan ouderen met een laag inkomen. In bijlage 1 is een uitgebreidere versie van de tabel opgenomen (Tabel 1b) waarin literatuurverwijzingen en eventuele toelichtingen op de verbanden zijn opgenomen.

### **2.3 Oplossingsrichtingen voor eenzaamheid**

De manier waarop tegen eenzaamheid wordt aangekeken is bepalend voor de manier waarop eenzaamheid kan worden verminderd of voorkomen. In de volgende paragrafen worden drie visies op

eenzaamheid behandeld, namelijk de netwerkbenaderingen, de interactionistische visie en de procesbenadering. Vanuit deze drie visies kunnen verschillende oplossingsrichtingen voor eenzaamheid worden onderscheiden.

Tabel 1a. Risicofactoren en hun relatie met eenzaamheid

<b>Risicofactoren</b>		<b>Relatie met eenzaamheid</b>
<b>Persoonlijke factoren</b>	Persoonlijkheidskenmerken	+
<b>Demografische factoren</b>	- Geslacht: vrouw	+
	- Leeftijd: hogere leeftijd	+/-
	- Burgerlijke staat: weduwe	+
	- Burgerlijke staat: partner	-
<b>Opleiding</b>		-
<b>Inkomen</b>		-
<b>Life events</b>		+
<b>Gezondheid</b>	- Slechtere lichamelijke gezondheid (functionele status/zintuiglijke problematiek)	+
	- Slechtere geestelijke gezondheid	+
	- Slechtere ervaren gezondheid	+
<b>Netwerkenmerken</b>	- Omvang: groter netwerk	+/-
	- Gemis aan steun	+
	- Goede kwaliteit van het netwerkcontact	-
<b>Participatie</b>	Meer participatie	-
<b>Woonsituatie</b>	- Aantal buurtcontacten laag	+
	- Ervaring van buurt: onveiligheid/ negatieve ervaring	+

Note: '+' = factoren die het risico op eenzaamheid vergroten  
 '-' = factoren die beschermen tegen eenzaamheid

### **2.3.1 Drie netwerkbenaderingen**

In de literatuur worden drie benaderingen onderscheiden die aannemen dat bepaalde kenmerken in het netwerk van de oudere bepalend zijn voor de ervaren eenzaamheid. Volgens de *sociale steunbenadering* zijn de hoeveelheid steun en het type steun bepalend voor eenzaamheidsgevoelens. Eenzaamheid zou verminderd kunnen worden door de hoeveelheid steun te vergroten en door te onderzoeken aan welk type steun behoefte is. De *sociale integratiebenadering* stelt dat de omvang van het netwerk de bepalende factor is. Volgens deze benadering kan eenzaamheid worden verminderd door de omvang van het netwerk te vergroten. Volgens de *sociale netwerkbenadering* bepalen de dichtheid en homogeniteit van het netwerk of mensen eenzaam zijn (Hortulanus, Machielse, & Meeuwesen, 2006). Eenzaamheid zou verminderd kunnen worden door ervoor te zorgen dat er voldoende nabije en gelijkgezinde personen om de eenzame heen staan.

### **2.3.2 Interactionistische visie**

Volgens de interactionistische visie is eenzaamheid het gevolg van een samenspel tussen zowel persoonlijke als sociale factoren (Hortulanus, et al., 2006). Daarnaast speelt volgens deze benadering de subjectieve beleving van eenzaamheid een rol. Er worden twee subvisies onderscheiden: de cognitieve en de deficit visie (Hortulanus, et al., 2006).

#### *Cognitieve visie*

Volgens de cognitieve visie is eenzaamheid het gevolg van een ervaren discrepantie tussen de huidige situatie en de gewenste situatie met betrekking tot de betekenis die mensen aan een relatie toekennen (Perlman, 2004; Perlman & Peplau, 1981). Een ervaren discrepantie zal sneller als onplezierig en ontoelaatbaar worden ervaren als een persoon minder mogelijkheden ziet om de situatie te veranderen, bijvoorbeeld vanwege sociale angst (Fokkema & Van Tilburg, 2006). Indien eenzaamheid als uitzichtloos wordt ervaren, zal een persoon of berusten in de situatie of juist teleurgesteld zijn over de relaties met anderen. In veel gevallen geven ze anderen dan zichzelf de schuld van de situatie. Indien de situatie niet als uitzichtloos wordt ervaren, richten mensen zich juist vaker op sociale participatie en leggen ze de schuld niet bij anderen. Deze

reactiepatronen hebben invloed op de manier waarop mensen geholpen kunnen worden in het verminderen van eenzaamheid (Linnemann, 1996):

1. De huidige situatie veranderen door *netwerkontwikkeling* in de vorm van (a) het vergroten van sociale participatie, (b) het verbeteren van persoonlijke kenmerken (zoals sociale vaardigheden) of (c) het beïnvloeden van maatschappelijke ontwikkelingen (Fokkema & Van Tilburg, 2006).

2. De gewenste situatie veranderen door *standaardverlaging*. Dit betekent dat de verwachtingen van mensen met betrekking tot sociale relaties worden verlaagd of bijgesteld, waardoor de gewenste en ideale situatie dichterbij elkaar komen te liggen (Fokkema & Van Tilburg, 2006).

3. Het belang van de situatie veranderen door de *interpretatie* van het verschil tussen wensen en werkelijkheid bij te stellen (Fokkema & Van Tilburg, 2006).

#### *Deficit visie*

De deficit visie benadert eenzaamheid als het gevolg van de afwezigheid van zekere relaties. Ieder mens heeft verschillende relaties die diverse functies vervullen en niet zomaar vervangbaar zijn door andere relaties. Hierdoor zijn er verschillende typen eenzaamheid te onderscheiden, afhankelijk van het type relatie dat ontbreekt. Een veelvoorkomende onderverdeling is die tussen emotionele eenzaamheid en sociale eenzaamheid. Emotionele eenzaamheid ontstaat bij gebrek aan een speciale intieme relatie (zoals een partner). Sociale eenzaamheid ontstaat bij een gebrek aan een breed ondersteunende netwerk (Hortulanus, et al., 2006). Dit onderscheid impliceert dat mensen met een groot netwerk toch eenzaam kunnen zijn als de behoefte aan een bepaald type relatie niet vervuld wordt.

### **2.3.3 Procesbenadering**

Eenzaamheid kan ook worden gezien als een stagnerend proces van verwerking. Volgens de procesbenadering kan eenzaamheid worden verminderd door het doorlopen van vier rationeel gestuurde fasen: de bewustwordingsfase, de planningsfase, de uitvoeringsfase en de verwerkingsfase (Linnemann, 1996).

In de eerste fase, de *bewustwordingsfase*, staat de bewustwording van de problematiek en de oorzaken van de

problematiek centraal. In de tweede fase, de *planningsfase*, staat het ontwikkelen van een plan om de eenzaamheid aan te pakken centraal. Linnemann (1996) onderscheidt hierbij de bovengenoemde oplossingen, namelijk kwaliteitsverbetering van relaties, standaardverlaging en herinterpretatie van de situatie. Tijdens de *uitvoeringsfase* staat het uitvoeren van het plan centraal. De vierde fase is de *verwerkingsfase*, waarin wordt onderzocht of het plan geleidt heeft tot de gewenste vermindering van eenzaamheid. In elke fase kunnen belemmeringen optreden die ertoe kunnen leiden dat een individu in een bepaalde fase blijft steken. Deze belemmeringen kunnen te maken hebben met 'willen' (niet willen veranderen), 'weten' (niet weten hoe te veranderen) of met 'kunnen' (niet in staat zijn om te veranderen) (Linnemann, 1996).



### **3. Systematisch interveniëren**

#### **3.1 Sociale Marketing: definitie en kenmerken**

Sociale Marketing is een methode waarmee getracht wordt om mensen ertoe te bewegen zich op een andere manier te gaan gedragen. Het doel is om duurzame, welzijnsverhogende en vrijwillige gedragsverandering te bereiken. Sociale Marketing legt de nadruk op het belang van een systematisch planmatig proces (Lagasse, 2004). Lagasse definieert Sociale Marketing als volgt: 'Sociale Marketing is een denkkader waarbinnen een instrument wordt aangereikt dat op een systematische manier sociale veranderingsprocessen bij relatief grote groepen wil realiseren, door op een geplande en gerichte manier de context (in termen van de 4 P's: product, prijs, plaats en promotie) van het individu te wijzigen zodat het vrijwillig overstapt naar het beoogde gedrag, dat alles om de levenskwaliteit en duurzaamheid van de betrokkene en/of de gehele samenleving te verbeteren (Lagasse, 2004)'.

Sociale Marketing vertoont overeenkomsten met commerciële marketing. Beide marketingprincipes zijn gebaseerd op de 'exchange theorie'. Deze theorie gaat er vanuit dat (gedrags)verandering alleen kan worden bereikt als de baten van de verandering groter of gelijk zijn aan de kosten van de verandering (Kotler, Roberto, & Lee, 2002). Beide marketingprincipes wijzen hierbij op het belang van segmentatie van de doelgroep. Segmentatie van de doelgroep maakt het mogelijk om interventies 'op maat' te ontwikkelen voor een individu of specifieke subgroep. Hierdoor kunnen voor elk specifiek segment de kosten van het gewenste gedrag zo klein mogelijk worden gehouden en de voordelen zo groot mogelijk. Evenals commerciële marketing heeft Sociale Marketing een klantgerichte benadering. De voordelen en geringe kosten van een gedragsverandering worden in de promotie duidelijk naar voren gebracht, terwijl het concurrerende gedrag minder aantrekkelijk wordt gemaakt (Lagasse, 2004). Hierdoor wordt het individu ertoe verleid om vrijwillig een gedragsverandering te ondergaan.

De doelstelling van dit project, de ontwikkeling van een systematische benaderingswijze teneinde de eenzaamheidsproblematiek van ouderen in kaart te brengen en interventies 'op maat' te ontwikkelen, kan worden bereikt door toepassing van principes ontleend aan Sociale Marketing. Uitgaande van de veronderstelling dat eenzaamheid voor een belangrijk deel

voortkomt uit het gedrag van ouderen zelf, kunnen ouderen met hulp van principes uit de Sociale Marketing ertoe worden verleid om op vrijwillige basis hun gedrag zodanig te veranderen dat de eenzaamheidsproblematiek wordt voorkomen of verminderd. De toepassing van Sociale Marketing in de praktijk vindt plaats in vijf fasen: 1) de analysefase, 2) de strategiebepalingfase, 3) de tactische planningfase, 4) de uitvoeringsfase en 5) de evaluatiefase.

### **3.2 De analysefase**

In de analysefase worden de omgeving en het gedrag van de eenzame oudere geanalyseerd. Het doel hiervan is in kaart te brengen in hoeverre er sprake is van 'probleemgedrag' en 'gewenste gedrag' en welke factoren het probleemgedrag en gewenste gedrag beïnvloeden (Lagasse, 2004). De centrale vraag is: 'Waar staan we nu?' (Kotler, et al., 2002).

In de *omgevingsanalyse* wordt de rol van de media en van de fysieke, socio-demografische, economische, culturele, juridische, politieke en technologische omgeving onderzocht. De omgeving kan zowel een belemmerende als bevorderende invloed hebben op het ontstaan en verminderen van eenzaamheid (Lagasse, 2004). Gedurende de omgevingsanalyse dienen ook de sterktes en zwaktes en mogelijkheden en bedreigingen van bestaande interventies in kaart te worden gebracht (Kotler, et al., 2002). Hiernaast wordt een *populatieanalyse* uitgevoerd, waarbij de kenmerken van de populatie in kaart worden gebracht. Hierbij wordt een antwoord gezocht op de vragen: *Welke demografische factoren, levensstijl, waarden, normen en verwachtingen kenmerken de doelgroep en welke persoonlijke doelstellingen hebben ze?* en *In hoeverre zijn er subgroepen binnen de doelgroep te onderscheiden die verschillen in kenmerken?* (Lagasse, 2004). De *gedragsanalyse* is gericht op het in kaart brengen van de kenmerken van het huidige gedrag van de eenzame oudere. Vier aspecten worden onderscheiden, de zogenaamde 4 P's: Product (soort gedrag en voor- en nadelen), Prijs (inspanningen in termen van geld, gemak en tijd die gepaard gaan met het gedrag), Plaats (waar het gedrag zich voordoet) en Promotie (hoe en door wie het huidige gedrag gecommuniceerd wordt richting de oudere). Daarnaast worden de percepties op het gewenste gedrag geanalyseerd (Lagasse, 2004).



### **3.3 De strategiebepalingfase**

In de strategiebepalingfase staat de richting van de interventie centraal: 'Waar willen we heen?'. Hierbij wordt aandacht besteed aan het afbakenen van de doelgroep, het bepalen van specifieke doelen, de positionering van het gewenste gedrag en het betrekken van andere organisaties bij de interventie.

Tijdens deze fase wordt bepaald op welke doelgroep de interventie gericht moet zijn en welke subgroepen onderscheiden moeten worden binnen de doelgroep. Het onderverdelen van de doelgroep in subgroepen wordt segmentering genoemd. Het doel van segmenteren is het aanbieden van interventies 'op maat' aan specifieke subgroepen, waardoor de verschillende subgroepen zich sterker aangesproken voelen. Segmentering kan plaatsvinden op grond van verschillende kenmerken, zoals demografische kenmerken of gedragskenmerken. Daarnaast wordt in deze fase bepaald hoe het gewenste gedrag kan worden gepositioneerd ten opzichte van ander, concurrerend gedrag. Aan de hand hiervan wordt besloten welke (aantrekkelijke) elementen van het gedrag moeten worden genoemd tijdens de promotie van de interventie. Tevens is het belangrijk om specifieke, realistische en meetbare doelen van de interventie te stellen (Kotler, et al., 2002). Deze doelen kunnen betrekking hebben op 'kennis' (bijvoorbeeld over de risico's van bepaald gedrag of over de locaties waar interventies worden aangeboden) en op 'opvattingen' (bijvoorbeeld over het persoonlijk voordeel van een gedragsverandering of over de mogelijkheid om gewenst gedrag uit te voeren) (Kotler, et al., 2002). Ten slotte is het belangrijk om te onderzoeken of er andere organisaties betrokken moeten worden bij het ontwikkelen en uitvoeren van een interventie om het gewenste gedrag te bereiken (Lagasse, 2004).

### **3.4 De tactische planningfase**

In de derde fase wordt de concrete marketingmix bepaald. Twee vragen zijn hierbij van belang: 'Hoe komen we waar we heen willen?' en 'Hoe blijven we op de juiste koers?' (Kotler, et al., 2002).

Om de eerste vraag te beantwoorden wordt er onderzocht op welke manier de 4 P's ingevuld moeten worden om gedragsverandering bij de doelgroep te bereiken. Hierbij wordt ook onderzocht of er menselijke of materiële ondersteunende diensten (zoals aangepast vervoer) nodig zijn om de interventie aan te bieden. Het is van groot belang dat de verschillende keuzes bewust worden

gemaakt: 'Waarom wordt er voor deze interventie en invulling gekozen en niet voor een andere?'

Wat betreft de tweede vraag staan de evaluatie, financiering en het implementatieplan centraal. Met betrekking tot de evaluatie moet bepaald worden wat gemeten moet worden en op welke manier. Ten tweede moet worden bewaakt dat er voldoende financiën zijn en dat de budgetten zijn vastgesteld (Kotler, et al., 2002). Ten derde is het van belang om een gedegen implementatieplan op te stellen waarin is vastgelegd hoe de interventie moet plaatsvinden, wie welke verantwoordelijkheden heeft en wanneer verschillende acties moeten worden uitgevoerd.

### **3.5 De uitvoeringsfase**

In de vierde fase wordt de interventie die in de vorige fasen is ontwikkeld uitgevoerd. Hierbij worden de verschillende verantwoordelijkheden en concrete acties goed in de gaten gehouden. Het is van belang dat de interventie haalbaar is en systematisch wordt uitgevoerd.

### **3.6 De evaluatiefase**

In de evaluatiefase zijn verschillende soorten evaluaties van belang. Allereerst dient een effectevaluatie te worden uitgevoerd: 'In hoeverre is het gewenste effect (de gedragsverandering) bereikt?'. Daarnaast wordt de strategie geëvalueerd: 'Was de strategie werkbaar en/of moet de strategie op bepaalde punten worden gewijzigd?'. Tenslotte wordt een procesevaluatie uitgevoerd: 'Is het implementatieplan daadwerkelijk, consequent en tijdig uitgevoerd?'. De uitkomsten van de evaluaties leiden er regelmatig toe dat het implementatieproces weer opnieuw begint vanaf de analysefase, aangezien het beoogde effect meestal niet direct bereikt is (Lagasse, 2004).

### **3.7 Risicofactoren van eenzaamheid en de interventiefasen**

In hoofdstuk 2 is besproken dat eenzaamheid kan worden veroorzaakt en voorkomen door zowel persoons- als omgevingsfactoren van een oudere. Het is echter lastig om op basis van deze risicofactoren een eenduidig model op te stellen waarmee eenzaamheid van individuele ouderen kan worden voorspeld en op

basis waarvan deze eenzaamheid vervolgens kan worden voorkomen of verminderd. Er zijn weinig onderzoeken die inzicht geven in het proces van eenzaamheid en daarbij aandacht besteden aan interveniërende factoren die ook invloed op elkaar uitoefenen. Het is echter wel mogelijk om aan de hand van de verschillende interventiefasen van Sociale Marketing de individuele eenzaamheidsproblematiek van een oudere in kaart te brengen en interventies 'op maat' te ontwikkelen. Het is van belang om gedurende de verschillende interventiefasen rekening te houden met de verschillende risicofactoren voor eenzaamheid. Met betrekking tot de risicofactor 'burgerlijke staat' is het van belang om gedurende de analysefase in kaart te brengen of de oudere weduwe of weduwnaar is of niet. Met name weduwen hebben vaak last van emotionele eenzaamheid en dit heeft consequenties voor het type interventie dat geschikt is. In tabel 2 is voor de verschillende risicofactoren van eenzaamheid weergegeven waarmee rekening moet worden gehouden gedurende de verschillende fasen van het interventieproces van Sociale Marketing in de ontwikkeling van eenzaamheidsinterventies.

Tabel 2. Risicofactoren van eenzaamheid en de mogelijkheden om te interveniëren

Risicofactoren		Fase van interveniëren	Aandachtspunten bij interveniëren
<b>Persoonlijkheidskenmerken</b>	Persoonlijkheidskenmerken	Strategiebepaling Taktische planning	Eenzaamheid kan leiden tot het tonen van slechtere sociale vaardigheden: belangrijk om dit proces te doorbreken. Vaardigheidstrainingen kunnen helpen om sociale vaardigheden te verbeteren. Aandacht besteden aan de wensen en realiteit van ouderen m.b.t. sociale contacten. Gewoonten en jeugdervaringen kunnen grote invloed hebben op de persoonlijkheid, houding en gedrag van ouderen.
<b>Demografische factoren</b>	Geslacht: vrouw	Analyse	Bij mannen niet direct (letterlijk) vragen naar eenzaamheid.
	Leeftijd: hogere leeftijd	Analyse	Indien de oudere niet langdurig eenzaam is en de situatie niet als chronisch en uitzichtloos ervaart, dan is de kans groot dat de eenzaamheid zonder te interveniëren in de loop van de tijd afneemt.
	Burgerlijke staat: weduwe	Analyse	Weduwen hebben vooral te maken met emotionele eenzaamheid.
<b>Opleiding/inkomen</b>	Burgerlijke staat: partner	Analyse	Het hebben van een partner beschermt vooral tegen emotionele eenzaamheid.
	Educatie: hogere opleiding	Analyse	
<b>Life events Gezondheid</b>	Inkomen: hoger inkomen	Analyse Taktische planning	Hoge(re) kosten van activiteiten kunnen ertoe leiden dat ouderen niet kunnen deelnemen.
	Life events	Analyse	In kaart brengen van ingrijpende life events (levensgebeurtenissen) die hebben plaatsgevonden.
	Slechtere lichamelijke gezondheid	Analyse Taktische planning	In kaart brengen van het gezichtsvermogen of hoorvermogen en, indien nodig, hulpmiddelen aanbieden. Interventies moeten ook geschikt zijn voor mensen die slecht zien of slecht horen. Rekening houden met beperkte mobiliteit van ouderen bij de opzet van interventies en, indien nodig, interventies dicht bij huis aanbieden, (aangepast) vervoer regelen en zorgen voor de aanwezigheid van medische zorg.
	Slechtere geestelijke gezondheid	Analyse Taktische planning	In kaart brengen van psychische stoornissen. Rekening houden met beperkte cognitieve vermogens van ouderen bij het ontwikkelen van interventies.
	Slechtere ervaren gezondheid	Strategiebepaling Taktische planning	Ouderen die hun gezondheid als 'beter' ervaren (ongeacht objectieve waarneming), rapporteren minder eenzaamheid. Cognitieve interventies (zoals vergelijking maken met andere ouderen of theorie aanleren over ouder worden) kunnen bijdragen aan een 'beter' ervaren gezondheid.

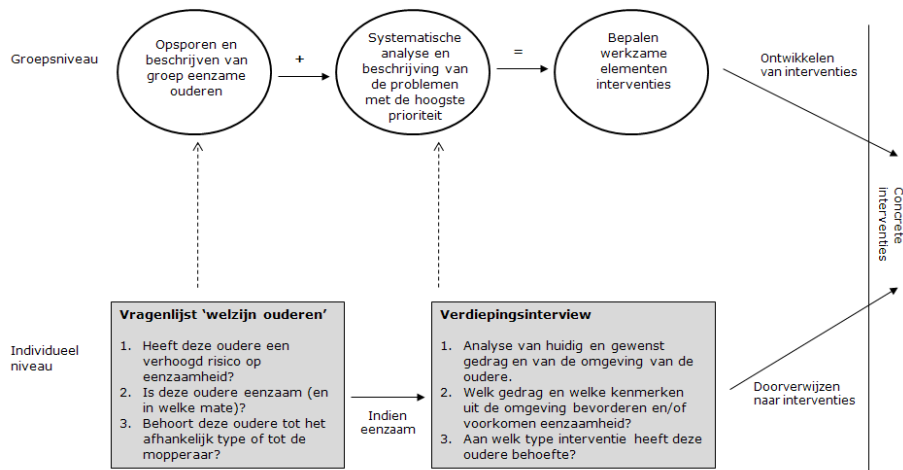
Risicofactoren		Fase van interveniëren	Aandachtspunten bij interveniëren
<b>Netwerk-kenmerken</b>	Omvang: groter netwerk	Analyse Strategiebepaling	Ouderen met een groot netwerk kunnen ook eenzaamheid ervaren. Niet alle factoren hebben evenveel invloed op eenzaamheid. Het is belangrijk om zowel aandacht te besteden aan het aantal netwerkleden, de hoeveelheid contacten die een oudere heeft en wenst en aan de ervaren kwaliteit. Er zijn meerdere verwerkingsstijlen mogelijk: netwerkcontacten uitbreiden, kwaliteit van de huidige netwerkcontacten verbeteren of de ervaren discrepantie tussen het gewenste en gerealiseerde contact verminderen.
	Gemis aan steun	Strategiebepaling	Gemis aan steun heeft meer invloed op eenzaamheid dan de hoeveelheid gegeven steun. Er zijn meerdere (cognitieve) verwerkingsstijlen mogelijk om het ervaren gemis aan steun te verminderen.
	Soort steun: emotionele vs. instrumentele steun	Analyse	In kaart brengen van soort steun dat wordt gemist.
	Steungever	Analyse	In kaart brengen van wie de oudere steun wil ontvangen. Het heeft geen zin om steun door vrienden te verhogen als de oudere eigenlijk steun van familie wil ontvangen. Het kan wenselijk zijn om te proberen om de verwachting die de oudere heeft van de hoeveelheid steun dat door familie gegeven zou moeten worden te verlagen.
	Contact met anderen	Analyse Strategiebepaling	In kaart brengen van de contacten die ouderen hebben en van de contacten die zij nog wensen. Er zijn meerdere (ook cognitieve) verwerkingsstijlen mogelijk : verlagen van iemands standaard of het veranderen van de interpretatie van de situatie.
<b>Participatie</b>	Hoger niveau van activiteiten	Analyse Strategiebepaling	In kaart brengen van de activiteiten die de oudere nu onderneemt en zou willen ondernemen. Er zijn meerdere (ook cognitieve) verwerkingsstijlen mogelijk : verlagen van iemands standaard of het veranderen van de interpretatie van de situatie.
<b>Woonsituatie</b>	Aantal buurtcontacten laag Ervaring van buurt: onveiligheid / negatieve ervaring	Strategiebepaling Taktische planning	Indien eenzaamheid wordt veroorzaakt door een gevoel van onveiligheid, dan kan dit mogelijk worden opgelost door maatregelen zoals alarmering. Een negatieve ervaring met de buurt is mogelijk op cognitief niveau op te lossen.



## 4. Fasen van het project

Het praktische gedeelte van het project was opgesplitst in twee onderdelen. Het eerste onderdeel bestond uit twee fasen waarin de eenzaamheidsproblematiek van *individuele ouderen* in kaart is gebracht. In de eerste fase werd de vragenlijst 'welzijn ouderen' afgenomen bij een grote groep ouderen. In de tweede fase werd er een verdiepingsinterview afgenomen bij ouderen die op basis van de vragenlijst 'welzijn ouderen' in meer of mindere mate eenzaam bleken te zijn. Zowel de vragenlijst als het interview zijn afgenomen door medewerkers van WIJ en de Twern (zie paragraaf 4.2).

