

---

## **Sociale, emotionele en existentiële eenzaamheid onder verpleeghuisbewoners met somatische problematiek**

**Auteurs:** Eric C. Schoenmakers, Robert H. C. Tromp

### **Samenvatting**

Over eenzaamheid in verpleeghuizen is relatief weinig bekend. Het doel van deze studie is inzicht krijgen in de prevalentie van sociale, emotionele en existentiële eenzaamheid onder verpleeghuisbewoners en de samenhang tussen eenzaamheid en deelname aan activiteiten en het hebben van contacten. Data is verzameld onder verpleeghuisbewoners van zorgcentra en groepswooningen in de provincie Zeeland (N = 101; leeftijdsrange = 42 tot 103 jaar; mediaan = 83 jaar; 71% = vrouw). Sociale, emotionele en existentiële eenzaamheid zijn bevraagd, alsmede persoonsgegevens en deelname aan activiteiten en het hebben van contacten. Prevalentiecijfers van eenzaamheid zijn berekend. Regressieanalyses zijn uitgevoerd om de relatie tussen eenzaamheid en persoonsgegevens, deelname aan activiteiten en het hebben van contacten te onderzoeken. De meerderheid van de respondenten voelt zich emotioneel, sociaal en/of existentieel eenzaam. Een langere verblijfsduur in het verpleeghuis en deelname aan beweegactiviteiten hangen samen met een mindere mate van sociale eenzaamheid, maar niet met emotionele of existentiële eenzaamheid. Het aanbod aan activiteiten in het verpleeghuis is gericht op sociale eenzaamheid. Voor emotionele en existentiële eenzaamheid lijkt geen aanbod te bestaan, terwijl deze vormen van eenzaamheid vaak voorkomen in het verpleeghuis.

---

## **Social, emotional and existential loneliness among nursing home residents with somatic problems**

### **Abstract**

Relatively little is known about loneliness in nursing homes. The aim of this study is to gain insight in the prevalence of social, emotional and existential loneliness among nursing home residents and in the relationship between loneliness and participation in activities and having contacts. Data is collected among nursing home residents in the province of Zeeland in the Netherlands (N = 101; age range = 42 to 103 years; median = 83 years; 71% female). Social, emotional and existential loneliness, personal characteristics and participation in activities and having contacts are measured. Prevalence of loneliness is calculated. Regression analyses are performed to study the relationship between loneliness and personal characteristics, participation in activities and having contacts. The majority of respondents experiences social, emotional and/or existential loneliness. A longer duration of stay in the nursing home and participating in exercise activities are related to a lower extent of social loneliness but not emotional or existential loneliness. Organised activities typically aim at social loneliness, but not emotional and existential loneliness, even though these forms of loneliness occur often in nursing homes.

---

**Kernwoorden:** activiteiten, contacten, eenzaamheid, existentiële eenzaamheid, verpleeghuis

---

**Keywords:** Activities, Contacts, Existential loneliness, Loneliness, Nursing homes

---

### **Inleiding**

De afgelopen jaren is er veel aandacht geweest voor eenzaamheid onder bewoners van verpleeghuizen. De coronapandemie en de daaraan gekoppelde maatregelen waren hier mede aanleiding toe. Eenzaamheid wordt gedefinieerd als het subjectief

ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde relaties.<sup>1 2</sup> Volgens deze definitie is eenzaamheid subjectief, een beleving. Die beleving is per definitie negatief. Die negatieve beleving kent gradaties, uiteenlopend van 'onplezierig' tot 'ontoelaatbaar'. Daarnaast wordt onderscheid gemaakt tussen de kwantiteit en kwaliteit van relaties. Voor de pandemie, in 2018, rapporteerde het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) dat 54% van de verpleeghuisbewoners in Nederland matig of ernstig eenzaam is.<sup>3</sup>

Verschillende typen eenzaamheid worden onderscheiden. Sociale eenzaamheid betreft het gemis aan bepaalde, bredere sociale verbanden waartoe men zich rekent. Emotionele eenzaamheid betreft het gemis aan bepaalde intieme sociale relaties,<sup>4</sup> zoals een partner of beste vriend. Een derde type eenzaamheid betreft existentiële eenzaamheid. Deze vorm van eenzaamheid beschrijft een gevoel van niet-verbondenheid met anderen en de wereld, alsmede het gevoel van verlaten of vervreemd zijn. In deze vorm van eenzaamheid ontbreekt het aan echte communicatie waardoor men zich niet begrepen voelt. Dit gevoel kan worden ervaren in de nabijheid van anderen, ook belangrijke anderen.<sup>5</sup> Existentiële eenzaamheid wordt ook gezien als het gevolg van het gevoel aan gebrek aan zingeving in het leven.<sup>6</sup> Van Tilburg<sup>6</sup> deed een kwantitatieve analyse op verschillende instrumenten om eenzaamheid te meten. Twee dimensies van existentiële eenzaamheid werden vooraf verondersteld, namelijk existentiële eenzaamheid in relaties en existentiële eenzaamheid in gebrek aan zingeving in het leven. Van Tilburg vond enkel bewijs voor de aanwezigheid van de laatste dimensie.