Het tweede onderdeel was gericht op het in kaart brengen van de eenzaamheidsproblematiek op *groepsniveau*. Dit was mogelijk door een gezamenlijke analyse van alle vragenlijsten en alle verdiepingsinterviews. Op basis van de analyse van alle vragenlijsten was het mogelijk om de groep eenzame ouderen op te sporen en te beschrijven. Op basis van de analyse van alle verdiepingsinterviews zijn de problemen met de hoogste prioriteit geanalyseerd en beschreven. Gedurende een aantal intervisiebijeenkomsten met medewerkers van WIJ en de Twern zijn op basis van beide analyses de werkzame elementen voor eenzaamheidsinterventies bepaald. In de toekomst kunnen op basis van deze werkzame elementen concrete interventies ontwikkeld worden waarnaar individuele eenzame ouderen vervolgens doorverwezen kunnen worden. In Figuur 1 is bovenstaande werkwijze schematisch weergegeven.



Figuur 1. Werkwijze van het project

## 4.1 Segmentatie van de doelgroep

Voordat interventies 'op maat' ontwikkeld kunnen worden, is het van belang om te bepalen in hoeverre er segmenten eenzame ouderen te onderscheiden zijn die op een verschillende manier eenzaam zijn en dus behoefte hebben aan verschillende typen interventies (Sociale Marketing: strategiebepalingfase). Om die reden zijn er in 2008 voorafgaand aan de start van het praktische gedeelte van dit project, zoals gepresenteerd in Figuur 1, drie brainstormsessies gehouden met professionals van WIJ en de Twern. In deze sessies zijn vier segmenten eenzame ouderen onderscheiden.

Als input voor de eerste brainstormbijeenkomst hebben alle professionals 3 casussen meegenomen van ouderen die volgens hen op verschillende manier eenzaam zijn. Deze casussen zijn tijdens de bijeenkomst besproken. Op basis hiervan zijn 6 segmenten van eenzame ouderen beschreven. Nadere analyse van de casussen heeft echter uitgewezen dat twee van de segmenten eigenlijk tot een ander segment behoorden, waardoor er uiteindelijk vier segmenten zijn overgebleven. Deze vier segmenten zijn gepresenteerd in tabel 3.

Tabel 3. Vier segmenten eenzame ouderen

<b>Afhankelijk type</b>	Het afhankelijke type is afwachtend, onderdanig, voelt zich het beste bij de status quo, gedraagt zich onopvallend, heeft weinig zelfvertrouwen, zoekt hulp om te bestaan, geeft niet duidelijk behoeften aan, idealiseert het verleden, is angstig, heeft geringe motivatie en heeft behoefte aan wederkerigheid.
<b>Mopperaar</b>	De mopperaar is passief, is negatief ingesteld (gevoel van weerstand), is volhardend, weet niet goed wat hij wil, is onzeker over eigen belang, heeft hoge verwachtingen van anderen, focust op negatieve ervaringen en vergroot deze uit, zoekt de oorzaak bij anderen, heeft behoefte aan status, aanzien en exclusieve aandacht, trekt zich terug en ziet de wereld als 'slecht'.
<b>Kluizenaar</b>	De kluizenaar leeft in zijn eigen wereld, bewaart afstand, heeft een eigen ritme, ziet verandering als een verstoring, ziet zelf geen problemen, trekt zich terug.
<b>'Levenslust is vergaan' type</b>	Het 'levenslust is vergaan' type is gedesinteresseerd, vertoont vermijdingsgedrag, ziet de nut van het bestaan niet meer in, verzet zich tegen positieve dingen, is afwachtend, is onbekend met voorzieningen, heeft problemen met zingeving, heeft een externe locus of control, is gelaten en heeft hoge verwachtingen van de omgeving en personen.



Tijdens de tweede brainstormbijeenkomst is besproken in hoeverre theorieën over eenzaamheid aanknopingspunten bieden voor interventies per segment. Tijdens de bijeenkomst bleek dat het erg lastig was om de theorieën te vertalen naar interventies. Hierdoor leverde de brainstormbijeenkomst helaas geen echte aanknopingspunten op voor interventies. Om die reden is er nog een derde brainstormbijeenkomst gehouden. Tijdens de derde brainstormbijeenkomst is de groep gesplitst en heeft iedere groep voor twee segmenten een gedragsanalyse gemaakt waarin een beschrijving is gemaakt van het gedrag dat resulteert in eenzaamheid en het gedrag dat gewenst is. Daarnaast is een kosten-batenanalyse van het gedrag gemaakt. Het doel van deze bijeenkomst was om het gedrag en de behoeften van ouderen per segment in kaart te brengen, zodat duidelijkheid ontstond over de elementen die per segment van belang zijn om een interventie 'op maat' te kunnen ontwikkelen. Na de derde brainstormbijeenkomst is besloten om in het vervolg van dit project de aandacht te richten op het afhankelijke type en de mopperaar. Voor de twee andere typen eenzame ouderen is het bijzonder lastig om passende interventies te ontwikkelen, omdat kluizenaars en ouderen waarvan de levenslust is vergaan winig motivatie hebben om vrijwillig hun gedrag te veranderen. In tabel 4 worden voor het afhankelijke type en de mopperaar weergegeven welke elementen van belang zijn in het ontwikkelen van interventies 'op maat'.

Tabel 4. Aandachtspunten en aangrijpingspunten bij de ontwikkeling van interventies

	<b>Aandachtspunten bij de ontwikkeling van interventies</b>	<b>Aangrijpingspunten bij de ontwikkeling van interventies</b>
<b>Afhankelijk type</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- oudere is gevoelig voor wederkerigheid (wil iets terug doen)</li> <li>- oudere heeft wellicht een geringe motivatie om te veranderen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sluit aan bij de normen en waarden van de oudere</li> <li>- Ga stap voor stap te werk</li> <li>- Geef de oudere niet direct teveel eigen verantwoordelijkheid</li> <li>- Richt op de ontdekking en ontwikkeling van vaardigheden (bijv. zelfvertrouwen)</li> <li>- Bespreek de verwachtingen van de oudere m.b.t. de nieuwe situatie/ de toekomst</li> <li>- Leer de oudere de huidige situatie te accepteren</li> <li>- Leer het (sociale) netwerk van de oudere om 'niets te doen'</li> <li>- Bied mogelijkheden aan voor professionele hulp</li> </ul>
<b>Mopperaar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- oudere ervaart zelf waarschijnlijk geen probleem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geef de oudere exclusieve aandacht (meegaan in gemopper)</li> <li>- Wijzig niet de standpunten van de oudere, maar wel de manier waarop de oudere deze uit.</li> <li>- Ga stap voor stap te werk</li> <li>- Creëer een leefbare ipv ideale situatie (dat laatste zal toch moeilijk lukken)</li> <li>- Zorg voor stijgende lijn ('foutjes' worden uitvergroot)</li> <li>- Speel in op gevoelens (bijv. m.b.t. de nadelen van het eigen gedrag of de zinvolheid van het doorgaan op 'negatieve' voorvallen)</li> <li>- Waardeer ander gedrag (dan gemopper) positief</li> <li>- Creëer positieve ervaringen</li> <li>- Maak de frustratie van het (sociale) netwerk van de oudere bespreekbaar</li> <li>- Leer het sociale netwerk van de oudere om aandacht te hebben voor gemopper (anders versterkt het)</li> <li>- Introduceer de oudere bewust in een nieuwe omgeving (vanwege belang van aandacht en aanzien)</li> </ul>

## 4.2 Training medewerkers en vrijwilligers

In januari 2010 zijn de medewerkers en vrijwilligers van WIJ en de medewerkers van de Twern getraind in het systematisch interveniëren op basis van de principes van Sociale Marketing. Beide groepen hebben twee trainingen van 2,5 uur gevolgd. De trainingen waren gebaseerd op de literatuurstudie naar eenzaamheid en systematisch interveniëren en op de brainstormsessies met professionals.

In de eerste training is het thema 'diversiteit in eenzaamheid' behandeld. Hierbij is tevens aandacht besteed aan de vier segmenten van eenzame ouderen die tijdens de brainstormsessies zijn onderscheiden. Daarnaast is de eerste fase van Sociale Marketing aan bod gekomen, namelijk de analysefase. In het kader van de analysefase zijn de vragenlijst 'welzijn ouderen' en het verdiepingsinterview voor de gedrags- en omgevingsanalyse toegelicht. De deelnemers aan de training hebben gelegenheid gehad om te oefenen met het afnemen van de vragenlijst en het verdiepingsinterview. De vrijwilligers van WIJ hebben in februari drie extra trainingen ontvangen waarin extra ondersteuning en oefening is geboden met het afnemen van de vragenlijst 'welzijn ouderen'. In bijlage 2a is de inhoud van de eerste training nader beschreven.

In de tweede training zijn de fasen 2 tot en met 5 van Sociale Marketing behandeld, namelijk 'de strategiebepalingfase', 'de tactische planningfase', 'de uitvoeringsfase' en 'de evaluatiefase'. Er is in het bijzonder aandacht besteed aan de fasen van gedragsverandering die mensen doorgaans doorlopen om van het huidige gedrag over te gaan tot het gewenste gedrag, evenals aan de 4 P's (Product, Prijs, Plaats, Promotie) die van belang zijn in het ontwikkelen en afstemmen van interventies. In bijlage 2b is de inhoud van de tweede training nader beschreven.

De vragenlijst 'welzijn ouderen' (zie bijlage 3a) is speciaal ontwikkeld voor dit project en is voornamelijk samengesteld uit bestaande schalen. De vragenlijst meet of ouderen wel of geen verhoogd risico hebben op eenzaamheid, of zij eenzaam zijn en in welke mate en tot welk type eenzame oudere zij behoren. De doelstelling van deze vragenlijst is om vast te stellen of ouderen in aanmerking komen voor een verdiepingsinterview. De vragenlijst bestaat uit de volgende onderdelen:

- De Tilburg Frailty Indicator (TFI: vraag 1 t/m 26). Deze vragenlijst is ontwikkeld bij Tranzo en meet in hoeverre ouderen kwetsbaar zijn (Gobbens, Van Assen, Luijkx, Wijnen-

Sponselee, & Schols, 2009). In dit project wordt aangenomen dat kwetsbare ouderen een hoger risico hebben om eenzaam te worden of te blijven.

- De eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld (vraag 27 t/m 37). Deze schaal bestaat uit 11 vragen en meet of mensen eenzaam zijn en in welke mate en of zij vooral te maken hebben emotionele eenzaamheid of sociale eenzaamheid (De Jong Gierveld & Kamphuis, 1985).
- Een zestal vragen om te bepalen of een oudere wel of niet tot 'het afhankelijke type' of tot 'de mopperaar' behoort (vraag 38 t/m 43).
- Een vraag waarmee de interviewer kan aangeven of de oudere volgens hem of haar wel of niet tot 'het afhankelijke type' of tot 'de mopperaar' behoort.

De doelstelling van het verdiepingsinterview (zie bijlage 3b) is om een analyse te maken van het huidige en gewenste gedrag van eenzame ouderen en van de omgeving van de oudere. Op basis hiervan kan worden vastgesteld welk gedrag en welke omgevingskenmerken belemmerend en bevorderend zijn voor (het ontstaan van) eenzaamheidsgevoelens. Deze factoren vormen de aangrijpingspunten voor de ontwikkeling van passende interventies.

### **4.3 Toepassing systematiek in de praktijk**

#### **4.3.1 Afname vragenlijst 'welzijn ouderen'**

Van februari t/m mei 2010 hebben de medewerkers en vrijwilligers van WIJ en de medewerkers van de Twern de vragenlijst 'welzijn ouderen' afgenomen bij een grote groep cliënten waarvan het vermoeden bestond dat er in meer of mindere mate sprake was van eenzaamheid. De afname van de vragenlijst heeft binnen WIJ en de Twern een verschillende invulling gekregen. Bij WIJ is de vragenlijst afgenomen door ouderenadviseurs en vrijwilligers. Het project was 'extra' bovenop de reguliere werkzaamheden van de ouderenadviseurs en vrijwilligers, zodat een groot aantal ouderen bereikt kon worden. De ouderen die in aanmerking kwamen voor deelname zijn expliciet aangeschreven. In de brief is de doelstelling van het project uitgelegd en is de oproep gedaan om aan het project deel te nemen. Ouderen die *niet* wilden deelnemen aan het project konden dit aangeven door de antwoordstrook in te vullen en terug te sturen naar WIJ.

Bij de Twern zijn er ouderenadviseurs, ouderenwerkers, huiskamermedewerkers en maatschappelijk werkers, werkzaam in

stadsdeel Zuid in Tilburg, betrokken bij het project. Het project is ingepast binnen de reguliere werkzaamheden van de deelnemers. Dit betekent dat de deelnemers uren hebben gekregen om aan de trainingen en de intervisiebijeenkomsten deel te nemen. De ouderen die in aanmerking kwamen voor deelname kwamen uit het klantenbestand van de medewerkers en zijn door de medewerkers zelf benaderd met de vraag of ze aan de afname van de vragenlijst wilden deelnemen.

#### **4.3.2 Resultaten vragenlijst 'welzijn ouderen'**

In totaal is de vragenlijst afgenomen bij 121 cliënten, van wie 93 cliënten van WIJ en 28 cliënten van de Twern. Na analyse van de resultaten bleek dat 77 van de 93 cliënten van WIJ in meer of mindere mate eenzaam was en 24 van de 28 cliënten van de Twern. In bijlage 4 worden de resultaten van de vragenlijst gepresenteerd. In bijlage 4a zijn de resultaten *voor alle eenzame ouderen* gepresenteerd, in bijlage 4b voor alle eenzame ouderen *per instelling* en in bijlage 4c voor alle eenzame ouderen *per type eenzame oudere*.

Het algemene beeld is dat er vooral sprake is van emotionele eenzaamheid en minder van sociale eenzaamheid. Daarnaast zijn de eenzamen met name (1) ongehuwd, (2) 75-plusser, (3) vrouw, (4) ouderen die twee of meer chronische ziekten hebben en (5) ouderen die het afgelopen jaar een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt. De eenzame ouderen zijn niet zo mobiel, voelen zich somber, wonen alleen en missen mensen om zich heen. Van de eenzame ouderen behoort 48,9 procent tot het afhankelijke type en 7,4 procent tot de mopperaars. Voor de ouderen van WIJ zijn deze percentages respectievelijk 52,7 procent en 4,1 procent en voor de ouderen van de Twern respectievelijk 35,0 procent en 20,0 procent. De resultaten worden uitvoeriger besproken in de komende paragrafen, evenals de overige verschillen tussen WIJ en de Twern en de verschillen tussen het afhankelijke type en de mopperaar.

#### **4.3.3 Afname verdiepingsinterview: gedrag- en omgevingsanalyse**

Alle geïnterviewde ouderen die in meer of mindere mate eenzaam waren kwamen in aanmerking voor een verdiepingsinterview. In eerste instantie was het de bedoeling om alleen bij ouderen die tot het afhankelijke type of tot de mopperaar behoorden een verdiepingsinterview af te nemen. Er was echter in veel gevallen geen

duidelijkheid over het type en/of er was geen overeenstemming tussen het oordeel van de vragenlijst en dat van de interviewer (zie bijlage 4c). Daarom is besloten om bij alle ouderen die eenzaam waren een verdiepingsinterview af te nemen. In tegenstelling tot de vragenlijst 'welzijn ouderen', die is afgenomen door ouderenadviseurs, ouderenwerkers en vrijwilligers, is het verdiepingsinterview zowel bij WIJ als de Twern alleen afgenomen door ouderenadviseurs.

#### **4.3.4 Resultaten verdiepingsinterview: gedrag- en omgevingsanalyse**

In totaal is het verdiepingsinterview afgenomen bij 55 ouderen, van wie 49 cliënten van WIJ en 6 cliënten van de Twern. Van de 55 ouderen waren er 12 man, van wie 1 een cliënt van de Twern. De geboortejaren varieerden tussen 1916 en 1951, met pieken in de jaren '26/'27 (15 ouderen) en '30 t/m '33 (13 ouderen). In bijlage 5 wordt een samenvatting gegeven van de resultaten van de verdiepingsinterviews. Tijdens de intervisiebijeenkomsten zijn deze resultaten uitvoeriger besproken (zie paragraaf 4.3.5 en bijlage 6).

Bovenstaande impliceert dat er bij 46 van de eenzame ouderen geen verdiepingsinterview is afgenomen. Hiervoor zijn verschillende redenen. Niet alle ouderen waren bereid om na de vragenlijst ook nog deel te nemen aan het verdiepingsinterview. Daarnaast was het wegens overlijden bij enkele van de cliënten niet meer mogelijk om een interview af te nemen. Ten slotte was het gezien de looptijd van het project niet mogelijk om alle verdiepingsinterviews af te ronden.

#### **4.3.5 Intervisiebijeenkomsten**

In de periode april t/m mei 2010 zijn diverse intervisiebijeenkomsten gehouden met de deelnemers van WIJ en de Twern. Bij WIJ zijn intervisiebijeenkomsten gehouden op 6 april, 27 april en 25 mei. In de eerste bijeenkomst stonden de ervaringen met het gebruik van de vragenlijst 'welzijn ouderen' en het verdiepingsinterview centraal. Daarnaast is er nagedacht over noodzakelijke elementen van passende interventies voor eenzame ouderen. In de tweede bijeenkomst zijn de (voorlopige) resultaten van de vragenlijst 'welzijn ouderen' besproken en is op basis hiervan verder nagedacht over passende interventies. In de laatste bijeenkomst zijn de (voorlopige) resultaten van het verdiepingsinterview besproken en is wederom op basis van de resultaten verder nagedacht over passende interventies.

Bij de Twern zijn intervisiebijeenkomsten gehouden op 18 februari, 11 maart, 8 april en 20 mei. In de eerste twee bijeenkomsten stonden de ervaringen met het gebruik van de vragenlijst 'welzijn ouderen' en het verdiepingsinterview centraal. In de derde bijeenkomst is nagedacht over noodzakelijke elementen van passende interventies voor eenzame ouderen. In de laatste bijeenkomst zijn de (voorlopige) resultaten van de vragenlijst 'welzijn ouderen' besproken en is op basis hiervan verder nagedacht over passende interventies. In bijlage 6 worden de verslagen van de intervisiebijeenkomsten met deelnemers van WIJ en de Twern gepresenteerd.

#### **4.3.6 Resultaten project**

In dit project zijn de principes van Sociale Marketing toegepast ten behoeve van de ontwikkeling van een systematische benaderingswijze om interventies 'op maat' te kunnen maken voor eenzame ouderen. De eerste twee fasen van Sociale Marketing hebben in het bijzonder aandacht gekregen, namelijk de analysefase en de strategiebepalingfase. Met betrekking tot de analysefase zijn de vragenlijst 'welzijn ouderen' en het verdiepingsinterview voor gedrags- en omgevingsanalyse ontwikkeld en afgenomen. De strategiebepalingfase stond in het teken van de segmentering van de doelgroep en het nadenken over werkzame elementen voor interventies, beide in nauwe samenwerking met medewerkers van WIJ en de Twern.

De systematische benaderingswijze blijkt te werken. De vragenlijst en het verdiepingsinterview zijn goed hanteerbaar voor de medewerkers en leveren op individueel niveau bruikbare en relevante informatie op. De besprekingen van de geanalyseerde resultaten op groepsniveau met ouderenadviseurs, ouderenwerkers en vrijwilligers hebben aanknopingspunten opgeleverd voor te ontwikkelen interventies. Bovendien ervaren medewerkers de meerwaarde van deze systematische werkwijze. Het helpt hen om dichter bij de kern van het eenzaamheidsprobleem te komen en om meer passende interventies aan te bieden. In onderstaande alinea's worden de eerste resultaten van het project beschreven.

##### *Ervaringen met de vragenlijst 'welzijn ouderen' en het verdiepingsinterview*

Over het algemeen is de vragenlijst 'welzijn ouderen' eenvoudig en in beperkte tijd af te nemen. Ouderen kunnen zich een helder beeld

vormen bij de verschillende onderwerpen, waardoor ze hun eigen ideeën en gevoelens goed kunnen benoemen. Het verdiepingsinterview geeft snel veel duidelijkheid over de aard van de problematiek van ouderen. Ondanks dat niet alle vragen letterlijk gesteld kunnen worden, vinden ouderen het niet moeilijk om de vragen te beantwoorden.

Tijdens de intervisiebijeenkomsten is een aantal aanbevelingen gedaan voor het gebruik van de vragenlijst 'welzijn ouderen'. Ten eerste zou de vragenlijst goed dienst kunnen doen als signaleringslijst in reguliere huisbezoeken. De vragenlijst geeft veel inzicht in de beleving van ouderen die medewerkers normaalgesproken niet gemakkelijk boven tafel krijgen. In de tweede plaats is het aan te bevelen om bij de start van de afname van de vragenlijst met de oudere af te spreken om na afloop de vragen te bespreken die worden opgeroepen door de vragenlijst. Het voordeel hiervan is dat het interview vrij snel en op vergelijkbare wijze kan worden afgenomen en dat er toch ruimte is voor persoonlijke aandacht. De derde aanbeveling is gericht op de afname van de vragenlijst in groepsverband. Het gevaar hiervan is dat ouderen gaan overleggen over de antwoorden en hierdoor de vragenlijst niet eerlijk invullen. Het is belangrijk om duidelijk te maken dat de vragenlijst eerst zelfstandig moet worden ingevuld en dat er daarna eventueel ruimte is voor een gesprek over de vragenlijst. Tenslotte wordt aanbevolen om bij ouderen met psychiatrische problemen alleen een vragenlijst af te nemen als zij betrouwbare antwoorden kunnen geven. Als hierover naderhand toch twijfel bestaat is het belangrijk om dit op de vragenlijst te noteren. In dat geval is het alleen zinvol om iets te doen met de praktische zaken die de oudere noemt, maar niet met 'gevoelskwesaties'. Om meer inzicht te krijgen in de verwachte betrouwbaarheid van de antwoorden kan het waardevol zijn om contact op te nemen met de psychiater van de oudere of met collega's die de oudere beter kennen.

Tijdens de intervisiebijeenkomsten is tevens een aantal aandachtspunten geformuleerd met betrekking tot het gebruik van het verdiepingsinterview. Ten eerste werd opgemerkt dat het wenselijk is dat de ouderenadviseurs voorafgaand aan de verdiepingsinterviews op de hoogte zijn van de specifieke omstandigheden van de ouderen. Indien de ouderenadviseurs niet zelf de vragenlijst 'welzijn ouderen' hebben afgenomen, is het wenselijk dat ze voorafgaand aan de verdiepingsinterviews eerst de vragenlijsten kunnen inzien of de vrijwilligers kunnen spreken die de vragenlijsten hebben afgenomen. Het voordeel hiervan is dat de



verdiepingsinterviews wellicht meer informatie naar voren brengen als de medewerkers op de hoogte zijn van specifieke omstandigheden van de ouderen. Daartegenover wordt echter de opmerking gemaakt dat de objectiviteit van de informatie in het gedrang kan komen als de ouderenadviseur een te hechte relatie heeft opgebouwd met de oudere. Het tweede aandachtspunt heeft betrekking op de inhoud het verdiepingsinterview. De vragen voor medewerkers zijn soms lastig, omdat het moeilijk kan zijn om objectief te blijven. Gezien de ruime ervaring van medewerkers is het echter geen probleem als medewerkers de situatie zelf interpreteren, als ze maar duidelijk aangeven of er sprake is van objectieve informatie of van een interpretatie van de situatie.

#### *Werkzame elementen in de ontwikkeling van eenzaamheidsinterventies*

Tijdens de intervisiebijeenkomsten zijn verschillende aandachtspunten en suggesties geformuleerd met betrekking tot de ontwikkeling van interventies. Deze suggesties en aandachtspunten kunnen worden samengevat in de volgende punten:

- Het is belangrijk dat ouderen ruimte kunnen maken voor nieuwe dingen. Een mogelijke interventie is om aandachtig te luisteren naar het levensverhaal, de persoonlijke geschiedenis, van ouderen (bijvoorbeeld met een levensboom/boek). Met behulp hiervan kunnen ouderen rust brengen in het hier en nu en weer iets nieuws gaan ondernemen. Daarnaast kunnen ouderen geholpen worden door een Persoonlijk ToekomstPlan (PTP) te schrijven waarin zij hun wensen en dromen kunnen verwoorden.
- Het is belangrijk dat ouderen net na belangrijke life events, zoals verweeduwing, worden bereikt, zodat interventies, indien nodig, direct aangeboden kunnen worden. Een brede signalering waarbij wordt samengewerkt met verschillende hulpverleners en organisaties is hierbij van belang. Het is echter belangrijk om te beseffen dat tijdelijke eenzaamheid na een ingrijpend life event een functie kan hebben.
- Eenzame ouderen kunnen een gebrek hebben aan vaardigheden die nodig zijn om hun eenzaamheidsgevoelens te bestrijden. Een mogelijke interventie is de ontwikkeling van vaardigheden, bijvoorbeeld op het gebied van contact leggen, initiatief nemen en naar het verhaal van anderen luisteren.
- Niet alle ouderen zien iets in grootschalige groepsactiviteiten. De drempel om aan groepsactiviteiten mee te doen kan hoog zijn, omdat de angst kan bestaan dat de groep onpersoonlijk is en dat

het moeilijk is om aansluiting te vinden en om het gevoel te krijgen erbij te horen. Kleinschaligheid is daarom van belang. Deze zienswijze houdt ook in dat activiteiten anders moeten worden beoordeeld. Niet het aantal deelnemers is belangrijk, maar het aantal betekenisvolle contacten die ontstaan.

- Het tot stand komen van groepjes kan door bemiddeling en ondersteuning op gang geholpen worden. Het kan een voordeel zijn om ouderen elkaar te laten 'ronselen' en stimuleren om talenten in te zetten en aan activiteiten deel te nemen. Daarnaast kunnen ouderen via een dating service aan een 'maatje' of 'buddy' worden geholpen die met hen meegaan naar activiteiten. Hierbij is het van belang dat de oudere niet te snel wordt losgelaten.
- Het is belangrijk dat er groepjes worden gevormd op basis van gezamenlijke interesses, ervaringen en/of 'type mens'. Dit verhoogt de kans dat ouderen betekenisvolle en langdurige contacten kunnen leggen.
- Bestaande activiteiten kunnen worden gebruikt om ouderen kennis te laten maken met andere ouderen en met andere activiteiten. Door ouderen in een bekende en vertrouwde situatie kennis te laten maken met andere ouderen en activiteiten kan de kans worden vergroot dat de ouderen aan nieuwe activiteiten gaan deelnemen.
- Ouderen kunnen moeite hebben om vervoer te regelen naar activiteiten. Dit verhoogt de drempel om aan activiteiten deel te nemen. Door op grotere schaal vervoersmogelijkheden voor ouderen te organiseren wordt de drempel om deel te nemen verlaagd.
- Eenzame ouderen kunnen kampen met het gevoel dat niemand meer op hen zit te wachten. Het is belangrijk dat eenzame ouderen actief worden benaderd en aan de hand worden genomen naar nieuwe activiteiten. Ouderen moeten zich gewenst voelen, want anders komen ze in een negatieve spiraal en komen ze helemaal niet meer.
- Het is van belang dat in de communicatie over activiteiten het hebben van beperkingen wordt genormaliseerd. Vaak wordt (onbewust) het beeld gecreëerd dat activiteiten alleen voor vitale ouderen bedoeld zijn. Het moet voor de ouderen duidelijk zijn dat er meer deelnemers zijn met bepaalde beperkingen, zoals slecht lopen, slecht horen of slecht zien. Hierdoor krijgen ouderen eerder het gevoel dat ze welkom zijn en kan de drempel om deel te nemen worden verlaagd.

## **5. Discussie**

### **5.1 Sterke en zwakke punten van het project**

Vanaf de start van het project is door WIJ en de Twern enerzijds en Tranzo anderzijds benadrukt dat er sprake is van een gelijkwaardige samenwerking tussen alle betrokken partijen. Een intensieve samenwerking heeft meerwaarde voor zowel wetenschap als praktijk. Gedurende het project is gebleken dat WIJ en de Twern met behulp van wetenschappelijke kennis en een systematische werkwijze geholpen kunnen worden om tot een betere dienstverlening te komen. Daarnaast is Tranzo door middel van de intensieve samenwerking met WIJ en de Twern in staat gesteld om haar missie te vervullen, namelijk het versterken van de brug tussen wetenschap en praktijk. Verder biedt het project Tranzo de mogelijkheden om te publiceren in (internationale) wetenschappelijke tijdschriften.

In praktische termen heeft de intensieve samenwerking het mogelijk gemaakt om van elkaar te leren, waardoor het project tussentijds, waar nodig, kon worden bijgestuurd. Dit houdt onder andere in dat de vragenlijst 'welzijn ouderen' en het verdiepingsinterview, beide ontwikkeld door de onderzoekers van Tranzo, zijn verhelderd en aangescherpt op basis van de feedback van de deelnemers van WIJ en de Twern. Daarnaast hebben de vrijwilligers van WIJ extra trainingen ontvangen om de vragenlijst 'welzijn ouderen' af te kunnen nemen. De noodzaak hiervan werd duidelijk gemaakt door de deelnemers van WIJ zelf.

De deelnemers van WIJ en de Twern hebben kennisgemaakt met de theoretische achtergrond van 'eenzaamheid' en 'systematisch interveniëren' en hebben samen met de onderzoekers van Tranzo nagedacht over werkzame elementen voor passende interventies. Hierdoor hebben zij anders leren kijken naar eenzaamheidsproblematiek in het algemeen en naar de unieke situaties van hun klanten in het bijzonder. Dit is van groot belang voor de dienstverlening aan ouderen, ondanks dat er nog geen concrete interventies zijn ontwikkeld. Zo hebben de deelnemers hun nieuwe inzichten direct toegepast in de praktijk. Een mooi voorbeeld hiervan is de dienst 'Bibliotheek aan huis' dat wordt aangeboden door WIJ in samenwerking met de bibliotheek van Breda. Klanten van WIJ kunnen via deze dienst thuis boeken laten bezorgen door een vrijwilliger. Elke vrijwilliger heeft 3 of 4 klanten. Naar aanleiding van het eenzaamheidsproject is het idee ontstaan om de vrijwilligers regelmatig een activiteit te laten organiseren voor die 3 of 4 klanten

samen. Op die manier wordt de vorming van kleine vriendenclubjes van ouderen met dezelfde interesse gestimuleerd. Het project heeft er binnen de Twern toe geleid dat er meer aandacht is voor auditieve en visuele problemen bij ouderen, aangezien het project heeft uitgewezen dat dit soort problemen bij veel ouderen niet alleen een oorzaak van eenzaamheid kunnen zijn, maar ook kunnen leiden tot allerlei ongemakken of zelf somberheidsgevoelens.

Het praktische gedeelte van het project is gestart met het trainen van de deelnemers van WIJ en de Twern. Achteraf is echter gebleken dat de trainingen teveel stof bevatten dat de deelnemers in te weinig tijd tot zich moesten nemen. Hierdoor is de inhoud van de trainingen niet door alle deelnemers even goed begrepen en onthouden. Dit geldt in het bijzonder voor de deelnemers die niet betrokken zijn geweest bij de segmentering van de doelgroep. Hierdoor is even onduidelijkheid en onrust ontstaan, waardoor het vertrouwen van de deelnemers en de bereidheid om zich voor het project in te zetten gedurende het project weer moest groeien. Ondanks de samenwerking tussen WIJ, de Twern en Tranzo, zijn de trainingen in eerste instantie teveel vanuit het perspectief van de onderzoekers van Tranzo gegeven. Pas later, gedurende de intervisiebijeenkomsten, zijn WIJ en de Twern intensiever betrokken geraakt bij de bijeenkomsten. Mede hierdoor werd het enthousiasme en de bereidwilligheid van de deelnemers weer steeds groter. Daarnaast zagen de deelnemers het project niet langer als 'het onderzoek van Tranzo', maar als 'ons project'. Mogelijk dat de overbelasting tijdens de trainingen makkelijker gesignaleerd had kunnen worden en dat de deelnemers hun onrust eenvoudiger hadden kunnen uitten als WIJ en de Twern vanaf de trainingen intensiever betrokkenheid waren geweest.

## **5.2 Te nemen stappen in het vervolgtraject**

In dit rapport is verslag gedaan van de resultaten van het project 'systematische ontwikkeling van interventiestrategieën gericht op eenzaamheid onder ouderen'. Er is veel bereikt in de afgelopen periode. Het project is echter nog niet afgerond. Zowel de praktijk als de wetenschap willen graag verder. Op dit moment zetten WIJ, de Twern en Tranzo zich in om vervolffinanciering voor het project te regelen. In onderstaande alinea's staat beschreven welke punten aandacht verdienen in het vervolgonderzoek.

Het project heeft inzicht gegeven in mogelijke werkzame elementen voor de ontwikkeling van eenzaamheidsinterventies. De

systematische werkwijze is echter nog niet volledig geïmplementeerd. Er zijn wel ideeën voor nieuwe interventies ontstaan, maar er is nog geen ruimte geweest om nieuwe interventies te ontwikkelen, uit te voeren en te evalueren. Bovendien is het eerste deel van de systematische werkwijze wel geïmplementeerd, maar nog niet verankerd in de praktijk van dienstverlening aan eenzame ouderen. In de toekomst is het belangrijk dat er concrete interventies worden ontwikkeld, geïmplementeerd en geëvalueerd. Hierbij moeten de deelnemers van WIJ en de Twern nog meer dan zij tot nu toe hebben gedaan werken volgens de principes van Sociale Marketing: interventies moeten gericht zijn op gedragsverandering van ouderen. Ten behoeve van de ontwikkeling van interventies is het van belang om een literatuurstudie te verrichten naar groepsvorming en cliëkvorming. Er wordt vaak vanuit gegaan dat cliëkvorming een negatieve invloed heeft op het tegengaan van eenzaamheid, omdat er dan mensen buitengesloten worden. Dit project roept echter de vraag op of cliëkvorming niet juist effectief kan zijn in de bestrijding van eenzaamheid. Eenzame ouderen hebben vaker last van emotionele eenzaamheid dan van sociale eenzaamheid. Dit betekent dat zij in veel gevallen niet zozeer behoefte hebben aan zoveel mogelijk contacten, maar aan intieme en betekenisvolle contacten. Een literatuurstudie naar cliëkvorming kan inzicht verschaffen in het proces van cliëkvorming en de manier waarop het gestimuleerd en begeleid kan worden. Hierbij is het van belang om aandacht te besteden aan vraagverlegenheid van ouderen. Veel ouderen vinden het lastig om iets van anderen te vragen; zij willen anderen niet lastig vallen, maar lopen daardoor mogelijk ook belangrijke contacten mis.

Het is belangrijk om in de toekomst meer aandacht te besteden aan de trainingen voor deelnemers. Zoals eerder beschreven is er tijdens de trainingen teveel stof behandeld in te korte tijd. Het is belangrijk dat de trainingen beter aansluiten op de doelgroep. Voor toekomstige trainingen is het dan ook van belang om nogmaals te bepalen welke elementen in de training aan bod moeten komen en welke eventueel achterwege gelaten kunnen worden. Daarnaast is het om overbelasting te voorkomen van belang om te onderzoeken of er meer tijd nodig is voor de trainingen en of de trainingen eventueel meer verspreid gegeven moeten worden.

Hieraan gerelateerd is het van groot belang dat zowel Tranzo als WIJ en de Twern intensief betrokken zijn bij het gehele project. Dit geldt in het bijzonder voor de trainingen en de intervisiebijeenkomsten, omdat dit de kans vergroot dat kennis en

ervaring eenvoudig uitgewisseld kunnen worden en dat eventuele problemen tijdig onderkend en opgelost kunnen worden. Het is van belang dat er een duidelijke rolverdeling tussen de partijen wordt afgesproken en dat iedereen zich ervan bewust is dat het een gemeenschappelijk project is dat alleen gezamenlijk tot een succes gemaakt kan worden.

Het project heeft uitgewezen dat veel ouderen last hebben van lichamelijke beperkingen, zoals visuele en auditieve problemen. Dit kan mogelijk leiden tot eenzaamheid, doordat mensen moeilijk de deur uit komen of moeite hebben om gesprekken te volgen. Het is waardevol om in de toekomst te onderzoeken of de eenzaamheid van ouderen allereerst verminderd kan worden door deze lichamelijke problemen op te lossen. Eventuele aanvullende interventies kunnen daarna alsnog worden aangeboden.

Tenslotte is er een aantal aanbevelingen te doen met betrekking tot de inhoud en de analyse van de vragenlijst 'welzijn ouderen'. Tijdens de intervisiebijeenkomsten kwam naar voren dat het wenselijk is om de vraag 'Heeft u kinderen?' toe te voegen. Of ouderen wel of geen kinderen hebben kan een indicatie zijn voor de steun waarop zij kunnen terugvallen. Voldoende steun is een beschermende factor tegen eenzaamheid. Daarnaast is het van belang om de vragen die in de vragenlijst zijn opgenomen om te bepalen of de oudere wel of niet tot het afhankelijke type of de mopperaar behoort te heroverwegen. Tijdens het project is gebleken dat het oordeel van de vragenlijst over het type eenzame oudere niet altijd overeen komt met het oordeel van de medewerker. Eén van de oorzaken hiervan is dat het voor medewerkers moeilijk kan zijn om een keuze te maken, omdat ouderen vaak van beide typen wel eigenschappen hebben of omdat ze er moeite mee hebben om een etiket op te plakken. Het kan echter ook zo zijn dat de vragen in de vragenlijst niet voldoende onderscheid maken tussen beide typen en dat de vragen dus verscherpt of vervangen moeten worden. Dit is belangrijk, omdat het anders moeilijk is om de gemaakte segmentering te valideren.

In dit kader is het belangrijk om de segmentering verder aan te scherpen door de uitkomsten van de vragenlijst te vergelijken met de verdiepingsinterviews. Wat zijn de kenmerken van afhankelijke typen en van mopperaars? Zijn er binnen de typen nog subtypen te onderscheiden? Is het mogelijk om de relatie tussen deze hoofdtypen en subtypen overzichtelijk weer te geven, bijvoorbeeld in de vorm van een matrixmodel waarin op de ene as het type eenzame oudere staat vermeld en op de andere as een ander kenmerk waarop

eenzame ouderen kunnen verschillen (voor een voorbeeld van een dergelijke onderverdeling in typen zie (Luijkx & Pardoel, 2005))? Deze aanscherping moet het tevens mogelijk maken om per subgroep de meest passende interventies te kunnen ontwikkelen.

Daarnaast merkten de medewerkers op dat de volgende aanvullende analyses op de vragenlijst 'welzijn ouderen' gewenst zijn:

1. Welke factoren zijn kenmerkend voor (zeer) ernstig eenzamen? Waarin verschillen zij dus van minder eenzamen? Dit kan belangrijke informatie opleveren voor de ontwikkeling van passende interventies voor zeer ernstig eenzamen.
2. Zijn er verschillen in eenzaamheid naar wijk of postcode? Dit kan informatie verschaffen over specifieke interventies die per wijk of postcode passend zijn.
3. Zijn er verschillen in de factoren die kenmerkend zijn voor eenzaamheid bij ouderen in de leeftijdscategorieën '75 jaar en ouder' en 'tot 75 jaar'? Ten opzichte van WIJ heeft de Twern veel klanten die jonger zijn dan 75 jaar. Het is interessant om te onderzoeken in hoeverre hun behoeften verschillende van de behoeften van oudere eenzame ouderen.
4. Het is wenselijk om de grens van 'laag' en 'hoog' inkomen te heroverwegen: iets meer dan 900 euro is ook nog een laag inkomen! Ouderen met een lager inkomen lopen meer risico om eenzaam te worden en hebben minder mogelijkheden om de eenzaamheid op te lossen, omdat zij onvoldoende financiële mogelijkheden hebben om aan activiteiten mee te doen.
5. Tenslotte is het belangrijk om de verschillen tussen WIJ en de Twern nader te onderzoeken. Alhoewel de verschillen herkenbaar zijn en verklaarbaar lijken, zijn de aantallen waarop de resultaten gebaseerd zijn te klein om met zekerheid conclusies te kunnen trekken.





## Literatuur

- Berg Jeths, A. v. d., Timmermans, J. M., Hoeymans, N., & Woittiez, I. B. (2004). Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020. *Volksgezondheid toekomst verkenning 2006* (pp. 171). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- De Boer, E., Enthoven, C., & Pallast, E. (2005) *Infokaart eenzaamheid, Ouderenenquête 2004*. GGD Hart voor Brabant, 's-Hertogenbosch.
- De Jong Gierveld, J. (1984). *Eenzaamheid: Een meersporig onderzoek*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- De Jong Gierveld, J., & Kamphuis, F. H. (1985). The development of a Rasch-type loneliness-scale. *Applied Psychological Measurement, 9*, 289-299.
- Dijkstra, P. A., Van Tilburg, T. G., & De Jong Gierveld, J. (2005). Changes in older adult loneliness: results from a seven-year longitudinal study. *Research on Aging, 27*(6), 725-747.
- Ernst, J. M., & Cacioppo, J. T. (1999). Lonely hearts: Psychological perspectives on loneliness. *Applied and Preventive Psychology, 8*(1), 1.
- Fokkema, C. M., & Van Tilburg, T. G. (2005). Eenzaam en dan? De (on)mogelijkheden van interventies bij ouderen (pp. 99). Den Haag: Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI).
- Fokkema, C. M., & Van Tilburg, T. G. (2006). *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.
- Garretsen, H. F. L. (2001). *Goed geholpen? Over vraagsturing en evidence based werken in zorg en preventie*. Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant, Faculteit Sociale Wetenschappen.
- Gobbens, R. J. J., Van Assen, M. A. L. M., Luijkx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. G. A. (2009). The Tilburg Frailty Indicator; Psychometric Properties. *Journal of the American Medical Directors Association, 11*(5), 344-355.
- Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2005). The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clinical Psychology Review, 26*, 695-718.
- Holmén, K., & Furukawa, H. (2002). Loneliness, health and social network among elderly people—a follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 35*(3), 261-274.
- Hortulanus, R., Machielse, J. E. M., & Meeuwesen, L. (2006). *Social isolation in modern society*. London: Routledge.
- Jylha, M. (2004). Old Age and Loneliness: Cross-sectional and Longitudinal Analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Canadian Journal on Aging, 23*(2), 157.

- Kotler, P., Roberto, N., & Lee, N. (2002). *Social marketing: improving the quality of life*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lagasse, L. (2004). *Sociale marketing: instrument voor duurzame gedragsveranderingen bij grote groepen*. Antwerpen: De Boeck.
- Linnemann, M. A. (1996). *Een eenzaam (s)lot? Een integratie van verklaringen van eenzaamheid onder ouderen boven de 75 jaar*. Amsterdam Vakgroep Sociologie en Sociale Gerontologie van de Vrije Universiteit.
- Luijkx, K., & Pardoel, K. (2005). Ouderensegmenten. Behoeften wonen, welzijn en zorg in de wijk. Tilburg: IVA.
- Perlman, D. (2004). European and Canadian Studies of Loneliness among Seniors. *Canadian Journal on Aging, 23*(2), 181.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Towards a social psychology of loneliness. In R. Gilmour & S. Duck (Eds.), *Personal Relationships 3: Personal Relationships in Disorder* (pp. 31-43). London: Academic Press.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology, 23*(4), 245-266.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkälä, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 41*, 223-233.
- Van Tilburg, T. G., & de Jong Gierveld, J. (2007). *Zicht op eenzaamheid. Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum.
- Victor, C. R., Scambler, S. J., Bowling, A., & Bond, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Aging & Society, 25*, 357-375.
- Wenger, G. C., & Burholt, V. (2004). Changes in Levels of Social Isolation and Loneliness among Older People in a Rural Area: A Twenty-Year Longitudinal Study. *Canadian Journal on Aging, 23*(2), 115.

## **Bijlagen**

<b>Bijlage 1</b>	Tabel 1b. Risicofactoren van eenzaamheid en hun relatie met eenzaamheid	<b>44</b>
<b>Bijlage 2a</b>	Inhoud van de eerste training voor medewerkers van WIJ en de Twern	<b>47</b>
<b>Bijlage 2b</b>	Inhoud van de tweede training voor medewerkers van WIJ en de Twern	<b>55</b>
<b>Bijlage 3a</b>	Vragenlijst 'welzijn ouderen'	<b>67</b>
<b>Bijlage 3b</b>	Verdiepingsinterview voor de gedrags- en omgevingsanalyse	<b>74</b>
<b>Bijlage 4a</b>	Resultaten vragenlijst voor alle eenzame ouderen	<b>84</b>
<b>Bijlage 4b</b>	Resultaten vragenlijst voor alle eenzame ouderen per instelling	<b>86</b>
<b>Bijlage 4c</b>	Resultaten vragenlijst voor alle eenzame ouderen per type eenzame oudere	<b>89</b>
<b>Bijlage 5</b>	Samenvatting resultaten verdiepingsinterviews	<b>92</b>
<b>Bijlage 6</b>	Verslagen intervisiebijeenkomsten	<b>107</b>

Tabel 1b. Risicofactoren en hun relatie met eenzaamheid

Risicofactoren		Relatie met eenzaamheid		Opmerkingen	
		+	-	Overig	
<b>Persoonlijke factoren</b>	Persoonlijkheids-kenmerken	<u>Gevoelens:</u> Desperation, Depression, Impatient boredom Self-depreciation (Heinrich & Gullone, 2005) <u>Houding:</u> Attributiepatroon Negatieve houding tov zichzelf en anderen (Heinrich & Gullone, 2005) <u>Gedrag:</u> Verlegenheid, Introvert Lagere bereidheid om risico's te nemen Meer focus op zichzelf (Heinrich & Gullone, 2005)			Causaliteit is twistbaar: ook eenzaamheid leidt tot minder sociale vaardigheden aangetoond (Heinrich & Gullone, 2005)
<b>Demografische factoren</b>	Geslacht: vrouwelijk	(Dijkstra, Van Tilburg, & De Jong Gierveld, 2005; Jylha, 2004; Pinquart & Sorensen, 2001; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, & Pitkälä, 2005)		Na toevoeging van andere variabelen niet meer significant (Jylha, 2004)	
	Leeftijd: hogere leeftijd	(Dijkstra, et al., 2005)	(Victor, et al., 2005)	U-vormig verband (Pinquart & Sorensen, 2001). In regressiemodel niet meer significant na toevoeging van andere variabelen (Jylha, 2004; Savikko, et al., 2005). Bij een groot deel toename, maar bij sommige groepen geen eenzaamheid of afname (Wenger & Burholt, 2004). Tevens interactie effect leeftijd x tijd (Dijkstra, et al., 2005).	Afhankelijk van de schaal verschillende uitkomsten (Ernst & Cacioppo, 1999; Heinrich & Gullone, 2005; Pinquart & Sorensen, 2001).

Risicofactoren	Relatie met eenzaamheid			Opmerkingen
	+	-	Overig	
	Burgerlijke staat: weduwe	(Savikko, et al., 2005; Van Tilburg & de Jong Gierveld, 2007; Victor, et al., 2005)		
	Burgerlijke staat: partner		(Van Tilburg & de Jong Gierveld, 2007; Victor, et al., 2005)	In de loop van de tijd neemt verschil af (Dijkstra, et al., 2005)
<b>Opleiding</b>	Educatie: hogere opleiding		(Pinquart & Sorensen, 2001; Victor, et al., 2005)	
<b>Inkomen</b>	Inkomen: hoger inkomen		(Pinquart & Sorensen, 2001; Savikko, et al., 2005)	
<b>Life events</b>	Life events	(Fokkema & Van Tilburg, 2006; Hortulanus, et al., 2006; Wenger & Burholt, 2004)		
<b>Gezondheid</b>	Lichamelijk: slechter	(Dijkstra, et al., 2005; Jylha, 2004; Savikko, et al., 2005; Wenger & Burholt, 2004)		
	Geestelijk: slechter	(Victor, et al., 2005)		
	Slechtere ervaren gezondheid	(Dijkstra, et al., 2005; Savikko, et al., 2005; Victor, et al., 2005)		
<b>Netwerk-kenmerken</b>	Omvang: groter netwerk	(Hortulanus, et al., 2006)	(Dijkstra, et al., 2005; Linnemann, 1996; Pinquart & Sorensen, 2001; Van Tilburg & de Jong Gierveld, 2007)	Omvang: groter netwerk
	Gemis aan steun	(Linnemann, 1996)		Grotere invloed dan de hoeveelheid steun

Risicofactoren	Relatie met eenzaamheid			Opmerkingen
	+	-	Overig	
	Soort steun: emotionele vs. instrumentele steun			(Gemis aan) emotionele steun groter effect tov instrumentele steun (Linnemann, 1996; Van Tilburg & de Jong Gierveld, 2007) Partner belangrijker dan vrienden (Linnemann, 1996). Vrienden ook belangrijk (Pinquart & Sorensen, 2001)
	Steungever			
	Contact met anderen		Geen relatie tussen eenzaamheid en contact met vrienden / burens en nabijheid van kinderen (Victor, et al., 2005). Nabijheid van kinderen wel aangeduid als mogelijke beschermende factor (Wenger & Burholt, 2004).	
<b>Participatie</b>	Goede kwaliteit van het netwerkcontact Hoger niveau van activiteiten	(Holmén & Furukawa, 2002; Pinquart & Sorensen, 2001) (Pinquart & Sorensen, 2001)	Afhankelijk van soort activiteit: vrijwilligerswerk beschermend tegen eenzaamheid, recreatief / culturele activiteiten niet (Hortulanus, et al., 2006)	
<b>Woonsituatie</b>	Aantal buurtcontacten laag Onveiligheid/negatieve ervaring buurt	(Van Tilburg & de Jong Gierveld, 2007) (Van Tilburg & de Jong Gierveld, 2007)		
Note: '+' = factoren die het risico op eenzaamheid vergroten      '-' = factoren die beschermen tegen eenzaamheid				

# Training Sociale Marketing

## 1<sup>e</sup> bijeenkomst: Diversiteit in eenzaamheid

- Welkomstwoord
- Invullen naamkaartjes

### **A. Inleiding**

Deze training is een onderdeel van een project dat is gericht op het systematisch ontwikkelen van interventies gericht op eenzaamheid onder ouderen. In deze training zullen twee onderwerpen centraal staan:

- Diversiteit in eenzaamheid
- Systematisch interveniëren aan de hand van Sociale Marketing

De eerste bijeenkomst richt zich op diversiteit in eenzaamheid. Daarnaast zal de eerste stap van Sociale Marketing aan bod komen, namelijk de analysefase. De tweede bijeenkomst zal zich richten op de hele cyclus van systematisch interveniëren aan de hand van Sociale Marketing. Het doel van de trainingen is om de deelnemers te leren om de principes van Sociale Marketing toe te passen tijdens hun werkzaamheden met ouderen, zodat iedere eenzame oudere op een persoonlijke en passende manier wordt geholpen.

### **Inleiding op het project:**

- Het initiatief voor het onderzoek komt vanuit WIJ en de Twern. Vanuit Tranzo (Universiteit van Tilburg) wordt wetenschappelijke kennis ingebracht. De systematiek van Sociale Marketing wordt echter in de praktijk getoetst door de implementatie bij WIJ en de Twern. Er is sprake van een gelijkwaardige samenwerking.
- Gericht op individueel niveau (huisbezoekvrijwilligers, beheerders en ouderenadviseurs), op organisatieniveau (huiskamermedewerkers en steunpuntvrijwilligers) en in mindere mate op maatschappelijk niveau (netwerkpartners).
- Tweeledige doelstelling: Ten eerste zal op systematische wijze de eenzaamheidsproblematiek van individuele ouderen in kaart gebracht worden, zullen gerichte interventies worden ontwikkeld en zal het effect gemeten worden. Ten tweede

wordt beoogd om de eenzaamheid onder ouderen te verminderen.