Het doel van deze studie betreft een bijdrage te leveren aan de kennis over eenzaamheid in verpleeghuizen. De prevalentie van sociale, emotionele en existentiële eenzaamheid onder verpleeghuisbewoners en de demografische en gezondheidskenmerken die met eenzaamheid samenhangen, worden onderzocht. Daarnaast wordt in deze studie gezocht naar verbanden tussen eenzaamheid van verpleeghuisbewoners aan de ene kant en activiteiten die zij ondernemen en contacten die zij hebben aan de andere kant. De onderzoeksvragen van deze studie zijn: 'Wat is de prevalentie van eenzaamheid onder verpleeghuisbewoners?' en 'Welke samenhang is er tussen eenzaamheid onder verpleeghuisbewoners en hun deelname aan activiteiten en de contacten die zij hebben?'.

### **Demografische en gezondheidskenmerken**

Partnerstatus, verblijfsduur in het verpleeghuis en ervaren gezondheid zijn mogelijk belangrijke factoren die samenhangen met eenzaamheid onder verpleeghuisbewoners. Uit eerder onderzoek is bekend dat het hebben van een partner een belangrijke buffer vormt tegen eenzaamheid,<sup>7</sup> hoewel deze buffer op latere leeftijd minder sterk lijkt te worden.<sup>8</sup> Eerder onderzoek naar eenzaamheid in het verpleeghuis laat zien dat eenzaamheid onder gehuwde verpleeghuisbewoners bijna tweemaal lager ligt dan de gemiddelde eenzaamheid van ongehuwde verpleeghuisbewoners.<sup>3</sup> Onderzoek naar de impact van het verpleeghuis als woonomgeving op eenzaamheid is niet eenduidig. Sommige onderzoeken tonen dat bewoners van verpleeghuizen gemiddeld eenzamer zijn dan zelfstandigwonenden.<sup>9 10</sup> Andere onderzoeken tonen geen verschil in eenzaamheid tussen bewoners en zelfstandigwonenden.<sup>8</sup> Weer andere onderzoeken tonen dat mensen na verhuizing naar een verpleeghuis minder eenzaam waren.<sup>11 12</sup> Verpleeghuisbewoners hebben specifieke fysieke, cognitieve en sociale kenmerken. In een vergelijking tussen verpleeghuisbewoners en zelfstandigwonenden of tussen momenten vóór en na opname spelen deze kenmerken altijd een rol en gaat het nooit enkel om woonomgeving. Verhuizingen zijn grote levensveranderingen die een risicofactor vormen voor eenzaamheid.<sup>7</sup> Het is denkbaar dat bij een langere verblijfsduur in het verpleeghuis, wanneer men gewend raakt aan het nieuwe onderkomen, herstel plaatsvindt en eenzaamheid vermindert. Er bestaat een verband tussen eenzaamheid en slechte gezondheid.<sup>13 14 15</sup> Eenzaamheid kan een voorspeller van slechte gezondheid zijn. Gezondheid gerelateerde kenmerken, zoals afnemende mobiliteit,<sup>16</sup> het hebben van chronische ziekten<sup>17</sup> en gehoorproblemen<sup>18</sup> kunnen echter ook een voorspeller zijn voor een hogere mate van eenzaamheid.

### **Activiteiten en contacten**

Eenzaamheid is per definitie een negatief gevoel<sup>1 2</sup> en niemand is graag eenzaam. Het is daarom aannemelijk dat het merendeel van de mensen enige vorm van actie onderneemt om zich niet eenzaam te voelen. Actie kan bijvoorbeeld liggen in het ondernemen van activiteiten of het aangaan van contacten. Het is echter onbekend of deze acties ook samenhangen met een mindere mate van eenzaamheid en zo ja, welke vorm van eenzaamheid dat betreft. Binnen verpleeghuizen bestaat doorgaans een aanbod aan activiteiten die onder meer een verlichting of afleiding van het gevoel van eenzaamheid trachten

te bieden, zoals beweegactiviteiten en gezamenlijke eetmomenten. In het verpleeghuis zijn hulpverleners zoals verpleegkundigen, welzijnsmedewerkers en geestelijk verzorgers aanwezig. Contact met deze hulpverleners heeft niet altijd als primair doel eenzaamheid te beïnvloeden, maar kan hierop wel van invloed zijn. Naast het aanbod vanuit het verpleeghuis kunnen verpleeghuisbewoners ook zelf, eventueel met hulp van hun naasten, activiteiten ontplooiën, door bijvoorbeeld naar buiten te gaan of te gaan winkelen. Bovendien zijn zij in de gelegenheid bezoek te ontvangen en op bezoek te gaan. Uit eerder onderzoek<sup>19</sup> blijkt dat rond de tachtig procent van de bewoners eens per week bezoek ontvangt van kinderen en kleinkinderen. Eén op de zeven bewoners krijgt zelden of nooit visite. Ongeveer een derde deel van de bewoners gaat wel eens op visite bij anderen; twee derde deel van de bewoners doet dit zelden of nooit.