- De systematische benaderingswijze zal voornamelijk gebaseerd zijn op principes uit de Sociale Marketing. 'Sociale Marketing is een denkkader waarbinnen een instrument wordt aangereikt dat op een systematische manier sociale veranderingsprocessen bij relatief grote groepen wil realiseren, door op een geplande en gerichte manier de context (in termen van de 4 P's: product, prijs, plaats en promotie) van het individu te wijzigen zodat het vrijwillig overstapt naar het beoogde gedrag, dat alles om de levenskwaliteit en duurzaamheid van de betrokkene en/of de gehele samenleving te verbeteren (Lagasse, 2004; p.14) Binnen de werkwijze van Sociale Marketing worden de volgende stappen doorlopen: (1) analyse, (2) interventie, (3) afstemming en (4) evaluatie.
- Concreet doel van de training: deelnemers aanleren op welke manier zij Sociale Marketing in hun werk kunnen gebruiken om eenzaamheid onder ouderen beter te signaleren en de voorzieningen beter af te stemmen op de behoeften van ouderen, zodat het welzijn en de zelfredzaamheid van ouderen positief worden beïnvloed.
- Eerste training: inzicht verkrijgen in de diversiteit in eenzaamheid en een eerste kennismaking met Sociale Marketing.

### **Inleiding op eenzaamheid:**

- Wat is eenzaamheid?
  - Subjectieve beleving: het gaat erom hoe ouderen de situatie zelf ervaren.
  - Verschil tussen de realiteit en de gewenste situatie.
  - Oorzaak van verschil: verwachtingen van oudere ten aanzien van gewenste situatie, soort steun die oudere zoekt (emotioneel of sociaal), mismatch tussen geboden interventie en gewenste interventie.
- Verschil tussen 'alleen zijn' en 'eenzaamheid'. Een oudere kan zich eenzaam voelen, terwijl de oudere elke dag aanspraak heeft en de kinderen twee keer per week op bezoek komen. Dit gevoel van eenzaamheid kan worden veroorzaakt doordat de oudere behoefte heeft aan een ander type contact of doordat de oudere hogere verwachtingen heeft van de bestaande relaties. Andersom



kan een oudere die hele dagen alleen is, toch geen gevoelens van eenzaamheid ervaren.

- Eenzaamheid komt binnen alle bevolkingsgroepen voor, dus ook onder jongeren en gehuwden.
- Eenzaamheid bestaat vaak in combinatie met andere ziektebeelden, zoals depressie.
- Er bestaat een taboe om over eenzaamheid te praten. Het is dan ook belangrijk om ouderen via een indirecte weg te vragen of zij gevoelens van eenzaamheid ervaren (bijvoorbeeld door middel van de vragenlijst over eenzaamheid van De Jong-Gierveld). Sommige ouderen geven wel zelf aan eenzaam te zijn.
- Er bestaan verschillende soorten eenzaamheid, namelijk sociale eenzaamheid en emotionele eenzaamheid. Sociale eenzaamheid ontstaat als een oudere een ondersteunend netwerk mist (betekenisvolle relaties met een brede groep mensen). Emotionele eenzaamheid ontstaat als een oudere een speciale, intieme relatie mist.
- Eenzame ouderen vormen geen homogene groep en vertonen dan ook verschillend gedrag: terugtrekken, overmatig aandacht vragen, onzekerheid, afhankelijkheid, mopperen, opgeven. Vorig jaar zijn er in samenwerking met professionals van WIJ en de Twern vier segmenten van eenzaamheid onderscheiden, namelijk 'het afhankelijke type', 'de mopperaar', 'de kluizenaar' en 'het levenslust is vergaan type'. In de trainingen zal de aandacht voornamelijk uitgaan naar het afhankelijke type en de mopperaar.
  - Het afhankelijke type is afwachtend, onderdanig, voelt zich het beste bij de status quo, gedraagt zich onopvallend, heeft weinig zelfvertrouwen, zoekt hulp om te bestaan, geeft niet duidelijk behoeften aan, idealiseert het verleden, is angstig, heeft geringe motivatie en heeft behoefte aan wederkerigheid.
  - De mopperaar is passief, is negatief ingesteld (gevoel van weerstand), is volhardend, weet niet goed wat hij wil, is onzeker over eigen belang, heeft hoge verwachtingen van anderen, focust op negatieve ervaringen en vergroot deze uit, zoekt de oorzaak bij anderen, heeft behoefte aan status, aanzien en exclusieve aandacht, trekt zich terug en ziet de wereld als 'slecht'.
  - De kluizenaar leeft in zijn eigen wereld, bewaart afstand, heeft een eigen ritme, ziet verandering als een verstoring, ziet zelf geen problemen, trekt zich terug.
  - Het levenslust is vergaan type is gedesinteresseerd, vertoont vermijdingsgedrag, ziet de nut van het bestaan niet meer in, verzet zich tegen positieve dingen, is afwachtend, is onbekend

met voorzieningen, heeft problemen met zingeving, heeft een externe locus of control, is gelaten en heeft hoge verwachtingen van de omgeving en personen.

### **Inleiding op Sociale Marketing (stap 1; de analysefase):**

Drie doelen:

- Vertrouwd raken met het afnemen van vragenlijsten
- Inzicht verkrijgen in het belang van een balans tussen kosten en baten van gedrag
- Vertrouwd raken met de gedragsanalyse en de omgevingsanalyse

#### **1. Het afnemen van vragenlijsten**

Het afnemen van vragenlijsten is een onderdeel van stap 1, de analysefase, van Sociale Marketing.

1. Uitleg over het afnemen van de vragenlijsten
  - Tilburg Frailty Index
  - Eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld
  - Aparte vragen om 'afhankelijke type' en 'mopperaar' te onderscheiden

Het is de bedoeling dat de vragen worden voorgelezen zoals ze zijn geformuleerd. De vragen mogen dus niet in eigen woorden worden gesteld! Daarnaast is het belangrijk dat de oudere zelf antwoord geeft. Het is dus niet de bedoeling dat het antwoord door de interviewer wordt ingeschat of dat het antwoord van de oudere door de interviewer wordt beïnvloedt.

2. Hoe kan op basis van de vragenlijsten worden bepaald of een oudere eenzaam is en van wel type eenzaamheid sprake is?

De deelnemers hoeven de vragenlijsten niet te analyseren. Het is de bedoeling dat de deelnemers de vragenlijsten na afname naar Janneke Barelds opsturen. Janneke zal de vragenlijsten dan analyseren en zal de resultaten terugkoppelen naar de interviewer. Concreet zal zij aangeven of de betreffende oudere eenzaam is en van welk type eenzaamheid er sprake is. Als de oudere tot het afhankelijke type of de mopperaar blijkt te behoren, dan is het de bedoeling dat de oudere wordt opgenomen in het onderzoek.

3. Oefenen met het invullen van vragenlijsten aan de hand van een rollenspel in tweetallen:

Rollenspel:

- Rol 1: Het afhankelijke type/De mopperaar. Persoon 1 doet zich voor als het afhankelijke type/de mopperaar met behulp van een gedragsbeschrijving en situatieschets van het afhankelijke type/de mopperaar.
- Rol 2: De professional. Persoon 2 doet zich voor als professional en neemt de vragenlijsten af.

Plenair bespreken:

- Met welke problemen en/of uitdagingen moet rekening worden gehouden bij het afnemen van de vragenlijsten bij de doelgroep?

## **2. Balans tussen kosten en baten van gedrag**

Het is belangrijk om het gedrag van een oudere te zien als een afweging tussen de ervaren kosten en baten van het gedrag. Een gedragsverandering kan dan alleen worden bereikt als de oudere hogere baten ervaart van het nieuwe gedrag dan van het oude gedrag.

Voorbeeld: 'Als ik wil stoppen met roken, dan moeten de baten van het niet roken hoger zijn dan de baten van het wel roken. Daarnaast moet ik rekening houden met de kosten van het stoppen met roken'.

De kosten van het verlaten van het huidige gedrag kunnen worden uitgedrukt in termen van geld, tijd en energie. De baten van het veranderen van gedrag (bijvoorbeeld gezondheidswinst na stoppen met roken) zullen moeten opwegen tegen de baten van het huidige gedrag (bijvoorbeeld de gezelligheid van het roken) en de kosten van het veranderen van het gedrag (bijvoorbeeld afkickproblemen). Elk gedrag brengt dus kosten en baten met zich mee. Verandering van gedrag is pas mogelijk als er een positieve balans ervaren wordt om het nieuwe gedrag te gaan vertonen.

Toepassing van Sociale Marketing: Het nieuwe gedrag zo aantrekkelijk mogelijk maken, waardoor de oudere zo veel mogelijk baten ervaart en zo min mogelijk kosten. Daarnaast moet de interventie om tot het gewenste gedrag te komen op maat worden gemaakt, zodat de oudere vrijwillig overstapt.

### 3. Gedrags- en omgevingsanalyse

Zie schema 1

1. Het is belangrijk om tijdens de analysefase zowel aandacht te besteden aan het gedrag als aan de omgeving, omdat beide factoren invloed kunnen hebben op (het ontstaan van) eenzaamheid.

- De persoon (huidig en gewenst gedrag):

Houding en gedrag komen voort uit en uitten zich in de volgende zaken:

- Cognitie (overtuigingen en opvattingen; waarden en normen)
- Emotie (gevoelens; wel of niet 'houden van' iets)
- Actie (bereidheid tot (gedeeltelijke) gedragsverandering)

De volgende zaken kunnen invloed hebben op de cognitie, emotie en de actiebereidheid van de oudere m.b.t (het ontstaan van ) eenzaamheid:

- Bepaalde ervaringen uit het verleden kunnen invloed hebben op (het ontstaan van) eenzaamheid, zoals afwijzing of afhankelijkheid (geen initiatief hoeven nemen, omdat de echtgenoot voor alles zorgt).
- Bepaalde persoonlijkheidskenmerken kunnen invloed hebben op (het ontstaan van) eenzaamheid en mogelijke oplossingen voor het probleem bevorderen of juist belemmeren, zoals onzekerheid, verlegenheid of dominantie.
- Ingrijpende levensgebeurtenissen kunnen invloed hebben op (het ontstaan van) eenzaamheid, zoals het overlijden van een belangrijk persoon of een verhuizing naar een nieuwe omgeving.

In de gedragsanalyse staan de volgende vragen centraal:

#### Huidig gedrag:

- Waaruit (uit welke handelingen) bestaat het gedrag van de oudere? Hoe komt de eenzaamheid in het huidige gedrag tot uiting?
- Waar en wanneer doet het gedrag zich voor?
- Welke problemen ervaart de oudere zelf? Welke behoeften worden volgens de oudere niet vervuld? (bepalen aan de hand van vragenlijsten en/of directe vragen)
- Wat is volgens de oudere de oorzaak van de problemen?

- Hoe gaat de oudere om met de eenzaamheid (copingsstijl)?
- Wat zijn volgens de hulpverlener de problemen van het huidige gedrag/ de huidige situatie? (zie ook de uitkomst van de vragenlijst)
- Wat zijn de geldelijke en niet-geldelijke kosten en baten van het huidige gedrag?

Gewenst gedrag:

- Wat zijn de mogelijkheden/oplossingen (voor de eenzaamheid) volgens de oudere zelf? Hoe ziet het gewenste gedrag eruit?
- Welke aspecten van het gewenste gedrag vertoont de oudere al?
- Wat, hoe en door wie wordt over het gewenste gedrag gericht gecommuniceerd?
- Op welke manier kunnen de resultaten van de omgevingsanalyse worden gebruikt om tot het gewenste gedrag te komen?
- Wat zijn de geldelijke en niet-geldelijke kosten en baten van het gewenste gedrag?

Barrières:

- Welke belemmeringen om ander gedrag te vertonen ervaart de oudere zelf (bijvoorbeeld angst, zelfvertrouwen, mobiliteit)?
- Welke belemmeringen om ander gedrag te vertonen spelen volgens de hulpverlener een rol?

- De omgeving:

Bepaalde kenmerken van de omgeving kunnen (het ontstaan van) eenzaamheidsgevoelens bij ouderen in stand houden, versterken of juist afremmen;

- Fysieke omgeving (toegankelijkheid, afstanden, flora en fauna, klimaat, ruimtelijke en urbanistische kenmerken)
- Socio-demografische omgeving (sociale netwerk, geslacht, leeftijd, afkomst, samenlevingsvorm, gezinsgrootte, beroep of opleiding van de inwoners van de wijk)
- Economische omgeving (inkomen, subsidies, prijzen, inflatie)
- Culturele omgeving (perceptie van zichzelf, anderen, organisaties en natuur)
- Juridische omgeving (invloed van huidige en/of toekomstige wetgeving)
- Politieke omgeving (invloed van beleid, partijen en/of politici)
- Technologische omgeving (kansen en bedreigingen van diensten/producten)
- Media (bijv. beeldvorming/informatie via televisie/krant)

Plenair bespreken: Hoe zou de socio-demografische omgeving (het ontstaan van) eenzaamheid dan kunnen beïnvloeden?

Mogelijke voorbeelden:

- Eenzaamheid kan *versterkt* worden als:
  - De omgeving de oudere betuttelt, waardoor de oudere nooit zelf initiatief hoeft te nemen en zelf niets hoeft te regelen.
  - De omgeving te hoge eisen stelt, waardoor de oudere al van tevoren 'opgeeft' en niet zal proberen om uit de eenzame situatie te komen.
  - De omgeving een eenzijdige kijk heeft op mogelijke oplossingen (alleen sociale ontmoeting wordt bijvoorbeeld gezien als oplossing).
- Eenzaamheid kan *verminderd* worden als:

De omgeving het juiste type steun biedt: er zijn verschillende soorten steun, zoals sociale steun, praktische steun en emotionele steun. Het bieden van praktische ondersteuning heeft onvoldoende zin als de oudere juist op zoek is naar emotionele steun in de vorm van een arm om de schouder.

## **B. Casusbespreking in subgroepen**

Doel 1: Inzicht verkrijgen in de verscheidenheid in uitingen van eenzaamheid

Doel 2: Identificatie van de factoren die eenzaamheid beïnvloeden

Doel 3: Toepassen van de analysefase van Sociale Marketing (excl. vragenlijsten)

### **Werkvorm per subgroep:**

**Stap 1:** Voorlezen van de omschrijving van het afhankelijk type/ de mopperaar door één van de deelnemers.

**Stap 2:** Voorlezen van de omschrijving van de omgeving van het afhankelijk type/ de mopperaar door één van de deelnemers.

**Stap 3:** Gezamenlijke gedrags- en omgevingsanalyse aan de hand van de casusbeschrijving.

Plenair nabespreken van de gedrags- en omgevingsanalyse

## **C. Gezamenlijke nabespreking**

1. Wat is er geleerd/ herkenbaar/ verrassend?
2. Is het gebruik van Sociale Marketing toepasbaar in de praktijk?
3. Vragen/discussie?

## Training Sociale Marketing

### 2<sup>e</sup> bijeenkomst: Systematisch interveniëren

Vier doelen:

- Inzicht verkrijgen in de fasen van gedragsverandering
- Inzicht verkrijgen in de aangrijpingspunten voor gedragsverandering
- Ontwikkelen en afstemmen van de interventie
- Evaluatie van de interventie

#### **A. Herhaling vorige bijeenkomst**

- Veel ouderen zijn eenzaam
- Er zijn verschillende typen eenzame ouderen
- Deze verschillende typen eenzame ouderen gedragen zich verschillend en hebben verschillende wensen en behoeften
- Dit vraagt om passende interventies voor iedere individuele eenzame oudere

Vorige bijeenkomst: Waar staan we met het gedrag van de eenzame oudere?

- Vragenlijst
- Gedrags- en omgevingsanalyse

Deze bijeenkomst:

1. Waar willen we heen en hoe komen we daar?
2. Gaan we de juiste richting uit?

#### **B. Fasen van en aangrijpingspunten voor gedragsverandering**

Gedragsverandering gaat niet in één keer, maar kent verschillende fasen. In die verschillende fasen staan ouderen meer of minder open voor verandering. In het ontwerpen van een passende interventie is het dan ook belangrijk om te weten in welke fase van gedragsverandering een oudere zich bevindt, omdat de 'technieken' om de oudere ontvankelijk te maken voor gedragsverandering verschillen per fase.

Hierbij is het van belang om te weten dat houding en gedrag van mensen voortkomen uit de volgende zaken:

- Kennis (overtuigingen en opvattingen; waarden en normen)
- Emotie (gevoelens; wel of niet 'houden van' iets)
- Actie (bereidheid tot (gedeeltelijke) gedragsverandering)

De verschillende 'technieken' voor gedragsverandering in de verschillende fasen van gedragsverandering 'moeten' achtereenvolgens gericht zijn op de kennis, emotie en de actiebereidheid van ouderen.

## **1. Presenteren fasen van gedragsverandering**

- De fase van precontemplatie:

Oudere is zich niet bewust van de negatieve effecten van het gedrag of is onvoldoende overtuigd om het huidige gedrag op te geven. De oudere beschikt over onvoldoende informatie of de informatie werkt niet of onvoldoende in op de motivatie.

*Aangrijpingspunt voor gedragsverandering: **kennis***

De gevolgen van het probleemgedrag moeten daarom op cognitief niveau worden toegelicht. Objectieve, persoonlijke, duidelijke en begrijpelijke *kennisoverdracht* over de gevolgen van het probleemgedrag en de voordelen van het gewenste gedrag staat voorop (*informatie* over Product). De oudere kan ontkenning of weerstand vertonen en gewoonweg bij het gewoontegedrag blijven. Het is daarom belangrijk om *geduld* te hebben en de oudere *niet agressief te benaderen*.

- De fase van contemplatie:

Oudere is zich bewust geworden van de nadelen van het huidige gedrag en overweegt maatregelen te nemen om het gedrag te wijzigen. De motivatie en omstandigheden zijn echter nog onvoldoende om nu te willen of kunnen veranderen.

*Aangrijpingspunt voor gedragsverandering: **kennis en emotie***

Het is belangrijk dat de oudere er op wordt gewezen dat er sprake is van een wanklank tussen zijn/haar opvatting en gevoel en zijn/haar gedrag. De oudere moet zich ervan bewust worden gemaakt dat hij/zij het probleem niet voor zich uit moet schuiven. Daarnaast moeten de voordelen van het gewenste gedrag steeds opnieuw worden benadrukt en (onterechte) nadelen steeds worden ontkracht. Het is belangrijk dat de oudere het verschil tussen opvatting en



gedrag zelf wil opheffen. Het is daarom erg belangrijk om positief te zijn en de oudere het gevoel te geven zelf een keuze te kunnen maken. Het is belangrijk de oudere te stimuleren om het nieuwe gedrag uit te proberen.

- De voorbereidingsfase:

Oudere heeft zich voorgenomen om het gedrag te veranderen en bereidt zich mentaal en praktisch voor om dit in de nabije toekomst te doen. De intentie is groot, maar er zijn nog drempels die weggewerkt moeten worden.

*Aangrijpingspunt voor gedragsverandering: **emotie en actiebereidheid***

Het is belangrijk dat de drempels (Prijs) worden verlaagd en dat de context, omstandigheden en de concrete invulling van het gewenste gedrag zodanig worden ingevuld dat de oudere wordt ondersteund in de overstap naar ander gedrag. De oudere moet worden geholpen om de omgeving opnieuw te structureren, om oplossingen te bedenken voor problemen, om gemotiveerd te blijven (bijvoorbeeld door het stellen van een lange termijn doelstelling en bijbehorende subdoelen) en om zelfstandig om te kunnen gaan met obstakels.

- De actiefase:

Oudere verandert daadwerkelijk het gedrag en neemt allerlei stappen om het probleemgedrag af te leren. Het nieuwe gedrag is echter nog geen gewoonte geworden.

*Aangrijpingspunt voor gedragsverandering: **actiebereidheid***

Het is erg belangrijk dat de oudere wordt bevestigd en wordt aangemoedigd om door te gaan. Daarnaast is het belangrijk dat ouderen de vaardigheden aanleren die nodig zijn om niet in het oude gedrag terug te vallen. De oudere kan worden ingezet als 'apostel' om anderen van de doelgroep aan te moedigen om ook het gedrag te veranderen.

- De bevestigingsfase:

Oudere herhaalt het gewenste gedrag, waardoor het een gewoonte is geworden. Het kost geen inspanning meer om het nieuwe gedrag te vertonen. De oudere kan worden ingezet als 'voorbeeld' voor de doelgroep.

### **Situatieschets over 'bewegen':**

'Ik weet dat bewegen goed voor me is. Het is goed voor mijn gezondheid en het lijkt me ook leuk dat ik dan weer eens wat mensen spreek. Maar, ik ga toch maar niet naar de ouderengym, want...

#### Plenair bespreken:

- A. In welke fase van gedragsverandering bevindt deze oudere zich?
- B. Dienen de technieken voor gedragsverandering gericht te zijn op *kennis, emotie of actiebereidheid*?
- C. Welke technieken voor gedragsverandering kunnen worden toegepast?

### **2. Aandachtspunten bij gedragsverandering 'afhankelijke type' en 'mopperaar'**

Het is belangrijk om in de keuze voor een interventie ook rekening te houden met het eenzaamheidssegment waartoe de oudere behoort.

Als de oudere tot '**het afhankelijke type**' behoort, dan is het belangrijk om er rekening mee te houden dat:

- de oudere wellicht een geringe motivatie heeft om te veranderen
- de oudere gevoelig is voor wederkerigheid (iets terug willen doen)

De volgende aangrijpingspunten voor gedragsverandering kunnen worden gebruikt:

- Sluit aan bij de normen en waarden van de oudere
- Ga stap voor stap te werk
- Geef de oudere niet direct teveel eigen verantwoordelijkheid
- Richt op de ontdekking en ontwikkeling van vaardigheden (bijv. zelfvertrouwen)
- Bespreek de verwachtingen van de oudere m.b.t. de nieuwe situatie/ de toekomst
- Leer de oudere de huidige situatie te accepteren
- Leer het (sociale) netwerk van de oudere om 'niets te doen'
- Bied mogelijkheden aan voor professionele hulp

Als de oudere tot '**de mopperaar**' behoort, dan is het belangrijk om er rekening mee te houden dat:

- de oudere zelf waarschijnlijk geen probleem ervaart

De volgende aangrijpingspunten voor gedragsverandering kunnen worden gebruikt:

- Wijzig niet de standpunten van de oudere, maar wel de manier waarop de oudere deze uit.
- Creëer een leefbare ipv ideale situatie (dat laatste zal toch moeilijk lukken)
- Geef de oudere exclusieve aandacht (meegaan in gemopper)
- Ga stap voor stap te werk
- Zorg voor een stijgende lijn (alle 'foutjes' worden uitvergroot)
- Speel in op gevoelens (bijv. m.b.t. de nadelen van het eigen gedrag of de zinvolheid om door te gaan op 'negatieve' voorvallen)
- Waardeer ander gedrag (dan gemopper) positief
- Creëer positieve ervaringen
- Maak de frustratie van het (sociale) netwerk bespreekbaar
- Leer het (sociale) netwerk van oudere om aandacht te hebben voor gemopper (anders versterkt het)
- Introduceer de oudere bewust in een nieuwe omgeving (vanwege belang van aandacht en aanzien)

### **Het ontwikkelen en afstemmen van de interventie**

Uitleg over het afstemmen van de 4 P's aan de hand van schema 3:

#### **Schema 3. Interventieontwerp**

---

<b>Product</b>	<b>Voordelen van de interventie (het product):</b> Wat moeten de voordelen zijn van de interventie? <ul style="list-style-type: none"><li>- Persoonlijk<ul style="list-style-type: none"><li>- Kennis</li><li>- Emotie</li><li>- Actiebereidheid</li></ul></li><li>- Omgeving</li></ul>
	<b>Interventie op maat:</b> Hoe moet de interventie eruit komen te zien? <ul style="list-style-type: none"><li>- Duidelijk en concreet beschreven</li><li>- Herkenbaar en haalbaar</li></ul>
	<b>Ondersteunende producten en diensten:</b> Welke ondersteunende producten en diensten zijn nodig om de gedragsverandering te ondersteunen?

---

- 
- Nieuwe producten en/of diensten aanbieden (bijvoorbeeld foldermateriaal verspreiden of vervoer regelen)
  - Bestaande producten en/of diensten verbeteren (bijvoorbeeld aanvraagformulieren versimpelen of bereikbaarheid hulpverlening verbeteren)

**Product:**

De interventie moet de volgende voordelen opleveren:  
Daarom is er gekozen voor de volgende interventie:  
Hiervoor zijn de volgende ondersteunende producten en diensten nodig:

**Prijs**      **Twee soorten kosten:**

Exit kosten

Welke kosten zijn er verbonden met het stoppen van het huidige gedrag?

- Zijn er financiële redenen voor de oudere om niet te stoppen met het huidige gedrag?
- Wat zijn voor de oudere de voordelen van het huidige gedrag (bijv. op het gebied van 'inzet', 'moeite', 'tijd', 'emotie', 'gevoelens', enz)?

Entry kosten

Welke kosten zijn er verbonden aan het beginnen met het nieuwe gedrag?

- Zijn er financiële redenen voor de oudere om niet over te gaan naar het gewenste gedrag?
- Wat zijn voor de oudere de nadelen van het gewenste gedrag (bijv. op het gebied van 'inzet', 'moeite', 'tijd', 'emotie', 'gevoelens', enz)?

**Prijs:**

De interventie brengt de volgende kosten met zich mee:  
Deze kosten worden op de volgende manier verminderd:  
Eventuele barrières worden op de volgende manier geslecht:

**Plaats**      **Waar en wanneer?**

- Waar moet de interventie plaatsvinden?
  - Wanneer moet de interventie plaatsvinden?
  - Waar en wanneer kan de doelgroep producten of diensten ter ondersteuning van het gedrag ontvangen (bijvoorbeeld educatie)?
  - Zijn er verbeteringen mogelijk in de aantrekkelijkheid van de locatie?
-

- 
- fysieke locatie, sfeer, mobiliteit van de dienst, wachttijd, bereikbaarheid, openingstijden;
  - wordt het gewenste gedrag uitgelokt door de vormgeving van de locatie?;
  - aanwezig zijn waar beslissingen worden genomen!

**Plaats:**

De interventie vindt plaats op de volgende locatie:

De interventie vindt plaats op de volgende datum en tijdstip:

Eventuele ondersteunende producten en diensten zijn op de volgende plaats en tijdstip beschikbaar:

De volgende verbeteringen zijn doorgevoerd om de locatie aantrekkelijker te maken:

**Promotie**    **Waarom, wat en hoe?**

Doel:

- Welke hoofdboodschap moet worden gecommuniceerd?
- Wat zijn de specifieke communicatiedoelen op het gebied van
  - Kennis: wat moet de doelgroep weten?
  - Emoties: wat moet de doelgroep (gaan) geloven?
  - Acties: welke specifieke acties moet de doelgroep gaan ondernemen door de interventie?

Boodschap:

- Welke voordelen van de interventie beloof je de doelgroep?
- Hoe kun je deze belofte ondersteunen?

Uitvoering

- Welke communicatiestijl moet gebruikt worden?
  - Rationeel: informatie en feiten
  - Emotioneel: oproepen van positieve en negatieve emoties
  - Moreel: richten op wat moreel goed is
  - Non-verbaal: visualiseren, symboliseren, oogcontact maken, aanwezig zijn

\* Hierbij is het belangrijk om aan te sluiten bij de fasen van gedragsverandering!

- Welke mediatypes kunnen worden ingezet?
  - Massa media: kranten, tijdschriften, radio, televisie
  - Selectieve media: directe post, posters, bijzondere activiteiten
  - Persoonlijke media: face-to-face reclame, workshops

- 
- Wat zijn de aanbevelingen en vereisten met betrekking tot (grafische) vormgeving, oplage, kosten, enz.?
  - Zijn er mogelijkheden om de interventie vooraf te testen?

**Promotie:**

De interventie bevat de volgende hoofdboodschap (kennis/opvattingen/acties):

Deze boodschap bevat de volgende ondersteunde voordelen:

De volgende communicatiestijl wordt gekozen om deze boodschap over te brengen:

De volgende mediatypes worden ingezet om de doelgroep te bereiken:

---

### **C. Evaluatie**

Het is belangrijk om gedurende het hele proces de volgende vraag steeds opnieuw te stellen: 'Gaan we de juiste richting uit?' Het antwoord op deze vraag moet ertoe leiden dat er tijdens alle stappen steeds bewust wordt gekozen voor de volgende handeling.

Daarnaast zijn de volgende drie concrete vragen van belang:

1. Is de gekozen werkwijze (nog steeds) passend?
2. Worden de verschillende handelingen tijdig en op de goede manier uitgevoerd?
3. Wordt de gewenste gedragsverandering gerealiseerd?
4. Is de eenzaamheidsproblematiek van de oudere verminderd?

### **D. Oefenen aan de hand van een voorbeeldcasus**

Casus: Oudere scoort hoog op emotionele eenzaamheid en mist vooral waardering en steun. De oudere heeft daarnaast lichamelijke problemen en is hierdoor beperkt mobiel. De oudere heeft voldoende energie en voelt zich niet depressief. De oudere heeft behoefte aan meer contact.

### **E. Herhaling stappen van Sociale Marketing**

ANALYSE:

- Vragenlijsten afnemen
  - Is de oudere eenzaam?
  - Behoort de oudere tot het afhankelijke type of tot de mopperaar?

- Gedragsanalyse

Huidig gedrag:

*Vragen aan de oudere:*

- Welke problemen ervaart u zelf? Welke behoeften worden volgens u niet vervuld?
- Wat is volgens u de oorzaak van uw problemen?
- Hoe gaat u om met uw problemen?
- Zijn er dingen die u vroeger wel had, maar die u nu mist?
- Zijn er financiële redenen voor het ontstaan van uw huidige situatie? Heeft u financiële redenen om uw huidige situatie onveranderd te laten?
- Wat zijn volgens u de voordelen en de nadelen van uw huidige situatie (bijv. op het gebied van 'inzet', 'moeite', 'tijd', 'emotie', 'gevoelens', enz)?

*Vragen aan de medewerker:*

- Waaruit (uit welke handelingen) bestaat het gedrag van de oudere? Hoe komt de eenzaamheid in het huidige gedrag tot uiting?
- Waar en wanneer doet het gedrag zich voor?
- Zijn er dingen die de oudere vroeger wel had, maar die de oudere nu mist?
- Zijn er financiële redenen voor het ontstaan van het huidige gedrag van de oudere? Heeft de oudere financiële redenen om het huidige gedrag onveranderd te laten?
- Wat zijn de voordelen en de nadelen van het huidige gedrag van de oudere (bijv. op het gebied van 'inzet', 'moeite', 'tijd', 'emotie', 'gevoelens', enz)?

Gewenst gedrag:

*Vragen aan de oudere:*

- Wat zijn volgens u de mogelijkheden/oplossingen voor uw problemen? Hoe ziet de gewenste situatie eruit? Welke aspecten van de gewenste situatie bestaan al?
- Zijn er financiële redenen waarom het niet mogelijk is om de gewenste situatie te realiseren? Heeft u financiële redenen om de gewenste situatie niet te willen realiseren?
- Wat zijn volgens u de voordelen en de nadelen van de gewenste situatie (bijv. op het gebied van 'inzet', 'moeite', 'tijd', 'emotie', 'gevoelens', enz)?

*Vragen aan de medewerker:*

- Waaruit (uit welke handelingen) bestaat het gewenste gedrag van de oudere? Hoe ziet het gewenste gedrag van de oudere eruit?
- Welke aspecten van het gewenste gedrag vertoont de oudere al?
- Wie heeft mogelijk invloed op het gedrag van de oudere? Op welke manier?
- Zijn er financiële redenen waarom het voor de oudere niet mogelijk is om de gewenste situatie te realiseren? Heeft de oudere financiële redenen om de gewenste situatie niet te willen realiseren?
- Wat zijn de voordelen en de nadelen van het gewenste gedrag voor de oudere (bijv. op het gebied van 'inzet', 'moeite', 'tijd', 'emotie', 'gevoelens', enz)?

Barrières:

*Vraag aan de oudere:*

- Welke mogelijke belemmeringen zijn er volgens u om de situatie te veranderen? (bijvoorbeeld angst, zelfvertrouwen, mobiliteit)?

*Vraag aan de medewerker:*

- Welke belemmeringen om het gewenste gedrag te vertonen spelen mogelijk een rol?
- Omgevingsanalyse:
  - Fysieke omgeving (toegankelijkheid van gebouwen of aan de afstand tussen de woning van de oudere en het winkelcentrum of het park, enz...)
  - Socio-demografische omgeving (samenstelling of grootte van het sociale netwerk, de gemiddelde leeftijd en afkomst van de inwoners van de wijk, enz...)
  - Economische omgeving (inkomen en/of mogelijke uitkeringen van de oudere, prijzen in winkels of van activiteiten, enz...)
  - Culturele omgeving (waarden, normen en gewoonten van de omgeving, het vertrouwen van de oudere in organisaties, overheden en de medische wereld, enz...)
  - Juridische omgeving (de invloed van huidige en/of toekomstige wetgeving, enz...)
  - Politieke omgeving (de invloed van beleid, partijen en/of politici op landelijk en regionaal niveau, enz...)
  - Technologische omgeving (bepaalde producten, hulpmiddelen of therapieën, enz...)



- Media (informatie die wordt gegeven (bijv. over activiteiten) via televisie of krant, enz...)

*Vragen aan de medewerker:*

- Welke kenmerken van de omgeving versterken en/of verminderen (het ontstaan van) eenzaamheidsgevoelens bij de oudere? Waarom?
- Op welke manier kunnen de resultaten van de omgevingsanalyse worden gebruikt om tot het gewenste gedrag te komen?
- Analyse van fase van en aangrijpingspunten voor gedragsverandering

**ONTWIKKELEN EN AFSTEMMEN INTERVENTIE:**

**Product:**

De interventie moet de volgende voordelen opleveren:

Daarom is er gekozen voor de volgende interventie:

Hiervoor zijn de volgende ondersteunende producten en diensten nodig:

**Prijs:**

De interventie brengt de volgende kosten met zich mee:

Deze kosten worden op de volgende manier verminderd:

Eventuele barrières worden op de volgende manier geslecht:

**Plaats:**

De interventie vindt plaats op de volgende locatie:

De interventie vindt plaats op de volgende datum en tijdstip:

Beschikbaarheid ondersteunende producten en diensten:

Verbeteringen om de locatie aantrekkelijker te maken:

**Promotie:**

De interventie bevat de volgende hoofdboodschap:

Deze boodschap bevat de volgende ondersteunde voordelen:

Communicatiestijl om deze boodschap over te brengen:

De volgende mediatypes worden ingezet om de doelgroep te bereiken:

## EVALUATIE:

'Gaan we de juiste richting uit?'

Vier concrete vragen:

1. Is de gekozen werkwijze (nog steeds) passend?
2. Worden de verschillende handelingen tijdig en op de goede manier uitgevoerd?
3. Wordt de gewenste gedragsverandering gerealiseerd?
4. Is de eenzaamheidsproblematiek van de oudere verminderd?

## Vragenlijst 'welzijn ouderen'

### Gegevens medewerker:

Naam: \_\_\_\_\_

### Gegevens oudere:

De volgende registratiegegevens van de oudere zijn vereist:

1. Postcode: \_\_\_\_\_
2. Geboortedatum: \_\_\_\_\_

### Toestemming oudere voor gebruik gegevens t.b.v. onderzoek:

#### *Uitleg aan oudere:*

Tijdens dit gesprek zal u een aantal vragen worden gesteld over verschillende zaken die te maken hebben met uw dagelijkse leven. Uw antwoorden op de vragen zullen daarna worden geanalyseerd en zullen worden gebruikt om u op een passende manier van dienst te kunnen zijn. Uw antwoorden op de vragen worden tevens gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek. Alle informatie die u geeft door de vragen te beantwoorden wordt vertrouwelijk behandeld. De informatie die u geeft kan echter alleen voor wetenschappelijk onderzoek worden gebruikt als u hiervoor toestemming geeft.

#### *Vraag aan oudere:*

Geeft u toestemming om de informatie die u geeft door het beantwoorden van de vragen te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek?

0 ja

0 nee



9. Heeft u het afgelopen jaar één of meerdere van de volgende gebeurtenissen meegemaakt?
- |   |      |       |
|---|------|-------|
| - het overlijden van een dierbaar persoon             | 0 ja | 0 nee |
| - een ernstige ziekte van uzelf                       | 0 ja | 0 nee |
| - een ernstige ziekte van een dierbaar persoon        | 0 ja | 0 nee |
| - een scheiding, verbreking duurzame, intieme relatie | 0 ja | 0 nee |
| - een verkeersongeval                                 | 0 ja | 0 nee |
| - een misdrijf  | 0 ja | 0 nee |
10. Bent u tevreden met uw woonomgeving? 0 ja 0 nee

### Lichamelijke aspecten

11. Kunt u voldoende lichamelijk actief zijn? 0 ja 0 nee
12. Voelt u zich lichamelijk gezond? 0 ja 0 nee
13. Bent u de afgelopen periode veel afgevallen zonder dit zelf te willen?  
(veel is: 6 kg of meer in de afgelopen 6 maanden of 3 kg of meer in de afgelopen maand) 0 ja 0 nee

Heeft u problemen in het dagelijks leven door

14. ....slecht lopen? 0 ja 0 nee
15. ....het slecht kunnen bewaren van uw evenwicht? 0 ja 0 nee
16. ....slecht horen? 0 ja 0 nee
17. ....slecht zien? 0 ja 0 nee
18. ....weinig kracht in uw handen? 0 ja 0 nee
19. ....lichamelijke moeheid? 0 ja 0 nee

### Psychische aspecten

20. Heeft u klachten over uw geheugen? 0 ja 0 soms 0 nee
21. Heeft u zich de afgelopen maand somber gevoeld? 0 ja 0 soms 0 nee
22. Heeft u zich de afgelopen maand nerveus of angstig gevoeld? 0 ja 0 soms 0 nee
23. Kunt u goed omgaan met problemen? 0 ja 0 nee

### Sociale aspecten

24. Woont u alleen? 0 ja 0 nee
25. Mist u wel eens mensen om u heen? 0 ja 0 soms 0 nee
26. Ontvangt u voldoende steun van andere mensen? 0 ja 0 nee

### Sociale contacten

- |   | ja | min of<br>meer | nee |
|---|----|----------------|-----|
| 27. Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan. | 1  | 2              | 3   |
| 28. Ik mis een echt goede vriend of vriendin  | 1  | 2              | 3   |
| 29. Ik ervaar een leegte om mij heen.   | 1  | 2              | 3   |
| 30. Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen.                           | 1  | 2              | 3   |
| 31. Ik mis gezelligheid om mij heen.  | 1  | 2              | 3   |

32.	Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt.	1	2	3
33.	Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen.	1	2	3
34.	Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel.	1	2	3
35.	Ik mis mensen om me heen	1	2	3
36.	Vaak voel ik mij in de steek gelaten.	1	2	3
37.	Wanneer ik daar behoefte aan heb kan ik altijd bij mijn vrienden terecht.	1	2	3

### **Ervaringen**

helemaal oneens=1

oneens=2

niet eens/niet oneens=3

eens=4

helemaal eens=5

38.	Ik stoer me vaak aan anderen.	1	2	3	4	5
39.	Ik kan mijn problemen vaak niet zelf oplossen.	1	2	3	4	5
40.	Ik heb vaak het gevoel dat anderen iets tegen me hebben.	1	2	3	4	5
41.	Er is weinig dat ik kan doen om belangrijke dingen in mijn leven te veranderen.	1	2	3	4	5
42.	Ik maak vaak negatieve dingen mee.	1	2	3	4	5
43.	Ik vind het fijn als ik weet waar ik aan toe ben.	1	2	3	4	5

### Ruimte voor aantekeningen

U kunt hier bijvoorbeeld belangrijke uitspraken van de oudere over (de mogelijke oplossing voor) zijn/haar probleem noteren.

---

---

---

---

---

---

### Vraag aan medewerker (in te vullen *na* afloop van het gesprek!)

**Let op!** De volgende vraag moet worden ingevuld door de medewerker en dient dus niet te worden voorgelegd aan de oudere!

Er zijn verschillende typen eenzame ouderen, zoals 'het afhankelijke type' en 'de mopperaar'.

Het afhankelijke type:

- is afwachtend
- is onderdanig
- voelt zich het beste bij de status quo (altijd dezelfde situatie/omstandigheden)
- gedraagt zich onopvallend
- heeft weinig zelfvertrouwen
- zoekt hulp om te bestaan
- geeft niet duidelijk behoeften aan
- idealiseert het verleden
- is angstig
- heeft gericht motivatie
- heeft behoefte aan wederkerigheid (iets voor de ander terug kunnen doen)

De mopperaar:

- is passief
- is negatief ingesteld
- is volhardend
- weet niet goed wat hij/zij wil
- is onzeker over eigen belang
- heeft hoge verwachtingen van anderen



- focust op negatieve ervaringen en vergroot deze uit
- zoekt de oorzaak van problemen bij anderen
- heeft behoefte aan status, aanzien en exclusieve aandacht
- trekt zich terug
- ziet de wereld als 'slecht'

**Vraag:**

Behoort de geïnterviewde oudere tot één van deze typen eenzame ouderen?

ja, deze oudere behoort tot 'het afhankelijke type'

ja, deze oudere behoort tot 'de mopperaar'

nee, deze oudere behoort niet tot één van deze typen eenzame ouderen

Indien gewenst, kunt u uw gekozen antwoord hieronder toelichten:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Verdiepingsinterview gedrag- en omgevingsanalyse**

### **Gegevens medewerker:**

Naam: \_\_\_\_\_

### **Gegevens oudere:**

De volgende registratiegegevens van de oudere zijn vereist:

3. Postcode: \_\_\_\_\_

4. Geboortedatum: \_\_\_\_\_

## **Gedragsanalyse**

***De volgende vragen dienen aan de ouders te worden gesteld:***

### **Huidig gedrag:**

- Welke problemen ervaart u zelf? Welke behoeften worden volgens u niet vervuld?

---

---

---

---

- Wat is volgens u de oorzaak van uw problemen?

---

---

---

---

- Hoe gaat u om met uw problemen?

---

---

---

---

- Zijn er dingen die u vroeger wel had, maar die u nu mist?

---

---

---

---

- Zijn er financiële redenen voor het ontstaan van uw huidige situatie? Heeft u financiële redenen om uw huidige situatie onveranderd te laten?

---

---

---

---

- Wat zijn volgens u de voordelen en de nadelen van uw huidige situatie (bijv. op het gebied van 'inzet', 'moeite', 'tijd', 'emotie', 'gevoelens', enz)?

---

---

---

---

.....  
***In te vullen door de medewerker na afloop van het gesprek:***

**Huidig gedrag:**

- Waaruit (uit welke handelingen) bestaat het gedrag van de oudere? Hoe komt de eenzaamheid in het huidige gedrag tot uiting?

---

---

---

---

- Waar en wanneer doet het gedrag zich voor?

---

---

---

---

- Zijn er dingen die de oudere vroeger wel had, maar die de oudere nu mist?

---

---

---

---

- Zijn er financiële redenen voor het ontstaan van het huidige gedrag van de oudere? Heeft de oudere financiële redenen om het huidige gedrag onveranderd te laten?

---

---

---

---

- Wat zijn de voordelen en de nadelen van het huidige gedrag van de oudere (bijv. op het gebied van 'inzet', 'moeite', 'tijd', 'emotie', 'gevoelens', enz)?

---

---

---

---

***De volgende vragen dienen aan de oudere te worden gesteld:***

**Gewenst gedrag:**

- Wat zijn volgens u de mogelijkheden/oplossingen voor uw problemen? Hoe ziet de gewenste situatie eruit?

---

---

---

- Welke aspecten van de gewenste situatie bestaan al?

---

---

---

- Zijn er financiële redenen waarom het niet mogelijk is om de gewenste situatie te realiseren? Heeft u financiële redenen om de gewenste situatie niet te willen realiseren?

---

---

---

- Wat zijn volgens u de voordelen en de nadelen van de gewenste situatie (bijv. op het gebied van 'inzet', 'moeite', 'tijd', 'emotie', 'gevoelens', enz)?

---

---

---

.....  
***In te vullen door de medewerker na afloop van het gesprek:***

**Gewenst gedrag:**

- Waaruit (uit welke handelingen) bestaat het gewenste gedrag van de oudere? Hoe ziet het gewenste gedrag van de oudere eruit?

---

---

---

- Welke aspecten van het gewenste gedrag vertoont de oudere al?

---

---

---

- Wie heeft mogelijk invloed op het gedrag van de oudere? Op welke manier?

---

---

---

- Zijn er financiële redenen waarom het voor de oudere niet mogelijk is om de gewenste situatie te realiseren? Heeft de oudere financiële redenen om de gewenste situatie niet te willen realiseren?

---

---

---

- Wat zijn de voordelen en de nadelen van het gewenste gedrag voor de oudere (bijv. op het gebied van 'inzet', 'moeite', 'tijd', 'emotie', 'gevoelens', enz)?

---

---

---

***De volgende vragen dienen aan de oudere te worden gesteld:***

**Barrières:**

- Welke mogelijke belemmeringen zijn er volgens u om de situatie te veranderen? (bijvoorbeeld angst, zelfvertrouwen, mobiliteit)?

---

---

---

---



***In te vullen door de medewerker na afloop van het gesprek:***

**Barrières:**

- Welke belemmeringen om het gewenste gedrag te vertonen spelen mogelijk een rol?

---

---

---

---



## Omgevingsanalyse

***De volgende vragen dienen met de oudere te worden besproken, maar dienen niet letterlijk te worden voorgelezen:***

- Zijn er aspecten in de **fysieke omgeving** van de oudere die het moeilijker of juist eenvoudiger maken om de situatie te veranderen? Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de toegankelijkheid van gebouwen of aan de afstand tussen de woning van de oudere en het winkelcentrum of het park, enz...

---

---

---

- Zijn er aspecten in de **socio-demografische omgeving** van de oudere die het moeilijker of juist eenvoudiger maken om de situatie te veranderen? Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de samenstelling of grootte van het sociale netwerk, de gemiddelde leeftijd en afkomst van de inwoners van de wijk, enz...

---

---

---

- Zijn er aspecten in de **economische omgeving** van de oudere die het moeilijker of juist eenvoudiger maken om de situatie te veranderen? Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het inkomen en/of mogelijke uitkeringen van de oudere, prijzen in winkels of van activiteiten, enz...

---

---

---

- Zijn er aspecten in de **culturele omgeving** van de oudere die het moeilijker of juist eenvoudiger maken om de situatie te veranderen? Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de waarden, normen en gewoonten van de omgeving, het

vertrouwen van de oudere in organisaties, overheden en de medische wereld, enz...

---

---

---

- Zijn er aspecten in de **juridische omgeving** van de oudere die het moeilijker of juist eenvoudiger maken om de situatie te veranderen? Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de invloed van huidige en/of toekomstige wetgeving, enz...

---

---

---

- Zijn er aspecten in de **politieke omgeving** van de oudere die het moeilijker of juist eenvoudiger maken om de situatie te veranderen? Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de invloed van beleid, partijen en/of politici op landelijk en regionaal niveau, enz...

---

---

---

- Zijn er aspecten in de **technologische omgeving** van de oudere die het moeilijker of juist eenvoudiger maken om de situatie te veranderen? Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan bepaalde producten, hulpmiddelen of therapieën, enz...

---

---

---

- Zijn er aspecten in de **media** die het moeilijker of juist eenvoudiger maken om de situatie te veranderen? Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan informatie die wordt gegeven (bijv. over activiteiten) via televisie of krant, enz...

---

---

---



***In te vullen door de medewerker na afloop van het gesprek:***

- Welke kenmerken van de omgeving versterken en/of verminderen (het ontstaan van) eenzaamheidsgevoelens bij de oudere? Waarom?

---

---

---

- Op welke manier kunnen de resultaten van de omgevingsanalyse worden gebruikt om tot het gewenste gedrag te komen?

---

---

---

## Resultaten vragenlijst over alle eenzame ouderen

**Totaal aantal deelnemers: 121**

**Aantal eenzame ouderen: 101**

**In onderstaand overzicht staat vermeld welk percentage van de eenzame ouderen (N=101) positief scoort op de items in de vragenlijst 'welzijn ouderen'**

	<b>Risico op eenzaamheid</b>
<b>94,1%</b>	Heeft een verhoogd risico op eenzaamheid.
	<b>Persoonlijke gegevens</b>
<b>84,2%</b>	Heeft een verhoogd risico op eenzaamheid op basis van persoonlijke gegevens.
<b>78,2%</b>	Is vrouw
<b>75,2%</b>	Is 75 jaar of ouder
<b>93,1%</b>	Is ongehuwd, gescheiden of weduwnaar/weduwe
<b>1%</b>	Is niet afkomstig uit Nederland of een ander West-Europees land
<b>52,5%</b>	Heeft geen of lager onderwijs genoten
<b>6,8%</b>	Heeft een netto maandinkomen van minder dan 901 Euro
<b>43,6%</b>	Is niet gezond (of niet gezond/niet ongezond)
<b>71,4%</b>	Heeft twee of meer ziekten en/of chronische aandoeningen
<b>73,0%</b>	Heeft het afgelopen jaar 1 of meer ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt
<b>11,2%</b>	Is niet tevreden met zijn/haar woonomgeving
	<b>Lichamelijke, psychische en sociale aspecten</b>
<b>90,1%</b>	Heeft een verhoogd risico op eenzaamheid op basis van lichamelijke, psychische en sociale eigenschappen.
	Lichamelijke aspecten
<b>53,5%</b>	Kan onvoldoende lichamenlijk actief zijn
<b>22,4%</b>	Is de afgelopen periode veel afgevallen zonder dit zelf te willen
<b>67,3%</b>	Heeft problemen met lopen
<b>48,0%</b>	Kan moeilijk het evenwicht bewaren
<b>40,6%</b>	Heeft problemen met horen
<b>38,6%</b>	Heeft problemen met zien
<b>49,5%</b>	Heeft weinig kracht in de handen
<b>64,5%</b>	Is lichamenlijk vermoeid

	Psychische aspecten
<b>25,3%</b>	Heeft klachten over het geheugen
<b>79,0%</b>	Voelt zich (soms) somber
<b>57,7%</b>	Voelt zich (soms) nerveus of angstig
<b>31,9%</b>	Kan niet goed omgaan met problemen
	Sociale aspecten
<b>92,0%</b>	Woont alleen
<b>87,9%</b>	Mist (soms) mensen om zich heen
<b>36,2%</b>	Ontvangt niet voldoende steun van anderen.
	<b>Eenzaamheid (sociale contacten)</b>
<b>57,4%</b>	van de ouderen is matig eenzaam
<b>27,7%</b>	Van de ouderen is ernstig eenzaam
<b>14,9%</b>	Van de ouderen is zeer ernstig eenzaam
	Emotionele eenzaamheid (afwezigheid intieme relatie)
<b>74,3%</b>	Mist (soms) een echt goede vriend of vriendin
<b>80,2%</b>	Ervaart (soms) leegte om zich heen
<b>76,2%</b>	Mist (soms) gezelligheid om zich heen
<b>67,3%</b>	Vindt (soms) de kring van kennissen te beperkt
<b>73,0%</b>	Mist (soms) mensen om zich heen
<b>66,0%</b>	Voelt zich (soms) in de steek gelaten
	Sociale eenzaamheid (te klein netwerk)
<b>60,4%</b>	Heeft niet altijd iemand in zijn/haar omgeving waar hij/zij terecht kan met de dagelijkse probleempjes
<b>56,4%</b>	Heeft niet altijd genoeg mensen om zich heen om in geval van narigheid op terug te vallen
<b>71,0%</b>	Heeft niet altijd veel mensen op wie hij/zij volledig kan vertrouwen
<b>63,3%</b>	Heeft onvoldoende mensen met wie hij/zij zich nauw verbonden voelt
<b>57,4%</b>	Kan niet altijd bij vrienden terecht als hij/zij daar behoefte aan heeft
	<b>Type eenzame ouderen</b>
<b>48,5%</b>	Is een afhankelijk type
<b>6,9%</b>	Is een mopperaar
<b>8,9%</b>	Is zowel een afhankelijk type als een mopperaar
<b>20,7%</b>	Is geen afhankelijk type en ook geen mopperaar
<b>5,0%</b>	Voor 5,0% van de ouderen is geen duidelijkheid over het type

## Resultaten vragenlijst over alle eenzame ouderen per instelling

**Totaal aantal deelnemers: 121**

**Aantal eenzame ouderen: 101**

**Aantal deelnemers WIJ: 93**

**Aantal eenzame ouderen WIJ: 77**

**Aantal deelnemers de Twern: 28**

**Aantal eenzame ouderen de Twern: 24**

In onderstaand overzicht staat vermeld welk percentage van de eenzame ouderen van WIJ (N=77) en de Twern (N=24) positief scoort op de items in de vragenlijst 'welzijn ouderen'

WIJ (N=77)	de Twern (N=24)	
		<b>Risico op eenzaamheid</b>
<b>100%</b>	<b>75,0%</b>	Heeft een verhoogd risico op eenzaamheid.
		<b>Persoonlijke gegevens</b>
<b>89,6%</b>	<b>66,7%</b>	Heeft een verhoogd risico op eenzaamheid op basis van persoonlijke gegevens.
<b>77,9%</b>	<b>79,2%</b>	Is vrouw
<b>89,6%</b>	<b>29,2%</b>	Is 75 jaar of ouder
<b>98,7%</b>	<b>75,0%</b>	Is ongehuwd, gescheiden of weduwnaar/weduwe
<b>1,3%</b>	<b>0%</b>	Is niet afkomstig uit Nederland of een ander West-Europees land
<b>51,9%</b>	<b>54,2%</b>	Heeft geen of lager onderwijs genoten
<b>3,1%</b>	<b>17,4%</b>	Heeft een netto maandinkomen van minder dan 901 Euro
<b>40,3%</b>	<b>54,1%</b>	Is niet gezond (of niet gezond/niet ongezond)
<b>77,9%</b>	<b>47,6%</b>	Heeft twee of meer ziekten en/of chronische aandoeningen
<b>70,1%</b>	<b>82,6%</b>	Heeft het afgelopen jaar 1 of meer ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt
<b>12,0%</b>	<b>8,7%</b>	Is niet tevreden met zijn/haar woonomgeving
		<b>Lichamelijke, psychische en sociale aspecten</b>
<b>96,1%</b>	<b>70,8%</b>	Heeft verhoogd risico op eenzaamheid op basis van lichamelijke, psychische en sociale eigenschappen.