## **Methode**

### **Respondenten**

Data is verzameld in de periode oktober tot december 2020 onder verpleeghuisbewoners woonachtig binnen verschillende zorgcentra en groepswoningen van één zorgaanbieder in de provincie Zeeland. Dataverzameling vond plaats gedurende een periode met vrijheidsbeperkende maatregelen vanwege COVID-19. Bewoners mochten onder voorwaarden beperkt bezoek ontvangen en enkel essentiële winkels waren geopend. Inclusiecriteria voor respondenten waren 'woonachtig op een somatische afdeling', 'geen ernstige cognitieve beperkingen', 'wilsbekwaamheid' en 'langdurige opname met een zorgzwaartepakket vanuit de wet langdurige zorg'. Verpleeghuisbewoners op de psychogeriatrische afdeling met ernstige cognitieve beperkingen die niet wilsbekwaam waren, zijn geëxcludeerd. In totaal voldeden 376 van in totaal 1998 bewoners aan de inclusiecriteria. Via een medewerker ontvingen bewoners een schriftelijke vragenlijst. In totaal zijn 101 vragenlijsten anoniem geretourneerd aan het zorgpersoneel middels een gesloten enveloppe (response = 27%). Er is geen inzicht in de aard van de non-response. Een potentiële oorzaak voor de lage response ligt in de aan COVID-19 gerelateerde werkdruk in de periode van het onderzoek, waardoor mogelijk niet alle medewerkers eraan toe zijn gekomen de verpleeghuisbewoners te herinneren aan de vragenlijst.

### **Metingen**

Eenzaamheid (sociaal, emotioneel, existentieel) – Eenzaamheid is gemeten middels de De Jong Gierveld (DJG) eenzaamheidsschaal, uitgebreid met de existentiële eenzaamheidsschaal voor de dimensie 'gebrek aan zingeving in het leven': de 'existential loneliness meaningfulness in life scale'.<sup>6 21</sup> De achttien items hebben vijf antwoordmogelijkheden: 'Ja!', 'Ja', 'Meer of minder', 'Nee' en 'Nee!'. De drie antwoordmogelijkheden die wijzen op eenzaamheid zijn samengenomen. Op basis van de elf items van de DJG-schaal werd een somscore voor sociaal-emotionele eenzaamheid berekend met een bereik van 0 tot en met 11. Een score van 0 tot en met 2 wordt geclassificeerd als niet eenzaam, een score van 3 tot en met 8 als matig eenzaam en een score van 9 tot en met 11 als ernstig of zeer ernstig eenzaam.<sup>22</sup> Zes items van de schaal meten emotionele eenzaamheid; vijf items meten sociale eenzaamheid. Een score van 2 of hoger op de subschalen voor sociale en emotionele eenzaamheid is indicatief voor de aanwezigheid van eenzaamheid. De existentiële eenzaamheidsitems hebben een somscore met een bereik van 0 tot en met 7. In de huidige studie heeft de DJG-schaal een Cronbach's alpha van 0,84, respectievelijk 0,74 en 0,83 voor de subschalen voor sociale en emotionele eenzaamheid hetgeen duidt op een goede interne consistentie. De subschaal voor existentiële eenzaamheid heeft een Cronbach's alpha van 0,67 hetgeen duidt op een acceptabele interne consistentie.<sup>23 24</sup>

Deelname aan activiteiten en contacten – Frequentie van deelname aan activiteiten en het hebben van contacten is gemeten middels acht vragen over deze onderwerpen: 'hoe vaak neemt u deel aan beweegactiviteiten', 'hoe vaak neemt u deel aan muzikale activiteiten', 'hoe vaak gaat u winkelen en/of naar de markt', 'hoe vaak worden u andere activiteiten aangeboden', 'hoe vaak ontmoet u anderen buiten de instelling', 'hoe vaak heeft u contact met de geestelijk verzorger', 'hoe vaak heeft u het gevoel dat de zorgmedewerkers geen tijd voor u hebben' en 'hoe vaak ontvangt u bezoek'. Antwoordcategorieën waren: 'nooit', 'eenmaal per 2 weken', '1-2 maal per week', '3-5 maal per week', 'vaker' en 'geen behoefte aan'. Er is gekozen voor beweeg- en muzikale activiteiten omdat deze op alle onderzoekslocaties worden aangeboden. Het item over 'andere activiteiten' volgt na de items over beweeg- en muziekactiviteiten en betreft dus 'anders dan beweeg- of muziekactiviteiten'. Gedurende de onderzoeksperiode gingen veel activiteiten echter niet door in verband met vrijheidsbeperkende maatregelen vanwege COVID-19. De frequentie van deelname aan activiteiten is hierdoor mogelijk lager dan in andere tijdperioden. Het is

tevens denkbaar dat bewoners hier hebben geantwoord denkende aan een situatie zonder geldende vrijheidsbeperkende maatregelen vanwege COVID-19.