		Lichamelijke aspecten
<b>58,7%</b>	<b>37,5%</b>	Kan onvoldoende lichamelijk actief zijn
<b>28,0%</b>	<b>4,3%</b>	Is de afgelopen periode veel afgevallen zonder dit zelf te willen
<b>74,0%</b>	<b>45,8%</b>	Heeft problemen met lopen
<b>54,1%</b>	<b>29,2%</b>	Kan moeilijk het evenwicht bewaren
<b>46,8%</b>	<b>20,8%</b>	Heeft problemen met horen
<b>44,2%</b>	<b>20,8%</b>	Heeft problemen met zien
<b>54,5%</b>	<b>33,3%</b>	Heeft weinig kracht in de handen
<b>72,0%</b>	<b>41,7%</b>	Is lichamelijk vermoeid
		Psychische aspecten
<b>29,3%</b>	<b>12,5%</b>	Heeft klachten over het geheugen
<b>78,9%</b>	<b>79,2%</b>	Voelt zich (soms) somber
<b>59,2%</b>	<b>52,4%</b>	Voelt zich (soms) nerveus of angstig
<b>34,3%</b>	<b>25,0%</b>	Kan niet goed omgaan met problemen
		Sociale aspecten
<b>97,4%</b>	<b>75,0%</b>	Woont alleen
<b>85,5%</b>	<b>95,7%</b>	Mist (soms) mensen om zich heen
<b>40,0%</b>	<b>25,0%</b>	Ontvangt niet voldoende steun van anderen.
		<b>Eenzaamheid (sociale contacten)</b>
<b>57,1%</b>	<b>58,3%</b>	van de ouderen is matig eenzaam
<b>24,7%</b>	<b>37,5%</b>	Van de ouderen is ernstig eenzaam
<b>18,2%</b>	<b>4,2%</b>	Van de ouderen is zeer ernstig eenzaam
		Emotionele eenzaamheid (afwezigheid intieme relatie)
<b>74,0%</b>	<b>75,0%</b>	Mist (soms) een echt goede vriend of vriendin
<b>81,8%</b>	<b>75,0%</b>	Ervaart (soms) leegte om zich heen
<b>76,6%</b>	<b>62,5%</b>	Mist (soms) gezelligheid om zich heen
<b>68,8%</b>	<b>62,5%</b>	Vindt (soms) de kring van kennissen te beperkt
<b>74,0%</b>	<b>69,5%</b>	Mist (soms) mensen om zich heen
<b>66,3%</b>	<b>65,2%</b>	Voelt zich (soms) in de steek gelaten
		Sociale eenzaamheid (te klein netwerk)
<b>63,7%</b>	<b>50,0%</b>	Heeft niet altijd iemand in zijn/haar omgeving waar hij/zij terecht kan met de dagelijkse probleempjes
<b>55,9%</b>	<b>58,3%</b>	Heeft niet altijd genoeg mensen om zich heen om in geval van narigheid op terug te vallen
<b>70,2%</b>	<b>73,9%</b>	Heeft niet altijd veel mensen op wie hij/zij volledig kan vertrouwen

<b>65,0%</b>	<b>58,3%</b>	Heeft onvoldoende mensen met wie hij/zij zich nauw verbonden voelt
<b>59,8%</b>	<b>50,0%</b>	Kan niet altijd bij vrienden terecht als hij/zij daar behoefte aan heeft

#### **Type eenzame ouderen**

<b>53,2%</b>	<b>33,3%</b>	Is een afhankelijk type
<b>3,9%</b>	<b>16,7%</b>	Is een mopperaar
<b>10,4%</b>	<b>4,2%</b>	Is zowel een afhankelijk type als een mopperaar
<b>29,9%</b>	<b>33,3%</b>	Is geen afhankelijk type en ook geen mopperaar
<b>2,6%</b>	<b>12,5%</b>	Voor 5,0% van de ouderen is geen duidelijkheid over het type



## Resultaten vragenlijst over alle eenzame ouderen per type eenzame oudere

**Totaal aantal deelnemers: 121**

**Aantal eenzame ouderen: 101**

**Aantal afhankelijke typen: 49**

**Aantal mopperaars: 7**

**Aantal zowel afhankelijk type als mopperaar: 9**

**Aantal geen afhankelijk type en geen mopperaar: 31**

**Aantal waar onduidelijkheid over bestaat: 5**

In onderstaand overzicht staat voor alle typen eenzame ouderen vermeld welk percentage positief scoort op de items in de vragenlijst 'welzijn ouderen'

**1= afhankelijk type**

**2= mopperaar**

**3= zowel afhankelijk type als mopperaar**

**4= geen afhankelijk type en geen mopperaar**

**5= onduidelijk**

1	2	3	4	5	
					<b>Risico op eenzaamheid</b>
98,0%	85,7%	100%	87,1%	100%	Heeft een verhoogd risico op eenzaamheid.
					<b>Persoonlijke gegevens</b>
91,8%	71,4%	100%	67,7%	100%	Heeft een verhoogd risico op eenzaamheid op basis van persoonlijke gegevens.
79,6%	85,7%	100%	64,5%	100%	Is vrouw
85,7%	57,1%	77,8%	64,5%	60,0%	Is 75 jaar of ouder
95,9%	85,7%	100%	90,3%	80%	Is ongehuwd, gescheiden of weduwnaar/weduwe
0%	0%	0%	3,2%	0%	Is niet afkomstig uit Nederland of een ander West-Europees land
55,1%	28,6%	88,9%	38,7%	80%	Heeft geen of lager onderwijs genoten
3,2%	0,0%	33,3%	6,9%	20%	Heeft een netto maandinkomen van minder dan 901 Euro
38,8%	71,4%	77,8%	29,0%	80%	Is niet gezond (of niet gezond/niet ongezond)
73,5%	66,7%	77,8%	69,0%	60,0%	Heeft twee of meer ziekten en/of chronische aandoeningen

73,5%	100%	66,7%	66,7%	80%	Heeft het afgelopen jaar 1 of meer ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt
8,5%	57,1%	0,0%	9,7%	20,0%	Is niet tevreden met zijn/haar woonomgeving

### **Lichamelijke, psychische en sociale aspecten**

91,8%	85,7%	100%	83,9%	100%	Heeft een verhoogd risico op eenzaamheid op basis van lichamelijke, psychische en sociale eigenschappen.
-------	-------	------	-------	------	--

#### Lichamelijke aspecten

54,2%	28,6%	77,8%	50,0%	60,0%	Kan onvoldoende lichamelijk actief zijn
20,8%	16,7%	25,0%	25,8%	20,0%	Is de afgelopen periode veel afgevallen zonder dit zelf te willen
69,4%	57,1%	77,8%	64,5%	60,0%	Heeft problemen met lopen
50,0%	28,6%	37,5%	50,0%	60,0%	Kan moeilijk het evenwicht bewaren
32,7%	71,4%	11,1%	58,1%	20,0%	Heeft problemen met horen
38,8%	14,3%	55,6%	41,9%	20,0%	Heeft problemen met zien
44,9%	57,1%	77,8%	45,2%	60,0%	Heeft weinig kracht in de handen
68,1%	28,6%	77,8%	61,3%	80,0%	Is lichamelijk vermoeid

#### Psychische aspecten

27,1%	28,6%	11,1%	23,3%	40,0%	Heeft klachten over het geheugen
77,1%	85,7%	77,8%	77,4%	100%	Voelt zich (soms) somber
58,3%	57,1%	66,7%	51,7%	75,0%	Voelt zich (soms) nerveus of angstig
44,4%	14,3%	37,5%	17,2%	20,0%	Kan niet goed omgaan met problemen

#### Sociale aspecten

95,8%	85,7%	100%	87,1%	80,0%	Woont alleen
85,4%	85,7%	88,9%	93,5%	75,0%	Mist (soms) mensen om zich heen
39,1%	42,9%	62,5%	17,9%	60,0%	Ontvangt niet voldoende steun van anderen.

### **Eenzaamheid (sociale contacten)**

55,1%	28,6%	33,3%	77,4%	40,0%	van de ouders is matig eenzaam
28,6%	14,3%	55,6%	19,4%	40,0%	Van de ouders is ernstig eenzaam
16,3%	57,1%	11,1%	3,2%	20,0%	Van de ouders is zeer ernstig eenzaam

#### Emotionele eenzaamheid (afwezigheid intieme relatie)

79,6%	85,7%	66,7%	67,8%	60,0%	Mist (soms) een echt goede vriend of vriendin
79,6%	85,8%	77,8%	80,6%	80,0%	Ervaart (soms) leegte om zich heen
79,5%	100%	66,7%	71,0%	60,0%	Mist (soms) gezelligheid om zich heen

<b>69,4%</b>	<b>100%</b>	<b>77,8%</b>	<b>54,9%</b>	<b>60,0%</b>	Vindt (soms) de kring van kennissen te beperkt
<b>73,4%</b>	<b>71,4%</b>	<b>66,6%</b>	<b>76,7%</b>	<b>60,0%</b>	Mist (soms) mensen om zich heen
<b>63,2%</b>	<b>100%</b>	<b>88,8%</b>	<b>50,0%</b>	<b>100%</b>	Voelt zich (soms) in de steek gelaten
					Sociale eenzaamheid (te klein netwerk)
<b>71,4%</b>	<b>85,7%</b>	<b>55,5%</b>	<b>41,9%</b>	<b>40,0%</b>	Heeft niet altijd iemand in zijn/haar omgeving waar hij/zij terecht kan met de dagelijkse probleempjes
<b>59,1%</b>	<b>71,5%</b>	<b>66,6%</b>	<b>38,7%</b>	<b>100%</b>	Heeft niet altijd genoeg mensen om zich heen om in geval van narigheid op terug te vallen
<b>67,3%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>56,7%</b>	<b>100%</b>	Heeft niet altijd veel mensen op wie hij/zij volledig kan vertrouwen
<b>57,2%</b>	<b>85,7%</b>	<b>77,8%</b>	<b>61,3%</b>	<b>80,0%</b>	Heeft onvoldoende mensen met wie hij/zij zich nauw verbonden voelt
<b>55,1%</b>	<b>71,5%</b>	<b>88,9%</b>	<b>45,2%</b>	<b>80,0%</b>	Kan niet altijd bij vrienden terecht als hij/zij daar behoefte aan heeft

## Samenvattingen verdiepingsinterviews

### 1. vrouw

EENZAAM DOOR eigen gedrag (te direct en eerlijk, (te) assertief), sterke behoefte aan autonomie. Wegvallen contacten door overlijden of verhuizen. Maakt rationele afwegingen, zakelijk. Ervaart (nog) niet echt een probleem.

POTENTIE OUDERE is ondernemend en beredenerend. Heeft best veel vertrouwen in medebewoners flat.

INTERVENTIE winkels dichterbij, rekent op medeflatbewoners. Netwerk in directe omgeving (flat) helpen versterken.

---

### 2. vrouw

EENZAAM DOOR mist echtgenoot en vertrouwde contacten door verhuizing. Geen winkels meer in omgeving. Afhankelijk en afwachtend in relaties. Star in strakke weekstructuur, radio vult stilte. Geniet van de aandacht/bezorgdheid van dochter.

POTENTIE OUDERE zoekt afleiding in werk in en om huis (heeft dus energie), maar steekt nauwelijks energie in het onderhouden of aangaan van nieuwe contacten. Lijdensdruk niet groot genoeg om echt iets te doen, accepteert lot.

INTERVENTIE winkels dichterbij, ondersteuning (zetje) om nieuwe contacten aan te gaan.

---

### 3. vrouw

EENZAAM DOOR mist gezelligheid en geborgenheid van arbeidersstraat. (Klein)kinderen kijken niet naar haar om, ook vanwege geldkwesties. Opstapeling van problemen geeft angst. Egocentrisch en afwachtend of ongevraagd en ongewenst naar de kinderen gaan. Vind dat de kinderen voor haar moeten zorgen. Slechte visus.

POTENTIE OUDERE netwerk wordt langzaam uitgebouwd. Stemming verbetert door dagelijks contact met zuster (medicatie uitdelen).

### INTERVENTIE

verwachtingen/normen en waarden bijstellen. Hulp bij netwerkopbouw en onderhoud. Vanwege slechte visus hulp bij het huis uit gaan. Voorzieningen dichterbij. Kinderen betrekken bij zorgplan. Vertrouwen in anderen wekken.

---

### 4. man

EENZAAM DOOR slechte lichamelijke gezondheid; beperkingen stapelen zich op. Veel mensen vallen weg; zelfs jongere broer en zus. Is heel somber; trieste man. Weinig geld. Past zich

moeilijk aan, is kritisch en te weinig flexibel, maar wil wel emotioneel nabije contacten.

POTENTIE OUDERE is voorkomend en alert in contact, staat open voor anderen, is geïnteresseerd. Toont inzet om eenzaamheid op te lossen (kost wel heel veel energie en levert weinig op). Computer is prettig hulpmiddel

INTERVENTIE in avonduren en weekenden! Andere woonomgeving; veiliger en dichter bij voorzieningen.

---

5. vrouw  
EENZAAM DOOR overlijden zus (hele leven samengewoond en lief en leed gedeeld). Rouwverwerking. Heeft weinig zelfvertrouwen en is onzeker, leunde erg op zus.

POTENTIE OUDERE neemt deel aan maaltijden en activiteiten van verzorgingshuis (woont in aanleunwoning) en gaat goed om met mensen in de groep. Nieuwe contacten doen haar goed, maar gemis bij thuiskomst is groot.

INTERVENTIE leren met verlies van zus om te gaan. Aan activiteiten blijven deelnemen. Versterken zelfvertrouwen. Meer winkels in omgeving.

---

6. man  
EENZAAM DOOR overlijden vrouw (4 jr geleden) en lichamelijk zware beperking (door ongeluk). Mist zijn vrouw heel erg. Zoekt niet echt naar nieuwe levenspartner, lijkt zich af te sluiten voor intensievere relaties. Is niet eenzaam in zorgelijke zin. Idealiseert verleden, wat weinig ruimte biedt voor nieuwe relaties.

POTENTIE OUDERE wandelt veel met hond en heeft dan contact met buurtgenoten, komt vrolijk en joviaal over. Neemt zelf initiatief naar anderen, legt makkelijk contact. Maakt optimaal gebruik van zijn mogelijkheden. Is optimistisch. Gaat er zelf op uit, maar neemt niet deel aan groepsactiviteiten, wilt dat ook niet.

INTERVENTIE Uitbreiding netwerk, maar heeft geen interesse in groepsactiviteiten. Hulpverlener: groepsactiviteiten om wereld duurzaam te vergroten en meer (vriendschaps) relaties op te bouwen.

---

7. man  
EENZAAM DOOR lichamelijke beperkingen aan huis gebonden, nauwelijks familie. Had via kermisleven veel contact, maar nu geen netwerk.

POTENTIE OUDERE moeder van oude vriend is mantelzorger. Gaat

naar Vugtherhage, maar alleen vrouwen in de groep.

INTERVENTIE contacten naar de woonomgeving brengen.

---

8. vrouw

EENZAAM DOOR overlijden man, en zoon en schoondochter geven te weinig aandacht, komen niet vaak genoeg. Heeft het gevoel er alleen voor te staan en sluit zich af als ze het gevoel heeft dat er geen rekening met haar gehouden wordt. Afwachtend, verwacht expliciete toenadering zoals zij het wil. Houdt mensen op afstand, geeft vals gevoel van controle. Is zenuwachtig, gespannen. Door coping en persoonlijkheid lijkt het glas half leeg; gesprekken met ouderenadviseur helpen niet echt.

POTENTIE OUDERE probeert zegeningen te tellen. Gaat wel naar activiteiten toe en ontmoet dan aardige mensen.

INTERVENTIE intrapersonlijke aspecten (coping en persoonlijkheid)

---

9. vrouw

EENZAAM DOOR verleden, verschillende moeders en oorlogsverleden/trauma. Vitaliteit/mobiliteit gaat achteruit. Voelt zich in de steek gelaten door medische wereld en omgeving. Slachtofferrol, niemand begrijpt

94

haar. Lukt niet om langdurige contacten te onderhouden. Stelt zichzelf centraal, onverwachte situaties=stress, altijd reden om mensen aan te spreken. Wenst aandacht. Nadelige karaktereigenschappen.

POTENTIE OUDERE positieve instelling en dankbaarheid. Wil zelf bepalen hoe en wat (stoot anderen af). Neemt deel aan activiteiten. Maar heeft niet het vermogen om te leren.

INTERVENTIE gericht op sociale vaardigheden en op beleving/interpretatie van de situatie.

---

10. man

EENZAAM DOOR lichamelijke beperkingen (herseneninfarct), energie nodig voor dagelijks leven, kan niet meer besteed worden aan sociale relaties of andere zaken; triest, lusteloos etc. Heimwee naar geboortestreek. Schaamtegevoel speelt ook een rol

POTENTIE OUDERE woont dichtbij winkels en heeft 2 kennissen in de buurt. Toegankelijk.

INTERVENTIE iets aan schaamtegevoel te doen? Heimwee??

---

11. vrouw  
EENZAAM DOOR overlijden partner.  
Krijgt wel veel aanloop en steun van (klein)kinderen. Verdrietig. Dankbaar voor het leven dat ze met haar man heeft gehad en voor de steun van kinderen. Kleiner netwerk vanwege leeftijd, veel jonge mensen in buurt.

POTENTIE OUDERE hond en vogel geven levendigheid in huis. Hond genomen na overlijden man. Accepteert situatie zoals die is, wil de situatie ook niet veranderen.

INTERVENTIE Verder acceptatie van de situatie zoals die is. Winkels dichterbij.

---

12. vrouw  
EENZAAM DOOR leeftijd, kleine familie en gezondheidsproblemen. Bang om teleurgesteld te worden. Voordeel van geen contact is dat ze geen gemopper van anderen hoeft aan te horen. Financiën zijn beperkt.

POTENTIE OUDERE bezoekt wekelijks een kennis en gaat weer naar seniorenrestaurant.

INTERVENTIE oudere moet leren initiatief te nemen, minder af te wachten, positiever te denken.

---

13. vrouw  
EENZAAM DOOR overlijden partner, mist aanspraak en vindt het

moeilijk om alles alleen te doen. Is passief en benoemt steeds dat het stil is. Lijkt taboe op vooruitgang te rusten. Voelt zich onveilig buitenshuis: geïsoleerd in wonen (flat).

POTENTIE OUDERE legt makkelijk contact, bloeit op van contact.

INTERVENTIE meer ondernemen. Plaatsen in positief perspectief. Kent eigen mogelijkheden niet. Vertrouwen krijgen.

---

14. vrouw  
EENZAAM DOOR overlijden partner, voelt zich in de steek gelaten en hulpeloos alleen. Is soms boos op haar man, omdat hij haar zo achterlaat. Stoot mensen af, stopt emoties weg, vooral negatieve. Rationaliseert alles weg. Door geheugenproblemen is het lastig relaties te onderhouden.

POTENTIE OUDERE zelfredzaam en vasthoudend. Krijgt steeds meer oog voor de omgeving en stelt flexibeler op.

INTERVENTIE verhuizen, ze heeft nu nog de capaciteiten om er iets van te maken. Leren omgaan met emoties en met relaties.

---

15. vrouw  
EENZAAM DOOR het ontbreken van zinvolle activiteiten. Heeft veel

kinderen en helpt nog steeds, ook financieel, wil kinderen niet belasten met vragen of eigen problemen. Zij komen dan ook te pas en te onpas. Komt vriendelijk en zacht over, blijft na bezoek vaak somber en onvoldaan achter. Onveilige buurt. Mist intieme vriendin.

POTENTIE OUDERE zoekt naar zinnige activiteiten. Kocht computer tegen advies van dochter in.

INTERVENTIE leren zichzelf meer voorop te stellen. Leren genieten van complimenten, leren luisteren naar eigen verlangens.

---

16. vrouw  
EENZAAM DOOR verhuizing en overlijden partner; het weer op de rit krijgen van haar leven kost veel tijd. Had meer aandacht van de kinderen verwacht die nu dichterbij wonen. Gaat gesprek niet aan, wil het risico niet lopen teleurgesteld te raken. Hondje beperkt mogelijkheden om iets te ondernemen. Enige fysieke achteruitgang. Woont nu in de stad, mist het bos. Heeft afhankelijke opstelling: is initiatiefloos, wacht af. Hoge verwachtingen en altijd wel een hindernis om iets te doen (kost weinig energie en loopt geen risico). Accepteren is makkelijker dan dingen actief oppakken.

POTENTIE OUDERE wil onafhankelijk zijn en ook zo overkomen. Wil dingen zelf op gaan pakken.

INTERVENTIE moet balans vinden en de moed oppakken om beter voor zichzelf te gaan zorgen. Heeft wel voornemens, komt lastig tot uitwerking. Afleren om het verleden te idealiseren en te hoge verwachtingen/eisen aan anderen te stellen. Leren met teleurstellingen om te gaan.

---

17. vrouw  
EENZAAM DOOR overlijden partner, mist hem in alle facetten. Is claimend in contact met bekenden en familie, kinderen komen al veel (dagelijks, ook logeren), maar moeten eigenlijk nog meer komen. Blijft hangen in passief en afwachtend gedrag, gevolg is wel dat anderen zoveel mogelijk inspelen op behoeften. Passief gedrag levert dus op!

POTENTIE OUDERE wil tzt stappen zetten om meer contacten te krijgen, maar nu nog niet.

INTERVENTIE zolang familie zorgzaam blijft, zal mevr. zelf niets ondernemen. Leren om zonder echtgenoot iets te ondernemen. Andere woonomgeving waarin nieuwe contacten makkelijker zijn.



18. vrouw  
EENZAAM DOOR lichamelijke beperkingen en heeft veel teleurstellingen, ellende en verdriet gehad (belast verleden). Stoot mensen af door te mopperen en te klagen: "Het is me allemaal overkomen" en "teleurgesteld in het hele leven". Verbitterd: 6 kinderen hebben haar in de steek gelaten, moeder heeft haar laten misbruiken. "Het is altijd zo geweest en zal altijd zo blijven". Ze komt eigenlijk nergens. Ziet haar situatie als 'lot': onveranderbaar en door anderen aangedaan.

POTENTIE OUDERE vind het prettig om aandacht te krijgen. Kleinkinderen zijn wel een lichtpuntje.

INTERVENTIE een luisterend oor lijkt ze prettig te vinden. Leren/laten ervaren dat zij invloed heeft op wat er gebeurt. Mevr. leren om anders naar haar situatie te kijken.

---

19. vrouw  
EENZAAM DOOR iedereen die ik vertrouwde is overleden (man en kennissen). Verdrietig. Vult in wat anderen wel zullen denken, trekt zich daardoor terug. De dagopvang is wel leuk. "De korte tijd die ik nog heb, kom ik wel door". Beperkte mobiliteit. Heeft weinig vertrouwen in anderen en in dat dingen goed zullen gaan.