Demografische en gezondheidskenmerken – Er is gevraagd naar geslacht (man, vrouw), leeftijd (in jaren), verblijfsduur binnen het verpleeghuis (in jaren waarbij bijvoorbeeld 0,5 jaar staat voor 6 maanden), woonvorm (zorgcentrum, groepswoning) en burgerlijke staat (ongetrouwd, getrouwd, ongetrouwd maar wel een relatie, weduwe/weduwnaar, gescheiden). Gezondheid is gemeten middels de vraag ‘Hoe is over het algemeen uw gezondheid?’ met als antwoordcategorieën ‘slecht’, ‘matig’, ‘redelijk’, ‘goed’ en ‘zeer goed’.

## Procedure

Vanwege beperkte variatie is de variabele burgerlijke staat vereenvoudigd naar de dichotome variabele ‘partner’ (getrouwd, ongetrouwd maar wel een relatie) versus ‘geen partner’ (weduwe/weduwnaar, ongetrouwd, gescheiden). De spreiding op de variabelen met betrekking tot deelname aan activiteiten en het hebben van contacten was ongelijk en deze variabelen zijn dichotoom gemaakt. Voor deelname aan activiteiten zijn de antwoorden ‘nooit’ en ‘geen behoefte aan’ geclassificeerd als ‘komt niet voor’ en de overige antwoorden als ‘komt wel voor’. Voor het hebben van contacten zijn de antwoorden ‘nooit’, ‘geen behoefte aan’ en ‘minder dan één keer in de twee weken’ geclassificeerd als ‘komt zelden of niet voor’ en overige antwoorden als ‘komt soms of vaak voor’. Missende waarden op de eenzaamheidschalen, inclusief de existentiële eenzaamheidschaal, zijn behandeld conform de richtlijnen van de schaal.<sup>25</sup> Missende waarden op de variabelen voor deelname aan activiteiten, het hebben van contacten en demografische en gezondheidskenmerken zijn aangevuld middels de procedure voor multiple imputatie (vijf imputaties). Imputatie was nodig voor 23 van de 101 cases, 19 keer was er sprake van één missende waarde, vier keer van twee missende waarden. Beschrijvende statistieken zijn berekend voor alle variabelen. Het percentage respondenten dat zich niet, matig of (zeer) ernstig sociaal-emotioneel, sociaal, emotioneel en existentieel eenzaam voelt, is berekend. Voor de schaal voor existentiële eenzaamheid bestaat geen vastgesteld afkappunt dat het verschil aangeeft tussen wél of niet existentieel eenzaam. Percentages voor existentiële eenzaamheid worden gerapporteerd met afkappunten groter dan één en groter dan twee. Vervolgens is onderzocht in hoeverre de drie vormen van eenzaamheid gezamenlijk voorkomen. Voor existentiële eenzaamheid is hiervoor met het meest conservatieve afkappunt (groter dan twee) gerekend. Correlaties tussen de items betreffende deelname aan activiteiten en het hebben van contact enerzijds en de drie vormen van eenzaamheid anderzijds, zijn berekend. Indien geen significante correlatie (significantiënniveau  $p < 0,05$ ) bestond tussen items en minimaal één van de vormen van eenzaamheid, zijn de betreffende items niet in vervolganalyses opgenomen. Regressieanalyses zijn uitgevoerd om inzicht te krijgen in de samenhang tussen sociale, emotionele en existentiële eenzaamheid als afhankelijke variabelen en demografische en gezondheidskenmerken en deelname aan activiteiten en het hebben van contact als onafhankelijke variabelen. Analyses zijn opgebouwd uit twee modellen. In het eerste model zijn geslacht, leeftijd, verblijfsduur, woonomgeving, partnerstatus en gezondheid toegevoegd. In het tweede model zijn de items over ‘deelname aan activiteiten en het hebben van contact’ toegevoegd. Bartlett’s test of sphericity toont een significante samenhang tussen de variabelen in de regressieanalyse ( $\chi^2_{(36)} = 57,216, p < 0,05$ ). De Kaiser-Meyer-Olkin maat voor ‘sampling adequacy’ geeft aan dat deze samenhang zeer matig is (KMO = 0,52). Er was onvoldoende samenhang om variabelen samen te voegen.

## Resultaten

Beschrijvende statistieken van de respondenten zijn opgenomen in Tabel 1. De gemiddelde leeftijd van de respondenten in deze studie was 81,4 jaar. De leeftijden van de respondenten liepen uiteen van 42 tot 103 jaar. Acht respondenten hadden een leeftijd onder de 65 jaar (42-64 jaar), waarvan twee onder de 50. De mediaan was 83 jaar. De gemiddelde gezondheidsbeleving van respondenten was 2,9 (SD = 0,8), hetgeen net iets onder ‘redelijk’ scoort.

Tabel 1 Beschrijvende statistieken (resultaten voor imputatie)

	N	%	M	SD	BI
Vrouw (vs. man)	101	71			
Leeftijd (42-103 jaar)	100		81,4	12,2	
Verblijfsduur (1 maand tot 11 jaar)	94		2,6	2,1	
Woonachtig in zorgcentrum (vs. groepswoning)	99	26			
Partner (vs. geen partner)	101	31			
Gezondheid (1-5)	101		2,9	0,8	
Contact met geestelijk verzorger (vs. zelden of nooit)	91	20			
Zorgmedewerker heeft geen tijd (vs. zelden of nooit)	95	33			
Ontvangt bezoek (vs. zelden of nooit)	100	88			
Neemt deel aan beweegactiviteiten (vs. niet)	97	56			
Gaat winkelen (vs. niet)	101	28			
Krijgt andere activiteiten aangeboden (vs. niet)	89	70			
Sociaal-emotionele eenzaamheid (0-11)	92		4,0	3,0	3,3-4,6
Sociale eenzaamheid (0-5)	96		1,5	1,5	1,2-1,8
Emotionele eenzaamheid (0-6)	97		2,6	2,1	2,1-3,0
Existentiële eenzaamheid (0-7)	89		2,5	1,7	2,1-2,8

De meerderheid van de respondenten voelde zich eenzaam. Op de sociaal-emotionele eenzaamheidsschaal bleek 52% van de 92 respondenten matig eenzaam en 9% (zeer) ernstig eenzaam. Sociale eenzaamheid kwam bij 40% van de respondenten voor en emotionele eenzaamheid bij 60%. Afhankelijk van het gekozen afkappunt, kwam existentiële eenzaamheid voor bij 65% (afkappunt > 1) of 40% van de respondenten (afkappunt > 2). Tabel 2 toont in hoeverre verschillende vormen van eenzaamheid gelijktijdig voorkwamen onder de 84 respondenten van wie op alle drie de vormen van eenzaamheid een schaal score bekend was. Opvallend is dat sociale en existentiële eenzaamheid zowel als alleenstaande vorm van eenzaamheid als gezamenlijk relatief weinig voorkwamen. Deze vormen van eenzaamheid gingen meestal gepaard met emotionele eenzaamheid. De drie schalen vertoonden een onderlinge samenhang ( $r = 0,35$ ;  $p < 0,01$  voor sociale en existentiële eenzaamheid, respectievelijk  $r = 0,45$ ;  $p < 0,001$  voor zowel de samenhang tussen emotionele en sociale eenzaamheid als de samenhang tussen emotionele en existentiële eenzaamheid). Uit Tabel 2 blijkt dat in 29% van de gevallen géén van de vormen van eenzaamheid voorkwam. Uit de sociaal-emotionele eenzaamheidsschaal bleek dat 39% van de respondenten niet eenzaam was. Het verschil komt voort uit de afkappunten voor sociale en emotionele eenzaamheid. Een persoon wordt als sociaal of emotioneel eenzaam gezien bij een score van twee of hoger op de betreffende subschaal. Een persoon wordt als geheel eenzaam gezien bij een score van drie of hoger op de samengestelde schaal. Dit maakt dat een persoon sociaal of emotioneel wél als 'eenzaam' kan scoren en gelijktijdig op sociaal-emotionele eenzaamheid niet.

Tabel 2 Aanwezigheid van vormen van eenzaamheid (N = 84)

	%	N
Geen van de vormen van eenzaamheid	29	24
Enkel emotioneel eenzaam	16	13
Enkel sociaal eenzaam	6	5
Enkel existentieel eenzaam	6	5
Emotioneel en sociaal eenzaam	10	8
Emotioneel en existentieel eenzaam	13	11
Sociaal en existentieel eenzaam	0	0
Emotioneel, sociaal en existentieel eenzaam	21	18

Regressieanalyses zijn uitgevoerd om de relatie tussen sociale, emotionele en existentiële eenzaamheid aan de ene kant en demografische en gezondheidskenmerken, deelname aan activiteiten en het hebben van contact aan de andere kant te onderzoeken (Tabel 3). Met betrekking tot demografische en gezondheidskenmerken bleek verblijfsduur in de organisatie samen te hangen met een lagere mate van sociale eenzaamheid. Een hogere ervaren gezondheid hing samen met een lagere mate van emotionele eenzaamheid. Er bestond geen samenhang tussen geslacht, leeftijd, woonvorm of partnerstatus enerzijds en één van de vormen van eenzaamheid anderzijds. Deelname aan beweegactiviteiten hing samen met een mindere mate van sociale eenzaamheid, maar niet met emotionele of existentiële eenzaamheid. Respondenten die meer dan één keer in de week andere activiteiten kregen aangeboden, waren in hogere mate existentieel eenzaam. Voor sociale eenzaamheid geldt dat het verband met het ontvangen van bezoek net niet significant was ( $p=0,053$ ). Voor emotionele eenzaamheid geldt dat het verband met het aangeboden krijgen van activiteiten net niet significant was ( $p=0,056$ ).