POTENTIE OUDERE gaat 2 dagen naar de dagopvang, voelt zich daar welkom.

INTERVENTIE meer mogelijkheden om uit te rusten op straat.

---

20. vrouw  
EENZAAM DOOR diep gevoel van onzekerheid. Ze heeft altijd alles alleen gedaan, nu zij voor veel dingen afhankelijk is van anderen, raakt ze snel teleurgesteld in anderen en in zichzelf. Voelt zich ontevreden en zielig vanwege weinig contact, is tegelijkertijd boos en teleurgesteld in zichzelf. Praat wel met zoon en zoekt afleiding. Door weinig contact vermijdt ze conflictsituaties en kan niet afgewezen worden.

POTENTIE OUDERE gaat naar kerk en leger des heils.

INTERVENTIE initiatief leren nemen: als de ander geen contact meer opneemt, houdt het op. Andere woonomgeving: woont nu vrij anoniem. Activiteiten op cognitief gebied.

---

21. vrouw  
EENZAAM DOOR klein netwerk; geen kinderen of familie. Man overleden. Man deed alles en kon alles. Zou niet een veel groter netwerk willen hebben. Mevr. durft niet met de trein (te weinig

zelfvertrouwen zegt ze zelf),  
waardoor ze haar familie niet kan  
bezoeken.

POTENTIE OUDERE gaat naar  
activiteiten, heeft daar plezier in  
en heeft daar haar  
contacten/netwerk.

INTERVENTIE Geen: haalt eruit  
wat er in zit en maak bewust  
keuzes.

---

22. vrouw  
EENZAAM DOOR slecht geheugen,  
durft nergens naar toe vanwege  
angst om te verdwalen. Is  
depressief en geeft er niets om om  
met anderen om te gaan. Zou  
kinderen vaker willen zien. Geen  
interesse in activiteiten en kost  
veel energie om ergens heen te  
gaan. Er is weinig begrip voor een  
vrouw die somber overkomt en  
wat vaak in herhaling valt. Weinig  
onderling contact in flat.

POTENTIE OUDERE

INTERVENTIE interactie met  
anderen zou goed zijn, maar geeft  
ook kans op teleurstelling wat  
weer zal leiden toenemende  
somberheid. Heeft geen vertrouwen  
in positieve contacten buiten de  
deur. Met name intrapersonlijke  
factoren spelen een rol.

---

23. vrouw  
EENZAAM DOOR zware fouten in  
het verleden gemaakt, waardoor  
nauwelijks contact met familie.  
Verleden geeft zware emotionele  
belasting. Mist haar overleden  
man (ondanks huwelijk met ups  
en downs). Voordeel van alleen  
zijn is dat ze niet gekwetst wordt  
en rust heeft. Nadeel is het niet  
kunnen praten over pijnlijke  
herinneringen.

POTENTIE OUDERE geweldige  
huisarts en vertrouwen in WIJ.

INTERVENTIE eens in de zoveel  
tijd een gesprek om  
levenservaringen/verhaal te delen,  
zonder oordeel en in een sfeer van  
vertrouwen, dat biedt opluchting.

---

24. man  
EENZAAM DOOR overlijden vrouw  
en slechtziend. Door  
ondersteuning vrouw was de  
slechtziendheid minder beperkend.  
Net verhuisd, dus mist  
uitgebreider netwerk.

POTENTIE OUDERE onderneemt  
wat hij kan en blijft zo actief  
mogelijk, maar lastig vanwege  
slechtziendheid. Is geïnteresseerd  
in nieuwe dingen; kijkt uit naar  
vakantie met groep slechtzienden.  
Doet zijn best om zijn situatie te  
accepteren. Vraag actief om  
ondersteuning.

INTERVENTIE begeleiding  
vanwege slechtheid nodig.

---

25. vrouw  
EENZAAM DOOR weinig contact  
kleinkinderen en dochter  
(voorval/conflict) en in het  
algemeen. Mist man. Vanwege  
financiën kan ze niet overal aan  
meedoen. Dagen zijn eentonig.  
Passieve houding (koppig), dit  
levert ook geen oplossing in  
conflict dochter. Minder contacten  
is minder kans om gekwetst te  
worden. Afwachtende houding.

#### POTENTIE OUDERE

INTERVENTIE zoeken naar  
passende activiteiten, ook wat  
betreft groep (aansluiting) en  
financiën.

---

26. vrouw  
EENZAAM DOOR overlijden  
echtgenoot (5 jr geleden). Voelt te  
weinig verbinding met anderen,  
voelt zich geen onderdeel van een  
groter geheel. Komt uit een  
andere streek en heeft meer van  
de wereld gezien dan anderen. Dat  
voelt tegelijkertijd ook wel  
comfortabel. Is wat terughoudend  
in contacten. Angst voor afwijzing.  
Maar ziet geen nadeel in meer  
contacten. Heeft geen kinderen.  
Neemt wat weinig initiatief.  
Mobiliteit.

POTENTIE OUDERE probeert ervan  
te maken wat ervan te maken is.  
Computer gekocht en denkt na  
over een scootmobiel.

INTERVENTIE zelfvertrouwen,  
meer activiteiten in woongebouw,  
in contact komen met andere  
ouderen in Brabant die van elders  
komen.

---

27. vrouw  
EENZAAM DOOR beperkte  
mobiliteit en vaak ziek, daardoor  
te weinig contacten. Kan zonder  
begeleiding het huis niet uit.  
Lichamelijke problemen zijn  
verergerd sinds partner is  
overleden. Afwachtend. Meldt zich  
wel aan voor activiteiten, maar  
zegt dan weer af. Heeft geen geld  
om hulp (gezelschapsdame) in te  
huren. Dit lijkt voor haar ook de  
enige oplossing. Wacht af of er  
een geschikte vrijwilliger  
gevonden kan worden. Zeer klein  
sociaal netwerk, geen fam.,  
andere cultuur dan buurtbewoners.

#### POTENTIE OUDERE

INTERVENTIE verwachtingen  
bijstellen (vindt dat hulpverlening  
probleem moet oplossen). Minder  
afwachten.

---

28. vrouw  
EENZAAM DOOR beperkte  
mobiliteit, minder zelfstandig.  
Durft niet meer alleen te winkelen

of andere leuke dingen te doen. Is emotioneel. Minder contacten is niet leuk vanwege alleen ervoor te staan, maar geeft ook wel autonomie. Zoon woont in Engeland. Contacten via hulpverleners die over de vloer komen.

POTENTIE OUDERE probeert de juiste hulp te vragen en gedrag aan te passen. Heeft een positieve instelling.

INTERVENTIE gericht op zelfvertrouwen

---

29. man  
EENZAAM DOOR overlijden vrouw; sinds haar overlijden minder bezoek, maar wel meer behoefte aan gezelligheid en lichamelijk contact. Avonden zijn lastig, wel afleiding aan TV en computer. Maakt over het verlies van zijn vrouw. Uitstelgedrag. Als het weer beter is, ga ik weer fietsen, als ik de kelder heb opgeruimd ga ik weer hobby-en. Denkt dat omwonenden roddelen en stug zijn.

POTENTIE OUDERE blijft wel actief, kookt zelf. Is mobiel; rijdt auto en kan fietsen, kan overal komen.

INTERVENTIE sociale contacten onderhouden, initiëren.  
Verwachtingen.

---

30. vrouw  
EENZAAM DOOR benauwdheid door COPD, kan niet fietsen en wandelen, maar gaat wel weg, evt. met haar auto. Is zelf best tevreden met situatie. Rookt wel teveel.

POTENTIE OUDERE is tevreden met situatie.

INTERVENTIE

---

31. man  
EENZAAM DOOR .. probleem is beperkte mobiliteit en gehoorproblemen. Kan boos worden omdat hij dingen niet meer zoals vroeger kan doen. Vrouw woont in verpleeghuis. Noemt weinig contact of eenzaamheid niet als probleem.

POTENTIE OUDERE doceert graag (machines en materialen) maar heeft een negatief beeld over de jeugd.

INTERVENTIE zinvolle tijdsbesteding zoeken, bv doceren... dichter in omgeving zoeken naar gelijkgestemden.

---

32.vrouw  
EENZAAM DOOR overlijden man, echtscheidingen kinderen. Door problemen niet te bespreken hoopt zij de pijn te beperken. Moeilijk om alleen beslissingen te nemen, bang om anderen tot last te zijn.

Onzeker gedrag en onuitgesproken neg. gevoelens naar de kinderen. Heeft een vriend die veel aandacht vraagt, wat ze er niet bij kan hebben. Mist genegenheid, een knuffel en begrepen te worden. Is diepongelukkig, maar bang voor verandering. Weigert GGZ. Blijft hangen in slachtoffer en afhankelijkheidsrol.

POTENTIE OUDERE voelt zich anders bij de koersbalclub. Wil graag vrijwilligerswerk doen. Wil weer gaan auto rijden, maar voelt zich onzeker.

INTERVENTIE gericht op relatie met kinderen. benoemen van positieve zaken, opkomen voor zichzelf en zelf beslissingen durven nemen.

---

33. vrouw  
EENZAAM DOOR beperkte mobiliteit en visus. Mist overleden echtgenoot, heeft geen kinderen. Te weinig afleiding leidt tot piekeren. Wil anderen niet belasten met problemen, is te bescheiden.

POTENTIE OUDERE maakt deel uit van een contactcirkel in de wijk en bezoekt seniorenmiddagen.

INTERVENTIE zelfvertrouwen (is gezelliger dan ze zelf denkt), leren zichzelf te laten zien. In aanraking laten komen met buurtgenoten.

34.vrouw  
EENZAAM DOOR beperkte mobiliteit (kan niet lopen, heeft scootmobiel). Mensen zitten niet te wachten op iemand die niet kan lopen. Als ik zou kunnen lopen zou de kennissenkring er ook anders uitzien. Schuldsanering, maar geld is niet de oplossing. Wil niet bij mensen in de flat horen, mist volksbuurt. Heeft wel contact met zus en (klein)kinderen. Heeft irreële gewenste situatie voor ogen en teveel legitimaties om de situatie te laten zoals hij is. Partner is gewenst, maar misschien ook niet mogelijk.

POTENTIE OUDERE

INTERVENTIE

---

35. vrouw  
EENZAAM DOOR kinderen zijn de deur uit, minder daginvulling en heeft het gevoel niet meer mee te tellen. Door lichamelijke gebreken zeer afhankelijk. Mist luisteren oor en wordt niet gecorrigeerd. Wil graag een maatje, maar wil niemand tot last zijn, daarom terughoudend. Heeft wel vrienden en kennissen (vaak stellen), maar geen maatje. Incestverleden dat door moeder niet erkend is. Wil niet om hulp vragen en praat niet over problemen. Wantrouwen speelt een rol.

POTENTIE OUDERE houdt zoveel mogelijk dagritme aan, kookt zelf.

INTERVENTIE zelfvertrouwen "wie zit er op mij te wachten".

---

36. man  
EENZAAM DOOR overlijden echtgenote en beperkte mobiliteit en gehoor. Trekt zich terug, blijft thuis. Heeft geen hobby's heeft heel lang en graag gewerkt. Neemt geen initiatieven en staat niet open voor anderen. Heeft weinig vertrouwen in omgeving en organisaties.

POTENTIE OUDERE heeft wel regelmatig contact met dochters.

INTERVENTIE contact maken, doordringen tot meneer.

---

37. vrouw  
EENZAAM DOOR overlijden partner en lichamelijk snel moe. Mist zelfvertrouwen en energie om iets te ondernemen. Kreeg altijd veel bezoek. Heeft wel hobby's en cynische humor. Wil een partner. Voelt zich gekwetst en in de steek gelaten.

POTENTIE OUDERE

INTERVENTIE gericht op zelfvertrouwen en activeren.

---

38. vrouw  
EENZAAM DOOR lichamelijke beperkingen zorgen ervoor dat ze

moeilijk van huis kan. Klaagt veel, heeft moeite met het nemen van initiatieven, ziet ergens snel tegenop. Vroeger door beroep echtgenoot veel contacten. Kleiner en op andere wonen lijkt oplossing.

POTENTIE OUDERE heeft kinderen en familie die zich om haar bekommeren.

INTERVENTIE verhuizen naar aangepaste woning dichtbij voorzieningen.

---

39. vrouw  
EENZAAM DOOR veel mensen vallen weg, kinderen hebben eigen problemen en eigen leven. Heeft wel een redelijk netwerk, last van emotionele eenzaamheid, mist partner en contact met kinderen. Voelt zich niet goed in haar huis.

POTENTIE OUDERE gaat met de auto weg, vriendinnen opzoeken en buiten lopen. Onderneemt veel. Wil graag voor anderen zorgen/helpen, dat heeft een positieve invloed.

INTERVENTIE zoekt naar 'intieme/emotionele' relatie. Ander huis?

---

40. vrouw  
EENZAAM DOOR verlies van echtgenoot, zussen en vrienden. Staat alleen in het leven. Geen fut meer voor hobby's, veel muziek

gemaakt. Niet kunnen concentreren, vergeetachtig, gevoel van overspannenheid neemt toe. Futloos, initiatiefloos, huilt en klaagt veel. Zwakbegaafd. Volksbuurt reageert emotioneel, kan steunend zijn, maar praat irritaties niet uit.

POTENTIE OUDERE gaat veel weg, bv met scootmobiel het bos in. Steun van psycholoog gezocht. Heeft familieleden die mevr. steunen en bij wie mevr. ook steun zoekt.

INTERVENTIE verhuizen naar aanleunwoning. Leren initiatief te nemen.

---

41. vrouw  
EENZAAM DOOR mensen hebben geen zin/tijd om te luisteren; mevr. kan haar verhaal te weinig kwijt. Heeft hobby's, geeft aan waarover ze niet wil praten, geloof is een goede steun. Mist partner. Neemt moeilijk initiatief. Men accepteert haar geringe zelfvertrouwen/sociale vaardigheden.

POTENTIE OUDERE kan zich goed bezig houden, heeft goede vrienden/hulp. Heeft zin in de toekomst.

INTERVENTIE gericht op initiatief nemen. En sociale vaardigheden.

---

42. vrouw  
EENZAAM DOOR slechte gezondheid maakt angstig om weg te gaan (ivm hartproblemen) en ze is ook te moe. Dochter heeft ook slechte gezondheid. Kan niet doen wat ze wil doen met de tijd die ze nog heeft.

POTENTIE OUDERE gaat wel naar winkelcentrum en dochter. Maakt optimaal gebruik van scootmobiel. Doet wat ze kan, ondanks ernstige ziekte. Is betrokken bij kinderen en kleinkinderen, en is zelfstandig.

INTERVENTIE

---

43. man  
EENZAAM DOOR slechte gezondheid; is ernstig ziek, heeft praktische en emotionele hulp nodig. Is aan huis gebonden. Heeft altijd voor anderen gezorgd (zus en moeder woonden bij hem), maar kan nu niet zoveel meer voor anderen betekenen. De waarde 'klaar staan voor een ander' is belangrijk. En is teleurgesteld in de steun van anderen. Uit zich moeilijk.

POTENTIE OUDERE heeft wel een (beperkt) netwerk dat hem praktische en emotionele steun geeft.

INTERVENTIE leren zich te uiten.

---

44. vrouw

EENZAAM DOOR overlijden man (10 jr geleden), staat er alleen voor. Contacten met andere paren vielen weg. Stelt zich niet kwetsbaar op en kan dus ook niet gekwetst/teleurgesteld worden. Mist uitwisseling op wezenlijk niveau en verbondenheid. Heeft moeite om mensen te vertrouwen. Hecht aan zelfbeeld van onafhankelijkheid. Loopt slecht.

POTENTIE OUDERE heeft PAL (systeem voor spelletjes, contact met anderen en met Careyn en internetten). Gaat als vrijwilligster veel contacten aan (wel oppervlakkig en vluchtig).

INTERVENTIE kwetsbaar durven opstellen -> zelfvertrouwen.

---

45. man

EENZAAM DOOR overlijden echtgenote (leegte is er nog steeds, na een aantal jaren) en gezondheid gaat achteruit, terwijl meneer actief zou willen zijn. Trekt zich terug en legt zich bij zijn situatie neer. Is geen groepsmens. Praat vooral over zijn eigen trieste situatie.

POTENTIE OUDERE schildert graag (nu alleen thuis).

INTERVENTIE verliesverwerking. Leren om niet alleen over zijn trieste verleden te praten. Buitenshuis activiteiten oppakken.

104

46.vrouw

EENZAAM DOOR plotseling verlies partner (3 jr terug), doet steeds minder, ook omdat het nu alleen moet + lichamelijke beperkingen. Wordt er zenuwachtig van. Is terughoudend bij eerste contact en neemt zelf geen initiatief.

POTENTIE OUDERE 2 xpweek dagopvang, goede netwerkcontacten, ook met familie/dochters.

INTERVENTIE initiatief nemen

---

47. vrouw

EENZAAM DOOR lichamelijke beperkingen, beperkte mobiliteit en afhankelijkheid. Emotioneel. Wil verhuizen naar verzorgingshuis, verwacht dan meer onder de mensen te zijn. Dochter mag meepraten, maar heeft niet echt invloed op het gedrag van de oudere.

POTENTIE OUDERE 1xpweek dagopvang.

INTERVENTIE

---

48. vrouw

EENZAAM DOOR mobiliteitsproblemen durft ze niet naar buiten, is daar heel angstig voor. Heeft situatie geaccepteerd. Zoekt een maatje om mee te rummikubben.



POTENTIE OUDERE heeft hobby's en redelijke contacten zowel fysiek als telefonisch. Is zelfstandig en bereid tot gesprekken met anderen. Dochter heeft invloed op haar.

INTERVENTIE  
vertrouwenspersoon/maatje die met haar op stap wil.

---

49. man  
EENZAAM DOOR verlies van echtgenote (traumatisch) en medische klachten waarvoor men geen oorzaak/oplossing kan vinden. Had een actief leven met fietsen en rennen, maar kan nu niets meer. Stelt zich afhankelijk op en moppert. Wil in contact treden, maar alleen op zijn voorwaarden.  
POTENTIE OUDERE bereidheid om eruit te komen.

INTERVENTIE verliesverwerking (onverwerkte trauma's).

---

50. vrouw  
EENZAAM DOOR overlijden man (3,5 jr geleden) en slechte gezondheid, ook parkinson. Wandelde dagelijks met man in het bos. Heeft situatie geaccepteerd. Durft geen contact met anderen op te nemen.

POTENTIE OUDERE goede contacten met kinderen.  
Autonomie.

INTERVENTIE

---

51. vrouw  
EENZAAM DOOR lichamelijke beperkingen en heeft heimwee naar directe familieleden. Stelt zich afhankelijk op: neemt geen initiatief, laat het op zich afkomen. Is terughoudend in het leggen van contacten. Is snel moe en wil niemand tot last zijn.

POTENTIE OUDERE 1x p 2 weken vrijwilliger van de Zonnebloem, 1x p6 weken gesprek ouderenadviseur WIJ. Beseft dat ze meer contacten nodig heeft (=motivatie). Heeft contact met kinderen.

INTERVENTIE meer initiatief nemen.

---

52. vrouw  
EENZAAM DOOR voelt zich niet eenzaam! Heeft veel gepland, is actief en heeft er zin in. Mist autorijden.

POTENTIE OUDERE vecht zich overal doorheen, gaat nu goed. Is nieuwsgierig van aard. Haalt eruit wat erin zit. Neemt deel aan begeleide activiteiten, minimale inzet geeft maximaal plezier. Zoon

helpt met allerlei zaken, ook mensen uit de buurt. Is proactief en weet een ondersteunend netwerk aan zich te binden, waarschijnlijk ook met haar vrolijkheid. Staat op 89 jarige leeftijd nog zoveel mogelijk in het leven.

#### INTERVENTIE

---

53.vrouw  
EENZAAM DOOR overlijden man, heeft nu niemand om mee te lachen en te huilen. Is ook minder mobiel geworden. Kruipt soms 2 dagen in bed, heeft zich er min of meer bij neergelegd. Alleen oppassen op de kleinkinderen, wat ze voorheen samen met man deed, durft ze niet meer. Gaat weinig naar buiten en vindt het eng om in een groep te komen. Is initiatiefloos.  
POTENTIE OUDERE heeft contact met kinderen en kleinkinderen.

INTERVENTIE initiatief leren nemen, lef, zelfvertrouwen.

---

54. vrouw  
EENZAAM DOOR vergeetachtigheid, beperkte mobiliteit en 3 familieleden in 1 mnd overleden. Heeft zich bij de situatie neergelegd, gaat maar gewoon zo verder. Wil flink overkomen, maar zit alleen maar thuis. Is passief en afwachtend.

106

POTENTIE OUDERE dagelijkse zaken worden door neef en nicht opgepakt.

INTERVENTIE angst, zelfvertrouwen, mobiliteit, open zijn voor anderen.

---

55. man  
EENZAAM DOOR slechte gezondheid, waardoor fors ingeleverd, ook mbt mobiliteit. Vindt geen aansluiting bij gelijkgestemden en mist het contact met ex-vrouw. Weinig contact met kinderen, die zijn druk met eigen leven en hebben nooit veel aandacht laten zien. Ziet zelf geen mogelijkheden voor verbetering / verandering.

#### POTENTIE OUDERE

INTERVENTIE contact naar oudere brengen.

---

## **Verslagen intervisiebijeenkomsten**

### *Eerste bijeenkomst WIJ*

#### 1. Ervaringen met het afnemen van de vragenlijst en het verdiepingsinterview

Een aantal medewerkers maakte zich vooraf zorgen of het afnemen van de vragenlijst niet teveel tijd zou kosten en of de vragen niet te direct en te persoonlijk waren. In de praktijk bleek echter dat de vragenlijst eenvoudig in beperkte tijd kon worden afgenomen. De ouderen konden zich een helder beeld vormen bij de verschillende onderwerpen, waardoor ze hun eigen ideeën en gevoelens goed konden benoemen.

De medewerkers waren van mening dat de vragenlijst goed dienst zou kunnen doen als signaleringslijst in reguliere huisbezoeken. De vragenlijst geeft veel inzicht in de beleving van ouderen die medewerkers normaalgesproken niet gemakkelijk boven tafel krijgen. De vragenlijst helpt om de goede dingen te vragen.

De ouderenadviseurs gaven aan dat ze niet met alle ouderen bij wie ze een verdiepingsinterview moesten afnemen een relatie hebben kunnen opbouwen, omdat de vragenlijst 'welzijn ouderen' door een vrijwilliger was afgenomen. Hierdoor waren ze niet altijd op de hoogte van specifieke omstandigheden waarin ouderen verkeerden. Om die reden zou het fijn zijn als ze voorafgaand aan het verdiepingsinterview eerst de vragenlijsten zouden kunnen inzien of de vrijwilligers te kunnen spreken. Dit is van belang omdat het verdiepingsinterview wellicht meer informatie naar voren brengt als de ouderenadviseur op de hoogte is van specifieke omstandigheden van de oudere. Daartegenover wordt echter de opmerking gemaakt dat de objectiviteit van de informatie wel in het gedrang kan komen als de ouderenadviseur op de hoogte is van specifieke omstandigheden van de oudere en/of een relatie heeft opgebouwd met de oudere.

#### 2. Mogelijke werkzame elementen voor eenzaamheidsinterventies

De medewerkers hadden de volgende aandachtspunten en suggesties met betrekking tot de interventieontwikkeling:

- Eenzame en geïsoleerde mensen zijn vaak wantrouwend. Dit betekent dat ze niet zomaar zullen ingaan op een interventie.
- Het is belangrijk dat ouderen ruimte kunnen maken voor nieuwe dingen. Veel ouderen zitten vast in hun eigen gedachten en

ervaringen en hebben het gevoel dat niemand geïnteresseerd is in hun levensverhaal. Een goede interventie kan zijn om aandachtig te luisteren naar het levensverhaal van ouderen. Het is een vorm van 'achterstallig onderhoud' en het is voorwaarden scheppend voor het slagen van nieuwe interventies.

- Hele oude ouderen vinden vaak geen aansluiting, omdat andere ouderen meestal jonger zijn en uit een andere tijd komen. Dit geldt ook voor ouderen met een hoog opleidingsniveau. Het is dus belangrijk om er rekening mee te houden dat ouderen 'hun eigen soort mensen' nodig hebben. Vaak is de kwaliteit van contacten belangrijker dan de kwantiteit.
- Vaardigheden van ouderen, in het bijzonder het nemen van initiatief, zijn van groot belang in het verminderen van eenzaamheid. De mate waarin ouderen initiatief nemen kan verschillen per type eenzame, maar bijvoorbeeld ook per wijk. Soms heeft het geen zin om alleen interventies aan te bieden, maar kan nodig zijn om het initiatief van de oudere over te nemen (bijvoorbeeld door gewoon een hond voor de oudere te kopen of zelf de beslissing te nemen tot een verhuizing). Dit kan echter alleen als de oudere duidelijk intrinsieke motivatie heeft om die stap te zetten.
- Mensen zijn vaak eenzaam door bepaalde persoonlijkheidskenmerken of gebrek aan vaardigheden die ze altijd al hebben gehad. Het is de vraag of je hun eenzaamheid kunt wegnemen door je op hun omgeving te richten.
- Omgeving en persoonlijkheid beïnvloeden elkaar. Afhankelijke typen willen de situatie waaraan ze gewend zijn bijvoorbeeld niet loslaten. Aan de andere kant kan de omgeving het eigen initiatief de kop indrukken. Ouderen die een afspraak willen maken met de huisarts hebben bijvoorbeeld vaak moeite om door het telefonische menu heen te komen. De consequentie kan zijn dat ze helemaal niet meer bellen.
- Veel eenzame ouderen hebben het gevoel dat niemand meer op hen zit te wachten. Daarom is het belangrijk dat de omgeving naar hen uitstraalt dat ze ertoe doen. Het is belangrijk dat eenzame ouderen actief worden benaderd en aan de hand worden genomen naar nieuwe activiteiten. Bij binnenkomst bij een nieuwe activiteit moet deze houding door zorgverleners worden overgenomen. Ouderen moeten zich gewenst voelen, want anders komen ze in een negatieve spiraal en komen ze helemaal niet meer.