Tabel 3 Regressieanalyse van sociale, emotionele en existentiële eenzaamheid op persoonskenmerken, deelname aan activiteiten en het hebben van contact (geïmputeerd)

	Sociale eenzaamheid (N = 96)				Emotionele eenzaamheid (N = 97)				Existentiële eenzaamheid (N = 89)			
	Model 1		Model 2		Model 1		Model 2		Model 1		Model 2	
	b	Sig	b	Sig	b	Sig	b	Sig	b	Sig	b	Sig
Constante	1,63	1,95	<b>2,79</b>	<b>0,04</b>	<b>3,92</b>	<b>0,03</b>	2,42	0,21	<b>4,21</b>	<b>0,01</b>	<b>3,57</b>	<b>0,04</b>
Vrouw (vs. man)	0,20	0,59	0,18	0,61	-0,47	0,37	-0,33	0,53	-0,56	0,21	-0,43	0,34
Leeftijd (42-103 jaar)	0,00	0,97	-0,01	0,64	0,01	0,47	0,02	0,28	0,01	0,66	0,01	0,65
Verblijfsduur (1 maand tot 11 jaar)	<b>-0,17</b>	<b>0,02</b>	<b>-0,20</b>	<b>0,00</b>	-0,16	0,10	-0,18	0,07	-0,01	0,93	-0,03	0,74
Woonomgeving zorgcentrum (vs. groepswoning)	0,56	0,11	0,49	0,14	0,17	0,72	0,24	0,63	-0,04	0,92	-0,01	0,98
Partner (vs. geen partner)	-0,14	0,68	-0,05	0,88	0,35	0,47	0,45	0,35	-0,03	0,95	0,13	0,75
Gezondheid (1-5)	-0,24	0,18	-0,18	0,31	<b>-0,53</b>	<b>0,03</b>	<b>-0,52</b>	<b>0,04</b>	-0,44	0,05	-0,44	0,06
Ontvangt bezoek (vs. zelden of nooit)			-0,88	0,05			-0,34	0,62			-0,38	0,53
Neemt deel aan beweegactiviteiten (vs. Niet)			<b>-0,77</b>	<b>0,02</b>			0,35	0,46			-0,10	0,81
Krijgt andere activiteiten aangeboden (vs. Niet)			0,67	0,15			0,98	0,06			<b>1,03</b>	<b>0,03</b>

Nb. vet gedrukte waarden zijn significant op  $p<0,05$  niveau; vet en cursief gedrukte waarden zijn significant op  $p<0,01$  niveau.

## Discussie

De prevalentie van sociaal-emotionele eenzaamheid onder verpleeghuisbewoners in deze studie is 61%. We concluderen dat

eenzaamheid onder verpleeghuisbewoners vaak voorkomt. Uit een eerdere studie<sup>3</sup> bleek een prevalentie van eenzaamheid onder verpleeghuisbewoners van 54%. Een mogelijke verklaring voor de hoge prevalentie in de huidige studie is dat de dataverzameling heeft plaatsgevonden tijdens de coronapandemie waarin vrijheidsbeperkende maatregelen van kracht waren, in het bijzonder in het verpleeghuis en waarin mensen wellicht zelf ook meer terughoudend waren in deelname aan activiteiten en het hebben van contacten. Sociale, emotionele en existentiële eenzaamheid komen in verschillende mate voor onder verpleeghuisbewoners. Emotionele eenzaamheid komt vaker voor dan sociale eenzaamheid. Existentiële eenzaamheid wordt vaak niet apart gemeten en komt met de meest conservatieve berekening bij vier op de tien verpleeghuisbewoners voor. Vormen van eenzaamheid komen vaak in combinatie voor, waarbij doorgaans sprake is van de combinatie van emotionele eenzaamheid met minimaal één van beide andere vormen van eenzaamheid. Uit onderzoek naar de prevalentie van eenzaamheid tijdens de eerste periode van vrijheidsbeperkende maatregelen vanwege COVID-19, bleek onder ouderen een sterke toename van emotionele eenzaamheid en een milde toename van sociale en existentiële eenzaamheid.<sup>26</sup> Gegeven de hoge score op emotionele eenzaamheid is het denkbaar dat de vrijheidsbeperkende maatregelen ook van invloed waren op de emotionele eenzaamheid van verpleeghuisbewoners. Op basis van de huidige studie kan echter niet worden vastgesteld of eenzaamheid onder verpleeghuisbewoners is toegenomen ten opzichte van een eerdere periode.

De resultaten van deze studie tonen dat een langer verblijf in het verpleeghuis samenhangt met een lagere score op sociale eenzaamheid. Dit is conform de gedachte dat het moment van verhuizing naar een verpleeghuis een risicofactor vormt voor het ontstaan van eenzaamheid,<sup>27</sup> maar dat na verloop van tijd herstel plaatsvindt.<sup>11 12</sup> In tegenstelling tot eerder onderzoek,<sup>3 7</sup> werd in deze studie geen verband gevonden tussen partnerstatus en eenzaamheid. De mate van sociale eenzaamheid hangt negatief samen met deelname aan beweegactiviteiten. Dit geldt niet voor emotionele en existentiële eenzaamheid. In de aanpak van eenzaamheid wordt vaak ingezet op het vergroten van contactmogelijkheden en het verbreden van het sociale netwerk.<sup>28 29</sup> Het stimuleren van deelname aan beweegactiviteiten is daar een voorbeeld van. Deze strategieën sluiten aan bij het vraagstuk van sociale eenzaamheid, maar minder bij emotionele en existentiële eenzaamheid. Het is raadzaam om de aanpak van eenzaamheid in het verpleeghuis te verbreden met aanbod gericht op emotionele en existentiële eenzaamheid.

Een opmerkelijk resultaat in deze studie betreft de samenhang tussen een hogere score op existentiële eenzaamheid en een hogere frequentie waarin verpleeghuisbewoners aangeven activiteiten te krijgen aangeboden vanuit de organisatie. Mogelijk signaleren zorgmedewerkers eenzaamheid en proberen zij de bewoner te helpen door activiteiten aan te bieden. De aanpak van eenzaamheid vereist maatwerk.<sup>28 30</sup> Het zorgpersoneel in een verpleeghuis lijkt bij uitstek geschikt om maatwerk te leveren, aangezien zij in de gelegenheid zijn bewoners goed te leren kennen. Voor het goed op maat ondersteunen van bewoners is mogelijk meer kennis over eenzaamheid nodig, alsmede meer diverse mogelijkheden in aanbod.

Deze studie kent een aantal methodische beperkingen. Ten eerste is er sprake van een relatief kleine steekproef, hetgeen de analysemogelijkheden beperkt. Een aantal variabelen in deze studie is vereenvoudigd, waardoor mogelijk nuance verloren is gegaan. Zo zijn voor de variabelen met betrekking tot deelname aan activiteiten de antwoordcategorieën 'nooit' en 'geen behoefte aan' samengevoegd. Voor de variabelen met betrekking tot het hebben van contacten waren dit de antwoordcategorieën 'nooit', 'geen behoefte aan' en 'minder dan één keer in de twee weken'. De beweegredenen achter de antwoorden 'nooit' of 'minder dan één keer in de twee weken' en 'geen behoefte aan' zijn verschillend. Dit kan de relatie met eenzaamheid beïnvloeden. Bijvoorbeeld: wanneer mensen geen behoefte hebben aan contact zal dat mogelijk minder tot eenzaamheid leiden dan wanneer die behoefte er wel is, maar het contact niet of zelden plaatsvindt. Ten tweede is er sprake van een hoge non-response, waarbij selectiviteit in de steekproef niet kan worden vastgesteld. Hierdoor is het onduidelijk in hoeverre er sprake is van een betrouwbare steekproef. Een derde beperking is dat enkel verpleeghuisbewoners van somatische afdelingen zijn geïncludeerd in deze studie, terwijl de grootste groep verpleeghuisbewoners ook psychogeriatrische klachten heeft. De resultaten zijn dus hooguit valide voor verpleeghuisbewoners met somatische problematiek. Een vierde beperking is dat er geen controle geweest is op hoe de vragenlijsten zijn ingevuld. Een aantal bewoners heeft dit waarschijnlijk zelfstandig gedaan, een deel heeft mogelijk hulp gekregen. Voor bewoners die hulp hebben ontvangen bij het invullen van de vragenlijst, bestaat een grotere kans dat zij sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven, waardoor de resultaten in het huidige onderzoek mogelijk positiever uitpakken dan dat de realiteit is. Tot slot, de data gebruikt in deze studie is cross-sectioneel van aard. Hierdoor kan enkel samenhang tussen variabelen worden getoond, maar

kunnen geen causale verbanden worden gelegd. Het is hierdoor bijvoorbeeld niet vast te stellen of deelname aan beweegactiviteiten heeft geleid tot minder sociale eenzaamheid of dat bewoners die minder sociaal eenzaam zijn eerder geneigd zijn aan beweegactiviteiten deel te nemen. Longitudinaal onderzoek is nodig om het effect van deelname aan activiteiten of het onderhouden van contacten op eenzaamheid onder bewoners van het verpleeghuis inzichtelijk te maken.

## Conclusie

We concluderen dat de huidige studie een aanvulling is op bestaande kennis over eenzaamheid in het verpleeghuis. Het huidige onderzoek toont dat sociale, emotionele en existentiële eenzaamheid vaak voorkomt onder verpleeghuisbewoners. Er wordt een verband gevonden tussen participatie in beweegactiviteiten en een mindere mate van sociale eenzaamheid anderzijds. Dit verband bestaat niet met emotionele en existentiële eenzaamheid, terwijl deze vormen van eenzaamheid ook vaak voorkomen. Dit betekent dat nagedacht moet worden over de aanpak van met name emotionele en existentiële eenzaamheid in verpleeghuizen.

## Dankwoord

Met dank aan de Stichting Voor Regionale Zorgverlening (SVRZ) voor de mogelijkheid om gegevens te verzamelen.

## Interview met auteur

Een [interview met Eric](#) vindt u op de website van Vilans.