- De bureaucratie kan tegenwerken in het oplossen van eenzaamheid. Zo komt regelmatig voor dat een eenzame oudere kan worden geholpen door te verhuizen, maar dat de oudere niet in aanmerking komt voor een woning. Er moeten mogelijkheden komen om deze ouderen toch te kunnen plaatsen.
- Eenzaamheid hoort bij de leeftijd. Op een gegeven moment zie je dat ouderen daarin berusten en het accepteren. De beleving van eenzaamheid daalt dan ook met de leeftijd. Het kan echter ook de kans vergroten dat ouderen hun eenzaamheid niet benoemen.

#### *Tweede bijeenkomst WIJ*

In deze bijeenkomst zijn de resultaten van de vragenlijst 'welzijn ouderen' besproken (zie bijlage 4). De medewerkers hadden op basis hiervan de volgende aandachtspunten en suggesties met betrekking tot de interventieontwikkeling:

- Als ouderen een life event meemaken (bijvoorbeeld het overlijden van de partner), is het zinvol om hen snel te benaderen en bij activiteiten te betrekken. Hierdoor kan worden voorkomen dat ze heel diep in de put terechtkomen.
- Het is belangrijk om aan te sluiten bij de persoonlijke geschiedenis van ouderen (bijvoorbeeld met een levensboom/boek). Met behulp hiervan kunnen ouderen mogelijk voldoende rust in het hier en nu brengen en weer iets nieuws gaan ondernemen. Door belangrijke gebeurtenissen naar boven te halen en taboe onderwerpen niet uit de weg te gaan is er aandacht voor de gehele mens.
- Ouderen kunnen worden geholpen in de bestrijding van hun eenzaamheid door samen met hen een Persoonlijk ToekomstPlan (PTP) te schrijven waarin zij hun wensen en dromen kunnen verwoorden. Het netwerk van de oudere (vrijwilligers, burens, vrienden etc) kan vervolgens met het plan aan de slag.
- Het is wenselijk dat ouderen dichtbij huis ontmoetingsruimten kunnen bezoeken. Hierdoor kunnen zij gemakkelijker aan activiteiten deelnemen. Deelname aan activiteiten kan ook worden bespoedigd door een 'buddy' te regelen die met de oudere meegaat.
- Het is wenselijk om maaltijden aan huis met vervoer te organiseren, zodat ouderen op een makkelijkere manier aan activiteiten buitenshuis kunnen deelnemen.
- Ouderen hebben vaak veel 'aanspraak' aan hun huisdier. Om die reden kan het organiseren van een huisdierenservice (hond

- uitlaten, vogelkooi schoonmaken etc.) een goede eenzaamheidsinterventie zijn.
- Ouderen kunnen elkaar vaak goed helpen en activeren om talenten te gebruiken, bijvoorbeeld in het bijdragen aan de organisatie van activiteiten (denk bijvoorbeeld aan het initiatief 'Ouderen voor ouderen').
  - Door middel van een 'dating bureau' kunnen ouderen gericht geholpen worden om elkaar te ontmoeten.
  - Eenzame ouderen kunnen worden geholpen door elkaar in kleine groepjes op diverse plekken in de stad te ontmoeten en bijvoorbeeld een kopje koffie te drinken bij de Hema of Ikea.
  - Het is belangrijk dat ouderen in nieuw te vormen groepen gemeenschappelijke interesses hebben én veel aan elkaar hebben. Ouderen moeten zich kunnen identificeren met de groep. Daarnaast hoeft een plek van iemand die de groep verlaat niet perse opgevuld te worden. De veiligheid van de groep staat voorop: mensen moet zich er thuis kunnen voelen. Waarschijnlijk werkt dit het beste met kleine groepjes.

### *Derde bijeenkomst WIJ*

In deze bijeenkomst zijn de (voorlopige) resultaten van het verdiepingsinterview besproken (zie bijlage 5):

- Overlijden van een partner lijkt een grote rol te spelen bij het ontstaan van eenzaamheid.
- Eenzame ouderen hebben vaak lichamelijke beperkingen en een beperkte mobiliteit.
- Veel ouderen zijn moeilijk 'in beweging te krijgen' om iets aan hun eenzaamheid te doen.
- Het gedrag van een oudere speelt een grote rol in het ontstaan én tegengaan van eenzaamheid. Veel ouderen maken dezelfde moeilijke omstandigheden mee, zoals het verlies van een partner, maar de ene oudere kan hier beter mee omgaan en eerder weer de draad oppakken dan de andere oudere:
  - Veel eenzame ouderen hebben beperkte sociale vaardigheden. Ze hebben moeite om contact te leggen of stoten contacten gemakkelijk af.
  - Veel eenzame ouderen zijn zelf initiatiefloos en hierdoor voor veel dingen afhankelijk van anderen. Hierdoor is het moeilijk om eenzaamheid te overwinnen.
  - Veel ouderen hebben ingesleten gewoonten die ze moeilijk kunnen loslaten. Hierdoor hebben ze moeite om zich aan

nieuwe omstandigheden aan te passen. Dit kan het oplossen van eenzaamheid in de weg staan.

- Veel ouderen zijn wantrouwend tegenover veranderingen.
- Sommige ouderen, vooral vrouwen, cultiveren hun slachtofferrol. Ze vinden de aandacht die ze krijgen, bijvoorbeeld na het overlijden van hun man, ergens wel prettig en houden daarom aan hun slachtofferrol vast. Dit staat een oplossing voor eenzaamheid vaak in de weg, omdat anderen er op een gegeven moment niet meer mee uit de voeten kunnen.
- Vooral eenzame mannen kunnen problemen ervaren in het leggen van nieuwe contacten. Ze zijn het niet gewend om bijvoorbeeld visites af te spreken, omdat hun vrouw dat altijd deed. Het past niet binnen het rolpatroon waaraan ze gewend zijn.

De medewerkers hebben in vier groepen van vijf of zes personen nagedacht over mogelijke interventies. Zij zijn gevraagd om daarbij rekening te houden met de 4 P's van Sociale Marketing. Op basis van de bespreking van de samenvattingen van de verdiepingsinterviews zijn vier groepen eenzame ouderen geselecteerd die volgens de medewerkers subgroepen zijn van het afhankelijke type. Elke groep medewerkers heeft zich beziggehouden met één van de vier subgroepen eenzame ouderen en op basis hiervan de volgende aandachtspunten en suggesties geformuleerd met betrekking tot de interventieontwikkeling:

#### Groep 1: Afhankelijke en initiatiefloze eenzame ouderen

Afhankelijkheid en initiatiefloosheid kunnen worden veroorzaakt door onzekerheid, onkunde, gemakzucht en willen leunen op anderen. Het is allereerst belangrijk dat afhankelijke en initiatiefloze ouderen in beeld komen, omdat dit niet vanzelfsprekend is. Hierbij is het van belang dat er met andere organisaties wordt samengewerkt, zodat er een brede signalering kan plaatsvinden. Na signalering is het belangrijk dat ouderen een huisbezoek krijgen waarin zij informatie krijgen over, bijvoorbeeld, assertiviteitstrainingen of hulp bij rouwverwerking. Het is belangrijk dat hulpverleners het initiatief nemen in het voorstellen van mogelijkheden om iets aan de eenzaamheid te doen. De beslissing ligt uiteraard altijd bij de cliënt zelf. Afhankelijke en initiatiefloze ouderen hebben veel baat bij een persoonlijke benadering. Het kan goed zijn om aan iedere oudere een

persoonlijke coach toe te wijzen die hen (tijdelijk) extra aandacht schenkt en 'bij de hand' kan nemen.

### Groep 2: Eenzame ouderen met een beperkte mobiliteit

Vervoer is voor ouderen met een beperkte mobiliteit vaak een probleem. Bovendien hebben ouderen vaak moeite om zelf vervoer te regelen. Het kan een oplossing zijn om op grotere schaal dan nu al gebeurt groepsvervoer naar activiteiten te regelen, bijvoorbeeld via een deeltaxi of een vrijwilliger.

Het is allereerst van belang dat mensen leren om hun beperkte mobiliteit en het gebruik van eventuele hulpmiddelen te accepteren. Daarnaast is het belangrijk om in de communicatie over activiteiten het hebben van beperkingen te normaliseren. Er wordt nog te vaak (onbewust) het beeld gecreëerd dat activiteiten alleen voor vitale ouderen bedoeld zijn. Het moet voor de ouderen duidelijk zijn dat er meer deelnemers zijn met bepaalde beperkingen, zoals slecht lopen, slecht horen of slecht zien. Hierdoor krijgen ouderen eerder het gevoel dat ze welkom zijn en kan de drempel om deel te nemen worden verlaagd. Concreet kan gedacht worden aan informatie zoals:

- Er is een ringleiding aanwezig
- Er is een lift aanwezig
- Het gebouw is rolstoelvriendelijk

### Groep3: Eenzame ouderen met aanpassingsproblemen

Bij ouderen met aanpassingsproblemen is het belangrijk om het patroon waarin zij 'vastzitten' te doorbreken. Dit kan mogelijk worden bereikt door bestaande diensten waarvan zij gebruikmaken in te zetten om hen in aanraking te brengen met andere ouderen en met andere activiteiten. Het voordeel hiervan is dat het minder gedwongen of verplicht overkomt. Een mogelijke interventie is om de boodschappentaxi die nu voor individuele ouderen bedoeld is, in groepsvorm aan te bieden. Een vrijwilliger haalt dan verschillende ouderen op, bij voorkeur 'gelijkgezinden' met vergelijkbare ervaringen en/of interesses, om gezamenlijk boodschappen te gaan doen. Op deze manier komen ouderen met elkaar in contact en worden ze 'gedwongen' om ook met anderen rekening te houden. Daarnaast kan ervoor worden gekozen om na het boodschappen doen gezamenlijk koffie te gaan drinken in een steunpunt. Zo leren de ouderen elkaar nog beter kennen en kunnen ze op het steunpunt in aanraking komen met verschillende andere activiteiten waaraan ze zouden kunnen deelnemen.



Een tweede mogelijke interventie is om ouderen elkaar te laten 'ronselen' voor activiteiten. Ouderen begrijpen elkaar beter en kunnen anderen daardoor makkelijker aan zich binden. Veel vrijwilligers zijn ouder dan 70 jaar, dus zij zouden daarin een belangrijke rol kunnen spelen.

Een laatste mogelijke interventie is om meer activiteiten te organiseren tijdens 'lege' momenten, zoals feestdagen en lange weekenden. Zo worden ouderen geholpen om invulling te geven aan deze momenten en kunnen zij bepaalde gewoonten van vroeger makkelijker loslaten. Het is belangrijk dat bekend is welke ouderen moeite hebben om zich tijdens 'lege' momenten aan de nieuwe omstandigheden aan te passen. Daarom moet er een bredere signalering plaatsvinden en moet er tijdens intakegesprekken aandacht zijn voor deze problematiek.

#### Groep 4: Eenzame ouderen met beperkte sociale vaardigheden

Ouderen met beperkte sociale vaardigheden leggen makkelijker contact met mensen waarin ze zichzelf herkennen, bijvoorbeeld met mensen met dezelfde muziekvoorkeur of met mensen die op dezelfde basisschool hebben gezeten. Er zijn dan minder vaardigheden nodig om contact te leggen, wat de drempel verlaagt om contact te leggen. De (nieuwe) contacten kunnen bovendien het ontwikkelen van sociale vaardigheden stimuleren. Van daaruit kunnen dan vervolginventies worden aangeboden.

Daarnaast is een mogelijke interventie om ouderen samen met familie en/of bekenden kennis te laten maken met activiteiten waarbij sociale vaardigheden van belang zijn, zoals gezamenlijk naar het WK voetbal kijken of uit eten gaan. Na verloop van tijd zijn de ouderen dan wellicht beter in staat om aan dergelijke activiteiten zelfstandig deel te nemen.

#### *Eerste bijeenkomst de Twern*

1. Ervaringen met het afnemen van de vragenlijst 'welzijn ouderen'

De medewerkers gaven aan dat er voldoende ouderen bij het project betrokken konden worden, maar dat het relatief veel tijd vergt om de vragenlijst af te nemen. Aangezien het voor het project belangrijk was dat er zoveel mogelijk vragenlijsten zouden worden afgenomen, hebben de medewerkers geprobeerd om hier overheen te zien.

De vraagstelling in de vragenlijst leverde geen problemen op. De vragen waren goed te begrijpen en te beantwoorden door de ouderen.

Volgens de medewerkers is het aan te bevelen om bij de start van de interviews met de ouderen af te spreken om alle vragen die worden opgeroepen door de vragenlijst op te schrijven en na afloop van het interview te bespreken. Het voordeel hiervan is dat de interviews vrij snel en op vergelijkbare wijze kunnen worden afgenomen en dat er toch persoonlijke aandacht kan worden besteed aan de ouderen.

## 2. Ervaringen met het afnemen van het verdiepingsinterview

De medewerkers gaven aan dat het verdiepingsinterview snel veel duidelijkheid geeft over de aard van de eenzaamheidsproblematiek van ouderen. Ondanks dat de vragen voor de ouderen niet allemaal letterlijk gesteld kunnen worden, zijn ze niet moeilijk. De vragen voor de medewerkers zijn lastiger, omdat het soms lastig is om objectief te blijven. Het hoeft echter geen probleem te zijn als medewerkers de situatie zelf interpreteren, omdat zij dit doen op basis van ruime ervaring met de doelgroep. Het is echter wel belangrijk dat de medewerkers duidelijk aangeven of de informatie die ze geven objectief is of een interpretatie van de situatie.

### *Tweede bijeenkomst de Twern*

Enkele medewerkers hebben de vragenlijst laten invullen tijdens een groepsbijeenkomst, zoals een spelletjesmiddag en een inloop voor mantelzorgers. De ouderen bleken goed in staat te zijn om de vragenlijst zelfstandig in te vullen. Het gevaar van het afnemen van de vragenlijst in groepen is echter dat de ouderen gaan overleggen over de antwoorden. Dit kan ertoe leiden dat er onrust ontstaat en dat ouderen de vragenlijst niet eerlijk invullen. Het is daarom erg belangrijk om tegen de ouderen te zeggen dat ze de vragenlijst eerst zelfstandig moeten invullen en dat er daarna eventueel ruimte is voor een gesprek over de vragenlijst. Een mogelijke oplossing kan ook zijn om de vragenlijst mee naar huis te geven. De ouderen kunnen de vragenlijst dan rustig alleen invullen en later inleveren. Het kan gebeuren dat er tijdens een volgende groepsbijeenkomst alsnog een gesprek ontstaat over de vragenlijst, maar dit kan ook juist openheid tussen de ouderen opleveren.

Enkele medewerkers vragen zich af of het zinvol is om bij ouderen met psychiatrische problemen een interview af te nemen. De algemene opvatting is dat dit niet onmogelijk is, maar dat het wel belangrijk is om in te schatten of de antwoorden van de oudere betrouwbaar zijn. Als hierover twijfel bestaat is het belangrijk om dit op de vragenlijst te noteren. In dat geval is het wellicht alleen zinvol om iets te doen met de praktische zaken die de oudere noemt, zoals

financiële problemen, maar niet met 'gevoelskwetsies'. Om meer inzicht te krijgen in de betrouwbaarheid van de antwoorden van een oudere met psychiatrische problemen kan het waardevol zijn om contact op te nemen met de psychiater van de oudere of met collega's die de oudere beter kennen.

### *Derde bijeenkomst de Twern*

De medewerkers hadden de volgende aandachtspunten en suggesties met betrekking tot de interventieontwikkeling:

- Eenzame ouderen lijken vaak vooral meer aandacht nodig te hebben. Toch geven zij aan dat zij het genoeg vinden om één middag per week een huiskamerproject te bezoeken. Dit lijkt tegenstrijdig. Hoe komt dat?
- Karaktereigenschappen van ouderen worden vaak versterkt naarmate ze ouder worden. Dit kan een drempel vormen om iets aan eenzaamheidsgevoelens te doen.
- Ouderen moeten eerst hun eenzaamheid erkennen, voordat zij het initiatief kunnen nemen om iets aan hun eenzaamheidsgevoelens te doen.
- Ouderen nemen vaak geen initiatief om iets aan hun eenzaamheid te doen, omdat ze zich niet kwetsbaar willen opstellen of bang zijn om afgewezen te worden. Ouderen zijn het niet gewend om voor zichzelf op te komen. In veel gevallen is het belangrijk dat er een gedragsverandering optreedt. Als mensen zich veilig en prettig voelen in hun eigen omgeving is het gemakkelijker om de stap naar buiten te zetten.
- Het is vaak noodzakelijk om eerst een goede relatie met ouderen op te bouwen voordat je hen zover kunt krijgen om iets aan hun eenzaamheid te doen. Als ouderen eenmaal de stap durven te zetten is het van groot belang om hen aan de hand te nemen en te begeleiden. Het kan nodig zijn om zelf initiatief te nemen en bijvoorbeeld voor te stellen om de oudere op te halen en naar een activiteit te brengen. Als ouderen eenmaal ergens aan begonnen zijn, krijgen ze toch vaak een gevoel van verbondenheid en blijven ze deelnemen.
- Er is een groep ouderen die niet in groepsactiviteiten passen, bijvoorbeeld ouderen met een oorlogs- of jeugdtrauma die daardoor alleen relaties hebben gehad binnen het eigen gezin. Deze ouderen hebben vaker behoefte aan 1-op-1-contact met iemand die emotioneel dichtbij hen staat. Ze hebben begrip en een goed gesprek nodig. Interventies kunnen het beste dichtbij huis plaatsvinden.

- Het is belangrijk dat ouderen aansluiting kunnen vinden. Zo stellen hoger geschoolden vaak andere eisen aan interventies. Ze willen bijvoorbeeld een boekbespreking in plaats van naar de bingo. Daarnaast is het opvallend dat mensen met een lagere sociale afkomst hun problemen vaak onderling zelf oplossen. Ze zoeken bijvoorbeeld een vrouw uit hun eigen kring voor een weduwnaar of stellen hun huis open voor een alleenwonende. Het is opvallend dat mensen die elkaar helpen vaak dezelfde problematiek hebben.
- Er zijn ouderen die je niet kunt bereiken met interventies. Zij willen gewoon niets meer en willen met rust worden gelaten. In veel gevallen hebben deze ouderen last van depressies vanwege verlieservaringen.

#### *Vierde bijeenkomst de Twern*

In deze bijeenkomst zijn de resultaten van de vragenlijst 'welzijn ouderen' besproken (zie bijlage 4) :

#### Verschillen resultaten WIJ en de Twern

1. Het aantal 'Twern-ouderen' met een netto maandinkomen van minder dan 901 Euro is fors hoger dan het aantal 'WIJ-ouderen' met een netto maandinkomen van minder dan 901 Euro. Een mogelijke verklaring is dat de Twern ten opzichte van WIJ relatief veel werkzaam is in wijken met inwoners met een lagere sociaal economische status (ses).
2. Het aantal 'Twern-ouderen' van 75 jaar of ouder is een stuk lager dan het aantal 'WIJ-ouderen' van 75 jaar of ouder. De lagere percentages van de Twern op de variabelen 'ongetrouwd, gescheiden of weduwnaar/weduwe' en 'heeft 2 of meer chronische ziekten en/of chronische aandoeningen' kunnen hierdoor mogelijk verklaard worden.
3. Het aantal 'Twern-ouderen' dat het afgelopen jaar 1 of meer ingrijpende gebeurtenissen heeft meegemaakt is hoger dan het aantal voor WIJ. Een mogelijke verklaring is dat de werkwijze van de Twern, die in tegenstelling tot WIJ veel plaatsvindt vanuit accommodaties, het signaleren van ouderen met problemen bevordert.
4. Het is opvallend dat 'Twern-ouderen' vaker dan 'WIJ-ouderen' aangeven niet gezond te zijn, terwijl de 'Twern-ouderen' op basis van de variabele '2 of meer ziekten en/of chronische aandoeningen' en de resultaten onder *lichamelijke aspecten* feitelijk gezien veel gezonder zijn dan de 'WIJ-ouderen'. Een

mogelijke verklaring is dat de 'Twern-ouderen' gezien hun lagere gemiddelde leeftijd minder bereid zijn om feitelijke lichamelijke problemen toe te geven. Opgemerkt wordt dat het interessant kan zijn om een onderscheid te maken in de leeftijdscategorieën '75 jaar en ouder' en 'tot 75 jaar'. Een tweede mogelijke verklaring is de lagere ses-score van de 'Twern-ouderen'. Mogelijk voelen 'Twern-ouderen' zich over het algemeen minder gezond vanwege het zwaardere werk dat zij gedurende hun leven hebben gedaan.

5. Onder 'Twern-ouderen' komen meer mopperaars voor dan onder 'WIJ-ouderen'. Ondanks dat ouderen op basis van persoonlijkheidskenmerken tot een bepaald type eenzame oudere gerekend worden, zou het zo kunnen zijn dat cultuurkenmerken ook een rol spelen. Mogelijk zit mopperen in de volksaard van Tilburgers. De relatief lage ses kan hierin een rol spelen.

#### Verschillen resultaten afhankelijk type en mopperaar

1. Het is opvallend dat 'mopperaars' vaker dan 'afhankelijke typen' aangeven niet gezond te zijn, terwijl de 'mopperaars' op basis van de variabele '2 of meer ziekten en/of chronische aandoeningen' en de meerderheid van de resultaten onder *lichamelijke aspecten* feitelijk gezonder zijn dan de 'afhankelijke typen'. Een mogelijke verklaring is dat mopperaars sneller klagen.
2. Het is opvallend dat mopperaars veel vaker problemen aangeven met horen dan afhankelijke typen. Een mogelijke verklaring is dat slecht horen isoleert en argwanend maakt. Dit kan leiden tot mopperen en klagen.
3. Het is opvallend dat een veel groter percentage mopperaars zeer ernstig eenzaam is dan afhankelijke typen. Een mogelijke verklaring is dat mopperaars sneller klagen.
4. Mopperaars missen vaker gezelligheid om zich heen dan afhankelijke typen, vinden hun kennissenkring vaker te beperkt en voelen zich vaker in de steek gelaten. Vooral het laatste verschil is te verklaren door het klaaggedrag van mopperaars: anderen doen het nooit goed.
5. Het is opvallend dat mopperaars veel meer last hebben van sociale eenzaamheid dan afhankelijke typen en eenzame ouderen in het algemeen. Dit kan ook worden verklaard door het klaaggedrag van mopperaars: mopperaars stoten anderen af en verliezen hierdoor contacten.

De medewerkers hadden de volgende aandachtspunten en suggesties met betrekking tot de interventieontwikkeling:

- In veel gevallen is het belangrijk dat er eerst een stukje verdieping (evt. in de vorm van hulpverlening) plaatsvindt voordat een interventie wordt aangeboden. Veel ouderen zijn nog niet toe aan een volgende stap zolang ze nog met problemen of negatieve gevoelens kampen. Ouderen moeten eerst 'schoon schip' kunnen maken en ontdekken waaraan ze echt behoefte hebben. Daarnaast kan het belangrijk zijn om ouderen bepaalde vaardigheden aan te leren en te leren welk effect hun gedrag heeft op henzelf en op hun omgeving. Pas dan kan maatwerk plaatsvinden.
- Het is opvallend dat veel ouderen hun eigen verhaal kwijt willen en herkenning zoeken, maar weinig bereid zijn om ook naar anderen te luisteren. Ouderen moeten erop gewezen worden dat ze naar elkaar moeten luisteren. Pas dan kunnen ze hun verhaal echt kwijt en vinden ze herkenning. Het tot stand komen van een echt gesprek tussen ouderen kan worden bevorderd als de ouderen een gedeelde interesse hebben of kampen met vergelijkbare problematiek. De 'inloop mantelzorg' bewijst dan ook dat ouderen wel degelijk een goed gesprek kunnen voeren.
- Vooral emotioneel eenzame ouderen hebben een maatje nodig. In de praktijk gaan ze echter zelden een relatie aan, ook niet als ze hun mogelijke maatje al kennen. Ze hebben vaak al bij voorbaat een negatief oordeel over een persoon. Dit kan te maken hebben met angst om op termijn weer iemand te verliezen, maar het kan ook een excuus zijn om niets te hoeven veranderen.
- Ouderen hebben vaak een verkeerd beeld bij een 'groep'. Ze denken dat groepen altijd groot en onpersoonlijk zijn en willen daarom niet aan groepsactiviteiten meedoen. Het zou goed zijn als ouderen erop worden gewezen dat een groep niet altijd groot en onpersoonlijk hoeft te zijn. Het geeft tegelijkertijd aan dat activiteiten in grote groepen voor veel ouderen niet aantrekkelijk zijn. Het is belangrijk dat er een groter aanbod komt van 'kleinere' activiteiten en dat niet de kwantiteit, maar de kwaliteit van de contacten centraal staat.
- Ouderen zijn vaak geneigd om niet aan nieuwe dingen te beginnen. Daarom is het belangrijk om stap voor stap te werk te gaan en ouderen gelegenheid te geven om rustig kennis te maken met bepaalde mogelijkheden. Zo kan het bijvoorbeeld een idee zijn om binnen bestaande contactcirkels workshops te geven

over cursussen of trainingen die gevolgd kunnen worden. Wellicht dat ouderen dan sneller besluiten om mee te doen.

- Het is belangrijk om ouderen die aan een interventie zijn begonnen niet te snel weer los te laten, omdat dat de kans vergroot dat ze zullen stoppen. Indien een interventie in een groep plaatsvindt, kan het een voordeel zijn om 'sterke' en 'zwakke' ouderen samen te voegen, zodat ze elkaar tot steun kunnen zijn en kunnen helpen en motiveren om door te gaan.