---

## Auteurs

### **Eric C. Schoenmakers**

Fontys Hogescholen

Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid

*corresponderend auteur*

e-mail: [e.schoenmakers@fontys.nl](mailto:e.schoenmakers@fontys.nl)

### **Robert H. C. Tromp**

Stichting Voor Regionale Zorgverlening (SVRZ)

Stichting Voor Regionale Zorgverlening (SVRZ)

---

## Literatuurlijst

1. De Jong Gierveld J. Eenzaamheid: Een Meersporig Onderzoek. Deventer: Van Loghum Slaterus; 1984.
2. Peplau LA, Perlman D. Perspectives on Loneliness. In: Peplau LA, Perlman D, redacteuren. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: John Wiley; 1982. p. 1-20.
3. Van Campen C. Eenzaamheid in verpleeghuizen. In: Van Campen C, Vonk F, Van Tilburg TG, red. Kwetsbaar en eenzaam. Den Haag: SCP; 2018.
4. Weiss RS. Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation. Cambridge, MA: MIT Press; 1973.
5. Bolmsjö I, Tengland P-A, Rämgård M. Existential Loneliness: An attempt at an analysis of the concept and the phenomenon. Nurs Ethics. 2019;26:1310-25.
6. Van Tilburg TG. Social, emotional, and existential loneliness: A test of the multidimensional concept. Gerontologist. 2021;61:335-44.
7. Cohen-Mansfield J, Hazan H, Lerman Y, Shalom V. Correlates and predictors of loneliness in older-adults: A review of quantitative results informed by qualitative insights. Int Psychogeriatr. 2016;28:557-76.
8. Dykstra PA, Van Tilburg TG, De Jong Gierveld J. Changes in older adult loneliness: Results from a seven-year longitudinal study. Res Aging. 2005;27:725-47.
9. Prieto-Flores M-E, Forjaz MJ, Fernandez-Mayoralas G, Rojo-Perez F, Martinez-Martin P. Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and institutionalized older adults. J Aging Health. 2010;23:177-94.
10. Tjihuis M, De Jong-Gierveld J, Feskens E, Kromhout D. Changes in and factors related to loneliness in older men. The

Zutphen Elderly Study. *Age Ageing*. 1999;28:491-5.

11. Bloem BA, Van Tilburg TG. Minder eenzaam na verhuizing? *Rooilijn, Tijdschrift voor wetenschap en beleid in de ruimtelijke ordening*. 2006;39:221-6.
12. Van Tilburg TG, Iedema J, Klok J. Veranderingen in eenzaamheid in de tweede levenshelft. In: Campen C, Vonk F, Van Tilburg TG, redacteurs. *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau; 2018. p. 46-53.
13. Luo Y, Hawkey LC, Waite LJ, Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Soc Sci Med*. 2012;74:907-14.
14. Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology*. 2016;62:443-9.
15. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clin Psychol Rev*. 2006;26:695-718.
16. Jylhä M. Old age and loneliness: cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Can J Aging*. 2004;23:157-68.
17. Barlow MA, Liu SY, Wrosch C. Chronic illness and loneliness in older adulthood: The role of self-protective control strategies. 2015;34:870-9.
18. Shukla A, Harper M, Pedersen E, Goman A, Suen JJ, Price C, et al. Hearing loss, loneliness, and social isolation: a systematic review. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020;162:622-33.
19. Verbeek-Oudijk D, Van Campen C. Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Landelijk overzicht van hun leefsituatie in 2015/16. Den Haag: SCP; 2017.
20. De Jong Gierveld J, Kamphuis F. The development of a Rasch-type loneliness scale. *Appl Psychol Meas*. 1985;9:289-99.
21. Mayers AM, Khoo ST, Svartberg M. The existential loneliness questionnaire: Background, development, and preliminary findings. *J Clin Psychol*. 2002;58:1183-93.
22. Van Tilburg TG, De Jong-Gierveld J. Cesuurbepaling van de eenzaamheidsschaal. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 1999;30:158-63.
23. Taherdoost H. Validity and reliability of the research instrument; how to test the validation of a questionnaire/survey in a research. *Int J Acad Res Manag*. 2016;5:28-36.
24. Nawi FAM, Tambi AMA, Samat MF, Mustapha WMW. A review on the internal consistency of a scale: the empirical example of the influence of human capital investment on Malcom Baldrige quality principles In Tvet institutions. *Asian Popul Stud*. 2020;3:19-29.
25. De Jong Gierveld J, Van Tilburg T. *Manual of the Loneliness Scale*. Amsterdam: VU University; 1999.
26. Van Tilburg TG. Emotional, social, and existential loneliness before and during the COVID-19 pandemic: Prevalence and risk factors among Dutch older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* [Internet]. 2021; Beschikbaar op: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbab101>
27. Hanratty B, Stow D, Collingridge Moore D, Valtorta NK, Matthews F. Loneliness as a risk factor for care home admission in the English Longitudinal Study of Ageing. *Age Ageing*. 2018;47:896-900.
28. Fokkema C, Van Tilburg T. Zin en onzin van eenzaamheidsinterventies bij ouderen. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2007;38:161-77.
29. Bouwman TE, Van Tilburg T. Naar een gerichte aanpak van eenzaamheid: Zeven werkzame elementen in eenzaamheidsinterventies. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2020;51.
30. Masi CM, Chen H-Y, Hawkey LC, Cacioppo JT. A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Pers Soc Psychol Rev*. 2011;15:219-66.